

*Wie Hebammen mit Angst umgehen können
Erfahrungen mit dem Konzept der Salutophysiologie als
Unterstützung in der Geburtshilfe*

ABSCHLUSSARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
am Studiengang Angewandte Physiologie für Hebammen
an der
Fachhochschule Salzburg GmbH

Eingereicht von Birgit Landwehr, 1130006023

ErstbetreuerIn Dr. Barbara Baumgärtner
Zweitbetreuerin Dr. Christine Loytved

Salzburg, am 08. September 2013

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Weiter versichere ich hiermit, dass ich die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission weder im In- noch im Ausland vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

8. Sept. 2013

Datum

Birgit Landwehr

Unterschrift

Zusammenfassung

Hintergrund: Hebammen sind immer wieder mit dem Gefühl der Angst in ihrer Arbeit mit Schwangeren und Gebärenden konfrontiert. Möglicherweise stellen die Säulen der Gesundheit aus dem Konzept der Salutophysiologie von Verena Schmid geeignete Instrumente dar, dieser Angst zu begegnen.

Methode: Es wurde eine qualitative Studie mit fünf problemzentrierten Interviews durchgeführt. Die Teilnehmerinnen hatten am zweijährigen Lehrgang „Praktische Salutogenese in der Hebammenarbeit“ mit Verena Schmid teilgenommen. Die Auswertung fand nach der Inhaltsanalyse nach Mayring statt.

Ergebnisse: Es wurden zwei Hauptkategorien „Erleben von Angst“ und „Erleben von Sicherheit“ gefunden. „Erleben von Angst“ wurde in die Unterkategorien „Ursachen“, „Symptome“ und „Auswirkungen“ unterteilt. In der Kategorie „Erleben von Sicherheit“ wurden die Unterkategorien „Strategien“ und „Auswirkungen“ gefunden.

Schlussfolgerung: Die physiologischen Beobachtungs-, Diagnose- und Handlungsmöglichkeiten mit den Instrumenten der Säulen der Gesundheit stellen hilfreiche Instrumente für Hebammen im Umgang mit ihrer Angst dar.

Schlüsselwörter: Hebamme, Angst, Risiko, Salutogenese, Sicherheit, Geburtshilfe

Abstract

Background: Midwives experience fear from time to time in their work with pregnant and birthing women. Maybe the „pillars of health“ from the concept of salutophysiology by Verena Schmid are appropriate instruments to deal with this fear.

Method: A qualitative study with five problem centered interviews was conducted. The participants had completed the two year training „Practical salutogenesis in midwifery“ with Verena Schmid. Thematic analysis by Mayring was used to analyse the data.

Findings: Thematic content analysis revealed two themes, each consisting of categories. The first theme was „experience of fear“ with the categories „cause“, „symptoms“ and „impact“. The second theme was „experience of safety“ with the categories „strategies“ and „impact“

Conclusion: The physiological observation-, diagnosis- and acting possibilities are helpful instruments for a midwife in dealing with her fear.

Key words: midwives, fear, risk, salutogenesis, safety, midwifery

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön geht an meine zuverlässige Erstbetreuerin Dr. Barbara Baumgärtner. Dr. Barbara Duden danke ich für viele anregende Gedanken.

Ein großes Dankeschön geht an die beste akademische Hebamme, die ich kenne: Frau Dr. Christine Loytved, die mich in so manchem gedanklichen Wehenschmerz wieder beruhigen konnte und so eine konstruktive Weiterarbeit möglich machte.

Ein besonderer Dank geht an alle von mir befragten Hebammen, die sich so offen und konstruktiv auf dieses Thema eingelassen haben.

Vielen Dank auch an die, die sich bereit erklärt haben, in unterschiedlichem Umfang Korrektur zu lesen: Amrie, Walter, Ute, Elke und Santa.

Für mich ist es eine interessante Zeit gewesen, die ich ohne meine Schwester und meinen Mann nicht hätte erleben können, denn sie haben mir Mut zu diesem Projekt gemacht und über so manche Klippe hinweg geholfen. Dafür kann ich ihnen gar nicht genug danken, denn auch das Schreiben dieser Arbeit war immer wieder von Angst und der persönlichen Auseinandersetzung mit ihr begleitet, so dass durch die Hilfe meiner Betreuerinnen und Vertrauten ein persönliches Wachstum möglich wurde.

Danke auch an meine Tochter, von der ich schon viel gelernt habe und die immer wieder auf mich verzichtet hat.

Nicht zuletzt möchte ich allen Handwerkern danken, die es möglich gemacht haben, dass ich diese Arbeit in einem wunderschön renovierten Büro schreiben durfte. Es wurde gerade rechtzeitig fertig.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Teil	6
2.1. Warum ist es wichtig, sich mit Angst zu beschäftigen?	6
2.2. Was ist Angst?	8
2.2.1. Begriffsdefinitionen	9
2.2.2. Physiologische Wirkungsweisen von Stress/Angst	11
2.2.3. Stress und Angst in der Neurobiologie	12
2.2.4. Normale Angst im Menschenleben	13
2.2.5. Zu wenig Angst?	14
2.3. Umgang mit Angst und Unsicherheit	16
2.3.1. Von der Vorbeugung zur Berechnung	16
2.3.2. Der Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe von der Gefahr zum Risiko	17
2.3.2.1. „Normale“ Geburt – „pathologische“ Geburt?	21
2.3.2.2. Geburtshilfliche Modelle	24
2.3.3. Fehlerkultur – Medizin im Vergleich mit Luftfahrt	26
2.4. Rollendefinition der Hebamme — Wahrerin des Normalen oder Gehilfin des Arztes?	27
2.5. Salutophysiologie in der Hebammenarbeit	29
2.5.1. Definition Gesundheit	30
2.5.2. Wichtigkeit der körperlichen Beobachtung und Untersuchung	31
2.5.3. Die Säulen der Gesundheit nach Verena Schmid	33
2.6. Forschungsstand zum Thema Angst bei Hebammen	35
3. Empirischer Teil	44
3.1. Wahl des Forschungsdesigns	44
3.2. Forschungsfrage und Ziel der Studie	45
3.3. Methodik	45
3.3.1. Datenerhebung	45
3.3.2. Auswahl der Teilnehmerinnen	46
3.3.3. Durchführung der Interviews	47
3.3.4. Leitfaden	47
3.4.5. Datenanalyse	48

3.4. Ergebnisse	48
3.4.1. Kurze Zusammenfassung der Interviews	48
3.4.1.1. Beate	49
3.4.1.2. Carina	50
3.4.1.3. Marina	51
3.4.1.4. Susanne	53
3.4.1.5. Hedwig	54
3.4.2. Darstellung der Kategorien	56
3.4.2.1. Teil 1 Erleben von Angst in der Geburtshilfe	58
3.4.2.2. Teil 2: Steigerung von Sicherheit/Zuversicht in der Geburtshilfe bei Hebammen	75
3.4.3. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	87
4. Conclusio	94
Abbildungsverzeichnis	99
Literaturverzeichnis	100
Anhang	1
Einladungsschreiben und Informationen für Interviewpartnerinnen	1
Datenschutzvereinbarung	2
Fragebogen zu soziobiographischen Angaben	3
für die Masterarbeit „Hebammen und Angst in der Geburtshilfe“	3
Interviewleitfaden	4
Kategorisierung der Interviewdaten	6
Erleben von Angst von Hebammen in der Geburtshilfe	6
Ursachen	
Symptome	
Auswirkungen	11
Erreichen von Sicherheit/ Zuversicht in der Geburtshilfe	12
Ursachen = Angstkreislauf	12
Strategien (=Symptome)	12
Auswirkungen	17

*You gain strength, courage and confidence by every experience
in which you really stop and look fear in the face.*

Eleanor Roosevelt

1. Einleitung

„Haben Hebammen Angst?“ Diese Frage stand erstmal in den Augen von so mancher Frau, der ich vom Thema meiner Masterarbeit erzählt habe. Dass Frauen, die Kinder kriegen, immer wieder Angst haben, das haben zumindest die meisten erfahren, die selber Kinder haben. Selbst den Ärzten scheinen eher angstbesetzte Gefühle zugetraut zu werden. Aber Hebammen? Das sind doch die mit dem Vertrauen in die normalen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Die Kolleginnen waren da eher zwiegespalten. Entweder es kam Zustimmung: „O ja, das ist wirklich ein wichtiges Thema!“ oder die Reaktion war eher verhalten: „Ist das nicht zu problemorientiert?“

Angst ist ein grundlegendes menschliches Thema (Riemann 2011:7) und bestimmt so auch immer wieder unser Handeln. Dies ist auch in der Geburtshilfe zu beobachten. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bergen durch die naturgemäße Ungewissheit der Zukunft nicht nur für die Frauen und Familien angstbesetzte Situationen, sondern auch für die, die sie in dieser Lebensphase begleiten.

Diese natürliche Angst wurde in der Geburtshilfe durch die Einführung des Begriffs „Risiko“ verstärkt. Durch die Einführung des Risikokzeptes in die Geburtshilfe hat sich die Haltung der Betreuenden und damit auch deren Handlungen aus der Richtung eines sozialen Geburtshilfemodells hin zu einem medizinischen Geburtshilfemodell geändert (McKenzie Bryers/van Teijlingen 2010:488). Das zeigt sich in vielen Interventionen und wird unter anderem an den steigenden Kaiserschnittzahlen sichtbar (Lütje 2013:53). Das Risikokzept ist an sich nicht greifbar und beeinflusst doch in vielen Entscheidungen die Hebammenarbeit und die Geburtshilfe mit. Das Risiko prägt die Atmosphäre nicht nur rund um die Geburt und ist als mitschwingender Hintergrund immer präsent. Soziologen denken, dass unsere Angst vor dem Risiko auf der Tatsache beruht, dass wir in unserer Zeit glauben, für alle Risiken verantwortlich zu sein, anstatt auf Gott oder dem Schicksal zu vertrauen (McKenzie Bryers/ van Teijlingen 2010:489).

Welche Möglichkeiten gibt es für Hebammen, in dieser Atmosphäre zu bestehen? Angeregt durch eigene Erfahrungen mit den erweiterten Kenntnissen der Physiologie in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach dem Lehrgang „praktische Salutogenese in der Hebammenarbeit“ und vielen Gesprächen mit Kolleginnen, entstanden Überlegungen wie sich diese Instrumente der Salutophysiologie auf Ängste in der Beurteilung von Geburtssituationen aus-

wirken können. So wurde die Forschungsfrage entwickelt: „Wie kann sich die Zuhilfenahme der Säulen der Gesundheit auf die Beurteilung einer Geburtssituation und damit auf den Umgang mit den eigenen Ängsten einer darin geschulten Hebamme auswirken?“

Da hier persönliche Erfahrungen, persönliches Wahrnehmen und Erleben im Vordergrund stehen, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. In dieses zwar omnipräsentes, aber eher tabuisiertes Thema — das Thema der persönlichen Angst in der Geburtshilfe — kann so ein besserer Einblick geschaffen werden. Um den befragten Hebammen einen geschützten Rahmen zu bieten, wurden Einzelinterviews als Leitfaden gestützte problemzentrierte Interviews geführt, die nach der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden.

Der theoretische Teil dieser Arbeit befasst sich mit den wesentlichen Themen der Forschungsfrage:

- das Entstehen, das Erleben und der Umgang von und mit Ängsten
- das Beurteilen einer Geburtssituation unter den Vorgaben des momentan herrschenden Risikoparadigmas
- das Anwenden von erweiterten physiologischen Kenntnisse kombiniert mit den Ideen der Salutogenese.

Kapitel 2 beginnt mit der Frage, warum es wichtig ist, sich überhaupt mit Angst zu beschäftigen. Hier werden die Schwierigkeiten und Funktionen professioneller Angst und deren Wechselwirkung mit den schwangeren und gebärenden Frauen aufgezeigt. Danach folgt in Kapitel 2.2. eine Differenzierung und Vertiefung des Begriffes Angst anhand von Begriffsdefinitionen und einer Auseinandersetzung mit der Psychologie und Neurobiologie. Hier wird auch der Frage von möglicher defizitärer¹ Angst nachgegangen.

Kapitel 2.3. wendet sich dann verschiedenen Versuchen zu, mit Angst umzugehen. Hierin findet sich der Wechsel, von vorbeugenden Maßnahmen zu statistischen Berechnungen überzugehen und der Versuch, Angst durch vermehrten Einsatz von Technik beherrschbar zu machen. Unter anderem wurden dadurch verschiedene geburtshilfliche Modelle sichtbar, die jedoch nicht gleichberechtigt nebeneinander stehen können. Mit dem Aufkommen des Risikokonzeptes vollzog sich der Wechsel von einem sozialen Modell der Geburtshilfe hin zu einem medizinischen Modell (McKenzie Bryers/ van Teijlingen 2010:489). Auch stellt sich

¹ Defizitäre Angst ist die nicht wahrgenommene, verdrängte und damit unsichtbare Angst (Fabian 2013:115).

im inzwischen paradigmatischen Risikokonzept eine für jede Hebamme essentielle Frage nach dem Unterschied zwischen einer normalen und einer pathologischen Geburt. Da diese Unterscheidung im Risikokonzept prospektiv nicht mehr klar zu ziehen ist, steigt die Unsicherheit und damit auch die Angst vor Fehlern. Viele Geburten können nur noch im Nachhinein als normal betrachtet werden. Die Angst vor juristischen Konsequenzen ist gerade in der Geburtshilfe sehr groß, weshalb ein Kapitel zur Fehlerkultur das Kapitel über den Umgang mit Angst und Unsicherheit abschließt. Gerade im Kapitel der Fehlerkultur, bzw. mangelhaften Fehlerkultur, in der Geburtshilfe wird deutlich, wie viel verdrängte Angst in der täglichen Arbeit von Hebammen und Ärzten wirksam ist.

Da sich in der selben Zeit, in der sich das geburtsmedizinische Modell und das Risikokonzept etablierten, auch der hauptsächliche Arbeitsplatz der Hebammen von zu Hause in die Kliniken verlagerte, wird in Kapitel 2.4. die Frage nach der Rollendefinition der Hebamme gestellt. Diese Frage ist wichtig, weil nicht nur der Kenntnisstand, sondern auch das Arbeitsumfeld und somit auch das Rollenverständnis einer Hebamme, Einfluss auf ihre Beurteilung von Geburtssituationen, und damit auch auf ihr Erleben und Wahrnehmungen von grenzwertigen und schwierigen Geburtsverläufen, in denen sie mit ihrer Angst konfrontiert wird, nehmen.

Kapitel 2.5. stellt dann die salutophysiologischen Instrumente, die Säulen der Gesundheit, die von der italienischen Hebamme Verena Schmid entwickelt wurden, vor. Zuvor werden als Grundlagen für diese Instrumente Überlegungen zum Begriff der Gesundheit und einer guten Diagnostik, die auf körperlich wahrnehmbaren Befunden und nicht nur auf einer Zuordnung von statistischen Zahlen beruht, zusammen gefasst. Da die Salutophysiologie nicht nur auf soliden Kenntnissen der Physiologie von Mutter und Kind, sondern auch des sozialen Umfeldes der Frau und einem guten Kontakt zwischen Frau und Hebamme beruht, wurde dieses Konzept für die Fragestellung dieser Forschung gewählt. Dabei wurde von der Annahme ausgegangen, dass auch in einer konkreten Situation wie einer Geburt manche greifbare und viele nicht greifbare Ängste mitschwingen können. Daraus ergab sich die Frage, ob die konkreten Bezüge zur Physiologie und dem Kontakt zu einem konkreten Menschen, nämlich dieser einen Gebärenden, mit der die Hebamme arbeitet, diesen Ängsten einen wieder überschaubaren Rahmen zuordnen oder sie sogar abmildern können.

Kapitel 2.6. wendet sich dem momentanen Forschungsstand zum Thema Angst von Hebammen bei verschiedenen Geburtssituationen zu. Dabei werden drei Forschungsarbeiten exemplarisch vorgestellt, deren Themen erstens das Sammeln der Ängste von Hebammen von der Australierin Dahlen, zweitens die persönliche Verarbeitung schwieriger Geburtssituationen von Hebammen in einer israelischen Klinik von Halperin et al. und drittens das Erleben von Hebammen bei einer großangelegten Untersuchung mit juristischen Konsequenzen an einer großen Klinik in Australien von Hood et al., sind.

Wie an der Auswahl der vorgestellten Forschungsarbeiten zu sehen ist, wächst das Bewusstsein, dass auch Hebammen schwierige Geburtssituationen psychisch verarbeiten müssen. Die Angst wird jedoch bisher nur selten direkt angesprochen.

Dieser Forschungsansatz soll in dieser Arbeit in zwei Punkten ergänzt werden: Zum Einen wurde zwar zunächst auch in der vorliegenden Untersuchung von der Beurteilung und dem Umgang mit Angst in einer Geburtssituation ausgegangen. Durch die Befragung von vier außerklinisch arbeitenden Hebammen zeigte sich aber, dass das Feld, in dem Hebammen Angst wahrnehmen, viel weiter gesteckt ist und auch die Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett mit umfasst. Zum Anderen geht es in dieser Arbeit nicht nur um das eigene Erleben von Angst, sondern auch um den konkreten Umgang mit ihr mit Hilfe von Physiologie und Kontakt.

In Kapitel 3.1. und 3.2. werden Wahl des Forschungsdesigns und die Forschungsfrage vorgestellt. Kapitel 3.3. erläutert die Methodik der Arbeit. In Kapitel 3.4. werden die Ergebnisse der Interviews zunächst in einer Kurzzusammenfassung der einzelnen Interviews mit einer anschließenden Darstellung der Kategorien geschildert. Hier zeigt sich eine mögliche Unterscheidung von Angst in Angst vor einer konkreten (Gefahren-) Situation und einer diffusen, unbestimmten Angst im ersten Teil der Interviewauswertungen und der Möglichkeit, Sicherheit zu gewinnen durch die verstärkte Arbeit mit den Instrumenten der Salutophysiologie im zweiten Teil.

Den Abschluss der Arbeit bilden die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse vor der Conclusio.

In dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf den Ängsten der Hebammen und ihr Umgang mit diesen Ängsten. Diese Tatsache soll aber nicht darüber hinweg täuschen, dass es häufig um eine Vermischung von Ängsten aller Beteiligten in diesem Themenkomplex von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, also auch der Ärzte und der Gebärenden, geht.

Der Autorin ist die Wichtigkeit einer gendergerechten Sprache bewusst. Um der Lesbarkeit dieser Arbeit willen wurde aber auf eine ständige Nennung beider Geschlechter verzichtet. Besonders stellt sich die Frage nach einer gendergerechten Bezeichnung bei dem Beruf des Arztes/ der Ärztin. Dieser Beruf war traditionell eine Männerdomäne, der in unserer Zeit aber von immer mehr Frauen ausgeübt wird. Da in dieser Arbeit auch verschiedene geburtshilflche Modelle thematisiert werden, in denen der traditionell männliche Arzt für ein geburtsmedizinisches Modell und die traditionell weibliche Hebamme für ein soziales geburtshilfliches Modell steht, wird in dieser Arbeit die Berufsbezeichnung Arzt für beide Geschlechter gewählt, ebenso der Begriff Hebamme. Dabei ist der Autorin bewusst, dass das reale Leben nicht immer so klar unterteilt werden kann und dass es Ärzte (sowohl männliche wie weibliche) gibt, die ein soziales geburtshilfliches Modell unterstützen, genauso wie es Hebammen gibt, die ein geburtsmedizinisches Modell praktizieren.

2. Theoretischer Teil

2.1. Warum ist es wichtig, sich mit Angst zu beschäftigen?

Angst und Vertrauen oder Angst und Sicherheit sind Pole, zwischen denen sich unser gesamtes Leben und damit auch unser berufliches Leben abspielt. In der Geburtshilfe müssen sich somit nicht nur die werdenden Familien mit ihren Ängsten auseinandersetzen, sondern auch alle, die sie in dieser Lebensphase begleiten.

Für die australische Hebamme Dahlen liegen Angst und Vertrauen im Herzen der Geburt. Für sie ist die normale Geburt „vom Aussterben bedroht“. Deshalb sieht sie eine Notwendigkeit darin, dass Hebammen ihre Einstellungen, Glaubenssätze und Gefühle kritisch untersuchen. Dadurch können Hebammen sehen, wie sie von diesen Einstellungen, Gefühlen und Glaubenssätzen geprägt werden und dadurch auch die Art, wie sie Frauen begleiten, geformt wird. Findet diese Auseinandersetzung nicht statt wird es nicht möglich sein, die normale Geburt – ohne übermäßige Interventionen – zu fördern. Für Dahlen ist es wichtig, Angst nicht künstlich herzustellen, damit Hebammen auf reale Furcht angemessen reagieren und so die Geburt für sich und die Frauen, die sie begleiten, sicherer machen können. (Dahlen 2010:156)

Sicherer machen heißt tatsächlich, die Rate der Interventionen möglichst zu senken, denn „zahlreiche Interventionen haben definitiv negative Auswirkungen (Tew 2012:496).“ Der Chefarzt einer Hamburger Frauenklinik Lütje drückt es so aus: „Solange wir noch in der Angst- und Risikofalle sitzen, öffnen wir Interventionen Tür und Tor (Lütje 2013:53).“

Welch starken Einfluss die Angst der Begleitenden auf die Gebärenden haben kann macht der ehemaligen Leiter der Semmelweis-Frauenklinik in Wien und Vertreter eines ganzheitlichen sozialen Geburtshilfemodells Rockenschaub so deutlich: „Die größte Gefahr beim Gebären ist die Angst und damit jedermann, der es zum angsterregenden Ereignis macht, voran der eitle Wissenschaftler, der perverse Publizist und der selbstgefällige Patron (Rockenschaub 2001:56).“ Rockenschaub zeigt hier die Wirkung von Angst der Umgebung und der Betreuenden auf die gebärenden Frauen auf. Evers-Zimmer erklärt dieses Phänomen anhand der Spiegelneuronen², die die neurobiologische Erklärung für die Empathie liefern (Evers-

² Spiegelneurone feuern im Gehirn eines Menschen, der eine Handlung oder Emotion beobachtet, an den selben Stellen, wie bei dem Menschen, der eine Handlung ausführt oder eine Emotion zeigt (Evers-Zimmer 2013:31).

Zimmer 2013:31). So macht das Wissen um die Spiegelneuronen deutlich, „dass die Klientin mit Hilfe ihrer Spiegelneurone ebenfalls die Emotionen der Hebamme wahrnimmt und darauf reagiert. Freude, Ärger, Angst, Ekel und andere emotionale Zustände der GeburtshelferInnen werden von ihr intuitiv erfasst [...] (Evers-Zimmer 2013:33).“

Deshalb kommt Hebammen als Begleiterinnen der Geburt eine besondere Bedeutung zu. Allerdings scheinen die Hebammen – durch die veränderten Arbeitsbedingungen der letzten 50 bis 60 Jahre in dem dominanten geburtsmedizinischen Paradigma – ihr Vertrauen in die Geburt zunehmend zu verlieren. Dabei rücken Ängste in den Vordergrund, die direkt oder indirekt mit einem möglichen Schaden von Mutter und Kind und den damit verbundenen Konsequenzen für die Hebamme zu tun haben. Auch der Dresdner Frauenarzt Hildebrandt beschreibt die professionellen Ängste der Begleitenden als einen Risikofaktor für die Geburt. Zwar bedroht eine Geburt nicht direkt das Leben oder die Gesundheit der begleitenden Hebammen und Ärzte. Der potentielle Schaden der ihnen anvertrauten Menschen wird sich aber laut Hildebrandt unmittelbar auf verschiedenen Ebenen auswirken:

1. auf der emotionalen Ebene: Wir werden ein Leben lang mit dem Umstand umgehen müssen, dass durch unser Handeln oder auch Nicht-Handeln andere Menschen zu Schaden gekommen sind, was sich reziprok zum Helfer-Ideal unseres Berufes verhält.
2. auf der forensischen Ebene: Unser Fehlverhalten kann ein komplexes zivil-, berufs- oder gar strafrechtliches Nachspiel haben, das ernste Probleme für unsere künftige Berufsausübung und Lebensführung generiert.
3. auf der Reputations-Ebene: Unser berufliches Ansehen ist sowohl als Einzelperson wie auch als Institution in Gefahr.
4. auf der wirtschaftlichen Ebene: Ein Schadensfall kann uns direkt (über Schadensersatzforderungen, Versicherungskündigung oder Geldstrafen) und indirekt (über Reputationsverlust) finanziell schwer belasten.

Jede dieser Ebenen stellt für sich eine Bedrohung dar. In der Summe bilden sie ein Potenzial, das wir uns in unserer täglichen Berufsausübung nicht vor Augen führen dürfen. Dennoch schwingt es in unserem Handeln stets mit und äußert sich als eine subtile, destruktive Angst — professionelle Angst (Hildebrandt 2009a:2).

Mit all diesen Auswirkungen müssen sich alle – vor allem außerklinisch arbeitende – Hebammen besonders im Zusammenhang mit aktuellen Prozessen gegen Hebammen

auseinandersetzen³.

Doch Angst muss nicht per se destruktiv sein. Schmid sieht im Erleben von Angst auch hilfreiches Potential für die Arbeit von Hebammen. Sie sagt: „Angst kann ein Instrument sein, eine Verbündete. Der Angst können wir uns stellen, sie kann bewältigt werden, wenn sie einen klaren Ursprung hat. Sie kann uns mitteilen, was genau passiert und die Frau warnen, falls das Kind in einer wirklichen Gefahr schweben sollte (Schmid 2011:259).“

Angst spielt also anscheinend eine zentrale Rolle und es gibt sie in verschiedenen Varianten.

2.2. Was ist Angst?

Um zu verstehen, was an Angst hinderlich oder förderlich sein kann, ist es sinnvoll, sich zunächst damit zu beschäftigen, was Angst ist.

Die Frage: „Was ist Angst?“ ist nicht leicht zu beantworten. In der Psychologie und Psychotherapie ist Angst ein „Urgefühl menschlichen Daseins (Fabian 2013:14)“, ein „Grundgefühl (Ermann 2012:12)“ und gehört zu den „fundamentalen Themen menschlicher Existenz (Krohne 2010:9)“. Auch sind sich diese Autoren darin einig, dass ein Leben ohne Angst nicht möglich ist (Fabian 2013:14; Ermann 2012:12; Krohne 2010:13).

Die Beschäftigung von Menschen mit dem Thema der Angst begann in der Philosophie der griechischen Antike mit Aristoteles (Ermann 2012:16). Danach wurde es auch ein Thema für die Theologen. Für den Kirchenlehrer und Philosophen Augustinus war „[...] Angst ein Gefühl, das durch das Getrenntsein von Gott entsteht und sich nur durch den Glauben wieder aufheben lässt (Ermann 2012:16).“ Mit den Philosophen Kierkegaard, Heidegger und Sartre wurde das Thema der Angst wieder in der abendländischen Philosophie zentral (Ermann 2012:16-17). Dass das Thema der Angst Menschen immer wieder stark beschäftigt zeigt sich auch in der Kunst. Musik, Malerei und der Literatur erzählen immer wieder von Angst und Verzweiflung oder von Überwindung der Angst durch Heldentaten (Ermann 2012:17-18).

Angst, sowie die ungewissen Situationen, die Angst auslösen können, haben Menschen schon immer beschäftigt.

³ Siehe z.B. die Prozessberichterstattung von Baumgarten in der Deutschen Hebammenzeitung 2013 (Heft Nr.4,5,6,8)

2.2.1. Begriffsdefinitionen

Wichtig für die Auseinandersetzung mit der Angst in dieser Arbeit sind die Begriffsdefinitionen von Angst, Furcht, Risiko und Ungewissheit. Zunächst sollen diese Begriffe genauer umrissen werden. Der Begriff der Säulen der Gesundheit erfährt in 2.5. eine genauere Erklärung.

Der zentrale und damit wichtigste Begriff ist der der Angst. Der Begriff „Angst“ wird im Wörterbuch der Psychologie beschrieben als „Allgemeine umfassende Bezeichnung für emotionale Erregungszustände, die auf die Wahrnehmung von Hinweisen, auf mehr oder weniger konkrete bzw. realistische Erwartungen oder allgemeine Vorstellungen physischer Gefährdung oder psychischer Bedrohung zurückgehen (Fröhlich 2010).“ Dagegen wird der Begriff „Furcht“ als „Allgemeine Bezeichnung für unangenehme Gefühle der Spannung und Betroffenheit angesichts oder in Erwartung konkreter Gefahren- oder Bedrohungsquellen (Gegenstände, Personen, Situationen), von Hinweisen auf eine bevorstehende Konfrontation mit ihnen und/ oder damit verbundenen Vorstellungen bei gleichzeitiger Anbahnung von Abwehr-, Bewältigungs-, oder Vermeidungsverhalten (Fröhlich 2010)“ definiert. Fröhlich weißt unter dem Begriff „Furcht“ weiter darauf hin, dass man „Vergleichbare Gefühle [der Furcht, d. Verf.] ohne konkreten Gegenstands- oder Situationsbezug [...] *Angst*“ nennt. Becker definiert Angst als einen Zustand, „der mit einer negativen Anspannung einhergeht und sich auf eine Bedrohung in der Zukunft richtet. Die Art der Bedrohung bleibt aber im Allgemeinen eher vage. Der Begriff Furcht dagegen ist reserviert für eine starke emotionale Reaktion auf eine wahrgenommene, tatsächliche Bedrohung. Diese Bedrohung ist definierbar, wie z. B. eine giftige Schlange (Becker 2011:11).“

Der Versuch der Differenzierung der Begriffe Angst und Furcht begann im 19. Jahrhundert. Die Unterscheidung „zwischen Angst vor dem Unbestimmten und Furcht als Reaktion auf eine konkrete Bedrohung [...] (Ermann 2012:17)“ wurde laut Ermann erstmals von dem Philosophen Kierkegaard getroffen. Fabian erläutert, dass Freud, der Begründer der Psychoanalyse, zwar einen Unterschied zwischen Angst und Furcht sah, beide Begriffe aber weitgehend synonym verwendete (Fabian 2013:80). Auch bei Fröhlich (2010) findet sich ein Hinweis auf die Einschränkung der Unterscheidung zwischen Angst und Furcht: „Da sich Furcht- und Angstgefühle mit den gleichen Symptomen zeigen, werden sie in der psychologischen Forschung unter dem Oberbegriff *Angstzustand* zusammengefasst; [...].“ Becker sieht die Ähnlichkeit von Angst und Furcht in der Erwartung von Gefahr oder etwas Unangenehmen, Anspannung,

Unbehagen/ Unruhe, erhöhter Erregung, negativer Affekt und das beide Formen zukunftsgerichtet sind (Becker 2011:11). Die Hauptunterschiede sieht Becker darin, dass Angst nicht so zielgerichtet und zeitlich begrenzt ist wie Furcht. Dadurch, dass sie länger andauert, sind auch ihre physiologischen Reaktionen häufig nicht so stark ausgeprägt (Becker 2011:10). Einen weiteren Unterschied sieht Becker in der erhöhten Wachsamkeit, die durch Angst ausgelöst wird, während Furcht mit einer Alarmreaktion einher geht (Becker 2011:10).

Da eine Unterscheidung der Begriffe Angst und Furcht in der Umgangssprache und wohl auch häufig in Lehrbüchern nicht üblich ist (www.duden.de/rechtschreibung/Angst; Becker 2011:10-11), wurde diese Differenzierung in dieser Arbeit nicht angewendet. Da aber in den Interviews ein Unterschied zwischen einer Furcht vor einer konkreten Gefahrensituation und einer vagen unbestimmten Angst deutlich wurde, wurde der Begriff „diffuse Angst“, der am ehesten der Angst entspricht, und „konkrete Angst“, die die Merkmale der Furcht trägt, gewählt.

In der Psychologie findet sich eine weitere Begriffsdifferenzierung im Bereich der Angst. So wird entweder von der Triade „Angst, Furcht, Ängstlichkeit (Becker 2011:10)“ oder „Angst, Furcht, Stress (Krohne 2010:18)“ gesprochen. Auch Ängstlichkeit und Stress finden sich als hintergründige Themen in dieser Arbeit wieder und sollen deshalb kurz skizziert werden: Ängstlichkeit wird als eine Persönlichkeitseigenschaft verstanden, die einen Menschen dazu veranlasst viele Situationen als bedrohlich zu erleben und dabei mit Zustandsangst⁴ zu reagieren (Becker 2011:10-11). Stress wird nach Lazarus` jüngster Definition nicht mehr als typisches Muster von Reaktionen bezeichnet, sondern: „Psychologischer Stress bezeichnet eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern (Lazarus/ Folkmann 1986, zit. nach Krohne 2010:20)“ Somit stellen angstbesetzte Situationen immer eine psychologische Stresssituation dar, weil Angst und Furcht in der Regel unangenehme Gefühle sind, bei denen jeder Mensch die Möglichkeit hat, ihnen entweder durch Auseinandersetzung oder aber durch Verdrängung zu begegnen. Diese Wahl geschieht je nach Bewusstsein eines Menschen und ob ein Mensch von einer angstbesetzten Situation ge- oder überfordert wird.

⁴ Zustandsangst ist abhängig von der Situation und kann Angst oder Furcht messen (Becker 2011:11)

Der Begriff der Unsicherheit wird bei Fröhlich (2010) mit Ungewissheit gleichgesetzt, die für eine „mangelhafte Vorhersehbarkeit und Vorhersagbarkeit von Ereignissen bzw. des daraus resultierenden Erlebens des *Zweifeln*s [...]“ steht. Ungewissheit steht auch für den „subjektiven Aspekt des Risikos und ist somit nicht in der Situation allein begründet, sondern den auf kognitiver Einschätzung basierenden Zustand des Individuums in dieser Situation (Fröhlich 2010).“

Das Risiko steht in der Psychologie als „Bezeichnung für die (objektiven) Verlustchancen, die sich aus der unvollständigen Vorhersagbarkeit künftiger Ereignisse bzw. Ereignisalternativen ergeben. Risiko bezeichnet den allgemeinen Fall [...] (Fröhlich 2010)“ im Kontrast zur Ungewissheit. Hier ist anzumerken, dass der Begriff des Risikos wohl zunächst in der Seefahrt verwendet wurde. Dort wurde das Risiko als Risikokalkulation Grundlage einer Versicherung „wertvoller Güter gegen den möglichen Verlust durch unvorhersehbare Gefahren auf dem Straßen- oder Seeweg (Baumgärtner/ Stahl 2005:13).“ Einer unsicheren Situation soll nicht durch konkretes Handeln begegnet werden, sondern durch eine Berechnung eines möglichen Schadens. In den 1960er Jahren zog der Begriff des Risikos als Risikofaktorenmodell in die Gesundheitswissenschaften als Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health Belief Model) ein (Baumgärtner/ Stahl 2005:37). In der Medizin findet sich das Risikofaktorenmodell besonders im Konzept der Prävention (Baumgärtner/ Stahl 2005:37). Da sich das Risikofaktorenmodell immer auf Daten aus Populationen, also großen Gruppen, bezieht kann es nie etwas über eine individuelle Situation, eine ganz persönliche mögliche Gefährdung aussagen. Hier wird der Unterschied zwischen Gefahr und Risiko deutlich: eine Gefahr ist eine konkrete Situation, der sich ein Mensch durch eine adäquate Reaktion stellen kann, das Risiko dagegen ist nicht greifbar und doch da. Durch die ständige Präsenz des Risikos, der auch nicht durch adäquates Handeln begegnet werden kann, wird es zu einem dominanten Konzept. Hier sind auch die beiden Formen der Angst wieder zu finden, auch wenn sie häufig schwer zu trennen sind und auch ineinander übergehen: die Furcht (konkrete Angst) vor einer Gefahr und die Angst (diffuse Angst) im Risikokonzept.

2.2.2. Physiologische Wirkungsweisen von Stress/Angst

Evolutionsgeschichtlich hat die Angst für die Physis eine wichtige Funktion als ein die Sinne schärfender Schutzmechanismus. Sie bereitet uns auf ein angemessenes Verhalten gegenüber einer Gefahr vor. Dieses Verhalten besteht in der Regel aus Kampf oder Flucht. Dafür müssen

physiologische Prozesse ablaufen, die eine körperliche Reaktion z. B. in Form von Blutdruck und Herzschlagerhöhung und Verengung der peripheren Gefäße zur Folge haben (Becker 2011:9). Für diese physiologischen Reaktionen spielt das vegetative Nervensystem, das sich in sympathisches und parasympathisches Nervensystem aufteilt, eine zentrale Rolle. Es bereitet den Körper auf Kampf oder Flucht vor einer konkreten Gefahr vor und wird deshalb auch „Fight-or-Flight-System (Coad/ Dunstall 2007:13)“ genannt.

Das sympathische Nervensystem arbeitet eng mit dem endokrinen System zusammen, wodurch die Freisetzung von Adrenalin aktiviert wird, das die „Fear-Fight-Flight- Reflexe (Coad und Dunstall 2007:14)“ verstärkt. Das endokrine System zeigt bei Frauen in Gefahrensituationen eine Besonderheit. Für sie kommt als besondere Anforderung in einer Gefahr der Schutz ihrer Nachkommen hinzu (Krohne 2010:322). Deshalb wird vermehrt Oxytocin ausgeschüttet, was zu einer „Tend-and-Befriend-Reaktion (Taylor et al. 2000 zit. nach Krohne 2010:322)“ führt, die verstärkte Sorge und Aufmerksamkeit für den Nachwuchs, sowie Anschlussintendenzen an besonders weibliche Mitglieder der Gruppe mit sich bringt. Neben der Möglichkeit von Kampf und Flucht oder dem weiblichen Äquivalent von Nachkommenschutz und Zusammenschließen als Reaktion auf Angst oder Furcht zur Überlebenssicherung, weißt Becker noch auf das Vermeidungsverhalten oder die Schreckstarre hin (Becker 2011:18).

2.2.3. Stress und Angst in der Neurobiologie

Moderne bildgebende Verfahren haben viel zu Erkenntnissen über Verarbeitungsabläufe im Gehirn, besonders auch der Angst beigetragen (Becker 2011:32). Dabei lassen sich im Gehirn zwei verschiedene Wege der Angstwahrnehmung ausmachen: ein evolutionär altes System (Reizverarbeitung direkt über die Amygdala), das sehr schnell reagiert, und ein evolutionär gesehen neueres System über neokortikale Strukturen, das etwas langsamer, dafür aber auch differenzierter, reagieren kann (Becker 2011:29). Das schnell reagierende System ist für die Überlebensstrategien ausschlaggebend, während das langsamere, neuere System für nicht akut lebensbedrohliche Herausforderungen zuständig ist. Angstwahrnehmung hat also nicht nur mit dem kurzfristigen Sichern des Überlebens zu tun. Der Neurobiologe Hüther macht deutlich: „Die Stressreaktion ist offenbar nicht nur der große Lenker, der immer wieder dafür gesorgt hat, dass im Lauf der stammesgeschichtlichen Entwicklung genetische Programme stabilisiert wurden, die das Gehirn immer größer und lernfähiger werden ließen. Die Stressreaktion ist auch der große Modellierer, der sogar noch im Lauf unseres Lebens immer wieder dafür sorgt, dass zunächst zwar richtige, sich später aber als Sackgassen erweisende

Verschaltungen aufgelöst und neue Wege eingeschlagen werden können. Und in beiden Fällen ist der Auslöser dieser Reaktion die *Angst* (Hüther 2012:27).“

2.2.4. Normale Angst im Menschenleben

Bisher wurde deutlich, dass Angst ein Überlebensmechanismus und ein Gefühl ist. Nach Hüther ist die Angst beim Menschen auch für die Weiterentwicklung von neuronalen Verschaltungen im Gehirn, und damit auch der Möglichkeit, neue Wege des Denkens zu finden, verantwortlich. Laut Becker ist die Erkenntnis, dass Emotionen und Kognitionen sich gegenseitig beeinflussen keine Erkenntnis der modernen psychologischen Wissenschaft, sondern war schon den klassischen Philosophen bekannt (Becker 2011:22). Philosophisch ist auch die Erkenntnis, dass es ohne der Urangst ins Gesicht zu schauen keine menschliche Entwicklung geben kann (Fabian 2013:226). Fabian betrachtet die Angst als einen Hauptmotor des Lebens, die es uns ermöglicht, die Potenziale des Lebens auszuloten und die Bewusstheit des eigenen Seins zu fördern oder erst entstehen zu lassen (Fabian 2013:226-227).

Freud war einer der ersten, der in seiner Angsttheorie die Angst des Menschen auf eine Urangst, die durch die Trennung von der Mutter bei der Geburt erlebt wurde, zurückführte (Becker 2011:38; Krohne 2010:156). Auch Fabian sieht die Verlassens- oder Trennungsangst als die ursprünglichste Form der Angst (Fabian 2013:91). Betrachtet man die verschiedenen Entwicklungsstufen eines Menschen von der Zeugung und Schwangerschaft über die Geburt, danach die Baby- und Kleinkindzeit, die über Kindergarten- und Schulzeit in die Pubertät münden, um dann ins Erwachsenenalter überzugehen, das sich wiederum in verschiedene Phasen der Berufsfindung- und Ausübung und oder der Familiengründung und -führung bis hin zum eigenen Tod untergliedert, findet sich bei jedem Übergang eine neue Phase der Trennungs- und Ablösungsherausforderungen. So wird bei jedem dieser Entwicklungsschritte von uns ein Lösen von Vertrautem und Gewohnten gefordert, um dann Neues und Unvertrautes zu wagen (Riemann 2011:11). Dieser Prozess kann auch als lebenslanger Identitätsfindungsprozess verstanden werden und ist ohne Angst nicht vorstellbar (Fabian 2013:1588).

Die moderne Bindungsforschung bestätigt, dass in der Prä- und Perinatalphase schon ungeborene Kinder mit Stress und innerlichem Rückzug auf dauerhafte Angst- und Schmerzzustände ihrer Mutter in der Schwangerschaft und unter der Geburt reagieren (Harms 2008:24). Dagegen kann eine schützende, liebevolle Zuwendung Vertrauen und Sicherheit in einer Seele verankern und damit dem Kind helfen, alle weiteren mit Angst verknüpften Herausforderungen

in seinem Leben zu meistern. Harms macht deutlich, „[...] dass die psychische und emotionale Gesundheit des menschlichen Säuglings in existentieller Weise von dem Vorhandensein einer oder mehrerer tragfähiger Bindungsbeziehungen abhängig ist (Harms 2008:22).“ Das bleibt im Erwachsenenalter ähnlich, denn das bewusste Wahrnehmen von Angst ist auch für den Beziehungsaufbau von erwachsenen Menschen erforderlich. Ohne eine authentische Wahrnehmung von Emotionen ist keine echte Kommunikation und damit auch keine Beziehung möglich (Becker 2011:19).

Das Wissen um die Wichtigkeit der ersten Lebenszeit von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter für die Ausprägung von Angst- und Stressmustern und den Möglichkeiten ihnen zu begegnen, birgt für alle, die Frauen, Kinder und Familien in dieser Zeit begleiten, sowohl eine Chance wie auch eine Verantwortung. Die Chance besteht darin, sich selbst in seiner eigenen Geschichte und damit auch in seinen eigenen Ängsten besser zu verstehen, denn nur wer sich mit seinen eigenen Ängsten auseinander gesetzt hat, kann authentisch sein (Fabian 2013:224). Aus dieser Chance ergibt sich auch die Verantwortung: Gerade Frauen und Familien, die sich in der Zeit um die Geburt in einer Entwicklungsphase befinden, die naturgemäßer weise immer auch mit Angst besetzt ist, brauchen eine authentische Begleitung, um sich ihren eigenen Ängsten stellen und um durch diese Phase gewachsen und gestärkt hervorgehen zu können. Auf diese Art der Begleitung geht Hildebrandt ein, wenn er sagt: „Nicht Angst, sondern Empathie, Sorgfalt, Aufmerksamkeit und vor allem Kommunikation sollte unser Denken und Handeln bestimmen. Das meine ich, wenn ich von „kühner Geburtshilfe“ spreche, die nicht leichtsinnig, aber beherzt und optimistisch ist (Hildebrandt 2009b:136).“

2.2.5. Zu wenig Angst?

In dieser Arbeit geht es nicht um pathologische Formen der Angst, also ein zu viel an Angst, die sich in Angststörungen, Neurosen, Paniken oder Phobien äußern können. Im letzten Abschnitt wurde versucht die „normale Angst“ in einem Menschenleben zu beleuchten, die so auch Schwangere und gebärende Frauen und Hebammen erleben. Wenn es „zu viel“ Angst gibt, gibt es dann auch ein „zu wenig“ an Angst? Fabian gibt zu bedenken, dass es nicht nur um das subjektive Erleben von Angst geht, sondern auch um die Frage, ob Angst lediglich abgewehrt oder ignoriert wird. Er nennt dies „defizitäre Angst (Fabian 2013:21)“ und stellt eine wichtige und fast vergessene Frage: „Wann wird Angst *zu wenig* (Fabian 2013:20)?“ Wird Angst ignoriert oder abgewehrt, sucht sie sich andere Ausdruckswege wie psychosoma-

tische Erkrankungen, Sucht oder Aggression (Fabian 2013:118). Somit ist auch ein Mensch, der keine Angst kennt, nicht gesünder, als ein Mensch, der sich mit seiner Angst immer wieder auseinandersetzt (Fabian 2013:21). Laut Fabian ist eine Angst also dann normal, wenn

1. „Sie bewusst ist, nicht geleugnet oder abgewehrt wird;
2. sie in ihrem Ausmaß nicht das Leben – sowie zwischenmenschliche Kontakte und Beziehungen – hindert, sondern eher als „Motor des Lebens (Battegay 1970/1996 zit. nach Fabian 2013:21)“ fungiert;
3. Auch die Angst vor ihr (die Angst vor der Angst) bewusst wird und der Mensch sich mit ihr auseinandersetzt (Fabian 2013:21).“

Empathie setzt ein Bewusstwerden vor allem der eigenen Angst vor der Angst voraus. Wird Angst verdrängt, also defizitär, findet in der Medizin häufig eine Delegation der eigenen Angst an den Patienten (Fabian 2013:181) oder ein Ausweichen in vermeintlich objektive Wissenschaft statt (Fabian 2013:177).

Auch Schmid sieht das Problem der verdrängten Angst in der Geburtshilfe. Zum Umgang mit der Angst beschreibt sie verschiedene Möglichkeiten: „Man kann sie unterdrücken, dann verwandelt sie sich in Beklemmung [im italienischen „Ansia“ was auch mit „angstvoller Unruhe“ oder „Sorge“ übersetzt werden kann, d. Verf.] oder körperliche Krankheiten. Man kann sie passiv ertragen, dann wird sie zu Niedergeschlagenheit, man kann ihr Ausdruck verleihen, dann wird sie zwar ansteckend auf andere, aber es schützt einen selber vor inneren Schäden. Man kann ihr ins Gesicht sehen, kann sie identifizieren, so dass sie sich auflösen kann (Schmid 2005:6).“ Weiter schreibt sie im Hinblick darauf, wie Hebammen und Ärzte auch ihre Macht (miss-) brauchen können, um mit ihrer Angst umzugehen: „Auch die Menschen, die Schwangere begleiten, sind ähnlichen Dynamiken unterworfen: Sie können die Angst der Frauen und ihre eigenen Ängste auf Abstand halten und sie mit Hilfe der Technik kontrollieren. Sie können sich anstecken lassen und die Folge davon ist häufig, dass sie ihre persönliche Macht missbrauchen, um die Frau zu dominieren oder sie können die Angst gemeinsam mit der Schwangeren erkennen und passende Mittel benutzen, um sie aufzulösen (Schmid 2005:6).“

Zusammenfassend lässt sich sagen: es gibt kein menschliches Leben ohne Angst. Die Hauptaufgaben der Angst scheinen das Sichern des biologischen Überlebens und das Meistern seelischer und geistiger Aufgaben zur persönlichen Weiterentwicklung zu sein. Dabei gibt es zwei hauptsächliche Varianten: eine diffuse, unbestimmte Angst und die Furcht vor einer

konkreten Gefahr. Die konkrete Angst zwingt zu einer schnellen Handlung, dagegen ist der Umgang mit diffusen Ängsten schwieriger, da es bei den diffusen Ängsten nicht vordergründig um Handlung, sondern eher um eine innere Haltung geht. Wenn es zu viele Ängste in einem Menschen gibt, äußern sie sich meistens in pathologischen Reaktionen wie Panik, Phobien oder Angststörungen. Wird Angst in zu starkem Maße verdrängt sucht sie sich andere Auswege, die sich in Aggression, Sucht oder Machtmissbrauch äußern können.

2.3. Umgang mit Angst und Unsicherheit

2.3.1. Von der Vorbeugung zur Berechnung

Wie aus der Psychologie und Neurobiologie sichtbar wurde, ist das Gefühl von Angst/ Stress-situationen in sich verändernden Lebensbedingungen und damit auch in sich verändernden Lebensphasen, so alt wie die Menschheit selbst. Deswegen soll ein kurzer Blick in die Geschichte zum Umgang mit Angst bzw. Ungewissheit gewagt werden.

Über den Umgang mit den Ängsten, sowohl von den gebärenden Frauen wie auch von den Hebammen, können wir nur indirekt schließen, da es lange Zeit keine Aufzeichnungen von Frauen gab. Wahrscheinlich haben Frauen schon immer Wege gesucht, mit den Gefahren und Ungewissheiten, die sie im Zusammenhang mit der Phase des Kinderkriegens erlebten, umzugehen. Frauen waren sich immer der engen Beziehung von Ins-Leben-treten und Aus-dem-Leben-gehen bewusst. Die Kulturanthropologin Loux schreibt in ihrem Aufsatz „Frauen, Männer und Tod in den Ritualen um die Geburt“ über den Umgang mit der Angst im ländlichen Frankreich Ende des 19. Jahrhunderts: „Dieses Bewusstsein von Todesgefahr [für sich und ihr Un- bzw. Neugeborenes, d. Verf.] führte nicht zu Fatalismus, sondern zu Vorbeugemaßnahmen, die zwar anders als die heutigen, aber nicht weniger real waren (Loux 1998:54).“ Diese ambivalente Verbindung von Geburt und Tod zeigte sich auch in einer Vielzahl von Ängsten und Vorsorgemaßnahmen, die ein Neugeborenes umgab (Loux 1998:55). Allerdings wurde in diesem Zusammenhang nicht von „vorbeugen“, sondern von „schützen“ und „bewahren“ gesprochen. Zum Beispiel berichtet Loux von einem speziellen, der Jungfrau Maria geweihten, Gürtel, den die Mutter während der Geburt anlegte. Dieses Umschließen bzw. Einkreisen galt als Schutzgeste (Loux 1998:52). Weiter weist Loux darauf hin, dass Frauen eine ambivalente Rolle hatten: „Einerseits war sie Lebensspenderin, andererseits

konnte sie den Tod bringen (Loux 1998: 57).“ Auch die Aufgaben der Hebammen verknüpfen Leben und Tod: Sie war nicht nur für Geburten, sondern auch das Waschen der Toten zuständig (Loux 1998:57-58).

Eine ganz andere Art mit Ungewissheiten des Lebens umzugehen erläutert der Psychologe Gigerenzer. Er beschreibt die probabilistische Revolution, die er „Zähmung des Zufalls (Gigerenzer 2013:35)“ nennt, bei der seit etwa dem 17. Jahrhundert das Wissen und aufkommende Wissenschaft versuchte, den Menschen vom ungewissen Lauf seines Schicksals zu befreien, indem der Zufall durch Kausalitäten ersetzt wurde. Doch das Schicksal lässt sich nicht so leicht berechnen und so wurden Wahrscheinlichkeiten und Statistik geschaffen (Gigerenzer 2013: 35-36). Seit dieser Zeit versuchen Menschen immer mehr der Ungewissheit des Lebens mit statistischem Denken Herr zu werden. Bis sich diese Art zu denken flächendeckend durchsetzen sollte, dauerte es aber noch bis in die zweite Hälfte des letzten Jahrhunderts. Statistisches Denken findet sich auch in der Medizin und damit auch in der Geburtshilfe wieder. Dabei wird übersehen, dass das statistische Denken nur für eine Welt mit bekannten Risiken funktioniert, was laut Gigerenzer nur bei Lotterie und Glückspiel gilt, da dort Alternativen, Folgen und Wahrscheinlichkeiten bekannt sind (Gigerenzer 2013:37). Eine wichtige Wahrheit liegt in dem Sprichwort: „Das einzig Beständige ist die Veränderung.“ Wir leben in den meisten Fällen in einer ungewissen Welt. Gigerenzer formuliert es so: „Die Welt der Ungewissheit ist riesig im Vergleich zu der des Risikos (Gigerenzer 2013:37).“

Ein Versuch den Ängsten zu begegnen, welche ein ungewisses Leben mit sich bringt, waren und sind Vorsorgemaßnahmen. Eine andere Möglichkeit wurde darin gesucht, Risiken zu berechnen.

2.3.2. Der Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe von der Gefahr zum Risiko

Da die Risikoberechnung eingeführt worden war, um mit ungewissen Situationen und damit auch mit eigenen Ängsten besser umgehen zu können, ist es wesentlich, die Auswirkungen dieses Konzeptes in der Geburtshilfe zu beleuchten.

In der Mitte des letzten Jahrhunderts fand ein von vielen unbemerkter Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe statt. Dafür gibt es zwei Hauptgründe: Erstens die Einführung des „Risikos als praxisleitendes Konzept in der Geburtsmedizin (Duden 2013:1, Skriptum)“ in den 1960er

Jahren. Das eine Verknüpfung aus Epidemiologie⁵ und Medizin darstellt. Diese beiden Disziplinen sind Gegensätze zueinander, da die Epidemiologie von Populationen (also großen Gruppen von Menschen) ausgeht und die Medizin sich traditionell um den *einzelnen* Menschen kümmert. Vor der Einführung des Risikobegriffs gab es Gesunde, die manchmal drohenden Gefahren ausgesetzt waren. Eine Pathologie, die z.B. das Hinzuziehen eines Arztes für die Hebamme während einer Geburt notwendig machte, war klar abgegrenzt. Mit Einführung des Risikokzeptes wurden nicht nur die (drohende) Gefahr, sondern auch eigentlich gesunde Zustände in den Begriff des Risikos mit aufgenommen, der nur noch abstrakte statistische Zahlen beinhaltet. Da die statistischen Zahlen keine Aussage mehr über die einzelne konkrete Schwangere bzw. Gebärende mehr treffen können, weil sie sich nur auf großen Populationen beziehen, wurde so zwangsläufig jede Schwangere und Gebärende diesem potentiellen Risiko zugeordnet.

Doch nicht nur die Aufnahme in eine nicht real existierende Population, sondern auch die aufkommende Technik leistete dem Risikokzept Vorschub. Die Sozialwissenschaftlerin Schumann macht den Unterschied zwischen dem Bestimmen eines statistischen Risikos und dem Erkennen einer Gefahr deutlich: „Das Risikokzept basiert auf technischen Daten und Technikanwendung. Die menschlichen Sinne können eben nur die Gefahr oder Anzeichen einer sich ankündigenden Gefahr wahrnehmen. Die weitere Basis des Risikos ist die Prognostik. Die Prognosen werden statistisch durch die Korrelation von Merkmalen ermittelt. Das Risiko erscheint berechenbar, kalkulierbar und damit beherrschbar. „Risiko“ bedeutet , der drohenden Gefahr immer einen Schritt voraus zu sein; aber ob das Risiko vorliegt oder nicht, das muss anhand von technischen Daten entschieden werden (Schumann 2004: 28).“ Die subjektiven Empfindungen der Frauen wurden dabei als nicht relevant betrachtet, weil nur technischen Messdaten zu einer objektiven Orientierung und damit zu einem Sicherheitsgaranten für eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind wurden (Schumann 2009:176). Das Vertrauen in die Technik wurde durch das Versprechen gefördert, ein Risiko minimieren zu können. Dabei ergibt sich die Schwierigkeit, wie dann schlussendlich mit einem sogenannten „Risiko“ konkret umgegangen werden kann. Hier lässt dieses zwar theoretische, aber auch zwingende, weil nicht widerlegbare, Konzept die werdenden Mütter und ihre Begleiter in einer Zwickmühle. Ein Risiko einzugehen und sich damit möglicherweise einer konkreten Gefahr zu stellen, wird häufig als verantwortungslos betrachtet: „Wer allerdings ein Risiko eingeht, muss auch die

⁵ Fachgebiet der „Public Health“ in der Medizin

Verantwortung dafür tragen, so die Logik des Risikos. Wer sich auf diese Logik einlässt und nicht unverantwortlich handeln will geht bei der Geburt niemals ein Risiko ein (Schumann 2004:28).“

Der zweite Hauptgrund liegt in der Fortschritts- und Technikgläubigkeit dieser Zeit mit vielen geburtsmedizinischen Erfindungen. Zunächst wurde in den 1950er Jahren noch weitgehend eine klassische Geburtshilfe praktiziert, die durch den Leitsatz „Nil nocere“, wörtlich „Nicht schaden“ geprägt war und in der Geburtshilfe als „gekonnte Nichtintervention“ übersetzt wurde. Dies bedeutete eine abwartende Zurückhaltung gegenüber den normal verlaufenden Geburten, die vor allem Geduld erforderten. In die Geburt wurde aufgrund der strengen Indikation nur dann eingegriffen, wenn pathologische Zustände vorlagen. (Schumann 2009:170)

In den 1960er Jahren begann sich ein Wandel in der Haltung der Geburt gegenüber zu vollziehen. Die abwartende und zurückhaltende Haltung wurde von der aufkommenden Medizintechnik verdrängt. Mit der sich schnell entwickelnden Medizintechnik boten sich vor allem den Ärzten neue Möglichkeiten der Diagnostik und Intervention in die Geburt dar (Schumann 2009:170). Diese neuen Möglichkeiten führten zu einem grundlegenden Wandel der inneren Haltung der geburtshilflich tätigen Ärzte. Sie „führten zu einer zunehmend präventiven Ausrichtung der Geburtshilfe, die einen epochalen Wandel in der Haltung der geburtshilflichen tätigen Ärzte gegenüber der Geburt zur Folge hatte und sich in der Bezeichnung Geburtsmedizin oder Perinatalogie niederschlug (Schumann 2009:170).“

Der Berliner Arzt Saling war durch seine Erfindung der Amnioskopie und der Mikroblutuntersuchung einer der Hauptgründer der Perinatalmedizin (Schumann 2009:171). Das Besondere an der Perinatalmedizin war, dass erstmals das ungeborene Kind im Mutterleib untersucht werden konnte. Da Amnioskopie und Mikroblutuntersuchung jedoch nur Momentaufnahmen über den Zustand des Fötus boten – was Saling als großen Mangel bedauerte (Schumann 2009:172) – sollte diese Lücke mit der kontinuierlichen Herztonüberwachung mittels Ultraschall, dem Cardiotokographen (CTG) geschlossen werden. Mit dem CTG sollte der nur durch Zufall gefundene pathologische Befund ausgeschlossen werden (Schumann 2009:173). Diese Untersuchungsmethoden waren und sind ein Beispiel für einen Wissenschaftszweig, der behauptet, dass nur durch technische Untersuchungen erworbenes Wissen objektiv und damit handlungsrelevant sei (Schumann 2009:170). Nicht nur durch neue Untersuchungsmethoden,

auch durch neue Medikamente – wie das synthetisch hergestellte Oxytocin – konnte der Geburtsverlauf beeinflusst werden. Ende der 1950er Jahre belegten internationale Forschungen angeblich, dass „es möglich sei, eine Geburt ohne Schädigung des Kindes und ohne Gefahr für die Mütter in jedem Fall zu erzwingen (Schumann 2009:174).“

Um die neuen Errungenschaften der Perinatologie zu etablieren, war ein wichtiger Schachzug von Saling, dass er sich der öffentlichen Medien bediente. So erschien in der HÖRZU 1978 eine Titelstory mit einem Bild, das Saling mit vielen Babies im Arm zeigte: „Was kann die Medizin heute? So umsorgt kommen unsere Babys auf die Welt (www.saling-institut.de).“ Bald fanden sich auch in der Politik Vertreter, die dazu beitrugen nicht nur die Perinatalmedizin als medizinische Fachrichtung zu etablieren, sondern auch als Gradmesser für Klinikstandards und als Grundlage für die Forschung zu betrachten (Schumann 2009:179). Aber Saling beließ es nicht bei einer Werbekampagne für die neue Perinatologie. Sowohl in der Fachpresse wie in den öffentlichen Medien; zog Saling über die alte Geburtshilfe her und kritisierte nicht nur Hebammen, sondern auch Ärzte und Kliniken, die nicht sofort mit der neuen Geburtsmedizin mitzogen, als inkompetent und verantwortungslos (Schumann 2009:179). So wurde die veränderte Haltung zur Geburt nicht nur unter fortschrittlichen Medizinern verbreitet, sondern auch bei den Eltern. Da Hebammen mit in der Kritik standen, konnten auch sie sich dieser Entwicklung nicht entziehen.

Laut Schumann war Salings ursprüngliche Intention, die Geburt sicherer zu machen und unnötige Kaiserschnitte zu vermeiden (Schumann 2009:172). An den heutigen Kaiserschnittstraten ist abzulesen, dass er dieses Ziel nicht erreicht hat. Auch das Ziel, die Geburt sicherer zu machen, muss in Frage gestellt werden, denn die britische Statistikerin Tew stellt fest: „Es gab keinen Hinweis darauf, dass ein normaler Verlauf des natürlichen Geburtsprozesses, zumindest wenn keine ernsthaften Störungen vorlagen, durch Eingriffe verbessert werden konnte. Diese Tatsache schien allerdings niemand für wesentlich zu erachten. Die Geburtshelfer sollten in ihrer harten Ausbildung lernen, die Interventionen und Maßnahmen kompetent durchzuführen, nicht etwa nachzuweisen, ob die Geburten dadurch sicherer wurden (Tew 2012:224).“

2.3.2.1. „Normale“ Geburt – „pathologische“ Geburt?

Der Versuch Ungewissheit berechenbar zu machen, führte in den 1960er Jahren dazu, dass der Begriff des Risikos als praxisleitendes Konzept in die Medizin Einzug nahm. In der Geburtsmedizin führte es dazu, dass vorsorglich gehandelt werden musste. Die Historikerin Duden nennt es den „Imperativ präventiver Intervention.“ Dieses Paradigma existiert noch heute in der Geburtshilfe und „tritt an die Stelle des Vermögens, Pathologisches und Normales zu unterscheiden [...] (Duden 2013:1 Skriptum).“

Die Unterscheidung zwischen normalen und pathologischen Geburtssituationen ist aber gerade für Hebammen essentiell wichtig, da sie laut ihrer Berufsordnung „Normalgeburten aus Schädellage (Lutz/ Mändle 2000:9)“ betreuen dürfen. Löst sich diese Grenze auf, führt die unklare Beurteilung unweigerlich zu mehr Ungewissheit und Unsicherheit. Duden betonte diesen Umstand dieses Jahr auf dem Kongress „Geburtshilfe im Dialog“: „Mittlerweile beansprucht das Risiko den Status eines Paradigmas, das an die Stelle des Vermögens tritt, Pathologisches und Normales zu unterscheiden – mit fatalen Folgen für die Kunst der Geburtsleitung durch Hebammen (Duden 2013:1, Skriptum).“

Jahrhunderte lang gab es eine unzweifelhafte Grenze zwischen einer „normalen“ Geburt, mit deren Besonderheiten die Hebamme in der Regel gut umgehen konnte und einer pathologischen Geburt, die so große Schwierigkeiten barg, dass sie die Kompetenzen der Hebamme überschritt. Diese fundamentale Unterscheidung ist in unserer Zeit kaum noch auszumachen. Bis vor ca. 300 Jahren war das Geschäft des Gebärens Frauensache und Männer spielten bei Geburten eine untergeordnete Rolle. Im 18. Jhd. wurde Hilfe, zunächst in Form eines Chirurgen, erst geholt, wenn der Tod der Mutter drohte (Hampe 2001:53). Das 18. Jhd. war auch die Zeit, als sich die männliche, akademische Geburtshilfe langsam zu etablieren begann (Hampe 2001:54). In dieser Zeit wurde die Verwischung der Grenze zwischen normaler und pathologischer Geburt vorbereitet. Es war auch die Zeit, als die ersten Hebammenschulen gegründet wurden. Mit diesen Institutionen wurde die Basis des Hebammenwissens als beobachtetes körperliches Wissen langsam aber sicher von einem theoretischen Wissen abgelöst, das von (zunächst in der Regel in der Geburtshilfe unerfahrenen) Ärzten mit dem Schwerpunkt auf die Pathologie gelehrt wurde.

Das Erlernen des Hebammenberufes an einer Hebammenschule bedeutete für die angehenden Hebammen, ihr Wissen nicht mehr im direkten Kontakt mit „ihren“ Frauen von einer Meiste-

rin zu lernen, sondern von einem System ausgebildet zu werden, dass der Lebenswelt der Gebärenden fremd war (Stenzel 2001:41). Stenzel untersuchte die Auswirkungen auf Hebamme und Betreute an dem Fall Sofia Bühren, die 1766 zur Hebamme an der Hebammenschule Flensburg ausgebildet worden war „Die räumliche Distanz zu ihrem Herkunfts- und späteren Einsatzort, die sie für die Dauer ihrer Ausbildung gänzlich von der Lebenswelt isolierte, in dem sie später als Hebamme arbeiten sollte, wurde durch die Andersartigkeit ihres geburts-hilflichen Wissens, das vornehmlich ein „unpraktisches“ Wissen war, ergänzt (Stenzel 2001:41).“ Durch die Hebammenordnungen, die eine verlängerte Ausbildungszeit mit praktischem Unterricht an den Hebammenschule vorsahen, wurden die Grundlagen für einen Systemwechsel geschaffen. Dabei ging es darum, dass die gebärenden Frauen ihr Vertrauen nicht mehr auf eine ihnen persönlich bekannte Hebamme legten, sondern in ein System, das die modernen Hebammen produzierte (Stenzel 2001:52). So veränderte sich langsam, aber unwiderruflich nicht nur die Hebamme mit ihrer Lern- und Arbeitsweise, sondern auch das Verständnis der Geburt. Stenzel spricht von einem Bruch, der mit einem Verlust weiblichen Kultur und Autonomie durch die Neuordnung der Hebammenausbildung einher geht. Dieser Verlust durchzieht die Geschichte der Hebammen über einen langen Zeitraum, er verschärfte sich aber auf dem Weg in die Moderne immer härter.

Nichtsdestoweniger blieb es über weitere zwei Jahrhunderte üblich, dass die meisten Kinder zu Hause geboren wurden. Auch wenn das empirische traditionelle Wissen durch den Ausbau der Hebammenschulen und damit der Akademisierung des Hebammenwissens (Gengnagel/Hasse 1999:31) immer weiter verdrängt wurde, war es in der Regel das Können der Hebammen, das die Mütter und Kinder möglichst gesund und unversehrt durch die Zeit der Schwangerschaft und Geburt begleitete.

Die hebammengeleitete und damit in der Regel interventionsarme Geburtshilfe konnte bis zu den 1950er Jahren im Großen und Ganzen fortbestehen. Der französische Geburtshelfer Odent führt es auch darauf zurück, dass bis zu diesem Zeitpunkt die Geburt, die trotz kultureller Veränderungen und zunehmender Einflussnahme der Männer, primär Frauensache war, bei der die Männer nur in Notfällen dazu gerufen wurden. Auf seiner Internetseite www.wombecology.com schreibt er: „However, despite thousands of years of culturally controlled childbirth during which the basic mammalian needs of the labouring women and of the newborn babies were ever more denied and even ignored, and in spite of the indirect influence of male medical men, women were still giving birth in predominantly female environments –

until the middle of the twentieth century. Around 1950, in the case of home birth, childbirth was still women's business (www.wombecology.com/?pg=masculinisation).”

In der Zeit, als das Risikokonzept als klinisches Risiko in die Medizin einwanderte und die erweiterten Möglichkeiten der Technik die Geburtsmedizin tiefgreifend veränderte, fand auch die Verlegung des Geburtsortes von zu Hause in das Krankenhaus statt. Die Gründe, warum die Gebärenden in kurzer Zeit die Klinik als Geburtsort akzeptierten, hatten verschiedene Ursachen. Schumann macht darauf aufmerksam, dass es keine Belege dafür gibt, dass Frauen aus Sicherheitsgründen zur Geburt in die Klinik gegangen seien, vielmehr werden dafür das Waschen müssen der blutigen Wäsche und fehlende Pflege im Wochenbett durch die Angehörigen angeführt (Schumann 2009: 33). Wahrscheinlich spielten auch die neuen Errungenschaften der klinischen Medizin durch neue Medikamente, Untersuchungs- und Eingriffsmöglichkeiten eine Rolle und unterstützten die Fortschritts- und Machbarkeitsgläubigkeit der Frauen.

Seit den 1950er Jahren gibt es also die historisch gesehen relativ neue Situation, dass die meisten Kinder nicht mehr zu Hause, sondern in einer Klinik auf die Welt kommen. Zu Hause war es ganz klar, dass die Hebamme die Unterscheidung treffen musste, und in der Hausgeburtshilfe heute auch noch muss, welche Geburt normal sei und welche nicht. Die Hebammen wurden gelehrt, „Warnzeichen“ einer Geburt wie das Wetterleuchten bei einem heraufziehenden Gewitter sorgfältig zu beobachten (Schumann 2004:26). Gleichzeitig wurde das rechtzeitig Erkennen können und dann adäquat Handeln können der Hebammen gerade auch von den Hebammenlehrern immer wieder angezweifelt (Schumann 2004:26).

In den 1970er Jahren ordneten sich die Hebammen dem ärztlichen Geburtshilfemodell unter, indem sie dem Wunsch der Ärzte zustimmten, dass diese zu allen Geburten in der Klinik hinzugezogen werden mussten. Noch 1965 hatte die Vorsitzende der Hebammenverbandes Springborn die Forderung der Geburtsmediziner kritisiert: „Der Hebammenberuf würde einen hohen Bedeutungsverlust erleiden, wenn die Leitung der normalen Geburt und die Beobachtung des Geburtsverlaufes auf Abweichungen als eines der wesentlichen Berufsmerkmale entfielen (Springborn 1965 zit. nach Schumann 2009:191).“ Damit wurden der selbständige weisungsungebundene Beruf der Hebamme zu einem ärztlichen Hilfsberuf (Schumann 2009: 191), was zur Folge hatte, dass die Hebammen häufig nicht mehr als eigenständiger Berufs-

stand wahrgenommen wurden, weil sie kaum noch von Krankenschwestern zu unterscheiden waren (Schumann 2009:198).

So wurden die Hebammen nicht nur ihrer Kompetenz der eigenständigen Beurteilung und Begleitung einer Gebärenden beraubt, sondern auch dem sozialen Kontakt. Dadurch dass sie im Krankenhaus oft mehrere Gebärende gleichzeitig betreuen mussten (und müssen) ging auch ihr zweites Standbein, nach der Leitung und Beurteilung der normalen Geburt, die besondere Beziehung zu den Frauen verloren (Schumann 2009:198).

Der Zustand, dass die Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Geburt, die eigentlich durch die Haus- und Klinikgeburten gesetzt war, durch verschiedenen Dynamiken aufgehoben worden war, dauert bis heute an. Laut Schumann weisen diejenigen Länder eine geringe Interventionsrate auf, „in denen die Grenze zwischen normalen und komplizierten Geburten zugleich die Trennlinie zwischen den Kompetenzen der Berufsgruppen Hebamme und Arzt ist (Schumann 2009:304).“ In Deutschland hat sich dagegen die akademische Geburtsmedizin durchgesetzt und die Zahl der Frauen, die als „Risikoschwangere“ klassifiziert wurden, war bereits in den 1980er Jahren enorm angestiegen. In einer Studie anhand der niedersächsischen Perinatalstatistik konnten Schücking/ Schwarz zeigen, dass 1999 nur 6,7% aller Gebärenden ihre Kinder ohne medizinische Eingriffe zur Welt brachten (Schücking/ Schwarz 2004:22). Diese Zahl ist seither vermutlich noch gesunken und zeigt, dass Interventionen auf geburtsmedizinischen Abteilungen zur Routine geworden sind. Hier wird durch die hohe Anzahl der Interventionen deutlich, dass sich die Geburt Betreuenden (noch) in der „Angst- und Risikofalle“ befinden, von der Lütje spricht.

Das Auflösen der Grenze und damit das Unmöglich machen einer klaren und konkreten Beurteilung ob eine Geburt normal oder pathologisch sei, wird also die Ängste aller während vor und während einer Geburt weiter schüren.

2.3.2.2. Geburtshilfliche Modelle

Die Verwischung der Grenze zwischen normaler und pathologischer Geburt zeigt sich auch in verschiedenen geburtshilflichen Modellen oder Richtungen, deren Unterschied sich hauptsächlich in verschiedenen Haltungen Mutter und Kind gegenüber ausdrückt.

Seit kurz nach dem zweiten Weltkrieg finden sich zwei hauptsächliche geburtshilfliche Betrachtungs- und Handlungsmodelle: Ein ganzheitliches soziales Model, das Mutter und

Kind weiterhin als symbiotische Einheit sieht und diese Einheit in den Mittelpunkt der Betreuung stellt und ein technokratisches Model der Geburtsmedizin, das seinen Schwerpunkt auf Überwachung und Intervention durch die Trennung des Kindes von der Mutter als eigenständiges Wesen legt (Schumann 2009:187). Theoretisch gesehen existieren diese beiden Modelle neben einander. Schumann macht jedoch deutlich, dass diese beiden Modelle keine gleichwertigen Alternativen darstellen, da in der Folge „die Definitionsmacht für das legitime Wissen für eine sichere Geburtshilfe bei der technisch-wissenschaftlichen Geburtsmedizin (Schumann 2009:187)“ liegt.

Wie wäre es, wenn sich diese beiden Modelle ergänzen würden? Die Möglichkeit des Miteinanders von Geburtsmedizin und ganzheitlicher Geburtshilfe im Zusammenspiel von Angst und Vertrauen beschreibt der amerikanische Professor De Vries im besten Fall als ein Musikstück mit vier Stimmen, die zusammen eine wunderbare Harmonie bilden können (De Vries 2012:9). Diese vier Stimmen sind: „midwifery, obstetrics, fear and trust (De Vries 2012:9).“ Da er zeitweise in Holland gearbeitet hat, verdeutlicht er anhand dieses Landes, in dem es bis heute noch deutlich mehr Hausgeburten gibt als in Deutschland, seine Idee des Zusammenspiels von ärztlicher Geburtsmedizin und Hebammen geleiteter Geburtshilfe. Allerdings muss er auch feststellen, dass sogar heutzutage in Holland, wo es „once a model of a healthy approach to birth, a model of cooperation between professions , a model of care that gave a choice to women how and where to give birth (De Vries 2012:10)“ gab, die Stimme der Geburtsmedizin zu laut wird, was zur Folge hat, dass die Geburt auch in Holland zunehmend medikalisiert und hospitalisiert wird und die Stimme der Angst die Führung übernimmt (de Vries 2012:10). Hier wird wiederum deutlich, dass sich seit dem Etablieren der Geburtsmedizin die Stimme der Angst immer weiter verstärkt.

Eine Möglichkeit, die vier verschiedenen Stimmen wieder in Harmonie miteinander zum Wohl von Mutter und Kind erklingen zu lassen, liegt in einer „beziehungsgeleiteten Geburtshilfe“. Dieser Begriff wurde von Hildebrandt geprägt, der zusammen mit dem psychoanalytischen Psychotherapeuten Janus die praktische Geburtshilfe mit der pränatalen Psychologie zu einem neuen Paradigma verknüpft. In der „beziehungsgeleiteten Geburtshilfe“ liegt das eigentliche Risiko der Geburt in der Störung früher Bindungs-, Beziehungs- und Kommunikationssysteme (Hildebrandt 2009b:135). Diese verschiedenen Systeme umfassen mehrere Ebenen: Mutter – Kind – Vater – Hebamme – Arzt/ Ärztin – Gesellschaft (Hildebrandt 2009b: 135).

Schmid zeigt in der Idee des „sozialen Ökosystems“ die Wechselwirkungen der verschiedenen Beteiligten in der Geburtshilfe auf. Im sozialen Ökosystem gibt es immer eine ökologische Potenz, die die unter ihm stehende ökologische Valenz hält und damit Eigenschaften und die „Qualität“ der ökologischen Valenz beeinflusst (Schmid 2011: 185). An der innersten Stelle steht das Baby, das gehalten wird von seiner Mutter. Die Mutter wiederum wird idealerweise von ihrem Partner, dem Vater des Kindes, gehalten. Das Paar steht wiederum mit der Großfamilie in Beziehung, die das Paar im besten Fall schützend umgibt. Danach kommen die Gesellschaft, der Arbeitsplatz, die Freunde, Institutionen und alle Fachkräfte. All diese Menschen wiederum werden von der biologischen Umwelt, der Natur und Tierwelt, getragen. Somit sind nach Schmid die „Fachkräfte für Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe die ökologische Potenz des Systems Familie. Die Art und Qualität der Unterstützung und der Präsenz beeinflussen die Qualität der Gesundheit und der Anpassung an die Schwangerschaft (sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht); [...] (Schmid 2011:186).“

2.3.3. Fehlerkultur – Medizin im Vergleich mit Luftfahrt

Das geburtsmedizinische System, in dem empathischer Kontakt durch Kontrolle ersetzt wurde, schürt auch die Angst vor Fehlern. Da dieses System einen Aktionismus mit vielen Interventionen befürwortet, ist die Angst vor Fehlern meistens mit der Angst zu wenig getan zu haben, identisch.

Gigerenzer teilt Fehler in gute und schlechte Fehler und den Umgang damit in positive und negative Fehlerkulturen ein. „Gute Fehler helfen uns, zu lernen und zu entdecken. Ein System, das keine Fehler macht, lernt wenig und entdeckt noch weniger (Gigerenzer 2013:69).“ „Schlechte Fehler sind nicht produktiv und sollten im Interesse aller Beteiligten vermieden werden (Gigerenzer 2013:70).“ Einen entscheidenden Umstand spielt die Tatsache, wie in verschiedenen Berufsgruppen mit Fehlern umgegangen wird. Dabei stellen die Luftfahrt und die Medizin zwei entgegengesetzte Fehlerkulturbeispiele dar (Gigerenzer 2013:70). Während sich die Luftfahrt durch eine weitgehend positive Fehlerkultur auszeichnet, die sich in einem niedrigen Absturzrisiko niederschlägt (bei der Lufthansa ein Absturz auf ca. 10 Millionen Flüge (Gigerenzer 2013:70)), findet sich in der Medizin leider eine überwiegend negative Fehlerkultur: „Angesichts drohender Schadensersatzprozesse ist die Medizin vorwiegend defensiv: Ärzte sehen Patienten als potentielle Kläger, und Fehler werden infolgedessen oft verheimlicht.[...]. Daher ist die Patientensicherheit in Krankenhäusern – anders als die Sicherheit der Passagiere in Flugzeugen – ein großes Problem (Gigerenzer 2013:71-72).“ Dies bestätigt

auch die Hebamme und Flugbegleiterin Grallert: „Es ist schmerzhaft zu erkennen, wie viel besser der Umgang mit der Sicherheit bei der Lufthansa ist. Wenn ich sehe, wie viel in Krankenhäusern gerade nochmal gut geht... da könnte man vieles verbessern (Grallert 2012 zit. nach Roske 2012:56).“

Defensiv zu entscheiden bedeutet in der Medizin zu Interventionen zu greifen: Medikamente einzusetzen oder Operationen durchzuführen aus Angst, sonst verklagt zu werden. Dieser Effekt zeigte sich sehr deutlich bei einer Studie mit australischen Klinikhebammen: da sie Beobachtung und gerichtlicher Befragung ausgesetzt gewesen waren, gaben sie viel häufiger an, invasiv zu entscheiden (Hood 2008:284). In der Geburtshilfe lassen sich defensive Entscheidungen u. a. bei der Beratung zum Geburtsmodus bei Beckenendlage finden. Hildebrandt stellt dazu fest: „Obwohl es dafür keine wissenschaftliche Evidenz gibt, wird vielerorts Frauen ein primärer Kaiserschnitt angeraten. Eine wirkliche Risikoabwägung und Indikationstellung zur Sectio erfolgt dabei in der Regel nicht, obwohl in vielen Fällen insbesondere bei Berücksichtigung der Nachteile für mögliche Folgeschwangerschaften durchaus die Risiken des Kaiserschnitts überwiegen (Hildebrandt 2009a:2).“

Welche Rolle kann und soll eine Hebamme heute in so einem Umfeld wahrnehmen?

2.4. Rollendefinition der Hebamme — Wahrerin des Normalen oder Gehilfin des Arztes?

Auch die Rolle der Hebamme wird von dem geburtshilflichen Umfeld und der Fehlerkultur geprägt. Dabei wird zunächst betrachtet, wie Hebammen sich selbst definieren.

Die von der internationalen Hebammenvereinigung (ICM) und der Internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) erarbeiteten Definition der Hebamme von 1972, die 1991 von der FIGO ergänzt und mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1992 ratifiziert wurden lautet:

Eine Hebamme ist eine Person, die in dem jeweiligen Land zu einer anerkannten Hebammenausbildung regulär zugelassen wurde, den vorgeschriebenen Ausbildungsgang zur Hebamme erfolgreich abgeschlossen und die notwendigen Qualifikationen erworben hat, um im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften als Hebamme zu praktizieren. *Die Hebamme muss in der Lage sein, Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überwachen, zu betreuen*

und zu beraten, in eigener Verantwortung Geburten durchzuführen sowie Neugeborene und Säuglinge zu betreuen. Dies alles beinhaltet Vorsorgemaßnahmen, das Erkennen von Regelmäßigkeiten bei Mutter und Kind, bei Bedarf die Hinzuziehung medizinischer Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen, wenn medizinische Hilfe fehlt [Herv. d. Verf.]. Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe bei der Gesundheitsberatung und -erziehung nicht nur der Frauen, sondern auch in der Familie und in der Gemeinde. [...] Die Hebamme kann in Krankenhäusern, in Geburtshäusern, bei Beratungsstellen, bei der Frau zu Hause oder in jeder anderen Einrichtung praktizieren. (Mändle et al. 2000:1)

Die Berufsordnung beschreibt ein großes Feld, in dem Hebammen Verantwortung übernehmen sollen. Von der Schwangerschaft, über die Geburt bis ins Wochenbett soll sie Frauen zur Seite stehen, indem sie sie überwacht, betreut und berät. Dafür braucht sie ein großes grundlegendes Wissen: genaue Kenntnisse der physiologischen Abläufe während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Kenntnisse über die soziale Einbettung der Frau, eine wache Beobachtungsgabe und einen Rahmen, in dem diese Arbeitsweise möglich ist.

Jedoch genauso wenig wie eine Geburt sanft, programmiert oder durch ein anderes Adjektiv adäquat beschrieben werden kann (Odent 2013:59), weil sie einfach ein besonderer Lebensübergang ist, der einer Naturgewalt am ähnlichsten kommt, ist es schwierig generell von „der Hebamme“ als „Hüterin des Normalen (WHO nach EWIM 2000:9)“ zu sprechen. Schon Rockenschaub stellte fest: „Hebammen mit entbindungschirurgischen Komplexen, die sich berufen fühlen, die Frauen handwerklich zu malträtieren, gibt es also nicht erst heute. Dazu ist hervorzuheben, dass es auch in der modernen Geburtsmedizin um die primitive Form der Chirurgie geht und es viel leichter ist, mehr oder weniger nützliche Handgriffe zu lernen und anhand eines Schemas herunter zu spulen als darüber nachzudenken, wie solche Eingriffe mit ihren Risiken und Gefahren vermieden werden könnten. Dieser Hang zur primitiven Chirurgie, den nicht nur viele Mediziner, sondern auch Hebammen, vor allem Spitalshebammen haben, hat viel zum Niedergang der alten Hebammenkunst beigetragen (Rockenschaub 2001: 67).“

Sicher war und ist es für die Hebammen, die im Krankenhaus arbeiten, am schwierigsten, eine gründliche und ganzheitliche Diagnostik, Beobachtung und Begleitung gesunder Geburten zu leisten, weil ihr Wissen kaum etwas gegenüber dem Wissen – oder auch Nichtwissen – eines hierarchisch höher gestellten Arztes zählt und ihnen die Möglichkeit der beziehungsorientier-

ten, kontinuierlichen Begleitung fehlt. Möglicherweise sind auch die Hebammen immer wieder der „Vermännlichung der Geburtshilfe“ erlegen, denn Odent gibt zu bedenken: „Was die Respektierung der Privatsphäre angeht, besteht also ein enormer Unterschied zwischen einer Hebamme, die vor einer Gebärenden steht und sie beobachtet, und einer anderen, die einfach still im Hintergrund bleibt (Odent 2005:30).“

Die institutionelle, risikoorientierte Geburtsmedizin lässt einer beobachtenden, auf körperlichem Wissen basierenden Hebammenkunst kaum Raum. Deshalb ist es für die Hebammenkunst, für die das „Nil nocere“ noch gilt und damit für die Gesundheit von Müttern und Kindern wichtig ist, essentiell, dass Hebammen ihr Wissen vor der institutionellen Zerstörung durch die chirurgischen Geburtsmediziner schützen.

Für die Zukunft und für die Gegenwart jeder Hebamme ist bedeutsam, sich mit dem Rollenverständnis der Hebamme im allgemeinen, sowie dem eigenen Rollenverständnis konkret auseinander zu setzen, weil die eigene Haltung sich immer auch in der Arbeitsweise und damit in der Stärkung oder Störung von Mutter und Kind wieder findet. Schmid macht deutlich, dass Hebammen auch lernen müssen, die Verantwortung mit der Frau zu teilen, um so ihr „allmächtiges“ Pflichtbewusstsein loslassen und die Verläufe so akzeptieren zu können, wie sie sind (Schmid 2011:148). Dann kann die Hebamme auch nicht ideale Verläufe mit ihrer Kompetenz erleichtern, soweit es ihr möglich ist (Schmid 2011:148).

Um ein frauenfreundliches und damit individuelles Modell, sowohl in der Klinik wie auch in der außerklinischen Arbeit, zu unterstützen ist es zum Einen wichtig, dass sich Hebammen mit ihrer Haltung zu ihrer Arbeit auseinandersetzen. Zum Anderen brauchen sie solide Grundlagen ihres Könnens: tiefe Kenntnis der Physiologie und bei Bedarf wie sie unterstützt werden kann, klare Kommunikation mit den Familien und anderen begleitenden Fachkräften, sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen.

2.5. Salutophysiologie in der Hebammenarbeit

Die gründliche Kenntnis der Physiologie spielt eine zentrale Rolle in der Hebammenkunst. Die Hebamme und Lehrerin traditioneller Hebammenkunst Kosfeld betont die Wichtigkeit fundierten Wissens, der es der Hebamme ermöglicht, ihren Beruf eigenständig auszuüben, in dem sie feststellt: „Die holistische Sichtweise, das Wahrnehmen der Gesamtpersönlichkeit und das ‚Lesen‘ des Prozesses selbst ist die einzig vernünftige Alternative zum medizinischen Ereignis unter Leitung eines Gynäkologen (Kosfeld 2005:23).“ Im Konzept der Salutophy-

logie von Schmid wird schon im Namen die enge Verbindung von Salutogenese⁶ und Physiologie⁷ deutlich, bei der der Schwerpunkt auf Erkennen und Fördern des Gleichgewichtes in der Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Exogestation⁸ liegt. Dieses Konzept bildet einen Kontrast zum in der Medizin momentan herrschenden pathogenetischen Modell, das danach fragt, was Menschen krank macht und eine Krankheit als Defekt betrachtet, der bekämpft oder repariert werden muss (Lorenz 2004:31).

2.5.1. Definition Gesundheit

Um Gesundheit unterstützen zu können, ist es wichtig zu fragen, was unter Gesundheit zu verstehen ist. Auch der Begriff der Gesundheit hat über die Jahrhunderte verschiedene Bedeutungen und Wertigkeiten erfahren. So begann laut Lorenz Ende des 19. Jahrhunderts die Gesundheitserziehung ausgehend von den USA als planmäßiger Bestandteil systematischer Aufklärung der Bevölkerung und in den Schulen (Lorenz 2004:23). Die WHO definierte Gesundheit 1946 folgendermaßen: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (WHO 1946 zit. nach Lorenz 2004:23).“ Diese Definition bietet jedoch nur die Sicht auf den vermeintlich positiven Teil.

Der Begründer der Salutogenese Antonovsky wendet sich von der Gegenüberstellung Gesundheit versus Krankheit ab, indem er den Menschen auf einem Weg sieht, der als ein „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky 1988 zit. nach Lorenz 2004:26)“ mit vielen verschiedenen Betrachtungsmöglichkeiten verstanden wird (Lorenz 2004:26). Wichtig dabei ist die ständige Bewegung zwischen den beiden Polen. Dies gilt sowohl für die physische wie auch die psychische Krankheit und Gesundheit. Auch die heutige Psychologie und Psychotherapie geht meistens noch von einem pathogenen Denken aus. Lorenz stellt fest: „Psychotherapie, Psychosomatik und Salutogenese werden in der Fachliteratur gemeinsam kaum abgehandelt (Lorenz 2004:41).“ Jedoch hat schon Antonovsky eine Verbindung gesehen, als er auf

⁶ Salutogenese ist ein Konzept von Antonovsky, in dem Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum bilden, in dem sich jeder Mensch ständig bewegt (Lorenz 2004:29).

⁷ Physiologie untersucht wie lebende Organismen funktionieren, um zu überleben und sich zu vermehren (Coad/Dunstall 2005:1).

⁸ Exogestation ein erweiterter Begriff für das Wochenbett, der die Zeit von der Geburt bis ca. zum 9. Lebensmonat des Kindes umfasst. Diese Anpassungsphase (äußere Schwangerschaft) entspricht in etwa der Zeit der intrauterinen Schwangerschaft (Schmid 2011:19).

das Stresskonzept von Lazarus einging, indem er von der Annahme ausging, dass ein Mensch mit einem starken Kohärenzgefühl fordernde Situationen eher als Herausforderung denn als Stressor betrachten und seine Ressourcen angemessen und zielgerichtet einsetzen kann (Lazarus 2004:58).

Genau wie das Leben selbst in Rhythmen zwischen Polen verläuft – im Wechsel von Tag und Nacht, warm und kalt, Anstrengung und Ruhe, laut und leise, um nur wenige zu nennen –, bewegt sich auch die Gesundheit des Organismus im ständigen Wechsel zwischen Expansion und Kontraktion (Schmid 2011:168). Diese Rhythmen bilden auch die Grundlage für alle Prozesse, die während der Schwangerschaft, Geburt und Exogestation auf physischer und psychischer Ebene bei der Mutter ablaufen. Schmid betont: „Wenn wir vom Konzept der physiologischen Rhythmen und der Anpassungssysteme ausgehen, ist Gesundheit kontinuierliche Bewegung, Reaktionsfähigkeit, Kampf, Aktion und Entspannung, Gesundheit und Krankheit und stetige Anpassung und steht im Gegensatz zu Stillstand, Passivität, Linearität und chronischen Erkrankungen, die zum Verlust von Gesundheit führen (Schmid 2011:170).“

Dieses Wissen um die prozesshaften, veränderbaren Vorgänge in Frauen ist wesentlich für Hebammen, um einen sicheren Ausgangspunkt für die Beurteilung und Diagnose von verschiedenen Situationen, auch während einer Geburt, zu haben.

2.5.2. Wichtigkeit der körperlichen Beobachtung und Untersuchung

Wie in Kapitel 2.3. dargestellt, hat in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts ein Paradigmenwechsel hin zur Risikomedizin auch in der Geburtshilfe stattgefunden. Die körperliche Untersuchung und Beobachtung verliert aber in der Risikomedizin an Bedeutung, da der statistischen Risikoberechnung der Vorzug gegeben wird. Duden macht deutlich, dass ein Grundproblem der Risikomedizin heute ist, dass der einzelne Mensch hinter den statistischen Risiken verschwindet: „Medizinisches Handeln im statistisch begründeten Risikodenken funktioniert unter der Voraussetzung, dass alle Individuen, die eine bestimmte statistische Population ausmachen – Herzkrankte, Frauen, Schwangere, Krebsige – hierin gleich sind: jede Person scheint ungeachtet ihrer persönlichen Geschichte dem Risiko ausgesetzt, das für die Gesamtgruppe gilt. Die Grundlage des ärztlichen Handelns, die Kenntnis des Einzelnen und der konkreten Ursachen im Leiden hier und jetzt, wurden damit ersetzt durch die Zuschreibung statistischer Wahrscheinlichkeiten auf den Einzelnen. Der Einzelne wird also zu einem gesichtslosen Fall, einem gesichtslosen Bestandteil einer Population, einer statistischen Ge-

samtheit (Duden 2006:7, Skriptum).“ Weil also in der Risikomedizin Wissen und begründete Diagnostik nicht mehr von einem Einzelnen ausgehen, sondern nur noch von einer statistischen Grundgesamtheit wurde auch die sorgfältige Anamnese⁹ in ihrem Status entwertet. Verückterweise unterstützt das Risikodenken auch ein Kontinuum, in dem es „krank“ und „gesund“ als Kontraste auflöst, weil das Gesundsein immer potentiell riskant ist und durch Tests verifiziert werden muss. Hier zeigt sich ein Grundproblem der Risikomedizin: innerhalb dieses Modells muss im Grunde genommen vorgreifend gehandelt werden, da Risikofaktoren nicht in konkreter, beobachtbarer Weise vorliegen, sondern immer allgemein und vorgängig formuliert sind.

Im Gegensatz dazu steht das Konzept der Salutophysiologie von Schmid. Das salutophysiologische Betreuungsmodell knüpft an die alte, zwischenzeitlich verdrängten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten mit allen Sinnen wieder an. Schmid macht deutlich: „Im physiologischen Betreuungsmodell wird das „Lesen des Körpers“ wieder zu einem primären Diagnoseinstrument [und die ausführliche Anamnese zu einer hilfreichen Informationssammlung über die körperlichen und sozialen Besonderheiten einer konkreten Frau mit ihrer Familie, d. Verf.]. So wie es in der Grundversorgung der Hausärzte bis vor einigen Generationen üblich war, bevor medizintechnische Geräte zur Diagnose eingeführt wurden, erlaubt die Beziehung zur betreuten Frau und das Benutzen der eigenen fünf Sinne eine individuelle Diagnose, die der persönlichen Situation der Frau sehr nahe kommt (Schmid 2011:172).“ Die Beziehung zur jeweiligen Frau und das Benutzen der eigenen fünf Sinne kann für die Hebamme einen sicheren Boden für eine konkrete Frau in einer konkreten Situation schaffen. Damit kann die Hebamme Sicherheit für die Frau schaffen, denn Schumann gibt zu bedenken: „Aber Sicherheit für die Frau und auch das Ungeborene kann nur erreicht werden, indem die Kompetenzen der Frauen für das Gebären gestärkt werden durch Konzepte, in denen sie ihre Sinne behalten darf (Schumann 2004:29).“ In der Salutophysiologie dürfen die Hebamme und die werdende Mutter nicht nur ihre Sinne behalten, sondern die Hebamme bekommt Strukturen, ihre Wahrnehmungen zu verfeinern und gesundheitsfördernd einzusetzen. Indem sie Möglichkeiten bekommt, Sicherheit für sich und die von ihr betreute Frau durch den Einsatz ihrer Sinne im Hier und Jetzt zu schaffen, tragen diese Instrumente auch zum Umgang mit der Unsicherheit der Hebamme und der Frau im Risikokzept bei.

⁹ Die Anamnese aber kann hilfreiche Informationen über die spezifischen Bedürfnisse und Ressourcen einer Frau geben.

2.5.3. Die Säulen der Gesundheit nach Verena Schmid

Verena Schmid hat den Begriff der „Säulen der Gesundheit“ aus der Psychoneuroendokrinologie als verschiedene, zusammenarbeitende Systeme für die Gesundheit für die Zeit des Mutterwerdens (Schwangerschaft, Geburt und Exogestation) abgeleitet.

Die folgende Grafik stellt die Säulen der physiologischen zusammen mit der sozialen Anpassung dar, auf denen die Gesundheit von Mutter und Kind aufbaut.

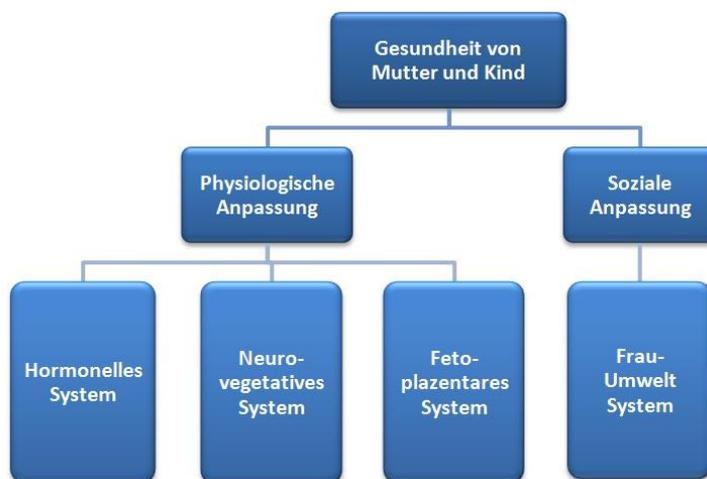


Abb. 1. Grafik Säulen der Gesundheit nach Schmid, eigene Darstellung.

Schmid beschreibt die Säulen der Gesundheit so:

Von den physiologischen Anpassungssystemen können klinische Beobachungskriterien abgeleitet werden, die schärfer umrissen werden und klarer hervortreten, wenn sie auf folgende drei Säulen der Gesundheit zurückgeführt werden:

- eine gute Dynamik und Kommunikation des Hormonsystems
- eine gute Dynamik und Kommunikation des neurovegetativen Systems
- eine gute Dynamik und Kommunikation des fetoplazentaren Systems

Eine vierte Säule leitet sich von den Systemen der sozialen Anpassung ab [...]

- eine gute Dynamik und Kommunikation des mental-kognitiven Systems der Person mit der Umwelt (Schmid 2011:293).

Wichtig für die Hebamme ist, dass die Säulen der Gesundheit nach Schmid ihr die Möglichkeit geben, die verschiedenen innerlich arbeitenden Systeme an körperlichen Erscheinungen zu beobachten. Dabei ist eine ganzheitliche Beobachtung mit all ihren Sinnen notwendig.

Über das Hormonelle System erfährt die Hebamme etwas durch die Emotionen der Frau, aber auch durch verschiedene körperliche Zeichen wie Schleimabgang oder Wehen. Das Neurovegetative System zeigt sich zum einen in körperlichen Zeichen wie feuchten kalten Händen oder übersteigter Schmerzwahrnehmung und in den psychischen Zeichen des Rhythmus von Anspannung und Entspannung. Über das fetoplazentare-System erfährt die Hebamme etwas durch das Abtasten des Bauches, bei dem sie z.B. Kindsbewegungen und Fruchtwassermenge bestimmen kann. Im Erleben der Frau und im Beobachten ihrer Beziehungen bekommt die Hebamme ein Bild von dem System, dass die Frau mit ihrer Umwelt bildet.

Zur Beurteilung ist nicht nur die genaue Kenntnis der Physiologie wichtig, sondern auch das In-Beziehung-setzen einzelner Zeichen. „Mithilfe dieser kreisförmigen/ zirkulären Betrachtungsweise wird es für die Hebamme möglich, jedes einzelne Zeichen in den Gesamtzusammenhang (den Kreis) zu stellen und ein umfassendes Bild zu erhalten, aus dem die tatsächliche Bedeutung eines Zeichens hervorgeht (Schmid 2011:355).“ Diese zirkuläre Bewertung ermöglicht ein umfassenderes Bild als das lineare Denken der Geburtsmedizin, das nur nach Ursache, Wirkung und Lösung Ausschau hält, ohne verschiedene Symptome und Ressourcen miteinander in Beziehung zu setzen.

Die verschiedenen Systeme ermöglichen der Hebamme aber nicht nur eine umfassende Art der Beurteilung verschiedener körperlicher und psychischer Zeichen, sie ermöglichen es ihr auch das „System Person (Schmid 2011:155)“ auf vielfältige Art zu unterstützen: „den biologischen Energiefluss zu erleichtern und zu unterstützen ist wichtiger als jeder Art von Interventionismus, da die physiologischen Systeme (wenn sie nicht gehemmt oder blockiert werden) durchaus in der Lage sind, die Arbeit der Fortpflanzung zu leisten. Durch die Gestaltung der Umgebung, die Änderung der Verhaltensweisen und die Beziehung mit der Schwangeren ist es möglich, die physiologischen Prozesse und die Hormonproduktion zu beeinflussen. Das „System Person“ kann also auf verschiedenen Wegen erreicht werden, die alle auf der Ebene der menschlichen Beziehungen verlaufen und nicht auf der Ebene der Medikalisierung (Schmid 2011: 155).“

Die Beziehung zur Frau und die physiologischen Beobachtungsmöglichkeiten stellen wichtige Instrumente für eine gesundheitsfördernde Begleitung von Hebammen dar.

2.6. Forschungsstand zum Thema Angst bei Hebammen

Bis hierher wurden die theoretischen Hintergründe der Forschungsfrage erörtert. Zum Verorteten dieser Arbeit in der aktuellen Forschung wurde in den Datenbanken Medpilot und Pubmed gesucht. Die verwendeten Suchworte waren: Hebammen, Angst, Geburt, Einstellung zur Geburt, bzw. midwife, fear, birth, attitude of midwives towards birth. Auf das Abstract von Dahlen/ Caplice wurde die Autorin von Dahlen persönlich hingewiesen.

Welchen Einfluss Angst bei gebärenden Frauen auf das Geburtsgeschehen hat, zeigt unter anderem die Studie von Adams et.al, die nachweist, dass Frauen mit Angst vor der Geburt längere Geburten erleben (Adams et al 2012: 1238). Doch nicht nur die Geburtsdauer, auch der Geburtsmodus verändert sich bei Frauen mit Angst vor der Geburt. So fanden Rouhe et al. mehr Kaiserschnitte und weniger Zufriedenheit bei Erstgebärenden ohne psychologische Beratung in Gruppen als in der Interventionsgruppe, die sechs Gruppentherapie Treffen vor der Geburt und eines danach zur Bewältigung ihrer Geburtsangst hatten (Rouhe et al. 2013:75).

Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt zur Forschung von Angst von Frauen. Derartige Studien sind noch nicht zur Angst von Hebammen angestrebt worden. Erst in der jüngeren Vergangenheit rücken Hebammen in das Interesse der Forschenden als Bezugspersonen und Schnittstelle zum medizinischen System für die Schwangeren und Gebärenden. Dabei stehen Hebammen aufgrund ihres traditionellen Berufsverständnisses und ihrer modernen Arbeitsbedingungen in einem besonderen Spannungsverhältnis.

Im folgenden werden hauptsächlich drei Studien vorgestellt. In ihnen werden verschiedene Schwerpunkte gesetzt. Dabei geht es um das Erfragen von Ängsten der Hebammen in unterschiedlichen Arbeitssituationen, das Verarbeiten belastender Geburtssituationen im Krankenhaus und der Umgang mit der Angst vor juristischer Verfolgung.

Die Australierinnen Dahlen/ Caplice befragten Hebammen nach ihren ganz konkreten Ängsten. Harper et al untersuchten in der israelischen Studie „Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives“ welche Auswirkungen traumatische Geburtssituationen auf das persönlichen Erleben der Hebammen haben. Hood et al befragten am Beispiel einer großangelegten Untersuchung australische Hebammen in der Studie „A story of scrutiny and fear: Australian midwives` experiences of an external review of obstetric services, being involved with litigation and the impact on clinical practice“ wie sich ganz besonders die Angst vor juristischer Verfolgung an einem Krankenhaus in ihrer Arbeitsweise und ihrem persönlichen Erleben niederschlägt.

Die meisten Geburten in der westlichen Welt finden in Krankenhäusern statt, deshalb arbeiten auch die meisten Hebammen in Krankenhäusern. Da die Forschung über Einstellungen und Erleben von Hebammen noch am Anfang stehen, finden sich hauptsächlich Studien, die mit Klinikhebammen durchgeführt wurden. Einzig an der Studie von Dahlen nahmen auch außer-klinisch arbeitende Hebammen teil.

Studie „What do midwives fear?“

Mit der Angst von Hebammen setzt sich die Australierin Hannah Dahlen intensiv auseinander. In einer bisher erst als Abstract veröffentlichten quantitativen Studie von 2009 bis 2011 untersuchte sie, zusammen mit ihrer Kollegin Shea Caplice im Rahmen von Workshops die Ängste von den teilnehmenden Hebammen. An 17 Workshops nahmen ca. 700 Hebammen teil. Jede Hebamme wurde schriftlich nach ihrer größten Angst gefragt. 737 Ängste wurden erfasst, da einige Hebammen mehr als eine Angst aufschrieben. Die Ängste konnten in acht Hauptkategorien unterteilt werden: Tod des Babies (177 Nennungen), etwas verpassen, das dann Schaden anrichtet (175), Geburtshilfliche Notfälle, besonders Schulterdystokie und Blutungen post partum (114), mütterlicher Tod (83), beobachtet werden (being watched)(68), der Grund eines negativen Geburtserlebnisses sein (52), mit dem Unbekannten umgehen und nicht darauf vorbereitet sein (36) und die Furcht das Vertrauen und die Begeisterung für die normale Geburt zu verlieren (32) (Dahlen/ Caplice 2012:28).

Unterschieden werden konnten auch verschiedene Ängste nach Berufserfahrung bzw. Arbeitsgebiet. So waren Hebammenschülerinnen hauptsächlich darüber besorgt, zu wissen, was zu tun ist, während Hausgeburtshebammen vor allem davor Angst hatten, verurteilt zu werden, falls etwas schief geht. Auch zehn Geburtshelfer waren involviert, die fast alle den Tod des Babies oder der Mutter als Hauptangst nannten.

Dahlen/ Caplice kommen zu dem Schluss, dass Workshops helfen können, die Angst der Hebammen zu reduzieren, besonders Seminare über Notfälle wie Schulterdystokie und Blutungen, die am häufigsten genannt wurden. (Dahlen/ Caplice 2012:28)

Bei 700 Hebammen gab es insgesamt 737 Nennungen. Alle Hebammen waren aufgefordert nur eine, nämlich ihre größte Angst aufzuschreiben. Das zeigt, dass Angst bei Hebammen ein durchaus wichtiges Thema ist. Interessant zu sehen ist auch, wie sich das Thema der Ängste verschiebt, je nach Position und Erfahrungsstand der Hebamme.

In den genannten Ängsten spiegeln sich auch die Themen der nachfolgenden Studien wieder. In den beiden häufigsten Nennungen finden sich zwei Aspekte wieder: zum einen die Angst, dem eigenen Berufsbild als Beschützerin des Gesunden und Normalen nicht gerecht zu werden. Dieses Thema findet sich noch einmal explizit in der Kategorie „die Furcht, das Vertrauen und die Begeisterung für die normale Geburt zu verlieren.“ Zum anderen die Angst vor juristischer Verfolgung, auch wenn sie nicht direkt angesprochen wurde, ist sie sicher bei diesen Aspekten im Hintergrund zu finden. Auch die Auswirkungen auf das persönliche Leben und Erleben werden durch die Kategorie „mit dem unbekanntem umgehen und nicht darauf vorbereitet sein“ umschrieben. Der Aspekt des Beobachtetwerdens spielt besonders in der Studie von Hood et al eine große Rolle im Bezug auf das Stress- und Angsterleben der Hebammen. Dahlen/ Caplice führen es im Abstract nicht näher aus, auf wen oder was sich die Angst des Beobachtetwerdens bezieht. Es kann nur vermutet werden, dass es sich auf Mitarbeiter oder Vorgesetzte in einem möglicherweise forensischen Rahmen bezieht. In der Angst „der Grund eines negativen Geburtserlebnisses zu sein“ zeigt sich, dass die Hebammen um die Wechselwirkung ihrer Emotionen mit den Emotionen der von ihnen betreuten Frauen wissen.

Bundespräsident Gauck hat in seiner Einführungsrede am 23. März 2012 folgende Ausführungen zu Angst im politischen Rahmen gemacht:

„Ängste – so habe ich es gelernt in einem langen Leben – vermindern unseren Mut wie unser Selbstvertrauen, und manchmal so entscheidend, dass wir beides ganz und gar verlieren können, bis wir gar Feigheit für Tugend halten und Flucht für eine legitime Haltung im politischen Raum (www.bundespraesident.de).“

Diese Gefahren der übermächtig gewordenen Angst können sich statt im politischen Raum auch im geburtshilflichen Raum zeigen, wie durch die folgenden Studien deutlich gemacht wird.

Studie „Stressful Childbirth Situations“

In der qualitativen „Studie Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives“ Ofra Halperins von 2011 befragten Halperin et al. 18 israelische Klinikhebammen aus sechs verschiedenen Krankenhäusern zu ihrem Erleben und ihren Strategien von extrem schwierigen Geburtssituationen. In einer qualitativen Studie wurden Hebammen zu ihren Gefühlen im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Geburtssituation, die sie erlebt hatten, ihren Bewältigungsstrategien und nach Hilfestellungen befragt.

Die beiden gefundenen Hauptthemen waren Reaktion auf anstrengende Geburtssituationen und der Umgang mit diesen Situationen. Dabei beschrieben die Hebammen den schmalen Grat zwischen normaler und pathologischer Geburt und häufig auch den schmalen Grat zwischen Leben und Tod. Sie mussten schnell handeln, um den Arzt zu informieren und mögliche Interventionen vorzubereiten. Für die Hebammen war es ein wichtiger Aspekt ihres professionellen Handelns, dass ihre Einschätzungen und Interventionen angebracht waren. Dabei kam es in der Zusammenarbeit mit dem Arzt, der die Leitung übernahm, immer wieder zu Differenzen, die Hebammen als unterminierend in ihrem Kompetenzgefühl beschrieben. So beschrieben die Hebammen Gefühle von Allein-sein, Überwältigt-sein und Versagen. Die seelischen Auswirkungen zeigten sich auch auf der körperlichen Ebene durch starke Reaktionen wie z.B. Schmerzen, Schwäche und Hände zittern. Beschrieben wurde auch der lebensverändernde Aspekt solch eines traumatischen Ereignisses, das die Hebammen für sehr lange Zeit, wenn nicht gar für den Rest ihres Lebens prägt.

Von den Hebammen wurde ein besonderer Bedarf an Unterstützung von Kolleginnen formuliert. Das Vermögen nach einem traumatischen Erlebnis kompetent weiter arbeiten zu können wurde um so gravierender beeinflusst bei Kolleginnen, die statt Unterstützung Missachtung oder Abwertung erfahren hatten. Ebenso zeigte sich, dass eine fehlende Unterstützung durch die leitenden Hebammen das Gefühl des Verlassen-seins und andere traumatische Reaktionen verstärkte.

Daraus resultiert der Vorschlag der Hebammen in der Klinik sowohl eine Möglichkeit zur Nachbereitung in Gesprächen für von schwierigen Situationen betroffene Hebammen zu schaffen; zusätzlich wird eine Verstärkung des Personals in schwierigen Situationen vorgeschlagen.

Die Studie von Halperin et al. zeigt Auswirkungen und Strategien von extremen Stresssituationen auf. Da Angst zu den Stressreaktionen gehört und die Hebammen explizit nach erlebten Situationen, in denen das Leben von Mutter und/oder Kind gefährdet waren, gefragt worden waren, ist davon auszugehen, dass die Antworten der Hebammen sich auf das Erleben und die Verarbeitung ihrer Angst beziehen. Da bei dieser Studie ausschließlich klinisch arbeitende Hebammen befragt wurden, stehen hier als auslösende Faktoren nicht nur pathologische Geburtssituationen im Vordergrund, sondern in besonderem Maße die Zusammenarbeit mit den Ärzten in einer klinischen Hierarchie, sowie die (fehlende) Unterstützung aus dem Hebammenteam. Deutlich wurde in dieser Studie das solidarische Empfinden mit den betreuten

Frauen (Halperin 2011:392). Die fehlende Unterstützung von Kollegen oder Vorgesetzten ist auch in der Studie von Hood et al ein Thema. So kommen Halperin et al. zu dem Schluss, dass es von großer Wichtigkeit ist innovative Ressourcen zu entwickeln, um Hebammen im Umgang mit den komplexen Realitäten ihres Berufsalltages zu unterstützen, so dass sie sich gewertschätzt und genährt fühlen können (Halperin et al 2011:392).

Eine ähnliche Studie wurde 2012 in Deutschland von Andrea Schnitt mit dem Titel: „Die psychische Verarbeitung schwieriger Geburtsverläufe durch die betreuenden Hebammen –eine qualitative Untersuchung“ durchgeführt. In dieser Arbeit interviewte Schnitt sechs Hebammen, die mit mindestens zwei Jahren Berufspraxis an einer Klinik arbeiteten. Ihre Ergebnisse decken sich in weiten Teilen mit denen Halperins. Die befragten Hebammen berichteten von Hilflosigkeit, Angst und Überforderung, die zu Selbstwertproblemen, Unsicherheit und in Frage stellen der eigenen Kompetenz führten. Ähnlich waren auch die berichteten Schwierigkeiten im Umgang mit Kolleginnen und Ärzte. So wünschen sich die Hebammen der deutschen Studie eine institutionelle Fehlerkultur, Fallbesprechungen und Supervision, Unterstützung von Hebammen und eine Rechtsberatung. Schnitt weist darauf hin, dass für eine Fehlerkultur die Sanktionsfreiheit eine wichtige Bedingung darstellt, um aus den Fehlern lernen zu können (Schnitt 2012:94). Zum Umgang mit Fehlern in der Geburtshilfe siehe auch Kapitel 2.3.3. „Fehlerkultur — Medizin im Vergleich mit Luftfahrt“.

Studie „A story of scrutiny and fear [...]“

Die qualitative australische Studie „A story of scrutiny and fear: Australian midwives` experiences of an external review of obstetric services, being involved with litigation and the impact on clinical practice“ von Loraine Hood et al. aus dem Jahr 2008 beschäftigt sich mit der Wahrnehmung und Erfahrung von 16 Hebammen, die an einer großen Klinik gearbeitet haben, als dort eine groß angelegte Untersuchung zur Qualitätssicherung und -steigerung vorgenommen wurde.

Die Hauptthemen, die Hood et al. dabei fanden waren „A story of scrutiny“ und „A story of fear“.

Zu der Oberkategorie „A story of scrutiny“ wurde deutlich, dass die befragten Hebammen durch die Überprüfung der Arbeitsabläufe an ihrer Klinik, sowie mangelnder Kommunikation durch Gutachter und Klinikleitung beunruhigt waren. Durch die Erfahrung verletzter Vertraulichkeit während der Untersuchung bekamen die Hebammen zunehmend das Gefühl der Ver-

letzbarkeit und wurden weiter verunsichert. Es gab Prozesse gegen Ärzte, in denen die Hebammen als Zeuginnen aussagen mussten. Auch wenn keine von ihnen selbst angeklagt den war, fühlten sich die befragten Hebammen vor Gericht nicht nur beruflich sondern auch persönlich angegriffen. Doch nicht nur die brutale und bedrohliche Art der Befragung, auch offensichtliche Lügen von Seiten der Ärzte und Rechtsanwälte verstärkte das Gefühl, ein „Prügelknabe“ zu sein. All diese Erlebnisse und Gefühle beeinflussten auch das private Leben der Hebammen, die zum Teil von Depressionen, Posttraumatischem Stresssyndrom bis hin zu zerbrechenden Beziehungen und Selbstmordgedanken berichteten, die häufig auch noch nach der Untersuchung an der Klinik andauerten.

Im zweiten Teil „A story of fear“ sprachen die Hebammen offen über die Angst, die die große, übergenaue Untersuchung, die zum Zeitpunkt der Befragung schon einige Jahre her war, bei ihnen bis in die Gegenwart hinterlassen hatte. Alle thematisierten eine Angst vor einem Gerichtsverfahren. Indem sie im Kreißsaal arbeiteten, fühlten sie sich direkt der juristischen Verfolgung ausgesetzt, was dazu führte, dass diese Angst sich auf jeden im Kreißsaal übertrug und eine Atmosphäre schuf, in der das Vertrauen in die Normale Geburt als „unrealistisch“ betrachtet wurde. „Die Interviewdaten der Hebammen legen den Schluss nahe, dass eine Kultur der Angst einen Wechsel in der Persönlichkeit und der professionellen Arbeitsweise eingeleitet haben (Hood 2008:278) .“

Als eine Strategie, um sich selbst zu schützen und das Gefühl der Kontrolle zu behalten , wurde eine defensive Entscheidungsfindung in Bezug auf die Arbeitsweise unter der Geburt gefunden. Dies beinhaltet eine Angleichung an das medizinische Model mit mehr Überwachung und Interventionen. Ein positiver Effekt dabei waren weniger Reibereien mit den Ärzten. Trotzdem sprachen einige Hebammen abschätzig über immer mehr Richtlinien, hinter denen Hebammen sich verstecken könnten. Für die Hebammen stellten die Richtlinien als Sicherheitsstrategie eine Schwächung von Frauen und Hebammen dar (Hood 200:279).

Diese Schwächung zeigt sich in der Beziehung von Hebammen und Ärzten, bei der die Hebammen feststellten, dass sie häufig ihre autonome Rolle mehr und mehr verlieren und sich nicht mehr in der Lage fühlten, sich bei den Ärzten für die Frauen einsetzen zu können. Dadurch empfanden einige Hebammen, dass ihre Beziehung zu den Frauen belastet wurde. Dies wurde deutlich an Frauen, die sich nicht in die klinische Vorgehensweise fügen wollten und damit als „problematisch“ und „risikoreich“ abgestempelt wurden. Einige Hebammen stellten

fest, dass sie den Frauen die Schuld gaben, sie durch ihr Verhalten in angstbesetzte Situationen zu bringen.

Diese Haltung brachte eine Kluft gerade zu jungen oder neuen Kolleginnen, die die Ängste der befragten Hebammen so nicht teilten. In ihrer täglichen Arbeit fühlten sich die Hebammen in einem stressvollen Dilemma: arbeiteten sie defensiv, um sich selbst zu schützen, fühlten sie sich schuldig und hilflos gegenüber den Frauen, die durch vermehrte Interventionen mehr traumatische Geburten erleben mussten. Die befragten Hebammen beschrieben, dass sie sich immer unsicherer in ihrer Rolle als Hebamme fühlten, weil sie überzeugt waren, die Frauen unterstützen und nähren zu müssen, was in ihrem angstbesetzten Arbeitsfeld für sie aber nicht mehr möglich war. Die Hebammen verloren nicht nur den Kontakt zu den Frauen, sondern auch ihre Liebe zu ihrem Beruf.

Für einige der befragten Hebammen bedeutete es, dass sie nur genügend Sicherheit für sich selbst wieder herstellen konnten, indem sie die Geburtshilfe verließen. Für manche Hebammen, die in weiter in der Klinik als Hebamme blieben, war es eine Möglichkeit, nur noch Nachts zu arbeiten, weil sie sich dort „außerhalb der Schusslinie“ fühlten. Eine andere Möglichkeit, für sich selbst Sicherheit zu erlangen, war es auf die Schwangeren- oder Wochenbettstation zu wechseln. Einige Hebammen berichteten, dass sie sich in der Begleitung von Frauen, deren Kind nicht lebensfähig war, wieder als „wahre Hebamme“ fühlen konnten, weil es bei diesen Geburten kein Kind mehr zu überwachen und damit kaum noch Wahrscheinlichkeit für eine gerichtliche Verfolgung gab.

Diese Wahrnehmung der Hebammen weist auf ein traditionelles Rollenverständnis der Hebammen hin, die sich als allererstes als gesundheitsfördernden Beistand für die gebärenden Frauen sahen. Dieses Rollenverständnis wird durch die Einführung der Geburtsmedizin in Frage gestellt. Wie in Kapitel 2.3.2. dargestellt entstand erst mit Erfindung der Perinatalmedizin in den 1960er bis 1970er die explizite Trennung von Mutter und Kind, bei der das Ungeborene als eigener Patient wahrgenommen wurde. Diese Entwicklung hat sich offenbar innerhalb kürzester Zeit weltweit durchgesetzt.

Zusammenfassend ist am Beispiel der australischen Untersuchung festzustellen, dass Hebammen völlig unvorbereitet waren, auf das, was sie als Zeuginnen bei Gericht erlebten. Zusätzlich bewirkte die Untersuchung in der Klinik eine Atmosphäre der Angst und des Miss-

trauens, die sich auch auf alle Beziehungen innerhalb der Professionen, sowie auf die betreuten Frauen auswirkte. Indem die Hebammen immer mehr ihre Sicherheit in ihrer Rolle als Hebamme im Sinne von „schützend und fördernd mit der Frau sein“ verloren, wurden auch die Mütter und Kinder vermehrten Gefahren durch viele Interventionen ausgesetzt. Deshalb, schlagen Hood et al. vor, sollten Organisationen, die Hebammen beschäftigen, verpflichtet sein, Evidence-based Strategien anzuregen und auszuwerten, die Hebammen unterstützen und ermutigen, damit sie die ganze Bandbreite ihrer Arbeit beibehalten und so ihren Glauben an die Frauen, normal gebären zu können, wieder herstellen und fördern können (Hood et al. 2008:284).

In der Studie von Hood et al. zeigt sich deutlich, wie eine angstbesetzte Atmosphäre in einen Negativkreislauf führen kann. Dadurch dass die Hebammen ständig der Beobachtung und des Erlebens der gerichtlichen Auseinandersetzung ausgesetzt waren, veränderte sich ihre Handlungs- und Arbeitsweise im Kreißaal in Richtung defensiver Entscheidungen mit mehr Interventionen. Dies beeinträchtigte ihr Selbstbild, wirkte schwächend und vergrößerte so wiederum die Angst. Da in Australien eine Geburtshilfe in ähnlichen Strukturen praktiziert wird wie in Deutschland, haben die Ergebnisse auch eine Aussagekraft für hiesige Hebammen.

In ihrem Fazit sind sich alle drei Autorinnen einig, dass es wichtig ist, Strategien und Maßnahmen zu finden, die Hebammen in ihrer Arbeit und ihrem Selbstverständnis unterstützen. Dies liegt zum einen im Trainieren Evidenz basierter Handlungsmuster. Ein wichtiger Teil liegt aber auch in der Kommunikation zwischen Ärzten und Hebammen, dem gemeinsamen Aufarbeiten in geleiteter Supervision, sowie der Förderung einer sanktionsfreien Fehlerkultur.

Zusammenfassung theoretischer Teil:

Es konnte gezeigt werden, dass Angst allgegenwärtig und damit auch in der Geburtshilfe zu finden ist. Durch die Einführung des Risikokonzeptes und der Geburtsmedizin in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts wurden physiologisch orientierte Modelle in der Geburtshilfe durch die Geburtsmedizin an den Rand gedrängt. Dies führte zu häufigen Interventionen in Schwangerschaft und Geburt mit zahlreichen physischen und psychischen Traumata für die Mütter und deren Kinder. In der Regel sehen sich Hebammen als Schützerinnen und Begleiterinnen von Gebärenden. Durch eine weitgehende berufliche Beschränkung der Hebammen in

einen technisierten Kreißsaal entsteht eine Diskrepanz zwischen dem Selbstverständnis von Hebammen, Physiologie zu unterstützen und Frauen zu stärken, und einem klinischen Protokoll, das kaum Raum für diese Unterstützung gibt. Dabei werden auch die Hebammen ihrer eigentlichen Kompetenz beraubt und in ihrem Selbstvertrauen geschwächt. Diese Entwicklung ist auch bei außerklinisch arbeitenden Hebammen zu beobachten, wenn auch nicht so ausgeprägt.

Um Mütter stärkend begleiten zu können, braucht jede Hebamme neben profunden Kenntnissen der Physiologie, guten Werkzeuge für körperliche Diagnosen, Kommunikationsfähigkeiten und einer positive innere Haltung gegenüber dem Geschehen der Geburt, Selbstvertrauen und Liebe zu ihrem Beruf. Das Selbstvertrauen und damit auch die Liebe zum Beruf kann durch Ängste massiv beeinträchtigt werden.

Im folgenden empirischen Teil wird der Frage nachgegangen, welche Ängste außerklinisch und klinisch arbeitende Hebammen wahrnehmen und wie sich die Instrumente der Säulen der Gesundheit, also ein vertieftes Wissen der physiologischen Vorgänge bei Mutter und Kind, auf diese Ängste auswirken können.

3. Empirischer Teil

3.1. Wahl des Forschungsdesigns

Forschung von und an Hebammen stellt noch ein relativ neues Feld in der Wissenschaft dar. So rücken die Hebammen erst langsam in den Fokus von Forschungsarbeiten. Das Thema „Angst in der Geburtshilfe bei Hebammen“ ist bisher wenig untersucht. Insbesondere das In-Beziehung-setzen von Angst mit konkreten Möglichkeiten des Umgangs ist nicht hinreichend betrachtet und analysiert worden und soll in dieser Arbeit erfolgen. Da das Interesse in dieser Studie auf dem persönlichen Erleben von Hebammen liegt, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Dies liegt im Vorgehen qualitativer Forschungsverfahren in Abgrenzung zu quantitativen Verfahren mit dem besonderen Charakter ihres Gegenstandes begründet: „Qualitative Forschung rekonstruiert Sinn oder subjektive Sichtweisen –im einzelnen sehr unterschiedlich gefasst zum Beispiel als „subjektiver Sinn“, „latente Sinnstruktur“, „Alltagstheorien“ oder „subjektive Theorien“, „Deutungsmuster“, „Wirklichkeitskonzepte“ oder „-konstruktionen“, „Bewältigungsmuster“ oder „narrative Identität (Helfferich 2011:21).“ In der qualitativen Forschung werden Methoden so offen gestaltet, dass sie der Komplexität im untersuchten Gegenstand gerecht werden können (Flick 2007:27). Zunächst wurden Überlegungen zur möglichen Konstruktion des Forschungsdesigns angestellt. Für Flick (2011:180) bilden die Einzelfallanalyse und die Vergleichsstudie die zwei Enden einer Achse, anhand derer sich die Basisdesigns qualitativer Forschung einordnen lassen. Die vorliegende Studie befindet sich auf dieser Achse etwa in der Mitte, da durch die Forschungsfrage der Schwerpunkt nicht auf der Biographie der einzelnen Hebamme liegt, aber auch kein Vergleich mit anderen Hebammen ohne Teilnahme am Lehrgang „Praktische Salutogenese in der Hebammenarbeit“ vorgenommen werden kann, da den Hebammen, die den Lehrgang nicht besucht haben, essentielles Vorwissen fehlen würde. Die zweite Achse, auf der sich qualitative Forschungsdesigns bewegen ist die Zeitachse (Flick 2007:180). Hier wurde die Momentaufnahme gewählt, da sie momentanes Experten-, Laien- und institutionelles Wissen, sowie Praktiken und Routinen darstellt (Flick 2007:187). Eine Längsschnittstudie, die die individuellen Entwicklungsverläufe im Bezug auf Angst darstellt, wäre sicher von Interesse, war im Rahmen dieser Masterarbeit aber aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen nicht möglich.

3.2. Forschungsfrage und Ziel der Studie

Im empirischen Teil geht es darum zu erforschen, welche Erfahrungen von Angst/ Unsicherheit Hebammen, die in der Geburtshilfe tätig sind, in angstauslösenden Situationen machen. Der Schwerpunkt liegt darauf ob, und wenn ja wie, sich das eigene Erleben, unter Einbeziehung der vertieften physiologischen Kenntnisse durch den Lehrgang „Praktische Salutogenese in der Hebammenarbeit“ von Schmid, veränderte. Daraus leitet sich folgende Forschungsfrage ab:

„Wie kann sich die Zuhilfenahme der Säulen der Gesundheit auf die Beurteilung einer Geburtssituation und damit auf den Umgang mit den eigenen Ängsten einer darin geschulten Hebamme auswirken?“

Ziel dieser Studie ist, zu untersuchen, ob die Salutophysiologie brauchbare Instrumente zum Umgang mit Ängsten für Hebammen bereit stellt.

3.3. Methodik

3.3.1. Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurde ein Leitfadeninterview gewählt, da „in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituation die Sichtweisen des befragten Subjekts eher zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews oder Fragebögen (Flick 2007:194).“

Als Interviewform wurde das problemzentrierte Interview gewählt, da „die Konstruktionsprinzipien des problemzentrierten Interviews auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität zielen (Witzel 1982, 1985).“ Natürlich sind Hebammen auch Expertinnen für die Geburt, aber im Unterschied zum Experteninterview, ist es beim Problemzentrierten Interview anhand des Leitfadens möglich insbesondere biographische Daten im Hinblick auf ein bestimmtes Problem zu thematisieren (Flick 2007:210). Beim Experteninterview wird durch die Konzentration auf den Status als Sachverständigen in einer bestimmten Funktion die Bandbreite der potentiell relevanten Informationen, die der Befragte liefern soll, deutlicher einschränkt als bei anderen Interviews (Flick 2007:215). In dieser Arbeit liegt der Fokus aber nicht auf professionellen Techniken, sondern auf persönlichen Gefühlen und Erfahrungen.

Die Grundgedanken des problemzentrierten Interviews sind Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung. Die Problemzentrierung kennzeichnet die Orientierung des Forschers an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung und bezieht Vorwissen des Forschers mit ein, um Aussagen des Interviewten verstehend nachzuvollziehen und am Problem orientierte Fragen stellen zu können. Unter Gegenstandsorientierung wird das Entwickeln und Modifizieren der Methode am Forschungsgegenstand verstanden. Die Prozessorientierung meint die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, deren Erhebung und Analyse parallel geschehen (Witzel 2000).

Es wurden als Instrumente ein Kurzfragebogens zur Erfassung soziobiographischer Angaben, Tonträgeraufzeichnung mit vollständiger Transkription und ein zuvor entwickelter Leitfaden verwendet. Wichtige Ergänzungen zu den Interviews wurden in Postskripten festgehalten.

3.3.2. Auswahl der Teilnehmerinnen

Die Auswahlkriterien für die Befragten waren: erstens die vorherige Teilnahme an dem zweijährigen Lehrgang „praktische Salutogenese in der Hebammenarbeit“ mit Verena Schmid und zweitens dass sie zum Zeitpunkt des Interviews praktisch in der Geburtshilfe tätig sind. Die Selektion wurde deshalb so gewählt, weil es zur Beantwortung der Forschungsfrage essentiell war, dass die Interviewten mit dem Konzept der Säulen der Gesundheit vertraut waren, um aus Erfahrungen mit diesem Konzept in ihrer praktischen Arbeit berichten zu können.

Die fünf ausgewählten Teilnehmerinnen wurden per email angefragt und bekamen vorab ein Schreiben, in dem Thema und Fragestellung kurz vorgestellt wurde. Daraufhin wurde ein Interview bzw. Telefontermin vereinbart. Alle Interviews fanden zu Hause bei den Befragten statt.

Die Hebammen waren zwischen 40 und 68 Jahren alt (40, 49, 50, 51, 68 Jahre) die klinische Geburtshilfeerfahrung lag zwischen 1 1/2 und über 20 Jahren (1,5; 1,5; 3; 3; 21 Jahre), Vier hatten außerklinische Geburtserfahrung, davon drei in der Hausgeburtshilfe zwischen 12 und 31 Jahren (12, 15, 31 Jahre). Eine Hebamme arbeitete in einem Geburtshaus seit 9 Jahren. Eine Hebamme hatte Arbeitserfahrung im Ausland (6 Wochen Hebammenkreißsaal in Eritrea). Alle Hebammen haben ein Team, mit dem sie zusammen arbeiten, in dem die Möglich-

keit der Supervision besteht. Drei Hebammen haben selbst zu Hause geboren, zwei sind kinderlos.

3.3.3. Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden zwischen dem 5. 4. 2013 und dem 13. 05. 2013 geführt. Es wurden insgesamt sieben Interviews geführt, von denen zwei als Pretestinterviews nicht in die Auswertung eingingen.

Als Pretest wurden zwei Interviews mit Hebammen eines Geburtshauses geführt, in dem die Autorin zwei Wochenendseminareinheiten über die Inhalte der „Praktischen Salutogenese in der Hebammenarbeit“ für Schwangerschaft und Geburt gehalten hatte. So konnte der Leitfaden überarbeitet und die Interviewtechnik geübt werden.

Vier Interviews wurden persönlich geführt, sowie ein Interview, aufgrund von räumlicher Distanz, als Telefoninterview. Die Interviews dauerten zwischen 41 und 56 Minuten. Sie wurden mit Einverständnis der Befragten aufgezeichnet. In der Ankommensphase wurde über andere Themen gesprochen. Da das Kennenlernen nicht mehr notwendig war konnte zügig ins Interview eingestiegen werden. Zu Beginn des Interviews wurde immer Bezug genommen auf das zugesendete Informationsschreiben. Die Interviews begannen immer mit der gleichen Einstiegsfrage: „Was denkst Du zum Thema ‚Angst von Hebammen in der Geburtshilfe‘?“. Diese Frage diente als Sondierungsfrage. Danach wurde das Interview in Abhängigkeit an das Berichten der Interviewten mit Orientierung am Leitfaden gestaltet. Mit dieser Einstiegsfrage wurde eruiert, ob das Thema für die einzelne Hebamme überhaupt Relevanz besaß und welche subjektive Bedeutung es für sie hatte. In den Leitfragen wurden diejenigen Themenaspekte angesprochen, die als wesentlich für die Fragestellung angesehen wurden. Bei neuen Aspekten oder für die Erhaltung des Gesprächsfadens wurden Ad-hoc-Fragen formuliert (Mayring 2002: 70). Zurückspiegeln (Zusammenfassungen, Rückmeldungen und Interpretationen seitens des Interviewers) des Gesagten und Verständnisfragen wurden verwendet, um das inhaltliche Interesse des Interviewers zu verdeutlichen und eine gute Gesprächsatmosphäre aufrecht zu erhalten (Flick 2007: 211).

3.3.4. Leitfaden

Der Leitfaden wurde aufgrund beruflicher und persönlicher Erfahrung, sowie Auseinandersetzung mit relevanter Literatur erstellt. Im Leitfaden sind die Forschungsthemen als Gedäch-

nisstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews festgehalten (Witzel 1982:90).

Der Leitfaden besteht aus zwei Hauptteilen. Im ersten Teil wird das eigene Erleben, die Bewertung und mögliche Ursachen von Angst in der Geburtshilfe bei Hebammen erfragt. Der zweite Teil konzentrierte sich auf Strategien im Umgang mit diesem Gefühl, speziell auf die Säulen der Gesundheit als mögliche Instrumente im Umgang mit Angst. Zur Nachvollziehbarkeit findet sich der Leitfaden im Anhang.

3.4.5. Datenanalyse

Die Interviews wurden wörtlich transkribiert, Dialekt wurde in den meisten Fällen nicht berücksichtigt, da sich dadurch keine inhaltliche Veränderung ergab. Für die Auswertung wurde die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse herangezogen, die es erlaubt, formale Aspekte, inhaltliche Aspekte oder bestimmte Typen herauszufiltern (Mayring 2002:118).

Mayring unterteilt die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse in drei wesentliche Schritte, nach denen vorgegangen wurde. Erstens: Definition der Kategorien. Es wurden vorab deduktiv verschiedene Kategorien festgelegt, nach denen das Material durchgegangen wurde. Gleichzeitig wurden aus dem Material heraus neue Unterkategorien entwickelt. Definitionen der Kategorien legten fest, welche Textbestandteile unter dieser Kategorie subsumiert wurden. Zweitens: Ankerbeispiele. Als Ankerbeispiele wurden konkrete Textbeispiele gewählt, die prototypische Funktion für diese Kategorie hatten. Drittens: Kodierregeln. Dort wo Abgrenzungsprobleme bestanden wurden Regeln formuliert, um eine eindeutige Zuordnung zu ermöglichen (Mayring 2002: 118,119).

3.4. Ergebnisse

3.4.1. Kurze Zusammenfassung der Interviews

Das Vorgehen, die Interviews zusammenzufassen, wurde dem thematischen Kodieren entlehnt (Flick 2007:402). Im thematischen Kodieren ist das Erstellen von Kurzbeschreibungen der Fälle ein erster Schritt der Analyse. In der vertiefenden Analyse am einzelnen Interview wird unter anderem das Ziel verfolgt, den Sinnzusammenhang der Auseinandersetzung der jeweiligen Person mit dem Thema der Untersuchung zu erhalten (Flick 2007:403). Auch wenn in dieser Arbeit nicht das thematische Kodieren als Analyseart gewählt wurde, hält es die Autorin für hilfreich, zunächst einen Überblick über die Schwerpunkte der einzelnen In-

interviews für die Nachvollziehbarkeit der Themen zu geben. Dabei liegt der Fokus auf dem Erleben der Angst der einzelnen Hebamme, der Veränderung seit dem Salutogenese Lehrgang, sowie dem Ausblick das Thema eventuell bei einer Fortbildung aufzugreifen. Die vollständigen Transkriptionen der Interviews sind auf dem beigelegten Datenträger zu finden.

Alle Namen wurden pseudonymisiert.

3.4.1.1. Beate

Interview Eins, Beate, Hausgeburtshebamme

„Viel weniger Angst hab ich seitdem [Salutogenese Lehrgang, d. Verf.]“ (Zeile 254)

Beate ist seit 12 Jahren Hausgeburtshebamme und hat keine Kinder. Beate macht gleich deutlich, dass es für sie einen merklichen Unterschied im Wahrnehmen ihrer Angst vor und nach dem Salutogenese Lehrgang gibt: „Ich kann vielleicht mal anfangen wie ich mich gefühlt habe, bevor ich die Salutogenese Fortbildung gemacht habe. Da war das [die Angst, d. Verf.] für mich immer wieder sehr spürbar (Zeile 13-14).“ Dabei berichtet Beate als erstes von Unsicherheiten, die durch dokumentierte Befunde im Mutterpass entstehen: „Also, vorrangig kommt es bei mir, wenn es dokumentiert ist. Das merk ich in jedem Fall, dass das was mit mir macht (Zeile 26-27).“ Beate beschreibt, dass sich ihr Angstempfinden je nach Belastung im beruflichen und im privaten Bereich verändert: „Und in dem Moment wo ich quasi wie in einer Arbeitssituation bin, wo ich sehr belastet bin, oder wo irgendwie auch privat irgendwie, also wenn ich da mehr Spannungsfeld habe bin ich anfälliger dafür (Zeile 60-61).“ Wenn sie zu einer Geburt fährt, spürt sie Adrenalinzeichen und verbindet sich nochmal ganz bewusst mit sich, um einen klaren Blick zu bekommen: „Dass ich mich eben nicht von der Angst leiten lasse, sondern von dem was ich sehe und wahrnehme. Da muss ich mich immer richtig, quasi richtig ganz bewusst und klar nochmal mit mir anbinden (Zeile 164-166).“

Seit dem Salutogeneselehrgang fühlt sich Beate viel handlungsfähiger: „weil das [auch eine Stagnation emotionaler oder körperlicher Prozesse, d. Verf.] einfach auch sichtbar ist, dass das zu dem Prozess gehört in dem sie [die Frau, d. Verf.] sich befindet. Also da bin ich viel, für mich viel handlungsfähiger geworden (Zeile 245-246).“ Ein hilfreiches Werkzeug ist für Beate die zirkuläre Bewertung mithilfe der Säulen der Gesundheit: „da habe ich jetzt viel mehr Spielraum, eben halt entsprechend der Schwangerschaftswoche, der Phase der Frau, die

Bewegung von ihrer Art der Entwicklung, die natürlich wichtig ist mitzugehen, ohne dass ich Angst hab. Viel weniger Angst hab ich seitdem (Zeile 252-254).“

Für eine mögliche Fortbildung zum Thema Angst bei Hebammen sieht sie einen wichtigen Aspekt im Umgang mit der eigenen Angst in der Auseinandersetzung mit der eigenen Geburt: „[...] Also ich bin ja selber geboren worden, also Angst in Form von: was trage ich in eine Geburt rein, egal ob im Kreißsaal oder bei einer Hausgeburt (Zeile 286).“

3.4.1.2. Carina

Interview Zwei, Carina, Hausgeburtshebamme

„Und vor allem was [die Angst, d. Verf.] einfach ein beständiger Begleiter auch ist, den man, ja wie wohlwollend an die Hand nehmen muss.“ (Zeile 16-17)

Carina ist seit 15 Jahren Hausgeburtshebamme und hat zwei Kinder zu Hause geboren. Eine Ursache für die Angst in der Hausgeburtshilfe liegt für Carina in patriarchalen hierarchischen Strukturen: „Naja, die patriarchalen hierarchischen Strukturen, die das Gesunde an sich sowieso infrage stellen; dass die die Angst schüren (Zeile 204-205).“ Diese Strukturen lösen in Carina eine oft nicht greifbare Angst aus: „Aber, also ich merke nicht, das ist eine reale Angst, die mich da jetzt oft begleitet, sondern das sind fast wie irrealer Ängste, die mich begleiten (Zeile 217-218).“ Diese Strukturen setzen für Carina auch Normen, bei deren Abweichung sie sofort eine internalisierte Unsicherheit wahrnimmt: „Aber da kommen die alten hierarchischen Strukturen, da ist etwas außerhalb der Norm, angeblich. Und dann triggern sofort die alten Muster an. Da kommt viel Angst her (Zeile 292-224).“

Der Salutogenese Lehrgang half Carina, ihr Vertrauen in gesunde Prozesse zu stärken, indem Wissensvermittlung auf vielen verschiedenen Ebenen stattgefunden hat: „Schon die Wissensvermittlung, aber auch das wie am eigenen Leib zu erfahren (Zeile 165).“ Besondere Hilfe findet Carina im Vertiefen der physiologischen Zeichen: „Aber natürlich ist in erster Linie, wenn ich sehe die physiologischen Zeichen, was ich sehe, fühle, höre ist in Ordnung und ich hab da einen Abgleich, dann ist das stärkend und trägt zur Sicherheit bei (Zeile 140-142).“ Aber nicht nur die physiologischen Zeichen tragen für Carina zu einer Stärkung ihres Sicherheitsgefühls bei, sondern auch eine längere Begleitung der Schwangeren und der gute Kontakt mit ihr: „Also ganz praktisch hab ich ja, begleitet ich die Frau, wenn es gut läuft [...] ganz früh

schon durch die Schwangerschaft und erleb sie da (Zeile 43-44).“ „[...] wenn ich gut im Kontakt bin mit der Frau, mit dem Kind bzw. die Frau mit dem Kind dann wieder, dann gibt es da eine Sicherheit, die mich auch ganz gelassen sein lässt mit den Faktoren, die ich sehe, spüre, höre. Physiologie und Kontakt (Zeile 239 -241).“ So sind für Carina die vier Säulen der Gesundheit zu hilfreichen und stärkenden Handwerkszeug geworden: „Ja das [die Säulen der Gesundheit, d. Verf.] sind einfach Werkzeuge, auf die ich gut zurückgreifen kann. Und die mir Sicherheit geben. Und da habe ich sozusagen wirklich was, ja, Instrumente auf die ich mich ein Stück weit auch verlassen kann (Zeile 193-195).“

Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Angst hält Carina für sehr wichtig. Besonders das Differenzieren zwischen konkreter und diffuser Angst: „Was ist jetzt an der Angst berechtigt? Wo ist sozusagen die reale Angst und was ist eine irrationale Angst? (Zeile 254-256)“ Dabei ist es für sie auch wichtig die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen der Hebamme im Umgang mit ihrer Angst herauszufinden, was für sie auch etwas mit Entscheidungsfindung zu tun hat: „[...] Also was bringt einen zur einen oder anderen Entscheidung, was zu tun oder was nicht zu tun und was wäre der Angst sozusagen dann förderlich im Sinne von: dass sie abnimmt. Wie man selber mit seinen Ängsten einfach umgeht und was für Möglichkeiten man selber zur Verfügung hat (Zeile 267-270).“ Für Carina bedeutet das auch, dass sie sich mit sich selbst im Rahmen der Supervision auseinandersetzen möchte: „Also so im Stress neige ich eher zum Einzelkämpfertum und des einfach, also des aufzudecken, aufzuarbeiten (Zeile 287-288).“

3.4.1.3. Marina

Interview Drei, Marina, Geburtshaushebamme

„[...] gefühlsmäßig hat sie [die Angst, d. Verf.] sich schon trotz allem nochmal reduziert. Eben durch ein Mehr an Wissen und ein Mehr an Sicherheit einfach über das, was physiologisch ist und eben auch ein Mehr an Beobachtungsmöglichkeiten.“ (Zeile 300-302)

Marina ist seit neun Jahren Geburtshaushebamme und hat keine Kinder. Marina sieht grundsätzlich sehr viel Angst in der Geburtshilfe, sowohl bei den Hebammen wie auch bei den Ärzten: „Also grundsätzlich glaube ich, dass sehr viel Angst in der Geburtshilfe ist bei den Betreuenden, sowohl bei den Hebammen wie auch bei den Ärzten (Zeile 13-14).“ Für sie ist der Hauptgrund dafür die Angst vor juristischen Folgen: „Also ich glaube einfach, dass viel

Angst da ist vor verklagt-werden, vor irgendwie-zur-Verantwortung-gezogen-werden, und in dem Zusammenhang eben auch viel irgendwas-zu-wenig-gemacht-haben (Zeile 21-23).“ Sie selbst wurde, nachdem ein Baby bei einer von ihr betreuten Hausgeburt tot zur Welt gekommen war, der fahrlässigen Tötung angeklagt. Aufgrund verschiedener Umstände hatte sie keine Verhandlung und die Anklage wurde eingestellt. Danach ging sie nach Eritrea, um dort in einem Kreißsaal mitzuarbeiten. Dort machte sie die Erfahrung, wie es ist, wenn die Angst vor der Forensik nicht vorherrschend ist: „[...] da habe ich das sehr stark empfunden, was das für einen Unterschied macht, wenn diese Angst nicht da ist. Wenn es einfach klar ist: alle geben ihr Bestes und wenn das Beste nicht ausreicht, dann ist das Schicksal oder Gott oder die Natur oder sonst eine höhere Macht dann dafür verantwortlich und nicht der einzelne Mensch (Zeile 31-35).“

Bei dem Lehrgang war für Marina nicht nur das Vertiefen der Physiologie, sondern auch das Lernen der zirkulären Bewertung, die verschiedene Informationen miteinander in Verbindung setzt, hilfreich: „die Gesundheitszeichen, einfach auch alles in Relation zueinander zu setzen und schon aufmerksam zu sein: da gibt es irgend ein Aufmerksamkeitszeichen, aber eben immer dann zu gucken in welchem Verhältnis steht es, gibt es andere Gesundheitszeichen, die mich [...] sicher machen, dass diese Aufmerksamkeitszeichen kompensiert oder getragen werden kann oder gibt es das eben nicht? (Zeile 241-245)“ „Also das hat meine Sicherheit enorm vergrößert (Zeile 246).“ Auch für sie spielt eine große Rolle, dass die Begleitung schon früh in der Schwangerschaft beginnt, weil sie nicht nur gelernt hat, die physiologischen Zeichen der Frau zu beurteilen, sondern sie auch dazu unterstützen, wo es notwendig ist: „aber da hat es eben mein Repertoire deutlich vergrößert, die Frauen in ihre eigene Kraft zu bringen und ihre Ressourcen entweder zu entdecken oder auch zu erweitern (Zeile 320-321).“

Einen wichtigen Aspekt im Auseinandersetzen mit der eigenen Angst sieht Marina in der Prägung durch die Schwangerschaft im Bauch der eigenen Mutter und der eigenen Geburt: „Das finde ich absolut wichtig, dass man sich, wenn man als Geburtshelferin arbeitet, egal ob als Ärztin oder als Hebamme, dass das mit dazu gehört, dass man sich mit seiner eigenen Geschichte auseinandersetzt. Ich glaube das würde sehr viel Angst minimieren, wenn man einfach klar sehen würde, was von meiner Angst hat denn einfach mit mir zu tun und dann kann die auch einfach bei mir bleiben und ich kann sie auch auflösen (Zeile 356-361).“ Sie würde Angst als Thema bei einer Fortbildung nicht wählen, um der Angst nicht zu viel Raum zu

geben: „Also mein Ansatz wär schon auch eher dafür zu sorgen, dass die Sicherheit der Kolleginnen wächst, indem sie einfach Handwerkszeug bekommen, Informationen bekommen, lernen können und dadurch sich nebenher die Angst verringert (Zeile 368-370).“

3.4.1.4. Susanne

Interview Vier, Susanne, Klinikhebamme

„Also wie viel ich oft im Geburtszimmer einfach rede, nur um den Arzt zu beruhigen, das ist schon enorm.“ (Zeile 191)

Susanne ist seit 20 Jahren Klinikhebamme und hat drei Kinder zu Hause geboren. Für Susanne ist zunächst einmal ganz wesentlich, dass Angst in der Geburtshilfe ein interdisziplinäres Thema ist: „Also wenn ich an Angst und Geburtshilfe denke, dann sehe ich jetzt natürlich nicht nur Hebammen vor mir (Zeile 11-12).“ Sie sieht im Krankenhaus die Schwierigkeit der immer wieder unpassenden Rahmenbedingungen: „[...] Da [in der Klinik, d. Verf.] ist ja immer noch diese Brücke zu schlagen zu dem Anderen, was der äußere Rahmen vorgibt, der jetzt erstmal gar nicht mit der Geburt eigentlich tauglich ist (Zeile 177-178).“ Diese sieht sie auch in Verbindung mit dem Blick der Ärzte auf die Geburt: „also ich wurde leider sagen es fördert sehr die Angst, dieser Klinikorganismus. Vor allem [...] ich sag das einfach ungern: dieses: das sind die Ärzte. Aber es ist schon, ich habe schon das Gefühl, dass dieser Blick auf die Geburt, der von den Ärzten kommt, der ist leider primär Angst machend (Zeile 183-186).“ Als Grund dafür sieht sie unter anderem die Art, wie Ärzte beurteilt werden: „[...] die werden einfach immer danach beurteilt, was sie gemacht haben, aber eigentlich müsste man eben danach gucken, was sie nicht gemacht haben und danach beurteilen. Aber es ist ja immer dieses: warum hast du nichts gemacht? Und da kommt natürlich auch dieser unglaubliche Aktionismus her [...] (Zeile 201-203).“ Für Susanne selbst bedeutet Angst, sicheren Halt zu verlieren und dadurch eingeschränkt zu werden: „dass ich meinen sicheren Boden, auf dem ich Mutter und Kind begleiten kann, ein Stück weit verliere oder dass der ins Schwanken kommt. Das heißt für mich, Angst als Hebamme zu haben und das macht mich in meinen Wahrnehmungen durchaus enger und beschränkt mich in meinen Möglichkeiten, die ich sonst vielleicht viel breiter hab (Zeile 26-29).“

Susanne sagt, dass ihre Sicherheit seit dem Lehrgang noch einmal gewachsen ist durch das erweiterte Wissen über physiologische Zusammenhänge: „Und da kann ich schon vielmehr

einfach sozusagen die Frauen, die Familie in ihren Bedürfnissen und ihrem individuellen Vorgehen durch die Geburt unterstützen, weil ich einfach die Sicherheit über die Physiologie hab (Zeile 178-180).“ Ein wichtiger Baustein, den Susanne aus dem Lehrgang mitgenommen hat, ist, dass sie Beobachtungen und Wahrnehmungen einen Namen geben kann, die sie vorher nur gefühlt intuitiv wahrgenommen hat. Durch das Benennen kann sie die wahrgenommenen Symptome von sich absetzen, die so zu einer unabhängigen Bezugsgröße werden: „Und das kann [...] auch zu so einer objektiven Bezugsgröße werden, wenn ich sagen kann: naja klar, das ist eindeutig eben nicht so, dass da der Parasympathikus überwiegt, oder da fehlen mir die und die Hormone in dem Zusammenspiel von dem, was ich sehe und ich kann eben das, würde ich meinen, was ich früher eher gefühlt wahrgenommen habe, wo ich schon auch eine Wahrnehmung dazu hatte, aber der eben keinen Namen geben konnte, das hat sich für mich schon mit dem Auseinandersetzen oder mehr beheimateten in der Physiologie deutlich verändert. Dass ich den Dingen einfach eher einen Namen geben kann und sie damit eben auch von mir absetzen (Zeile 128-135).“

Viel wichtiger als die Auseinandersetzung mit dem Thema Angst im Rahmen einer Fortbildung findet Susanne die Frage, wie Hebammen Stärkung erfahren können: „[...] weil doch eher die Frage ist: wie kann ich sozusagen den Boden der Hebammen stärken und wenn ich jetzt eine Fortbildung anbiete, die die Angst zum Thema macht, also natürlich kann das meine Motivation sein, aber es ist die Frage: wo setze ich denn dann trotzdem an? (Zeile 293-295)“ Dabei kommt der Physiologie ein besonderer Stellenwert zu: „Also ich glaube, es ist immer noch so, dass wir alle einfach einen deutlichen Schulungsbedarf haben, eben wirklich zum Thema Physiologie (Zeile 302-303).“

3.4.1.5. Hedwig

Interview Fünf, Hedwig, Hausgeburtshebamme

„Und in so einem Fall ist es für mich sehr wichtig, dass man sich auskennt in der Physiologie oder auch Neurologie, was tut der Frau gut, damit sie in einen Zustand kommt des Loslassen, ja?“ (Zeile 261-263)

Hedwig ist seit 31 Jahren Hausgeburtshebamme und hat zwei Kinder zu Hause geboren. Hedwig sagt von sich, dass sie wenig Angst vor der Geburt aufgrund der kontinuierlichen Begleitung kennt: „Aber ich für meine Arbeit, ist es ganz selten, dass ich jetzt vor der Geburt

Angst hab. Also ich denke, weil ich die Frauen ja sehr lange betreue schon vorher (Zeile 8-9).“ Als einen Grund für Angst in der Geburtshilfe sieht sie persönliche Faktoren wie die eigene Belastbarkeit: „[...] aber es hängt oft vielleicht mit einer psychischen Belastbarkeit oder mit der eigenen Verfassung zusammen, wo man dann nicht so ein Vertrauen hat in die Vorgänge von Geburten (Zeile 15-17).“ Trotzdem kennt auch sie das Gefühl der Angst bei einer Geburt, besonders bei der Pause nach der Kopfgeburt des Kindes, das ihr Handeln bestimmt: „[...] Wenn der Kopf geboren ist und die Schulter kommt nicht gleich oder, dass ich da eher aktiver werde, das kommt auch aus einer Angst heraus, dass es nicht weitergehen könnte (Zeile 61-62,64).“ Auch berichtet sie von unbestimmteren Ängsten bei einer Frau über Termin, die nicht von ärztlicher Seite geteilt wurden: „Ich hab mir die meisten Sorgen gemacht, die Ängste gehabt und dann sagen die noch im Spital, selbst der Chef: naja, sonst kommen Sie am 14. Tag zum Einleiten, was sehr ungewöhnlich ist weil sie ja, sonst leiten sie am zehnten Tag ein (Zeile 114-116,108).“

Eine Veränderung der Wahrnehmung ihrer Angst seit dem Salutogeneselehrgang kann Hedwig nicht beobachten, aber sie meint, sie sei aufmerksamer geworden: „Ich glaube, es [die Wahrnehmung der Angst, d. Verf.] hat sich nicht verändert. Also weil ich, ich mein ich bin aufmerksamer geworden wo her manches kommt oder so, ja ? (Zeile 337-338)“ Für sie bildet der Salutogenese Lehrgang die theoretische Grundlage ihres in über 30 Jahren erworbenen intuitiven Wissens, der Dinge einen Namen gibt und die sie so besser erklären kann: „Das war für mich, die Salutogenese eher so eine theoretische Grundlage, dass ich mir das [das intuitive Wissen, d. Verf.] theoretisch besser erklären kann (Zeile 340-341).“ Dieses Wissen möchte sie nun selbst an Hebammen in Fortbildungen weitergeben: „Und ich finde es schon sehr gut, dass ich jetzt die Salutogenese, den Lehrgang gemacht hab, weil ich möchte es halt jetzt an die Hebammen weitergeben (Zeile 343-345).“

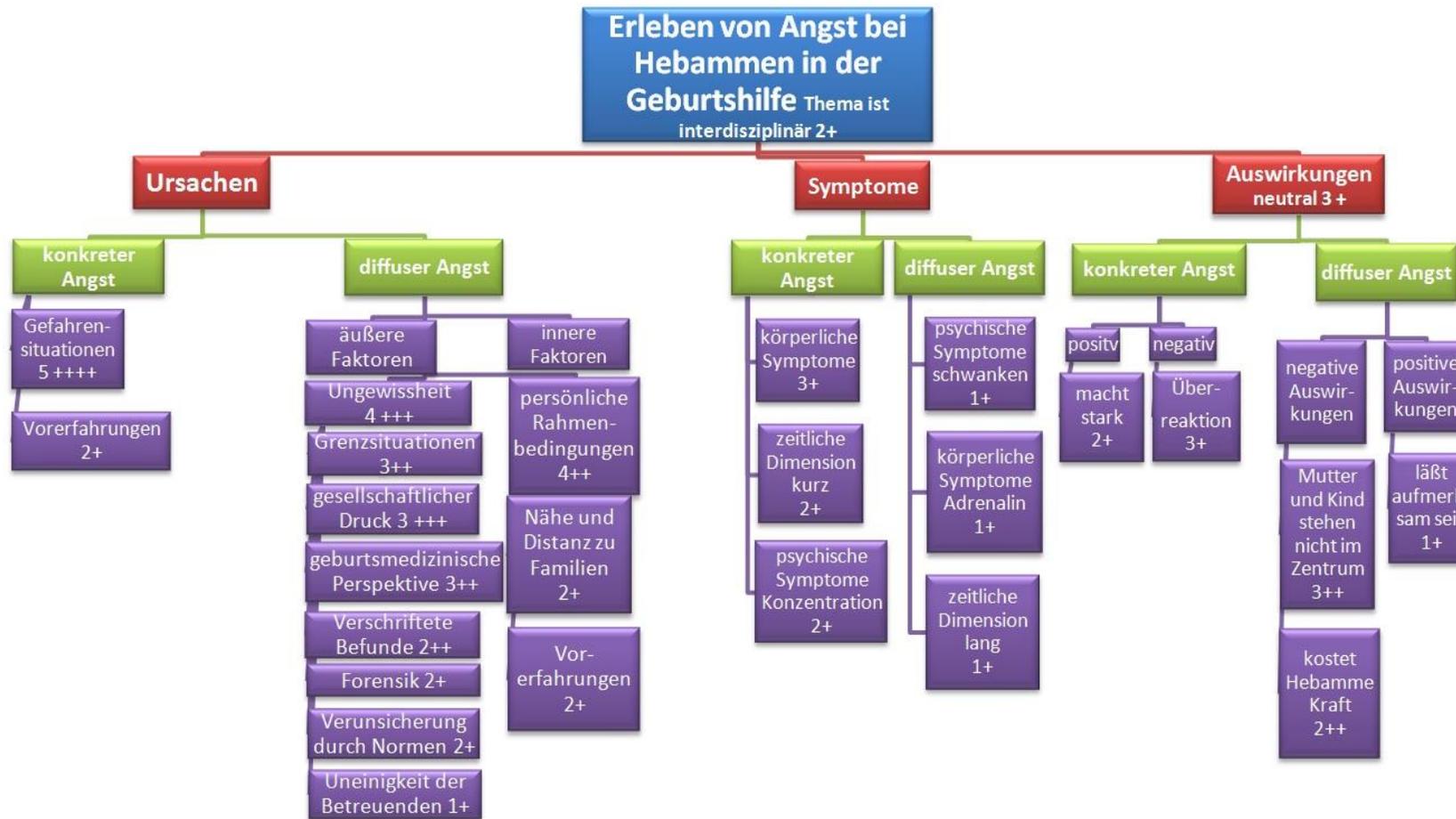
Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Angst bei einer Fortbildung kann sie sich gut vorstellen: „[...] wenn man näher dran ist, ist das Thema sicher sehr bereichernd (Zeile 426).“

3.4.2. Darstellung der Kategorien

Die Hauptkategorie „Erleben von Angst von Hebammen in der Geburtshilfe“ mit den Oberkategorien „Ursachen“, „Symptome“ und „Auswirkungen“ und die Hauptkategorie „Erreichen von Sicherheit/Zuversicht“ mit den Oberkategorien „Auswirkungen, Erleben von Sicherheit/Zuversicht“ und „Strategien“ wurden deduktiv aus dem Leitfaden gebildet. Die Unterkategorien wurden zum Teil deduktiv aus dem Leitfaden und zum Teil induktiv aus den Interviews gewonnen.

Bei sehr vielen Zitaten zu einer Kategorie werden im Text nur die prägnantesten aufgeführt, um die Lesbarkeit des Textes nicht zu beeinträchtigen.

Graphische Darstellung der Kategorien des Erlebens von Angst bei Hebammen in der Geburtshilfe¹⁰



¹⁰ Die Zahlen hinter den Kategorien zeigen an, wie viele der 5 befragten Hebammen sich zu dem jeweiligen Thema geäußert haben. Die + dahinter geben an, wie viele Zitate dazu im Text gefunden werden konnten. + =1-3 Zitate; ++=4-6 Zitate; +++=7-12 Zitate; ++++=13-17 Zitate;

Abb. 2. Grafik Erleben von Angst von Hebammen in der Geburtshilfe, eigene Darstellung.

3.4.2.1. Teil 1 Erleben von Angst in der Geburtshilfe

Als Einstieg ins Interview wurde zunächst generell nach dem Wahrnehmen von Angst in der Geburtshilfe gefragt. Deswegen findet sich in der Hauptkategorie „Erleben von Angst bei Hebammen in der Geburtshilfe“ zunächst der Hinweis von zwei Hebammen, dass Angst nicht allein das Thema von Hebammen ist.

„Also grundsätzlich glaube ich, dass sehr viel Angst in der Geburtshilfe ist bei den betreuenden, sowohl bei den Hebammen wie auch bei den Ärztinnen.“ (Marina, 13-14)

„Also wenn ich an Angst und Geburtshilfe denke, dann sehe ich jetzt natürlich nicht nur Hebammen vor mir, weil ich natürlich immer in diesem interdisziplinären Team arbeite und ich schon für mich das auch deutlich unterscheiden muss, also was diese verschiedenen Profession da mitbringen [...] (Susanne, 11-13).“

Das folgende Schaubild zeigt den Ausschnitt: Ursachen von konkreter und diffuser Angst



Abb. 3. Ausschnitt Grafik Ursachen konkreter und diffuser Angst, eigene Darstellung.

Zunächst wurde nach allgemeinen Gedanken zum Thema Angst in der Geburtshilfe gefragt, um einen neutralen Einstieg in das Thema zu ermöglichen. Dabei wurden Einstellungen und Einschätzungen zu Ursachen und Auswirkungen anhand von Situationen geschildert. Die

Oberkategorie „Ursachen“ wurde so deduktiv gebildet. Um die persönliche Einschätzung der Hebamme nicht vorher festzulegen, wurde der Begriff Angst nicht weiter differenziert, da dies in der deutschen Umgangssprache nicht üblich ist. Trotzdem konnten in der Oberkategorie „Ursachen“ zwei Unterkategorien gefunden werden, die weiter untergliedert wurden: die Unterkategorie „konkrete Angst“ und „diffuse Angst“. Diese beiden Kategorien mit ihren Unterkategorien wurden induktiv aus den Interviews gewonnen.

Als Ursachen für konkrete Angst, d.h. in Bezug auf ein konkretes Gefahrenmoment, wurden gefunden

- Gefahrensituationen
- Vorerfahrungen

Die Kategorie „diffuse Angst“ kann wiederum in zwei Bereiche getrennt werden (auch wenn sie schlussendlich natürlich auch miteinander verwoben sind). Der erste Bereich sind Ursachen, die „von außen“ kommen:

- Ungewissheit
- Grenzsituationen
- geburtsmedizinische Perspektive
- Verschriftete Befunde
- Verunsicherung durch Normen
- gesellschaftlicher Druck
- Forensik
- Uneinigkeit der Betreuenden

Der zweite Bereich sind Ursachen diffuser Angst, die eher in der Persönlichkeit der Hebamme begründet liegen:

- persönliche Rahmenbedingungen
- Nähe und Distanz zu betreuten Familien
- Vorerfahrungen

Ursachen konkreter Angst

➤ Situationen konkreter Gefahr

Bei den Situationen ist es nicht leicht zu unterscheiden, welche Angst besetzte Situation als konkrete Gefahr gewertet werden kann und soll. Zum Beispiel Herztöne, die zu langsam oder zu schnell sind, können Anzeichen einer akuten Gefahr für das Kind, aber auch Ausdruck einer funktionierenden Kompensation des Kindes sein, in der keine konkrete Gefahrensituati-

on vorliegt. Deswegen wurden in dieser Kategorie nur Ursachen aufgenommen, die eine sofortige Bedrohung für das Leben von Mutter und Kind bedeuten können.

- a) Situationen, in denen die Hebamme Angst um das Wohlergehen des Kindes hatte
Pause nach Kopfgeburt des Kindes
- b) Situationen, in denen die Hebamme Angst um das Wohlergehen der Mutter hatte
Plazentalösungsstörungen und Nachblutungen der Frau

Zu a): Kopfgeburt des Kindes

Die Zeitspanne bei und nach der Kopfgeburt des Kindes, kurz bevor die Schultern geboren werden, beschreiben mehr als die Hälfte der befragten Hebammen als einen konkreten angstbesetzten Moment in der Geburt.

„Oder wenn der Kopf geboren ist und es gurgelt im Hals beim Kind schon so oder es möchte schon weinen oder atmen, dann bin ich eigentlich ziemlich bestimmt und sag der Frau, dass sie hält nochmal anschieben soll [...]. Also da viel Ruhe und Gelassenheit aufbringen, das kann ich eigentlich nicht so. Ich glaube, das kommt auch aus einer bestimmten Angst heraus, wo man denkt das Kind steckt da drin, es möchte schon atmen und dann versuche ich da eben aktiver zu werden (Hedwig 69-74).“

„Aber dass ich das auch schon nochmal spüre: das [die Geburt des Kindes bei einer Erstgebärenden, d. Verf.] ist eng. Das ist bei einer Zweitgebärenden anders (Beate 214).“

Zu b): Nachgeburtsphase

Nachblutungen bzw. Plazentalösungsstörungen bei der Mutter stellen nach wie vor eine Gefahrenquelle für die Mutter dar und damit auch das konkrete Angstmoment im Bezug auf die Mutter bei den Hebammen.

„Ja klar, Nachblutung finde ich immer sehr anstrengend, also oder wenn die Plazenta nicht kommt (Beate 142-143).“

„Ja, und Blutungen zum Beispiel, oder das halt mit der Frau was ist [...] (Marina 135).“

„Ängste habe ich auch schon gehabt,[...] wenn Blutungen sind, das ist für mich eigentlich am meisten Angst besetzt [...] (Hedwig 202-203).“

➤ Vorerfahrungen

Erlebte Situationen können auch ganz konkrete Ängste verankern. Diese Ängste sind dann in einer ähnlichen Situation schnell wieder präsent und können das Handeln bestimmen.

„Und das ist ja ganz spannend, eben wenn man so guckt wie Hebammen gebären und wie unsere, also ja, wenn ich eine Kollegin hab die eine Notsektion oder eine Plazenta praevia hatte oder so. Man hat dann ja einfach in sich so, ja so diese Momente: wo einem einfach die rote Ampel angeht (Susanne 341-343).“

„Aber wenn das Kind die Augen nicht auf hat und eben nicht atmet, ja? Dann [...] würde wahrscheinlich schon wirklich meine Angst sofort präsent sein (Marina 117-119).“

Ursachen diffuser Angst

➤ Ungewissheit

Die Ungewissheit stellt ein Lebensprinzip dar, deshalb ist sie der wichtigste Punkt bei der diffusen Angst. Ungewissheit bedeutet eine Unwägbarkeit der Situation, die die Hebammen auf verschiedene Art beschreiben. Sie ist eine allgemeine Beschreibung diffuser Ängste. Die Ungewissheit wird beschrieben als Sorge, ob die vorhandenen Ressourcen ausreichen, als irrealer Ängste oder auch als die Schwelle zwischen Leben und Tod, die bei einer Geburt wahrgenommen werden kann.

„Also bei Erstgebärenden denke ich immer: ok, jetzt hoffe ich, dass die hier voll und gut, vollends gut dabei [bei der Geburt des Kindes, d. Verf.] bleibt, da ist es natürlich, da kommt schon auch nochmal so dieses: geht es jetzt alles gut? Also auch, dass ich denk, dass ich auch merk jetzt muss ich.. ähm, ja jetzt hab ich auch einfach Angst. Angst? Aber da verengt es sich für mich auch nochmal (Beate 203-206).“

„[...] es ist so, das gibt es bei mir bei jeder Geburt, das ist so ein Moment, wo mir das einfach so bewusst ist: jetzt geht es irgendwie um Leben und Tod, also das ist einfach so dieser Übergang, ja? Aber das ist oft nur ein Bruchteil von 'ner Sekunde also und dann, das ist dann auch nicht Angst, sondern es ist Respekt, ja eben Respekt vor diesem oder dieses Wissen, dass dieser Übergang in den aller, aller meisten Fällen in Richtung Leben geht, aber dass es eben diese Option immer bei jeder Geburt auch gibt, dass es halt in die andere Richtung geht. Aber das empfinde ich jetzt eigentlich nicht mehr als Angst, sondern ja, ich würde es wirklich als Respekt und Achtung und als Aufmerksamkeit beschreiben (Marina 103-110).“

„Also immer so an der Grenze entlang von dem: das ist noch o.k., das ist noch o.k., aber es kommen dann schon auch so die Bilder, was noch sein könnte oder die Ideen (Carina 72-75).“

„Also, dass man () dass nachher halt noch Unsicherheiten da sind und sich ein bisschen fürchtet vor der Geburt. Also, ich denk mir, die Angst ist vorher vielleicht stärker (Hedwig 19-20).“

➤ Grenzsituationen

In den Interviews finden sich grenzwertige Situationen, in denen keine konkrete Gefahr vorliegt. Diese Situationen drücken die undeutliche Grenze zwischen normaler und pathologischer Geburt aus, was bei den befragten Hebammen ein unsicheres Gefühl erzeugt. Diese Situationen waren für die Hebammen dieser Studie: zu wenig Fruchtwasser, unsichere Pfeilnaht, protrahierte Geburt, ein grenzwertiger Blutdruck der Mutter.

„Und dann gibt es aber auch, zum Beispiel wenn ich eine unsichere Pfeilnaht hab oder so, dann kann mich das aber auch eher verunsichern. Also wenn ich mir dann meiner Befunde, meiner Tastbefunde oder so nicht ganz sicher bin (Carina 138-140).“

„Ja es ist natürlich auch manchmal, zum Beispiel unter der Geburt, wenn halt da () zu wenig Fruchtwasser ist, oder wenn der Blasensprung ist und ich mein, momentan ist es dann oft schon so, dass je nachdem wie weit die Geburt ist, entweder kommt das Kind gleich nachher oder kann man nur sagen (pustet aus) des ist alles gut gegangen, oder manchmal muss ich halt dann schnell ins Spital war fahren (Hedwig 167-171).“

„[...] ja gut, ich fühl mich jetzt heute unsicher und es heißt ja, dass der Geburt Fortschritt nicht so abläuft oder lang ist oder so, dann kann man öfter mal so zweifeln (Hedwig 28-30).“

➤ Gesellschaftlicher Druck

Ganz besonders in der außerklinischen Geburtshilfe nehmen die Hebammen gesellschaftliche Wertesysteme als Druck von außen auf die Geburtshilfe wahr. Dabei werden vor allem die männlich geprägten, hierarchischen Strukturen genannt, die hauptsächlich auf Überwachung und Kontrolle abzielen.

„[...] Ich hab immer so mehr das Gefühl, dass das wie, das [die außerklinische Geburtshilfe, d. Verf.] kriegt immer mehr Druck ab und den Aspekt [die außerklinische Begleitung, d. Verf.], das ist sowieso ein ziemlich roter Bereich. Also per se, dass man mit den einfachen Mitteln [der Untersuchung, d. Verf.] schon quasi unter Umständen schon so eine Angstspritze abgekriegt (Beate 364-373).“

„Also in der Hausgeburtshilfe haben wir ja, oder aber so nehme ich es zumindest für mich war hier im Umfeld, das ist ja per se wie ein feindliches Terrain (Beate 327-328).“

„Und ich hab das eben, als ich mal drei Monate in Eritrea gearbeitet hab, habe ich das sehr stark empfunden was das für einen Unterschied macht, wenn diese Angst nicht da ist. Wenn es einfach klar ist: alle geben ihr Bestes und wenn das beste nicht ausreicht, dann ist das Schicksal oder Gott oder die Natur oder sonst eine höhere Macht dann dafür verantwortlich und nicht der einzelne Mensch (Marina 31-35).“

➤ **Geburtsmedizinische Perspektive**

Der Begriff geburtsmedizinische Perspektive wurde gewählt, weil es sich hier um Aussagen über das angst fördernde Umfeld der Klinik an sich und die angstfördernde Haltung der Ärzte beschreibt, die durch ihre Ausbildung häufiger im geburtsmedizinischen Modell zu finden sind.

„Also ich würde leider sagen, es ist, es fördert sehr die Angst. dieser Klinik Organismus. Vor allem eben ja, ich finde dieses, ich sag das einfach ungerne, dieses: das sind die Ärzte. Aber es ist schon, ich habe schon das Gefühl, dass dieser Blick auf die Geburt, der von den Ärzten kommt der ist leider primär Angst machend. Und das ist schon beeindruckend auch wie mich das aus der Ruhe bringen kann und das hat dann überhaupt nichts mit der Geburt zu tun [...] (Susanne 183-187).“

„[...] Die [die Ärzte, d. Verf.] werden einfach immer danach beurteilt, was sie gemacht haben, aber eigentlich müsste man eben danach gucken was sie nicht gemacht haben und danach beurteilen. Aber es ist ja immer dieses: warum hast du nichts gemacht? Und da kommt natürlich auch dieser unglaubliche Aktionismus her [...] (Susanne 201-204).“

„Zu allem Übel rief die Ärztin dann auch noch bei mir an und meinte so: wie, wollen Sie die Frau nicht in die Klinik schicken? Die hat dann mit dem Auge von hinten so immer so subtil kritisch nachgefragt, und ich hatte dann echt auch ein bisschen Mühe bei meinem zu bleiben oder so zu vertreten. Und da merkte ich, der Boden war einfach nicht mehr so sicher, dann ist die Angst dann auch schon Begleiter (Carina 54-58).“

➤ **Verschriftete Befunde**

Aufgeschriebene Befunde stehen exemplarisch für die zwei Seiten von diffuser Angst. Auf der einen Seite kann eine aufgeschriebene Besonderheit Wachsamkeit wecken und Schutz für den Aufschreibenden vor juristischen Konsequenzen bedeuten. Auf der anderen Seite können aufgeschriebene Befunde eine Realität schaffen, die Verantwortung durch weitergegebenes Wissen erzeugt. Zwei Hebammen berichten davon, dass verschriftete Befunde, insbesondere dokumentierte Besonderheiten im Mutterpass, Ursachen für ein diffuses Unsicherheitsgefühl sein können. Durch die Verschriftung von Wissen, das manchmal nur aus Schätzungen besteht (z. B. im Falle der Kindsgröße), wird die Verantwortung über dieses „Wissen“ und die

möglichen Folgen daraus weitergegeben. Dieser Druck der Verantwortung kann Angst und Unsicherheit schüren, da sich die Hebammen in einem angreifbaren Feld sehen, weil schriftliche Befunde auch vor Gericht als Beweis herangezogen werden können.

„Ich hab da sofort, also wie die Spirale weiter denkt und dann auch, wenn des dokumentiert ist im Mutterpass, also wie bin ich da auch angreifbarer (Beate 53-54).“

„[...] also inwieweit begleit ich eine Frau, die irgendwelche Besonderheiten im Mutterpass, vor allen Dingen im Mutterpass dokumentierte so genannte Problemsituationen, gezeigt hat. Und bevor ich die Weiterbildung bei der Verena gemacht habe war das für mich wie immer eher diffus, nicht wirklich greifbar, also dass ich mich da so erlebt habe, dass ich wie kein Werkzeug hab da wirklich gut für mich zu gucken und zu entscheiden, was steht im Mutterpass, was ist die ärztliche Meinung und was ist meine Meinung (Beate 19-24).“

„Aber manche Ärzte machen's [die Untersuchung auf Streptokokken B, d. Verf.] und dann hast du einen Befund und wenn die Frau nichts mehr behandeln kann oder nur ein bisschen, dann ist es oft schwierig daheim. [...].Das fühlt sich auch nicht so gut an (Hedwig 332-335).“

➤ **Forensik**

Natürlich spielt auch die Angst vor juristischen Folgen eine wichtige Rolle. Eine der befragten Hebammen hatte selber schon Erfahrung mit juristischen Konsequenzen gemacht, nachdem sie der fahrlässigen Tötung nach einer Totgeburt im Rahmen einer Hausgeburt angeklagt worden war, wie schon in der Interviewzusammenfassung dargestellt worden ist. Für die anderen war es ein Thema, das im Hintergrund mit schwang.

„Also vieles, glaube ich, ist tatsächlich die Forensik. Also, ich glaube einfach, dass viel Angst da ist vor verklagt-werden, vor irgendwie-zur-Verantwortung-gezogen-werden, und in dem Zusammenhang eben auch viel irgendwas-zu-wenig-gemacht-haben. Also mein Eindruck ist, dass die Angst größer ist, dass man irgendetwas versäumen könnte, als die Angst zu viel zu machen (Marina 21-24).“

„wo du ja, oder ich unbewusst dann immer auch ein Abgleich mach: welches Risiko geht man hier eigentlich wirklich auch ein, die Verteidigung nach außen sozusagen auf einer Ebene (Carina 21-23).“

➤ **Verunsicherung durch Normen**

Zwei Hebammen thematisierten die Unsicherheit, die durch festgelegte Normen entstehen kann. Besonders belastend erlebten sie diese starren Normen, die mit einem linearen Denken (nur von Problem zu möglicher Lösung) in der Hebammenausbildung gelehrt worden waren.

„Also und da war ich vorher geprägt von dem, was ich in der Geburtshilfe gelernt habe. Im Geburtshilfeunterricht und das war vielmehr linear, da gab es wenig Abweichungen, das was ich da an Möglichkeiten, an Handwerkszeug hatte und sobald da wie eine Abweichung gekommen ist bin ich gleich: (stöhnt) oh Gott, oh Gott (Beate 248-251).“

„Also wenn ich nicht gelernt hatte, gewusst hätte, dass Herztöne zwischen 120 und 160 sein sollen und ich das in meinen Jahren neben dem CTG sitzend sich so eingeschlichen hat, alles was da so langsam vor sich hin tuckert sofort als Warnsignal einzuordnen. Das ist fast wie ein Reflex. Den muss man sich erstmal wieder abtrainieren.[...] Was fang ich denn an? Wenn sonst alles in Ordnung ist (Carina 227-231).“

➤ **Uneinigkeit der Betreuenden**

Eine Ursache für die Verstärkung der eigenen Angstgefühle war für eine Hebamme, als ihre Sorge um die von ihr betreute Frau nicht von den Ärzten in der Klinik geteilt wurde.

„[...] da habe ich mir halt Sorgen gemacht und ich mein, das belastet einen ja auch die ganze Zeit. Und dann kommt das klinische noch dazu, dass die auch noch locker damit umgehen (Hedwig 159-161).“

➤ **Persönliche Rahmenbedingungen**

Die folgenden Ursachen liegen eher in der Persönlichkeit der Hebamme begründet. Natürlich sind äußere und innere Ursachen nicht wirklich streng trennbar, da ja auch die Persönlichkeit der Hebamme von äußeren Faktoren, wie dem Wahrnehmen öffentlichen Drucks, geprägt wird.

Bei den persönlichen Rahmenbedingungen beschreiben die Hebammen, wie sie das Gefühl der Angst in Bezug zu persönlichen Befindlichkeiten und der Organisationen ihres Hebammen-alltags setzen.

„[...] Aber es hängt oft vielleicht mit einer psychischen Belastbarkeit oder mit der eigenen Verfassung zusammen, wo man dann nicht so ein Vertrauen hat in die Vorgänge von Geburten (Hedwig 15-17).“

„Und dann ist natürlich meine Angst, ähm, auch abhängig davon, jetzt in der Vorsorge oder auch in der Geburtshilfe, also wie bin ich gerade mit mir quasi sortiert und aufgeräumt. Also das hat ja auch, bei mir hat das ganz viel mit mir zu tun. Und in dem Moment wo ich quasi wie in einer Arbeitssituation bin, wo ich sehr belastet bin, oder wo irgendwie auch privat, also wenn ich da mehr Spannungsfeld habe, bin ich anfälliger dafür (Beate 57-61).“

„Also eine Angst ist die, bin ich, kommt es zum richtigen Zeitpunkt? Das ist einfach immer, ja, passt es dann auch ins Alltagsgeschäft rein, so diese Hürde: was muss ich dann alles um planen, anders machen, bin ich rechtzeitig da? (Carina 33-35)“

➤ Nähe und Distanz zu den Familien

Die Nähe und Distanz zu den betreuten Familien war ein Thema, das zwei der befragten Hebammen besonders beschäftigte. Dabei kann ein zu viel an Nähe den Überblick und ein zu wenig an Nähe den Kontakt verlieren lassen. Beides schürt die Unsicherheit.

„Wobei dieses grundsätzliche gute Verhältnis von Nähe und Distanz sicher auch ein Punkt ist, der dazu führt, weil ich das einfach auch immer wieder erlebt, dass dieses so ganz präsent und dran sein auch dahin führen kann, dass sich die Orientierung verlieren oder den Überblick verliere von daher finde ich auch eine Strategie durchaus mal rauszugehen auch einfach mit ein bisschen Abstand zu gucken, das finde ich sind oft auch ganz hilfreiche Momente (Susanne 108-112).“

„[...] habe ich sie [die Frau, d. Verf.] grad am zehnten Tag nicht erreicht, ja, das war für mich schon sehr, da habe ich mir halt Sorgen gemacht und ich mein, das belastet einen ja auch die ganze Zeit (Hedwig 159-160).“

➤ Vorerfahrungen

Erfahrungen aus dem beruflichen und im privaten Bereich prägen einen Menschen. Hier sind Erfahrungen zusammen gefasst, die das Erleben diffuser Angst verstärkt haben. Dabei handelt es sich vor allem um traumatische Situationen, in denen es um Leben und Tod ging.

„[...] ich hab natürlich mit dieser Situation: ‚das Kind könnte tot sein‘ natürlich viel gearbeitet, nachdem ich das erlebt hatte und es ist so, das gibt es bei mir bei jeder Geburt das ist so ein Moment wo mir das einfach so bewusst ist: jetzt geht es irgendwie um Leben und Tod, also das ist einfach so dieser Übergang (Marina 101-104).“

„Also so was [die Geburt eines toten Kindes, d. Verf.] beschäftigt einen halt dann schon immer wieder (Hedwig 151).“

Die folgende Abbildung zeigt den Abschnitt der Symptome konkreter und diffuser Angst im Themenkomplex des Erlebens der Angst in der Geburtshilfe



Abb. 4. Ausschnitt Symptome konkreter und diffuser Angst, eigene Darstellung.

Die Kategorie der Symptome wurde deduktiv aus dem Leitfaden gebildet. Auch die Unterscheidung zwischen zeitlicher Dimension und körperlichen Symptomen wurde deduktiv gebildet. Die Kategorie der psychischen Symptome wurde induktiv gewonnen. Dabei wird wieder eine Unterscheidung jeweils in konkreter und diffuser Angst versucht.

Zunächst erfolgt die Darstellung der Kategorien der Symptome der konkreten Angst.

➤ **körperliche Symptome konkreter Angst**

Die körperlichen Symptome der konkreten Angstsituation zeigen, wie Hebammen ihren Körper in einer konkreten Notsituation fühlen. Dabei beschreiben sie typische Symptome wie Herzklopfen und Schweißausbrüche, aber auch wie sich persönliche körperliche Schwachstellen, z.B. am Rücken melden.

„Angst ist für mich körperlich spürbar, erstmal, also dass das Herz schneller schlägt ja dass ich vielleicht Schweiß spüre [...] (Marina 72-73).“

„Da geht natürlich der Blutdruck, also nicht der Blutdruck aber der Kreislauf in die Höhe und ich spüre mein Herzklopfen und so [...] (Hedwig 85-86).“

„[...] ich schwitzt, ich brauche einfach ganz viel Energie, um mich ruhig zu halten nach außen.[...] also ich merkt dann sofort meine wunden Punkte am Rücken (Beate 176-179).“

➤ zeitliche Dimension konkreter Angst

Bei der zeitlichen Dimension wird deutlich, dass die konkrete Angst, die in einer bestimmten Situation auftritt, zeitlich begrenzt ist.

„Es ist wirklich dieses, es [meine Angst, d. Verf.] wird mir sehr schnell bewusst und ich kann dann sozusagen strategisch herangehen, um den Boden dann auch wieder zu sichern [...] (Susanne 66-67).“

„Also dass ich über die ganze Geburt hinweg weg Angst hätte, um Gottes willen nee, natürlich nicht (Beate 217-218).“

➤ Psychische Symptome konkreter Angst

Die psychischen Symptome beschreiben die Veränderung von Seele und Geist in einer konkreten Notsituation. Dabei wird von den Hebammen eine angespannte Konzentration wahrgenommen.

„Wie nehme ich Angst wahr?[...] also dass ich angespannt werd, ja? Das im Kopf sehr viele Gedanken kommen [...] (Hedwig 34-35).“

„Also ich werd dann eher ruhig, glaube ich, also in dem Sinne, dass ich wie sehr die Wahrnehmung so nach außen richte [...]. Vielleicht, man sieht es mir wahrscheinlich im Gesicht auch an, dass da eine gewisse Konzentration im Sinne von Nichtentspanntheit da ist (Carina 96-99).“

Im Folgenden werden die Symptome diffuser Angst dargestellt.

➤ psychische Symptome diffuser Angst

Die psychischen Veränderungen ohne eine konkrete Gefahrensituation wird von einer Hebamme als Verlust des sicheren Bodens, auf dem sie arbeiten kann, beschrieben.

„Dass ich meinen sicheren Boden, auf dem ich Mutter und Kind begleiten kann ein Stück weit verliere oder dass der ins schwanken kommt, [...] (Susanne 27-28).“

➤ **körperliche Zeichen diffuser Angst**

Eine Hebamme beschreibt körperliche Symptome, die sie als Adrenalinzeichen bezeichnet und damit als Stress-Angst Zeichen bezeichnet werden können, die jedes Mal auftreten wenn sie zu einer Geburt gerufen wird. Dieser Moment birgt keine konkrete Gefahr, weshalb er trotz der konkreten Situation der diffusen Angst zuzurechnen ist. Durch die Adrenalinausschüttung wird der Körper und der Geist in hohe Aufmerksamkeit versetzt.

„Also ich muss sowieso immer bei jeder Geburt, und wenn es klar ist die Frau hat jetzt Wehen, die ist richtig unter der Geburt, da kann ich, erstmal da muss ich kacken.[...] und dann werde ich auch, also ich mein da sind alle Adrenalinzeichen, gell, die man so hat also, ich krieg dann einen trockenen Mund.“ (Beate 160-162)

➤ **zeitliche Dimension diffuser Angst**

Die zeitliche Dimension diffuser Angst im Vergleich zur konkreten Angst wird als deutlich länger beschrieben, da sie sich nicht auf eine explizite Gefahrensituation beschränkt. So kann sich eine diffuse Angst über einen längeren Zeitraum, wie den eines Tages oder einer Nacht, erstrecken.

„Ich kenne die durchwachten Nächte, ja? Wo ich immer denke: oh Gott oh Gott hoffentlich lebt das Kind morgen früh noch, hätte ich es vielleicht doch zum Kinderarzt schicken sollen? (Marina 84-85)“

Der letzte Teilausschnitt im Abschnitt „Erleben von Angst von Hebammen in der Geburtshilfe“ stellt die Auswirkungen konkreter und diffuser Angst dar.



Abb. 5. Ausschnitt Grafik Auswirkungen konkreter und diffuser Angst, eigene Darstellung.

Die Kategorie der Auswirkungen wurde sowohl deduktiv wie als auch induktiv gebildet. Konkret gefragt worden war nach einer möglichen Wechselwirkung der Angst von Hebammen und betreuter Familie. Drei Hebammen gaben an, dass es sicher Wechselwirkungen zwischen ihnen als Hebamme und den von ihnen betreuten Familien gäbe, ohne dies jedoch zu werten.

„Ich denke das [die eigene Anspannung, d. Verf.] kann man nicht ganz verbergen, dass das schon auch einen Einfluss hat. bewusst oder unbewusst (Carina 106-107).“

„Ja sofort (lacht) [wirkt sich die eigene Angst auf die betreuten Familien aus, d. Verf.], oder umgekehrt natürlich auch (Susanne 78-80).“

Die Auswirkungen konkreter Angst konnten aus der Verschriftung des Gesagten heraus in positive und negative Auswirkungen unterteilt werden.

Die induktiv gewonnen Kategorien umfassen die Unterscheidung in Auswirkungen von konkreter und diffuser Angst, die Unterteilung in positive und negative Auswirkungen, sowie die Differenzierung der vor allem psychischen Auswirkungen auf die Hebamme, sowie der Auswirkungen auf Mutter und Kind.

➤ **positive Auswirkungen konkreter Angst**

❖ **macht stark**

Die Auswirkungen der positiven konkreten Angst zeigen, dass Angst Kraft und Mut geben kann, um schwierige Situationen zu meistern und größere Komplikationen zu verhindern. Dies gelingt, wenn die Angst nicht übermächtig wird.

„[...] ich spüre mein Herzklopfen und so, dass ich da versuche etwas zu verhindern oder halt größere Komplikationen zu verhindern, oder das halt das Kind gut raus kommt, ja? (Hedwig 86-87)“

„[...] dann muss man aus dieser Angst heraus, dann werde ich, ja, irgendwie stark (Hedwig 197-198).“

„[...] In der akuten Angst in der Geburtshilfe, da ist es natürlich wichtig, dass ich bei Sinnen bleibe und dass ich eben so mit der Angst umgehen kann, dass ich trotzdem noch auch, entweder rational handeln kann, wenn es nötig ist, oder eben sinnvoll intuitiv handeln kann, aber nicht ich mich von der Angst irgend da auffressen lasse (Marina 78-81).“

➤ **negative Auswirkungen konkreter Angst**

❖ **Überreaktionen**

Jedoch hat auch die konkrete Angst ihre Schattenseiten, wenn sie zu übermächtig wird und die Führung des Denkens übernimmt. Dann kann sie zu Fehlentscheidungen oder Überreaktionen führen. Da in der Hausgeburtshilfe Interventionen nicht so vielfältig möglich sind wie in der Klinik, führt die konkrete Angst hier schneller dazu, eine dritte Person dazu zu rufen.

„Das war wirklich eine Fehlentscheidung von mir [der Eingriff zu einer Armlösung bei der Geburt eines Kindes mit einer erschwerten Schultergeburt. Dabei hat Hedwig dem Baby den Oberarm gebrochen, d. Verf.]. Aber es ist halt aus einer Angst herausgekommen (Hedwig 83-84).“

„[...] Und die Gefahr für mich so in der Angst ist eben, dass sie zu einer Lähmung führt oder zu einer Überreaktion oder halt einfach, dass sie halt mein klares Denken ausschaltet, was natürlich eigentlich auch die Aufgabe der Angst ist (Marina 73-75).“

„Umso mehr Angst ich hab, umso mehr intervenierte ich. Umso mehr Angst ich hab, umso schneller hole ich, also ich mein, bei der Hausgeburtshilfe kann man zum Glück nicht intervenieren, oder nicht so viel, also umso schneller hole ich jemand drittes dazu. Oder jemand von außen (Beate 313-315).“

➤ **Positive Auswirkung diffuser Angst**

❖ **lässt aufmerksam sein**

Die positive Wirkung von Angst ohne eine konkrete Notsituation wird am Beispiel des Geburtsbeginns geschildert. Wie schon bei den körperlichen Symptomen sichtbar wurde, wechselt die Hebamme in einen Zustand, in dem sie zwar zunächst angespannt, aber auch wach und aufmerksam ist. Auch hier ist das bewusste Wahrnehmen und die Einbeziehung der Angst durch Selbstbeobachtung wichtig.

„Dass ich mich eben nicht von der Angst leiten lasse, sondern von dem was ich sehe und wahrnehme. Da muss ich mich immer richtig, quasi richtig ganz bewusst und klar nochmal mit mir anbinden (Beate 164-166).“

➤ **negative Auswirkungen diffuser Angst**

❖ **Mutter und Kind stehen nicht mehr im Zentrum**

Da Hebamme und Gebärende in enger Wechselwirkung miteinander stehen, wurde deutlich, dass die Angst der Hebamme immer wieder auch Einfluss auf Mutter und Kind hat, da sie die Entscheidungen der Betreuenden (Ärzte wie Hebammen) verändert. Dabei rücken Mutter und

Kind aus dem Mittelpunkt, weil die Betreuenden Entscheidungen zu Gunsten ihrer Angst fällen.

„Es ist mir grad egal, was du [das Baby, d. Verf.] willst [im Falle einer eigentlich sinnlosen Reanimation an einem tot geborenen Kind, d. Verf.], ich muss das jetzt so machen, weil meine Haut mir einfach näher ist (Marina 64-65).“

„[...] Aber eben typischerweise in der Klinik ist es,[...] dass darüber [über das weitere Vorgehen im Geburtsverlauf, d. Verf.] Entscheidungen am Tisch gefällt werden oder an einem Bildschirm, wo CTG Überwachung stattfindet und nicht bei der Frau; ich meine, da ist schon klar, dass der Fokus nicht bei der Frau liegen kann, weil die Frau gar nicht bei einer Entscheidung dabei ist und das Kind (Susanne 230-233).“

❖ **kostet Hebamme Kraft**

Die Auswirkungen der diffusen Angst spielen eine große Rolle im Bezug auf die Möglichkeiten der Hebamme. Dabei wird deutlich, dass die negativen Auswirkungen der diffusen Ängste Hebammen Kraft kosten und sie in ihrem Handlungsspielraum beschränken.

„D.h. für mich, Angst als Hebamme zu haben und das macht mich in meinen Wahrnehmungen durch aus enger und beschränkt mich in meinen Möglichkeiten, die ich sonst vielleicht viel breiter hab (Susanne 28-29).“

„[...] also auch wie viel Kraft das kostet, also wie viel der sozusagen auch an Aufmerksamkeit, die eigentlich ganz woanders hingehört verloren geht oder abhanden geht oder einfach gebunden ist durch dieses nach der anderen Seite hin [zu den Ärzten, d. Verf.] versuchen auch noch Sicherheit ausstrahlen (Susanne 187-190).“

Zwischenfazit:

Keine der befragten Hebammen hat geäußert, dass ihr das Thema der Angst in der Geburtshilfe fremd sei. Eine Kollegin sagte zunächst, dass sie kaum Angst habe, es aber von ihren Kolleginnen kenne. Im Verlauf des Interviews stellte sich dann aber auch bei ihr heraus, dass auch sie schon angstbesetzte Situationen erlebt hatte und auch sie Frucht vor bestimmten Situationen in sich trägt.

Auch wenn die Unterscheidung zwischen Angst und Furcht nicht direkt in der Interviewsituation angesprochen wurde, zeigen die unterschiedlichen Kategorien deutlich, dass die befrag-

ten Hebammen den Unterschied zwischen einer unbestimmten (diffusen) und einer zielgerichteten (konkreten) Angst wahrnehmen. Diese Unterscheidung scheint gerade in der heutigen Zeit, in der sich das Risikodenken auf viele Lebensbereiche ausweitet, immens wichtig zu sein. So kann verhindert werden, dass die diffuse, unbestimmte Angst dominierend wird. An dieser Differenzierung wird deutlich, dass eine Bewusstmachung von Angst auch deren hilfreiche, positive Wirkungsweisen aufzeigen kann. Diese können ermöglichen, sie als Partner und nicht als Gegner zu betrachten. Wird die Angst als Partner wahrgenommen, können lebensfördernde Strategien gewählt und angewandt werden. Das würde bedeuten, dass die Angst nicht mehr mit machtausübenden, oder anderen lebensbeschränkende Tendenzen, wie z. B. Depression oder Aggression, verdrängt werden muss.

Graphische Darstellung der Kategorien der Steigerung von Sicherheit und Zuversicht in der Geburtshilfe¹¹

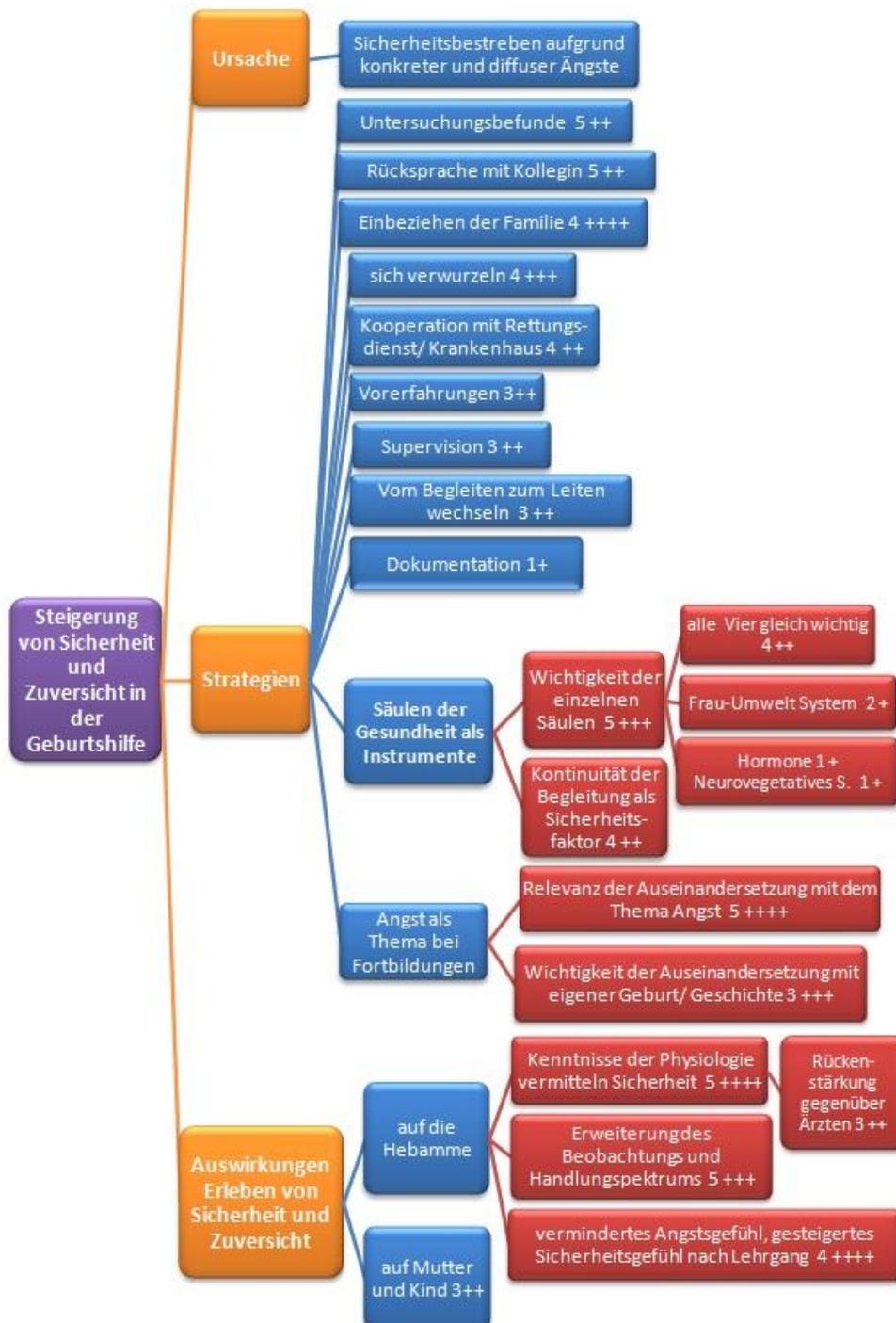


Abb. 6. Grafik Steigerung von Sicherheit und Zuversicht in der Geburtshilfe, eigene Darstellung.

¹¹Die Zahlen hinter den Kategorien zeigen an, wie viele der 5 befragten Hebammen sich zu dem jeweiligen Thema geäußert haben. Die + dahinter geben an, wie viele Zitate dazu im Text gefunden werden konnten. + =1-3 Zitate; ++=4-6 Zitate; +++=7-12 Zitate; ++++=13-17 Zitate;

3.4.2.2. Teil 2: Steigerung von Sicherheit/Zuversicht in der Geburtshilfe bei Hebammen

Im ersten Teilausschnitt werden die Ursachen von einer Steigerung der Sicherheit und Zuversicht von Hebammen in der Geburtshilfe dargestellt.

Ursachen



Abb.7. Ausschnitt Grafik Ursachen von Sicherheitsbestreben, eigene Darstellung.

Die Kategorie „Ursache“ als Unterkategorie zu „Steigerung von Sicherheit und Zuversicht in der Geburtshilfe“ wird mit aufgeführt, obwohl sie streng genommen nicht direkt aus dem Leitfaden entwickelt wurde. Sie stellt noch einmal das Grundthema dieser Arbeit dar: Angst als Motor für Weiterentwicklung und stetige Verbesserung der Kenntnisse und Arbeitsmöglichkeiten für die Hebamme selbst, die schlussendlich den von ihr betreuten Familien zugute kommen.

Im Teil „Steigerung von Sicherheit/Zuversicht in der Geburtshilfe bei Hebammen“ wurden die Kategorien „Strategien“ und „Auswirkungen, Erleben von Sicherheit/Zuversicht“ deduktiv gebildet. Die in der Oberkategorie „Strategien“ eingebetteten Unterkategorien „Untersuchungsbefunde“, „Rücksprache mit Kollegin“, „Einbeziehen der Familie“, „sich verwurzeln“, „Vorerfahrungen“, „Kooperation mit Rettungsdienst/Krankenhaus“, „Supervision“ und „vom-Begleiten-zum-Leiten-wechseln“ konnten induktiv aus dem Textmaterial gewonnen werden. Die Kategorien „Säulen der Gesundheit als Instrumente“ und „Angst als Thema bei Fortbildungen“ wurden deduktiv aus dem Leitfaden gebildet, ihre jeweiligen Unterkategorien entstanden induktiv aus den Interviews.

Auf der nächsten Seite findet sich der Teilausschnitt der Strategien, die die befragten Hebammen angaben, um Sicherheit und Zuversicht in der Geburtshilfe zu erhalten.

Strategien zur Steigerung von Sicherheit und Zuversicht in der Geburtshilfe

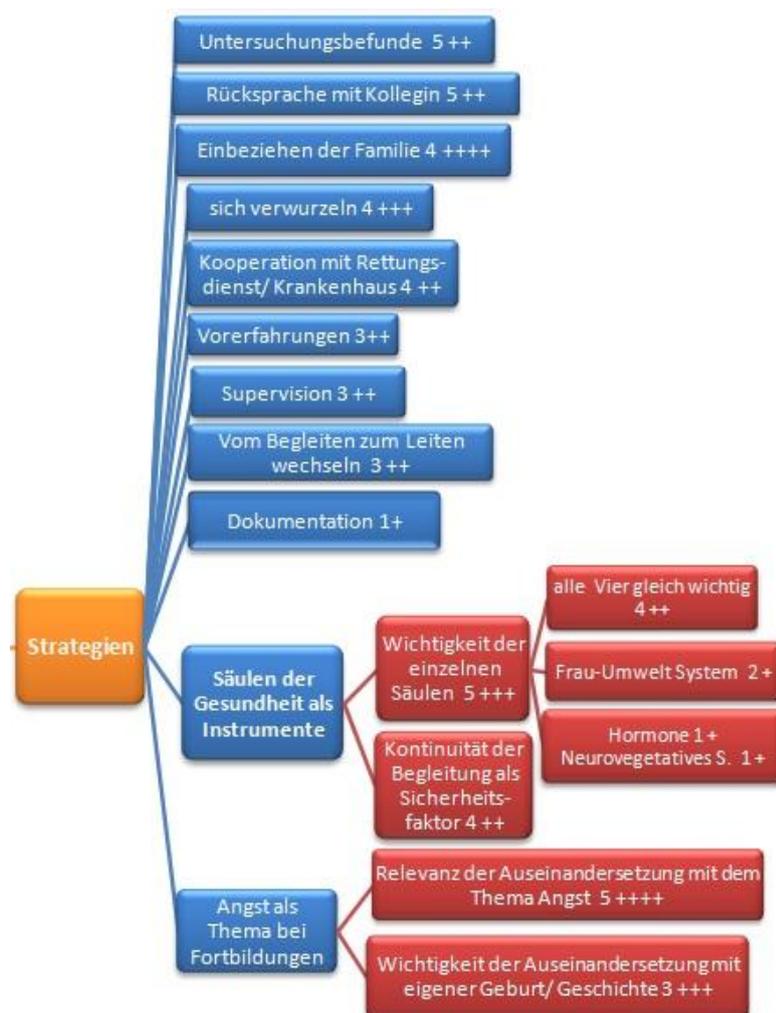


Abb. 8. Ausschnitt Grafik Strategien Sicherheit, eigene Darstellung.

➤ Untersuchungsbefunde

Einen wichtigen Punkt, im Umgang mit den eigenen Ängsten, stellen für die befragten Hebammen ihre erhobenen Untersuchungsbefunde dar. Diese Untersuchungsbefunde brauchen unter Umständen Zeit, werden häufig mit allen Sinnen erhoben und tragen durch den Abgleich mit der Physiologie zum Sicherheitsgefühl der Hebamme bei.

„[...] wenn ich das Gefühl habe, da ist was auffällig[...] und vielmehr darauf achte: was brauche ich an Zeit und an Vorsorge, also im Bezug auf die Vorsorge erstmal, also wie viel Zeit brauche ich da und wie genau muss ich das machen, damit ich das Gefühl habe: so das ist jetzt mein Setting, das ist satt geworden, ich habe meine jetzt Punkte abgearbeitet, mit dem kann ich dann abhaken, was sind wirklich Problempunkte oder was ist eine diffuse Annahme oder so (Beate 72-78).“

„[...] Wenn ich sehe, die physiologischen Zeichen, das was ich sehe, fühle, höre ist in Ordnung und ich hab da einen Abgleich, dann ist das stärkend und trägt zur Sicherheit bei (Carina 140-142).“

„[...] Oder wenn man bei der Geburt ist in der Betreuung, dann relativiert sich das ja, weil ich mein, da musst in der Arbeit dann, mit den Herztönen kontrollieren, Befund erheben mit der Art wie die Frauen umgehen mit den Schmerzen, dann kommt wieder mehr das Vertrauen (Hedwig 21-24).“

➤ **Rücksprache mit Kollegin**

Alle Hebammen stellten fest, dass es für sie eine große Hilfe darstellt, im Zweifelsfalle stärkende Unterstützung durch die Rücksprache mit einer Kollegin zu bekommen. Das Schildern der Situation und die andere Perspektive der Kollegin können eigene Unsicherheiten ausräumen.

„Also da mir einfach nochmal eine Sicherheit hole, es kann auch je nach Situation mal eine Rücksprache mit einer Kollegin sein, der ich das einfach schildere (Marina 148-150).“

„Was das sein kann, oder so Ängste direkt, dass man noch eine zweite Meinung einholt. Dann wird es wieder leichter. Oft ist es einfach eine ideelle Unterstützung (Hedwig 30-32).“

„[...] Also wenn ich da in Unsicherheit oder Angst komme, dann braucht es eben oft noch was daneben, es braucht einfach noch einen anderen Menschen, der einfach noch eine andere Wahrnehmung hat. Das ist ja durchaus in einem Klinikteam auch was, was möglich ist (Susanne 104-106).“

➤ **Einbeziehen der Familie**

Das Einbeziehen der Frau bzw. des Paares wird im salutogenetischen Konzept „die Frau in den Mittelpunkt stellen“ genannt. Dies drückt eine Art der einbeziehenden Kommunikation aus, bei der die Frau bzw. das Paar an Prozessen, Entscheidungen, Handlungen durch eine offene Kommunikation beteiligt und einbezogen werden. Dabei geht es darum, dass die Frauen bzw. Familien maßgeblich daran beteiligt sind, den für sie besten Weg zu finden. Diese Art der Kommunikation mit dem Paar stellt für fast alle befragten Kolleginnen eine Stärkung ihres Sicherheitsgefühls dar.

„Und das [die Sorge der Hebamme, d. Verf.] dann auch oft nochmal schnell erklärt, wenn ich da eben offen damit umgehe [...] also weil dann die Frau und das Paar eigentlich genau ihren Weg auch schon weiß und mich dann bestärkt in dem, was ich gedacht hätte oder ganz klar ist, dass jetzt was anderes richtig ist und dann ist das für mich ja in dem Moment auch sofort entlastend (Marina 166-169).“

„Es kann sein ich hole mir eine Rückversicherung eben zum Beispiel bei der Frau und frage die einfach nochmal genau: wie fühlt es sich für dich an, was ist dein Eindruck, wie geht es deinem Kind? (Marina 146-148)“

„[...] Wenn ich gut im Kontakt bin mit der Frau, mit dem Kind bzw. die Frau mit dem Kind dann wieder, dann gibt es da eine Sicherheit, die mich auch ganz gelassen sein lässt mit den Faktoren, die ich sehe, spüre, höre. Physiologie und Kontakt (Carina 238-241).“

„Und jetzt [seit dem Salutogenese Lehrgang, d. Verf.] kann ich das mit der Frau thematisieren. Kann ihr meinen Eindruck schildern und kann sie fragen, was sie eigentlich gerade macht, wie sie es wahrnimmt und was ihre Lösungsvorschläge sind. Und das war vorher wie ausschließlich bei mir, weil ich gar nicht in der Lage war so richtig der Frau wie ein Gegenüber zu sein (Beate 262-265).“

➤ **sich verwurzeln**

In der induktiv gebildeten Kategorie „sich verwurzeln“ wurden Strategien gefunden, die Hebammen nutzen, um sich selbst zu beruhigen und so die Angst auf einem konstruktiven Level zu halten. Beim „Sich-verwurzeln“ lässt die bewusste Anbindung an den eigenen Körper durch gezielte Atmung, Entspannung oder auch das spirituelle Verbinden mit Gott zurückfinden zur eigenen Ruhe und damit dem Vertrauen der Hebamme in die Frau. Dabei geht es um ein präsent-sein im Hier und Jetzt, das zur Folge hat, dass auch alle Sinne sehr aufnahmefähig werden. Dabei kann auch die unklare Herkunft von gerade spürbaren Ängsten erforscht werden.

„Also erstmal ist es eigentlich immer ein durchatmen, ein mich-verwurzelten, ganz bei mir sein, um dann auch wieder so die Kompetenz und die Kapazität zu haben zu spüren: was ist das denn, wo kommt denn diese Angst jetzt her? (Marina 150-152)“

„Da muss ich mich immer richtig, quasi richtig ganz bewusst und klar nochmal mit mir anbinden (Beate 165-166).“

„[...] Aus meiner Ruhe zu sein, aufgeregt zu werden, erstmal zu gucken was sind denn jetzt eigentlich die nächsten Schritte und zu merken, ich muss jetzt erstmal wieder mich sortieren, damit ich dann auch wieder nach draußen treten kann und das kann ich ziemlich gut spüren dann (Susanne 53-55).“

„Eigentlich denke ich schon an eine Hilfe, an Gott, dass es gut geht (Hedwig 209).“

➤ **Kooperation mit Rettungsdienst / Krankenhaus**

Für alle außerklinisch arbeitenden Hebammen war eine wichtige Strategie und Hilfe die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, dem Rettungsdienst oder Krankenhäusern.

„[...] Wo man halt gesehen hat, das [Kind, d. Verf.] wächst hält nicht mehr zum Schluss und dass ich da mit dem Spital sehr eng zusammenarbeite und schaue (Hedwig 323-324).“

„Ich hab sie [die betreute Frau nach ihrem dem errechneten Termin, d. Verf.] dann in die Klinik geschickt zur Vorsorge. [...] Die haben dann sozusagen grünes Licht gegeben, obwohl die keinen Ultraschall gemacht haben, nur CTG geschrieben, alles in Ordnung, alles in Ordnung. Wir können warten. Und das war für mich schon auch nochmal der Hintergrund, gut da ist noch jemand, der geht da ein Stück mit (Carina 80-84).“

➤ **Vorerfahrungen**

Vorerfahrungen können auch einen positiven Einfluss auf das persönliche Sicherheitsgefühl darstellen. Gut gemeisterte Situationen im Laufe eines Hebammenlebens und Erfahrungen im Umgang mit Tieren, bei denen Geburt und Tod als natürlich erlebt werden konnten und tragen zu einer Stärkung des Sicherheitsgefühls bei den befragten Hebammen bei.

„[...] Ich bin am Land aufgewachsen, mit allen Tieren und Wesen aufgewachsen, wir haben [...] mit Tod auch, mit allem umgehen gelernt (Hedwig 342-343).“

„Und auch zu wissen, ja, also die Erfahrung hat mir da auch schon viel Ruhe gebracht (Susanne 39-40).“

„Also Erfahrung ist glaub ich schon ganz viel. Einfach viele, viele gute Erfahrungen zu machen, [...] (Susanne 143).“

„Die [die durchwachten Nächte, d. Verf.] sind in den letzten Jahren deutlich weniger geworden [...]. Da merke ich schon, dass mit mehr Erfahrung da auch nicht mehr so oft die Angst so stark ist. Also dass da die Erfahrung einfach natürlich auch hilfreich ist (Marina 86-88).“

➤ **Eigenreflexion und Supervision**

Bei angstbesetzten Situationen müssen häufig Handlungsentscheidungen getroffen werden. Wie in der Kategorie „Auswirkungen“ zu sehen ist, kann es dabei immer wieder auch zu Fehlentscheidungen kommen. Dann stellt sich die Frage nach dem Umgang mit eigenen Fehlern. Supervision wird von den befragten Hebammen als sehr hilfreich für die Eigenreflexion nach schwierigen Situationen angesehen. Aber nicht nur die Reflexion von Fehlern im Team wird als hilfreich beschrieben, auch das eigene Nachdenken und Nachspüren über mögliche Ursachen von Angst können hilfreich sein.

„Gut aber auch da habe ich eben den Vorteil in einem Team zu arbeiten, das ist wirklich gut nochmal nachzuarbeiten. Auch nochmal genau hinzu gucken: warum war das jetzt so? Und was lerne ich daraus? Ich finde ja so diesen Spruch, so aus Fehlern lernt man, also der ist ja schon sehr stimmig, aber in unserem Beruf finde ich sollte man halt aus kleinen Fehlern so viel lernen, dass man die großen sich möglichst sparen kann (Marina 218-222).“

„Dass das [die Supervision, d. Verf.] eine total gute Möglichkeit ist. Zu kapieren wie man selber tickt oder auch das gespiegelt zu bekommen. Und ich merke, also so im Stress neige ich eher zum Einzelkämpfertum und des einfach, also des aufzudecken, aufzuarbeiten (Carina 286-288).“

„[...] je besser es mir gelingt es quasi für mich zu reflektieren, was ist denn da jetzt der Ursprung der Angst (Beate 69-70).“

➤ **Vom Begleiten zum Leiten wechseln**

Wenn eine Geburt problemlos läuft, beschreiben sich die Hebammen eher als Begleiterinnen. Kommen schwierige Situationen, berichten sie von einem Wechsel des Begleitens zu einem Leitungsstil. Vom „Begleiten zum Leiten“ könnte möglicherweise auch eine Auswirkung von Angst sein. Diese induktiv gebildete Kategorie wurde bei den Strategien aufgenommen, weil Hebammen anscheinend sehr bewusst Haltung und Tonfall verändern, um in angstbesetzten Situationen handlungsfähig zu bleiben.

„[...] Aber da passiert es dann wirklich eben so in einem Moment, wo ich merk: jetzt gebe ich ganz klar vor, was gemacht wird, und dann kann sozusagen mit so einem neuen Boden, kann dann auch wieder das Ganze weiter werden (Susanne 91-94).“

„[...] und dann vielleicht auch einfach sag: ja, jetzt musst du durch, oder so. Ein bisschen stärker halt, laut stärker, nicht lauter, halt wie so bestimmter sagen wir mal (Hedwig 55-56).“

➤ **Dokumentation**

Als eine andere Strategie mit schwierigen Situationen und möglichen Fehlern umzugehen wird die Dokumentation, in diesem Fall das Gedankenprotokoll, genannt. So kann durch die Verschriftung von Situationen, ein Sicherheitsbaustein für den Fall von juristischen Konsequenzen geschaffen werden.

„Ja, und ich hab dann halt auch ein Gedankenprotokoll gemacht und alles, weil ich dann schon zwischenzeitlich gedacht hab: eh, das war jetzt echt grenzwertig oder eigentlich über die Grenze drüber (Marina 230-232).“

➤ Säulen der Gesundheit als Instrumente

Die Kategorie „Säulen der Gesundheit als Instrumente“ wurde deduktiv aus dem Leitfaden entwickelt. In dieser Unterkategorie wird gezeigt wie die befragten Hebammen die Säulen der Gesundheit als Handwerkszeuge für ihre Arbeit in Bezug auf ihr Sicherheitsgefühl beschreiben. Dabei ergaben sich zwei Unterkategorien.

❖ Wichtigkeit der einzelnen Säulen

Die Kategorie „Wichtigkeit der einzelnen Säulen“ wurde im Leitfaden erfragt, um zu sehen, ob es ein spezielles physiologisches Feld gibt, das Hebammen in ihrem Sicherheitsgefühl unterstützt. Dabei wird deutlich, dass grundsätzlich alle vier Säulen der Gesundheit als wichtig erachtet werden, je nach Hebamme aber unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.

„Also Hormone finde ich immer eine coole Sache, weil die doch relativ gut auch schnell zu beobachten sind. Ja und wirklich auch so diese großen Geschichten: Parasympathikus, Sympathikus. Und einfach so auch die Frage des Überwiegens, also das ist keine Detailarbeit, sondern wirklich die großen Bilder eigentlich im Kopf zu haben und mit denen zu arbeiten (Susanne 151-155).“

„Also, mir sind schon alle wichtig, aber ich mein, halt die Umgebung, also die Umwelt, das ist mir sehr wichtig, da fällt halt auch die Ernährung hinein, wie die Frau lebt, wie sie eingebettet ist, welche Beziehungen sie hat, das ist sehr wichtig [...]. Für mich hat das, weil aus dem heraus kommen ja die anderen: das hormonelle System, das neurovegetative resultiert ja letztendlich für mich aus der ganzen Umwelt, Geschichte oder was die Frau umgibt und wie sie sich verhält (Hedwig 400-408).“

„[...] Ich würde jetzt mal so spontan sagen, die sind mir eigentlich alle wichtig, weil sie gehören einfach zusammen (Beate 279-280).“

❖ Kontinuität der Begleitung als Sicherheitsfaktor

Alle vier außerklinisch arbeitenden Hebammen gaben an, dass die kontinuierliche Begleitung, das heißt eine Frau bzw. eine Familie über einen längeren Zeitraum kennen lernen und betreuen zu können, ihr Sicherheitsgefühl erhöht, da mögliche Unsicherheiten schon im Vorfeld ausgeräumt werden können. Diese Kategorie wurde induktiv gewonnen.

„Also ich denke, weil wir die Frauen ja sehr lange betreuen schon vorher. Und da ist es meistens bis zur Geburt dann viele Sachen ausgeräumt, wo Unsicherheiten waren (Hedwig 9-10).“

„Also ganz praktisch hab ich ja, begleitet ich die Frau ja, wenn es gut läuft, wie bei der, ganz früh schon durch die Schwangerschaft und erleb sie da. Erleb wie sie, was sie für einen Lebensstil hat, wie sie mit ihrer Alltagssituation umgeht. Vielleicht auch wie sie mit Stress umgeht und erleb sie so im Feedback und auch einfach anhand von unseren Treffen und dem was sie mir erzählt aus ihrem Alltag und ihren Situationen (Carina 43-46).“

„[...] Und wirklich eben schon so früh wie möglich in der Schwangerschaft, halt wirklich schon zu gucken: wo hat die Frau Kraftquellen und Ressourcen und wo braucht sie Unterstützung (Marina 313-314).“

➤ **Angst als Thema bei Fortbildungen**

Zu einer weiterführenden Möglichkeit für eine praktischen Umsetzung des Themas „Angst bei Hebammen in der Geburtshilfe“ im Bereich der Fortbildungen wurden die Hebammen gefragt, ob sie sich eine Fortbildung zum Thema „Angst bei Hebammen“ wünschen würden. Daraus wurde die Kategorie „Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit dem Thema der Angst“ gebildet, in der sich die Einschätzungen der Hebammen zur Relevanz des Themas „Angst bei Hebammen“ in Fortbildungen widerspiegelt und einen Überblick über mögliche gewünschte Inhalt gibt.

❖ **Relevanz der Auseinandersetzung mit dem Thema Angst**

Alle Hebammen gaben an, dass sie das Thema wichtig finden. Zwei von fünf machten explizit darauf aufmerksam, dass sie es wichtig finden, den Fokus weg von der Angst hin zum Sicherheitsgewinn zu legen, um der Angst nicht zu viel Raum zu geben.

„Also mein Ansatz wär schon auch eher dafür zu sorgen auch da, dass die Sicherheit der Kolleginnen wächst, indem sie einfach Handwerkszeug bekommen, Informationen bekommen, lernen können und dadurch sich nebenher die Angst verringert. Und nicht jetzt so die Angst der Geburtshelfer als Thema einer Fortbildung. Fände ich jetzt nicht so sehr salutogenetisch (Marina 368-371).“

„[...] weil doch eher die Frage ist: wie kann ich sozusagen den Boden der Hebammen stärken und wenn ich jetzt eine Fortbildung anbiete, die die Angst zum Thema macht, also natürlich kann das meine Motivation sein, aber es ist trotzdem die Frage: wo setze ich denn dann trotzdem an? (Susanne 293-296)“

„Also ich finde es wichtig, dass Hebammen sich da [mit der Angst, d. Verf.] auseinandersetzen (Beate 318-319).“

„Auf jeden Fall [wäre es wichtig, dass Hebammen sich in Fortbildungen mit Angst auseinandersetzen, d. Verf.]. Naja, das kann einfach ein hilfreicher Parameter sein. Also, was ist tatsächlich eine Angst, die Angst zu hinterfragen oder zu überprüfen was ist jetzt an der Angst berechtigt? Wo ist sozusagen die reale und was ist eine irreale Angst? Und in der Situation ist das manchmal nicht, also für mich manchmal nicht sofort einordenbar (Carina 252-255).“

❖ **Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit eigener Geburt/ Geschichte**

Direkt daran schließt sich die induktiv gebildete Kategorie „Relevanz der Auseinandersetzung mit eigener Geburt/Geschichte“ an. Drei von fünf Hebammen antworteten auf die Frage: „Gibt es noch etwas, dass du wichtig findest, das ich bisher nicht gefragt habe?“, dass sie eine Auseinandersetzung mit der eigenen Geburt und mit der eigenen Geschichte nicht nur im Kontext der Angst wichtig finden würden, sondern dies als generellen Bedarf aller Betreuenden in der Geburtshilfe ansehen.

„[...] Ein ganz wesentlicher Aspekt von Angst von Geburtshelfern ist glaube ich, dass es in der eigenen Schwangerschaft und Geburt begründet liegt, also als sie selber geboren worden sind. [...]Das finde ich absolut wichtig, dass man sich, wenn man als Geburtshelferin arbeitet, egal ob als Ärztin oder als Hebamme, dass das mit dazu gehört, dass man sich mit seiner eigenen Geschichte auseinandersetzt. Ich glaube, das würde sehr viel Angst minimieren, wenn man einfach klar sehen würde, was von meiner Angst hat denn einfach mit mir zu tun und, ja, dann kann die auch einfach bei mir bleiben und ich kann sie auch auflösen. Das fände ich, das finde ich eigentlich eine Berufsvoraussetzung [...] Aber ich finde, eigentlich müssten alle Geburtshelfer irgend eine Art von Geburtsprozess von sei es irgend eine Art von Rückführung oder Körperarbeit oder wie auch immer, sich da einfach mal mit ihrer eigenen Geschichte beschäftigen. Das fände ich sehr wichtig (Marina 356-365).“

„[...] Also ich bin ja selber geboren worden, also Angst in Form von, also was trage ich in eine Geburt rein, egal ob im Kreißaal oder bei einer Hausgeburt. Was trage ich in eine Geburt rein und was hat das mit meiner Geburt zu tun? Oder auch mit meinem eigenen Heranwachsen im Bauch meiner Mutter. [...] Also das finde ich, das ist ein Aspekt, den wir viel zu wenig berücksichtigen an der Stelle, also unter der Geburt dann. Unter der Geburt kommt das dann auch sehr zum Tragen (Beate 285-290).“

Die folgende Grafik zeigt die Auswirkungen des Erlebens von Sicherheit und Zuversicht auf.

Auswirkungen



Abb. 9. Ausschnitt Grafik Sicherheit Auswirkungen, eigene Darstellung.

Die Kategorie „Auswirkungen und Erleben von Sicherheit/Zuversicht“ ergab sich aus der Frage des Leitfadens, ob die Kolleginnen seit dem Absolvieren des Salutogenese Lehrgangs mit Verena Schmid in Bern eine Veränderung im Wahrnehmen ihrer Angst feststellen konnten. Eine Hebamme gab an, dass sie glaube, dass sich die Wahrnehmung ihrer Angst nicht verändert habe. Auch wenn es für zwei Hebammen schwierig war, einen veränderten Grad ihrer Angst zu bestimmen, da der Maßstab fehlte, gaben alle Kolleginnen an, in ihrer Sicherheit durch verschiedene Faktoren gestärkt worden zu sein. Die Kategorie „Kenntnisse der Physiologie vermitteln Sicherheit“ mit der Unterkategorie „Rückenstärkung gegenüber Ärzten“, sowie die Kategorien „vermindertes Angstgefühl, gesteigertes Sicherheitsgefühl nach Lehrgang“, „Erweiterung des Beobachtung und Handlungsspektrums“ sowie die „Veränderung des eigenen Rollenbildes“ wurden induktiv aus dem Textmaterial gewonnen. Induktiv gewonnen werden konnte auch die Kategorie „Auswirkungen auf die Mutter“, in der sich die Möglichkeiten der stärkenden Betreuung durch eine zuversichtliche Hebamme zeigen.

➤ Auswirkungen auf die Hebamme

Alle Kolleginnen geben an, dass ihnen die erweiterten Kenntnisse der Physiologie aus dem Salutogenese Lehrgang, zusammen mit der Möglichkeit der zirkulären Bewertung, Sicherheit vermitteln. Diese Sicherheit nimmt Druck von den Schultern der Hebamme und lässt sie so gelassener und ruhiger werden. Auch die Entscheidung, eine Begleitung abzugeben, kann fundiert und damit stressfreier getroffen werden.

„[...] Klar dass nimmt einfach viel Verantwortung von den eigenen Schultern. Wo es nicht dieses: ich packe mir das mal auf, es wird schon gut gehen, sondern wirklich zu sehen: okay, da sind die Grenzen, da gebe ich jetzt was ab oder das kann ich eben auch gut weiter tragen, ohne dass es mich aber belastet, weil ich hab ja da wirklich eben auch Beweggründe, fassbare Beweggründe (Susanne 267-271).“

„Die Gesundheitszeichen, einfach auch alles in Relation zueinander zu setzen und schon aufmerksam zu sein: da gibt es irgend ein Aufmerksamkeitszeichen, aber eben immer dann zu gucken: in welchem Verhältnis steht es, gibt es andere Gesundheitszeichen die mich da, wo ich das, die mich sicher machen, dass dieses Aufmerksamkeitszeichen kompensiert oder getragen werden kann oder gibt es das eben nicht? Dann muss ich natürlich auch schneller handeln. Also das hat meine Sicherheit enorm vergrößert (Marina 241-246).“

„Also da denke ich jetzt einfach mal viel auch an das, was ich so außerhalb der Klinik mache. Und da hat es für mich wirklich auch zum einen, ja gibt es mehr Sicherheit, auf der andern Seite lässt es mich aber auch leichter entscheiden, was abzugeben (Susanne 262-264).“

„Ja das [die Säulen der Gesundheit, d. Verf.] sind einfach Werkzeuge, auf die ich gut zurückgreifen kann. Und die mir Sicherheit geben. Und da habe ich sozusagen wirklich was, ja, Instrumente, auf die ich mich ein Stück weit auch verlassen kann. Ja das ist so (Carina 193-195).“

„[...] Angefangen bei der Vorsorge, das setzt sich dann natürlich in der Geburt fort, also ich orientiere mich total an den Gesundheitszeichen. Und wenn die überwiegen, dann bin ich auch, also, viel entspannter (Beate 223-225).“

❖ Rückenstärkung gegenüber Ärzten

Diese Stärkung der eigenen Sicherheit durch die erweiterten Kenntnisse der Physiologie finden drei Hebammen auch ganz besonders in der Zusammenarbeit mit Ärzten hilfreich. Als besonders hilfreich wird dabei beschrieben, bisher intuitiv wahrgenommene Phänomene jetzt benennen und damit objektivieren zu können.

„Das ist ein entscheidender Unterschied, also dass sich quasi wie mein Feld [...] ,das hat sich wirklich in mir so entwickelt auch in den Auseinandersetzungen mit den Frauenärzten zum Beispiel, also da kann ich mich ganz anders positionieren. In meinem Selbstverständnis als Hebamme, auf jeden Fall (Beate 272-275).“

„[...] Etwas sehr oft so aus dem Bauch heraus machen, das kann in so einer, ja in so einer permanenten Zusammenarbeit mit anderen Berufsdisziplinen einfach nicht bestehen, wenn ich dem keinen Namen geben kann.[...] Das hat sich für mich schon mit der, also somit dem Auseinandersetzen oder mehr beheimatet sein in der Physiologie deutlich verändert. Dass ich den Dingen einfach eher einen Namen geben kann und sie damit eben auch von mir absetzen (Susanne 124-126,132-135).“

„[...] Wenn ich in einem klinischen Umfeld arbeiten würde, dass mich da das, was wir gelernt haben in der Weiterbildung auch nochmal sehr den Rücken stärken würde, weil es eben nicht mehr nur drum geht, dass mein Gefühl mir sagt, das wär doch jetzt besser, sondern dass ich einfach ganz klar sagen

könnte auch gegenüber dem Chefarzt: Hier, das sind die Fakten, das ist die Physiologie, aus dem und dem Grund möchte ich das jetzt so und so machen und nicht nur irgendwie so Gefühlsduselei (Marina 388-393).“

❖ **Erweiterung des Beobachtungs- und Handlungsspielraums**

Die Hebammen berichteten aber nicht nur von einem gesteigerten Sicherheitsgefühl, sondern auch von einer Erweiterung ihrer Arbeitsmöglichkeiten durch den Salutogenese Lehrgang. So wurde induktiv die Kategorie „Erweiterung des Beobachtung-Entscheidung- und Handlungsspektrums“ gewonnen.

„Und ein Mehr an Sicherheit einfach über das, was einfach physiologisch ist und eben auch ein Mehr an Beobachtungsmöglichkeiten (Marina 301-302).“

„Da habe ich jetzt viel mehr Spielraum, eben halt entsprechend der Schwangerschaftswoche, der Phase der Frau, die Bewegung von ihrer Art der Entwicklung, die natürlich wichtig ist mitzugehen, ohne dass ich Angst hab (Beate 252-254).“

„Auch mit den Massagen bin ich auch, bin ich sehr glücklich, dass ich da noch mehr einbringen kann [...] (Hedwig 364-365).“

❖ **vermindertes Angstgefühl / gesteigertes Sicherheitsgefühl**

In der Kategorie vermindertes Angst- /gesteigertes Sicherheitsgefühl finden sich Aussagen, die beschreiben, wie die Erfahrungen von Angst ohne konkrete Gefahrensituation in der praktischen Arbeit mit den Inhalten des Salutogenese Lehrgangs verringert werden konnten. Im Umkehrschluss bedeutet es, dass das Vertrauen und das Sicherheitsgefühl erhöht werden konnte.

„[...] Ich würde schon meinen, meine Sicherheit ist nochmal gewachsen.“ (Susanne 138-139)

„Also ich glaub, das Vertrauen in den gesunden Prozess ist auf jeden Fall deutlich gestärkt worden. Und auch das Vertrauen in das, dass das eben, auch ein langsamer Fortschritt ist ein Fortschritt (Carina 159-160).“

„Also, dass ich nicht nur Herztöne höre und so diese messbaren Sachen, die wir so klassischer Weise gelernt haben, die man beurteilen kann, sondern wirklich das Vorhandensein oder nicht Vorhandensein von Hormonen, dann auch einfach die verschiedenen Nervensysteme, also einfach den Parasympathikus

zu stärken in der Schwangerschaft und auch beurteilen zu können. Das sind alles Kriterien, die meine Sicherheit definitiv erhöht haben und damit meine Angst verringert (Marina 303-307).“

➤ **Auswirkungen auf Mutter und Kind**

Die Kategorie „Auswirkungen auf Mutter und Kind“ zeigt, dass ein gestärktes Sicherheitsgefühl der Hebamme Auswirkungen auf die Begleitung und damit auf die Stärkung von Mutter und Kind und damit auch der ganzen Familie hat. Diese Stärkung (Empowerment) von Frauen und Familien wird von vielen Hebammen als der ursprüngliche Sinn und das Ziel der Hebammenarbeit gesehen.

„[...] Handwerkszeug, das habe ich schon gelernt über diese Zeit eben auch dieser Ausbildung [des Salutogenese Lehrgangs, d. Verf.], wirklich mehr Handwerkszeug zu haben, die physiologischen Wege eben auch zu unterstützen oder auch wieder zu finden, je nach Frau. Das ist wirklich glaube ich eine ganz große, eine ganz großes Stütze (Susanne144-146).“

„Aber da hat es eben mein Repertoire deutlich vergrößert, die Frauen in ihre eigene Kraft zu bringen und ihre Ressourcen entweder zu entdecken oder auch zu erweitern (Marina 320-321).“

3.4.3. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Interpretation

Die Auswertung der Interviews förderte verschiedene Interpretationen und Ursachen von Angst zu Tage. Es wurde deutlich, dass die befragten Hebammen sich mit verschiedenen Ängsten auseinandersetzen. Keine gab an, dieses Gefühl nicht zu kennen oder dass ihr dieses Phänomen fremd sei. Die verschiedenen Ängste wiederum sind Ausgangspunkt für ein Sicherheitsbestreben, das im zweiten Teil der Interviews deutlich wurde. Dabei zeigte sich, dass für alle befragten Hebammen die Vertiefung von physiologischen Zeichen bei Mutter und Kind in dem Salutogenese Lehrgang mit Schmid einen wesentlichen Anteil, neben anderen Strategien, am Erhöhen des eigenen Sicherheitsgefühls hatten.

Teil Eins: Das Erleben von Angst in der Geburtshilfe

Bei der Auswertung wurde deutlich, dass das „Erleben von Angst in der Geburtshilfe“ in drei Teile untergliedert werden kann: Ursachen, Symptome und konkrete Auswirkungen, sowohl für die Hebamme, wie als auch für Mutter und Kind.

Eine der Hauptursachen für die diffuse Angst ist die Tatsache, dass wir in einer ungewissen Welt leben. In einem der beiden Pretestinterviews hat das eine Hebamme sehr treffend mit dem „Faktor X“ bezeichnet, den es bei jeder Geburt gibt und der neutral beschreibt, dass es manchmal anders geht, als wir denken. In den ausgewerteten Interviews wurde dies ausgedrückt durch die Sorge über das Nichtwissen, was noch kommen wird, und trotz aller Untersuchungen der Tatsache ausgeliefert zu sein, dass der Tod zum Leben gehört und es nie möglich sein wird hundertprozentige Sicherheit über den Ausgang einer Geburt zu erreichen. Diese Ungewissheit drückt sich auch in den Grenzsituationen aus, die die Hebammen beschrieben haben. Situationen, die nicht eindeutig eine Gefahr darstellen, aber auch nicht mehr ganz in den Bereich der normalen Physiologie fallen sind z. B. ein langsamer Geburtsfortschritt, zu wenig Fruchtwasser, ein grenzwertiger Blutdruck der Frau oder eine unsichere Kindslage.

Die Unsicherheit in diesen Situationen hängt auch mit Forensik, der Angst vor dem juristisch zur-Verantwortung-gezogen- werden zusammen. Diese Angst vor juristischen Konsequenzen hängt wiederum stark mit einem häufig negativ besetzten Bild der Hausgeburt in der Öffentlichkeit zusammen, dem sich vor allem die befragten außerklinisch arbeitenden Hebammen ausgesetzt sehen. Dies wird bei jedem Prozess gegen eine Hebamme deutlich. Eine Hebamme gab an, durch einen zur Zeit des Interviews laufenden Prozess sehr stark an ihre eigene Situation zurück erinnert zu werden, in der sie selbst angeklagt worden war. Gerade in Prozessen gegen außerklinisch arbeitende Hebammen wird die Sicherheit der außerklinischen Geburt immer wieder stark in Frage gestellt, und im Verdacht, dass die Hebamme fahrlässig gehandelt haben könnte, ein hoher Druck aufgebaut. Dieser durch die Juristen aufgebaute, und durch die Medien weiter geleitete und verstärkte, öffentliche Druck bleibt aber nicht nur auf die außerklinische Geburtshilfe beschränkt. Der Druck, den juristische Verfolgung und die Berichterstattung über sie erzeugen findet sich auch im klinischen Umfeld wieder. Dort sind ihm auch die Ärzte ausgesetzt. Dieser angsterzeugende Druck wird dann von den Ärzten an die Hebammen und damit an die Frauen, Paare und Kinder weitergegeben. Deutlich wurde in den Interviews auch, dass eine negative Auswirkung von Angst, die Gefahr der Überreaktion ist. Diese Überreaktion zeigt sich in Interventionen, die häufig mit negativen Auswirkungen auf Mutter und Kind verbunden sind.

Die erweiterte klinische Sicht zeigt sich auch in den verschrifteten Befunden, die Besonderheiten –in diesen Interviews der Hinweis auf ein makrosomes Kind und der Befund von Streptokokken der Gruppe B– im Mutterpass dokumentiert hatten. Diese Dokumentation von Teilergebnissen brachte durch die dahinter liegenden Beurteilungsmuster, die auch die Hebammen durch ihre klinische Ausbildung erstmal von der pathologisch geprägten Seite her gelernt hatten, eine spürbare Unsicherheit. Diese Unsicherheit fand sich auch bei der eigenen Bewertung von grenzwertigen Befunden. Sie wurde durch die verinnerlichte lineare Bewertung in rigiden Normen aus dem Geburtshilfeunterricht oder dem klinischen Alltag ausgelöst.

Unterschiedliche Bewertungen von Ärzten und der Hebamme waren auch ein Ursache für eine angstbesetzte Situation. In diesem Fall war es so, dass die sorgenvolle Sicht der Hebamme nicht in der Klinik geteilt wurde, was ihr Angstempfinden noch verstärkte. Häufiger scheint es zu sein, dass der Vorwurf der Ärzte an die Hebammen kommt, sie sei zu sorglos, was sich in den Aussagen der klinischen Perspektive widerspiegelt. Dort scheint die Hauptangst auf den Schultern der Ärzte zu liegen. Da dies den Rahmen dieser Arbeit aber gesprengt hätte, kann dieser Aspekt leider nicht vertieft werden. Für die Hebammen ist bedeutsam, dass die Klinikkollegin festgestellt hat, dass die Angst der Ärzte auf sie durchaus eine Wechselwirkung haben und sie so aus ihrer Ruhe gebracht werden kann. Dies hat wiederum durch ihre veränderten Handlungen direkte Auswirkungen auf Mutter und Kind.

Da Mutter und Kind immer in den Auswirkungen der Angst mit eingeschlossen sind, ist es auch für die Hebamme oder den Arzt als Person wichtig, sich ihrer eigenen Ängste bewusst zu werden und ihr eigenes Sicherheitsbedürfnis zu stillen.

Deshalb geht es im zweiten Teil der Interviews und dieser Arbeit um die Möglichkeiten und Auswirkungen von der Steigerung von Sicherheit und Zuversicht in der Geburtshilfe bei Hebammen.

Die befragten Hebammen haben einige Strategien aufgezeigt, um mit ihren Unsicherheiten umzugehen. Diese Strategien setzen meistens schon in der Schwangerschaftsbegleitung an. Darin spiegelt sich, dass hauptsächlich außerklinisch arbeitende Hebammen befragt worden sind, die nicht nur in der Geburtshilfe, sondern in einem ganzheitlichen Konzept, das die Begleitung von Frauen und Familien beginnend von der Schwangerschaft über die Geburt bis ins Wochenbett hinein bedeutet. Der Versuch, die in dieser Studie gemachten Aussagen zu generalisieren, scheint naheulegen, dass in der Kategorie „Untersuchungsbefunde“, der Hinweis

darauf gesehen werden kann, warum die Kenntnisse der erweiterten Physiologie für die Steigerung des Sicherheitsgefühls wesentlich sind. Durch die genaueren physiologischen Parameter, mit der Möglichkeit der zirkulären Zuordnung, haben die Hebammen eine Strategie zur Hand, die eine deutliche Steigerung ihres Sicherheitsgefühls mit sich bringt. Die Säulen der Gesundheit bilden die Basis der Untersuchungsbefunde, durch ihre spezielles Einbeziehen des hormonellen- und neurovegetativen Systems der Frau und des fetoplazentaren Systems des Kindes.

Das Einbeziehen des Frau-Umwelt-Systems stellt eine Erweiterung um das soziale Ökosystem der Frau dar, in dem sich auch die Hebamme befindet. Somit wird eine hierarchische Hebamme-Frau Struktur aufgehoben und eine andere Art des Miteinanders möglich. Das Einbeziehen der Frau, des Paares wird durch die erweiterte Beobachtung und die zirkuläre Zuordnung der einzelnen Parameter erleichtert und kann somit für die Hebammen, die die Frauen und Paare über einen längeren Zeitraum begleiten, zu einer sicherheitsgebenden Strategie werden. Von dieser Strategie profitieren wieder nicht nur die Hebammen, sondern auch die Frauen und Familien, die dadurch mit ihren Bedürfnissen und Besonderheiten in den Mittelpunkt gerückt werden. Dies ermöglicht eine individuelle Begleitung, ohne die Hebamme über Gebühr zu belasten.

Weitere Strategien zum Schutz der außerklinisch arbeitenden Hebamme sind die Kooperation mit Rettungsdienst und Krankenhaus, die zeigen, dass eine gute Zusammenarbeit wesentlich für das Sicherheitsgefühl der Hebamme ist. Eine gute Zusammenarbeit ist auch mit den außerklinischen Kolleginnen wichtig, da die Rücksprache mit einer Kollegin einen wichtigen Sicherheitsfaktor darstellt. Aber nicht nur außerklinisch, auch in der Klinik stellt das sich-Rat-bei-einer-Kollegin-holen eine Strategie zur Steigerung des Sicherheitsempfindens dar. Die Erweiterung dazu bietet die Supervision, die auch als Möglichkeit zur Nacharbeitung schwieriger Situationen wichtig ist.

Wie schon im Teil zum Erleben der Angst zu sehen war, spielen Vorerfahrungen beim Wahrnehmen von Angst oder Sicherheit eine Rolle. Positive und aufgearbeitete Erfahrungen können einen Schatz zur Erweiterung des Sicherheitsempfindens bilden. Neben der wachsenden Kompetenz durch langjährige berufliche Erfahrungen wird noch ein weiteres Erfahrungs- und Lernfeld deutlich. Die befragten Hebammen weisen darauf hin, dass sie das Auseinanderset-

zen mit der eigenen Geschichte in Form von privaten oder beruflichen Erlebnissen, im Besonderen mit dem Erleben der eigenen Schwangerschaft und Geburt als wesentlich ansehen. Dieser nicht auf Fakten, sondern auf körperlichem Wissen gegründete Prozess kann zur Erweiterung der Empathie beitragen.

Beim Arbeiten mit sich selbst wird auch die Möglichkeit des ins Hier und Jetzt kommen gestärkt, das eine wichtige Fähigkeit der Hebamme in einer Gefahrensituation darstellt, adäquat, kompetent und zügig zu handeln. Diese Art der persönlichen Auseinandersetzung kann, nach Aussagen der befragten Hebammen, durchaus im Rahmen einer Fortbildung zum Thema Angst statt finden. Hierbei wird jedoch sehr deutlich, dass der Begriff Angst vor allem negativ besetzt ist, weil zwei Hebammen explizit darauf hinweisen, dass der Tenor auf dem Sicherheit gebenden Aspekt und nicht auf der Angst liegen sollte.

Drei Hebammen machten auch ganz deutlich, dass sie in einer schwierigen Situation die Führung in Haltung und Stimmlage übernehmen, um der Situation gerecht zu werden. Hier wird wieder ein schmaler Grat deutlich, weil „die Leitung übernehmen“ natürlich auch bedeuten kann, Interventionen anzuordnen, die manchmal sinnvoll und häufig schädigend sind.

Vier von Fünf Hebammen betonten, dass sich ihr Sicherheitsgefühl seit dem Salutogenese Lehrgang deutlich gesteigert habe. Eine Hebamme konnte keine Veränderung feststellen. Dies kann an einer möglichen Verdrängung des Themas Angst liegen oder daran, dass es hier nur um ein sehr subjektives Einschätzen ging und es keine handfesten Parameter gab. Alle gaben nämlich an, dass ihnen die erweiterten Kenntnisse der physiologischen Zeichen bei Mutter und Kind Sicherheit geben. Dies äußert sich bei drei Hebammen darin, dass sie angeben, durch die erweiterten Kenntnisse der Physiologie Rückenstärkung im Kontakt mit Ärzten bekommen zu haben.

Für alle Befragten hat sich das Beobachtungs- und Handlungsspektrum seit dem Lehrgangs nicht nur durch die Wissensvermittlung der Physiologie, sondern auch durch unterstützende Maßnahmen wie Massagen, erweitert.

Diese Stärkung der Sicherheit und Zuversicht der Hebamme, zusammen mit der Erweiterung der Beobachtungsmöglichkeiten der physiologischen Zeichen, hat wiederum Auswirkungen auf die begleiteten Frauen mit ihren Kindern und Partnern. In den Aussagen der Hebammen zeigt sich, dass sie individueller und gelassener mit den Prozessen der Schwangeren und Ge-

bärenden mitgehen können, wenn sie sich selber sicher fühlen. Dies bedeutet für die Mütter eine ruhigere Atmosphäre, die den für sie so wichtigen Parasympathikus dominant werden lassen kann. Damit sinkt die Wahrscheinlichkeit der Intervention mit häufig langwierigen physischen und psychischen Folgen für Mutter und Kind. Somit werden nicht nur die Hebammen, sondern auch die werdenden Familien gestärkt.

Diskussion

Aus den Ergebnissen dieser Studie ergeben sich im Bezug zu den Forschungsarbeiten, die im ersten Teil dieser Arbeit besprochen wurden, nach Ansicht der Autorin folgende Überlegungen: Es finden sich Übereinstimmungen in den genannten Ängsten der Hebammen der Studie „What do midwives fear?“ von Dahlen/ Caplice und der vorliegenden Arbeit, obwohl in dieser Arbeit nicht explizit nach einzelnen Ängsten gefragt worden war. In beiden Arbeiten findet sich z.B. die konkrete Angst um das Kind bei der Geburt und die diffuse Angst, die in der hier vorgelegten Arbeit in der Kategorie „Ungewissheit“ gebündelt wurde und sich bei Dahlen in der Kategorie und „mit dem Unbekannten umgehen und nicht drauf vorbereitet sein“ spiegelt. So finden sich auch bei Dahlen/ Caplice konkrete und diffuse Ängste, auch wenn sie diese Unterscheidung in ihrer Auswertung so nicht treffen. Auch bei den Auswirkungen finden sich Entsprechungen: Dahlen/ Caplice nennen es die Angst „der Grund für ein negatives Geburtserlebnis zu sein“, was in dieser Arbeit bei den Auswirkungen diffuser Angst unter „Mutter und Kind stehen nicht im Zentrum“ zusammengefasst wurde. Diese Auswirkungen auf Mutter und Kind finden ihre Entsprechung in einem verschobenen Rollenbild, das sich bei Dahlen/ Calice in der Angst „das Vertrauen und die Begeisterung für die normale Geburt zu verlieren“ äußert. Die Entsprechung in dieser Studie findet sich in der Kategorie „kostet Hebamme Kraft“. Trotz nationaler Unterschiede, da Dahlen/ Caplices Studie in Australien durchgeführt wurde und die hier vorgestellte in Deutschland, lassen sich viele Gemeinsamkeiten, in dem menschlichen und professionellen Thema der Angst von Hebammen, finden.

In der Studie „Stressful childbirth situations“ von Halperin et al. wurden die psychischen Schwierigkeiten deutlich, denen sich Hebammen bei und nach einer schwierigen Geburt stellen müssen. Neben diesen Schwierigkeiten findet sich auch der stützende oder belastende Umgang durch ihr Umfeld in Form von vorgesetzten Ärzten oder Kolleginnen, die den Umgang mit und die Verarbeitung von schwierigen Geburten mitprägten. Diese Tatsache findet sich auch in der vorliegenden Arbeit, in der die Hebammen von einer Förderung der Angst

berichten, wenn die Zusammenarbeit mit Ärzten und Kolleginnen schwierig ist und einem Sicherheit gebenden Aspekt, wenn sich die Zusammenarbeit konstruktiv gestaltet. Diese konstruktive Zusammenarbeit, die einen wertschätzenden Rückhalt bilden kann, scheint besonders durch die in Frauen angelegte Tendenz-and-befriend-Reaktion in Stresssituationen von besonderer Bedeutung zu sein. Hier wird deutlich, dass nicht nur Schwangere und Gebärende, sondern auch Hebammen, einen empathischen Umgang in schwierigen Situationen brauchen. Insgesamt scheinen die klinisch arbeitenden Hebammen deutlich mehr schwierigen Situationen ausgesetzt zu sein, weil sie unmittelbar mit vorgesetzten Ärzten und einer interventionsreichen und damit auch einer an schwierigen Situationen reicheren Geburtshilfe konfrontiert sind. Auch Schnitt fand in ihrer deutschen Studie „Die psychische Verarbeitung schwieriger Geburtsverläufe durch die betreuenden Hebammen“ Hilflosigkeit, Angst und Überforderung, die zu Selbstwertproblemen, Unsicherheit und Infrage stellen der eigenen Kompetenz führten. Deshalb wäre es wahrscheinlich hilfreich, die Konzepte der Salutophysiologie stärker in die klinische Geburtshilfe mit einzubeziehen.

Wie besonders die Studie „A story of scrutiny and fear [...]“ von Hood et al. gezeigt hat, verstärkt ein misstrauisches und nicht unterstützendes Umfeld die Angst der Hebammen. Um diese vor allem diffusen, aber auch konkreten, Ängste im Griff zu halten, verändern auch Hebammen ihre Arbeitsweise dergestalt, dass der Selbstschutz vor dem Schutz der Gebärenden steht. Diese Art zu handeln hat wiederum Auswirkungen auf die betreuten Frauen, die mehr Interventionen aushalten müssen, was häufig der Berufsethik der Hebamme widerspricht. Dieser Konflikt kann einerseits Ursache neuer Unsicherheit sein, oder aber bestehende Ängste und Unsicherheiten wiederum verstärken. Die Studien von Halperin et al. und Hood et al. zeigen in deutlicher Weise wie ein Teufelskreis der Angst bei Hebammen entstehen kann: in einem Umfeld, in dem konkrete und diffuse Ängste durch Misstrauen, Interventionen und mangelnde kollegiale Unterstützung verstärkt werden, steht der Selbstschutz der Hebamme vor dem Schutz von Mutter und Kind im Zentrum ihrer Arbeit. Dadurch gerät die Hebamme in einen Konflikt mit ihrem Rollenbild, was wiederum ihre Angst verstärken wird. Die Kenntnisse der Physiologie sind dabei ein Baustein, die einer Hebamme Sicherheit wieder geben kann, weil sich dadurch Interventionen vermeiden lassen. Ob das für Hebammen in medizintechnisch orientierten Krankenhäusern ausreicht, ist allerdings stark zu bezweifeln. Hier wäre ein Wechsel zu einer grundsätzlich orientierten Haltung nicht nur der Hebammen, sondern auch der Ärzte notwendig.

4. Conclusio

„Momente des Unwohlseins [zu denen auch Angst und Unsicherheit gehören. d.Verf.] drängen uns zur Veränderung, zum Ausprobieren neuer Verhaltensweisen auf der Suche nach neuen Lösungen, neuen Ressourcen (Schmid 2011:171).“ Dieses Unwohlsein war einer der Beweggründe der Autorin, diese Arbeit zu schreiben.

Angst ist naturgemäß ein ständiger Begleiter jedes Menschen, wie sich zu Beginn der Arbeit bei der Klärung, was Angst bedeutet, zeigte. Dabei hat Angst zwei hauptsächliche Funktionen: zum Einen vor Gefahren zu warnen und schützende Handlungen einzuleiten und zum Anderen Hilfestellung und Motor für persönliche Wachstumsphasen zu sein. Zudem kann und sollte der Begriff der Angst unterschieden werden in Angst, als diffuse Angst vor einer vagen Bedrohung, und Furcht, als konkrete Angst vor einer realen Gefahr, auch wenn das in der Umgangssprache nicht mehr üblich ist. Bleiben die konkreten und diffusen Ängste in einem stabilen und eingegrenzten Rhythmus und werden sie als solches akzeptiert und wahrgenommen, können sie diese lebensfördernden Aufgaben erfüllen. Werden Ängste jedoch verdrängt oder übermäßig, verändern sie sich dahin, dass sie einengend und lebensfeindlich werden. Insbesondere die diffuse Angst wird in unserer Zeit in der Geburtshilfe besonders durch das Risikokzept verstärkt, da im Risikokzept der Schwerpunkt auf vagen statistischen Berechnungen und nicht auf dem konkreten Beobachten, Begleiten und evtl. Behandeln von einer leibhaftigen wirklichen Person liegt. Dies konnte durch die Interviews insofern bestätigt werden, als in den Interviews mehr Ursachen für diffuse als konkrete Ängste gefunden wurden. Dabei spielten die geburtsmedizinische Perspektive neben starren Normen und der Forensik eine bedeutende Rolle. Als Folge gaben die Hebammen an, dass die diffusen Ängste viel Kraft kosten und Mutter und Kind aus dem Zentrum der Begleitung rücken, weil sich die Priorität zum Selbstschutz der Hebamme hin verschiebt.

In den Ängsten der Hebammen wurden auch die Unsicherheiten durch die aufgelöste Grenze zwischen normaler und pathologischer Geburt deutlich, die im Kapitel Umgang mit Angst und Unsicherheit beschrieben worden war. Dieser Unsicherheit kann durch die verstärkte Arbeit mit den physiologischen Systemen der Salutophysiologie begegnet werden, wie die Kategorien der Interviews im Teil „Steigerung von Sicherheit/ Zuversicht in der Geburtshilfe bei Hebammen“ zeigen. Hier wird deutlich, dass die Antwort auf die Forschungsfrage: „Wie kann sich die Zuhilfenahme der Säulen der Gesundheit auf die Beurteilung einer Geburtssituation und damit auf den Umgang mit den eigenen Ängsten einer darin geschulten Hebamme aus-

wirken?“ darin liegt, dass die Säulen der Gesundheit wirksame Instrumente für Hebammen darstellen. Diese Instrumente helfen, die physiologischen Gegebenheiten einer Geburt zum einen klarer, als ohne diese Instrumente, zu beurteilen. Zum anderen können sie Hebammen Vertrauen in ihre Kompetenzen und damit Sicherheit und Zuversicht geben. Diese Sicherheit und Zuversicht kommt den betreuten Müttern, Kindern und Familien zu gute, die dadurch im Zentrum der Begleitung und Entscheidungen stehen können. Damit wird wiederum das Rollenbild der Hebamme als „Wahrerin des Normalen“ bestätigt. Diese Bestätigung des eigenen Berufsethik wirkt wiederum stärkend auf die Hebammen.

Der Wunsch nach Stärkung zeigt sich zum Einen in dem Wunsch nach Fortbildung zum Thema Physiologie und zum Anderen im Erkennen der Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit dem Beginn der Muster der eigenen Angst in der eigenen Schwangerschaft, Geburt und ersten Lebenszeit.

Limitation in der Arbeit

Diese qualitative Arbeit stellt einen kleinen Einblick in das Erleben der befragten Hebammen dar, die bis auf eine in einem außerklinischen Setting arbeiten. Die teilnehmenden Hebammen waren der Autorin bekannt. Für diese Forschungsarbeit war es wichtig, Kolleginnen zu befragen, die in der Geburtshilfe schon Erfahrung mit dem System der Säulen der Gesundheit haben. Verena Schmid hat ihren Lehrgang in der Salutophysiologie einmal im deutschsprachigen Raum abgehalten, bei dem sowohl die befragten Hebammen, wie auch die Autorin teilgenommen haben. Diese Tatsache lässt die Frage nach Nähe und Distanz im Forschungsprozess aufkommen. Helfferich (2011:126) beschreibt die zwei Seiten eines gemeinsamen Hintergrundes, als einerseits ein der Thematisierungsbereitschaft förderlicher Vertrauensvorschuss durch die Nähe, andererseits könnten Selbstverständlichkeiten, die aber im Interviewkontext wichtig sind, nicht in die Auswertung eingehen, da sie durch gemeinsam Vorannahmen nicht explizit ausgedrückt werden. Um dies möglichst zu vermeiden, bemühte sich die Autorin um eine Fremdheitsunterstellung, die beinhaltet, „dass das Gegenüber anders denkt und handelt als die Interviewenden es an seiner oder ihrer Stelle tun würde, und geht einher mit der Distanz der Interviewenden zum Inhalt der Erzählung (Helfferich 2011:128).“ Helfferich macht deutlich, dass in jedem Interview Vertrauen, Einfühlen oder Mitfühlen wichtig sind, das Interviewer und Erzählende interaktiv aufeinander reagieren (Helfferich 2011:119-120). Außerdem macht sie deutlich, dass ein gemeinsamer Hintergrund von Interviewerin und Erzählperson den Zugang zur Erzählperson und ihre Teilnahmebereitschaft erhöhen können

(Helfferich 2011:121). Da es sich bei dem Erleben von Angst um ein sensibles Thema handelt, ist es wahrscheinlich, dass gerade der persönliche Kontakt es möglich machte, dass sich die Kolleginnen dem Thema Umgang mit ihren Ängsten öffnen konnten.

Ausblick

Was bedeuten die hier erarbeiteten Ergebnisse für die zukünftige Hebammenarbeit? Diese Forschungsarbeit ist ein Mosaiksteinchen in dem Bild, das zeigt, dass nicht nur Frauen, sondern auch Hebammen häufig unter dem momentan interventionsreichen geburtsmedizinischen Modell leiden und andererseits Stärkung und Unterstützung durch das Konzept der Salutophysiologie finden können. Deswegen hält die Autorin eine möglichst weitreichende Verbreitung des Konzeptes der Salutophysiologie sowohl für außerklinisch wie auch klinisch arbeitende Hebammen für sinnvoll. Da klinisch arbeitende Hebammen selten Frauen kontinuierlich begleiten und in einer Reihe von klinisch festgelegten Strukturen arbeiten, stellt sich die Frage inwieweit das Konzept der Salutophysiologie für die besonderen Gegebenheiten der Klinik erweitert oder adaptiert werden kann. Fortbildungen und Workshops sind für berufserfahrene Kolleginnen hilfreich, eine Verankerung in der Hebammenausbildung wäre für zukünftige Hebammen wünschenswert.

Auch wäre weitere Forschung über wahrgenommene und verdrängte Ängste sowohl bei Klinikhebammen wie auch bei außerklinisch arbeitenden Hebammen sicher interessant, um den Prozess der Bewusstwerdung und damit auch der Nutzbarmachung der Ängste zu unterstützen. Dass für dieses Nutzbarmachen Sicherheit gebende Instrumente wie die Säulen der Gesundheit wichtig sind, wurde von den befragten Hebammen bestätigt. Hier sieht die Autorin auch Konzepte, die auf der genauen Kenntnis der Physiologie und einer beziehungsunterstützenden Begleitung beruhende, wie z. B. die „Traditionelle Hebammenkunst®“ und das „Curriculum für geburtshilfliche Kompetenzen der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung“, als unterstützend an. Ob auch diese Modelle einen Sicherheit gebenden Charakter haben, könnte Thema weiterer Forschung sein.

Ein Schritt in die Richtung einer positiven Fehlerkultur ist auf der Seite der Hebammen die Gründung der Internetplattform: „Fälle für alle“, auf der das Prinzip des voneinander Lernens ohne Schuldzusprechung verwirklicht werden soll. Auf dieser virtuellen Plattform können kritische Ereignisse, Beinahe-Fehler und Best-Practice Fälle anonym gemeldet werden. Solche Incident-Reporting-Systeme gibt es auch für andere Bereiche in der Medizin, wie das

Patienten-Sicherheits-Information-System PaSIS (Rall 2010:33). Da die Fehlerkultur eng mit der Angst vor juristischen Konsequenzen zusammenhängt, hält es die Autorin für wichtig, in weitergehender Forschung zu untersuchen, welchen Einfluss aktuelle Prozesse gegen Hebammen auf klinisch und außerklinisch arbeitende Hebammen und damit auch auf die von ihnen betreuten Mütter und Familien haben.

Teufelskreis der Angst und positiver Verstärkerkreislauf der Salutophysiologie

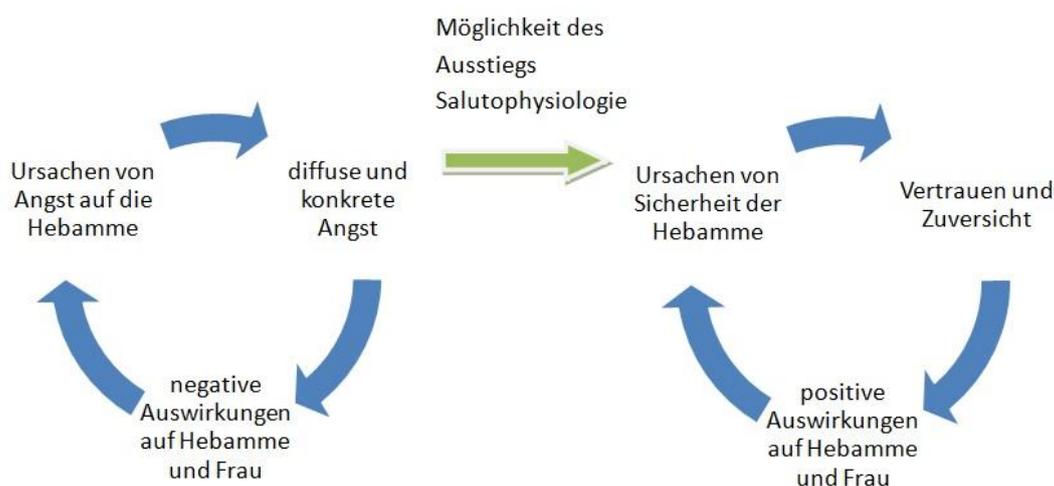


Abb. 10. Grafik Teufelskreis und positiver Verstärkerkreis, eigene Darstellung.

Die dargestellte Grafik zeigt eine Möglichkeit des Ausstiegs aus dem Teufelskreis der Angst. Dort ist zu sehen wie verschiedene Ursachen, die in Kapitel 3.4.2.1. dargestellt wurden, konkrete und diffuse Ängste auslösen können, die dann negativen Auswirkungen, z. B. Rollenkonflikte und Interventionen für Hebamme und Frau, hervorrufen können. Dadurch werden die diffusen und konkreten Ängste bei Hebammen verstärkt. Der Ausstieg kann darin liegen, dass die Hebamme die Säulen der Gesundheit nutzt, um mit ihren Sinnen Mutter und Kind zu beobachten und zu begleiten. Dadurch bekommt die Hebamme ein differenziertes Bild der Situation der Beiden. Durch die Fähigkeit ihre Wahrnehmungen im Kontext der Salutophysiologie zuzuordnen, kann die Hebamme leichter ruhig und gelassen sein. Dies führt zu einem verstärkten Gefühl des Vertrauens in die Prozesse zwischen Mutter und Kind einerseits und der Erfahrung der Verlässlichkeit der eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen andererseits. So zu arbeiten entspricht der Berufsethik von Hebammen, Frauen und Kinder in ihrer Eigenverantwortung und Unversehrtheit zu unterstützen. So werden sowohl Hebammen,

wie auch die von ihnen begleiteten Frauen, in ihrem Sicherheitsgefühl und ihrem Vertrauen zu sich gestärkt. Ein positiver Verstärkerkreislauf entsteht.

Doch in dieser Arbeit geht es nicht nur um den Ausstieg aus dem Teufelskreis der oben dargestellten Grafik. Das Ziel kann nicht sein, Angst abschaffen zu wollen. Das würde, wie in Kapitel 2.2.5. erörtert, einer Verdrängung gleich kommen, die einen gesunden Umgang mit Angst verhindern würde. Es geht vielmehr um eine Balance zwischen Angst und Zuversicht. Dabei ist es wichtig, dass Hebammen genügend konstruktive Angst haben, die sie wachsam und voller empathischer Sorge für ihre Frauen sein lässt. Auf der anderen Seite sorgt die Zuversicht, die durch Vertrauen, Sicherheit und Kompetenz getragen wird, dafür, dass die Angst nicht übermächtig werden kann. Die Forschungsfrage war, wie sich die Zuhilfenahme der Säulen der Gesundheit auf die Beurteilung einer Geburtssituation und den Umgang mit den eigenen Ängsten einer darin geschulten Hebamme auswirken. Die Antwort lautet auch: die Salutophysiologie mit den Säulen der Gesundheit kann helfen, die Balance zu halten, um nicht von falscher Sicherheit eingeschläfert zu werden, oder aus Angst in Starre oder Überaktivität zu verfallen.



Abb. 11. Grafik Balance zwischen Angst und Zuversicht, eigene Darstellung.

Der Neurobiologe Hüther drückt das so aus: „Wenn sich eine Belastung als kontrollierbar erweist, kehrt sich plötzlich alles um, aus einer Bedrohung wird eine Herausforderung, aus Angst wird Zuversicht und Mut, aus Ohnmacht wird Wille, und am Ende, wenn wir es geschafft haben, spüren wir, wie unser Vertrauen in das, was wir wissen und können gewachsen ist (Hüther 2012:39-40).“

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1. Grafik Säulen der Gesundheit nach Schmid, eigene Darstellung.
- Abb. 2. Grafik Erleben von Angst in der Geburtshilfe, eigene Darstellung
- Abb. 3. Ausschnitt Grafik Ursachen konkreter und diffuser Angst, eigene Darstellung
- Abb. 4. Ausschnitt Symptome konkreter und diffuser Angst, eigene Darstellung.
- Abb. 5. Ausschnitt Grafik Auswirkungen konkreter und diffuser Angst, eigene Darstellung.
- Abb. 6. Grafik Steigerung von Sicherheit und Zuversicht in der Geburtshilfe, eigene Darstellung.
- Abb. 7. Ausschnitt Grafik Ursachen von Sicherheitsbestreben, eigene Darstellung.
- Abb. 8. Ausschnitt Grafik Strategien Sicherheit, eigene Darstellung.
- Abb. 9. Ausschnitt Grafik Sicherheit Auswirkungen, eigene Darstellung.
- Abb. 10. Grafik Teufelskreis und positiver Verstärkerkreis, eigene Darstellung.
- Abb. 11. Grafik Balance zwischen Angst und Zuversicht, eigene Darstellung.

Literaturverzeichnis

- Adams, Samantha/ Eberhard-Gran, Malin/ Eskild, Anne (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119 (10), S. 1238–1246.
- Baumgärtner, Barbara/ Stahl Katja (2005). *Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge?* Frankfurt: Mabuse (Bücher für Hebammen, 3).
- Becker, Eni (2011). *Angst*. München [u.a.]: Reinhardt (UTB Profile, 3512).
- Coad, Jane/ Dunstall, Melvin (2007). *Anatomie und Physiologie für die Geburtshilfe*. 1. Aufl. München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer.
- Dahlen, Hannah (2010). Undone by fear? Deluded by trust? In: *Midwifery* 26 (2), S. 156–162.
- Dahlen, Hannah/ Caplice Shea (2012). What do midwives fear? In: *Paediatrics and Child Health Division (Royal Australasian College of Physicians) (Hg.) (2012) Journal of Paediatrics and Child Health. Oral Abstracts. FAOPS& PSANZ*. Sydney: Wiley- Blackwell (48), S. 28.
- Duden, Barbara (16.09.2006). *Wie viel Unsicherheit vertragen Patient und Arzt? Risikomedizin und das Risiko der Medizin*. Vortrag bei den Akademiegesprächen. Bozen
- Duden, Barbara (01.03.2013). *Geburtshilfliches Handeln unter "Risiko". Kann die Hebammenkunst Risikomedizin und Rationalisierung der Geburtshilfe überleben? Vortrag auf dem Kongress "Geburtshilfe im Dialog"*. Mannheim.
- Ermann, Michael (2012). *Angst und Angststörungen. Psychoanalytische Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer (Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik).
- European Workgroup of Independent Midwives (EWIM) (2000). *Hebammengeburtshilfe. Care in normal birth: a practical guide, Report of a technical working group*. Duisburg: Phoenix Shanti.
- Evers-Zimmer, Clara (2013). Spiegelneurone im Kreißsaal. Clara Evers-Zimmer beschreibt, wie Empathie funktioniert. In: *Deutsche Hebammen Zeitschrift* (6), S. 31–34. Online verfügbar unter <http://www.medpilot.de?ID=C952314562>.
- Fabian, Egon (2013). *Die Angst. Geschichte, Psychodynamik, Therapie*. [s.l.]: Waxmann (Psychotherapiewissenschaft in Forschung, Profession und Kultur, 5).
- Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Orig.-Ausg., vollst. überarb. und erw. Neuausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Fröhlich, Werner D. (2010). *Wörterbuch Psychologie*. 27. Aufl. München: Dt. Taschenbuch-Verl. (Dtv, 34625).
- Gauck, Joachim. Rede nach der Vereidigung im Bundestag. Online verfügbar unter www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Joachim-Gauck/Reden/2012/03/120323-Vereidigung-des-Bundespraesidenten.html, zuletzt geprüft am 05.07.2013.
- Gengnagel, Anette/ Hasse Ulrike (1999). "Die Geburt in der Klinik": Accouchiranstalten in Deutschland. In: Marita Metz-Becker und Anika Bierig (Hg.). *Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte*. Marburg: Jonas-Verl, S. 31–36.
- Gigerenzer, Gerd (2013). *Risiko. Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: Bertelsmann.
- Halperin, Ofra/ Goldblatt, Hadass/ Noble, Anita/ Raz, Iris/ Zvulunov, Irit/ Liebergall Wischnitzer, Michal (2011): Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives. In: *Journal of Midwifery & Women's Health* 56 (4), S. 388–394.

- Hampe, Henrike (2001). Hebammen und Geburtshelfer im Göttingen des 18. Jahrhunderts. Das Jahr 1751 und seine Folgen. In: Loytved, Christine (Hg.): Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen. Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch (Frauengesundheit, 1), S. 53–62.
- Harms, Thomas (2008). Emotionelle Erste Hilfe. Bindungsförderung, Krisenintervention, Eltern-Baby-Therapie ; [neue Wege für Eltern und Kind]. Orig.-Ausg. Berlin: Leutner (Neue Wege für Eltern und Kind).
- Helfferich, Cornelia (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Hildebrandt, Sven (2009a). Risikofaktor Angst. Hebammenforum (11). Online verfügbar unter <http://www.hebammenverband.de/hebammenforum/archiv/jahrgang-2009/heft-november-2009/wissen-angst/>, zuletzt geprüft am 06.07.2013.
- Hildebrandt, Sven (2009b). Beziehung und Kommunikation als neue Grundparadigmen in der Geburtshilfe. In: Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 21 (1/2), S. 132–137. Online verfügbar unter http://www.mattes.de/buecher/praeinatale_psychologie/PP_PDF/PP_21_1-2_Hildebrandt.pdf, zuletzt geprüft am 06.07.2013.
- Hood, Lorraine/ Fenwick, Jennifer/ Butt, Janice (2010). A story of scrutiny and fear: Australian midwives' experiences of an external review of obstetric services, being involved with litigation and the impact on clinical practice. In: Midwifery 26 (3), S. 268–285.
- Hüther, Gerald (2012). Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Sammlung Vandenhoeck).
- Kosfeld, Barbara (2005). Wehenarbeit- diskret, elegant, wissend. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift (7), S. 21–23.
- Krohne, Heinz Walter (2010). Psychologie der Angst. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lorenz, Rüdiger (2004). Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München [u.a.]: Reinhardt.
- Loux, Françoise (1998). Frauen, Männer und Tod in den Ritualen um die Geburt. Unter Mitarbeit von Übersetzung Matthias Grässlin in Zusammenarbeit mit Jürgen Schlumbohm. In: Jürgen Schlumbohm (Hg.)(1998). Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. Unter Mitarbeit von Barbara Duden, Jacques Gélis und Patrice Veit. Originalausg. München: Verlag C.H. Beck (Beck'sche Reihe, 1280), 50–65.
- Lütje, Wolf (2013). Immer mehr Kaiserschnitte: Was können wir dagegen tun? In: Deutsche Hebammen Zeitschrift (6), S. 52–55. Online verfügbar unter <http://www.medpilot.de/?ID=C952314568>.
- Lutz, Margit/ Mändle, Christine (2000). Der Beruf der Hebamme. Verordnung des Sozialministeriums über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammenberufsordnung- Heb-BO). In: Mändle, Opitz-Kreuter et al. (Hg.) (2000). Das Hebammenbuch. Stuttgart/ New York: Schattauer, 9.
- Mackenzie Bryers, Helen/ van Teijlingen, Edwin (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. In: Midwifery 26 (5), 488–496.
- Mayring, Philipp (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Studium).
- Odent, Michel. WombEcology - The masculinisation of the birth environment-. Online verfügbar unter, <http://www.wombecology.com/?pg=m masculinisation> zuletzt geprüft am 24.08..2013.
- Odent, Michel (2005). Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt. Düsseldorf, Zürich: Walter.

- Odent, Michel (2013). Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. In: Eltern, 3/2013, 58–62.
- Rall, Marcus (2010). Ursachen für Fehler suchen, nicht Schuldige! Um die Sicherheit von Mutter und Kind zu erhöhen, können moderne internetbasierte Berichtssysteme für kritische Ereignisse nützlich sein. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift (9), S. 33–37. Online verfügbar unter <http://www.medpilot.de?ID=C952165511>.
- Riemann, Fritz (2011). Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. 40. Aufl., 932 Tsd. München: Reinhardt.
- Rockenschaub, Alfred (2001). Gebären ohne Aberglaube. Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst. 2. Aufl. Wien: Facultas.
- Roske, Karen (2012). Geburten und Flüge begleiten. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 2012, 2, 56–58.
- Rouhe, Hanna/ Salmela-Aro, Katariina/ Toivanen, Riikka/ Tokola, Maiju/ Halmesmäki, Erja/ Saisto, Terhi (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. In: BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 120, 2013, 1, 75–84.
- Saling, Erich (2013). Prof. Saling - "Vater der Perinatalen Medizin". Saling auf der Titelseite der HÖR-ZU von 1978. Online verfügbar unter <http://www.saling-institut.de/german/02saling/01einfuehrung.html>, zuletzt aktualisiert am 31.05.2013, zuletzt geprüft am 02.07.2013.
- Schmid, Verena; Schmid, Monika (2005). Der Geburtsschmerz. Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung. Stuttgart: Hippokrates-Verl. (Edition Hebamme).
- Schmid, Verena (2011). Schwangerschaft, Geburt, Mutter werden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell. Hannover: Staude.
- Schnitt, Andrea (2012). Die psychische Verarbeitung schwieriger Geburtsverläufe durch die betreuenden Hebammen - eine qualitative Untersuchung. Diplomarbeit. Universität, Berlin.
- Schücking, Beate/ Schwarz, Clarissa (2004). Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In: Dr. med. Mabuse (148), S. 22–25, zuletzt geprüft am 06.08.2013.
- Schumann, Marion (2004). Von der Gefahr zum Risiko. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 2004, 5, 25–29.
- Schumann, Marion (2009). Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan. Hebammen in der Bundesrepublik 1950-1975. Göttingen: V&R Unipress.
- Stenzel, Oliver (2001). Moderne Hebammen, traditionelle Wirklichkeiten: Probleme auf der Mikroebene. In: Christine Loytved (Hg.)(2001). Von der Wehemutter zur Hebamme. Die Gründung von Hebamenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen. Osnabrück: Univ.-Verl. Rasch (Frauengesundheit, 1), 35–52.
- Tew, Marjorie (2012). Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Vries, Raymond G. de (2012). Midwives, obstetrics, fear, and trust: a four-part invention. In: J Perinat Educ 21, 2012, 1, 9–10.
- Witzel, Andreas (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt [am Main], New York: Campus Verlag (Campus Forschung, 322).
- WITZEL, Andreas /. Available at: The Problem-centered Interview. Hg. v. Forum: Qualitative Social Research [S.l.] v. 1. n. 1. jan 2000. Forum Qualitative Sozialforschung (ISSN 1438-5627). Online verfügbar unter <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>>., zuletzt geprüft am Date accessed: 18.06.2013.

Anhang

Einladungsschreiben und Informationen für Interviewpartnerinnen



**Fachhochschule
Salzburg** University
of Applied Sciences

**Angewandte Physiologie
für Hebammen**

Fachhochschule Salzburg
Urstein Süd 1
5412 Puch/Salzburg

Ingenieurwissenschaften
Sozial- & Wirtschaftswissenschaften
Design, Medien & Kunst
Gesundheitswissenschaften
www.fh-salzburg.ac.at

Abz.: Fachhochschule Salzburg GmbH | Urstein Süd 1 | 5412 Puch/Salzburg

Puch/Salzburg, 15. April 2013

**Einladung und Information
zur Teilnahme an der Studie:
„Hebammen und die Angst in der Geburtshilfe“**

Liebe Kollegin,

Im Rahmen meiner Masterarbeit möchte ich für eine Arbeit über „Hebammen und die Angst in der Geburtshilfe“ Kolleginnen, die eine Fortbildung über die Inhalte der praktischen Salutogenese nach Verena Schmid besucht haben, befragen.

Zu den Ängsten von Frauen gibt es schon einige Untersuchungen, die z. B. gezeigt haben, dass Frauen mit Angst vor der Geburt längere Geburten haben.¹
Bisher gibt es aber nur wenige Untersuchungen über die Ängste von Hebammen und ihren Umgang mit diesem Gefühl.
Deshalb möchte ich in meiner Masterarbeit der Frage nachgehen, wie Hebammen das Gefühl der Angst in der Geburtshilfe begegnet und wie das Konzept von Verena Schmid mit den Säulen der Gesundheit eine Hilfe im Bewältigen von angstbesetzten / Unsicherheit erzeugenden Geburtssituationen darstellt.

Die Teilnahme erfolgt in der Form eines Interviews, das erfahrungsgemäß nicht länger als eine Stunde dauert. Das Interview kann zu Hause, bei Dir in der Praxis oder an einem anderen Ort, der Dir angenehm ist, stattfinden.

¹ Adams, S. S.; Eberhard-Gran, M.; Eskild, A. (2012): Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119 (10), S. 1238–1246.

Fachhochschule Salzburg GmbH
T +43 (0)660 2211-0, F +43 (0)660 2211-1056, office@fh-salzburg.ac.at, www.fh-salzburg.ac.at
RVS Kontonummer 89856, BLZ 35000, BIC RVSAAT33, IBAN AT49 3500 0000 0006 9500
FN 166054y, UID ATU44554503, DVR 0948261, Gerichtsstand Landesgericht Salzburg

Die Gespräche werden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend abgeschrieben. Alle Inhalte werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonymisiert in einer wissenschaftlichen Arbeit ausgewertet.

Hebammen sind wichtige Bezugspersonen für Gebärende. Bisher gibt es nur wenige Untersuchungen über die Sichtweisen und Bedürfnisse von Hebammen. Mit diesem Projekt sollen Hebammen zu Wort kommen, um Grundlagen zur Verbesserung von Aus- und Weiterbildung zu schaffen.

Deine Teilnahme wäre dafür eine große Hilfe. Wenn Du Dir vorstellen kannst, an diesem Projekt teilzunehmen, gib mir per email unter birgit@hebammenpraxis-landwehr.de Bescheid.

Vielen Dank
Und Herzliche Grüße
Birgit

Datenschutzvereinbarung

Datenschutzvereinbarung für wissenschaftliche Interviews

1. Die Teilnahme am Interview ist freiwillig.
2. Das Interview wird geführt im Rahmen einer Masterarbeit an der Fachhochschule Salzburg, Urstein Süd, Puch, Österreich.
3. Für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung sind verantwortlich:
Interviewerin: Birgit Landwehr, Lochenbach 10, 86736 Auhausen
Erstbetreuerin: Barbara Baumgärtner, Bremen
4. Die Verantwortliche trägt dafür Sorge, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und anonymisiert werden.
5. Die Befragte erklärt ihr Einverständnis mit der Bandaufnahme und der wissenschaftlichen Auswertung des Interviews.
6. Die gesamten Aufzeichnungen dürfen zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, sofern eine Identifikation der Befragten nicht möglich ist.
7. Ausschnitte aus dem Interview dürfen in anonymisierter Form in der Diplomarbeit und eventuell daraus hervorgehenden Veröffentlichungen zitiert werden.

Puch, den.....

Unterschrift Interviewpartnerin

Unterschrift Interviewerin

Fragebogen zu soziobiographischen Angaben

für die Masterarbeit „Hebammen und Angst in der Geburtshilfe“

1. Wie alt bist Du?

2. Wie viele Jahre Berufserfahrung hast Du?
 - a. Klinisch _____ Jahre
 - b. Außerklinisch
 - i. Hausgeburtshilfe _____ Jahre
 - ii. Geburtshaus _____ Jahre

3. Hast Du Arbeitserfahrungen mit Geburtshilfe im Ausland?
 - a. Wenn ja, wann? _____
 - b. Wo? _____

4. In welchen Bereichen hast Du Dich bisher schwerpunktmäßig fortgebildet?
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

5. Wie arbeitest Du momentan?
 - a. Klinik
 - b. Geburtshaus
 - c. Hausgeburten

6. Wie ist Deine momentane Arbeitsorganisation?
 - a. Alleine
 - b. Im Team

7. Hast Du die Möglichkeit der Supervision?

8. Hast Du selbst geboren?
 - a. Wenn ja, wo ? (Zuhause/ Geburtshaus/Klinik) _____

Wie (spontan/ vag. Operativ/ Sectio)? _____

Wie kann sich die Zuhilfenahme der Säulen der Gesundheit auf die Beurteilung einer Geburtssituation und damit auf den Umgang mit den eigenen Ängsten einer darin geschulten Hebamme auswirken?

Kurze Einführung: Im Rahmen meiner Masterarbeit und der Beschäftigung mit der Salutophysiologie von Verena ist mein Interesse an dem Umgang von Hebammen mit dem Gefühl der Angst entstanden. Über die Angst von Schwangeren/ Gebärenden wurde schon von verschiedenen Autoren geforscht, aber ob und wie Hebammen Angst in der Geburtshilfe wahrnehmen, erleben und damit umgehen, darüber gibt es bisher wenig Forschung, obwohl Hebammen häufig wichtige Bezugspersonen für Schwangere und Gebärende sind.

Leitfrage I: Ich möchte mit Dir über das Thema Angst in der Geburtshilfe bei Hebammen reden. Kannst Du mir beschreiben wie Du dieses Phänomen wahrnimmst

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen
<p>Einstieg in das Thema Angst von Hebammen</p> <p>Beschreiben von angstbesetzten Situationen</p> <p>Auswirkungen der Angst</p> <p>Strategien im Umgang mit Angst</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Was denkst Du zum Thema „Angst von Hebammen in der Geburtshilfe“? 2. was heisst Angst für Dich? 3. wie nimmst Du Angst wahr? 4. Wovor hast du Angst? 5. Sind es immer konkrete Situationen in denen Du Angst wahrnimmst oder erlebst Du Angst/ Unsicherheit auch im Bezug auf Ereignisse in der Zukunft? 6. Gab es berufliche (geburtshilfliche) Situationen, in denen Dir das Gefühl der Angst / Unsicherheit schon mal begegnet ist? 7. Welche Situationen waren das? 8. Hattest Du die ganze Zeit Angst? 9. Oder ist die Angst zeitlich begrenzt? 10. Glaubst du, dass sich Deine Angst / Unsicherheit auf die von Dir betreuten Frauen und Familien auswirkt? Wenn ja, wie wirkt sie sich aus? 11. Welche Strategien wendest du im Umgang mit Angst / Unsicherheit an? 	

<p>Kategorisierung der Interviewdaten</p> <p>Erleben von Angst von Hebammen in der Geburtshilfe</p>	<p>Definition: In dieser Oberkategorie sind Einstellungen, Einschätzungen und Situationen zu konkreter und diffuser Angst bei den befragten Hebammen in der Vorsorge und der Geburt zusammengefasst</p> <p>Ankerbeispiel: „Grundsätzlich glaube ich, dass sehr viel Angst in der Geburtshilfe ist bei den Betreuenden, sowohl bei den Hebammen wie auch bei den Ärztinnen. Mein Gefühl ist, dass auch ganz viele Entscheidungen getroffen werden aus Angst und nicht aus irgendwelchen rational begründbaren Argumenten.“ „Weil es einfach ein beständiger Begleiter ist, den man wie wohlwollend an die Hand nehmen muss.“</p>	<p>Kodierregeln</p>
<p><i>Wer ist betroffen</i></p>	<p>Sehr viel Angst vorhanden bei Hebammen und Ärzten(M Z13) Angst in der Geburtshilfe interdisziplinäres Thema (S Z 15)</p>	<p>Aussagen, die darauf hinweisen wer Angst hat</p>
<p>Ursachen</p>		
<p><i>Ungewissheit</i></p>	<p>Ungewissheit, ob alles gut geht (B Z 204-205) konnte „gut“ vor Lehrgang nicht genau definieren (B Z 241) Angst, dass hoffentlich alles gut geht (M Z83) wahrnehmen des Übergangs zwischen Leben und Tod bei jeder Geburt mit Respekt (M Z 104) Wird oft von irrealen Ängsten begleitet (C Z218,235), Sorge, ob es noch genug Ressourcen gibt (C Z 32) Ängste als Ahnung (H Z 135) Angst vor dem was noch kommen könnte (C Z 93) Bilder und Ideen von dem was noch sein könnte (C</p>	<p>Aussagen, die Unwägbarkeit ausdrücken</p>

	Z 74) Angst vor der Geburt ist stärker als wenn man drin ist (H Z 20) Angst ist ein ständiger Begleiter (C Z 16)	
<i>Persönliche Rahmenbedingungen</i>	Angst hängt mit eigener Verfassung und Belastbarkeit zusammen (H Z 16) Anfälliger für Angst in belasteter beruflicher oder privater Situation (B Z 60-61) Durch Übermüdung und Vermischung von Ängsten von Beteiligten hat eigenes Schutzsystem nicht mehr funktioniert (M Z 215-216) Angst ob Hebamme rechtzeitig zur Geburt kommt (C Z 34-35)	Aussagen, die das Gefühl der Angst in Bezug zu persönlichen Befindlichkeiten und der Organisation des Alltags der Hebamme setzen
<i>situative Diffuse Angst</i>	Wenn es ums Leben und um gesundes Leben geht (M Z101) Unsichere Pfeilnaht oder andere Befunde, deren sie sich nicht sicher ist, können verunsichern (C Z140) ob bei Frau und Kind ausreichend Ressourcen vorhanden sind (C Z 33,37) zu wenig Fruchtwasser (H Z 168) langsamer Geburtsvortschritt (H Z 29-30) grenzwertiger Blutdruck und Terminüberschreitung (H Z97-98; 103-104) ist genügend Fruchtwasser da (C Z37) hoher Kopf bei eröffnetem Muttermund (C Z 70) Angst um Wohlergehen des Kindes, wenn Gefühl für Kind verloren geht (S Z 45) zu kurze Nabelschnur oder ernst zu nehmende Nabelschnurumschlingung (C Z 113-114) Herztöne, die nicht zum Geburtsverlauf passen (C Z110) erhöhte fetale Herzfrequenz (H Z 184) grünes Fruchtwasser (H Z 190) unnatürlicher Schmerz (H Z 184-185)	Aussagen, die Angst ohne konkrete Gefahrensituation bei einer Geburt der Hebamme beschreiben
<i>Gesellschaftlicher Druck</i>	Herkunft von Angst aus Patriarchalen System (C Z 204-205) gesellschaftlichen Blick auf das Risiko mit Strategie der	Aussagen über gesellschaftlichen Umgang mit Risiko

	<p>Überwachungssteigerung (wie nach Boston Attentat) und in Schwangerschaft geht Vertrauen in gesunde Prozesse verloren (B Z 355-357) Unterschiedliche Systeme: Erfahrung in Eritrea: wenn das beste aller Beteiligten nicht ausreicht ist es Schicksal (M Z 34, 41) Begleitung mit einfachen Mitteln wird per se mit Angst besetzt (B Z 373) Anfeindungen von außen an die Geburtshilfe (C Z 20) öffentlicher Druck (B Z 295), rund um Hausgeburtshilfe feindliches Terrain (B Z 328) alte hierarchische Strukturen machen Angst wenn etwas außerhalb der Norm ist (C Z 223)</p>	
<i>Vorerfahrungen</i>	<p>Gefühl nicht adäquat gehandelt zu haben verstärkt Unsicherheit (M Z 139) Erlebnis der Totgeburt hat stark geprägt (M Z 101-104) Erlebnis mit Geburt eines toten Kindes beschäftigt sie immer wieder (H Z 151)</p>	<p>Aussagen, die beschreiben wie Vorerfahrungen ein ängstliches Grundgefühl verstärkt haben</p>
<i>Verschiftung von Befunden</i>	<p>Angst durch dokumentierte Befunde (H Z 332,335), Dokumentation im Mutterpass macht diffuse Angst durch Weiterdenken der Spirale (B Z 27) , fühlt sich dadurch angreifbarer (B Z 54) vor Lehrgang schwierig eigenen Standpunkt zu finden bei dokumentierten Problemsituationen (B Z 21-24) dokumentierte Problemsituationen, die für Hebamme nicht greifbar sind (B Z 20,22)</p>	<p>Beschreibung von Angst ohne konkrete Gefahrensituation oder Unsicherheit durch das Einbeziehen müssen von niedergeschriebenen auffälligen Befunden</p>
<i>Forensik</i>	<p>Ursache Forensik (M Z 21) Angst vor zur-Verantwortung-gezogen werden (M Z 22) Viele Prozesse mit Schuldspruch, weil zu wenig gemacht wurde und kaum Prozesse mit Schuldspruch weil zu viel gemacht wurde (M Z 28-29) Mehr Angst zu wenig als zu viel zu tun (M Z 24) Immer</p>	<p>Aussagen über Angst vor juristischen Konsequenzen</p>

	wieder abwägen welches Risiko Hebamme bei Hausgeburtshilfe eingeht (C Z 21)	
<i>Nähe und Distanz zu Familie</i>	zu nah dran sein kann Überblick oder Orientierung verlieren lassen (S Z 110) kein Kontakt zur Frau fordert die Angst (H Z 159) Frau negiert Einschätzung der Hebamme (H Z 97)	Zuviel oder zu wenig Nähe zu betreuten Familien kann Ursache für Angst sein
<i>Uneinigkeit der Betreuenden</i>	eigene Sorge wird nicht von ärztlicher Seite geteilt (H Z 115,100 12,104) Verunsicherung durch Ärztin, die die Geburt eher einleiten wollte(C Z 54)	Unstimmigkeiten bei der Situationsbeurteilung von verschiedenen Betreuenden
<i>Angstfördernde Perspektive von geburtsmedizinischer Seite</i>	Ärzte stehen unter großem Druck (S Z 196) Ärzte werden danach beurteilt, was Sie gemacht haben und nicht, was Sie nicht gemacht haben (S Z 202) Ärzte werden innerklinisch und von außen beobachtet (SZ Z198) Blick der Ärzte auf die Geburt ist primär Angst machen (S Z 185-186) Krankenhaus fördert sehr die Angst (S Z 183) Klinik ist nicht physiologischer Organismus als Hülle der Geburt (S Z 157) Ärzte kommen in der Ausbildung von der Pathologie her (S Z211) fehlende Unterstützung von Ärztin bringt Verunsicherung (C Z48, 57) verunsicherte Ärztin verstärkt Angst (M Z191)	Aussagen über Ursachen von Angst in Klinik
<i>Erlernte Normen im linearen Denken</i>	Antrainierte Angstreflexe wird ausgelöst durch erlernte Normen (C Z 228-229) Verunsicherung durch lineare Normen (B Z 248-251)	
<i>Ursachen konkreter Angst</i>		
<i>Situationen Angst um das Wohlergehen des Kindes</i>		

<i>Pause nach Kopfgeburt des Kindes</i>	Körper des Kindes verlässt den Körper der Mutter (M Z132) Wenn gerade geborenes Kind Augen geschlossen hat und nicht atmet (M Z118), Pause nach Kopfgeburt (H Z 69, 71-73) bei Erstpara wenn Kind kommt und Hebamme weiß, dass sie jetzt nicht mehr verlegen kann. (B Z 207)	Aussagen, über konkrete Angst bei Pause nach Kopfgeburt des Kindes
<i>Situationen mit Angst um Wohlergehen der Mutter</i>		
<i>Plazentalösungsstörungen und Nachblutungen der Frau</i>	Nachblutungen und Probleme in Plazentarperiode (B Z142 (B Z143), Blutungen der Mutter (M Z135)Blutungen (H Z 202, 217), Angst um Mutter und Kind bei Verlegung im eigenen Auto (M Z204)	Aussagen über konkrete Angst bei Problemen der Mutter in oder nach der Nachgeburtsphase
Vorerfahrungen	Wenn Kind wieder mit geschlossenen Augen geboren würde, wäre Angst sofort wieder präsent (M Z 119) Geburtserlebnisse eigener Kinder kann in ähnlichen berufl. Situationen „die rote Ampel“ anmachen (S Z 343)	Aussagen, die frühere berufliche und persönliche Erfahrungen als angstfördernd beschreibe
Symptome		
<i>Körperlicher Art</i> Konkret	spürt Wunde Punkte am Rücken (B Z 179) konkrete Angst braucht viel Energie (B Z 178) schwierige Situationen brauchen viel Energie und Kraft (H Z 225) Herzklopfen (H Z86) Schweiß (M Z73) erhöhter Puls (M Z 72) schwitzen (B Z 176),	beschreibt physische Symptome konkreter Angst
diffus	Darmentleerung bei Geburtsbeginn (B Z 160), trockener Mund (B Z 162),	Beschreibt physische Symptome Angst ohne Gefahrensituation
<i>Psychischer Art</i> Konkret	angespannt sein (H Z 35,222) starrer Blick (H Z 54) wird ruhig, Sinne sind geschärft (C Z 96,97) Konzentration, Nichtentspannt-	Beschreibt psychische Symptom von Angst mit Gefahrensituation

diffus	heit im Gesicht (C Z 98-99) macht Wahrnehmung enger (S Z 28)	Beschreibt psychische Symptome von Angst ohne Gefahrensituation
<i>Zeitlicher Art</i> Konkret	hat nicht die ganze Geburt hindurch Angst (B Z 217) Angst ist zeitlich begrenzt, wird sich schnell darüber bewusst (S Z 66) Angst ist zeitlich begrenzt (C Z 117) zeitliche Begrenzung der Sorge durch Einbeziehen von Gesundheitszeichen (C Z 123-124)	Aussagen, die sich auf eine Zeitspanne der konkreten Angst in einer Gefahrensituation beziehen
diffus	durchwachte Nächte (M Z 84)	
Auswirkungen	sofortige Wechselwirkung zwischen Hebamme und betreuten Familien (S Z 78) Eigene Anspannung hat immer Einfluss ob bewusst oder unbewusst (C Z 107) immer weniger Wechselwirkungen, weil Hebamme gelernt hat, mit ihrer Angst umzugehen (B Z 69)	Neutrale Aussagen über Wechselwirkung der Angst der Hebamme mit den betreuten Familien
Diffuser Angst		
Negative Auswirkungen		
<i>Auswirkungen auf Hebamme von Angst</i>	Angst beschränkt Möglichkeiten (S Z 29) angstmachende Blick der Ärzte auf die Geburt kann auch Hebammen aus der Ruhe bringen (S Z 186) Muss viel im Geburtszimmer reden nur um den Arzt zu beruhigen (S Z 191-194) viel Kraft und Aufmerksamkeit werden gebunden, um Sicherheit zur Ärzteseite hin ausstrahlen zu müssen (S Z 188-189) Hebamenschülerin fragt unsicher ob sie sich das trauen darf (B Z 374-379)	Ungünstige Auswirkungen von Angst ohne konkrete Gefahrensituation
<i>Auswirkungen auf Mutter und Kind</i>	in der Klinik stehen Mutter und Kind nicht im Mittelpunkt von Entscheidungen (S Z 223,239)	Aussagen über Auswirkungen der Angst auf Mutter und Kind

	Entscheidung zu Handlungen zum eigenen Schutz (M Z 66) Im Spannungsfeld was-ist-das-Beste-für-Familie-was-ist-das-Beste-für-Hebamme Entscheidung um eigener Angst Willen (M Z96) Geburt kann stagnieren durch Angst im Raum (H Z 52) Durch Angst zu wenig zu tun entsteht viel Aktivismus bei Ärzten(S Z 203-204)	
<i>Positive Auswirkung</i>	Anspannung, Adrenalin zu Beginn einer Geburt, die gut wahrnehmen lässt (B Z 164-165))	Hilfreiche Wirkung von Angst ohne konkrete Gefahrensituation
<i>Konkreter Angst</i>		
<i>Positive Auswirkungen</i>	Angst versucht größere Komplikationen zu verhindern (H Z 87) Angst macht stark (H Z 198) Bei akuter Angst ist es wichtig rational und intuitiv handlungsfähig zu bleiben (M / 79-80)	Hilfreiche Wirkungen von Angst in konkreter Gefahrensituation
<i>Negative Auswirkung von konkreter Angst</i>	Fehlentscheidung aus Angst heraus (H Z 83-84) kann zu Überreaktion führen (M Z 74) dass Angst klares Denken ausschaltet (M Z74) Umso mehr Angst Betreuende haben umso mehr wird interveniert (B Z313)	Ungünstige Auswirkungen von Angst in konkreter Gefahrensituation
Erreichen von Sicherheit/ Zuversicht in der Geburtshilfe		
Ursachen = Angstkreislauf		
Strategien (=Symptome)		
<i>Untersuchungsbefunde</i>	Sicherheit durch Sehen, Fühlen, hören (C Z 140-142) Untersuchungsbefund gibt Sicherheit (102-104), gute Struktur der Untersuchung (B Z 78) sorgfältige Vorsorge hilft zu unterscheiden, was diffuse Annahme oder konkretes Problem ist (B Z 74-77) Arbeiten und Wahrnehmen mit allen Sinnen (M Z 265),	Aussagen, die die physische Untersuchung als Strategie im Umgang mit Angst in Situationen mit und ohne konkrete Gefahr darstellen

	Bezugsgrößen suchen, die unabhängig von eigenem Empfinden sind (S z118) Untersuchungsbe- funde können mit helfen ins Ver- trauen zu kommen (H Z 21-24)	
<i>Rücksprache mit Kollegin</i>	Rücksprache mit Kollegin (M Z 149), zweite Kollegin (C Z 266) zweite Kollegin holen (B Z 146,49) zweite Kollegin dazu rufen (H Z26, 31) von vornherein Geburt mit zweiter Kollegin (H Z 231) ein anderer Mensch, der eine Wahr- nehmung mit mehr Distanz hat (s3 z105)	Aussagen, die das Hinzuzie- hen einer zweiten Meinung, meist in Form einer Hebam- menkollegin beschreiben
<i>Einbeziehen der Frau/ des Paa- res</i>	Gegebenenfalls Nachgespräch mit dem Paar (M Z 176) „Problem Solving“ ist entlastend (M Z 325) Offen dar legen, was gerade ei- gene Sorge der Hebamme ist (M Z 162) Aufzeigen von Möglichkei- ten (M Z163) oft weiß das Paar schon seinen Weg (M Z167) Rückversicherung bei der Frau (M Z 147), Sicherheit durch Kontakt mit Familie (C Z 238) Kommunika- tion mit dem Paar (C Z 277) Wenn Paar den Ursprung der Sorge der Hebamme verstehen kann wer- den sie nicht angesteckt (M Z 170) gute Kommunikation mit der Familie, die Sorge der Hebamme bei ihr lassen kann (B Z 129-130) Mutter und Kind können nachts im Mittelpunkt stehen (S Z 228- 230) eigene Wahrnehmung der Frau als Sicherheitsparameter (M Z 260-26 2,264) die Frau mit ein- beziehen, ihr wirklich ein gegen- über sein (B Z 263-265) Betreu- ung geht Schritt für Schrittmit regelmäßigem Kontakt(B Z83-85)	Aussagen, die das Einbezie- hen der Frau bzw. Familie bei Entscheidungen, Gespräche über aktuelle oder gewesene Situationen im Umgang der Hebamme mit Angst mit und ohne konkrete Gefahrensitua- tion beschreiben
<i>Sich verwurzeln</i>	sich verwurzeln (M Z 151) durch- atmen (M Z 150), Reflektieren wo Angst her kommt (M Z 151-152) in eigene Präsenz kommen (M Z 155) sich selbst sichern (S Z 75)	Aussagen, die Strategien zur Selbstberuhigung der He- bamme zum Inhalt haben

	<p>sich selbst sortieren (S Z 54) zu Beginn der Geburt noch mal ganz bewusst mit sich selbst verbinden (B Z 165) sich zentrieren (B Z 73), einfach mal rausgehen (Distanz schaffen) (S Z111)</p> <p>sich selbst erholen (H Z 48) Verbindung mit Gott (H Z 209) geschehen wie ein Film ablaufen lassen (H Z 47) räumliche Distanz schaffen (H Z 39)</p>	
<i>Vorerfahrungen</i>	<p>Mit mehr Erfahrung wird diffuse Angst weniger (M Z87), Erfahrung des adäquaten Handelns verstärkt Sicherheit (M Z138)</p> <p>Erfahrung bringt Ruhe (S Z 40), Angst mit wachsender Erfahrung weniger geworden (S Z 34)</p> <p>Sicherheit durch viele gute Erfahrungen gewachsen (S Z 143) Tür klingeln früher Stressmoment, heute Neugierde (S Z38-39) wichtig Erfahrungswerte (H Z 296) Lebenserfahrung (H Z 343)</p>	Aussagen, die frühere berufliche und persönliche Erfahrungen als Sicherheit gebend beschreiben
<i>Supervision</i>	<p>Nacharbeiten im Team (M Z 218-219) Wichtig Fehlerkultur: aus kleinen Fehlern lernen, damit man die großen nicht machen muss. (M Z221) Je besser Eigenreflexion desto besser der Umgang mit eigener Angst (B Z69-70)</p> <p>Neigt im Stress zu Einzelkämpfertum, Supervision hilft das aufzudecken und aufzuarbeiten (C Z 288)</p>	Aussagen, die sich auf das Nacharbeiten von schwierigen Situationen und Fehlern zur Eigenreflexion im Team beziehen
<i>Dokumentation</i>	Gedächtnisprotokoll als Fehlermanagement (M Z230)	Verschriftung als Absicherung für juristische Konsequenzen
<i>Kooperation mit Rettungsdienst/ Krankenhaus</i>	<p>Zusammenarbeit mit Spital (H Z 323) Rettungswagen holen (B Z 148),</p> <p>Zusammenarbeit mit Ärzten (H Z 314,316) Sicherheit durch Kooperation mit Klinik, die grünes Licht gegeben haben (C Z 83-84)</p> <p>So lange weiter reanimieren, bis nächste Instanz da ist und die</p>	Aussagen, die als Strategie im Umgang mit Angst mit und ohne eine konkrete Gefahrensituation die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus oder dem Rettungsdienst beschreiben

	Verantwortung übernimmt (M Z 60-61)	
<i>Vom Begleiten zum Leiten</i>	Mit klaren Ansagen können sich neue Freiräume eröffnen (S Z93-94) wird direktiv (S Z 85) bestimmter Tonfall (H Z 56) wird aktiver (H Z 59, 64,68) ziehen strikter Grenzen (H Z 152) bei Angst mehr Bedürfnis zu kontrollieren (S Z 49) Klare Ansage, dass Frau und Hebamme bei unerwarteter BEL Geburt gut zusammen arbeiten müssen (B Z189)	Aussagen, die Handlungsveränderung der Hebamme vom Begleiten zum Leiten beschreiben
Säulen der Gesundheit als Instrumente	Definition : In dieser Unterkategorie wird beschrieben wie die befragten Hebammen die Säulen der Gesundheit als Handwerkszeuge für ihre Arbeit in Bezug auf ihr Sicherheitsgefühl beschreiben. Ankerbeispiel: „Wenn ich gut im Kontakt bin [...]dann gibt es da eine Sicherheit, die mich ganz gelassen sein lässt mit den Faktoren, die ich sehe, spüre, höre. Physiologie und Kontakt.“	
<i>Wichtigkeit der einzelnen Säulen</i>	Alle Säulen der Gesundheit sind gleich wichtig (M Z 348), Säulen der Gesundheit sind alle wichtig (B Z 279) Hormone (S Z 152), Neurovegetatives Nervensystem (S Z 153) wichtig: Frau Umweltsystem (C Z 176) alle anderen auch (C Z 178), Frau Umweltsystem (H Z 400) alle Säulen wichtig (H Z 400) zirkuläre Bewertung wichtig (H Z 407)	Aussagen, die sich auf besondere Relevanz einzelner Säulen der Gesundheit für die Arbeit der Hebamme beziehen
<i>Kontinuität der Begleitung als Sicherheitsfaktor für die Hebamme</i>	Familien lange begleiten zu können (H Z 354) Kontinuität (H Z 356) lange Betreuung vor Geburt räumt Unsicherheiten aus (H Z 10)) bekommt Sicherheit durch längeres Begleiten der Frau durch Beobachten können von Lebensstil und Umgang mit Stress(C Z 44-45) schon früh in der Schwan-	Aussagen über die positiven Auswirkungen einer Begleitung über einen längeren Zeitraum von Frauen und Familien für die Hebamme bezogen auf ihr Angst- Unsicherheitsgefühl

	gerschaft schauen können welche Kraftquellen und Ressourcen Frau hat und wo sie Unterstützung braucht (M Z314) Enger Kontakt zu betreuter Familie ist wichtiger Aspekt in Hausgeburtsilfe (B Z138-140)	
<i>Angst als Thema bei Fortbildungen</i>		
<i>Relevanz der Auseinandersetzung mit dem Thema der Angst</i>	Thema Angst ist nicht sehr salutogenetisch (M Z 371,368) wichtig, dass Sicherheit der Hebamme wächst (M Z 369) Beschäftigung mit dem Thema sicher hilfreich (M Z 374), wichtig die Sicherheit der Hebammen zu stärken (S Z 294) Schulungsbedarf zum Thema Physiologie (S Z 303) Herausfinden, was Hebamme Kraft gibt und was Kraft nimmt (S Z306) Wichtig, dass Hebammen sich mit dem Thema auseinandersetzen (B Z319) bei Fortbildung wichtig: was ist reale Angst, was ist irrealer Angst (C Z 254) was sind Möglichkeiten die Angst zu überprüfen (C Z 264) berechtigtes, wichtiges Thema (C Z259) Welche Möglichkeiten Hebammen hat, mit ihrer Angst umzugehen, damit Angst abnimmt (C Z269) Was bringt einen zur einen oder anderen Entscheidung (C Z267-268), Thema ist sicher bereichernd (H Z 426)	Aussagen, die die Wichtigkeit des Themas Angst bei einer eventuellen Fortbildung beurteilen mit möglichen Inhalten
<i>Relevanz der Auseinandersetzung mit eigener Geburt/ Geschichte</i>	Beschäftigung mit eigener Geburt als Berufsvoraussetzung (M Z 361), Rückführung oder Körperarbeit (M Z 364) Angst könnte minimiert werden durch herausfinden und auflösen eigener Ängste aus eigener Geburtsgeschichte (M Z 359-361) wichtig Auseinandersetzung mit eigener Schwangerschaft und Geburt (B Z 287-288) wichtig für	Aussagen, die die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit der eigenen Geburtsgeschichte thematisieren

	<p>Hintergründe der Motivation zum handeln (B Z 304-305) Egal ob bei Arbeit im Kreißsaal oder bei Hausgeburt wichtige Auseinandersetzung mit Angst im Bezug auf eigene Geburt (B Z 286) Eigene Geburt wird zu wenig berücksichtigt, kommt aber unter der Geburt sehr zum Tragen (B Z 290) Auseinandersetzung mit eigener Geschichte und Geburt wichtig (S Z 345,350) Andere Herangehensweise an Geburtshilfe durch verschiedene Grundberufe (ehem. Intensivschwestern) (S Z 337)</p>	
Auswirkungen	<p>Definition: Verschiedene Bereiche in denen eine Minderung von Unsicherheit und damit eine Zunahme an Sicherheit festgestellt werden konnte</p> <p>Ankerbeispiel: „Viel weniger diffuse Angst hab ich seitdem (Lehrgang), also das war Angst oder zumindest Unsicherheit, aber das geht ja auch so schnell in Angst über.“</p>	
<i>Für die Hebammen</i>		
<i>Wahrnehmung hat sich nicht verändert</i>	<p>Wahrnehmung von Angst hat sich nicht verändert (H Z 337)</p>	<p>Aussagen, in denen keine Veränderung der Wahrnehmung von Angst erkennbar war</p>
<i>Kenntnisse der Physiologie vermitteln Sicherheit</i>	<p>Anstatt Angst im Griff zu halten hilft Kenntnis der Physiologie Angst durch Sicherheit zu ersetzen (M Z 238-239) Kenntnis der physiologischen Zeichen hilft Angst durch Sicherheit zu ersetzen (M Z 236-237), Abwägen von Gesundheit-und Aufmerksamkeitszeichen vergrößert Sicherheit (M Z 246) mehr Sicherheit (S Z 263) Kenntnis der physiologi-</p>	<p>Aussagen, die ausdrücken, dass die Kenntnis der physiologischen Zeichen sicherheitsfördernd für die Hebamme bei ihrer Arbeit mit Schwangeren und Gebärenden wirken</p>

	<p>schen Zeichen untermauert professionelle Intuition immens (S Z 123) Sicherheit durch fassbare Beweggründe (S Z 267-270) Sicherheit und Ruhe durch beobachten der körperlichen Zeichen (B Z 110) Durch Orientierung an Gesundheitszeichen viel entspannter (B Z 224-225) Sicherheit durch Physiologie und Kontakt (C Z 240 ,49-51) Sicherheit durch Wahrnehmen mit Sinnen (C Z 238-241) Abgleich der physiologischen Zeichen trägt zur Sicherheit bei (C Z 142) Säulen der Gesundheit sind Werkzeuge, die Sicherheit geben (C Z 193) Säulen der Gesundheit sind verlässlich (C Z 195) Kenntnis der physiologischen Zeichen sehr wesentlich (H Z 240)</p>	
<i>Rückenstärkung durch die Salutogenese gegenüber Ärzten</i>	<p>Salutogenese als Argumentationshilfe in klinischer Geburtshilfe (M Z 388-393) kann sich besser Frauenärzten gegenüber positionieren (B Z 274) In Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eigenen Sicht- und Handlungsweisen einen Namen geben können (S Z 125-126)</p>	<p>Aussagen, die die Inhalte des Salutogenese Lehrgangs als hilfreich im Umgang mit anderen Professionen in der Geburtshilfe beschreiben</p>
<i>Erweiterung des Beobachtungs- Entscheidungs- und Handlungsspektrums</i>	<p>ein Mehr an Beobachtungsmöglichkeiten (M Z 302),) Erweitertes Repertoire (M Z 320) viel mehr Spielraum in den verschiedenen Phasen mitzugehen (B Z 253) ist aufmerksamer geworden (H Z 332) kann durch Massagen mehr einbringen (H Z 364-365) Säulen der Gesundheit sind Werkzeuge auf die Verlass ist (C Z 194) kann leichter entscheiden, eine Frau abzugeben (S Z 264) Säulen der Gesundheitshilfe für eigene Klarheit (S Z 252)</p>	<p>Aussagen, die beschreiben auf welche Art sich die Arbeitsmöglichkeiten der Hebamme durch die Inhalte des Salutogenese Lehrgangs verändert haben.</p>
<i>Vermindertes Angst-</i>	<p>Reduktion der Angst nach Saluto-</p>	<p>Aussagen, die beschreiben</p>

<p><i>Unsicherheitsgefühl</i> <i>Gesteigertes Sicherheitsgefühl</i></p>	<p>genese Lehrgang durch ein mehr an Wissen und Beobachtungsmöglichkeiten (M Z 300-303), Beurteilen können von Hormonen und vegetativem Nervensystem sind Kriterien die Sicherheitsgefühl erhöht und damit Angst verringert haben (M Z 307) Salutogenese gab Sicherheitsfaktoren (M Z 131), Sicherheit ist seit dem Lehrgang gewachsen (S Z 139) Seit Salutogenese Lehrgang ist Vertrauen in physiolog. Prozesse gestärkt worden (C Z 159-160) hat seitdem viel weniger diffuse Angst (B Z 256+254) vor Salutogenese Lehrgang Angst deutlich spürbar (B Z 14) Entlastung, wenn Mutter und Kind im Mittelpunkt stehen (S Z 223)</p>	<p>wie die Erfahrungen in der praktischen Arbeit mit den Inhalten des Salutogenese Lehrgangs Angst ohne konkrete Gefahrensituation verringern konnten. Im Umkehrschluss finden sich hier auch Aussagen, die das Vertrauen und Sicherheitsgefühl erhöht haben</p>
<p><i>Für Mutter und Kind</i></p>	<p>Beurteilung eines Verlaufs mit physiologischen Kenntnissen ermöglicht Fortschritt der Geburt durch Geduld (S Z 168-171) kann auch in Klinik Familien individuell unterstützen durch Sicherheit über die Physiologie (S Z 178-180) hat durch Lehrgang mehr Handwerkszeug physiologischen Wege zu unterstützen (S Z 144-146) Auf physiologische Zeichen zurückbesinnen (H Z 259-261) Durch Beobachten und Wahrnehmen Mitgehen im Prozess möglich (B Z 125) Einbeziehen von Ressourcen wie primäres Adaptationssystem (M Z 311-321) der Frau helfen mit ihrer Situation umzugehen (M Z 339- 343)</p>	<p>Aussagen, die beschreiben, wie die Mutter gestärkt werden kann durch eine gestärkte Hebamme</p>