

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

Institut für Hebammen

Masterstudiengang Hebamme (MScM)

Name, Vorname

von Schulthess, Katja

Selbstbestimmung in geburtshilflichen

Akutsituationen

Eine qualitativ deskriptive Studie zum Erleben von Erstgebärenden

Master-Thesis zur Erlangung des Master of Science Hebamme ZFH

1. Betreuung durch Dr. rer. nat. Astrid Krahl

2. Betreuung durch Karin Brendel, MSc

14. Juni 2022

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Wahrung der Selbstbestimmung von Gebärenden ist ein wesentlicher Bestandteil frauenzentrierter Geburtsbetreuung und zielt auf die Erreichung positiver Geburtserlebnisse ab. In geburtshilflichen Akutsituationen kann die mütterliche Selbstbestimmung aufgrund begrenzter Handlungsoptionen und einem erhöhten Zeitdruck eingeschränkt sein. Die Angewiesenheit der Gebärenden auf betreuende Fachpersonen nimmt zu.

Ziel: Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, zu erfassen, wie Erstgebärende in der Deutschschweiz Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen erleben. Mit Hilfe der Erforschung des innenperspektivischen Erlebens wurden objektivierbare Einflussfaktoren herausgearbeitet. Die Relevanz, welche Erstgebärende der Selbstbestimmung in Akutsituationen zuschreiben, wurde untersucht.

Methodik: Ein qualitativ deskriptives Studiendesign wurde angewandt. Es wurden 14 semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit problemzentrierten Anteilen mit Erstgebärenden nach sekundärer Sectio caesarea oder vaginal-operativer Entbindung in der Deutschschweiz durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte mit der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006). Die Ethik der Sorge diente als Rahmenmodell.

Ergebnisse: Als einflussnehmende Aspekte auf die mütterliche Selbstbestimmung in Akutsituationen liessen sich fünf Hauptthemen identifizieren: Vorgeburtliche Erwartungen und Vorbereitungen, Beziehung zu Fachpersonen, Informationen in der Akutsituation, Rolle des Partners und Entscheidungsfindung. Jedes Hauptthema wird durch zwei oder drei Subthemen charakterisiert. Diese fünf Hauptthemen widerspiegeln die zentralen Merkmale des Erlebens der Gebärenden von Selbstbestimmung in Akutsituationen sowie deren situativ zugeschriebene Relevanz.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse bekräftigen die Wichtigkeit, Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen in einem relationalen Autonomieverständnis zu betrachten. Die Ethik der Sorge als Handlungsgrundlage für Hebammen unterstützt die Selbstbestimmungsmöglichkeit der Gebärenden in Akutsituationen. Die Förderung des pränatalen Beziehungsaufbaus zwischen Hebamme und Schwangerer mit ihrem Partner könnte sich positiv auf die mütterliche Selbstbestimmung in Akutsituationen während der Geburt auswirken. Die Haltung betreuender Fachpersonen gegenüber der mütterlichen Selbstbestimmung in Akutsituationen zu ergründen, bedarf weiterer Forschung.

Schlüsselwörter: Selbstbestimmung, relationale Autonomie, sekundäre Sectio caesarea, vaginal-operative Entbindung, Ethik der Sorge

Abstract

Self-determination in acute obstetric situations – A qualitative descriptive study of the experience of first-time mothers

Background: Preserving self-determination of women giving birth is a crucial part of woman-centred care and aims to achieve positive birth experiences. Within acute obstetric situations maternal self-determination may be limited due to restricted options for action as well as increased time pressure. The childbearing woman's dependency of health professionals is increased.

Aim: The aim of the present study was to assess the experience of self-determination in acute obstetric situations of first-time mothers in the German-speaking part of Switzerland. Based on the exploration of subjective experiences objectifiable influencing factors were worked out. The relevance that first-time mothers attribute to self-determination in acute obstetric situations was investigated.

Method: A qualitative descriptive study was conducted. Fourteen semi-structured guided interviews with problem-centred parts were carried out with first-time mothers after unplanned caesarean section or operative vaginal delivery in German-speaking Switzerland. Data analysis was performed using Braun und Clarke's (2006) thematic analysis. The Ethic of Care served as a theoretical framework.

Results: Five main themes could be identified as influencing factors on maternal self-determination in acute obstetric situations: prenatal expectations and preparations, relationship with health professionals, information during acute situations, role of the partner and decision-making. Each main theme is typified by two or three sub-themes. These five main themes reflect the central characteristics of the childbearing women's experience of self-determination in acute obstetric situations as well as their situationally ascribed relevance.

Conclusion: The findings reinforce the importance of considering self-determination in acute obstetric situations in a relational understanding of autonomy. The Ethic of Care as a basis for action for midwives strengthens the possibility of self-determination of childbearing women in acute situations. Promoting prenatal relationship building between midwife and pregnant woman with her partner could have a positive impact on maternal self-determination in acute situations during childbirth. Further research has to be done to explore the attitudes of caregivers towards maternal self-determination in acute situations.

Keywords: self-determination, relational autonomy, unplanned caesarean section, operative vaginal delivery, ethic of care

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	1
Abstract	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Anhangsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Anmerkungen zum Sprachgebrauch.....	9
1. Einleitung.....	10
2. Theoretischer Hintergrund.....	12
2.1 Definition der Selbstbestimmung.....	12
2.2 Definition Akutsituationen	14
2.3 Selbstbestimmung in der Geburtshilfe.....	15
2.4 Ethik in der Gesundheitsversorgung	23
2.5 Forschungslücke	26
2.6 Ziel und Nutzen	26
2.7 Forschungsfragen.....	27
3. Methode	28
3.1 Design	28
3.2 Setting	28
3.3 Population.....	28
3.4 Rekrutierung	30
3.5 Stichprobe	30
3.6 Datenerhebung.....	32
3.7 Datenanalyse.....	34
3.8 Qualitätssicherung.....	36
3.9 Ethische Überlegungen	37
4. Ergebnisse	39

4.1	Vorgeburtliche Erwartungen und Vorbereitung	40
4.2	Beziehung zu Fachpersonen.....	41
4.3	Informationen in der Akutsituation	44
4.4	Rolle des Partners	46
4.5	Entscheidungsfindung	48
5.	Diskussion	53
5.1	Aufmerksamkeit (Attentiveness).....	55
5.2	Verantwortlichkeit (Responsibility).....	56
5.3	Kompetenz (Competence).....	59
5.4	Resonanz (Responsiveness).....	60
5.5	Die Rolle des Partners in der Ethik der Sorge.....	62
5.6	Stärken, Limitationen und kritische Würdigung	63
6.	Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis.....	67
7.	Literaturverzeichnis	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Elemente der Ethik der Sorge und des Care-Prozesses (Katja von Schulthess, 2022)</i>	24
Abbildung 2 <i>Ergebnisdarstellung</i>	39
Abbildung 3 <i>Analytische Zuordnung der Themen zu den Elementen der Ethik der Sorge (Katja von Schulthess, 2022)</i>	54
Abbildung 4 <i>Mindmap der Haupt- und Subthemen in Phase 3 der Datenanalyse</i>	115
Abbildung 5 <i>Vorläufige Zuordnung der Haupt- und Subthemen zu den Forschungsfragen</i>	116

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Dringlichkeit der Sectio caesarea, adaptiert durch die Verfasserin nach Hoesli et al. (2015)</i>	14
Tabelle 2 <i>Übersicht des Forschungsstandes</i>	15
Tabelle 3 <i>Entscheidungsfindungsmodelle in der Geburtshilfe, adaptiert durch die Verfasserin nach der Definition der AWMF (2020)</i>	18
Tabelle 4 <i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	29
Tabelle 5 <i>Soziodemographische Daten der Studienteilnehmerinnen</i>	31

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BFS	Bundesamt für Statistik
HFG	Humanforschungsgesetz
ICM	International Confederation of Midwives (engl.) / Internationaler Hebammenverband
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
QMNC-Framework	framework for quality maternal and newborn care (engl.) / Framework für Qualität in der Betreuung von Müttern und Neugeborenen
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SDM	Shared decision making (engl.) / Partizipative Entscheidungsfindung
SRQR	Standards for reporting qualitative research (engl.) / Standards für die Verfassung qualitativer Forschungsberichte
WHO	World Health Organization (engl.) / Weltgesundheitsorganisation
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Anmerkungen zum Sprachgebrauch

In der Stichprobe dieser Untersuchung wurden die Gebärenden von ihren ausschliesslich männlichen Partnern begleitet. Aus diesem Grund wird in dieser Untersuchung für die Partner das generische Maskulinum verwendet. Über die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Partnerinnen kann keine Aussage gemacht werden.

Entsprechend der in der Schweiz üblichen und verwendeten Berufsbezeichnung Hebamme wird in dieser Untersuchung von Hebammen im generischen Femininum geschrieben. Damit sind Personen jeden Geschlechts gemeint, die diesen Beruf ausüben.

Die in dieser Arbeit verwendete Bezeichnung ärztliche Fachkräfte bezieht sich auf Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, Oberärzte und Oberärztinnen, Leitende Ärztinnen und Leitende Ärzte sowie Chefärzte und Chefärztinnen des Fachgebiets Gynäkologie und Geburtshilfe.

In dieser Arbeit wird bewusst der Begriff frauenzentriert (statt frauenzentriert) verwendet. Das Betreuungskonzept verweist auf eine individuell angepasste Betreuung.

1. Einleitung

Eine frauenzentrierte Geburtsbetreuung orientiert sich an der Würde der Gebärenden. Ein zentrales Element der Würde ist die Selbstbestimmung (International Confederation of Midwives [ICM], 2014b). Die Achtung der Würde zielt im geburtshilflichen Kontext demnach auch auf die Förderung der Selbstbestimmung der Frau (ICM, 2014a), welche der Forschungsfokus der vorliegenden Master-Thesis ist. Selbstbestimmung in der Geburtshilfe wird von Hebammen, ärztlichen Fachkräften und (werdenden) Eltern gefordert und ist zu einem Schlüsselbegriff im geburtshilflichen Diskurs avanciert (Eckardt, 2020; Jung, 2017).

Die Förderung mütterlicher Selbstbestimmung unterliegt besonders in geburtshilflichen Akutsituationen grossen Herausforderungen (Meyer et al., 2017; Noseworthy et al., 2013; Oelhafen et al., 2021). Eingeschränkte Handlungsoptionen sowie ein erhöhter Zeitdruck in Akutsituationen haben eine zunehmende Angewiesenheit der Gebärenden auf betreuende Fachpersonen zur Folge. Im Schweizer Gesundheitssystem wird die physiologische Geburtsbegleitung wesentlich durch Hebammen übernommen. In regelabweichenden und regelwidrigen Situationen werden ärztliche Fachkräfte zu Entscheidungsprozessen und zur Geburtsbetreuung hinzugezogen, wobei die Hebamme die Gebärende weiter eng begleitet.

Für die Selbstbestimmung relevante Untersuchungsbereiche sind primär eine informierte Wahl und Entscheidungsfindung, kontinuierliche Betreuung, die Stärkung der mütterlichen Fähigkeiten (*Empowerment*) und eine kooperative Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Gebärender (Hunter, 2017; ICM, 2014b, 2014a; Maputle & Donavon, 2013; Renfrew et al., 2014; World Health Organization [WHO], 2018). Die genannten Aspekte spiegeln sich im *International Code of Ethics for Midwives* wie auch im *framework for quality maternal and newborn care* (QMNC-Framework) wider und stehen handlungsleitend für eine hohe perinatale Betreuungsqualität (ICM, 2014a; Renfrew et al., 2014). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie der Schweizerische Hebammenverband verweisen auf diesen Ansatz respektvoller, frauenzentrierter Geburtsbetreuung, welcher auf die Erreichung positiver Geburtserlebnisse zielt (Schweizerischer Hebammenverband, 2021; WHO, 2018).

Ein positives Geburtserlebnis wird aus Sicht der Gebärenden auch durch die persönlichen Erwartungen der Frau an die Geburt, das Ausmass der Unterstützung durch die medizinischen Fachpersonen, die Beziehungsqualität zwischen Gebärender und Fachperson und den Einbezug in Entscheidungsprozesse beeinflusst (Downe et al., 2018;

Hodnett, 2002). Beispielsweise stellt eine aktive Involvierung in akute sowie nicht akute Entscheidungsprozesse bezüglich der eigenen Betreuungssituation einen wichtigen Aspekt externaler Kontrolle dar (Green et al., 1990). Externale Kontrolle beschreibt den Umstand, während der geburtshilflichen Betreuung dem Fachpersonal nicht ausgeliefert zu sein, sondern in akute sowie nicht akute Entscheidungsprozesse miteinbezogen zu werden (Green et al., 1990). Dieser aktive Einbezug der Gebärenden in den Entscheidungsprozess ist eine grundlegende Möglichkeit, als betreuende Hebamme Einfluss auf das Selbstbestimmungs- und Kontrollgefühl der Gebärenden zu nehmen (Green & Baston, 2003; Snowden et al., 2011). Der aktive Einbezug stärkt die Selbstbestimmung (Vedam et al., 2019) und trägt zu Zufriedenheit und emotionalem Wohlbefinden der Mutter bei (Bringedal & Aune, 2019; Goldberg, 2009; Green & Baston, 2003; Hodnett, 2002).

In Kapitel 2 werden die Definitionen von Selbstbestimmung und Akutsituationen dargestellt, die praktische Umsetzung der Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen und das theoretische Rahmenmodell dieser Master-Thesis beleuchtet.

2. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird als Erstes eine Begriffsklärung der Selbstbestimmung vorgenommen. Diese begriffliche Klärung schafft ein grundlegendes Verständnis über die Verwendung des Kernbegriffs in der vorliegenden Master-Thesis. Das anschliessende Unterkapitel definiert den für diese Arbeit massgebenden Untersuchungsbereich, die geburtshilfliche Akutsituation. Im nächsten Schritt wird die Selbstbestimmung in der Geburtshilfe kontextualisiert. Die Operationalisierung des abstrakten Begriffs dient dem Praxisbezug und der Nachvollziehbarkeit des Forschungsstandes. Zum Schluss wird, abgeleitet aus der Prinzipienethik und anknüpfend an das relationale Verständnis von Autonomie, die Ethik der Sorge als Rahmenmodell dieser Master-Thesis vorgestellt.

2.1 Definition der Selbstbestimmung

In der Einleitung wurde erklärt, dass die Achtung und die Förderung der mütterlichen Selbstbestimmung wesentlich zum positiven Geburtserleben beitragen und das positive Geburtserleben bestimmen (Hunter, 2017; WHO, 2018). Im Forschungsdiskurs wird die Abgrenzung des Begriffs der Selbstbestimmung zum Begriff der Autonomie deutlich. Die beiden Begriffe – Autonomie und Selbstbestimmung – sind zwar partiell deckungsgleich (Gerhardt, 2007), werden in verschiedenen Quellen jedoch synonym verwendet (Braucher & Strub, 2016; Tegethoff, 2011). Die synonyme Verwendung verdeckt tatsächliche und ursprüngliche Bedeutungsunterschiede (Büchler, 2017). So wird in der Philosophie dem Begriff der Autonomie ein zentraler Platz eingeräumt (Pohlmann, 2007). Er kann als übergeordnetes anthropologisches Konzept und moralisches Prinzip verstanden werden (Pohlmann, 2007), während der Begriff der Selbstbestimmung im rechtlich-normativen Bereich häufigere Verwendung findet und tendenziell einen der Autonomie untergeordneten Aspekt darstellt (Büchler, 2017; Dierks et al., 2001). In englischsprachiger Literatur ist häufiger von *autonomy* zu lesen als von *self-determination*. Büchler (2017) weist darauf hin, dass *autonomy* im geburtshilflichen Kontext im englischen Sprachgebrauch meist beide – die philosophische und die rechtlich-normative – Dimension umfasst. Je nach Forschungs- und Erklärungskontext werden verschiedene Konzeptionen von Autonomie herbeigezogen (Christman, 2020). Für die vorliegende Arbeit ist die folgende Begriffsabgrenzung zur Unterscheidung von Selbstbestimmung und Autonomie bestimmend:

Autonomie bezeichnet die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen, einen freien Willen zu haben und aus eigenen Stücken vernünftige Erwägungen anzustellen, mithin die Fähigkeit zur Selbstgesetzgebung nach moralischen Maximen. [...]

Unter Selbstbestimmung wird hingegen die Möglichkeit verstanden, eigene Handlungsentwürfe und Handlungsentscheidungen zu realisieren, das heisst gemäss den inneren Überzeugungen zu handeln. (Büchler, 2017, S. 8)

Autonomie wird in dieser Arbeit weiter als relationale Autonomie differenziert und grenzt sich von einer traditionellen Autonomieauffassung wie derjenigen von Beauchamp und Childress (2019) ab. Eine Handlung beziehungsweise Entscheidung wird von Beauchamp und Childress (2019) als autonom bezeichnet, wenn die entscheidende Person diese absichtlich, verstehend und ohne kontrollierende Einflüsse von aussen trifft. Dieses traditionelle Verständnis von Autonomie mit dem starken Fokus auf individualistische und rationale Aspekte wird unter anderem aus feministischer Perspektive kritisiert, da es Machtverhältnisse manifestiert und strukturelle Ungleichheiten verdeckt (Stoljar, 2018). Die relationale Autonomie stellt dem oben beschriebenen Verständnis von Autonomie eine Position gegenüber, welche die Relevanz der sozialen Beziehung im Autonomiekontext hervorhebt (Brauer & Strub, 2016; Stoljar, 2018). Einerseits sind Beziehungen und soziale Interaktionen wesentliche Voraussetzungen, um sich als Mensch Kompetenzen anzueignen, die für selbstbestimmte Entscheidungen nötig sind (Brauer & Strub, 2016). Andererseits betont die relationale Autonomie, dass das Selbst durch Beziehung zu anderen konstituiert würde (Christman, 2020). Menschen sind stets in gesellschaftliche und soziale Beziehungen eingebunden, welche Entscheidungen und Handlungen beeinflussen (Stoljar, 2018). Auch soziale Determinanten wie Geschlecht, Ethnizität und sozialer Status sind bestimmend für das menschliche Selbst (Büchler, 2017). Wird die Komplexität, auf welche die relationale Autonomie hinweist, bei der Reflexion über Bedingungen für die Entscheidungsfindung berücksichtigt, kann die Verletzlichkeit und Angewiesenheit von Menschen in ungleichen Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen aufgedeckt werden (Brauer & Strub, 2016; Büchler, 2017). So werden mit der relationalen Autonomie die verfügbaren Optionen einer Entscheidung, die darüber abgegebenen Informationen, Wissenshierarchien und Machtstrukturen erfasst und hinterfragt (Newnham & Kirkham, 2019). Dieses relationale Autonomieverständnis erscheint im geburtshilflichen Kontext deshalb wesentlich für die Umsetzung einer frauenzentrierten Betreuung. Die eingangs erwähnten Untersuchungsbereiche der Selbstbestimmung – die informierte Wahl und Entscheidungsfindung, kontinuierliche Betreuung, die Stärkung der mütterlichen Fähigkeiten sowie die kooperative Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Gebärender – finden sich in einem relationalen Autonomieverständnis wieder. Besonders in Akutsituationen scheint angesichts des hohen Zeitdrucks, der Angewiesenheit der Gebärenden und der akuten Handlungsverantwortung des Fachpersonals Selbstbestimmung durch das relationale Autonomieverständnis adäquat erfassbar.

Zusammenfassend wird in der vorliegenden Master-Thesis Selbstbestimmung in Abgrenzung zur Autonomie im Sinne von Böhler (2017) verstanden und das relationale Autonomieverständnis zugrunde gelegt.

2.2 Definition Akutsituationen

Verglichen mit der Langzeitpflege handelt es sich bei der Betreuung von Frauen im Gebärsaal stets um Betreuungssituationen mit akutem Charakter. Dennoch lassen sich Situationen während der Geburt in mehr oder weniger akute Situationen mit unterschiedlichem Gefährdungsgrad unterteilen. Am Beispiel der Sectio caesarea zeigt sich die Dringlichkeit, handeln zu müssen, deutlich: Die Dringlichkeit einer Sectio caesarea wird in vier Grade unterteilt (vgl. Tabelle 1), wobei es sich um grobe und nicht fixe Vorgaben handelt (Hoesli et al., 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Für die Entstehung einer Akutsituation ist eine akute fetale oder maternale Gefährdung verantwortlich. Je nach Geburtsphase sind unterschiedliche Interventionen indiziert und möglich. Die Durchführung notwendiger Interventionen nach der Indikationsstellung geschieht in einem Zeitraum von wenigen Minuten bei vaginal-operativen Entbindungen oder Sectiones caesaras mit Dringlichkeitsgrad 1 bis maximal zwei Stunden bei Sectiones caesareas mit Dringlichkeitsgrad 2 und 3. In dieser Untersuchung wird das Erleben von Akutsituationen durch den Geburtsmodus bestimmt. Bei Geburtsverläufen, die in einer sekundären Sectio caesarea mit Dringlichkeitsgrad 1-3 oder einer vaginal-operativen Geburt enden, wird von akuten Situationen ausgegangen.

Tabelle 1

Dringlichkeit der Sectio caesarea, adaptiert durch die Verfasserin nach Hoesli et al.

(2015)

Grad	Begriff	Definition	Entscheidungszeit
1	Notfall (Blitz- oder Notsectio)	Lebensbedrohlicher Notfall für Mutter und / oder Kind	So schnell wie möglich
2	Dringend	Maternale oder fetale Beeinträchtigung, die nicht direkt lebensbedrohlich ist	60 Minuten

Grad	Begriff	Definition	Entscheidungszeit
3	Ungeplant, nicht dringlich	Keine Beeinträchtigung von Mutter / Kind aber Sectioindikation gegeben	Nach Absprache, in der Regel innerhalb 2 Stunden
4	Geplant	Geplanter Eingriff	Mindestens am Vortag geplant

2.3 Selbstbestimmung in der Geburtshilfe

Aspekte der Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten von Gebärenden während des Geburtsprozesses werden international in zahlreichen Studien untersucht und diskutiert. In Tabelle 2 werden die Forschungsfokusse der jeweiligen Autoren dargestellt. Details zu Methodik und Ergebnissen der Studien sind dem Anhang C, Tabelle 12 zu entnehmen.

Tabelle 2

Übersicht des Forschungsstandes

Autor:in	Design	Forschungsfokus
Attanasio et al. (2018)	Quantitative Längsschnittstudie	Korrelationen sozioökonomischer und geburtshilflicher Parameter bezüglich des Ausmasses an partizipativer Entscheidungsfindung (<i>shared decision making</i> [SDM]) in den USA
Bringedal und Aune (2019)	Qualitative Studie	Subjektives Verständnis des Konzepts der informierten Wahl (<i>informed choice</i>) von Erstgebärenden in Norwegen
López-Toribio et al. (2021)	Explorative qualitative Studie	Erfahrungen von Erstgebärenden in Spanien hinsichtlich ihres Einbezugs in SDM-Prozesse
Mazúchová et al. (2020)	Querschnittstudie	Zufriedenheit der Frauen mit der erlebten Kontrolle und dem Einbezug in Entscheidungsprozesse während der Geburt in der Slowakei
Meyer et al. (2017)	Grounded Theory	Entscheidungsfindung in komplexen, ausserklinischen Geburtssituationen in der Schweiz aus Sicht der Hebammen und Gebärenden

Autor:in	Design	Forschungsfokus
Namey und Lyerly (2010)	Concept Analysis	Subjektives Verständnis von Erstgebärenden in den USA zum Begriff der Kontrolle und dahinterstehende Konzepte
Nieuwenhuijze et al. (2014)	Delphi-Studie	Qualitätskriterien und notwendige Kompetenzen zur Umsetzung von SDM in der Geburtshilfe
Noseworthy et al. (2013)	Qualitative Studie	Entscheidungsfindungsprozesse in der Plazentaphase in Neuseeland mit Fokus auf relationale Entscheidungsmodelle
O'Brien et al. (2017)	Participatory Action Research	Subjektives Verständnis des Konzepts der informierten Wahl von Gebärenden in Irland
Vedam et al. (2019)	Mixed-Method-Studie	Korrelationen sozioökonomischer und geburtshilflicher Parameter bezüglich der Autonomie und Handlungsfähigkeit bei Entscheidungsfindungen in Kanada
Westergren et al. (2019)	Qualitative Inhaltsanalyse	Untersuchung der Erwartungen von schwangeren Frauen an Entscheidungsfindungssituationen während der Geburt anhand von Geburtsplänen in Schweden
Yuill (2020)	Systematic Review	Beschreibung und Interpretation der qualitativen Forschung zur elterlichen Entscheidungsfindung in der Schwangerschaft und unter der Geburt

Die Wichtigkeit, in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden, um dadurch ein stärkeres Kontrollgefühl zu erhalten, wird mehrfach betont (Bringedal & Aune, 2019; Namey & Lyerly, 2010; O'Brien et al., 2017). Ebenfalls zeigt sich, dass die Beziehung zu Hebammen eine essenzielle Rolle bei den Entscheidungsprozessen spielt (Bringedal & Aune, 2019; Meyer et al., 2017; Nieuwenhuijze et al., 2014; O'Brien et al., 2017; Vedam et al., 2019; Westergren et al., 2019). Westergren et al. (2019) heben die bedeutende Rolle der Begleitperson in geburtshilflichen Entscheidungssituationen hervor, wobei Nieuwenhuijze et al. (2014) in ihrer Delphi-Studie Uneinigkeit unter Fachpersonen aufzeigen bezüglich der Involvierung des Partners in Entscheidungsfindungsprozesse sub partu. Dem Verantwortungsgefühl gegenüber dem Kind, welches Entscheidungen maßgeblich mitbestimmt, kommt ein zentraler Stellenwert zu (Meyer et al., 2017; O'Brien et al., 2017; Yuill, 2020). Als wesentlich für die Mitbestimmungsmöglichkeit der Gebärenden wird ausserdem die korrekte, vollständige und verständliche Informationsvermittlung

genannt (Bringedal & Aune, 2019; Namey & Lysterly, 2010; Nieuwenhuijze et al., 2014; O'Brien et al., 2017; Yuill, 2020).

Die Mehrheit der Studien fokussierte auf komplikationslose Termingeburten, so beispielsweise Bringedal und Aune (2019) oder Mazúchová et al. (2020). Spezifisch auf die Entscheidungsfindung in komplexen geburtshilflichen Situationen gehen Meyer et al. (2017) ein. Ihre Studie beruht auf einem ausserklinischen Setting. Drei Studien schlossen ausschliesslich Erstgebärende ein (Attanasio et al., 2018; Bringedal & Aune, 2019; López-Toribio et al., 2021), während die Stichproben bei den meisten Studien aus Erst- und Mehrgebärenden bestanden. Gross angelegte quantitative Studien erforschten den Einbezug in die Entscheidungsfindung mit einem noch nicht validierten Instrument (Attanasio et al., 2018) oder wendeten für die Messung der Autonomie sub partu ein validiertes Instrument an, das jedoch zur Erhebung der Autonomie in der Schwangerschaft entwickelt wurde (Vedam et al., 2017). Im Forschungsdiskurs bleibt das Ausmass der Partizipation an Entscheidungsprozessen teilweise unklar und ist uneinheitlich ausgewiesen (Goldberg, 2009; Hodnett, 2002; O'Brien et al., 2017; Yuill, 2020).

Mögliche Operationalisierungen von Selbstbestimmung sub partu

Facetten der Selbstbestimmung zeigen sich in unterschiedlichen Anwendungskonzepten in der Praxis. Zur Stärkung selbstbestimmter und wohlinformierter Entscheidungen der Gebärenden erklären Fleming et al. (2007) die evidenzbasierte Medizin (*evidence-based medicine*) als zentrales Konzept. Die Verbindung aktueller Forschungserkenntnissen mit klinischer Expertise und den Werten der Patientinnen und Patienten (respektive während der Geburt Gebärenden) trägt zu einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Gebärenden bei (Sackett, 1997). Die Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse an die Gebärende zur Förderung ihrer Selbstbestimmung wird von Fleming et al. (2007) auch unter schwierigen Bedingungen als möglich und richtig betrachtet. Dem widerspricht Eckardt (2020), indem sie die Möglichkeit zur Selbstbestimmung in Notsituationen als eingeschränkt beschreibt.

Eine weitere Form der kooperativen Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Gebärender und des Empowerments sind gemeinsam mit einer Hebamme besprochene Geburtspläne. Sie werden als nützliches Instrument beschrieben, um der grossen Sorge vor Kontroll- und Autonomieverlust während der Geburt entgegenzuwirken (Westergren et al., 2019), wobei dies nur bei gewissenhafter Anwendung von Seiten der Fachpersonen der Fall ist (López-Toribio et al., 2021).

Die beiden Konzepte – informierte Wahl und partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – sind wie im vorangegangenen Abschnitt dargelegt, zentrale Forschungsgegenstände. Sie stellen ausserdem eine praktische Anwendung dar, um Gebärende in die Behandlung miteinzubeziehen und ihre Selbstbestimmung zu fördern (Attanasio et al., 2018; Begley et al., 2019; Bringedal & Aune, 2019; O'Brien et al., 2017; Vedam et al., 2019). Das bereits erwähnte uneinheitliche konzeptionelle Verständnis der Entscheidungsfindungsmodellen mit ihrem unterschiedlichen Ausmass der Partizipation, erfordert eine inhaltliche Klärung der Begriffe. Die Klärung ist zudem wichtig, da das Ausmass der Selbstbestimmung durch die unterschiedlich ausgeprägte Partizipation sichtbar wird. In Tabelle 3 werden drei in der Geburtshilfe gängige Entscheidungsfindungsmodelle anhand der Definition der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2020) einander gegenübergestellt. Für die vorliegende Master-Thesis wird von diesen Definitionen ausgegangen.

Tabelle 3

Entscheidungsfindungsmodelle in der Geburtshilfe, adaptiert durch die Verfasserin nach der Definition der AWMF (2020)

Aufgabe Fachperson	Aufgabe Gebärende	Informationsfluss
Informierte Zustimmung (informed consent)		
Aufklärung über Vor- und Nachteile einer Behandlungsmethode (AWMF, 2020)	Der Behandlungsmethode zustimmen oder diese ablehnen (AWMF, 2020)	Von Fachperson zu Gebärender
Informierte Wahl (informed choice)		
Vor- und Nachteile mehrerer Behandlungsmethoden erläutern, Gebärender Zeit geben, sich nochmals selbständig zu informieren (AWMF, 2020)	Sich selbständig über verschiedene Behandlungsmethoden informieren, die präferierte Behandlungsmethode auswählen (AWMF, 2020)	Von Fachperson zu Gebärender

Aufgabe Fachperson	Aufgabe Gebärende	Informationsfluss
--------------------	-------------------	-------------------

Partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making)		
--------------------------------------------------------------------	--	--

Fachperson und Gebärende klären gemeinsam in neun Schritten Ziele und Management der Behandlung. Informationen über Optionen und bevorzugte Ergebnisse werden ausgetauscht.		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

(AWMF, 2020)		
--------------	--	--

Ziel: sich gemeinsam auf die beste Vorgehensweise zu einigen (Coulter & Collins, 2011)		
----------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	Gegenseitig: Beide Seiten verfügen über unterschiedliches Expertenwissen. Medizinische Fachperson => Expert:in für Geburtsverlauf; Gebärende => Expertin für ihre Lebenssituation, Werte, Präferenzen (Coulter & Collins, 2011).	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	Voraussetzung für Gelingen: Bereitschaft beider Parteien, Informationen und Entscheidungsverantwortung zu teilen, Sichtweise des Gegenübers zu respektieren (Coulter & Collins, 2011)	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Bei der PEF, welche durch die gemeinsame Behandlungsklärung die stärkste Form des Einbezugs in die Entscheidungsfindung aufweist, drängt sich die Frage der Verantwortung bezüglich der finalen Entscheidung auf. Im hebammenwissenschaftlichen Diskurs zeigen sich diesbezüglich unterschiedliche Haltungen: Yuill (2020) bemängelt, dass durch die Abklärung bevorzugter Ergebnisse die Kontrolle über die Behandlung nicht vollständig bei der Frau liege. Gemäss Villarmea und Kelly (2020) sollte nur der Prozess der Entscheidungsfindung geteilt sein, die finale Entscheidung jedoch bei der Frau liegen. Hier wenden Noseworthy et al. (2013) ein, dass Gesundheitsfachpersonen – besonders in Situationen mit unerwünschtem Ausgang – eine rechtliche und professionelle Verpflichtung zur Verantwortungsübernahme haben. Eine Entscheidungsfindung mit geteilter oder gar final abgegebener Verantwortung könne diese Tatsache verschleiern, obwohl das Modell viele indiskutable Vorteile aufweise (Noseworthy et al., 2013).

Einflussfaktoren bei der Achtung der Selbstbestimmung sub partu

Im Forschungsdiskurs wird deutlich, dass die Achtung der mütterlichen Selbstbestimmung während der Geburt keine Selbstverständlichkeit ist (Attanasio et al., 2018; Newnham & Kirkham, 2019; Oelhafen et al., 2021). In der Schweiz gaben 26.7% der Frauen eine Form informellen Zwangs während der Geburt an (Oelhafen et al., 2021). Formen

informellen Zwangs zeigen sich als Ausübung von Druck, Einschüchterung oder Manipulation durch die Fachperson oder notwendiger Widerstand der Gebärenden (Oelhafen et al., 2021). Attanasio et al. (2018) stellen fest, dass bei ihrer in den USA mit Erstgebärenden durchgeführten Studie nur etwas mehr als die Hälfte (64%) über ein hohes Ausmass an SDM während der Geburt berichtet. Besonders bei Frauen, die ihr Kind durch eine Sectio caesarea oder vaginal-operative Entbindung gebären, sei das Risiko, informellen Zwang zu erleben, erhöht (Oelhafen et al., 2021) und das Ausmass an SDM niedriger (Attanasio et al., 2018). In der Untersuchung von Green und Baston (2003) geben 20% der Befragten an, ein fehlendes Kontrollgefühl über die Handlungen der Fachpersonen zu haben.

Trotz handlungsleitenden und qualitätsichernden Dokumenten zur Praktizierung einer frauenzentrierten Geburtshilfe (ICM, 2014a; Renfrew et al., 2014), scheint eine teilweise mangelhafte Achtung der mütterlichen Selbstbestimmung aus Perspektive der Frauen Realität. Die Komplexität der praktischen Umsetzung der Selbstbestimmung (Eckardt, 2020; Tegethoff, 2011; Villarrea & Kelly, 2020) ist mitverantwortlich für deren potenzielle Missachtung. Zum grundsätzlichen Spannungsfeld, dass das ungeborene Kind im Leib der Mutter ein Recht auf Fürsorge und die Mutter ein Recht auf Selbstbestimmung hat (Eckardt, 2020), kommen nachfolgend aufgeführte Herausforderungen hinzu.

Auf institutioneller Ebene wirken sich Arbeitsbedingungen und strukturelle Vorgaben auf die Möglichkeit der mütterlichen Selbstbestimmung während der Geburt aus (Tegethoff, 2011). Zeit- und Personalmangel sowie die Arbeit im Schichtbetrieb erschweren einen fundierten Beziehungsaufbau und eine kontinuierliche Betreuung (Hodnett et al., 2012). Ein bereits in der Schwangerschaft etablierter Beziehungsaufbau zwischen der Schwangeren und der Hebamme erleichtert die Umsetzung von PEF während der Geburt (Begley et al., 2019; Bringedal & Aune, 2019; Nieuwenhuijze et al., 2014). Der Effizienzdruck und die wirtschaftliche Ausrichtung von Spitälern scheinen vordergründig als hinderlich, um auf zeitintensive Aspekte des Beziehungsaufbaus zu fokussieren (Maio, 2018; Newnham & Kirkham, 2019). Gemäss Coulter und Collins (2011) wirkt der Einbezug in Entscheidungsprozesse im Sinne einer PEF jedoch langfristig gesundheitsfördernd und ist zeitlich und finanziell ressourcenschonend.

Die Haltung der Fachpersonen beeinflusst auf Ebene der Professionsangehörigen die Möglichkeit der mütterlichen Selbstbestimmung (Eckardt, 2020; Tegethoff, 2011; Villarrea & Kelly, 2020). Dabei wird eine teilweise ambivalente Einstellung von Hebammen und ärztlichen Fachkräften gegenüber der Ausübung von Selbstbestimmung durch die Gebärenden beschrieben (Noseworthy et al., 2013; Tegethoff, 2011; Westergren et al., 2019): Einerseits wird die selbstinitiierte Bedürfnisäusserung von Gebärenden

erwartet, andererseits ist das Fachpersonal tendenziell verärgert, wenn die Wünsche nicht der gängigen Praxis der Institution entsprechen. Oft beobachtete Zweifel der Fachperson an der Bereitschaft und Fähigkeit der Gebärenden zur Selbstbestimmung zeigen sich beispielsweise dadurch, dass Fachpersonen Gebärende bewusst oder unbewusst als nicht vollständig zurechnungsfähig einstufen (Villarmeas & Kelly, 2020).

Aus der Perspektive der Gebärenden werden die unterschiedlichen Bedürfnisse von Gebärenden bezüglich ihrer Selbst- und Mitbestimmung deutlich: Gemäss Eckardt (2020) schreiben sich Frauen teilweise selbst einen eingeschränkten Bewusstseinszustand während der Geburt zu, aufgrund dessen sie keine Entscheidungen treffen können oder wollen. Die Übergabe der Entscheidungsmacht an den Partner ist eine mögliche Konsequenz daraus (Westergren et al., 2019). Gleichzeitig zeigen Vedam et al. (2019), dass 95.2% der Frauen die Entscheidungen selbständig treffen wollen. Die Befragung bezog sich sowohl auf Entscheidungen während der Schwangerschaft und der Geburt als auch hinsichtlich der Neugeborenenpflege. Es wurde keine Differenzierung der drei Themenbereiche mit ihren unterschiedlichen Anforderungen an die Entscheidungsfindung vorgenommen.

Auf der zwischenmenschlichen Ebene kann der unterschiedliche Wissensstand zwischen Hebamme und Gebärender zu einem potenziellen Machtungleichgewicht führen. Die Gebärende ist auf die Vermittlung korrekter Informationen einschliesslich deren Bedeutung angewiesen und befindet sich diesbezüglich in einer Abhängigkeit von der Fachperson (Begley et al., 2019; O'Brien et al., 2017; Tegethoff, 2011). Fehlt Transparenz vonseiten der Hebamme bezüglich ihrer Behandlungspräferenzen (Noseworthy et al., 2013) oder wird aus der PEF eine informierte Zustimmung, bei welcher die Gebärende ins Standardprozedere einwilligen soll (Begley et al., 2019; Villarmeas & Kelly, 2020), ist die Selbstbestimmung eingeschränkt. Die von Eckardt (2020) beschriebene Verletzungsoffenheit der Gebärenden und die damit verbundene reduzierte Durchsetzungsfähigkeit verstärken diese potenzielle Abhängigkeit.

Selbstbestimmung in Akutsituationen

Die Unberechenbarkeit der Geburt als nicht planbares Ereignis (Eckardt, 2020) erschwert die mütterliche Selbstbestimmung, was besonders in Akutsituationen zum Ausdruck kommt. In akuten Situationen sind die Handlungsoptionen eingeschränkt, denn die Unterlassung einer medizinisch indizierten Intervention könnte eine gesundheitliche Schädigung von Mutter und Kind bedeuten (Eckardt, 2020; Meyer et al., 2017). In akuten Notsituationen während der Geburt rückt der Erhalt des Kindeswohls für die allermeisten

Mütter zu Lasten ihrer Selbstbestimmung in den Vordergrund (Eckardt, 2020). Die Untersuchung von Eckardt (2020) liefert Evidenz, dass Gebärende eine Tendenz haben, grenzüberschreitendes Verhalten von Fachpersonen in solchen Situationen zu legitimieren. Dabei ist das Erleben informellen Zwangs mit einem um 35% erhöhten Risiko für psychische Belastungen im Wochenbett verbunden und hat einen negativen Effekt auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis (Oelhafen et al., 2021). Die eingeschränkten Möglichkeiten mütterlicher Selbstbestimmung in Akutsituationen während der Geburt (Begley et al., 2019; Noseworthy et al., 2013; Villarmeia & Kelly, 2020) bedeuten im Umkehrschluss nicht, dass informeller Zwang angewandt wurde (Oelhafen et al., 2021). Wie die Möglichkeiten und das Gefühl von Selbstbestimmung und Kontrolle erlebt werden, hängt speziell in Akutsituationen von der tragfähigen Beziehung zur Fach- und Begleitperson ab (Brauer & Strub, 2016; Meyer et al., 2017; Noseworthy et al., 2013).

Der Umgang mit der zu tragenden Verantwortung, die sich aus der Selbstbestimmung ableitet, stellt eine Herausforderung für die Gebärende dar (Jung, 2017; Snowden et al., 2011). Es besteht Konsens, dass nicht alle Gebärenden gleichermassen in die Entscheidungsfindung während der Geburt einbezogen werden möchten oder dadurch ein stärkeres Kontrollgefühl aufweisen (Büchler, 2017; Green & Baston, 2003; Noseworthy et al., 2013). Vor allem unter einem für Akutsituationen spezifischen Zeit- und Handlungsdruck scheinen einige Gebärende zu bevorzugen, die Entscheidungsfindung an Fach- und / oder Begleitpersonen abzugeben (Jung, 2017; Noseworthy et al., 2013; Snowden et al., 2011; Westergren et al., 2019). Villarmeia und Kelly (2020) betonen, dass diese Entscheidung, während der Geburt nicht aktiv entscheiden zu müssen, als selbstbestimmte Entscheidung anerkannt werden sollte.

Rechtlich gesehen liegt im Kontext der Geburt ein Spannungsverhältnis vor: Das Selbstbestimmungsrecht der Frau, über medizinische Eingriffe zu entscheiden, steht dem Schutz des Kindes gegenüber, das mit dem Einsetzen des Geburtsvorgangs strafrechtlich gesehen als Persönlichkeit gilt (Büchler, 2017). Grundsätzlich gilt, dass sowohl eine Sectio caesarea wie auch weitere geburtshilfliche Massnahmen wie eine Episiotomie oder Vakuumentraktion nur mit der Zustimmung der Frau durchgeführt werden dürfen (Büchler, 2017; Pally Hofmann, 2013). Bei einer absoluten Notfallindikation – wovon es laut Büchler (2017) nur ganz wenige gibt – kann der Verzicht auf die ausdrückliche Zustimmung der Frau diskutiert werden (Büchler, 2017). Derartige Situationen erfordern zwingend den Einbezug der vertretungsberechtigten Person. Der mutmassliche Wille sowie die objektiven Interessen der gebärenden Frau müssen berücksichtigt werden (Büchler, 2017; Pally Hofmann, 2013). Dies gilt auch für Situationen einer

vorübergehenden Urteilsunfähigkeit aufgrund der Intensität und psychischen Involviertheit der Gebärenden (Büchler, 2017; Pally Hofmann, 2013). Die situative Beurteilung der Urteilsfähigkeit einer Gebärenden liegt in der Zuständigkeit der ärztlichen Fachkräfte (Büchler, 2017). Nur einige Gebärende verlieren während der Geburt ihre Urteilsfähigkeit (Büchler, 2017).

2.4 Ethik in der Gesundheitsversorgung

Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress (2019)

Um in komplexen ethischen Situationen handlungsleitende Orientierung zu erhalten, beschreiben Beauchamp und Childress (2019) vier medizinethische Prinzipien: das Prinzip des Respekts vor der Patient:innenautonomie, das Prinzip des Nicht-Schadens, das Prinzip des Wohltuns und das Prinzip der Gerechtigkeit. Das Prinzip des Respekts vor der Patient:innenautonomie umfasst die positive Verpflichtung, Entscheidungen von Patient:innen und Patientinnen zu respektieren und sie aktiv darin zu unterstützen, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Auch die negative Verpflichtung, Patient:innen und Patientinnen nicht in ihrem autonomen Handeln einzuschränken, ist Teil des Prinzips des Respekts vor der Patient:innenautonomie. Das Prinzip des Nicht-Schadens beschreibt die negative Pflicht, Patient:innen und Patientinnen keinen Schaden zuzufügen, während das Prinzip des Wohltuns die positive Pflicht umfasst, Schaden zu verhindern und Gutes zu fördern. Mit dem Prinzip der Gerechtigkeit werden verschiedene Formen der Gerechtigkeit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene angesprochen.

An prinzipienethischen Ansätzen wird kritisiert, dass komplexe medizinische Probleme nur bedingt durch Anwendung abstrakter Prinzipien zu lösen und weitere methodische Zugänge gefordert seien (Huxtable, 2013; Maio, 2017). Huxtable (2013) anerkennt die vier medizinethischen Prinzipien als einen Ausgangspunkt, nicht aber als einen Endpunkt ethisch-moralischer Überlegungen. Maio (2017) ergänzt die Prinzipienethik mit einer Ethik der Sorge (*Ethic of Care*).

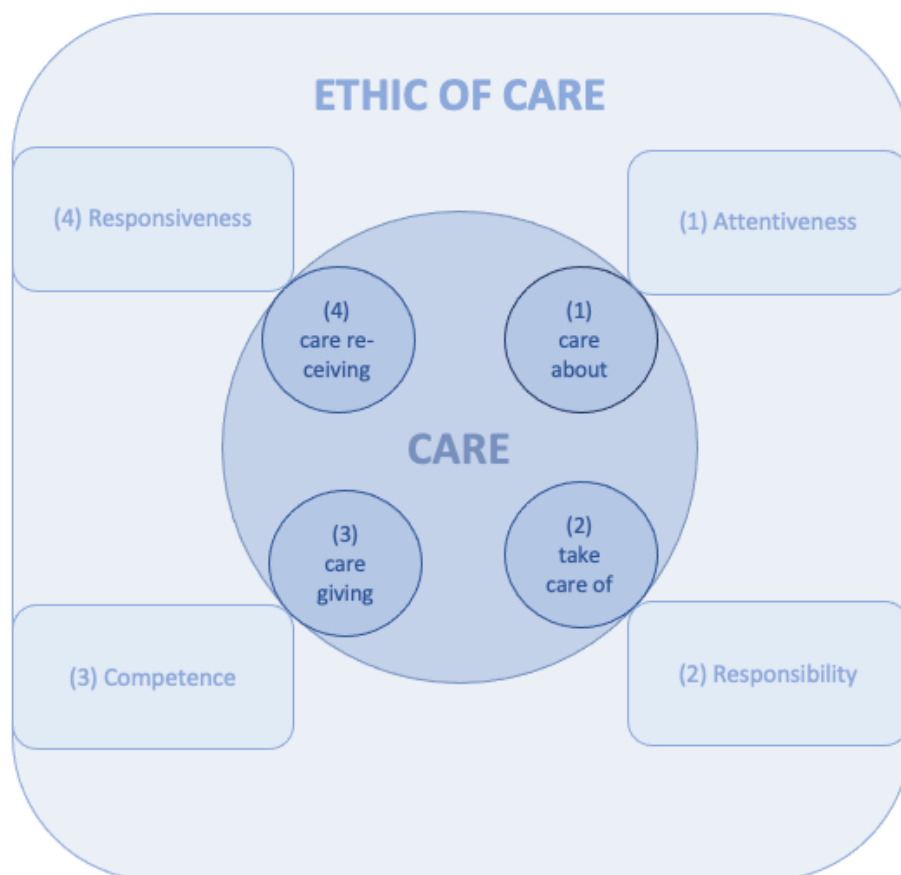
Ethik der Sorge (Ethic of Care)

Die Ethik der Sorge hat sich in den vergangenen 40 Jahren, aufbauend auf einem relationalen Verständnis von Autonomie und als Ergänzung zur Prinzipienethik, interdisziplinär entwickelt (Newnham & Kirkham, 2019). Es handelt sich um eine ethische Konzeption, deren Hauptmerkmal im Fokus auf die zwischenmenschlichen Beziehungen liegt (MacLellan, 2014; Newnham & Kirkham, 2019). Carol Gilligan prägte den Begriff 1982 in ihrem Buch *In a different voice*. Sie postulierte, dass Fürsorge und Autonomie

einander nicht ausschliessen würden (Brauer & Strub, 2016). Joan Tronto (1993) entwickelte die Ethik der Sorge massgeblich weiter und beschreibt diese als eine komplexe Praxis, die spezifische moralische Qualitäten verlange. Diese Qualitäten werden in ihrer Konzeption von Sorge (*Care*) als vierphasigen Prozess dargelegt. Die Phasen *caring about*, *take care of*, *care-giving* und *care-receiving* sind in der Praxis eng miteinander verwoben, analytisch lassen sie sich jedoch differenzieren. Aus den vier chronologisch beschriebenen Phasen des Care-Prozesses entstehen vier ethische Elemente von Care: Aufmerksamkeit (*Attentiveness*), Verantwortlichkeit (*Responsibility*), Kompetenz (*Competence*) und Resonanz (*Responsiveness*). In Abbildung 1 wurden die vier Phasen des Care-Prozesses und die dazugehörigen Elemente der Ethik der Sorge durch die Verfasserin der Master-Thesis grafisch dargestellt.

Abbildung 1

Elemente der Ethik der Sorge und des Care-Prozesses (Katja von Schulthess, 2022)



Das in Abbildung 1 dargestellte erste Element, *Attentiveness*, beschreibt die Notwendigkeit, ein Bedürfnis zu erkennen. Beim nächsten Element, *Responsibility*, geht es darum, die eigene Verantwortlichkeit hinsichtlich eines Bedürfnisses des Gegenübers anzuerkennen. Die konkrete und kompetente Handlung als Antwort auf das Bedürfnis wird beim dritten Element, *Competence*, dargestellt und das abschliessende Element, *Responsiveness*, umfasst die Reaktion des Gegenübers auf den Care-Prozess. Mit dem vierten Element wird deutlich, dass Care im Verständnis von Tronto (1993) eine Praxis beschreibt, die sich nicht allein durch gute Absichten realisiert. Sie ist erst dann verwirklicht, wenn die guten Absichten umgesetzt und vom Gegenüber als solche bewertet wurden. Die grundlegende soziale Angewiesenheit jedes Menschen fungiert bei der Ethik der Sorge als Grundannahme menschlicher Beziehung (MacLellan, 2014; Maio, 2017). Diese Angewiesenheit jedes Menschen auf seine Mitmenschen ist nicht negativ konnotiert (MacLellan, 2014; Maio, 2017). Das Handeln in der Ethik der Sorge wird nicht wie in der Prinzipienethik von abstrakten Regeln abgeleitet, sondern geht von der Praxis aus (Maio, 2017; Tronto, 1993). Durch die Singularität der jeweiligen Situationen sind individuelle Antworten auf bestehende Herausforderungen gefragt. Die daraus möglicherweise resultierende Ambivalenz zuzulassen und auszuhalten, ist ein weiteres Merkmal der Ethik der Sorge (Maio, 2017).

In dieser Master-Thesis wird die Konzeption der Ethik der Sorge nach Tronto (1993) als theoretisches Rahmenmodell angewandt. Im Kontext der vier Elemente der Ethik der Sorge nach Tronto (1993) wird dargestellt, welche Erfahrungen die Erstgebärenden bezüglich ihrer Selbstbestimmung in akuten Situationen machen und welche Relevanz sie dieser zuschreiben. Die komplexen Anforderungen an die Hebamme im Spannungsfeld zwischen Handlungsverantwortung, Fürsorge sowie Wahrung der mütterlichen Autonomie und Selbstbestimmung, insbesondere in geburtshilflichen Akutsituationen, werden anhand dieses Rahmenmodells beleuchtet. In der Hebammenarbeit sind die von Tronto (1993) formulierten vier Elemente der Ethik der Sorge – die Aufmerksamkeit, Verantwortlichkeit, Kompetenz und Resonanz – grundsätzlich bekannte Konzepte. Sie sind beispielsweise im *International Code of Ethics for Midwives* (ICM, 2014a) oder dem Grundlagendokument des Internationalen Hebammenverbands (ICM) *Philosophy and Model of Midwifery Care* (ICM, 2014b) wiederzufinden. Herausforderungen für ihre Umsetzung in der Praxis sehen Newnham und Kirkham (2019) in der Schwierigkeit, als Hebamme sowohl den strikten Leit- und Richtlinien des Spitals Folge zu leisten als auch der Individualität und den Bedürfnissen der Gebärenden gerecht zu werden.

2.5 Forschungslücke

Aus Kapitel 2.3 und 2.4 wird deutlich, dass ein Gefühl von Selbstbestimmung wesentlich zu einem positiven Geburtserleben beiträgt und entscheidend von der Betreuungsweise der Hebamme abhängen kann. Die praktische Umsetzung von Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen kann eingeschränkt und herausfordernd sein.

Zahlreiche internationale Studien fokussieren auf Entscheidungsfindungsprozesse in unterschiedlichen geburtshilflichen Kontexten wie die Ausführungen in Kapitel 2.3 aufzeigen. Entscheidungsfindungsprozesse und die subjektiven Perspektiven des Erlebens von Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen werden kaum untersucht. Faktoren, welche die Entscheidungsfindung in komplexen Situationen in der ausserklinischen Geburtshilfe in der Schweiz beeinflussen, werden von Meyer et al. (2017) beschrieben. Die Anwendbarkeit des entwickelten Modells auf andere Settings wird aufgrund der spezifischen Anforderungen und Rahmenbedingungen der ausserklinischen Geburtshilfe eingeschränkt. In der Schweiz wurde das Erleben mütterlicher Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen im Spital bis anhin nicht untersucht.

2.6 Ziel und Nutzen

Die vorliegende qualitative Untersuchung leistet einen Beitrag zum Selbstbestimmungsdiskurs aus hebammenwissenschaftlicher Sicht. Das Ziel dieser Master-Thesis ist es, die subjektive Perspektive von Erstgebärenden in der Deutschschweiz hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung in Akutsituationen zu untersuchen. Mit Hilfe der Erforschung des innenperspektivischen Erlebens werden objektivierbare Einflussfaktoren herausgearbeitet. Zu erforschen ist, welche Relevanz die Erstgebärenden der Selbstbestimmung in Akutsituationen zuschreiben. Daraus wird aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive abgeleitet, wie Selbstbestimmung in komplexen, risikobehafteten Situationen sinnvoll ausgeübt werden kann. Als Rahmenmodell dient die Ethik der Sorge, der ein relationales Autonomieverständnis zugrunde liegt.

Die Erkenntnisse zeigen auf, wie die frauorientierte Geburtsbetreuung trotz möglicherweise eingeschränkter Selbstbestimmung aufgrund akuter Situationen gelingen und ein Gefühl von Kontrollverlust minimiert werden kann. Diese frauorientierte Betreuung in Akutsituationen reduziert das Risiko traumatischer Geburtserlebnisse und leistet einen Beitrag zur psychischen Gesundheit der Wöchnerinnen (Ayers, 2004; Green & Baston, 2003; Maputle & Donavon, 2013; Waldenström et al., 2004).

2.7 Forschungsfragen

In Auseinandersetzung mit der Thematik wurden folgende Hauptforschungsfrage und zwei Unterfragen abgeleitet:

Wie erleben Erstgebärende in der Deutschschweiz Selbstbestimmung in Akutsituationen während der Geburt?

- Welche einflussnehmenden Aspekte auf die erlebte Selbstbestimmung in der Akutsituation während der Geburt werden genannt?
- Wie wird die Relevanz der Selbstbestimmung in Akutsituationen während der Geburt beschrieben?

3. Methode

3.1 Design

Aufgrund der in der Schweiz und der Hebammenwissenschaft kaum vorhandenen Forschung zum Erleben mütterlicher Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen wurde ein explorativer Forschungsansatz gewählt. Mittels semi-strukturierten Leitfadeninterviews wurde die subjektive Perspektive von Erstgebärenden hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung in Akutsituationen während der Geburt erfasst. Ein qualitativ deskriptives Studiendesign wurde angewandt, da die von diesem Design geforderte strategische Verknüpfung unterschiedlicher qualitativer methodischer Elemente eine detaillierte Beschreibung eines Phänomens zu erzeugen vermag (Sandelowski, 2000). Zudem kann die subjektiv bewertete Relevanz des Phänomens herausgearbeitet werden (Sandelowski, 2000). Persönliche Werte und Vorannahmen wurden reflektiert und – sofern möglich – ausgeklammert (Christensen et al., 2017; Lamnek & Krell, 2016).

3.2 Setting

Geburten finden in der Schweiz mehrheitlich (98.3%) in Spitälern statt (Bundesamt für Statistik [BFS], 2019). Physiologische Verläufe werden wesentlich durch Hebammen begleitet. Treten Komplikationen auf, werden ärztliche Fachkräfte hinzugezogen. Die Entscheidungskompetenz für eine vaginal-operative Entbindung oder sekundäre Sectio caesarea liegt bei der zuständigen ärztlichen Fachkraft. Ebenso wird die Durchführung dieser Interventionen durch die ärztliche Fachkraft vollzogen, wobei die Hebamme die Gebärende weiterhin begleitet. In der Regel ist eine Begleitperson der Gebärenden anwesend. Hebammen arbeiten in Spitälern im Schichtbetrieb und betreuen häufig mehrere Gebärende gleichzeitig. Einige Spitäler bieten Beleggeburten an, bei denen eine, der Frau vorgängig bekannte Hebamme, die Gebärende während der gesamten Geburtsdauer begleitet.

3.3 Population

Aus der Zielpopulation, den volljährigen Erstgebärenden, die in einem Deutschschweizer Spital eine Akutsituation während der Geburt erlebt hatten, wurde eine Gelegenheitsstichprobe (*convenience sampling*) (Döring & Bortz, 2016; Robinson, 2014) gezogen. Damit wurden die verfügbaren Ressourcen im Rahmen der Master-Thesis berücksichtigt und ein Verständnis dafür generiert, wie Erstgebärende Selbstbestimmung in Akutsituationen erlebten (Robinson, 2014).

Ein- und Ausschlusskriterien

Als Bedingung für das Erleben einer Akutsituation war der Geburtsmodus bestimmend. Eingeschlossen wurden Geburtsverläufe, die in einer sekundären Sectio caesarea mit Dringlichkeitsgrad 1-3 (vgl. Tabelle 1) oder einer vaginal-operativen Geburt endeten. Als Einschlusskriterium galt, dass zum Zeitpunkt des Interviews das Geburtserlebnis mindestens vier Wochen bis maximal ein Jahr zurückliegen musste. Das Risiko einer möglichen Belastung durch eine traumatische Stressreaktion konnte mit dem gewählten Zeitraum tief gehalten werden (Stadlmayr et al., 2007). Eine weitere Voraussetzung für die Studienteilnahme waren ausreichende Deutschkenntnisse, damit die Studienbeschreibung und die informierte Einwilligung ohne Übersetzung verstanden wurden und das Einverständnis zur Teilnahme gegeben werden konnte. Auf eine bestimmte nationale oder kulturelle Herkunft der Frauen wurde kein spezifischer Fokus gelegt. Um ein möglicherweise kulturell differierendes Verständnis von Selbstbestimmung diskutieren zu können, wurde bei den soziodemographischen Daten unter anderem die Nationalität erfasst. Auf die gezielte Auswahl besonders sensibler Fälle wie beispielsweise Frauen mit Geburtstraumata wurde aus ethischen Überlegungen verzichtet (Patton, 2015). Zweit- und Mehrgebärende wurden von der Studienteilnahme ausgeschlossen, da vorangegangene Geburtserfahrungen ein verändertes Verständnis von Selbstbestimmung mit sich bringen (Green & Baston, 2003). Frauen mit einer primären Sectio caesarea wurden ausgeschlossen, da dieser Geburtsmodus planbar ist und es von Interesse war, die erlebte Selbstbestimmung in akuten Situationen zu erfassen. Zur klaren Rollentrennung durften sich die Studienteilnehmerin und die Verfasserin der Master-Thesis vorgängig nicht kennen (Lamnek & Krell, 2016). In Tabelle 4 werden die Ein- und Ausschlusskriterien aufgelistet.

Tabelle 4

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none">• Volljährige Erstgebärende• Sekundäre Sectio caesarea (Dringlichkeitsgrad 1-3) oder vaginal-operative Entbindung• Geburt mind. 4 Wochen bis max. 1 Jahr zurückliegend• Gute Deutschkenntnisse	<ul style="list-style-type: none">• Zweit- und Mehrgebärende• Primäre Sectio caesarea• Studienteilnehmerin und Verfasserin der Master-Thesis kennen sich vorgängig

3.4 Rekrutierung

Im Zeitraum zwischen August und Oktober 2021 wurden freipraktizierende Hebammen aus den Kantonen Zürich, Thurgau und Appenzell Ausserrhoden sowie gynäkologische Praxen und die Mütter-Väter-Beratung in der Stadt Zürich über die Studie und deren Einschlusskriterien informiert. Insgesamt 23 Hebammen und gynäkologische Praxen waren bereit, Informationsmaterial aufzulegen oder zu verteilen. Der Flyer umfasste Studieninformationen und die Teilnahmebedingungen (Anhang A). Interessierte Frauen konnten telefonisch, per Kurznachricht oder E-Mail Kontakt mit der Verfasserin der Master-Thesis aufnehmen. Bei einem Telefongespräch wurden die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft und Informationen zum Interviewablauf und den Teilnahmebedingungen abgegeben. Eine schriftliche informierte Einwilligung zur Studienteilnahme (Anhang B) wurde vor dem Interview von der Teilnehmerin und der Verfasserin unterzeichnet. Trotz des Verzichts auf die gezielte Auswahl von Frauen mit Geburtstraumata, konnte nicht ausgeschlossen werden, dass sich Frauen mit einem Geburtstrauma meldeten und in die Stichprobe aufgenommen wurden.

3.5 Stichprobe

Die 14 Teilnehmerinnen waren zwischen 26 und 43 Jahre alt, der Altersdurchschnitt betrug 33 Jahre. Alle Teilnehmerinnen lebten in einer Partnerschaft und wurden von ihrem Partner bei der Geburt begleitet. 85.7% der Teilnehmerinnen wiesen einen Bildungsabschluss auf Tertiärstufe auf. Die Geburt lag durchschnittlich fünf Monate zurück. Zehn Frauen erlebten eine sekundäre Sectio caesarea und vier eine vaginal-operative Entbindung. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen wurde von Hebammen und ärztlichen Fachkräften im Schichtbetrieb betreut und war allgemein versichert. Bei einer privat versicherten Gebärenden kam deren Belegarzt zur Geburt und eine allgemein versicherte Gebärende wurde von einem befreundeten Arzt bei der Geburt betreut. Die betreuenden Hebammen waren den Teilnehmerinnen vorher nicht bekannt. Zwölf der interviewten Frauen waren im Kanton Zürich wohnhaft, eine Frau wohnte im Kanton Thurgau und eine im Kanton St. Gallen. Die Frauen hatten jeweils in ihren Wohnkantonen geboren. Eine detaillierte Übersicht der soziodemographischen Daten der Teilnehmerinnen ist Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5*Soziodemographische Daten der Studienteilnehmerinnen*

Soziodemographische Variable	n	%
Mütterliches Alter		
26-30	3	21.4%
31-35	7	50.0%
36-40	2	14.3%
41-45	2	14.3%
Nationalität		
CH	8	57.1%
DE	4	28.6%
PL	1	7.1%
XK	1	7.1%
Wohnkanton		
ZH	12	85.7%
TG	1	7.1%
SG	1	7.1%
Höchster Bildungsabschluss		
Berufslehre	2	14.3%
Eidg. Diplom / Fachausweis	3	21.4%
Diplom HF	1	7.1%
Bachelor (FH, PH, Universität)	4	28.6%
Master (FH, PH, Universität)	4	28.6%
Zivilstand		
Unverheiratet	5	35.7%
Verheiratet	9	64.3%
Versicherungsstatus		
Allgemein	12	85.7%
Halbprivat	1	7.1%
Privat	1	7.1%
Alter des Kindes		
1-4 Monate	8	57.1%
5-8 Monate	4	28.6%
9-12 Monate	2	14.3%

Soziodemographische Variable	n	%
Geburtsmodus		
II° Sectio caesarea	10	71.4%
Vakuumentraktion	4	28.6%

Anmerkung.

CH: Schweiz, DE: Deutschland, FH: Fachhochschule, HF: Höhere Fachschule, PH: Pädagogische Hochschule, PL: Polen, SG: St. Gallen, TG: Thurgau, XK: Kosovo, ZH: Zürich

Die praktische Sättigung wurde erreicht, als keine neuen Codes mehr aus dem Datenmaterial entwickelt werden konnten (Guest et al., 2006). Dafür wurden 14 Frauen befragt. Damit war die Stichprobengrösse übersichtlich genug, um eine tiefe, fallorientierte Analyse zu ermöglichen und gross genug, um zu neuen Erkenntnissen zu führen (Sandelowski, 1995).

3.6 Datenerhebung

Instrumente

Im Zeitraum von März bis Mai 2021 wurde auf den Datenbanken PubMed, Cinahl und in der Cochrane Library mit Stich- und Schlagworten der Suchkomponenten Autonomie / Selbstbestimmung, Akutsituation und Erleben eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt (Anhang C). Diese wurde im März 2022 wiederholt, zur Kontrolle weiterer relevanter Studien, die in der Zwischenzeit publiziert worden sind. Insgesamt 21 Hauptstudien aus peer-reviewten Journals wurden ausgewählt (Anhang C, Tabelle 12).

Auf Grundlage dieser Literaturrecherche wurde nach dem von Helfferich (2011) empfohlenen SPSS-Prinzip (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren) ein semi-strukturierter Interviewleitfaden mit problemzentrierten Elementen (Witzel, 2000) erstellt (Anhang D). Diese Interviewform eignet sich zur Rekonstruktion des Erlebens und subjektiven Verständnisses eines Phänomens und verlangt zugleich Offenheit und die strukturierte Lenkung des Erzählflusses durch die interviewende Person (Helfferich, 2011). Durch die Auseinandersetzung mit dem Forschungsdiskurs wurden sechs Themenblöcke definiert, zu welchen mehrheitlich offene Fragen formuliert wurden. Der Interviewleitfaden diene als Orientierung während des Gesprächs, zur Themenkontrolle und zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Interviews (Witzel, 2000). Nach dem Pilot-Interview wurde eine

optionale Abschlussfrage zum Stellenwert der Selbstbestimmung in Akutsituationen hinzugefügt.

Soziodemographische Daten wurden in einem Fragebogen erfasst, um die Heterogenität der Stichprobe beurteilen zu können (Moser & Korstjens, 2018). Bei den soziodemographischen Daten wurde mitunter nach der Indikation für den Geburtsmodus, der Schmerzmedikation sub partu, dem Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses und dem Verfassen eines Geburtsplans gefragt. Es stellte sich heraus, dass diese Themen während der Interviews detailliert besprochen wurden. Sie wurden deshalb nicht statistisch in Tabelle 5 erfasst. Zum Schutz personenbezogener Daten der Teilnehmerinnen wurde jedes Interviewprotokoll mit einer Identifikationsnummer versehen.

Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung fand zwischen September und November 2021 statt. Je nach Präferenz der Teilnehmerin wurde das Interview bei ihr zu Hause oder in Räumlichkeiten von Hebammenpraxen durchgeführt. Ein Interview fand im Büro der Teilnehmerin statt. Neun Frauen bevorzugten das eigene Zuhause. Auf die strikte Einhaltung der Privatsphäre wurde in jedem Fall streng geachtet. Bei zwei Interviews war der Partner anwesend, sieben Interviews wurden im Beisein des Kindes durchgeführt. Teilweise wurden die Gespräche durch das anwesende weinende Kind unterbrochen. Gemäss der Einschätzung der Verfasserin entstand dadurch keine Beeinträchtigung der Datenqualität. Die Gespräche wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen und auf dem Server der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) gespeichert. Nach jedem Interview wurden Feldnotizen zu einem Postskript verarbeitet, das bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt wurde (Witzel, 2000). Die Formulierung eines intuitiven Schlüsselthemas nach jedem Interview diente einer ersten Themenidentifizierung und unterstützte den iterativen Prozess der Datenerhebung und -analyse. Um eine klare Rollentrennung vorzunehmen, wurden nur Interviews durchgeführt, bei denen sich die Verfasserin der Master-Thesis und die Teilnehmerin vorgängig nicht kannten (Lamnek & Krell, 2016). Bis auf eine Ausnahme, haben alle Teilnehmerinnen der Verfasserin spontan das Du angeboten. Dennoch wurde auf die Wahrung einer professionellen Distanz im Rahmen der Forschungsbeziehung geachtet. Fachliche Fragen der Teilnehmerinnen an die Verfasserin wurden nach Beendigung des Interviews in der Rolle der Hebamme beantwortet. Als Gesprächseinstieg wurden die soziodemographischen Daten bei laufendem Aufnahmegerät mündlich erhoben. Dies ermöglichte einen lockeren Übergang in das eigentliche Gespräch, bei welchem die Teilnehmerinnen ermutigt wurden, von ihrer Geburtserfahrung zu erzählen und den Fokus spezifisch auf

den subjektiven Beginn der regelabweichenden Situation zu legen. Konkrete Nachfragen aus den Themenblöcken wurden individuell im Gesprächsverlauf gestellt. Am Schluss des Interviews erhielten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, Ergänzungen zu machen. Die Interviews inklusive der Erhebung der soziodemographischen Daten dauerten zwischen 30 und 53 Minuten; durchschnittlich 40 Minuten.

3.7 Datenanalyse

Die Analyse der semi-strukturierten Interviews erfolgte deduktiv-induktiv mit der thematischen Analyse, wie sie Braun und Clarke (2006) beschreiben. Diese Analysemethode ermöglicht aufschlussreiche Einblicke in die Erlebenswelt der Teilnehmenden und bewährt sich für explorative Forschungsfragen (Fleming et al., 2017; Jenkinson et al., 2016). Das Ziel dieser Analysemethode ist es, Muster und zentrale Themen innerhalb der Daten zu identifizieren und diese zu analysieren (Braun & Clarke, 2006). Die Flexibilität dieser Methode und ihre Unabhängigkeit von einer epistemologischen Richtung (Braun & Clarke, 2006) fügen sich ins qualitativ deskriptive Studiendesign ein. Der für diese Master-Thesis gewählte deduktiv-induktive Analyseansatz, der eine vorgängige Auseinandersetzung mit vorhandener Literatur verlangt (Braun & Clarke, 2006), war geeignet, da zum Thema Selbstbestimmung in der Geburtshilfe reichlich Literatur vorhanden ist, die Thematik bisher jedoch kaum in Akutsituationen untersucht wurde. Braun und Clarke (2006) unterscheiden zwischen der Analyse auf semantischer und auf latenter Ebene. Die Daten dieser Untersuchung wurden semantisch analysiert. Das bedeutet, dass die Aussagen im expliziten Kontext codiert wurden, die Codes also nah an den Daten vergeben wurden. Es wurden keine latenten, darunterliegenden Interpretationen codiert. Dennoch geht die Repräsentation der Daten über eine bloße Beschreibung hinaus und die Forschungsfrage wird argumentativ und in Diskussion mit bereits vorhandener Literatur beantwortet (Braun & Clarke, 2006). Die nachfolgend dargestellten sechs Phasen sind als grobe Beschreibung zu verstehen. Sie sind zwar linear dargestellt, werden jedoch rekursiv angewendet (Braun & Clarke, 2006).

Phase 1: Sich mit den Daten vertraut machen

In der ersten Phase ist vorgesehen, sich mit den Daten vertraut zu machen und ein vertieftes Verständnis der Inhalte zu erlangen. Hierfür wurden die Audiodateien nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2017) pseudonymisiert transkribiert und in die Computersoftware MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2021) exportiert. Die soziodemographischen Daten zu Beginn der Interviews wurden nicht transkribiert. Erste

Memos und je ein zusammenfassendes Mindmap jedes Interviews wurden erstellt, um die spätere Codierung zu unterstützen.

Phase 2: Entwicklung von initialen Codes

Phase 2 zielt auf die Entwicklung initialer Codes ab. Dabei wurde der gesamte Datensatz systematisch und aufmerksam hinsichtlich für die Fragestellung interessanter Aspekte untersucht und es wurden initiale Codes erstellt. Die Themen des Interviewleitfadens dienten als deduktive Codes, welche mit induktiven Codes ergänzt wurden. In Codememos wurden die Codedefinitionen, je ein Ankerbeispiel sowie die Erzeugungsweise des Codes festgehalten, um Transparenz und intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu schaffen (Anhang E). Ein Vorgehen zum Umgang mit Mehrfachnennungen im gleichen Interviewabschnitt wurde festgelegt.

Phase 3: Suche nach Themen

Die Sortierung der Codes in mögliche Themen ist das Ziel von Phase 3. Die generierten Codes wurden zu möglichen Themen gruppiert und die dazugehörigen Datenausschnitte innerhalb der Themen sortiert. Die deduktiven Codes aus dem Interviewleitfaden dienten als vorläufige Hauptthemen. Erste Zusammenhänge wurden identifiziert. Die Strukturierung der Themen in Haupt- und Subthemen und in mögliche (noch) nicht zuordenbare Codes wurde in Mindmaps dargestellt (Anhang F, Abbildung 4). Es folgte eine visuelle Darstellung und erste Zuordnung der Themen zu den Teilaspekten der Forschungsfragen (Anhang F, Abbildung 5). Notizen zu den einzelnen Themen wurden verfasst.

Phase 4: Überprüfung und Überarbeitung der Themen

In dieser Phase soll eine Themenüberprüfung auf zwei Ebenen stattfinden. Auf der ersten Ebene erfolgte die Kontrolle, ob die codierten Datenausschnitte zu den zugeordneten Themen passen. War dies nicht der Fall, wurde das entsprechende Thema umbenannt, ein neues Thema erstellt oder die unpassenden Datenausschnitte neu zugeordnet. Auf der zweiten Ebene wurden die identifizierten Themen in Bezug zum gesamten Datensatz überprüft. Es wurde kontrolliert, ob die thematische Darstellung die Bedeutung des gesamten Datensatzes exakt wiedergibt und diese wurde gegebenenfalls angepasst. Die vorläufig definierten Haupt- und Subthemen wurden kritisch überprüft, angepasst und im Rahmen von Peer-Feedback diskutiert.

Phase 5: Definition und Benennung der Themen

Phase 5 sieht vor, die Essenz jedes identifizierten Themas herauszuarbeiten und eine detaillierte Analyse zu verfassen. Hierfür wurde jedes Thema einzeln und in Beziehung zu den anderen Themen betrachtet. Es erfolgte die Ausarbeitung und klare Abgrenzung von Haupt- und Subthemen. Die visuelle Darstellung in Mindmaps sowie der Peergruppenaustausch unterstützten diesen Prozess. Das Resultat war eine klare Definition jeden Themas mit einem präzisen und prägnanten Titel.

Phase 6: Berichterstattung

In der thematischen Analyse wie sie Braun und Clarke (2006) beschreiben, ist Phase 6 die finale Berichterstattung, die mit aussagekräftigen Datenausschnitten ergänzt wird. Dies entspricht der Ergebnispräsentation und wird in dieser Master-These in Kapitel 4 ausgeführt.

3.8 Qualitätssicherung

Die von Lincoln und Guba (1985) definierten Qualitätskriterien zur Erreichung von Vertrauenswürdigkeit (*trustworthiness*) als wichtiges Gütekriterium in der qualitativen Forschung wurden für die Qualitätssicherung dieser Untersuchung angewandt. Glaubwürdigkeit (*credibility*) wurde durch eine im Rahmen der Master-These umsetzbare, konsensuelle Validierung (Lamnek & Krell, 2016) im Sinne eines regelmässigen Peergruppenaustauschs und in den Master-These Kolloquien erreicht. Zur Beurteilung der Übertragbarkeit (*transferability*) und Transparenz wurde der gesamte Forschungsprozess detailliert beschrieben (Creswell & Poth, 2018; Korstjens & Moser, 2018). Für die Datenerhebung wurde immer der gleiche Interviewleitfaden mit der gleichen Erzählaufforderung verwendet und Anpassungen daran transparent gemacht. Das qualitativ deskriptive Forschungsdesign wird beschrieben als «[...] eklektische aber vernünftige und wohlüberlegte Kombination» (Sandelowski, 2000, S. 337) verschiedener methodischer Techniken. Damit wurde dem Kriterium der Verlässlichkeit (*dependability*) nachgekommen, indem die methodischen Entscheidungen begründet wurden. Entscheidungen, Reflexionen und Notizen zur Datenerhebung und -analyse wurden in einem Forschungstagebuch dokumentiert (Korstjens & Moser, 2018). Dadurch erhöht sich die intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Lamnek & Krell, 2016; Lincoln & Guba, 1985). Um dem Kriterium der Bestätigung (*confirmability*) gerecht zu werden, wurde die Checkliste *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) von O'Brien et al. (2014) (Anhang G) und die *15-Point Checklist of Criteria for Good Thematic Analysis* von Braun und Clarke (2006)

(Anhang H) während des Forschungsprozesses zur selbstkritischen Qualitätskontrolle verwendet. Die Begleitung der Master-Thesis durch zwei Betreuungspersonen und der einhergehende kritische Austausch trugen ebenfalls zur Qualitätssicherung bei (Lincoln & Guba, 1985). Da qualitative Forschung wesentlich durch die forschende Person beeinflusst wird (Ravitch & Mittenfelner Carl, 2016), wurde der Einfluss der persönlichen Vorannahmen und Werte der Verfasserin in Bezug auf das Forschungsthema während des gesamten Forschungsprozesses im Forschungstagebuch reflektiert.

3.9 Ethische Überlegungen

Die vorliegende Master-Thesis orientierte sich zur Sicherstellung der ethischen Rahmenbedingungen an der Helsinki Deklaration (World Medical Association, 2013) und am Leitfaden *Forschung mit Menschen* (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2015), welcher am Humanforschungsgesetz (HFG) angepasst ist. Die kantonale Ethikkommission Zürich hat bestätigt, dass das Forschungsprojekt nicht in den Geltungsbereich des HFG fällt (10. August 2021, BASEC-Nummer Req-2021-00893). Die Studienteilnahme erfolgte freiwillig, unentgeltlich und nach einer informierten Aufklärung über das Ziel und den Zweck des Forschungsvorhabens. Fragen konnten jederzeit gestellt werden. Die Information für Studienteilnehmende umfasste alle von der SAMW (2015) empfohlenen Punkte. Ein Einverständnisformular wurde vor der Datenerhebung von allen Teilnehmerinnen und der Verfasserin unterschrieben.

Durch die Mitwirkung an der Studie entstand für die Teilnehmerin kein direkter Nutzen; ausser allenfalls die persönliche Erlebnisverarbeitung durch das Gespräch. Über das mögliche Risiko einer Retraumatisierung durch das Erzählen der erlebten Akutsituation unter der Geburt wurden die interessierten Teilnehmerinnen vor der Datenerhebung schriftlich und mündlich aufgeklärt. Der Interviewleitfaden wurde von einer Psychologin gegengelesen, um das Risiko zu minimieren, dass die Interviewfragen eine Retraumatisierung hervorrufen. Am Ende des Interviews wurden alle Teilnehmerinnen auf die Möglichkeit der Vermittlung psychologischer Unterstützung hingewiesen. Hierfür wurde Kontakt zu einer psychologischen Beratungsstelle mit Schwerpunkt Familie, postnatale Depression und Geburtstrauma hergestellt.

Um Vertraulichkeit zu gewähren, wurden sämtliche erhobenen Daten pseudonymisiert auf dem gesicherten Server der ZHAW gespeichert. Das einzige Dokument, das Rückschlüsse auf die Teilnehmerin zulässt, ist das Datensammlungsblatt. Dieses wurde als passwortgeschütztes Dokument in einem Ordner auf dem ZHAW-Server abgelegt. Zugriff darauf haben nur die Verfasserin der Master-Thesis, ihre Betreuungspersonen und

die Studiengangleitung. Sämtliche Roh- und Analysedokumente werden nach Abschluss der Forschung für 10 Jahre verschlossen von der ZHAW archiviert.

Mit den beschriebenen Massnahmen wurde den forschungsethischen Prinzipien Autonomie, Wohltun und Gerechtigkeit, die im Leitfaden der SAMW (2015) beschrieben sind und auf den Belmont-Report von 1979 zurückgehen, Rechnung getragen. Interessenskonflikte liegen keine vor.

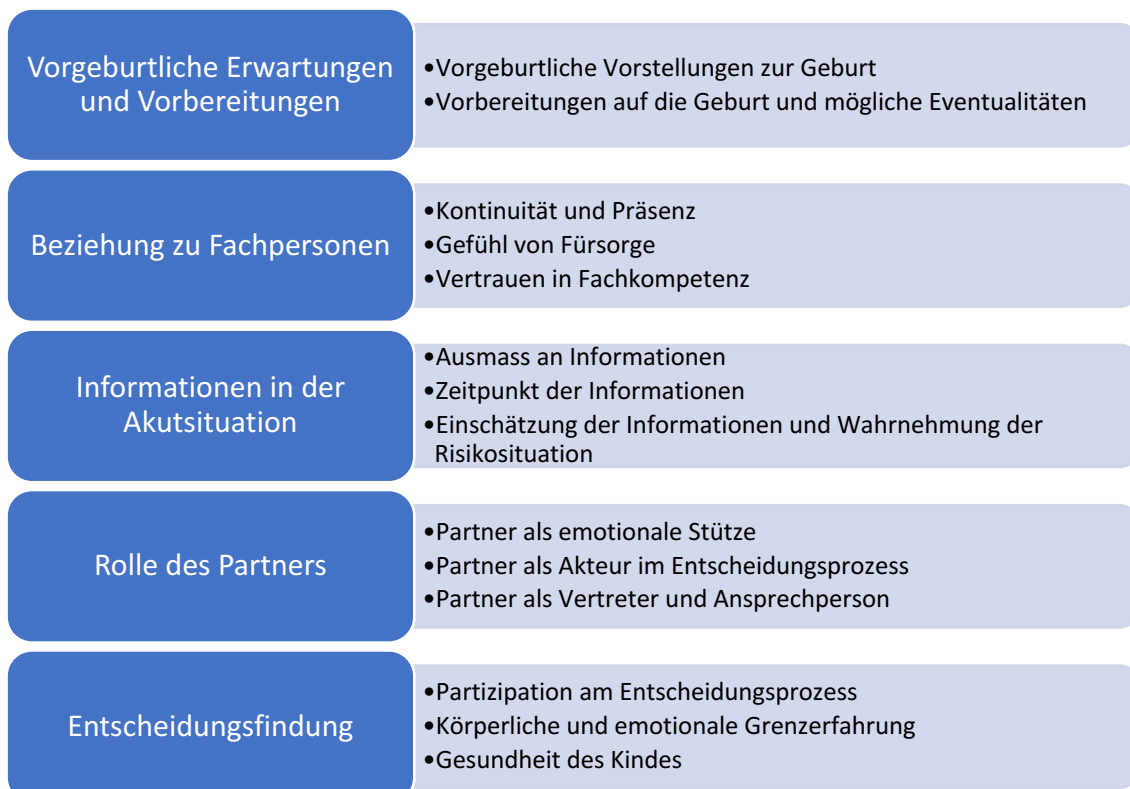
4. Ergebnisse

Von den 14 Erstgebärenden dieser Stichprobe erlebten 71.4% eine sekundäre Sectio caesarea und 28.6% hatten eine vaginal-operative Entbindung. Gesamthaft waren positiv und negativ geschilderte Geburtserlebnisse anzahlmässig ausgeglichen. Die Geburt lag durchschnittlich fünf Monate zurück. Alle Gebärenden wurden von ihren Partnern begleitet und von Hebammen und ärztlichen Fachkräften betreut.

Das Erleben von Selbstbestimmung in Akutsituationen während der Geburt wurde von den Erstgebärenden vielfältig und situationsabhängig beschrieben. Fünf Hauptthemen lassen sich als einflussnehmende Aspekte auf die erlebte Selbstbestimmung in Akutsituationen identifizieren: Vorgeburtliche Erwartungen und Vorbereitungen, Beziehung zu Fachpersonen, Informationen in der Akutsituation, Rolle des Partners und Entscheidungsfindung. Den Hauptthemen wurden jeweils zwei oder drei Subthemen zugeordnet (vgl. Abbildung 2). Diese fünf Hauptthemen widerspiegeln die zentralen Charakteristika des Erlebens der Gebärenden von Selbstbestimmung in Akutsituationen sowie deren situativ zugeschriebene Relevanz. Die in diesem Kapitel aufgeführten Zitate der Befragten werden mit einem Pseudonym, der Interview-Nummer und der Absatz-Nummer des Transkripts gekennzeichnet.

Abbildung 2

Ergebnisdarstellung



4.1 Vorgeburtliche Erwartungen und Vorbereitung

Die Befragung zeigte, dass das Erleben der Selbstbestimmung in der Akutsituation durch die Erwartungen der Gebärenden und ihre vorgeburtlichen Vorbereitungen geprägt wurde. Unter diesem Hauptthema subsumieren sich die Themen Vorgeburtliche Vorstellungen zur Geburt sowie Vorbereitungen auf die Geburt und mögliche Eventualitäten.

Vorgeburtliche Vorstellungen zur Geburt

Die Frauen schilderten unterschiedliche Vorstellungen zur Geburt und Wünsche an die Geburtsbetreuung, die sie im Vorfeld gehabt hatten. Eine natürliche Geburt wurde häufig als wünschenswert dargestellt, wobei das Verständnis davon unterschiedlich ausfiel. Viele Frauen hoben die Wichtigkeit einer interventionsarmen und selbstbestimmten Geburt sowie einer achtsamen, respektvollen Betreuung hervor. Einige Frauen schilderten ambivalente Gefühle bezüglich einer Spontangeburt. Oft wurden Respekt und Ängste vor der unbekanntem Situation genannt. Mehrere Frauen stellten die Geburt als ein weitestgehend unplanbares Ereignis dar und betonten die Notwendigkeit von Flexibilität bei gleichzeitiger Wichtigkeit, sich ihrer Präferenzen bewusst zu sein. Britta sagte beispielsweise:

Ich glaub einfach, dass man wie muss halt / also was sicher gut ist, ist wenn man weiss, dass man muss halt ein wenig flexibel sein. Dass alles, wie alles kann passieren, oder. Dass man das wie so ein wenig auch klar macht, ähm ist gut, wenn man so ein wenig Vorstellungen hat und dann eben so ein wenig ein Wunsch, aber dass man wie halt auch einfach auch muss offen sein und wissen, dass wirklich eigentlich wie alles kann passieren. (I02, Pos. 84)

Damit wird deutlich, dass der Stellenwert der Selbstbestimmung in Akutsituationen von unvorhersehbaren Ereignissen während der Geburt abhängig gemacht wurde.

Vorbereitungen auf die Geburt und mögliche Eventualitäten

Die meisten Frauen dieser Stichprobe setzten sich während der Schwangerschaft intensiv mit dem Thema Geburt auseinander. Teilweise verfassten sie Geburtspläne, die sie jedoch nur vereinzelt mit der betreuenden Hebamme besprachen. Der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses oder ein vorbereitendes Gespräch mit der nachbetreuenden Hebamme stellte für viele Frauen einen wesentlichen Teil der Geburtsvorbereitung dar. Die Frauen lasen Bücher, eigneten sich Entspannungstechniken an und tauschten sich mit Freundinnen oder Müttern aus. Von mehreren Frauen wurden die Bücher

HypnoBirthing (Mongan, 2021) und *Die selbstbestimmte Geburt* (Gaskin, 2021) aufgeführt. Bei beiden Büchern schilderten die Frauen, im Nachhinein aufgrund des geringen Realitätsbezuges enttäuscht gewesen zu sein. Besonderen Stellenwert hatte für einige Frauen der vorbereitende Austausch mit ihrem Partner. Sie besprachen gemeinsam verschiedene Geburtsszenarien und was ihnen dabei wichtig war. Dadurch konnte ihr Partner in der Akutsituation als Vertreter und Ansprechperson auftreten.

Einige Frauen schilderten, dass sie vorgängig davon ausgingen, mit einer gewissenhaften Vorbereitung gelinge eine gute Geburt. Verliefe diese nicht wie erhofft, äusserten mehrere Frauen, dass sie sich nicht optimal vorbereitet hätten. Damit übertrugen sie sich selbst eine grosse Verantwortung für ein positives Geburtserlebnis.

Das richtige Ausmass an Informationen vor der Geburt zu erhalten, bezeichneten die Frauen als «Gratwanderung» (Debora, 104, Pos. 64). Sie schilderten, dass vorgängige umfassende Informationen über unerwünschte Geburtsverläufe Sicherheit in der Akutsituation gegeben hätten. Durch das vertiefte Wissen fühlten sie sich in der Lage, besser mitsprechen zu können, und sie beschrieben ein stärkeres Kontrollgefühl. Gleichzeitig wendeten ein paar Frauen ein, dass das Wissen um mögliche Komplikationen Angst machen und belastend wirken könne: «Mir hat das ganze Wissen über verschiedene Geburts-, ähm, ich sag mal Szenarien, das hat mich ein bisschen sogar verunsichert und verängstigt» (Klara, 111, Pos. 72). Aus diesem Grund hatte eine Frau entschieden, sich bewusst nicht vertieft mit der Geburt auseinanderzusetzen. Die gleiche Frau äusserte ein starkes Vertrauen in die betreuende Hebamme und den betreuenden Arzt. Ihre Selbstbestimmung zeigte sich in diesem Fall in der Entscheidung, die Verantwortung vertrauensvoll an die Fachpersonen abzugeben.

4.2 Beziehung zu Fachpersonen

Die Beziehung zu Fachpersonen, insbesondere zu den betreuenden Hebammen, wurde als wesentlicher Aspekt in Bezug auf das Erleben von Selbstbestimmung in Akutsituationen identifiziert. Die Subthemen Kontinuität und Präsenz, Gefühl von Fürsorge und Vertrauen in Fachkompetenz charakterisieren das Hauptthema. Dass Akutsituationen durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hebammen und ärztlichen Fachkräften geprägt sind, zeigte sich insbesondere bei dem Subthema Vertrauen in Fachkompetenz. Hier erwähnten die befragten Frauen die Betreuung durch Hebammen und ärztliche Fachkräfte gleichermassen. Bei den Subthemen Kontinuität und Präsenz sowie Gefühl von Fürsorge wurde die unterstützende Rolle der Hebamme stärker betont als jene der ärztlichen Fachkräfte.

Kontinuität und Präsenz

Viele befragte Frauen hoben die Kontinuität der Betreuenden und die regelmässige und aufmerksame Anwesenheit dieser Betreuungsperson hervor. Sie schilderten, dadurch ein Gefühl von Sicherheit erhalten zu haben. Der unterstützende Effekt einer bereits bekannten Betreuungsperson wurde mehrfach erwähnt. Die Präsenz zeigte sich durch die aufmerksame, tatkräftige Unterstützung, insbesondere der Hebamme. Die Frauen dieser Stichprobe stellten unterschiedliche Erwartungen an die Betreuung durch die Hebamme oder durch die ärztlichen Fachkräfte und erlebten diese auch unterschiedlich. Für Céline (I03, Pos. 47) war die Hebamme «natürlich» kontinuierlich präsent, während sie dies von ärztlichen Fachkräften nicht erwartet und nicht erlebt hatte. Im Moment der Entscheidungsfindung vermissten einige Frauen die Unterstützung und Interessensvertretung der Hebamme. Das hatte zur Folge, dass ein Gefühl der Hilflosigkeit die Akutsituation prägte. Céline (I03, Pos. 37) beschrieb: «In dem Moment, wo die Entscheidung gefallen ist, waren die [Hebammen] einfach ruhig.» Die fehlende Unterstützung durch die, wohl häufig anwesende, jedoch im entscheidenden Moment nicht präsente Hebamme, zeigt die Bedeutung einer kontinuierlichen wie auch präsenten Betreuung durch die Hebamme für ein Gefühl von Selbstbestimmung in Akutsituationen. Eine kontinuierliche und präsente Betreuung der Hebamme stärkt das Sicherheitsgefühl der Gebärenden und vermittelt ihr Gewissheit, dass ihre Interessen angemessen vertreten werden.

Gefühl von Fürsorge

Ein das Gefühl von Selbstbestimmung in Akutsituationen beeinflussender Aspekt ist die erlebte Fürsorge der Hebamme. Viele Frauen berichteten über einen zugeneigten, empathischen Umgang der Hebamme, durch den sie sich aufgehoben fühlten. Bestärkende, beruhigende und motivierende Worte sowie eine ruhige und geduldige Art bereits während der Betreuung in der nicht akuten Situation, bildeten ein solides Fundament, um die Hebamme in der Akutsituation als Stütze wahrzunehmen. Fiona (I06, Pos. 141) beschrieb die Wichtigkeit der Unterstützung durch die Hebamme bildhaft als «an der Hand genommen [zu werden]», während die Gebärende selbstbestimmt die Richtung vorgibt. Ihre Beschreibung bezog sich auf eine Situation, in der die Gebärende die Wahl hatte, sofort eine sekundäre Sectio caesarea durchzuführen oder nochmals weiter die Spontangeburt anzustreben:

Man hadert ja trotzdem auch mit dieser Entscheidung, aber dass man die Unterstützung von aussen bekommt und so wie heisst, 'Gut, du weisst es, du spürst es, dann machen wir es.' So wie ja, das, so sinnbildlich, man wird so wie an der Hand genommen und, 'Also komm, ich helfe dir durch das durch.' (I06, Pos. 141)

Mehrere Frauen schilderten, wie sie in der Akutsituation die Kontrolle über die Geschehnisse abgeben mussten. Aufgrund der fürsorglichen Betreuung und des Gefühls, gut aufgehoben zu sein, empfanden sie dies jedoch nicht als Kontrollverlust.

Vertrauen in Fachkompetenz

In engem Zusammenhang mit dem Erleben und der subjektiven Relevanz von Selbstbestimmung in Akutsituationen steht das Vertrauen in die Fachpersonen und deren Kompetenz und Expertise. Die befragten Frauen schilderten, dass das Vertrauen in die Kompetenz der Fachpersonen ihnen Sicherheit und ein Gefühl von Kontrolle vermittelte. Viele Frauen betonten ihre Angewiesenheit auf kompetente Fachpersonen, wenn es darum ging, in Akutsituationen Entscheidungen zu treffen. Fehlendes Fachwissen und die körperliche und emotionale Grenzerfahrung der Gebärenden waren Gründe für diese Angewiesenheit. Die vertrauensvolle Abgabe der Verantwortung an die Hebamme oder ärztliche Fachkräfte wurde mehrfach als Erleichterung beschrieben:

[...] aber in einer Notsituation, und wenn irgendwas passiert, ähm, wo es dem Kind nicht gut tut oder wo es wirklich halt um Sekunden geht, finde ich es ganz wichtig, dass Vertrauen in eine Fachperson da ist, dass sie die richtige Entscheidung trifft. Und da bin ich auch bereit, die Entscheidung in dem Moment abzugeben, weil es halt nicht mich betrifft, sondern das Kind. Und ähm, das Wissen habe ich einfach nicht in dieser Situation und sie, ich gehe davon aus, sie haben einfach das Wissen, um die Entscheidung dann zu treffen. Und ich empfand das nach wie vor als Entlastung. Und das hat einfach auch mein positives Bild mit der Geburt auch bestärkt. (Klara, I11, Pos. 74)

Eine Frau schilderte, dass in der Akutsituation ein Gefühl von Selbstbestimmung für sie unwichtig war, obwohl sie sonst grossen Wert auf selbstbestimmte Entscheidungen lege. Sie begründete ihr Empfinden retrospektiv damit, dass die Fachpersonen kompetent gehandelt und richtig entschieden hätten.

Die Frauen berichteten auch von Situationen, in denen die Beziehung zu den Fachpersonen von Misstrauen und Zweifeln geprägt war. Ida (I09, Pos. 60) hinterfragte die Gründe für eine Intervention: «Aber ich habe zum Beispiel nie ganz getraut, sagen die mir jetzt wirklich, wirklich medizinische Gründe oder sind ökonomische im Hintergrund und ich erfahre es einfach nicht.» Céline (I03, Pos. 27) zweifelte an der ehrlichen Antwort der Hebammen: «Und dann habe ich sie hinterher nochmals gefragt, ob sie denn das jetzt auch als richtig empfinden. Ich glaub aber nicht, dass ich dann eine ehrliche Antwort bekommen hätte, wenn das jetzt nicht so gewesen wäre, weisst du.»

4.3 Informationen in der Akutsituation

Das Thema Informationen in der Akutsituation setzt sich aus den Subthemen Ausmass an Informationen, Zeitpunkt der Informationen sowie Einschätzung der Informationen und Wahrnehmung der Risikosituation zusammen. Das Erleben von Selbstbestimmung in Akutsituationen wurde massgeblich von diesen Aspekten geprägt.

Ausmass an Informationen

Die Frauen beschrieben unabhängig vom Geburtsmodus unterschiedliche Arten der Informationsvermittlung in der Akutsituation. Einige berichteten von einer formell wirkenden Aufklärung über die bevorstehenden Handlungsschritte, andere erhielten umfassende Informationen zur aktuellen Situation durch Hebammen und / oder ärztliche Fachkräfte. Ein Teil der Frauen erlebte die Informationsabgabe eingebettet in eine zusätzliche Vermittlung von Erklärungen und Begründungen, was positiv bewertet wurde.

Ein subjektiv angemessenes Ausmass an Informationen in der Akutsituation zu erhalten, wurde von den Frauen als zentral beschrieben, um ein Gefühl von Selbstbestimmung aufrechtzuerhalten. Dabei betonten einige Frauen, dass zu viele Informationen sie beunruhigt hätten. Evelyn beschrieb dies folgendermassen:

Zu viel mitbekommen, finde ich, ist kontraproduktiv für die wo dort liegt und ja, am Gebären ist. Wichtig ist aber trotzdem, dass man das Gefühl bekommt, dass sie weiss, was passiert. Also dass / es darf nicht im Nachhinein sein, dass man gar nicht gemerkt hat, um was das geht. Aber eben man hat / man ist nicht so aufnahmefähig. Die Informationen müssen irgendwie knapp sein und ich glaube man merkt dann schon, ob das in dieser Person innen etwas auslöst oder nicht.
(105, Pos. 26)

Fühlten sich Frauen ungenügend über die Situation informiert, beschrieben sie ein Gefühl des Nicht-Einbezugs, wie das Zitat von Nina verdeutlicht:

Weil sie haben immer über dich geredet, aber nicht mit dir. Ähm, dort durch fühlst du dich dann ein wenig zu wenig informiert, weil es halt wie das Gefühl haben, du kommst ja nicht von ihrem Fach und darum verstehst du es nicht. (114, Pos. 50)

Einige Frauen vermuteten, dass Hebammen und ärztliche Fachkräfte die Informationsvermittlung in Akutsituationen bewusst gestalteten, um keine Beunruhigung zu verursachen:

Ich glaube, dass sie es bewusst natürlich dann nicht unbedingt so sagen, um nicht aus der Ruhe zu bringen oder zu verunsichern oder was auch immer. Also ich will da wirklich auch niemandem ein Vorwurf machen. Ich finde nicht, dass sich da irgendwer falsch verhalten hat, oder so. Wahrscheinlich läuft das einfach so. (Céline, I03, Pos. 19)

Zeitpunkt der Informationen

Der Aspekt der Zeit wurde als bedeutender Einflussfaktor auf das Erleben der Selbstbestimmung während der Akutsituation beschrieben. Die Dringlichkeit der erlebten Akutsituationen war unterschiedlich. Während sich bei einigen Geburten die Akutsituation beispielsweise durch einen protrahierten Verlauf ankündigte, musste bei anderen Geburten unvermittelt rasch gehandelt werden. Dadurch erlebten die Gebärenden Unterschiede bei dem gewählten Zeitpunkt der Informationsvermittlung. Einige Frauen beschrieben, ausreichend Zeit für die Verarbeitung der erhaltenen Informationen gehabt zu haben, andere Frauen empfanden die Zeit zu knapp und hätten sich mehr vorbereitende Informationen gewünscht. Dieses Erleben korrelierte nicht immer mit der beschriebenen Dringlichkeit der Situation. Für die Beratschlagung mit dem Partner oder für eine gedankliche Anpassung an eine unverhoffte Situation Zeit zu haben, ermöglichte den Gebärenden ein stärkeres Gefühl von Selbstbestimmung. Debora äusserte:

Und ich habe dann wie gesagt, 'Gebt mir rasch eine Minute, ich muss rasch in meinem Kopf umstellen, sozusagen.' Ich muss mich rasch an diesen Gedanken gewöhnen, oder. Ähm, und das haben sie mir dann auch gegeben, also sie sind dann wie nach 10 Minuten wieder gekommen. (I04, Pos. 14)

Mehrere Frauen berichteten, dass die Hebamme oder ärztliche Fachkräfte sie vorbereitend über die regelabweichende Situation informiert hatten und sie dies als hilfreich empfanden, um sich in der Akutsituation nicht übergangen zu fühlen. Diejenigen Frauen, die keine vorbereitenden Informationen erhielten, erlebten dies negativ – insbesondere, wenn rückblickend Zeit dafür vorhanden gewesen wäre. So berichtete Jana:

Ich glaube, man / es ist halt wie das / es ist ja schlussendlich egal, ob ich wie selber entschieden habe oder ob entschieden wurde, ich glaube mir wär wie wichtiger gewesen, dass ich mehr Informationen gehabt hätte und nicht so überrascht worden wäre von dieser Akutsituation. (I10, Pos. 86)

Eine Frau, die keine vorbereitende Informationen erhalten hatte, äusserte sich ambivalent, ob dies in der Akutsituation dienlich gewesen wäre.

Einschätzung der Informationen und Wahrnehmung der Risikosituation

Die vermittelten Informationen einzuschätzen, beschrieben die Frauen in dieser Stichprobe mehrfach als grosse Herausforderung. Einerseits wurde das fehlende Erfahrung- und Fachwissen als Erstgebärende und medizinische Laiin genannt, andererseits wurde erwähnt, dass die Bedeutung der Informationen zu wenig verständlich gemacht wurde:

Aber ich weiss wie auch selber, dass ich gar nicht so gross in der Lage war, selber zu entscheiden, dass mir eben Informationen gefehlt haben, dass mir natürlich auch Fachwissen, ich bin ja kein Arzt, dass mir auch Fachwissen gefehlt hat. (Jana, I10, Pos. 86)

Dies erschwerte es den Frauen, die Gefährdungslage einzuschätzen und selbst Entscheidungen zu Handlungsoptionen zu treffen. Ebenfalls genannt wurden in diesem Zusammenhang divergierende Meinungen von Fachpersonen, welche die Gebärende in ihrer Entscheidungsfindung verunsicherten. Auch die für die Geburtshilfe teilweise spezifische Uneindeutigkeit stellte sich als herausfordernden Aspekt heraus, um akute Situationen als Gebärende einschätzen zu können und ein Gefühl von Selbstbestimmung aufrechtzuerhalten, wie das Zitat von Debora verdeutlicht:

Ich weiss, dass es nicht immer, ja eben schwarz und weiss ist, aber in dem Moment ist es halt schon trotzdem noch schwierig gewesen, jetzt sagen ja, 'Vertraue ich jetzt der Hebamme mehr oder der Ärztin mehr, wo da nebeneinander vor mir stehen?' (I04, Pos. 14)

Die vermittelten Informationen und deren Einschätzung beeinflussten die Wahrnehmung der Risikosituation. Insbesondere Frauen mit einer sekundären Sectio caesarea, berichteten, wie sie in der regelabweichenden Situation nicht wahrhaben konnten, dass die Geburt nicht physiologisch weiterverlief. Céline (I03, Pos. 74) schilderte, dass sie die Möglichkeit einer sekundären Sectio caesarea «wie so ein bisschen aussenvorgelassen oder verdrängt» hatte.

4.4 Rolle des Partners

In dieser Stichprobe wurden alle Frauen von ihrem Partner begleitet. Dessen Rolle in Bezug auf das Erleben der mütterlichen Selbstbestimmung in der Akutsituation setzt sich aus den Subthemen Partner als emotionale Stütze, Partner als Akteur im Entscheidungsprozess und Partner als Vertreter und Ansprechperson zusammen.

Partner als emotionale Stütze

Für viele der befragten Frauen bedeutete die Anwesenheit ihres Partners in der Akutsituation eine wichtige emotionale Stütze, um mit dem teilweise verminderten Kontrollgefühl umgehen zu können und sie in ihrer Selbstbestimmung zu bestärken. Dabei stand im Vordergrund, dass sie nicht allein waren, sondern von einer nahestehenden Person begleitet wurden. Helene (I08, Pos. 57) beschrieb ihren Partner als das «Rückgrat» während der Geburt und andere Frauen betonten, wie sie froh darüber waren, dass ihr Partner unbeeindruckt wirkte in der Akutsituation. Einige Frauen beschrieben die vorbehaltlose Zustimmung des Partners zu ihren Entscheidungen als wichtige Unterstützung, durch die sie ein Gefühl erhielten, sich nicht falsch entscheiden zu können.

Partner als Akteur im Entscheidungsprozess

Aus den Daten wurde erkennbar, dass viele Gebärende es schätzten, wenn ihr Partner Teil des Entscheidungsprozesses war und die Entscheidung mittrug. Sie beschrieben, dass sie dadurch die Verantwortung mit ihm teilen konnten. Nina formulierte es folgendermassen:

Ich denke, alleine wäre das / hätte ich wahrscheinlich mehr Angst gehabt oder wäre ich mir unsicherer gewesen, zum jetzt ein Kaiserschnitt machen. Er hat da natürlich auch, ähm, wie gesagt, mich besänftigt so / es ist ja damit es ihm gut geht und darum machen wir es. Und dann sind wir wie, dann weisst du aus welchem Grund, dass jetzt halt so eine Entscheidung triffst. Und bist wie noch so ein wenig bestätigt vom anderen. (I14, Pos. 68)

Einige Frauen erklärten, dass sie als Gebärende trotz des gemeinsamen Entscheidungsprozesses mit dem Partner die finale Entscheidungsmacht gehabt hätten, was sie als gut bewerteten.

Partner als Vertreter und Ansprechperson

Mehrere Frauen äusserten das Bedürfnis nach einer stärkeren Involvierung des Partners in der Akutsituation. Es war ihnen wichtig, dass ihr Partner als Ansprechperson die Kommunikation mit den Fachpersonen übernehmen und Entscheidungen in ihrem Sinne treffen konnte, wenn sie selbst nicht dazu in der Lage waren. Dies ermöglichte, dass sie loslassen und die Kontrolle abgeben konnten, wie es Geraldine schilderte:

Ich habe die Kontrolle bewusst meinem Mann abgegeben. [...] Weil an sich, wenn du Schmerzen hast und nicht mal richtig kannst atmen, wie willst du dann reden? Also, das ist noch / und auch, ich glaube, er hat auch normal dann können

kommunizieren und hat auch mich, ähm gekannt und hat auch gewusst, hey was los ist, oder. [...] Ich habe können loslassen. Das ist das Wichtigste gewesen. Und zwar komplett. (I07, Pos. 70)

In diesem Zusammenhang erläuterten einige Frauen, wie sie gemeinsam mit ihrem Partner vorgängig verschiedene Szenarien besprochen hatten: «Also ich war superfroh, dass mein Mann da war und dass der reagiert hat. Und dass der, dass er vorher genau wusste, was wir besprochen hatten» (Jana, I10, Pos. 26).

Die Frauen schätzten die Anwesenheit ihres Partners nicht nur in Bezug auf die eigene vertrauensvolle Interessensvertretung in der Akutsituation. Viele betonten, wie wichtig ihnen die Gewissheit war, dass ihr Partner sich um das Kind kümmern wird. Sie umschrieben dabei den hohen Stellenwert und bedeutsamen Einfluss des Wohls des Kindes im Zusammenhang mit ihrer Selbstbestimmung.

4.5 Entscheidungsfindung

Die befragten Frauen erlebten unterschiedlich dringliche Entscheidungssituationen. Dementsprechend situationsabhängig wurde das Ausmass des Einbezugs in die Entscheidungsfindung geschildert. Das Erleben der Selbstbestimmung im Moment der Entscheidungsfindung wurde nebst der Partizipation am Entscheidungsprozess auch durch die eigene körperliche und emotionale Grenzerfahrung und die Gesundheit des Kindes geprägt.

Partizipation am Entscheidungsprozess

Ein partnerschaftlich erlebter Umgang zwischen der Gebärenden und der Hebamme wie auch zwischen der Gebärenden und ärztlichen Fachkräften prägte die Partizipation am Entscheidungsprozess und damit das Gefühl von Selbstbestimmung in Akutsituationen. Eine Frau beschrieb ihre Hebamme dabei als «aktiver Coach» (Klara, I11, Pos. 62), während Ida (I09, Pos. 22) erklärte, dass sie «[...] wirklich ein Team [waren]». Als wichtige Voraussetzung dafür zeigte sich die Bedürfnisklärung. Wenn die Hebamme die Bedürfnisse und Werte der Gebärenden wahrnahm oder abklärte und diese respektierte, berichteten Frauen von positiv erlebter Selbstbestimmung. Eine fehlende Bedürfnisklärung konnte, wie Fiona berichtete, dazu führen, dass unterschiedliche Ziele verfolgt wurden:

Und ich glaube, es hat vielleicht wie auch damit zu tun, dass ich es nie klar gesagt habe, dass ich aber wie auch nicht klar gefragt worden bin. Also ich habe / beide

Seiten so wie angenommen haben, ja die kommt jetzt da spontan gebären, die WILL das jetzt aber auch, dass man das so weiterzieht. (106, Pos. 23)

Sowohl Fiona wie Céline beschrieben, wie sie mit ihren Bedürfnissen nicht ernst genommen wurden. Beide schilderten eine ähnliche Situation, in welcher eine sekundäre Sectio caesarea im Raum stand, aber nicht innert Minuten interveniert werden musste. Fiona wäre froh gewesen, ihr Gefühl, dass eine Sectio caesarea nötig sei, wäre ernst genommen worden. Céline wünschte sich, es wäre mehr ausprobiert worden, um die Spontangeburt zu ermöglichen.

Abhängig von der Dringlichkeit der Situation fand ein unterschiedlich ausgeprägter Einbezug in die Entscheidungsfindung statt: Mehrere Frauen hatten die Wahl, die Spontangeburt für eine Stunde weiter anzustreben oder die Geburt sofort mittels einer Sectio caesarea zu beenden. Bei einer vaginal-operativen Geburt musste laut der Schilderung der Frau so rasch gehandelt werden, dass kein explizites Einverständnis zu der Intervention erfragt wurde. Die betroffene Frau bewertete dies in der Situation nicht negativ, beschrieb es im Nachhinein jedoch als «komisches Gefühl» (Evelyn, 105, Pos. 24).

Einige Frauen, die über den Geburtsmodus aktiv (mit-)entscheiden konnten, äusserten sich ambivalent über diese Möglichkeit. Der Einbezug in den Entscheidungsprozess führte einerseits zu einem starken Kontrollgefühl, andererseits äusserten die Frauen Überforderung mit der Entscheidungsfindung. Sie erlebten unterschiedlich explizite oder implizite Empfehlungen durch die Fachpersonen. Eine undeutlich formulierte Empfehlung hinterliess bei den Gebärenden ein Gefühl der Überforderung mit der zu tragenden Verantwortung, da sie sich nur mangelhaft auf eine fachliche Empfehlung stützen konnten. Debora schilderte die Situation folgendermassen:

Ich habe wie die Entscheidung müssen treffen. Und das ist zum einen ja schön, dass man kann selbst entscheiden und nicht einfach vor vollendete Tatsachen gestellt wird und zum anderen ist es natürlich eine völlige Überforderung, eigentlich. Also eben, sagt jemand ja wie, 'Ihr Kind ist gestresst, es wäre vielleicht gut, man würde es holen, aber Sie müssen entscheiden, vielleicht können wir trotzdem noch ein wenig warten.' (104, Pos. 14)

Bei anderen Geburten beschrieben die Frauen eine Art Schein-Selbstbestimmung, bei welcher die Entscheidung bei ihnen lag, sie sich von den Fachpersonen aber überredet fühlten oder die Akutsituation keine wirklichen Optionen bot, wie das Zitat von Maria zeigt:

Also ähm, ich bin dann wie so ein bisschen zwischen zwei Stühlen gewesen, habe nicht gewusst / und auf der anderen Seite bin ich halt wirklich kaputt gewesen von diesen Schmerzen, ich habe nicht mehr mögen und bin dann einfach, habe dann einfach nur noch an den Kaiserschnitt gedacht. So ist das gewesen. Also ich, die Entscheidung ist zwar schon an mir gelegen, aber man hat mich ein bisschen so in diesen Weg geleitet finde ich. Weiss nicht. (I13, Pos. 16)

Mehrere Frauen schilderten sehr positiv erlebte Entscheidungsfindungsprozesse, in die sie trotz Zeitknappheit in der Akutsituation einbezogen wurden und kein Gefühl von Kontrollverlust erlebten. Klara (I11, Pos. 26) sagte, dass die Hebamme «immer das Gefühl uns gegeben [hat], dass wir mitentscheiden können.» Lea (I12, Pos. 108) war froh um die Möglichkeit, entscheiden zu können, ob sie die Spontangeburt weiter anstreben möchte oder nicht: «Was war für mich wichtig? Zum Beispiel das, dass ich kann entscheiden. [...] Ich denke, dass, ja, ich konnte darüber entscheiden zusammen mit meinem Mann.» Mehrmals betonten die Frauen jedoch auch, dass für das Erleben von Selbstbestimmung in der Akutsituation wichtiger war, wie die Entscheidung getroffen wurde, statt durch wen. Céline (I03, Pos. 47) formuliert es folgendermassen: «Ja (...) vielleicht auch, dass sie es irgendwie so sagen, als wäre es so eine gemeinsame Entscheidung gewesen.»

Für viele Frauen reduzierte sich das erlebte Kontrollgefühl mit dem Einsetzen der Akutsituation. Manche beschrieben dies als zu erwartbare und normale Entwicklung. Ein Gefühl des Kontrollverlusts und fremdbestimmter Entscheidungen begleitete einige Frauen unabhängig von der Dringlichkeit der Situation. Wobei alle Frauen, die dies so erlebten, eine sekundäre Sectio caesarea hatten. Bei Jana blieb der Eindruck, dass ihr etwas genommen wurde:

Auch wenn es vielleicht ein bisschen den eigenen Kopf hinweg und über deine Wünsche hinweg entschieden wird. Ja. Ja ich habe da wie das Gefühl gehabt, man hat mir was genommen. Aber ich gebe jetzt nicht irgendjemandem die Schuld dafür. (I10, Pos. 20)

Céline (I03, Pos. 17) beschrieb einen paternalistischen Umgang: «[...] also ich hatte dann insgesamt so ein bisschen das Gefühl, dass sie mich so ein bisschen, ja so, wie so ein Kind behandelten, um es mal so überspitzt zu sagen, ja.» Als fremdbestimmt erlebte Entscheidungen konnten besser akzeptiert werden, wenn die Gewissheit bestand, dass alles versucht wurde, um den unerwünschten Geburtsausgang zu verhindern: «Ja also, es ist schon nicht eine Kontrolle eigentlich, sondern man hat sich dann

halt angepasst der Situation und sich damit auseinandergesetzt und irgendwann akzeptiert, dass es jetzt halt anders ist, als man es hat wollen» (Nina, I14, Pos. 40).

Körperliche und emotionale Grenzerfahrung

Die befragten Frauen beschrieben, wie die körperliche und emotionale Grenzerfahrung während der Geburt ihr Erleben von Selbstbestimmung in akuten Entscheidungssituationen prägte. Extreme Schmerzen, Schlafmangel und die emotionale Involvierung führten dazu, dass einige Frauen sich wünschten, die Geburt wäre schnell vorbei. Sie erklärten, durch diesen Wunsch durchsetzungsstark geworden zu sein. Manche Frauen erwähnten allerdings auch eine reduzierte Aufnahmefähigkeit als Gebärende in der Akutsituation. Diese gehemmte kognitive Leistungsfähigkeit führte dazu, dass Frauen es als herausfordernd beschrieben, in diesem Zustand Entscheidungen zu treffen.

[...] ich habe das auch so ein bisschen am Rande mitbekommen, dass, eben dass sie eigentlich mit der Saugglocke jetzt möchten helfen, habe aber irgendwie diese Information so für mich in diesem Moment, nicht können verarbeiten, aber es hat wie nichts ausgelöst in mir. Ich habe nicht / ich habe mich nicht gefragt, 'Ist es nötig?', ich habe mich nicht gefragt, 'Ist es gut für ihn?', sondern es ist einfach gewesen. Es ist irgendwo am Rande in mein Bewusstsein reingedrungen. (Evelyn, I05, Pos. 12)

In diesem Zusammenhang wurde eine Vulnerabilität der Gebärenden sichtbar. Ida beschrieb, während der Akutsituation in einer Art Verhandlungsprozess mit der Hebamme gestanden zu haben. Sie diskutierte die Notwendigkeit des Kristellerhandgriffs, konnte ihren Standpunkt aufgrund der kurzen Wehenabstände jedoch nur begrenzt verteidigen und lenkte schlussendlich ein:

[...] als die Hebamme dann meinte, 'Ja ich würde gerne von oben ein bisschen mitschieben', da habe ich sie angekuckt und hab gesagt, 'Naja, also wenn Sie das Gefühl haben, es geht dann voran, gerne, aber wir wissen beide, es bringt nichts, oder?', 'Ja wir können es ja trotzdem mal probieren!' Da habe ich so/ wäre keine Presswehe gekommen, hätte ich glaube ich weiter mit ihr diskutiert, aber ich hatte dann gefunden, 'Ach komm, soll sie machen, wenn es hilft, ist ja gut!'. (I09, Pos. 42)

Gesundheit des Kindes

Das Wohlergehen des Kindes zeigte sich als stark beeinflussenden Aspekt auf die Entscheidungsfindung und das Erleben mütterlicher Selbstbestimmung in der Akutsituation.

Durch die Wahrnehmung einer vorhandenen Risikosituation wurde eine veränderte Haltung zur eigenen Selbstbestimmung erkennbar. Die Frauen beschrieben die Situation häufig als belastend. Ihr Fokus verschob sich weg vom eigenen Geburtserlebnis hin zur Gesundheit des Kindes. Die Gesundheit des Kindes hatte für alle Frauen absoluten Vorrang vor weiteren persönlichen Bedürfnissen oder vorherigen Erwartungen an die Geburt. Dementsprechend wurde in Akutsituationen stets zugunsten des Kindes entschieden. Geraldine erklärte:

Und im Nachhinein muss ich so sagen, ist noch witzig, dass man immer über die Selbstbestimmung redet von der Frau, aber eigentlich ist es ja die Geburt vom Kind, oder. Ist ja nicht meine Geburt, ist die Geburt vom Kind. [...] eigentlich geht es bei dieser Geburt gar nicht um mich, sondern es geht um meine Tochter, was für sie schlussendlich am besten ist. (I07, Pos. 100)

Viele Frauen berichteten, wie ihr gesundes Kind sie, rückblickend betrachtet, über das unerwünschte Geburtserlebnis hinwegtröstete und negativ erlebte Betreuungssituationen abgemildert empfunden wurden: «Weil es ist ja gesund, man hat ja dann das Kind und man vergisst dann auch schnell wieder, oder» (Anna, I01, Pos. 58).

5. Diskussion

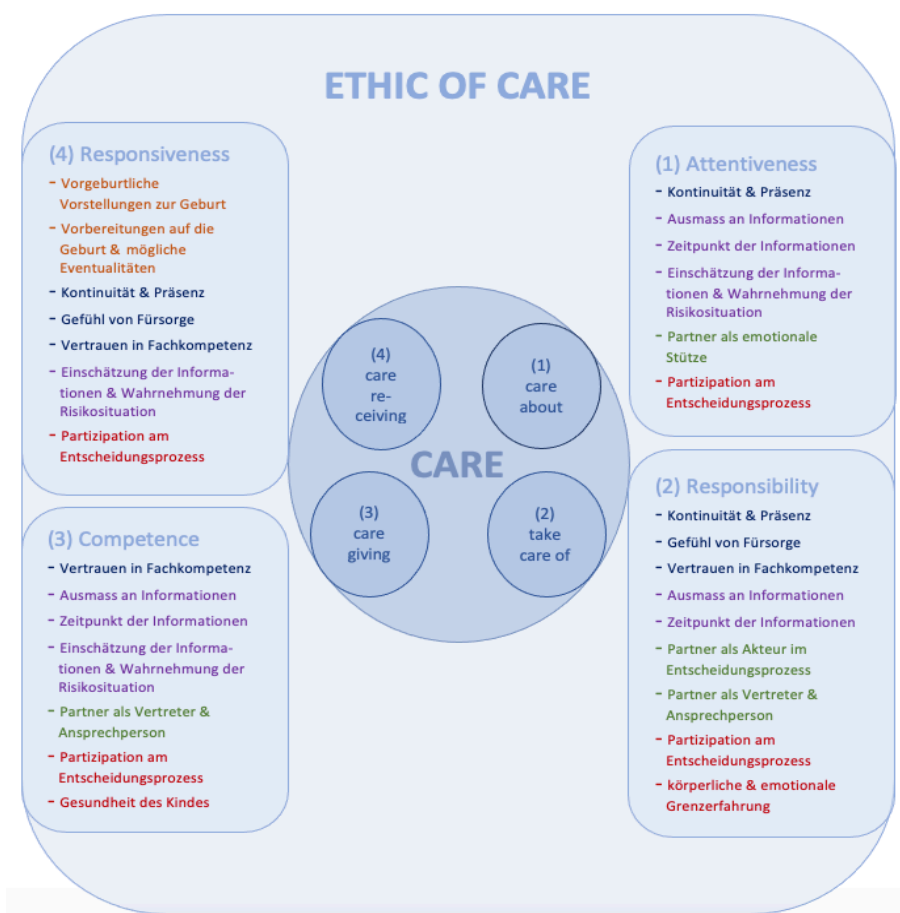
Das Ziel dieser Master-Thesis war die Untersuchung der subjektiven Perspektiven von Erstgebärenden hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung in Akutsituationen. Hierfür wurden mit 14 Erstgebärenden semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit problemzentrierten Anteilen durchgeführt und mit der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) analysiert. Die Erstgebärenden in dieser Untersuchung erlebten Selbstbestimmung in Akutsituationen durch unterschiedliche Aspekte beeinflusst. Die fünf identifizierten Hauptthemen mitsamt Subthemen bekräftigen, dass sich ein relationales Verständnis von Selbstbestimmung (Brauer & Strub, 2016; Christman, 2020; Stoljar, 2018) in Akutsituationen bewährt, wie im nächsten Abschnitt dargelegt wird.

Die vorgeburtlichen Erwartungen an die Geburt und die Vorbereitungen auf die Geburt prägten das Erleben der Selbstbestimmung in der Akutsituation. Ebenso zeigte sich die Beziehungsgestaltung zu betreuenden Fachpersonen, insbesondere der Hebamme, als Einflussfaktor. Das relationale Erleben und Verständnis der Gebärenden von Selbstbestimmung in Akutsituationen wird in diesem Kontext beispielsweise durch die Entscheidung der Gebärenden, die Verantwortung in Akutsituationen an die Fachperson abzugeben, sichtbar. Das Ausmass, der Zeitpunkt sowie die persönliche Einschätzung der erhaltenen Informationen und Wahrnehmung der Risikosituation beeinflussten, wie die Erstgebärenden ihre Selbstbestimmung in Akutsituationen erlebten. Eine bedeutende Rolle hinsichtlich der Relevanz und dem Erleben der mütterlichen Selbstbestimmung kam dem anwesenden Partner als Vertrauens- und Vertretungsperson zu. Dies hebt die im relationalen Verständnis von Selbstbestimmung betonte Wichtigkeit des sozialen Kontextes (Stoljar, 2018) hervor. Schliesslich wurde das Erleben der Selbstbestimmung in Akutsituationen durch die Entscheidungsprozesse geprägt. Ausschlaggebend waren die Partizipation an der Entscheidungsfindung, die eigene körperliche und emotionale Grenzerfahrung sowie die Gesundheit des Kindes. Bei Letzterem zeigte sich das relationale Verständnis von Selbstbestimmung deutlich: Entscheidungen in Akutsituationen wurden wesentlich vom Wohl des Kindes mitbestimmt. Die Komplexität des Erlebens und der Relevanz von Selbstbestimmung in Akutsituationen zeigte sich durch die genannten Aspekte in ihrer Einzelheit, aber auch durch ihre gegenseitige Beeinflussung. Den Aspekten wurde situativ eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen. Diese Situationsabhängigkeit bestimmte die von den Frauen empfundene Relevanz der Selbstbestimmung: Mochten einzelne Aspekte zwischenzeitlich im Hintergrund stehen, konnten sie jederzeit in den Vordergrund rücken und der erlebten Selbstbestimmung eine neue Gestalt geben.

Die Konzeption der Ethik der Sorge mit den vier Elementen Aufmerksamkeit, Verantwortlichkeit, Kompetenz und Resonanz wird nachfolgend herangezogen, um das Erleben und die Relevanz der mütterlichen Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen im Kontext der vier Elemente der Ethik der Sorge nach Tronto (1993) darzustellen. Die komplexen Anforderungen an die Hebamme (und an weitere Betreuungspersonen) im Spannungsfeld zwischen Handlungsverantwortung, Fürsorge sowie Wahrung der mütterlichen Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen werden anhand dieses Rahmenmodells beleuchtet. Die vier Elemente werden in der Konzeption von Tronto (1993) zwar als aufeinanderfolgende Phasen dargestellt, sie betont jedoch deren enge Verflechtung in der praktischen Anwendung. Diese Verflechtung wird in geburtshilflichen Akutsituationen besonders sichtbar, sowohl bei der Sorge-Beziehung zwischen Fachperson und Gebärender als auch zwischen Partner und Gebärender. Abbildung 3 zeigt die analytische Zuordnung und die Überlappung der Themen zu den jeweiligen ethischen Elementen.

Abbildung 3

Analytische Zuordnung der Themen zu den Elementen der Ethik der Sorge (Katja von Schulthess, 2022)



Anmerkung.

Farblegende der zugehörigen Hauptthemen: **Vorgeburtliche Erwartungen und Vorbereitungen**, **Beziehung zu Fachpersonen**, **Informationen in der Akutsituation**, **Rolle des Partners**, **Entscheidungsfindung**

5.1 Aufmerksamkeit (Attentiveness)

Mit der Konzeption der Ethik der Sorge betrachtet, fokussiert das Element der Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit der Hebamme, die individuellen Bedürfnisse der Gebärenden aufmerksam wahrzunehmen und darauf einzugehen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wie auch die Schlussfolgerungen von Green und Baston (2003) zeigen auf, dass das mütterliche Erleben von Selbstbestimmung und das externale Kontrollgefühl durch eine Haltung der Aufmerksamkeit von Seiten der Hebamme beeinflusst wird. Nahm die Hebamme die Bedürfnisse der Gebärenden wahr und respektierte diese, prägte dies den Entscheidungsprozess wesentlich. Dadurch wurde das Gefühl von Selbstbestimmung in Akutsituationen gestärkt. Für die aufmerksame und sensible Bedürfniswahrnehmung ist eine kontinuierliche Betreuung eine wichtige Voraussetzung. In der vorliegenden Untersuchung wurde dies als beeinflussenden Aspekt auf das mütterliche Erleben von Selbstbestimmung identifiziert. Im Forschungsdiskurs findet sich Bestätigung dafür für Kontexte ohne spezifischen Fokus auf Akutsituationen (López-Toribio et al., 2021; O'Brien et al., 2017). Damit zeigt sich Konstanz in den Anforderungen an die Hebamme zwischen nicht akuten und akuten Situationen.

Die befragten Frauen stellten unterschiedliche Erwartungen an Hebammen und ärztliche Fachkräfte bezüglich der Betreuungskontinuität. Dies kann als Ausdruck der engeren Beziehung der Gebärenden zu den Hebammen interpretiert werden und hebt die Wichtigkeit empathischer und aufmerksamer Hebammenbetreuung hervor. Besonders relevant ist diese im Kontext einer sekundären Sectio caesarea: Dieser Geburtsmodus scheint öfters zu einem Gefühl von Kontrollverlust in der Akutsituation zu führen, als dies bei einer vaginal-operativen Entbindung der Fall ist. Die invasive Intervention, das situative Ausgeliefertsein und die persönliche Enttäuschung der Gebärenden mögen hierfür ursächlich sein.

Speziell in Bezug auf die Informationsvermittlung während der Akutsituation zeigt sich die Wichtigkeit des Elements der Aufmerksamkeit. Das individuell angemessene Ausmass und der Zeitpunkt von Informationen beeinflussten die Einschätzung der Informationen. Dies prägte die eigene Partizipation sowie die des Partners am Entscheidungsprozess und damit das Erleben von Selbstbestimmung. Unterschiedliche Quellen bestätigen dies für Kontexte ohne Schwerpunkt auf Akutsituationen (Begley et al., 2019;

Bringedal & Aune, 2019; López-Toribio et al., 2021; O'Brien et al., 2017). Von der Hebamme wird also die Sensibilität verlangt, individuell wahrzunehmen, wann die Gebärende wie umfassende Informationen benötigt. Zu diesem Schluss kommen auch die Experten und Expertinnen in der Delphi-Studie von Nieuwenhuijze et al. (2014). Vorbereitende, verständliche Informationen unterstützten bei den befragten Frauen das Gefühl von Selbstbestimmung in Akutsituationen. Dies kann als Adaptationsmöglichkeit an eine unerwartete Situation interpretiert werden. Fehlten vorbereitende und nachvollziehbare Informationen trotz rückblickend ausreichend vorhandener Zeit, gelang dieser Adaptationsprozess weniger gut und die Frauen fühlten sich nicht einbezogen. Die Schilderungen der Frauen deuten darauf hin, dass nur wenige Situationen in solchem Masse akut sind, dass keine vorbereitenden Informationen möglich sind. Wird dieser Umstand ignoriert oder vom grundsätzlichen Nicht-Verstehen der Gebärenden ausgegangen, ohne sich um eine adressatengerechte Einbettung der Informationen zu bemühen, zeugt dies von einer paternalistischen Haltung. Diese entspricht nicht dem Element der Aufmerksamkeit und verhindert eine frauenzentrierte Begleitung (Hunter, 2017; Maputle & Donavon, 2013).

Analog zu den drei in Kapitel 2 dargelegten Stufen der Partizipation an Entscheidungsprozessen (AWMF, 2020) – die informierte Zustimmung, die informierte Wahl und die PEF – wird in den Schilderungen der Frauen eine dreistufige Art der Informationsvermittlung erkennbar. Für eine informierte Zustimmung benötigt es ausschliesslich Informationen. Eine informierte Wahl verlangt Erklärungen, um die Informationen zu kontextualisieren und für die Ermöglichung einer PEF müssen zusätzlich die Präferenzen der Gebärenden berücksichtigt werden. Die Umsetzung von PEF in Akutsituationen wird in Kapitel 5.3 kritisch diskutiert. Dass zusätzlich zur Informationsvermittlung Erklärungen und Begründungen wichtig sind für ein Gefühl von Selbstbestimmung, unterstreichen die Ergebnisse von Oelhafen et al. (2021): Frauen berichteten über ein höheres Ausmass an informellem Zwang, wenn sie den Grund für eine Intervention nicht verstanden. Dennoch zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass auch eine informierte Zustimmung in der Akutsituation als selbstbestimmt erlebt werden kann. Voraussetzung dafür ist eine gute Beziehungsqualität zwischen Gebärender und Hebamme, die den Mangel an Erklärungen aufgrund der Akutsituation ausgleicht.

5.2 Verantwortlichkeit (Responsibility)

Das Element der Verantwortlichkeit bedeutet in der Konzeption der Ethik der Sorge, dass sich die Hebamme verantwortlich fühlt, sich bestmöglich um die Gebärende zu kümmern. Trotz der zu erwartenden Selbstverständlichkeit dieses Elements, legen die

Ergebnisse dieser Untersuchung sowie jene aus internationaler Forschung (Begley et al., 2019; Jung, 2017; Oelhafen et al., 2021; Vedam et al., 2019; Villarmeia & Kelly, 2020) nahe, dass die Haltung in der Praxis nicht immer zufriedenstellend umgesetzt wird oder werden kann. Die Schilderungen der befragten Frauen zeigen, dass – möglicherweise aufgrund struktureller Bedingungen – die kontinuierliche Anwesenheit der Hebamme nicht immer gegeben war. Dies beeinflusste das Vertrauen in die Fachperson und ihre Kompetenz wie auch das erlebte Ausmass und den Zeitpunkt der Informationsvermittlung. Ein negativer Effekt auf das mütterliche Gefühl von Selbstbestimmung in der Akutsituation resultierte daraus. Ein präsentes Gegenüber, dessen Empathie, Fürsorge und Verantwortungsverpflichtung spürbar ist, ist für das Gefühl von Selbstbestimmung und Kontrolle also besonders in Akutsituationen bedingend. Diese Tatsache wird für Kontexte ohne Fokus auf Akutsituationen durch verschiedene Studien gestützt (Bringedal & Aune, 2019; López-Toribio et al., 2021; Namey & Lyerly, 2010; O'Brien et al., 2017).

Die von Hebammen gelebte Haltung der Verantwortlichkeit zeigte sich in dieser Untersuchung auch durch das von den Frauen beschriebene Gefühl von Fürsorge, welches eine positive Auswirkung auf das Gefühl mütterlicher Selbstbestimmung in der Akutsituation hatte. Bringedal und Aune (2019) kommen in ihrer qualitativen Studie mit 10 norwegischen Erstgebärenden, die eine vaginale Geburt am Termin hatten, zu ähnlichen Ergebnissen. Dies legt nahe, dass Frauen unabhängig vom Geburtsmodus und der Dringlichkeit der Situation ein Bedürfnis nach Fürsorge im Kontext ihrer Selbstbestimmung haben. Dieses Ergebnis bekräftigt die Forderung von Eckardt (2020) nach einer stärkeren Verbindung der Prinzipien Selbstbestimmung und Fürsorge.

Die enge Koppelung von Selbstbestimmung mit Verantwortungsübernahme kommt im geburtshilflichen Kontext besonders zum Vorschein: Spezifisch für die Geburtshilfe ist, dass die Gebärende Verantwortung sowohl für sich selbst wie auch für das ungeborene Kind trägt. Dadurch wird die mütterliche Selbstbestimmung massgeblich beeinflusst. Vor diesem Hintergrund ist die erleichternd erlebte Abgabe der Verantwortung an die Hebamme und das damit verbundene Vertrauen in deren Expertise zu diskutieren. Die von den befragten Frauen beschriebene körperliche und emotionale Grenzerfahrung in Akutsituationen erschwerte es häufig, kognitive, rationale Entscheidungen zu treffen oder für sich einzustehen. Zudem waren die Möglichkeiten umfassender Informationsvermittlung inklusive kontextualisierender Erklärungen durch die Zeitknappheit eingeschränkt. Insbesondere wenn explizite fachliche Empfehlungen fehlten, beschrieben die Frauen Überforderung mit der Entscheidungsfindung und der Verantwortungsübernahme. Es wird klar, dass Erstgebärende in Akutsituationen auf verständliche, klare und begründete Empfehlungen der Fachpersonen angewiesen sind und sich von diesen leiten lassen.

Zu diesem Schluss kommen auch Noseworthy et al. (2013) in ihrer neuseeländischen Untersuchung zu Entscheidungsprozessen in der Plazentaperiode und betonen die Notwendigkeit relationaler Entscheidungsmodelle. Weitere internationale Studien bestätigen, dass viele Schwangere und Gebärende die Verantwortung und Kontrolle unter gewissen Umständen an die Hebamme oder eine andere Fachperson abgeben möchten (Bringedal & Aune, 2019; Meyer et al., 2017; Namey & Lyerly, 2010; Snowden et al., 2011). Jung (2017) unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass ein individualistisch gefärbtes Selbstbestimmungsverständnis, in welchem Gebärende wohl informiert Entscheidungen während ihres Geburtsverlaufs eigenständig treffen sollten, den Gebärenden eine falsche Verantwortung aufbürde, sie verletzlich für Schuldzuweisungen bei Fehlentscheidungen mache und Fachpersonen aus deren Verantwortung ziehe. Anders als die Tendenz der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, schätzten bei Vedam et al. (2019) nur knapp die Hälfte der Befragten (47.3%) den Input der Fachpersonen bei der Entscheidungsfindung. Diese divergierenden Ergebnisse lassen sich mit der erhöhten Angewiesenheit von Gebärenden in Akutsituationen erklären.

Die durch die Hebamme wahrgenommene Verantwortung als zweites Element der Ethik der Sorge ist also eine wichtige Voraussetzung für das Erleben von Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen. Während ein Nicht-Einbezug in keiner Situation als positiv erlebt wurde, schilderten die befragten Frauen die Partizipation am Entscheidungsprozess komplex und situationsabhängig. Dadurch sind Fachpersonen herausgefordert, das Ausmass des Einbezugs individuell angemessen zu gestalten. Diese Herausforderung auszuhalten und individuelle Lösungen zu finden, charakterisiert die Ethik der Sorge (Maio, 2017). Der gelungene Einbezug von Patientinnen und Patienten (oder hier Gebärenden) hängt laut der Analyse zum Konzept der Patient:innenpartizipation von Castro et al. (2016) nicht nur von der Haltung der Fachpersonen ab, auch passende institutionelle Strukturen sind eine wesentliche Voraussetzung. Hier könnte das SDM-Modell von Freeman et al. (2004) als Handlungsleitlinie strukturell unterstützend wirken. Es gliedert sich in die Konzeption der Ethik der Sorge ein und deckt sich mit dem Element der Verantwortlichkeit. Freeman et al. (2004) unterscheiden in ihrem SDM-Modell zwischen Entscheidungen mit geringem, mittlerem und hohem Risiko. Entsprechend der Risikostufe wird die Entscheidung mehrheitlich durch die Gebärende, gemeinsam mit der Hebamme, oder bei hohem Risiko durch die Hebamme getroffen. Auch Meyer et al. (2017) berücksichtigen in ihrem Modell das Gefahrenpotenzial ausserklinischer geburtshilflicher Situationen. Durch den vorgängigen Austausch über die Entscheidungsmacht entsprechend den verschiedenen Risikostufen entsteht eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Hebamme und Gebärender mit einer klaren Definition von Rollen und

Verantwortung (Freeman et al., 2004). Dieser individuelle und situationsabhängige Einbezug der Gebärenden widerspiegelt einerseits die Ethik der Sorge, andererseits zeichnet sich dadurch Patient:innenpartizipation im Sinne von Castro et al. (2016) aus und ermöglicht eine frauenzentrierte Betreuung und Empowerment der Gebärenden (Castro et al., 2016; Hunter, 2017; Maputle & Donavon, 2013).

5.3 Kompetenz (Competence)

Das dritte Element der Ethik der Sorge, die Kompetenz, beschreibt die konkrete, kompetente und individuell angepasste Handlung der Hebamme auf ein Bedürfnis der Gebärenden. Die Bedeutung dieses Elements bezüglich des Erlebens von Selbstbestimmung in Akutsituationen wird besonders durch das Subthema Vertrauen in Fachkompetenz sichtbar. Fühlte sich die Gebärende in der Akutsituation kompetent betreut, vermittelte dies ein Gefühl von Sicherheit. Erstgebärende werden durch die Geburt mit einer neuartigen Erfahrung konfrontiert. Sie können nicht auf eigenes Erfahrungswissen zurückgreifen. Durch die Akutsituation erhöhte sich bei vielen Frauen das Ausmass an Angst und Sorgen, was mit einem potenziell verminderten Kontrollgefühl (Snowden et al., 2011) einhergeht. Vertrauen in die Hebamme und ihre Expertise ermöglichte, als Gebärende loszulassen, und stärkte gleichzeitig ihr Kontrollgefühl, wie aus den Ergebnissen dieser Untersuchung klar und von Namey und Lyerly (2010) auch für Kontexte ohne Fokus auf Akutsituationen bestätigt wird.

Das Element der Kompetenz steht in engem Zusammenhang mit dem Element der Verantwortlichkeit. Die in Kapitel 5.2 erwähnte Abgabe der Verantwortung geht mit einer Abhängigkeit der Gebärenden von kompetenten Entscheidungen und Empfehlungen der Hebammen (und ärztlichen Fachkräften) im Sinne der Gebärenden einher. Die Abhängigkeit wird mitunter durch den unterschiedlichen Wissensstand zwischen Gebärender und Hebamme bedingt. Die Anerkennung dieses unterschiedlichen Wissensstands ist wichtig, um ungleiche Machtpositionen nicht zu verdecken (Begley et al., 2019; Newnham & Kirkham, 2019). Vor diesem Hintergrund wird die praktische Umsetzung von PEF in geburtshilflichen Akutsituationen kritisch betrachtet und als eingeschränkt umsetzbar eingestuft. Die PEF gilt als «höchste Form des Einbezugs in Entscheidungen» (AWMF, 2020, S. 13). Sie sieht vor, dass gemeinsam mit der Gebärenden und auf Basis ihrer Werte eine Entscheidung über die Behandlungsmöglichkeiten getroffen wird (AWMF, 2020). In nicht akuten Situationen, zum Beispiel bei Entscheidungen in der Schwangerschaft, ist die Umsetzung dieses Modells praktikabel und sinnvoll, da kein Zeitdruck herrscht und die ungleiche Wissensverteilung in Gesprächen einander angeglichen werden kann. In Akutsituationen erscheint das bereits erwähnte SDM-Modell von

Freeman et al. (2004) als Konzept einer geteilten Bemühung (*shared endeavour*) geeigneter. Es zeigt auf, wie Macht und Verantwortlichkeiten situationsabhängig geteilt werden können, ohne dass Gleichheit – beispielsweise bezüglich des Wissensstands – erforderlich ist. Diese Sichtweise wird durch die vorliegenden Untersuchungsergebnisse gestützt und deckt sich mit der Ethik der Sorge, deren Grundmerkmal die positiv konnotierte menschliche Angewiesenheit ist (MacLellan, 2014; Maio, 2017).

In der Abhängigkeit der Gebärenden von der Kompetenz der Hebamme zeigt sich ihre Vulnerabilität. Diese Vulnerabilität offenbart sich auch im potenziellen Einsatz der sogenannten *Dead Baby Card* (Begley et al., 2019; Oelhafen et al., 2021; Villarmeia & Kelly, 2020). Dass die Gesundheit ihres Kindes für Gebärende oberste Priorität hat, wurde in dieser Untersuchung sowie in internationaler Forschung (Eckardt, 2020; Meyer et al., 2017; O'Brien et al., 2017; Yuill, 2020) deutlich. Folglich widersetzt sich kaum eine Mutter einer Empfehlung, die zum Schutz ihres Kindes ausgesprochen wird. Für Gebärende in Akutsituationen ist es beinahe unmöglich zu differenzieren, ob Fachpersonen diese Tatsache zugunsten von ökonomischen oder persönlichen Interessen ausnutzen oder die Empfehlung zu einer Intervention auf kompetenter fachlicher Einschätzung basiert. Die Vulnerabilität verstärkt sich zudem durch das Ergebnis dieser Untersuchung, dass ein gesundes Kind die Frauen rückblickend über das unerwünschte Geburtserlebnis hinwegtröstet. Mit dem Konzept der Resilienz (Lazarus, 1993) betrachtet, kann dies als Schutzfunktion wirken. Resilienz beschreibt die Widerstandsfähigkeit eines Individuums gegenüber Stressfaktoren (Lazarus, 1993). Gleichzeitig wird dadurch möglicherweise grenzüberschreitendes Verhalten von Fachpersonen toleriert (Oelhafen et al., 2021).

Zusammenfassend ist die Gebärende also darauf angewiesen, dass die kompetent agierende Hebamme sie mit und in der Entscheidungsfindung weder überfordert noch bevormundet noch ihre Verletzlichkeit ausnutzt.

5.4 Resonanz (Responsiveness)

Für eine gelungene Umsetzung der Ethik der Sorge kommt dem vierten Element, der Reaktion der Gebärenden auf den Care-Prozess, eine Schlüsselfunktion zu. Erst durch die Beurteilung der professionellen Handlungen durch die Gebärende wird der Erfolg der Ethik der Sorge sichtbar. Die Beurteilung der erlebten Akutsituationen durch die Gebärende verdeutlicht auch die Komplexität des Erlebens von Selbstbestimmung. Entgegen der vorgängigen Annahme der Verfasserin wurde die erlebte Selbstbestimmung bei Geburtsverläufen mit hoher Dringlichkeit teils positiv bewertet, während diese bei weniger

akuten Verläufen negativ beschrieben wurde. Damit kommt die Relevanz unterschiedlicher beeinflussender Aspekte zum Ausdruck.

Deutlich wurde in dieser Untersuchung, dass es für die Gebärenden in einigen Fällen schwierig war, die Informationen einzuschätzen. Die Gründe dafür waren unklare oder widersprüchliche Informationen von Fachpersonen, rasch wechselnde Situationen oder die eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit aufgrund der körperlichen und emotionalen Grenzerfahrung. Die beabsichtigte Informationsvermittlung seitens der Hebammen (und ärztlichen Fachkräften) kam teilweise ungenügend bei den Gebärenden an. Ebenso heben die Ergebnisse dieser Untersuchung die Wichtigkeit eines respektvollen und gleichermassen partnerschaftlich wie fürsorglichen Umgangs der Hebamme gegenüber der Gebärenden für ein Gefühl von Selbstbestimmung in Akutsituationen hervor. Die adäquate Interessensvertretung durch die Hebamme erwies sich diesbezüglich als unterstützend. Auch hier liegt – mit der Ethik der Sorge betrachtet – die Beurteilung der Beziehungsqualität bei der Gebärenden. Die Ergebnisanalyse lässt den Schluss zu, dass eine positiv bewertete Beziehungsgestaltung zwischen Gebärender und Hebamme eine temporäre Unsicherheit aufgrund nicht einschätzbarer Informationen eher tolerierbar macht. Eine vertrauensvolle, kontinuierliche Beziehung scheint also mangelhafte Informationen und einen fehlenden Einbezug in der Akutsituation teilweise kompensieren zu können. Der umgekehrte Fall, die positiv erlebte Informationsvermittlung bei negativ bewerteter Beziehungsqualität, trat in dieser Untersuchung nicht auf. Diese Ergebnisse deuten auf die grosse Relevanz der Beziehungsgestaltung in Bezug auf die Informationsvermittlung hin.

Viele Frauen in dieser Untersuchung betonten die Umstände, wie Entscheidungen getroffen wurden stärker, als wer diese getroffen hatte. Empfehlungen von Fachpersonen wurden teilweise in die eigene Konzeption der Geburt aufgenommen. Auch Meyer et al. (2017) stellten fest, dass Gebärende in ausserklinischen Akutsituationen die Entscheidungen der Hebamme manchmal als ihre eigenen adaptierten. Dies legt den Schluss nahe, dass es für Gebärende in Akutsituationen zweitrangig ist, eigenständige, rationale Entscheidungen zu treffen, und dass im Vordergrund die Beziehungsqualität steht. Der bedeutsame Einfluss der Beziehungsqualität zur Fachperson wird auch von Vedam et al. (2019) in einer quantitativen Untersuchung festgestellt: Interaktionen mit Fachpersonen beeinflussten die mütterliche Autonomie stärker als geburtshilfliche Risikofaktoren und soziodemographische Merkmale.

Die Beurteilung des Geburtserlebnisses und der damit verbundenen fachlichen Handlungen während der Akutsituation wird von den Erwartungen der Gebärenden beeinflusst (Hodnett, 2002; O'Brien et al., 2017; Oelhafen et al., 2021). Als möglicherweise

spezifisches Merkmal der untersuchten Stichprobe war der Wunsch nach einer interventionsarmen, natürlichen und selbstbestimmten Geburt weit verbreitet und zugleich mehrfach nicht erfüllt. Vorgeburtliche Vorstellungen zur Geburt können sowohl als Schutzfaktor als auch belastender Faktor wirken. Mehrere Frauen in dieser Untersuchung wie auch in jener von Eckardt (2020) berichteten, dass sie Flexibilität im Hinblick auf die Unplanbarkeit der Geburt als wichtig taxierten. Diese Haltung könnte den Umgang mit unerwünschten Geburtsverläufen positiv beeinflusst haben und auf eine Resilienz (Lazarus, 1993) der Gebärenden hindeuten. Umgekehrt können Schuld- und Versagensgefühle entstehen, wenn der unplanbare Charakter der Geburt ausgeblendet und davon ausgegangen wird, dass mit einer guten Vorbereitung eine gute Geburt gelinge. Die in dieser Untersuchung erkennbaren Enttäuschungen über den geringen Realitätsbezug der gelesenen Bücher könnte als Ausdruck eines derartigen vermeintlichen Versagens interpretiert werden. Denkbar ist auch, dass sich Enttäuschungen über unerwünschte Geburtsverläufe ungerechtfertigterweise gegenüber dem Verhalten von Fachpersonen zeigen. Die Resonanz als viertes Element der Ethik der Sorge bietet also eine – unberechtigte oder auch berechtigte – Kritikmöglichkeit an der Professionalität der Fachpersonen.

5.5 Die Rolle des Partners in der Ethik der Sorge

Tronto (1993) betont, dass die Sorge-Beziehung nicht ausschliesslich dyadisch zu verstehen ist. Zwar fokussieren die vier Phasen des Sorge-Prozesses und die dazugehörigen ethischen Elemente vordergründig auf die Sorge-Beziehung zwischen Fachperson und Sorge-Empfänger:in, der Einfluss weiterer nahestehender Personen gehört jedoch zum relationalen Verständnis von Selbstbestimmung und Autonomie (Brauer & Strub, 2016; Maio, 2017; Tronto, 1993). Die wichtige enge Zusammenarbeit zwischen Gebärender, Hebamme und Partner wird in der Untersuchung von Westergren et al. (2019) hervorgehoben. In diesem Sinne kommt insbesondere in geburtshilflichen Akutsituationen dem Partner eine bedeutende Rolle zu, wie auch die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen. Die befragten Frauen beschrieben die Anwesenheit ihres Partners als zentral für ein positives Erleben ihrer Selbstbestimmung. Es wird eine abgestufte Involvierung des Partners in akute Entscheidungsprozesse erkennbar: der Partner als emotionale Stütze, als Akteur im Entscheidungsprozess oder als Vertreter in Akutsituationen. Dies widerspiegelt die unterschiedlichen Bedürfnisse der Frauen an die betreuende Hebamme und bezüglich des Einbezugs in Entscheidungsprozesse in Akutsituationen. Die beschriebenen Rollen des Partners decken sich mit den von Westergren et al. (2019) erforschten pränatalen Erwartungen der Schwangeren an ihre Partner. Die

Wichtigkeit des Partners als emotionale Stütze hebt die Bedeutung des Elements der Aufmerksamkeit hervor. Die aufmerksame Präsenz des Partners wird als wesentliche Grundlage zur Stärkung des Selbstvertrauens der Gebärenden und dadurch der Stärkung ihrer erlebten Selbstbestimmung in Akutsituationen interpretiert. Als Akteur im Entscheidungsprozess kommt dem Element der Verantwortlichkeit eine zentrale Rolle zu. Aus der Ergebnisinterpretation wird klar, dass eine als Paar gemeinsam gefällte Entscheidung die Last der Verantwortung reduziert, wodurch das Erleben von Selbstbestimmung positiv beeinflusst wird. Wenn der Partner als Vertreter in Akutsituationen auftritt, ist zusätzlich das Element der Kompetenz relevant, um seine Partnerin kompetent gemäss ihren Wünschen zu vertreten. Hier zeigt sich die Notwendigkeit sozialer Einbettung und die Angewiesenheit der Menschen deutlich. Die Wichtigkeit, als Paar vorgeburtliche Gespräche bezüglich der Wünsche für die Geburt und mögliche ungeplante Ereignisse zu führen, rückt in den Vordergrund.

Die Expertinnen und Experten in der Delphi-Studie von Nieuwenhuijze et al. (2014) waren sich einig, dass der Partner in die Informationsvermittlung und Beratung zum Entscheidungsprozess miteinbezogen werden soll. Es herrschte jedoch Uneinigkeit bezüglich der Übernahme der finalen Entscheidung durch den Partner, wenn die Gebärende während der Geburt nicht dazu fähig ist. Die diesbezüglich denkbare Problematik besteht darin, dass vorgängig besprochene Präferenzen der Gebärenden in der Akutsituation entweder nicht möglich oder nicht mehr passend sind. Ist die Gebärende nicht in der Lage, selbstbestimmt zu entscheiden, erscheint die Entscheidungsübernahme durch den Partner oder betreuende Fachkräfte dennoch als die beste verfügbare Alternative. Im Verständnis der Ethik der Sorge wird das Abgeben der Verantwortung von Seiten der Gebärenden an den Partner oder die Hebamme entgegen der Auffassung von Westergren et al. (2019) nicht als Autonomieverlust aufgefasst. Die mütterliche Selbstbestimmung in Akutsituationen zeigt sich in diesem relationalen Verständnis gerade wesentlich in Form von Vertrauen in die Hebamme und den Partner.

5.6 Stärken, Limitationen und kritische Würdigung

Eine Limitation qualitativer Forschungsmethoden ist die fehlende Generalisierbarkeit der Ergebnisse (Guba, 1981). Durch den gewählten Forschungsfokus wird jedoch eine Basis für nachfolgende quantitative und dadurch eher generalisierbare Forschung gelegt (Creswell & Poth, 2018). Die Erkenntnisse zum Erleben von Selbstbestimmung in Akutsituationen tragen wesentlich zum internationalen Forschungsdiskurs bei, da das Erleben von Selbstbestimmung bis anhin mehrheitlich in nicht akuten Situationen erforscht wurde. Das qualitativ deskriptive Studiendesign erwies sich als geeignet für das

Forschungsvorhaben, da es eine detaillierte Beschreibung des Phänomens ermöglichte. Durch den qualitativen Forschungsansatz gelang eine umfangreiche Erfassung der individuellen Perspektiven der Erstgebärenden hinsichtlich eines sensiblen Themas. Dies trägt zur Stärke dieser Untersuchung bei.

Die Ergebnisse werden durch die Rekrutierungsstrategie limitiert: Aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten im Rahmen der Master-Thesis wurde eine Gelegenheitsstichprobe gezogen. Folglich musste auf eine zielgerichtete Diversifizierung der Stichprobe verzichtet werden. Im Vergleich zur Geburtenstatistik der Schweiz (BFS, 2019) waren die sekundären Sectiones caesareas im Verhältnis zu den vaginal-operativen Entbindungen überrepräsentiert. Alle befragten Frauen leben in einer Partnerschaft, stammen mehrheitlich aus westeuropäischen Nationen oder sind in der Schweiz aufgewachsen. Sie haben tendenziell einen hohen Bildungsstand. Der hohe soziale Status dieser Stichprobe verzerrt möglicherweise die Erkenntnisse zum Erleben von Selbstbestimmung in Akutsituationen, denn Frauen aus unteren Bildungsschichten erhalten beispielsweise weniger spontane Informationen von Hebammen als besser gebildete Frauen (Reime, 2016). Nicht deutschsprachige Frauen wurden ausgeschlossen, da im Rahmen der Master-Thesis die Organisation einer übersetzenden Person nicht möglich war. Dadurch konnte das Erleben von Selbstbestimmung in Akutsituationen von einer bedeutenden Bevölkerungsgruppe nicht erhoben werden. Ein potenziell kulturell differierendes Verständnis von Selbstbestimmung zu diskutieren, war aufgrund der geringen Diversität der Nationalitäten nicht möglich. Da besonders Frauen mit Migrationshintergrund von informellem Zwang betroffen sind (Oelhafen et al., 2021) und Frauen ethnischer Minderheiten über ein geringeres Ausmass an SDM berichten (Attanasio et al., 2018), bilden sie eine wichtige Untersuchungspopulation für zukünftige Forschung.

Ebenfalls als mögliche Limitation zu diskutieren, ist der Selbstselektions-Bias. Viele Frauen in dieser Stichprobe scheinen ein grosses Interesse am Thema Geburt und Selbstbestimmung zu haben. Die Sichtweisen von Frauen zu erfahren, die weniger stark am Thema interessiert sind, hätte die Ergebnisse womöglich diversifiziert. Es ist davon auszugehen, dass vornehmlich Frauen, die sich gut an ihre neue Rolle als Mutter adaptiert haben und sich in einer stabilen Lebenssituation befinden, für ein Interview gemeldet haben. Frauen, die ein hohes Ausmass an Überforderung im Alltag erleben, haben ihre Prioritäten vermutlich anders gesetzt. Die vorgängige Annahme, dass sich vermehrt Frauen mit einem negativen Geburtserlebnis für ein Interview zur Verfügung stellen werden, hat sich nicht bestätigt.

Die Tiefe der Ergebnisse dieser Untersuchung ist beschränkt durch Limitationen bei der Datenerhebung. Die Befragten haben im Verlauf des Gesprächs teilweise widersprüch-

liche Aussagen gemacht. Dies könnte auf eine Ambivalenz gegenüber dem Erlebnis hindeuten. Blieben Antworten trotz Nachfragen eher oberflächlich oder wusste die Befragte keine subjektive Begründung für ihr Erleben, wurde dies respektiert. Die Befragte konnte oder wollte nicht vertiefter Auskunft geben. Zu beachten gilt auch ein potenzieller Bias aufgrund Verständigungsdifferenzen zwischen Senderin und Empfängerin (Ravitch & Mittenfelner Carl, 2016). Allfällig unklar formulierte Interviewfragen aufgrund der geringen Interviewerfahrung der Verfasserin, können eine weitere Ursache für die teilweise widersprüchlichen Aussagen sein.

Viele Frauen haben sehr positiv über die Hebammenbetreuung berichtet. In einzelnen negativen Schilderungen wurden strukturelle Gegebenheiten als Ursache genannt, wodurch die mangelhaft erlebte Betreuung durch die Hebamme relativiert wurde. Die Beschreibung der Betreuung durch ärztliche Fachkräfte war kritischer als jene durch die Hebamme. Solche möglicherweise sozial erwünschten Antworten sind Teil der qualitativen Forschung, in welcher die forschende Person als primäres Forschungsinstrument betrachtet wird (Ravitch & Mittenfelner Carl, 2016). Die Datenerhebung wird durch die Beziehung zwischen forschender und befragter Person beeinflusst (Maxwell, 2013). Daher wurden die Rollen als Forscherin und Hebamme in Feldnotizen und dem Forschungstagebuch kritisch reflektiert und eine klare Rollentrennung eingehalten, was die Qualität der Untersuchung stärkt.

Zur Qualitätssicherung fanden regelmässige Peer-Austauschtreffen und Master-Thesis-Kolloquien statt. Trotzdem können diese nicht mit dem kontinuierlichen Austausch in einer Forschungsgruppe verglichen werden. Im Rahmen der Master-Thesis war die Möglichkeit der Triangulation begrenzt. Ein Member-Check konnte aus zeitlichen Gründen nicht durchgeführt werden.

Das Thema Geburtsplan hat sich bei der Ausarbeitung des theoretischen Hintergrunds als relevanter Aspekt herausgestellt. Der Interviewleitfaden fokussierte nur am Rande darauf. Weil die Datensammlung zum Zeitpunkt dieser Erkenntnis bereits abgeschlossen war, konnte der Interviewleitfaden nicht mehr angepasst werden. Umgekehrt verhielt es sich mit dem Thema Nachgespräch. Bei der Entwicklung des Interviewleitfadens wurde dieses Thema als relevant erachtet. Im Verlauf der Datenanalyse stellte sich heraus, dass kein direkter Bezug zur Forschungsfrage besteht. Das Thema wurde daher bei der Ergebnisauswertung nicht berücksichtigt. Durch die eher weit gefasste Definition von Akutsituationen sind die Ergebnisse womöglich anders ausgefallen, als wenn beispielsweise ausschliesslich auf Notfallsectiones fokussiert worden wäre.

Bei der Datenanalyse muss kritisch berücksichtigt werden, dass die Verfasserin der Master-Thesis trotz intensiver theoretischer Auseinandersetzung kaum praktische Co-dier-Erfahrung hatte. Auch die geringen Austauschmöglichkeiten im Analyseprozess beeinflussten dessen Qualität. Die Themenbildung in qualitativer Forschung wird durch die forschende Person mit ihrer reflektierten und bestmöglich ausgeklammerten Haltung vorgenommen und begründet; Themen entstehen nie zufällig, wie Braun und Clarke (2006) anmerken. Dies gilt es kritisch zu würdigen.

6. Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Untersuchung ergänzen den Selbstbestimmungsdiskurs aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive und bekräftigen die Wichtigkeit, Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen in einem relationalen Autonomieverständnis zu betrachten. Die Relevanz der Selbstbestimmung in Akutsituationen zeigt sich in ihrem relationalen und situationsabhängigen Erleben und Verständnis. Ein Gefühl von Selbstbestimmung in Akutsituationen ist möglich, wenn eine klar vermittelte und nachvollziehbare Expert:innenmeinung und tragfähige Beziehung zur Hebamme vorhanden sind. Hierfür ist ein sensibel und individuell gestaltetes Gleichgewicht zwischen fachlicher Führung und Einbezug der Gebärenden und ihrem Partner relevant. Die Anwesenheit und Unterstützung des Partners ist für ein Gefühl von Selbstbestimmung in Akutsituationen ebenfalls ausschlaggebend. In Akutsituationen sollen sich Fachpersonen ihrer Führungsverantwortung also genauso bewusst sein, wie ihrer Verantwortung, einen respektvollen und inkludierenden Umgang mit der Gebärenden zu pflegen, der ihren individuellen Bedürfnissen gerecht wird. Diese Anforderungen entsprechen sowohl einer frau-zentrierten Geburtsbetreuung wie auch der Konzeption der Ethik der Sorge, für deren gelungene Umsetzung alle vier Elemente nötig sind. Die Ethik der Sorge bildet demzufolge eine hilfreiche ethische Handlungsgrundlage für Hebammen, um eine frau-zentrierte Geburtsbetreuung in Akutsituationen zu realisieren und dadurch positive Geburtserlebnisse zu fördern.

Zur angemessenen Umsetzung aller vier Elemente der Ethik der Sorge und Förderung der mütterlichen Selbstbestimmung in Akutsituationen empfiehlt sich ein stärkerer Fokus auf den pränatalen Beziehungsaufbau zwischen Hebamme und Gebärender sowie ihrem Partner. Im Rahmen regelmässiger Hebammensprechstunden könnten gegenseitige Werte und Bedürfnisse frühzeitig und in Ruhe geklärt und beispielsweise in Geburtsplänen festgehalten werden. Erwartungen der Schwangeren, die nicht mit den spitalinternen Leitlinien vereinbar sind oder zu Enttäuschungen führen könnten, könnten besprochen werden. Mögliche Akutsituationen und damit verbundene Interventionen könnten den individuellen Wünschen entsprechend thematisiert werden. Der vorgeburtliche Austausch über die Entscheidungsfindung in unterschiedlich akuten Situationen ermöglichte eine Rollenklärung und individuelle Geburtsbetreuung, die das Gefühl von Selbstbestimmung unterstützten.

Die Informationsvermittlung hat sich als ein wesentlicher Einflussfaktor auf die erlebte Selbstbestimmung in Akutsituationen herausgestellt. Auf Akutsituationen ausgerichtete

Kommunikationstrainings könnten die Kommunikationskompetenzen der geburtshilflichen Fachpersonen festigen und die Reflexion fördern.

Eine kontinuierliche und präsente Betreuung durch Hebammen zeigte in dieser Untersuchung einen positiven Effekt auf die mütterliche Selbstbestimmung in Akutsituationen, konnte jedoch nicht immer gewährt werden. Eine Anpassung der Stellenschlüssel von Hebammenteams könnte dazu beitragen, dass eine kontinuierliche Betreuung öfters möglich ist.

Wie bereits in Kapitel 5.6 genannt, erscheint es wesentlich, in zukünftiger Forschung das Erleben von Selbstbestimmung in geburtshilflichen Akutsituationen von vulnerablen Personengruppen zu erforschen.

Auf die Bedeutung von Geburtsplänen im Zusammenhang mit dem Erleben mütterlicher Selbstbestimmung in Akutsituationen in der Schweiz könnte in zukünftigen Untersuchungen stärker fokussiert werden.

Von Interesse ist ebenfalls, zu verstehen, wie Hebammen und ärztliche Fachkräfte die Elemente der Ethik der Sorge in der Praxis umsetzen. Ihre Haltung bezüglich der mütterlichen Selbstbestimmung in Akutsituationen zu ergründen, bedarf weiterer Forschung.

7. Literaturverzeichnis

- Attanasio, L. B., Kozhimannil, K. B., & Kjerulff, K. H. (2018). Factors influencing women's perceptions of shared decision making during labor and delivery: Results from a large-scale cohort study of first childbirth. *Patient Education and Counseling*, 101(6), 1130–1136. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.002>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2020). *S3-Leitlinie: Vaginale Geburt am Termin* (Leitlinie Nr. 015-083). AWMF. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html>
- Ayers, S. (2004). Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552–567. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. Auflage). Oxford University Press.
- Begley, K., Daly, D., Panda, S., & Begley, C. (2019). Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1113–1120. <https://doi.org/10.1111/jep.13243>
- Bundesamt für Statistik. (2019). *Entbindungen und Gesundheit der Mütter im Jahr 2017—Medizinische Statistik der Krankenhäuser* (Publikation Nr. 1920-1700–05). Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.8369420.html>
- Brauer, S., & Strub, J.-D. (2016). *Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber* (Tagungsbericht Nr. 12; Autonomie in der Medizin). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Berichte.html>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Bringedal, H., & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 77, 123–129.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Büchler, A. (2017). *Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens*. Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Christensen, M., Welch, A., & Barr, J. (2017). Husserlian Descriptive Phenomenology: A review of intentionality, reduction and the natural attitude. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(8), 113-118. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n8p113>
- Christman, J. (2020). Autonomy in Moral and Political Philosophy. In: E. N. Zalta (Hrsg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. The Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/#ConAut>
- Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me*. King's Fund.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design—Choosing among five approaches* (4. Auflage). Sage Publications.
- Dierks, M.-L., Bitzer, E.-M., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A., Siebeneick, S., & Schwartz, F.-W. (2001). *Patientensouveränität: Der autonome Patient im Mittelpunkt* (Arbeitsbericht Nr. 195). Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. <https://elib.uni-stuttgart.de/bitstream/11682/8693/1/AB195.pdf>

- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, *13*(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Eigenverlag.
- Eckardt, S. (2020). Selbstbestimmung kontrovers?! Patient*innenautonomie in der Geburtshilfe. *FEMINA POLITICA - Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, *29*(2), 63–75. <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v29i2.06>
- Fleming, V., Meyer, Y., Frank, F., van Gogh, S., Schirinzi, L., Michoud, B., & de Labrusse, C. (2017). Giving birth: Expectations of first time mothers in Switzerland at the mid point of pregnancy. *Women and Birth*, *30*(6), 443–449. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.002>
- Fleming, V., Poat, A., & Pender, U. (2007). Tradition oder Wissen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, *9*, 12–16.
- Freeman, L. M., Timperley, H., & Adair, V. (2004). Partnership in midwifery care in New Zealand. *Midwifery*, *20*(1), 2–14. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(03\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(03)00043-3)
- Gaskin, I. M. (2021). *Die selbstbestimmte Geburt. Handbuch für werdende Eltern. Mit Erfahrungsberichten—Der Longseller komplett überarbeitet und aktualisiert* (U. Fassbender, Übers.). Kösel.
- Gerhardt, V. (2007). Selbstbestimmung. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie online*. Schwabe Verlag. https://www.schwabeonline.ch/schwabe-xaveropp/elibrary/start.xav#__elibrary__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27verw.selbstbestimmung%27%5D__1619955168314

- Goldberg, H. (2009). Informed Decision Making in Maternity Care. *The Journal of Perinatal Education*, 18(1), 32–40. <https://doi.org/10.1624/105812409X396219>
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth*, 30(4), 235–247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>
- Green, J. M., Coupland, V., & Kitzinger, J. (1990). Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1), 15–24. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1523-536x.1990.tb00004.x>
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*, 29(2), 75-91. <https://doi.org/10.1007/BF02766777>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/DOI:10.1177/1525822X05279903>
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten* (4. Auflage). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 160–172. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141>
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>
- Hoesli, I., El Alama-Stucki, S., Drack, G., Girard, T., Irion, O., Schulzke, S., Singer, M., Sprecher, F., Surbek, D., Pally Hofmann, U., & Züst, B. (2015). *Guideline Sectio Caesarea* [Guideline]. Kommission Qualitätssicherung SGGG. https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf

- Hunter, A. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: Thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(322), 1-11. <https://doi.org/DOI 10.1186/s12884-017-1521-3>
- Huxtable, R. (2013). For and against the four principles of biomedical ethics. *Clinical Ethics*, 8(2/3), 39–43. <https://doi.org/10.1177/1477750913486245>
- International Confederation of Midwives. (2014a). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014b). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf
- Jenkinson, B., Kruske, S., Stapleton, H., Beckmann, M., Reynolds, M., & Kildea, S. (2016). Women's, midwives' and obstetricians' experiences of a structured process to document refusal of recommended maternity care. *Women and Birth*, 29(6), 531–541. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.005>
- Jung, T. (2017). Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 9(2), 30–45. <https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. überarbeitete Auflage). Beltz Verlag.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1–22.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.

- López-Toribio, M., Bravo, P., & Llupià, A. (2021). Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: A qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(631), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04070-3>
- MacLellan, J. (2014). Claiming an Ethic of Care for midwifery. *Nursing Ethics*, 21(7), 803–811. <https://doi.org/10.1177/0969733014534878>
- Maio, G. (2017). *Mittelpunkt Mensch—Lehrbuch der Ethik in der Medizin* (2. überarbeitete Auflage). Schattauer.
- Maio, G. (2018). *Werte für die Medizin* (2. Auflage). Kösel.
- Maputle, M. S., & Donavon, H. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). *Curationis*, 36(1), 1–8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v36i1.49>
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design—An interactive Approach* (3. Auflage). Sage Publications.
- Mazúchová, L., Kelčíková, S., Štofáníková, L., & Malinovská, N. (2020). Women's Control and Participation in Decision-Making During Childbirth in Relation to Satisfaction. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 11(3), 136–142. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2020.11.0021>
- Meyer, Y., Frank, F., Schläppy Muntwyler, F., Fleming, V., & Pehlke-Milde, J. (2017). Decision-making in Swiss home-like childbirth: A grounded theory study. *Women and Birth*, 30(6), e272–e280. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.05.004>
- Mongan, M. F. (2021). *HypnoBirthing. Der natürliche Weg zu einer sicheren, sanften und leichten Geburt*. (8. Auflage). Mankau Verlag.
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

- Namey, E. E., & Lyerly, A. D. (2010). The meaning of “control” for childbearing women in the US. *Social Science & Medicine*, 71(4), 769–776.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.024>
- Newnham, E., & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2147–2157.
<https://doi.org/10.1177/0969733018819119>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Caesarean birth—NICE guideline* (Leitlinie Nr. NG192). National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
- Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., de Jonge, A., de Vries, R., & Lagro-Janssen, A. (2014). On speaking terms: A Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(223), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-223>
- Nordhausen, T., & Hirt, J. (2020). *RefHunter. Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken* (Manual Version 5.0). Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, FHS St.Gallen. <https://refhunter.eu/download/>
- Noseworthy, D. A., Phibbs, S. R., & Benn, C. A. (2013). Towards a relational model of decision-making in midwifery care. *Midwifery*, 29(7), e42–e48.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.022>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- O'Brien, D., Butler, M. M., & Casey, M. (2017). A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery*, 46, 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.002>

- Oelhafen, S., Trachsel, M., Monteverde, S., Raio, L., & Cignacco, E. (2021). Informal coercion during childbirth: Risk factors and prevalence estimates from a nationwide survey of women in Switzerland. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(369), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03826-1>
- Pally Hofmann, U. (2013). *Recht in der Geburtshilfe, Ein Leitfaden für den medizinischen Berufsalltag mit Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen*. Schulthess Juristische Medien AG.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research and Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4. überarbeitete Auflage). SAGE Publications.
- Pohlmann, R. (2007). Autonomie. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie online*. Schwabe Verlag. https://www.schwabeonline.ch/schwabe-xaveropp/elibrary/start.xav#_elibrary_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27verw.autonomie%27%5D__1619955416344
- Ravitch, S. M., & Mittenfelner Carl, N. (2016). *Qualitative Research: Bridging the Conceptual, Theoretical, and Methodological* (1. Auflage). SAGE Publications, Inc.
- Reime, B. (2016). Wer erfährt was? - Informationen und Fehlinformationen in der Geburtshilfe. In: B. A. Schücking (Hrsg.), *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe* (2. Auflage, S. 19–31). V&R Unipress.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>
- Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. *Seminars in Perinatology*, 21(1), 3–5. [https://doi.org/10.1016/S0146-0005\(97\)80013-4](https://doi.org/10.1016/S0146-0005(97)80013-4)

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2015). *Forschung mit Menschen—Ein Leitfaden für die Praxis* (Leitfaden 2. überarbeitete Auflage). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Forschung-mit-Menschen.html>
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179–183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Schweizerischer Hebammenverband. (2021). *Empfehlungen*. Schweizerischer Hebammenverband. <https://www.hebamme.ch/qualitaet/empfehlungen/>
- Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J., & Martin, C. H. (2011). Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(40), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-40>
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Amsler, F., Simoni, H., Alder, J., Surbek, D., & Bürgin, D. (2007). Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: A study of 219 parturients. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.11.016>
- Stoljar, N. (2018). Feminist Perspectives on Autonomy. In: E. N. Zalta (Hrsg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2018 Edition). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/feminism-autonomy/>
- Tegethoff, D. (2011). Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In: P.-I. Villa (Hrsg.), *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S. 101–128). Campus Verlag GmbH.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries—A Political Argument for an Ethic of Care* (1. Auflage). Routledge.

- Vedam, S., Stoll, K., Martin, K., Rubashkin, N., Partridge, S., Thordarson, D., Jolicoeur, G., & the Changing Childbirth in BC Steering Council. (2017). The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLOS ONE*, *12*(2), e0171804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171804>
- Vedam, S., Stoll, K., McRae, D. N., Korchinski, M., Velasquez, R., Wang, J., Partridge, S., McRae, L., Martin, R. E., & Jolicoeur, G. (2019). Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Education and Counseling*, *102*(3), 586–594. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.023>
- VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022*. VERBI Software. maxqda.com
- Villarme, S., & Kelly, B. (2020). Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. *Journal of evaluation in clinical practice*, *26*, 515–519. <https://doi.org/10.1111/jep.13375>
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, *31*(1), 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>
- Westergren, A., Edin, K., Walsh, D., & Christianson, M. (2019). Autonomous and dependent—The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden. *Midwifery*, *68*, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.008>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience* [Empfehlungen]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=06F5AFB8AE5A54FAB7859E609F17CF3A?sequence=1>
- Witzel, A. (2000). The Problem-centered Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *1*(1), Article 22. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1132>

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* [Deklaration]. The World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yuill, C. (2020). Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(343), 1-21.

<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03023-6>