



HOCHSCHULE OSNABRÜCK  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

### Masterarbeit

Im Studiengang  
HELPP – Versorgungsforschung und -gestaltung

Master of Science

**Thema:** Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer  
weiteren Schwangerschaft -  
eine qualitative Befragung von Müttern

<b>Erstprüferin</b>	Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
<b>Zweitprüfer</b>	Prof. Dr. Benjamin Kühme
<b>Vorgelegt von</b>	Sophia Reinhardt
<b>Matrikelnummer</b>	245453
<b>Ausgabedatum</b>	01.04.2022
<b>Abgabedatum</b>	01.08.2022

# Inhaltsverzeichnis

<b>INHALTSVERZEICHNIS</b> .....	<b>II</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>IV</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>V</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>VI</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1 HINFÜHRUNG, AKTUALITÄT UND RELEVANZ .....	1
1.2 AUFBAU DER ARBEIT .....	3
<b>2 FACHLICHER HINTERGRUND</b> .....	<b>4</b>
2.1 DEFINITIONEN .....	4
2.2 EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS GEBURTSERLEBEN .....	7
2.3 EINFLUSS DES GEBURTSERLEBENS AUF EINE WEITERE SCHWANGERSCHAFT .....	9
2.4 AUSWIRKUNGEN DES GEBURTSERLEBENS AUF WEITERE PARAMETER.....	12
2.5 WEITERE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE PLANUNG EINER SCHWANGERSCHAFT .....	13
2.6 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN.....	15
2.7 ZIELE .....	17
<b>3 METHODISCHES VORGEHEN</b> .....	<b>18</b>
3.1 STUDIENDESIGN .....	18
3.2 ZIELGRUPPE .....	19
3.3 DATENERHEBUNG .....	21
3.3.1 <i>Das Problemzentrierte Interview nach Witzel</i> .....	21
3.3.2 <i>Kurzfragebogen, Leitfaden Tonaufzeichnung, Postskriptum</i> .....	22
3.4 DATENAUFBEREITUNG.....	23
3.5 DATENAUSWERTUNG .....	25
3.5.1 <i>Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz</i> .....	25
3.5.2 <i>Exemplarische Auswertung</i> .....	26
3.5.3 <i>Haupt- und Subkategorien</i> .....	27
3.6 ETHISCHE KRITERIEN.....	28
3.7 GÜTEKRITERIEN.....	29
<b>4 ERGEBNISDARSTELLUNG</b> .....	<b>32</b>
4.1 MERKMALE DER STICHPROBE.....	32
4.2 EINFLUSS DES GEBURTSERLEBENS AUF DIE PLANUNG EINER WEITEREN SCHWANGERSCHAFT	33

4.2.1	<i>Allgemeine und besondere Aspekte des Geburtserlebens</i> .....	33
4.2.2	<i>Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft</i> .....	35
4.2.3	<i>Medizinische Besonderheiten</i> .....	38
4.2.4	<i>Geburtsmodus</i> .....	40
4.2.5	<i>Schmerzen</i> .....	41
4.2.6	<i>Stillen</i> .....	43
4.2.7	<i>Betreuung und Versorgung unter Geburt</i> .....	44
4.2.8	<i>Kommunikation und Aufklärung</i> .....	48
4.2.9	<i>Auswirkungen</i> .....	49
4.3	IDENTIFIKATION KONKRETER FAKTOREN, WELCHE DIE FAMILIENPLANUNG BEEINFLUSSEN .....	51
4.3.1	<i>Persönliche Gründe</i> .....	51
4.3.2	<i>Medizinische Gründe</i> .....	56
4.3.3	<i>Familiäre Gründe</i> .....	58
4.3.4	<i>Sonstiges</i> .....	60
4.4	PLANUNG EINER SCHWANGERSCHAFT IM ZEITLICHEN VERLAUF .....	62
<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>65</b>
5.1	ZUSAMMENFASSUNG.....	65
5.2	BEANTWORTUNG DER HAUPTFRAGESTELLUNG .....	67
5.3	BEANTWORTUNG DER UNTERFRAGESTELLUNGEN.....	70
5.4	ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN.....	71
5.5	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE BERUFLICHE PRAXIS.....	74
5.6	LIMITATIONEN .....	78
5.7	ZUKÜNFTIGER FORSCHUNGSBEDARF .....	79
<b>6</b>	<b>FAZIT</b> .....	<b>81</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>82</b>
	<b>GLOSSAR</b> .....	<b>87</b>
	<b>ANHANG</b> .....	<b>89</b>
	ANHANG A: TRANSKRIPTION INTERVIEW 1 .....	89
	ANHANG B: LEITFADEN INTERVIEW .....	101
	ANHANG C: AUFKLÄRUNGSSCHREIBEN .....	103
	ANHANG D: EINWILLIGUNG .....	107
	ANHANG E: ANSCHREIBEN POTENZIELLER INTERVIEWPARTNERINNEN.....	108
	ANHANG F: DEFINITIONEN DER SUBKATEGORIEN.....	109
	ANHANG G: PICOS SCHEMA, SUCHWÖRTER.....	111
	ANHANG H: POSTSKRIPTUM .....	112
	ANHANG I: POSITIVES ETHIKVOTUM.....	113
	<b>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</b> .....	<b>114</b>

---

# Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: WEITERER KINDERWUNSCH JE NACH GEBURTSERLEBEN .....	9
ABBILDUNG 2: ZEIT ZUR ZWEITEN GEBURT IN RELATION ZUM GEBURTSERLEBEN.....	10
ABBILDUNG 3: VORAUSSETZUNGEN, DIE VOR DER GEBURT EINES KINDES ERFÜLLT SEIN SOLLTEN .....	15
ABBILDUNG 4: INTERVIEWAUSSCHNITT FRAU A., INTERVIEW 8.....	26
ABBILDUNG 5: SUBKATEGORIEN DER HAUPTKATEGORIE 1.....	27
ABBILDUNG 6: SUBKATEGORIEN DER HAUPTKATEGORIE 2.....	28
ABBILDUNG 7: DATENMATRIX.....	37
ABBILDUNG 8: ANZAHL DER GEBURTEN IN DEUTSCHLAND NACH JAHREN .....	76

---

# Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: DATENMATRIX: GEBURTSERLEBEN, VERÄNDERTE BEREITSCHAFT.....	34
TABELLE 2: GRÜNDE FÜR DIE VERSTÄRKTE BEREITSCHAFT.....	65
TABELLE 3: GRÜNDE FÜR DIE ABGESCHWÄCHTE BEREITSCHAFT .....	66

# Abkürzungsverzeichnis

AFL Level	Amniotic Fluid Lactate Level
BEL	Beckenendlage
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSS-R	Birth Satisfaction Scale-Revised
CEQ	Childbirth Experience Questionnaire
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Score
ICSI	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IfD	Institut für Demoskopie Allensbach
IPI	Interpregnancy Interval
o.S.	ohne Seite
PDA	Periduralanästhesie
PICOS	Population, Intervention, Compare, Outcome, Setting
PZI	Problemzentriertes Interview (nach Witzel)
s.	siehe
S.	Seite
SIL-GER	Salmon's Item List - German Language Version
TPB	Theory of Planned Behavior
unv.	unverständlich
V.a.	Verdacht auf
VAS Skala	Visuelle Analogskala
WHO	World Health Organisation
Z.n.	Zustand nach

Definitionen unbekannter Begriffe befinden sich im Glossar.

# Zusammenfassung

## Hintergrund

Negatives Geburtserleben steht im Verdacht mit nachfolgender Sterilität, einem längeren Abstand zum nächsten Kind, sowie dem Wunsch nach einer primären Sectio bei einer weiteren Schwangerschaft assoziiert zu sein. Die derzeitige Datenlage ist kontrovers.

## Methodisches Vorgehen

Das Design entspricht einer explorativen, qualitativen Querschnittsstudie. Dazu wurden zehn leitfadengestützte Interviews nach dem Prinzip des Problemzentrierten Interviews durchgeführt. Eingeschlossen wurden Primiparae, die vor dem 11.03.2020 (vor den Einschränkungen der Covid-19-Pandemie) geboren haben. Die Interviews wurden nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz analysiert.

## Ergebnisse

Insbesondere Frauen mit negativem Geburtserleben tendieren zu einer abgeschwächten Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft, dazu keine weitere Schwangerschaft zu planen sowie einen längeren Abstand zu einer weiteren Schwangerschaft zu wahren. Nur in Einzelfällen kann bei Frauen mit positiver Geburtserfahrung eine verstärkte Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft festgestellt werden. Die Entscheidung bezüglich der Planung einer Schwangerschaft ist multifaktoriell und sowohl vom Geburtserleben als auch von persönlichen, medizinischen, familiären und finanziellen Aspekten abhängig.

## Diskussion

Besonders das Auftreten medizinischer Besonderheiten, das negative Erleben des Geburtsmodus, der peripartalen Schmerzen sowie der Betreuung und Versorgung scheinen Einflussfaktoren zu sein, welche die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft abschwächen. Es besteht weiterer Forschungsbedarf durch quantitative Arbeiten und in der Begriffsdefinition von Geburtserleben.

## Fazit

Das individuelle Geburtserleben von Primiparae kann einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft haben.

## Schlüsselwörter

Primipara, Geburtserleben, Einfluss weitere Schwangerschaft, Familienplanung, qualitativ

---

# Abstract

## Background

Negative childbirth experience is associated with subsequent infertility, a longer inter-pregnancy-interval and the wish for an elective caesarean section for the next birth. Actual data are controversial.

## Methods

The design is an explorative, qualitative cross-sectional study. For this purpose ten guided interviews were conducted according to the principle of problem-centered interviews. Inclusion criteria were primiparae who gave birth before March 11, 2020 (before the restrictions of the Covid-19 pandemic). The interviews were analyzed according to Kuckartz's qualitative content analysis.

## Results

In particular, women who have had a negative birth experience tend to be less willing to have another pregnancy, to not plan another pregnancy and to keep a longer interval to another pregnancy. For women with positive birth experiences an increased willingness to plan a subsequent pregnancy can only be determined in isolated cases. The decision regarding the further planning of a pregnancy is multifactorial and depends on the birth experience as well as personal, medical, familial, and financial aspects.

## Discussion

Especially the occurrence of medical peculiarities, negative experience of the mode of birth, peripartal pain as well as care and support seem to be factors that weaken the willingness to plan another pregnancy. Further research for quantitative studies and a definition of the term birth experience is necessary.

## Conclusion

The individual birth experience of primipara can have an impact on the planning of a subsequent pregnancy.

## Keywords

primipara, birth experience, impact, subsequent pregnancy, family planning, qualitative



# 1 Einleitung

## 1.1 Hinführung, Aktualität und Relevanz

In einem Onlinebericht der Rheinischen Post vom 16.02.2022 schildern Mütter ihre Erfahrungen, die sie während der Wehen gemacht haben (Immenkeppel 2022, o.S.). Darin berichtet eine Mutter, dass sie von zwei Kliniken während der einsetzenden Geburt aufgrund von fehlenden Kapazitäten abgewiesen wurde und sie schlussendlich eine dritte Klinik aufsuchen musste. Kreißsäle, die zeitweise oder generell geschlossen werden, sind in Deutschland keine Seltenheit. Mehr als 35% der Krankenhäuser hatten innerhalb von sechs Monaten mindestens einmal Schwangere abweisen müssen. Gründe für die zeitweise Schließung einer Geburtsstation sind zum Beispiel ein kurzfristiger Personalmangel an Hebammen oder Ärzten<sup>1</sup> oder die maximale Auslastung der neonatologischen Station oder fehlende Raumkapazitäten (IGES Institut 2019, S. 42). Können Personalprobleme nicht behoben werden oder erwirtschaftet die geburtshilfliche Station langfristig Verluste kann die Schließung auch dauerhaft bestehen bleiben. Im Jahr 2007 gab es 865 Kliniken, welche eine geburtshilfliche Abteilung hatten, zehn Jahre später waren es nur noch 672 Kliniken, dies entspricht einem Rückgang von 22,3% (IGES Institut 2019, S. 77).

Doch von Personalmangel, roten Zahlen und überlasteten oder geschlossenen Kreißsälen soll die folgende Arbeit nicht handeln. Vielmehr handelt die Arbeit von dem Geburtserleben der Frauen und dessen Einfluss auf die weitere Familienplanung. Und trotzdem beeinflussen Personalmangel sowie die angespannte Versorgungssituation in der Geburtshilfe das Geburtserleben der Frauen, weshalb diese Problematik nicht ausgelassen werden kann. Denn der Bericht der Rheinischen Post geht noch weiter: eine andere Frau berichtet, dass auch sie von der Geburtsklinik ihrer Wahl, in der sie bereits angemeldet war, abgewiesen wurde. Sie brachte ihre Tochter schließlich in einer anderen Klinik zur Welt. Sie fügt hinzu: „Ich bin wirklich froh, dass wir jetzt die Familienplanung beendet haben. Nach dieser Erfahrung möchte ich kein drittes Kind bekommen.“ (Zitat einer Mutter in: Immenkeppel 2022, o.S.). Der naheliegende Zusammenhang der Aussage aus dem Bericht lautet folgendermaßen: Das negative Geburtserleben der Frau, welches durch die Schließung zweier Kreißsäle und der Suche einer Klinik mit freien Kapazitäten während der einsetzenden Geburt geprägt war, führte dazu, dass die Frau vor dem Hintergrund der negativen Erfahrung kein weiteres Kind bekommen möchte. Der Herausgeber des Online-

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die Sprachform des generischen Maskulines oder eine neutrale Form angewandt. Dies ist im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen und schließt Menschen aller Geschlechtsidentitäten ein. Da nur Frauen befragt wurden, ist das Wort Interviewteilnehmerin stets in der weiblichen Form.

Berichts ist eine lokale Tageszeitung, da sich die Aussagen nur schwer überprüfen lassen, sind solche Quellen generell nicht als Grundlage für hochwertige, wissenschaftliche Arbeiten geeignet. Trotzdem inspiriert der Bericht dazu, solchen Erfahrungen nachzugehen, ähnliche Daten selbst zu erheben und den Zusammenhang zu überprüfen.

Die Frau aus dem Bericht gibt sich froh darüber, dass ihre Familienplanung beendet sei, da sie nach dieser Erfahrung sie kein drittes Kind bekommen wolle. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich vor ihren Geburtserfahrungen nur zwei Kinder gewünscht hat, ist wahrscheinlich in Anbetracht der Tatsache, dass die meisten Menschen in Deutschland zwei Kinder als ideale Anzahl Kinder für eine Familie ansehen. Im Jahr 2019 fanden sowohl die kinderlosen Menschen unter 30 Jahre als auch die Gesamtbevölkerung in Deutschland 2,0 Kinder pro Frau ideal (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (BMFSFJ) 2020, S. 74). Die zusammengefasste Geburtenziffer jedoch lag darunter und schwankte von 2015 bis 2020 zwischen 1,5 und 1,59 (Eurostat 2022, o.S.). In allen europäischen Ländern lässt sich diese Lücke zwischen der ursprünglich gewünschten und der anschließend realisierten Anzahl der Kinder feststellen. Beaujouan und Berghammer (2019, S. 514) haben die Lücke zwischen gewünschter und realisierter Kinderanzahl erforscht und dabei die Wünsche junger Frauen Anfang der 90-er Jahre mit der realisierten Kinderanzahl der 40-42-jährigen Frauen verglichen. Dabei fanden sie heraus, dass sich die Frauen im Mittel 1,8 Kinder wünschten und heute im Mittel 1,5 Kinder haben. Dies macht durchschnittlich 0,30 Kinder weniger, als sie sich ursprünglich gewünscht hatten (Beaujouan & Berghammer 2019, S. 525). Wenn alle Frauen die Anzahl der Kinder gebären würden, die sie sich ursprünglich gewünscht hatten, dann gäbe es circa. 16% mehr Geburten. In Zahlen ausgedrückt, wären das für das Jahr 2021 statt 795.517 Geburten circa 922.800 Geburten gewesen (Statistisches Bundesamt 2022, o.S.). Der große Unterschied zwischen diesen Zahlen zeigt das Potential, welches eine Angleichung der gewünschten und realisierten Kinderanzahl in der Problematik um den demografischen Wandel hat.

Bisherige Studien haben vor allem ökonomische Faktoren als einflussnehmend auf das Fertilitätsverhalten von Männern und Frauen identifiziert (Beaujouan & Berghammer 2019, S. 514). Ob möglicherweise auch das Geburtserleben der Frauen einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft hat, wird in der Literatur seit Längerem kontrovers diskutiert. Zu diesem Thema gibt es deutlich weniger Forschungsergebnisse als zu finanziellen oder beruflichen Einflussfaktoren auf die Fertilität der jungen Erwachsenen. Klint Carlander, Andolf, Edman & Wiklund (2014) und Preis et al. (2020) konnten in ihren Studien keinen Einfluss des Geburtserlebens auf die weitere Reproduktion nachweisen.

Preis et al. stellten fest, dass der Reproduktionswunsch von Frauen prä- und postpartal meist gleich sei. Fusing-Clausen et al. (2014), Gottvall & Waldenström (2002) und Ghanbari-Homayi et al. (2020) hingegen konnten in ihren Untersuchungen einen Zusammenhang zwischen dem Geburtserleben und der weiteren Familienplanung finden.

Fest steht, dass das subjektive Geburtserleben von Frauen (im Folgenden synonym mit Geburtserfahrung, Definition siehe (s.) Kapitel 2.1) langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mutter haben kann. Negative Geburtserfahrungen können mit Anpassungsstörungen und psychischen Krankheiten wie beispielsweise postpartalen Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen assoziiert sein (Pedersen, Sieprath & Köhler 2021, S. 87; Preis, Lobel & Benyamini 2019, S. 105). Auch nachfolgende Geburten könnten dadurch beeinflusst werden: der Wunsch nach einer geplanten Sectio oder die Vermeidung bzw. Verzögerung einer weiteren Schwangerschaft wurden in der Literatur in Zusammenhang mit dem negativen Geburtserleben genannt (Gottvall & Waldenström 2002, S. 259). In der folgenden Masterarbeit wird der Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft mithilfe einer qualitativen Befragung von Müttern untersucht.

## **1.2 Aufbau der Arbeit**

Die folgende Arbeit beginnt mit dem fachlichen Hintergrund. Zunächst wird das Geburtserleben definiert und die Einflussfaktoren auf das Geburtserleben vorgestellt. Im Anschluss daran werden die Literatur und die aktuelle kontroverse Datenlage zum Thema vorgestellt. Am Ende des zweiten Kapitels werden durch die offen gebliebenen Aspekte des Hintergrunds die Fragestellungen sowie Hypothesen und Ziele der Arbeit entwickelt.

Das dritte Kapitel beschreibt die angewendete Methode der empirischen Untersuchung. Es werden das Studiendesign und die Zielgruppe vorgestellt und anschließend werden Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung ausführlich beschrieben. Zudem werden die ethischen Kriterien und Gütekriterien erläutert. Das vierte Kapitel umfasst die Ergebnisdarstellung, welche zunächst die Merkmale der Stichprobe darstellt und sich ab Kapitel 4.2. nach den identifizierten Haupt- und Subkategorien gliedert. Das fünfte Kapitel der Diskussion beginnt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und einem Zwischenfazit. Anschließend werden die Fragestellungen beantwortet und die aufgestellten Hypothesen verifiziert, falsifiziert oder modifiziert. Es folgen Empfehlungen für die berufliche Praxis und die Limitationen des Forschungsprojektes werden erläutert. Als Abschluss des Kapitels wird der zukünftige Forschungsbedarf abgeleitet. Daran an schließt sich das letzte Kapitel, das Fazit, welches die Schlussfolgerungen der Arbeit kurz zusammenfasst.

## 2 Fachlicher Hintergrund

### 2.1 Definitionen

Dieses Kapitel erläutert die bereits vorhandene Datenlage zum Thema Geburtserleben und stellt Einflussfaktoren darauf sowie mögliche Auswirkungen auf die weitere Reproduktion vor. Zunächst wird der Begriff Geburtserleben definiert, Messinstrumente vorgestellt, Einflussfaktoren aufgeführt sowie die kontroverse Studienlage vorgestellt. Anschließend werden anhand der Forschungslücken die Fragestellungen und Hypothesen der Arbeit erläutert. Am Ende des Kapitels folgt die Vorstellung der Ziele. Die für dieses Kapitel verwendete Literatur wurde durch systematische Literaturrecherche auf der Datenbank PubMed sowie durch händische Suche identifiziert. Die verwendeten Suchbegriffe nach dem PICOS Schema sind in Anhang G hinterlegt.

Es gibt keine international anerkannte Definition für die Begriffe Geburtserleben oder Geburtserfahrung. In der identifizierten Literatur wird nicht zwischen Geburtserleben und Geburtserfahrung unterschieden, weshalb die Begriffe in der Arbeit synonym verwendet werden. Im deutschen Sprachraum ist der Begriff Geburtserleben etwas üblicher, er entspricht auch der im englischen Sprachraum gängigen Bezeichnung birth oder childbirth experience. Da es keine allgemeingültige Definition gibt, erfolgt diese in jeder Publikation nach eigenen Regeln, weshalb sich die Studien in der Literatur schwierig vergleichen lassen. Je nachdem ob die Studien qualitativen oder quantitativen Ansätzen entsprechen, ist das Geburtserleben enger oder weiter gefasst. Im Folgenden werden einige (ausgewählte) Definitionen und Messinstrumente vorgestellt.

Larkin, Begley & Devane (2007, S. 49) definieren Geburtserfahrung als ein individuelles Lebensereignis, das interagierende subjektive psychologische und physiologische Prozesse umfasst. Beeinflusst würde es von vielen Faktoren, wie zum Beispiel von sozialen, umweltlichen, organisatorischen sowie politischen Kontexten. Die Geburtserfahrung wird als komplex, multidimensional und subjektiv beschrieben.

Lütje (2007, S.44) stellt die empirische Beobachtung vor, dass das Geburtserleben und die Geburtszufriedenheit mit dem Erlebten in der Gesamtsicht und in den Teilaspekten nicht immer übereinstimmen würden. Daraus leitete er die Hypothese ab, dass es bei der Geburt nicht das Erleben, die Erwartung und die Zufriedenheit gibt, sondern diese Begriffe mehrdimensional sind und verschiedenen Einflussfaktoren unterliegen. In diesen Teilbereichen gebe es ein positives oder negatives Erleben und entsprechende Zufrie-

denheit, welche dann eine Gesamtbilanz ergeben. Ein Abgleich dieser mit den Erwartungen entscheide darüber, ob es eine Zufriedenheit gibt, welche die Erinnerung an das Erlebte bestimmen würde. Lütje untersuchte, wie auch Salmon, Miller & Drew das Geburtserleben in mehreren Dimensionen: Erfüllung, Enttäuschung, gute emotionale Adaptation sowie Schmerz/Erschöpfung (Stadlmayr et al. 2001, S. 209f.; Salmon, Miller & Drew 1990, S. 258). Die Erfüllung sei von dem Begriff der Zufriedenheit zu differenzieren, denn die Zufriedenheit stünde für die Gesamtheit der peripartalen Erfahrungen (in Abhängigkeit von den Erwartungen), wohingegen die Erfüllung als ein spezieller, partikulärer, psychophysikalischer Zustand zu beschreiben, welcher eng mit Euphorie und der Ausschüttung von Glückshormonen zu tun habe (Lütje, 2007, S. 48).

Die schwedischen Forschenden Gottvall und Waldenström (2002, S. 257) befragten in ihrer Studie Frauen zwei Monate postpartal bezüglich ihrer „overall birth experience“ (gesamtes Geburtserleben) und gaben als mögliche Antworten eine Skalierung von 1 (sehr negativ) bis 7 (sehr positiv) vor. Die Selbsteinschätzung der Frauen ist dabei maßgeblich für die Bewertung des gesamten Geburtserlebens. Eine Einschätzung des eigenen Geburtserlebens auf der Skala von sehr negativ (1) und negativ (2) ist dabei als negatives Geburtserleben definiert.

Der Begriff des traumatischen Geburtserlebens wurde durch Leinweber et al. (2022, S. 5) wie folgt definiert: "A traumatic childbirth experience refers to a woman's experience of interactions and/or events directly related to childbirth that caused overwhelming distressing emotions and reactions; leading to short and/ or long-term negative impacts on a woman's health and wellbeing."

Die Angaben über die Prävalenz von negativem Geburtserleben sind in der Literatur sehr unterschiedlich. Die Spanne reicht von 6,8% (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad 2004) bis 44% (Ulfsdottir, Nissen, Ryding, Lund-Egloff & Wiberg-Itzel 2014; Hosseini Tabaghdehi et al. 2020, S.3). In einer deutschen Studie von Schäfers (2015, S. 4ff.) aus dem Jahr 2015 lag die Prävalenz von negativem Geburtserleben acht Wochen postpartal bei 25,3%, sechs Monate postpartal bei 23,8%. Acht Wochen postpartal waren Primiparae dreimal häufiger von negativem Geburtserleben betroffen als Mehrgebärende (31,7% vs. 10,3%, OR 3,07). Sechs Monate postpartal sei das Risiko um das 2,3-fache erhöht (28,8% vs. 12,3%, OR 2.32). Die Unterschiede sind jeweils signifikant. Erfasst wurde das Geburtserleben hier durch eine auf 12 Items verkürzte deutsche Version des Salmon's Item List (SIL-GER), die im folgenden Abschnitt näher vorgestellt wird.

Es gibt verschiedene **Messinstrumente** zur Erfassung des Geburtserlebens. In Deutschland gibt es zum aktuellen Zeitpunkt zwei Instrumente, welche das Geburtserleben mehrdimensional erfassen. Dies ist zum einen die SIL-GER sowie der Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) (Pedersen et al. 2021, S. 88). Die SIL-GER wird eingesetzt, um das Geburtserleben beider Elternteile zu erfassen. Der Fragebogen umfasst 20 emotionale und kognitive Zustandsbeschreibungen, die verschiedene Aspekte des Geburtserlebens darstellen. Zwei der Aspekte beinhalten die intrapartalen Dimensionen emotionale Anpassung sowie Schmerzen/Erschöpfung sowie die postnatalen Dimensionen Erfüllung und Enttäuschung (Salmon et al. 1990, S. 256). Zusätzlich werden die drei Items Kontrolle, Ängstlichkeit und Zeitempfinden einzeln dargestellt. Neben den vier verschiedenen Dimensionen wird ein Gesamtsummenscore gebildet, der einen Wert zwischen 0 und 120 annehmen kann (Witt, Kristensen, Brandi, Kollmeyer & Quitman 2021, S.244). Anhand einer Skala mit sieben Stufen wird die am ehesten zutreffende Ausprägung ausgewählt. Laut Stadlmayr et al. (2006, S. 223) ist bei einem Wert von unter 70 von einem kritischen Erleben auszugehen. Die SIL-GER hat in Validierungsstudien teilweise geringe Konsistenzen und fokussiert sich auf ein Zeitfenster von 48-96 Stunden postpartal, weshalb er für viele Datenerhebungen ungeeignet sei (Pedersen et al. 2021, S. 88). Der CEQ wurde im Jahr 2010 von den schwedischen Forschenden Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja & Berg et al. entwickelt und getestet. Im Jahr 2021 erfolgte eine Validierung der deutschen Übersetzung durch Pedersen et al. Der CEQ ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 22 Items zur Erfassung des Geburtserlebens, der für die Anwendung bis zu einem Monat postpartal validiert ist. Die Items sind in die Dimensionen Bewältigungsmöglichkeiten, Wahrgenommene Sicherheit, Professionelle Unterstützung sowie Partizipation unterteilt, ein Gesamtscore wird nicht ermittelt. Die Befragung erfolgt dabei bis zu einem Monat postpartal (Dencker et al. 2010, S. 3; Pedersen et al. 2021, S. 88f.).

Hollins-Martin und Martin (2014, S. 610). entwickelten den Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R), welcher in einigen Ländern anerkannt und verwendet wird. In dem 10-Item Fragebogen werden verschiedene Punkte zur Qualität der Versorgung, persönlichen Eigenschaften der Frau sowie erlebter Stress während der Geburt abgefragt, um die Zufriedenheit mit dem Geburtserleben zu erfassen. Die Teilnehmenden können den zehn Aussagen jeweils anhand einer Fünf-Punkt Skala vollkommen zustimmen bis vollkommen ablehnen. Je nach Antwort werden null bis vier Punkte vergeben, wobei ein Ergebnis von 40 die größte Zufriedenheit mit der Geburt darstellt.

Klint Carlander, Andolf, Edman & Wiklund haben in ihren Forschungen das Geburtserleben durch die Anwendung einer visuellen Analogskala (VAS-Skala) untersucht. Dabei

wurden die Frauen gebeten ihr Geburtserleben in der Skala von 1 (sehr negativ) bis 10 (sehr positiv) einzuordnen. Negatives Geburtserleben definierten sie mit der Angabe  $\leq 5$ . Alle Instrumente sind für eine Messung des Geburtserlebens in den ersten zwei Monaten postpartal ausgelegt. Da die Forscherin Frauen mindestens zwei Jahre postpartal nach ihrem Geburtserleben befragt hat, wurden diese Messinstrumente für die Arbeit nicht verwendet (Klint Carlander et al. 2014, S. 183f.).

## 2.2 Einflussfaktoren auf das Geburtserleben

In der Literatur sind bereits Faktoren, die das Geburtserleben beeinflussen bekannt. Preis et al. (2020, S. 3) geben an, dass das subjektive Geburtserleben mit kognitiven, emotionalen und intrapersonellen Faktoren zusammenhänge. Intrapersonelle Faktoren seien zum Beispiel Angst, mangelnde Kontrolle oder die Unterstützung von Ehepartner oder Fachpersonal. Ulfsdottir et al. (2014, S. 2) identifizierten als Risikofaktoren für negatives Geburtserleben ein hohes Amniotic Fluid Lactate Level (AFL Level) eine lange Latenzphase sowie ein Erst-Apgar unter sieben. Johansson & Finnbogadottir (2019, S. 5) fanden heraus, dass Analsphinkterverletzungen sowie Oxytocinunterstützung in frühen Geburtsphasen die größten Risikofaktoren für negatives Geburtserleben darstellen.

Weitere Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für negatives Geburtserleben erhöhen, sind ein höheres maternales Alter, moderate bis große Angst vor der Geburt, eine verringerte Selbstwirksamkeitserwartung sowie unerwartete medizinische Komplikationen bei Mutter oder Kind (prolongierte Geburt <12 Stunden, Einleitung, Gabe von Wehenmitteln, Forceps, vaginal operative Geburt, (Not)sectio, stärkere Analgesie; geringer Apgar, Verlegung auf die Neugeborenenintensivstation) (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2017, S. 50; Fumagalli et al. 2020, S. 4; Gaudernack, Michelsen, Egeland, Voldner & Lukasse 2020, S. 9; Hosseini Tabaghdehi et al. 2020, S. 4f., Preis et al. 2020, S.7, Pedersen et al. 2021, S.88). Postpartale Blutungen und maternale Infektionen seien auch mit einem eher negatives Geburtserleben assoziiert (Adler et al. 2020, S. 3).

Eine höhergradige Parität, mehr Partizipation, stärkere Kontrolle des Geburtsprozesses, erfüllte Erwartungen, abgeschlossene Vorbereitungen, die Unterstützung des Partners, umfangreiche Betreuung durch Fachpersonal und sofortiger Hautkontakt mit dem Neugeborenen nach Geburt sowie ein intaktes Perineum sind hingegen Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für negatives Geburtserleben verringern (Fumagalli et al. 2020, S. 4, Hosseini Tabaghdehi et al. 2020, S5). Die Betreuung durch eine bereits bekannte Hebamme könnte möglicherweise in Verbindung mit positivem Geburtserleben stehen (Hil-

dingson et al. 2019, S. 36f.) Auch Pedersen et al. (2021, S. 88) und Lütje (2007, S. 46) stellen als wichtigsten Faktor für das positive Geburtserleben die Hebammenbetreuung und deren Unterstützung dar. Die Frauen erwarten eine kontinuierliche und umfassende Hebammenbetreuung. Ebenso hätten Frauen, mit realistischen Erwartungen häufiger eine positive Geburtserfahrung. Das, sowie die durchschnittlich kürzere Geburtsdauer könnten Gründe sein, warum Multiparae ihre Geburtserleben häufiger als positiv einstufen, als Primiparae (Pedersen et al. 2021, S. 88). Forschende fanden heraus, dass die Zufriedenheit sowie das Geburtserleben von Frauen besser sind, wenn sie eine kürzere Geburtsdauer, eine vaginale Geburt und weniger Interventionen erlebt haben (Conrad & Stricker 2018, S. 68). Direkter Haut zu Haut Kontakt unmittelbar postpartal und das erste Stillen innerhalb der ersten Lebensstunde waren ebenfalls mit einem positiven Geburtserleben assoziiert (Ghanbari-Homayi et al. 2020, o.S.). Die Forschenden konnten keinen Einfluss soziodemografischer Daten auf das positive oder negative Geburtserleben feststellen und betrachten negatives Geburtserleben als unabhängigen beeinflussenden Faktor ( $p < 0,001$ ) (Ghanbari-Homayi et al. 2020, o.S.; Fumagalli et al. 2020, S. 4).

Um das Geburtserleben von Frauen zu verbessern, hat die World Health Organisation (WHO) Empfehlungen aufgestellt, wie zum Beispiel einen respektvollen Umgang, eine angemessene Kommunikation und das Aufzeigen verschiedener Möglichkeiten (WHO 2018, S.19, S. 25). Da persönliche Erwartungen, die Qualität, Beziehung und Unterstützung von Fachpersonal sowie die Einbindung in Entscheidungen einen größeren Einfluss auf das Geburtserleben hätten als Schmerz, sollte sich in der Verbesserung der Versorgung insbesondere auf diese Punkte konzentriert werden (Hodnett 2002, S. 165). Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari & Sarafraz (2018, S. 7ff.) schlossen in ihr Review 20 randomisierte, kontrollierte Studien ein und identifizierten als geeignete Strategien, die eine positive Wahrnehmung des Geburtserlebens fördern, die Unterstützung der Frau während der Geburt, die intrapartale Versorgung mit wenigen Interventionen, die Vorbereitung auf die Geburt sowie die Bereitschaft für Komplikationen. Ungeeignet um das positive Geburtserleben zu fördern, seien Methoden der Entspannung und Schmerzreduzierung.

Studien konnten auch einen Einfluss auf das Geburtserleben durch die Einschränkungen der Covid-19-Pandemie nachweisen. Die Forschenden fanden heraus, dass Frauen, die während einem Hoch der pandemischen Phase ihr Kind geboren hatten oder zum Zeitpunkt der Geburt positiv getestet waren häufiger eine geringere Zufriedenheit in Bezug auf die Geburt aufwiesen (Janevic et al. 2021, S. 862).



## 2.3 Einfluss des Geburtserlebens auf eine weitere Schwangerschaft

Bereits in der Einleitung wurde die kontroverse Diskussion bezüglich des Einflusses des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft aufgezeigt. Im Folgenden werden zuerst Publikationen vorgestellt, die einen Einfluss des Geburtserlebens auf die weitere Familienplanung identifizieren konnten, anschließend werden Publikationen vorgestellt, die keinen Einfluss feststellen konnten.

### Identifizierte Einflussnahme des Geburtserlebens

Eine der größten Untersuchungen zu dem Thema stammt von den schwedischen Forscherinnen Gottvall und Waldenström aus dem Jahr 2002. Sie befragten 617 Frauen, die zwischen 1989–1992 ihr erstes Kind geboren haben im Rahmen einer Längsschnittstudie nach ihrem Geburtserleben (auf einer Skala von 1, sehr negativ bis 7, sehr positiv) und untersuchten die nachfolgende Fertilität sowie ihre Absichten dazu. Dabei fanden sie heraus, dass negatives Geburtserleben mit nachfolgender Sterilität assoziiert sei (Gottvall & Waldenström 2002, S. 254). Die folgende Abbildung zeigt den Wunsch von Frauen bezüglich weiterer Geburten zwei Monate postpartal. Von allen Frauen, die sich keine weitere Geburt wünschen, berichten 23% von einem negativen Geburtserleben (14% von sehr negativem Erleben, 9% von negativem Erleben), von allen Frauen, die sich mindestens ein weiteres Kind wünschen, berichten hingegen 9% von negativem Geburtserleben (4% sehr negatives Erleben, 5% negatives Erleben).

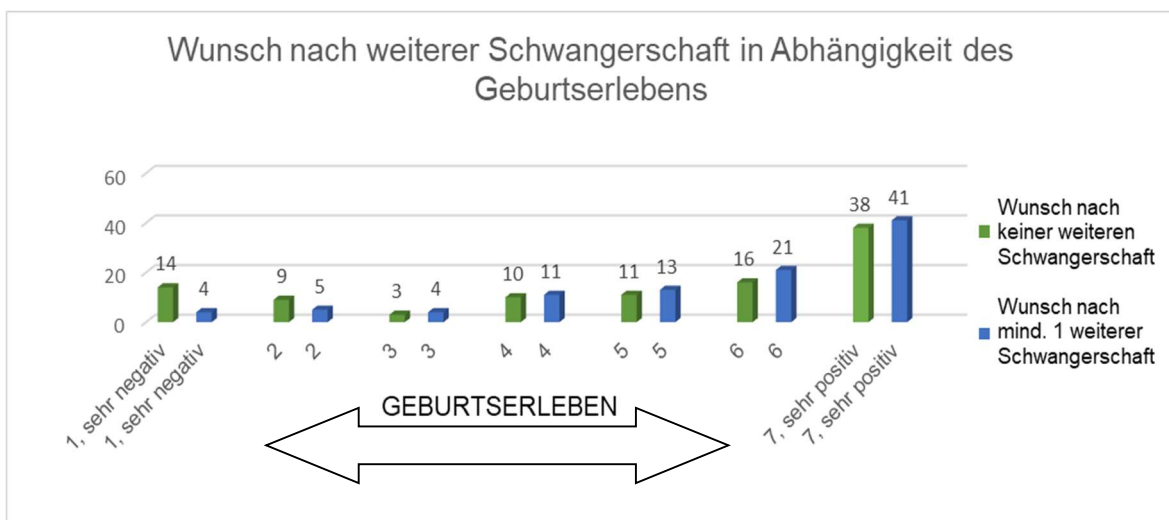
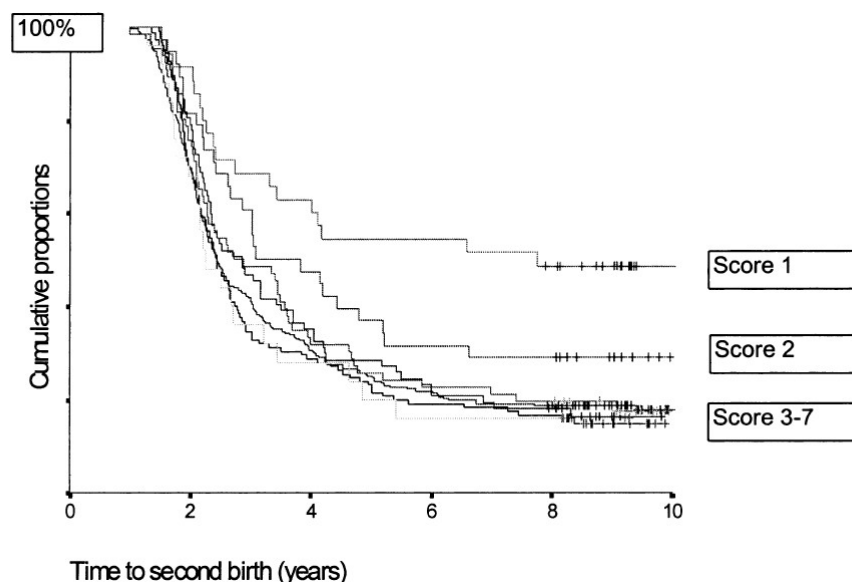


Abbildung 1: weiterer Kinderwunsch je nach Geburtserleben

Quelle: eigene Darstellung basierend auf Daten von Gottvall & Waldenström 2002, S. 258

Frauen ohne negatives Geburtserleben (Selbsteinschätzung  $>2$ ) hatten eine 1,7fach höhere Wahrscheinlichkeit in den folgenden acht bis zehn Jahren ein weiteres Kind zu bekommen als Frauen mit negativem Geburtserleben (Gottvall & Waldenström 2002, S. 259). Des Weiteren haben Gottvall & Waldenström sowie Fussing-Clausen et al. (2014, S. 1037f.) einen Zusammenhang zwischen negativem Geburtserleben bzw. nicht physiologischen Geburtsverläufen (vaginale Beckenendlage (BEL), Sectio Caesarea, Schulterdystokie) und einem längeren Abstand zur nächsten Schwangerschaft feststellen können. Die folgende Abbildung zeigt den Abstand zwischen erster und zweiter Geburt je nach Geburtserleben der Frauen. Frauen mit negativen Geburtserfahrungen hatten im Median einen Abstand von 4,2 Jahren zu ihrem zweiten Kind, wohingegen Frauen ohne negative Geburtserfahrungen im Median einen Abstand von 2,4 Jahren hatten ( $p < 0,001$ ).



**Abbildung 2: Zeit zur zweiten Geburt in Relation zum Geburtserleben**

Quelle: Gottvall & Waldenström 2002, S. 258

Auch Ghanbari-Homayi et al. (2020, o.S.) konnten einen Einfluss des Geburtserlebens auf die Haltung der Frauen bezüglich einer weiteren Schwangerschaft sowie einer vaginalen Geburt feststellen (jeweils  $p < 0,001$ ). Sie kamen zu der Erkenntnis, dass negatives Geburtserleben die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft sowie eine weitere vaginale Geburt reduziert.

In der Literatur identifizierte Aspekte, die vom Geburtserleben beeinflusst werden, sind die Vermeidung einer weiteren Schwangerschaft, eine damit verbundene geringere Parität sowie ein größeres Interpregnancy Interval (IPI).

### **Keine Einflussnahme des Geburtserlebens**

Zwei Publikationen konnten in den durchgeführten Studien keine oder eine bloß geringe Einflussnahme des Geburtserlebens auf die weitere Familienplanung feststellen. Eine schwedische Kohortenstudie aus dem Jahr 2013 von Klint Carlander et al. untersuchte unter anderem den Einfluss von negativem Geburtserleben auf die weitere Reproduktion. Dazu wurden 451 Primiparae zu vier verschiedenen Zeitpunkten (Schwangerschaft, drei und neun Monate, sowie fünf Jahre postpartal) befragt. Das Auftreten von postpartalen Blutungen, Dambrisse dritten oder vierten Grades, postpartale Depressionen und negative Geburtserlebnisse zeigten dabei keinen signifikanten Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft. Ebenso konnte keine geringere Reproduktion bei Frauen festgestellt werden, die ihr erstes Kind per Sectio Caesarea oder vaginal operativ geboren haben (Klint Carlander et al. 2014, S. 187). Die schwedischen Forschenden nennen als möglichen Grund für die kontroversen Ergebnisse zu anderen Studien die unterschiedliche Definition des Geburtserlebens sowie die Anwendung verschiedener Messinstrumente. Für valide und vergleichbare Ergebnisse sei eine international anerkannte Definition von Geburtserleben zukünftig erforderlich. Da die Studie der Forschenden nur Gebärende aus einem Krankenhaus in Südschweden eingeschlossen hat, seien die Ergebnisse nur auf ähnliche Studienpopulationen mit vergleichbaren Grundvoraussetzungen (z.B. Nachbesprechung von negativ erlebten Geburten) übertragbar (Klint Carlander et al. 2013, S. 187).

Auch Preis et al. (2020, S. 1) untersuchten die Fertilitätsabsichten von Frauen in Israel und den Einfluss des Geburtserlebens auf diese. Die 1163 eingeschlossenen Frauen wurden in der Schwangerschaft und zwei Monate postpartal zu ihren Wünschen befragt. Dabei wurde festgestellt, dass der Wunsch von Frauen bezüglich der Familienplanung prä- und postpartal meist kongruent. Geburtserleben, Alter, und sozioökonomischer Status seien unabhängig von der weiteren gewünschten Kinderzahl. Frauen mit einer größeren Zufriedenheit mit der Geburt seien weniger gewillt ihr gewünschtes IPI zu verändern, weshalb die Autoren zu dem Fazit kommen, dass negative Geburtserfahrungen die Fertilitätsabsichten beeinflussen könnten (Preis et al. 2020, S. 7).

Es gibt zahlreiche Studien, welche einen Einfluss des Geburtserlebens auf die weitere Familienplanung bestätigen, zwei Studien konnten in ihren Daten keinen bzw. einen geringen Einfluss feststellen. Eine der Studien schlussfolgert eine eingeschränkte Übertragbarkeit, die andere hält einen Einfluss negativer Geburtserfahrungen trotzdem für möglich. Deshalb ist es sehr wahrscheinlich, dass das Geburtserleben die Planung einer weiteren Schwangerschaft sowie die Familienplanung im Allgemeinen beeinflusst.

## 2.4 Auswirkungen des Geburtserlebens auf weitere Parameter

Im folgenden Kapitel werden Auswirkungen des Geburtserlebens erläutert. Je nach Studie wurden als weitere Auswirkungen des Geburtserlebens der Wunsch nach einer elektiven Sectio, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die Eltern-Kind-Bindung identifiziert.

### **Wunsch nach elektiver Sectio**

Nicht nur die Planung zukünftiger Schwangerschaften sondern auch die folgenden Geburten könnten aufgrund einer negativen Geburtserfahrung beeinflusst werden. Shorey, Yang & Ang (2018, S.1240) stellen einen Zusammenhang zwischen negativem Geburtserleben sowie der grundsätzlichen Präferenz einer primären Sectio ohne medizinische Indikation dar. Auch Frauen, die von besonders starken Schmerzen während der Geburt berichten, hätten ein zweifach erhöhtes Risiko dafür, sich im Falle einer weiteren Schwangerschaft eine elektive Sectio zu wünschen (Junge, Soest, Seidler, Eberhard-Gran & Garthus-Niegel 2021, S. 1679).

### **Psychische Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Subjektiv positives Geburtserleben sei mit weniger Stress und geringeren Symptomen von postpartalen Depressionen assoziiert, welches wiederum mit einer höheren Lebensqualität verknüpft sei (Grylka-Baesclin, van Teijlingen & Gross 2014, S. 2). Zudem konnten die Forschenden einen Zusammenhang zwischen einer geringen Zufriedenheit mit der Geburt und dem Auftreten postnataler Depressionen feststellen (Yakupova & Liutsko 2021, S. 7). Schäfers (2015, S. 5f.) fand heraus, dass ein negatives Geburtserleben acht Wochen postpartal die Wahrscheinlichkeit für eine verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie eine geringere subjektive Gesundheit erhöht.

### **Eltern-Kind-Bindung**

Das Geburtserleben sei ebenfalls wichtig für die spätere Eltern-Kind-Bindung (Witt et al. 2021, S. 242f). Auch das BMG (2017, S. 37) stellt dar, dass eine aktive Teilnahme an der Geburt sowie das Gefühl der Selbstbestimmung, welches ein Ziel der gemeinsamen Entscheidungsfindung sei, einen Einfluss auf die erfahrene persönliche Kontrolle sowie das gesamte Geburtserleben habe. Dies sei mit positiven Effekten auf das Selbstwirksamkeitserleben verbunden, welches wiederum förderlich für eine frühe tragfähige Bindung zum Kind sei.

## 2.5 Weitere Einflussfaktoren auf die Planung einer Schwangerschaft

Die Theory of Planned Behavior (TPB) von Ajzen besagt, dass eine Absicht die größte Determinante für tatsächliches Verhalten sei (TPB) (Ajzen 1991, S. 179). Die Voraussetzung für die Erfüllung sei jedoch, dass das Verhalten von der jeweiligen Person steuerbar ist, weshalb es in dieser Arbeit explizit um die Planung einer weiteren Schwangerschaft geht und nicht das tatsächliche Eintreten, da nur die Planung der Schwangerschaft für die Frauen steuerbar ist. Die wichtigste Determinante für die Planung einer weiteren Schwangerschaft sei die Absicht der jeweiligen Frau. Die Theorie von Ajzen stützt die Ergebnisse von Klint Carlander et al., die Forschenden identifizierten in ihrer Studie die Planung eines weiteren Kindes neun Monate postpartal als den stärksten korrelierenden Aspekt mit einem zweiten Kind (Klint Carlander et al. 2014, S. 185).

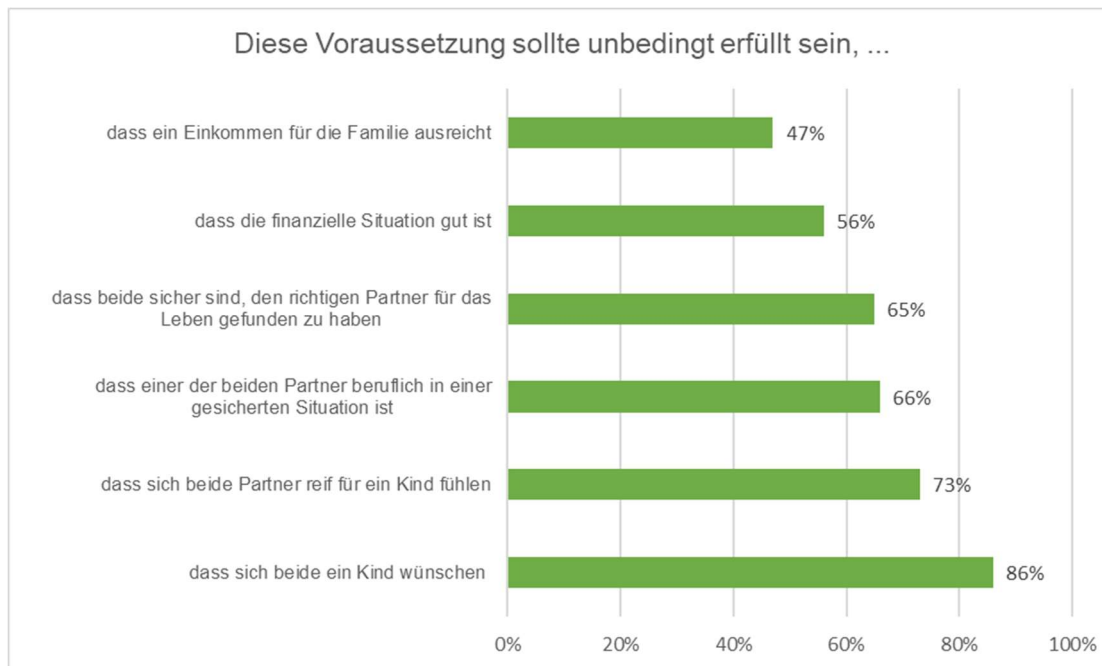
Absicht und Planung einer Schwangerschaft werden von zahlreichen Faktoren beeinflusst, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Demografische Daten zeigen, dass Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss und Frauen in Städten häufiger kinderlos bleiben als Frauen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen und Frauen, die in ländlicheren Regionen wohnen. In Deutschland leben insbesondere in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen viele Frauen ohne Kinder, in den östlichen Bundesländern leben die wenigsten Frauen ohne Kinder (BMFSFJ 2020, S. 87). Gottvall & Waldenström (2002, S. 259) haben drei Variablen identifiziert, die einen Einfluss auf die zukünftige Reproduktion haben: negatives Geburtserleben, mütterliches Alter >35 (zu Beginn der ersten Schwangerschaft) sowie alleinstehend zu sein. Andere Forschende assoziierten ein längeres IPI (>60 Monate) mit jüngeren Frauen und ein kürzeres IPI (<12 Monate) mit einem maternalen Alter ab 35. Die Forschenden interpretieren dies als Ziel die gewünschte Familiengröße in der noch verbleibenden fruchtbaren Zeit zu erreichen. Auch die Religiosität wird in der Literatur als ein Faktor genannt, der die Familienplanung beeinflusst. Die Forschenden haben herausgefunden, dass umso religiöser eine Frau ist, desto mehr Kinder wünscht sie sich und desto kürzer ist das IPI (Preis et al. 2020, S. 2).

In einer großen europäischen Studie wurde in sieben europäischen Ländern (darunter nicht Deutschland) eine positive Korrelation zwischen der Bildung der Frau und der Fertilität festgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass in manchen Ländern höher gebildete Frauen sich eine größere Familie wünschen. Die Autorin führt als möglichen, noch zu überprüfenden Grund dafür auf, dass sich insbesondere bei gebildeten Frauen Erwerbsarbeit und Familiengründung nicht gegenseitig ausschließen (Testa 2014, S. 30).

Ob auch der Geburtsmodus das Planen einer weiteren Schwangerschaft oder das IPI beeinflusst wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Evers, McDermott, Blomquist & Handa (2014, S. 2571) haben keinen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Geburtsmodi in Bezug auf weitere Geburten, das IPI sowie Infertilität nach der Geburt beobachten können. O'Neill et al. (2014, S. 1210) fanden dagegen heraus, dass sich der Abstand zwischen der ersten und zweiten Geburt signifikant unterscheidet, je nachdem, wie der Geburtsmodus des ersten Kindes gewesen ist. Frauen, die per Sectio geboren haben (unabhängig davon ob primär, sekundär oder Notsectio) hatten im Vergleich zu Frauen, die spontan geboren haben eine 6% reduzierte Wahrscheinlichkeit für eine weitere Geburt, Frauen, die vaginal operativ geboren haben, haben eine um 8% reduzierte Wahrscheinlichkeit. Auch das IPI unterscheidet sich je nach erlebtem Geburtsmodus, so sei der Median bis zur nächsten Geburt bei Frauen, die per Sectio Caesarea geboren haben, 994 Tage, im Gegensatz zu Frauen, die vaginal operativ geboren haben bei 1065 Tagen. Die Ergebnisse decken sich mit denen von Elvander, Dahlberg, Andersson, & Cnattingius (2015, S. 1593) die ebenfalls eine verminderte Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft von Frauen, die vaginal operativ geboren haben, im Vergleich zu Frauen die spontan geboren haben, festgestellt haben.

Um negative Geburtserlebnisse zu verarbeiten, sind Bewältigungsstrategien notwendig. Antonovsky spricht im Kontext der Salutogenese vom Kohärenzgefühl. Dieses sei maßgeblich für die Qualität der Bewältigung von schwierigen Situationen. Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto leichter falle die Anwendung von Bewältigungsstrategien. Die erfolgreiche Bewältigung von schwierigen Situationen sei ein wichtiger Faktor für die (psychische) Gesundheit (Antonovsky 1991, S. o.S., Bengel, Strittmatter & Willmann 2001, S. 36, 47).

Die folgende Abbildung zeigt die Voraussetzungen, die 16- bis 49-Jährige angaben, die vor der Geburt eines Kindes erfüllt sein sollten. Die am häufigsten genannte Voraussetzung war mit 86%, dass sich beide Partner ein Kind wünschen, die zweithäufigste Voraussetzung war, dass sich beide Partner für ein Kind reif fühlen (73%). Für circa zwei Drittel ist das Finden der richtigen Person und die Tatsache, dass mindestens ein Partner in einer beruflich gesicherten Situation ist eine Voraussetzung. Eine gute finanzielle Situation ist für 56% der Befragten eine Voraussetzung, die vor der Geburt eines Kindes erfüllt sein sollte. Weniger als die Hälfte (47%) betrachten ein Einkommen, das für die Familie zum Leben ausreicht, als eine Voraussetzung (Institut für Demoskopie Allensbach (IfD 2013, S. 58).



**Abbildung 3: Voraussetzungen, die vor der Geburt eines Kindes erfüllt sein sollten**

Quelle: eigene Darstellung basierend auf Daten von IfD (2013, S. 58)

## 2.6 Fragestellung und Hypothesen

Inspiriert durch den Beitrag in der Rheinischen Post und aufgrund der gefundenen kontroversen Datenlage in der Literatur wollte sich die Forscherin weitergehend mit der Thematik beschäftigen. Die ursprüngliche Idee der Forscherin, welche der Entwicklung der Forschungsfrage voraus ging, war, dass sich Mütter durch ein positives Geburtserleben so empowert fühlen, dass sie postpartal eine verstärkte Bereitschaft für eine Schwangerschaft haben. Im Gegensatz dazu stand die Überlegung, dass Mütter mit negativem Geburtserleben aufgrund ihrer Erfahrungen eine abschwächende Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft haben. Aufgrund dieser Überlegungen und der durch die kontroversen Ergebnisse in der Literatur noch nicht ausreichenden und eindeutigen Datenlage zu dem Thema wurde für das Forschungsprojekt folgende Fragestellung entwickelt:

**Welche Auswirkungen hat das subjektive Geburtserleben einer Primipara auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft?**

Das primäre Outcome ist als die Bereitschaft einer Primipara zur Planung einer weiteren Schwangerschaft definiert. Ebenfalls unklar in der Literatur bleibt die Frage, ob es bestimmte Aspekte des Geburtserlebens gibt, welche die Wünsche bezüglich der Reproduktion verändern. Eine Beobachtung, welche die Forscherin in der Praxis im Kreißaal machte, ist, dass die meisten Frauen einer weiteren Schwangerschaft unmittelbar post-

partal eher ablehnend gegenüberstehen. Diese ablehnende Haltung einiger Frauen ändert sich jedoch im Laufe der Zeit, da knapp die Hälfte aller Familien zwei oder mehr Kinder haben (BMFSFJ 2020, S.42). Aufgrund dessen kam es zur Formulierung zweier Unterfragestellungen:

1. Welche konkreten Aspekte des Geburtserleben verändern den Wunsch der Familienplanung?
2. Wann verändert sich möglicherweise die Einstellung bezüglich einer weiteren Schwangerschaft?

Zusätzlich zu den Fragestellungen werden fünf Hypothesen aufgestellt. Das erste Hypothese untersucht, ob ein Einfluss des Geburtserleben einer Primipara auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft vorliegt. Zwei weitere Hypothesen konkretisieren den Einfluss weiter, unter der Voraussetzung, dass die erste Hypothese angenommen wurde. Die vierte Hypothese greift den Einfluss von strukturellen und organisatorischen Aspekten der geburtshilflichen Versorgung auf und überprüft einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft von Primiparae. Strukturelle und organisatorische Aspekte implizieren die Versorgung im Kreißaal aber auch die Betreuung von Hebammen und Ärzten in Schwangerschaft und Wochenbett. Außerdem sind damit der Betreuungsschlüssel (1:1 Betreuung), das Geburtssetting (Klinik, Geburtshaus, Hausgeburt, Beleghebamme), die Auslastung des Kreißaals und der Wochenbettstation sowie die Suche nach einer Wochenbetthebamme gemeint. Die letzte Hypothese zielt auf konkrete Zeitpunkte ab, in denen die Frauen möglicherweise über eine weitere Schwangerschaft nachgedacht haben.

- 1) Das subjektive Geburtserleben einer Primipara kann einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft haben
- 2) Ein positives Geburtserlebnis verstärkt die Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft.
- 3) Ein negatives Geburtserlebnis schwächt die Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft.
- 4) Strukturelle und organisatorische Aspekte der geburtshilflichen Versorgung können einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft haben.
- 5) Mögliche Zeitpunkte für das Nachdenken über eine weitere Schwangerschaft sind:
  - Das Abstillen,
  - Die erste Menstruation postpartal,
  - Der erste Besuch beim Gynäkologen oder
  - Die Rückkehr an den Arbeitsplatz.



## 2.7 Ziele

Die Autorin hat als persönliches Ziel der Masterarbeit die Erlangung des akademischen Grades Master of Science um den Studiengang HELPP – Versorgungsforschung und -gestaltung erfolgreich abzuschließen. Die Themenauswahl erfolgte nach eigenen persönlichen Vorlieben und begründet sich auf Interesse und Beobachtungen, welche die Forscherin in der beruflichen Praxis gemacht hat. Als Abschlussarbeit in einem Studiengang, der die Versorgungsforschung als Schwerpunkt setzt, ist es zudem eine persönliche Kompetenzerweiterung der Forscherin ein Forschungsprojekt selbstständig zu planen und durchzuführen. Aus diesem Grund stellt die autodidaktische Weiterentwicklung in den Bereichen der Forschungsplanung, die Durchführung der PZI, die Transkription von Interviews und die Inhaltsanalyse nach Kuckartz ein Ziel der Forscherin dar. Zu dem persönlichen Ziel des Studienabschlusses verfolgt die Arbeit weitere, wissenschaftliche Ziele.

Ziel der Forschungsprojektes ist es, herauszufinden ob und inwiefern das Geburtserleben einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft hat. Die derzeitige kontroverse Studienlage soll weiter ausgeführt werden, sodass die Forscherin selbst aus den empirischen Ergebnissen Anhaltspunkte und Hinweise erlangt. In der Literatur wurde bislang nur in Ansätzen analysiert, welche genauen Aspekte des Geburtserlebens die weitere Schwangerschaftsplanung beeinflussen, weshalb ein weiteres Ziel ist, konkrete Aspekte zu identifizieren, die den weiteren Kinderwunsch verstärken oder abschwächen. Weitere mögliche Veränderungen und Auswirkungen auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft werden ermittelt. Konkrete Faktoren, welche die Familienplanung für die Frauen persönlich beeinflusst haben, werden durch die Interviews und die Analyse identifiziert. Außerdem werden Zeitpunkte und Ereignisse festgestellt, wann sich die Einstellung von Müttern zur Planung einer weiteren Schwangerschaft nach der Geburt möglicherweise verändert.

Um die Ziele zu erreichen, werden qualitative leitfadengestützte Interviews mit zehn Frauen geführt, deren bisher einzige Geburt vor den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie stattgefunden hat. Ziel ist es ein Leitfaden zu entwickeln, der auf die Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen ausgelegt ist. In den Interviews wird eine vertrauensvolle und offene Atmosphäre geschaffen damit aussagekräftige Inhalte geschaffen werden. Anschließend werden die geführten Interviews mithilfe der Audiodateien nach den Regeln von Kuckartz transkribiert. Anschließend wird eine Inhaltsanalyse nach Kuckartz durchgeführt. Ein weiteres Ziel der Arbeit ist die Beantwortung der Fragestellung und Unterfragestellungen sowie die Annahme oder Ablehnung der aufgestellten Hypothesen.

## 3 Methodisches Vorgehen

### 3.1 Studiendesign

Das dritte Kapitel stellt das methodische Vorgehen der Interviews vor, mit dem die Forschungsfrage beantwortet wurde. So soll dem Lesenden eine Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit ermöglicht werden. Das Kapitel untergliedert sich in das Vorstellen der Zielgruppe mit den entsprechenden Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmerinnen, dem Feldzugang und der Auswahl der Stichprobe. Kapitel 3.3 stellt die Datenerhebung nach dem Problemzentrierten Interview von Witzel vor und erläutert die verwendeten Instrumente der Forscherin. Anschließend folgen die Datenaufbereitung und der Prozess der Datenauswertung. Für die Datenauswertung wird die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz vorgestellt und angewendet. Ein Interviewabschnitt wird exemplarisch ausgewertet, anschließend werden die aufgestellten Haupt- und Subkategorien vorgestellt. Darauffolgend werden die relevanten ethischen Kriterien erläutert, zuletzt wird auf die Gütekriterien für qualitative Forschung eingegangen.

Shorey et al. (2018, S.1236) haben auf weiteren Forschungsbedarf bezüglich des Themas mit qualitativen Komponenten verwiesen. Ein qualitatives Design ist für die Erfassung des vollumfänglichen Geburtserlebens erforderlich, weshalb explizit nicht auf die Verwendung von Messinstrumenten zurückgegriffen wurde. Für die Beantwortung der Fragestellung wurde eine eigene explorative qualitative Querschnittsstudie durchgeführt. Der Schwerpunkt des Forschungsprojektes ist die qualitative Befragung von Müttern. Es wurden zehn leitfadengestützte Interviews nach dem Prinzip des Problemzentrierten Interviews nach Witzel geführt. Die Auswahl der Teilnehmerinnen erfolgte nach Gelegenheit, weshalb die Ergebnisse nicht repräsentativ sind. Die Interviews sind durch einen Leitfaden vorstrukturiert, um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Im Fokus der Interviews stehen das Geburtserleben, die ursprüngliche und aktuelle Familienplanung und weitere individuelle Aspekte, welche die Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflussen. Außerdem wurden die Frauen nach dem Einfluss ihres Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft befragt. Des Weiteren wurden sie nach konkreten Zeitpunkten befragt, an welchen sie möglicherweise über die weitere Familienplanung nachdachten.

Die Fragen zielten auf die Beantwortung der Forschungsfrage ab. Die Interviews wurden als Audioaufnahmen aufgezeichnet und anschließend nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz durch die Forscherin selbst transkribiert. Die Analyse erfolgte dann digital durch das Programm MAXQDA. Zusätzlich zu den Interviews erfolgte die Abfrage soziodemo-

grafischer Faktoren durch einen Kurzfragebogen. Zur Auswertung der erhobenen Daten erfolgte eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz, welche sich sowohl durch eine deduktive als auch eine induktive Vorgehensweise auszeichnet (Kapitel 3.5). Vor Beginn der Datenerhebung wurde ein ethisches Screening durchgeführt, welches durch die Ethikkommission positiv bewertet worden ist (s. Kapitel 3.6, Anhang I).

## 3.2 Zielgruppe

### Ein- und Ausschlusskriterien

In das Forschungsprojekt wurden nur Mütter eingeschlossen, die zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bislang genau einmal geboren haben. Die Geburt des jeweiligen Kindes musste, um eine mögliche Verzerrung durch Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auszuschließen, vor Beginn der Einschränkungen durch die Pandemie stattgefunden haben. Besuchsverbote für Angehörige erfolgten in den örtlichen Kliniken ab dem 14.03.2020<sup>2</sup>. Da die meisten Frauen nach der Geburt noch einige Tage in der Klinik verbringen, wurde als letzter möglicher Geburtstermin des Kindes der 10.03.2020 festgelegt. Frauen, die schon zweimal geboren haben, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Da Frauen mit Mehrlingen im Sinne der Definition als Primipara gelten, wurden potenzielle Mehrlingsmütter mit in die Studie eingeschlossen. Da Frauen mit negativen Geburtserlebnissen eine sehr vulnerable Personengruppe sind und diese in der bisherigen Forschung stärker im Fokus standen (Shorey & Ang 2016, S. 16), ließ die Forscherin die Zielgruppe offen und unabhängig vom Geburtserleben der Frauen, wodurch die Stichprobe in Bezug auf das Geburtserleben heterogen war. Primiparae konnten unabhängig von ihrem Geburtsmodus der vorangegangenen Geburt oder der Zufriedenheit des Geburtserlebens teilnehmen, da positives oder negatives Geburtserleben kein Ausschlusskriterium darstellte. Eine aktuell bestehende Schwangerschaft war ebenfalls kein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie.

Aufgrund der Akquirierung der Probandinnen in deutscher Schrift erfolgte eine Auswahl auf alphabetisierte, deutschsprachige Frauen. Durch den Wohnsitz der Forscherin und die ursprüngliche Zielvorstellung alle Interviews analog zu führen, erfolgte die Akquirierung der Teilnehmerinnen im Raum Osthessen. Weitere Limitationen des Forschungsprojektes werden in Kapitel 5.6 aufgeführt.

---

<sup>2</sup> siehe Lokalpresse: <https://www.fuldainfo.de/generelles-besuchsverbot-im-klinikum-fulda/>; <https://osthessen-news.de/n11631908/klinikum-besuchsverbot-wird-ignoriert-menzel-sauer-lassen-sie-uns-arbeiten.html>

### **Feldzugang**

Potenzielle Interviewteilnehmerinnen wurden in Form eines Anschreibens (s. Anhang E) über die Studie informiert und aufgerufen sich bei der Forscherin zu melden. Das Anschreiben wurde an verschiedenen Orten aufgehängt, die häufig von Müttern frequentiert werden. Die Anschreiben wurden in Kindertageseinrichtungen, Turnhallen, Gemeindehäusern, Schwimmbädern, Büchereien, sowie in Kinder-, Hausarzt- und Frauenarztpraxen im Landkreis Vogelsberg und Fulda aufgehängt. Ebenfalls erfolgte die Verteilung des Anschreibens in einem Mütterzentrum und einem Eltern-Kind-Café. Außerdem wurde das Anschreiben digital an alle Mitglieder der Fachbereiche Gesundheitswissenschaften und Sozialwesen der Hochschule Fulda versendet. Das Anschreiben wurde ebenfalls von der Forscherin und weiteren Hebammen online über soziale Netzwerke (Instagram, Facebook und WhatsApp) geteilt. Zusätzlich erfolgten mündliche, sowie digitale Weiterleitungen des Anschreibens durch Familienangehörige, Freunde und Bekannte, die dieses an ihnen bekannte Mütter weitergeleitet haben. Frauen, die der Zielgruppe angehören, wurden im Anschreiben aufgerufen sich bei der Forscherin zu melden, wenn sie Interesse an einer Teilnahme hatten. Dazu waren Kontaktinformationen der Forscherin in Form von Emailadresse und Telefonnummer angegeben.

### **Auswahl der Stichprobe**

Die Auswahl der Stichprobe erfolgte auf dem Prinzip der Gelegenheitsstichprobe, die auch unter dem Namen Ad-hoc-Stichprobe bekannt ist. Es ist keine Repräsentativität gegeben, da keine zufällige Auswahl der Stichprobe erfolgte. Dies entspricht dem üblichen Vorgehen für qualitative Forschungsarbeiten.

Die Kontaktaufnahme erfolgte durch die potenziellen Teilnehmerinnen, dieses Vorgehen begründet sich auf ethischen Überlegungen und stellt sicher, dass die Teilnahme der Frauen ungezwungen und freiwillig war. Durch die Aushänge an Orten des täglichen Lebens bot die Forscherin einen niedrighwelligen Zugang an. Die Probandinnen meldeten sich je nach persönlicher Vorliebe telefonisch, per Mail oder über Online-Messengerdienste bei der Forschenden. Meldete sich eine potenzielle Teilnehmerin bei der Forscherin, stellte die Forscherin zunächst sicher, ob die Frau die Einschlusskriterien erfüllte. Ist dies der Fall gewesen, wurden Zeitpunkt und Ort des Interviews nach den Wünschen der Teilnehmerin vereinbart. Drei der Teilnehmerinnen wünschten sich das Interview online zu führen, diesem Wunsch konnte die Forscherin nach der positiven Bewertung der Ethikkommission nachkommen.

Insgesamt meldeten sich bei der Forscherin 19 Frauen, welche sich für ein Interview bereit erklärten. Vier der Frauen erfüllten die Einschlusskriterien nicht, da sie bereits mehrere Kinder geboren hatten. Eine Frau meldete sich bezüglich einer Terminvereinbarung nicht wieder zurück, weshalb kein Treffen für das Interview zustande kam. Zwei Interviewangebote wurde abgelehnt, da bereits eine Datensättigung erreicht worden war, zwei weitere Frauen meldeten sich erst nach Abschluss der Datenerhebungsphase bei der Forscherin, sodass insgesamt bis zur Datensättigung zehn Interviews geführt wurden. Alle Probandinnen stimmten nach erfolgter Aufklärung der Teilnahme am Forschungsprojekt und der Aufzeichnung des Interviews zu. Das Aufklärungsschreiben ist im Anhang C hinterlegt. Sieben der Interviews fanden analog im Raum Osthessen statt, drei Interviews wurden online per Videokonferenz durchgeführt.

### **3.3 Datenerhebung**

#### **3.3.1 Das Problemzentrierte Interview nach Witzel**

Die Interviews orientieren sich an der Vorgehensweise des Problemzentrierten Interviews (PZI) nach Witzel. Der Erkenntnisgewinn des PZI ist sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozess ein induktiv-deduktives Wechselverhältnis. Es folgt dem Prinzip der Offenheit, welches durch Narrationen angeregt wird. Mit der elastischen Vorgehensweise wird sichergestellt, dass die erhobenen Daten nicht einer Theorie angepasst werden (Witzel 2000, S. 2).

Das PZI besteht aus den drei Grundpositionen Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung. Die Problemzentrierung kennzeichnet eine gesellschaftlich relevante Problemstellung, sowie am Problem orientierte Nachfragen des Interviewers, sodass sich die Kommunikation immer mehr auf das Forschungsproblem zuspitzt. Die Gegenstandsorientierung betont die Flexibilität der Methode, welche sich auch durch eine Methodenkombination auszeichnet. Je nach Verlauf des Interviews kann so entweder stärker auf Narrationen oder Nachfragen gesetzt werden. Die Prozessorientierung bezieht sich auf Vorinterpretationen sowie den ganzen Forschungsablauf. Durch einen sensiblen Kommunikationsprozess und die Rekonstruktion anhand von Handlungen entsteht bei den Befragten Vertrauen und Offenheit, sodass die Erinnerungsfähigkeit und Selbstreflexion gestärkt werden. Das biographische Interview kann im Verlauf neue Aspekte, Korrekturen an vorangegangenen Aussagen, Redundanzen oder Widersprüche hervorbringen, welche entsprechend interpretiert werden können (Witzel 1985, S. 230ff).

Das PZI ist ein diskursiv-dialogisches Verfahren, das die Befragten als Experten ihrer Orientierungen und Handlungen begreift. Zu Beginn des Interviews werden die Anonymität der Befragten zugesichert, sowie die Untersuchungsfrage erläutert. Anschließend wird das Interview durch erzählungsgenerierende Einstiegsfragen eröffnet (Witzel 2000, S. 6). Grundlage für die Auswertung der Interviews ist die vollständige Transkription der PZI. Die Resultate werden zunächst anhand des Leitfadens mit Stichworten markiert, im nächsten Schritt werden neue thematische Aspekte gekennzeichnet (Witzel 2000, S. 7). Vier Instrumente unterstützen die Durchführung des PZI: Kurzfragebogen, Leitfaden, Tonaufzeichnung des Gesprächs sowie das Postskriptum (Witzel 1985, S. 236).

### 3.3.2 Kurzfragebogen, Leitfaden Tonaufzeichnung, Postskriptum

Jede Teilnehmerin wurde vor Beginn des eigentlichen Interviews nach persönlichen Angaben zu soziodemografischen Daten befragt. Die Abfrage erfolgte mithilfe eines **Kurzfragebogens**, in welchem die entsprechenden Antworten notiert wurden. Dieses Vorgehen entspricht dem PZI nach Witzel (2000, S. 4), da sich die Erhebung soziodemografischer Daten in Form eines offenen Interviews schwierig gestaltet. Auf diese Weise konnten kurz und prägnant die soziodemografischen Daten Alter, Familienstand, Gravidität, Parität, Geburtsmodus, -datum und -ort (des Kindes), religiöse Zugehörigkeit sowie der höchste Bildungsstand erhoben werden. Die Daten wurden in eine Tabelle eingefügt. Dadurch wurden mögliche Auffälligkeiten oder Häufungen erkennbar die im Anschluss analysiert wurden. Der Kurzfragebogen befindet sich als Teil des Interviewleitfadens in Anhang B.

Der **Leitfaden** greift die Forschungsthemen auf und stellt eine bessere Vergleichbarkeit der Interviews sicher. Zudem dient der Leitfaden als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen. Er enthält neben dem Kurzfragebogen eine Einleitungsfrage, erzählgenerierende Fragen und Nachfragen (Witzel 2000, S. 4). Im Rahmen der Einleitungsfrage wurden die Frauen gebeten sich an ihre Geburt zu erinnern und Schritt für Schritt zu erzählen, wie sie diese erlebt haben. Der Leitfaden soll sicherstellen, dass alle relevanten Themen während des Interviews behandelt wurden und den Kommunikationsprozess unterstützen. Ebenso hat der Leitfaden die Funktion die Interviews ähnlich zu strukturieren. Der Leitfaden wurde in Anlehnung an die Messinstrumente zum Geburtserleben CEQ und SIL-GER entwickelt. Die Frauen werden nach den von ihnen erlebten Gefühlen und Emotionen rund um die Geburt, der Zufriedenheit mit der Betreuung, der professionellen Unterstützung, ihrer erlebten Partizipation und Akzeptanz mit der Geburt befragt. Zudem werden die Frauen nach ihrer ursprünglich gewünschten Familienplanung gefragt und nach der aktuellen

Einstellung gegenüber einer weiteren Schwangerschaft. Die Frauen werden gebeten Auswirkungen der letzten Geburt auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft sowie weitere Faktoren und Aspekte, welche die Familienplanung für sie persönlich beeinflusst haben, zu nennen. In einer geschlossenen Frage wird erfasst, ob die Erfahrungen der Geburt die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft verstärkt oder abgeschwächt haben. In der letzten Frage werden die Frauen gebeten Zeitpunkte zu nennen, an denen sich die Sichtweise bezüglich der Planung einer weiteren Schwangerschaft verändert haben. Im Anschluss an die Beantwortung der Fragestellung wurden konkrete Zeitpunkte, welche die Forscherin als Hypothese aufstellte, überprüft. Weder Kurzfragebogen noch Leitfaden wurden einem Pretest unterzogen. Im Verlauf der Datenerhebung sah die Forscherin keine Notwendigkeit einer Modifikation dieser Hilfsmittel.

Für eine vollständige, authentische und präzise Transkription eignet sich die **Tonaufzeichnung** der Interviews, für welche die Interviewpartnerinnen vor Beginn des Gespräches ihre Einwilligung erteilen sollten (Witzel 2000, S. 4). Die analogen Interviews wurden mit dem Mobiltelefon der Forscherin aufgezeichnet. Die Onlineinterviews wurden durch die jeweiligen Funktionen der Anbieter (Cisco Webex oder Zoom) aufgezeichnet. Alle Interviewteilnehmerinnen stimmten der Aufzeichnung zu. Anschließend wurden die Audio-dateien auf den Arbeitslaptop überspielt und vom Mobiltelefon der Forscherin gelöscht. Die Dauer der Tonaufzeichnungen variieren zwischen 25-58 Minuten.

Die Forschende erstellte unmittelbar nach jedem Interview ein **Postskriptum** zur Ergänzung der Tonträgeraufzeichnung. Es enthält die Eckdaten (Zeit, Ort) des Interviews, eine Skizze über die Gesprächsinhalte, Anmerkungen, spontane Interpretationsideen sowie nonverbale Aspekte zu den Gesprächsinhalten, welche nicht auf der Tonbandaufzeichnung sind. Ebenso wurde bei Bedarf ein persönlicher Eindruck der jeweiligen Frau und Gesprächsinhalte vor und nach dem Interview vermerkt. Die Postskripte wurden zur besseren Verständlichkeit und Interpretation für die Inhaltsanalyse mit herangezogen. Ein Postskriptum findet sich exemplarisch in Anhang H.

### 3.4 Datenaufbereitung

Eine vollständige Transkription der Interviews ist für die Inhaltsanalyse nach Kuckartz erforderlich (Kuckartz 2000, S. 164). Die Transkription erfolgte händisch durch die Forscherin unter Zuhilfenahme von Microsoft Word sowie MAXQDA. Im gedruckten Exemplar der Arbeit findet sich in Anhang A eine exemplarische Transkription, in der digitalen Version befinden sich alle transkribierten Interviews in Anhang A. Die Forscherin hat die Tran-

skription aller Interviews nach den im folgenden Kapitel aufgeführten Transkriptionsregeln durchgeführt. Die Interviewteilnehmerinnen wurden mit ihrem jeweiligen Pseudonym Frau X. (Anfangsbuchstabe des Nachnamens) abgekürzt, die Forscherin durch I (Interviewerin). Zur besseren Rekonstruktion von Zitaten sind die Zeilen der Transkripte nummeriert.

### **Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018, S. 167f.)**

- 1) Es wurde wörtlich transkribiert (nicht lautsprachlich oder zusammenfassend). Vorhandene Dialekte wurden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
- 2) Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet. Das bedeutet, dass es an das Schriftdeutsch angenähert wurde. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. wurden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthielten.
- 3) Deutliche, längere Pausen wurden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden wurden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wurde eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
- 4) Besonders betonte Begriffe wurden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
- 5) Sehr lautes Sprechen wurde durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
- 6) Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha) wurden nicht mit transkribiert, solange sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrachen.
- 7) Einwürfe der jeweils anderen Person wurden in Klammern gesetzt.
- 8) Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützten oder verdeutlichten (etwa Lachen oder Seufzen), wurden in Klammern notiert.
- 9) Absätze der interviewenden Person wurden durch ein „I.“, die der befragten Person durch ein eindeutiges Kürzel gekennzeichnet, in diesem Fall Frau X.
- 10) Jeder Sprechbeitrag wurde als eigener Absatz transkribiert. Ein Sprecherwechsel wurde durch eine Leerzeile gekennzeichnet, um die Lesbarkeit zu erhöhen.
- 11) Störungen wurden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
- 12) Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person wurden in Doppelklammern notiert, z. B. ((lacht)), ((stöhnt)).
- 13) Unverständliche Wörter wurden durch (unv.) kenntlich gemacht.
- 14) Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine der befragten Personen erlauben, wurden anonymisiert (Kuckartz 2018, S. 167f.).



## 3.5 Datenauswertung

### 3.5.1 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Für den Auswertungsprozess wurde sich an der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz orientiert. Die Inhaltsanalyse nach Kuckartz erfolgt sowohl induktiv als auch deduktiv, meistens werden Mischformen angewendet (Kuckartz 2018, S.97). Dabei werden aufgestellte Hypothesen überprüft (deduktives Vorgehen) und neue Hypothesen aufgestellt (induktives Vorgehen). So können neue Anhaltspunkte darüber erlangt werden an welchen Zeitpunkten oder Ereignissen Frauen über eine weitere Schwangerschaft nachdenken. Zudem werden die konkreten Zeitpunkte aus den Hypothesen überprüft. Außerdem sollen weitere Auswirkungen des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft induktiv bestimmt werden.

Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse besteht aus sieben Schritten (Kuckartz 2018, S. 100). Der erste Schritt befasst sich mit der initiiierenden Textarbeit, während diesem Schritt werden wichtige Textpassagen markiert, um ein Gesamtverständnis für den Text zu entwickeln. Auf das Schreiben von Zusammenfassungen wurde verzichtet, da zwischen Interviewzeitpunkt und Analyse nur ein kurzer zeitlicher Abstand lag und alle Schritte durch die Forscherin selbst durchgeführt wurden. Im zweiten Schritt werden nach der Sichtung von 10-25% des Materials thematische Hauptkategorien entwickelt. Die Kategorien können anhand des thematischen Bezugsrahmens und der Forschungsfragen abgeleitet werden (deduktiv) oder anhand der empirischen Ergebnisse entwickelt werden (induktiv). Die entwickelten Hauptkategorien werden zum ersten Codierprozess herangezogen (Kuckartz 2018, S. 101f.). Das Codieren des Materials wird im dritten Schritt verfolgt. Dabei werden alle Textabschnitte zunächst sequenziell durchgearbeitet und mit den Hauptkategorien codiert (Kuckartz 2018, S. 102ff.). Im vierten Schritt werden alle codierten Textstellen der gleichen Hauptkategorie zusammengestellt. Ziel ist eine Übersicht für den folgenden fünften Schritt zu bekommen. In diesem werden für die Hauptkategorien, die ausdifferenziert werden sollen, Subkategorien bestimmt. Dies erfolgt induktiv anhand des Materials. Die Subkategorien werden anschließend geordnet, systematisiert und definiert (Kuckartz 2018, S. 106ff.). Für den sechsten Schritt wird das komplette Textmaterial erneut mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem durchgegangen und entsprechend nach den entwickelten Subkategorien codiert (Kuckartz 2018, S. 110f.). Der siebte und letzte Schritt umfasst die einfache und komplexe Analyse, sowie das Erstellen von Kreuztabellen und Visualisierungen (Kuckartz 2018, S. 118ff.).

### 3.5.2 Exemplarische Auswertung

Zum besseren Verständnis wird in diesem Kapitel ein Abschnitt des achten Interviews exemplarisch ausgewertet.

223	I: Überlege mal, wie die Erfahrung der Geburt deines ersten Kindes die Sichtweise auf die
224	Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflusst haben?
225	Frau A: (..) Also die ersten Jahre auf jeden Fall stark beeinflusst. (..) ich kann mir gut vor-
226	stellen, dass ich eigentlich mir einen kleineren Abstand zwischen den Kindern ge-
227	wünscht hätte, das ist auch was, was mich heute dann noch stört, dass das so sein
228	wird, dass die Kinder eben einen recht großen Abstand haben, (..) und die Erfahrung
229	war ja damals einfach, dass ich auch nicht wusste, muss, muss ich wieder ein Kaisers-
230	schnitt gemacht kriegen, gerade wenn es hieß, wenn einmal Kaiserschnitt, kann es gut
231	sein, dass der nächste auch wieder ein Kaiserschnitt sein muss, das hat mich schon,
232	das hat mich schon ziemlich verunsichert in meinem Wunsch, also das hat den mit Si-
233	cherheit (..) das beeinflusst, dass das erstmal nach hinten gerutscht ist und ich einfach
234	froh war, dass es rum war.
235	I: Also du würdest sagen, dass die traumatische Geburt, die du erleben musstet, deine
236	Sichtweise so verändert hat, dass du gesagt hast, erstmal keine weitere Schwanger-
237	schaft aufgrund der folgenden Geburt?
238	Frau A: Auf jeden Fall mit beeinflusst. Mit Sicherheit auch immer Einfluss von Lebensum-
239	ständen aber eben auch beeinflusst durch die Geburt, ja.

**Abbildung 4: Interviewausschnitt Frau A., Interview 8**

Quelle: eigene Darstellung

Die offen gestellte Frage der Interviewerin ist Teil des Interviewleitfadens. Frau A berichtet davon, dass die Erfahrung ihrer Geburt die Planung einer weiteren Schwangerschaft stark beeinflusst habe (Zeile 225). Die Interviewteilnehmerin konkretisiert im Gesprächsverlauf die konkreten Einflüsse und gibt an, dass sie sich einen kleineren Abstand zwischen ihren Kindern gewünscht habe (Zeile 225-227). Später im Auswertungsprozess entstand die Subkategorie *Auswirkungen*. Die Definition der Kategorie lautet: Folgen und Wünsche, die aus der Geburtserfahrung heraus resultieren. Ein verlängertes IPI ist somit eine Auswirkung der Geburt auf die weitere Planung einer Schwangerschaft. Einen Einfluss auf die Familienplanung hatte auch der Kaiserschnitt, von dem Frau A. berichtet (Zeile 229-232). Dieser Aspekt fiel unter die Subkategorie *Geburtsmodus*, da in diesem Beispiel der Geburtsmodus der Sectio einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft hatte. In Zeile 238f. nennt Frau A. noch den Einfluss von Lebensumständen, welche ebenfalls die Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflussen. Dieser Aspekt wurde zunächst der Hauptkategorie *Identifikation konkreter Faktoren, die die Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflussen* zugeordnet, im späteren Verlauf des Interviews wurden die genannten Lebensumstände näher erläutert und der Subkategorie *Persönliche Gründe* zugeordnet.

### 3.5.3 Haupt- und Subkategorien

Insgesamt wurden drei Hauptkategorien entwickelt. Zwei der Hauptkategorien haben weitere Subkategorien, die durch die Inhaltsanalyse entwickelt wurden. Die Hauptkategorie 1 lautet *Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft* und wurde in neun verschiedene Subkategorien unterteilt. Hauptkategorie 2 lautet *Identifikation konkreter Faktoren, welche die Familienplanung beeinflussen* und wurde in vier verschiedene Subkategorien untergliedert. Die dritte Hauptkategorie lautet *Planung einer Schwangerschaft im zeitlichen Verlauf*, diese Kategorie wurde nicht in weitere Subkategorien aufgeteilt, da diese zu großen Teilen aus einzelnen Nennungen bestanden hätten, die verschiedenen Themen wurden lediglich geclustert. Die beiden Kategorien, welche sich in weitere Subkategorien unterteilen, werden als Abbildung im Folgenden dargestellt. Die Definitionen der jeweiligen Subkategorien befinden sich in Anhang F, sowie am Anfang der jeweiligen Gliederungspunkte.

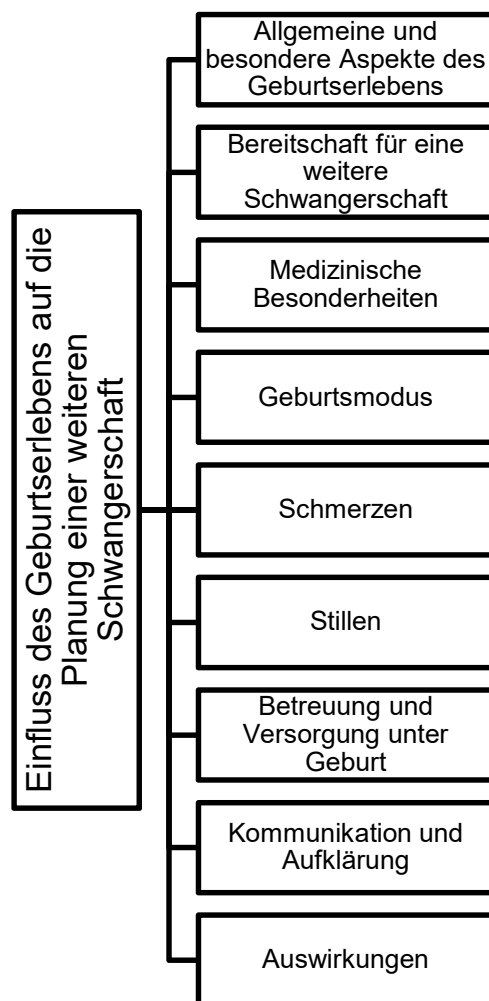
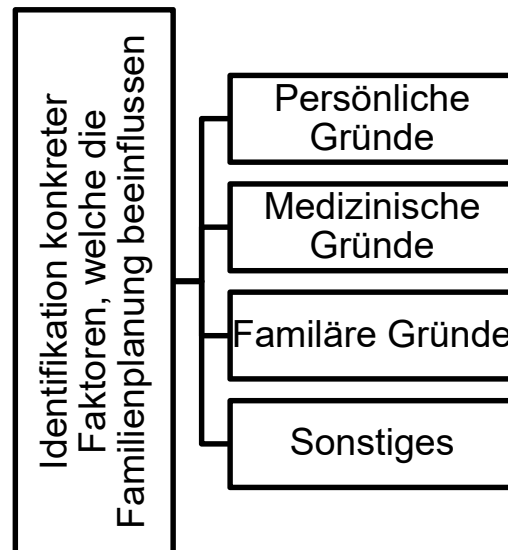


Abbildung 5: Subkategorien der Hauptkategorie 1

Quelle: eigene Darstellung



**Abbildung 6: Subkategorien der Hauptkategorie 2**

Quelle: eigene Darstellung

### 3.6 Ethische Kriterien

Vor Beginn des Forschungsprojektes wurde ein ausführliches ethisches Screening durchgeführt, welches der Vorsitzende der Ethikkommission der Hochschule Osnabrück am 08.04.2022 positiv bewertete. Dem nachgereichten Antrag für die Durchführung von Onlineinterviews wurde entsprochen. Das positive Ethikvotum ist in Anhang I hinterlegt.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stellen für Frauen aufgrund der körperlichen und psychischen Veränderungen eine vulnerable Zeit im Leben dar. Im Rahmen der Teilnahme am Forschungsprojekt sollten sich die Interviewteilnehmerinnen an diese Zeit erinnern, weshalb die Zielgruppe generell als vulnerable Personen betrachtet wird. Es wird davon ausgegangen, dass die erneute Aufarbeitung der Geburt nach einem angemessenen Zeitrahmen und die Besprechung derer mit einer Fachperson für die Interviewteilnehmerinnen einen positiven Effekt hat. So sehen die Teilnehmerinnen, dass ihre Erfahrungen wertvoll sind und sich Fachpersonen für ihre Ansichten und Einschätzungen interessieren. Ziel ist es, dass die Teilnehmerinnen gestärkt aus den Interviews herausgehen. Der offene Fragenstil und die erzählgenerierenden Fragen fördern die Sichtweise der Frau, dass sie eine Gesprächspartnerin auf Augenhöhe sind und es keine Macht- oder Wissenshierarchie gibt. Mit den Frauen wurde ein respektvoller und achtsamer Umgang gepflegt. Trotz aller Vorsicht und Feingefühligkeit könnten Bemerkungen oder Nachfragen möglicherweise unbeabsichtigt übergriffig oder als taktlos von den Teilnehmerinnen wahrgenommen werden.

Die Teilnehmerinnen werden darauf hingewiesen, dass sie Fragen nicht beantworten müssen und auslassen können. Termin und Ort des Interviews sind relativ frei von den Teilnehmerinnen wählbar, wodurch versucht wird eine ruhige und geschützte Atmosphäre für die Frauen zu schaffen. Die Interviews werden vorzugsweise bei den Frauen zuhause durchgeführt, um das Risiko unbeabsichtigter Mithörender zu minimieren und den Teilnehmerinnen Fahrtkosten zu ersparen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Vor Beginn des Interviews erfolgt eine umfangreiche Aufklärung (s. Anhang C) über die Ziele und ethischen Gesichtspunkte (insbesondere mögliche Risiken) des Forschungsprojektes. Die Frauen werden darüber informiert, dass auch noch nachträgliche Änderungen oder Streichungen von Aussagen möglich sind. Die Probandinnen unterschreiben die Einwilligungserklärung (s. Anhang D) und bekommen das Informationsschreiben ausgehändigt. Die Frauen werden über die Absicht der Tonaufnahme für die anschließende Transkription aufgeklärt. Die Teilnehmerinnen erhalten keine Aufwandsentschädigung, es wird davon ausgegangen, dass sie freiwillig teilnehmen.

Als mögliches Risiko für die Teilnehmerinnen wird während des Aufklärungsgesprächs dargestellt, dass die Probandinnen im schlimmsten Fall durch die Gespräche und Erinnerungen an ihr damaliges Geburtserleben (re)traumatisiert werden könnten. Insbesondere wenn die Interviewteilnehmerinnen negative Geburtserfahrungen gemacht haben und deshalb besonders vulnerabel sind, könnte dies negative Folgen in der Aufarbeitung des Erlebten haben. Ebenso besteht das Risiko, dass durch die Interviews seelische Belastungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Ähnliches auftreten. Damit sich die Frauen bewusst für die Teilnahme am Forschungsprojekt entschieden, war es der Forscherin wichtig, dass die erste Kontaktaufnahme durch die potenziellen Teilnehmerinnen erfolgte. Falls sich Frauen nach den Interviews von den damaligen Geburtserlebnissen (erneut) belastet fühlen, bestärkt die Forscherin die Interviewteilnehmerinnen darin professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine Teilnehmerin, die während des Interviews auf die Forscherin belastet wirkte, wurde auf Hilfsangebote hingewiesen. Sie wurde über die Möglichkeit der Konsultation fachärztlichen Personals oder Hebammen, das Hilfetelefon „Schwierige Geburt“, den Verein Schatten und Licht sowie die Initiativen „Roses Revolution“ und „gerechte Geburtshilfe in Deutschland“ informiert.

### **3.7 Gütekriterien**

Die Haltungen darüber, ob und welche Gütekriterien qualitative Forschung benötigt, unterscheiden sich. Es gibt keinen Konsens darüber, ob die Gütekriterien der quantitativen

Forschung auf qualitative Forschung übertragbar sind, ob es neue Kriterien braucht oder keine Qualitätskriterien für qualitative Forschung bestimmt werden sollten. Steinke (2005, S. 319ff.) hat, um Willkürlichkeit in der Forschung zu vermeiden und diese weiterhin anzuerkennen Gütekriterien bestimmt. Diese sieben Kernkriterien nach Steinke wurden für die Qualitätsbewertung der Arbeit ausgewählt, da sie angemessen und geeignet scheinen.

### **Intersubjektive Nachvollziehbarkeit**

Da kein Anspruch auf eine Überprüfbarkeit qualitativer Forschung gelegt werden kann, konzentriert sich dieses Kriterium auf die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens. Diese kann durch drei Wege erfolgen: die Dokumentation des Forschungsprozesses, die Interpretation in Gruppen oder die Anwendung kodifizierter Verfahren (Steinke 2005, S. 324). Durch die detaillierte Darstellung des Datenerhebungs-, -aufbereitungs- und auswertungsprozesses, sowie durch die Anwendung des PZI und des Auswertungsverfahrens der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ist das Kriterium der Nachvollziehbarkeit erfüllt. Die Dokumentation und die Anwendung kodifizierter Verfahren fanden statt, einzig die Interpretation in Gruppen konnte aufgrund eingeschränkter personeller Ressourcen nicht erfolgen.

### **Indikation des Forschungsprozesses**

Diese Kriterium umfasst sowohl die Gegenstandsangemessenheit als auch die Angemessenheit des gesamten Forschungsprozesses (Steinke 2005, S. 326). In Kapitel 3.1 wird erläutert, warum diese Art der qualitativen Forschung als angemessen betrachtet wurde und somit indiziert war.

### **Empirische Verankerung**

Hypothesen wurden durch die empirische Arbeit überprüft, welches sich insbesondere in der Diskussion zeigt. Die Auswertung der Interviews und somit die Einschätzungen der Primiparae sind die Grundlage für die Annahme bzw. Ablehnung der aufgestellten Hypothesen, dies wird durch die eingefügten Zitate verdeutlicht. Ebenso werden aufgrund der Empirie neue Theorien (Kapitel 5.7) gebildet.

### **Limitationen**

Die Einschränkungen des Geltungsbereiches, mögliche Verzerrungen und Grenzen der qualitativen Arbeit werden in Kapitel 5.6 erläutert. Fallkontrastierungen wurden sowohl mit ähnlichen als auch mit konträren Fällen im Kapitel 4 der Ergebnisdarstellungen durchgeführt und entsprechend interpretiert.

**Kohärenz und Relevanz**

Dieses Kriterium überprüft die Konsistenz der Theorie und des Forschungsprozesses (Steinke 2005, S. 330). Hypothesen, für die keine ausreichende Empirie vorlag, sind offen geblieben (Kapitel 5.4). Die Relevanz des Themas wurde zu Beginn der Arbeit erläutert und offengelegt, ebenso wurde der Forschungsbedarf, insbesondere das methodische Vorgehen der qualitativen Arbeit, aufgezeigt.

**Reflektierte Subjektivität**

Die Forscherin hat sich selbst und ihr Handeln, sowohl durch das Schreiben der Postskripte als auch durch die Transkription der ersten Interviews, welche bereits erfolgte, bevor alle Interviews geführt waren, als Subjekt reflektiert. Ebenso war die Forscherin im Austausch mit ihrer Studiengruppe und ihrer Betreuerin, um ihr Handeln kritisch zu reflektieren. Von einer großen Offenheit und einem Vertrauensverhältnis zwischen Interviewerin und Teilnehmerinnen kann aufgrund der Tiefe der Interviews ausgegangen werden.

## 4 Ergebnisdarstellung

### 4.1 Merkmale der Stichprobe

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt. Damit diese leichter verständlich sind, erfolgt zunächst ein kurzer Rückblick auf die zu untersuchende Fragestellung aus Kapitel 2.6: Welche Auswirkungen hat das subjektive Geburtserleben einer Primipara auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft? Das primäre Outcome wurde als die Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft einer Primipara definiert. Die zusätzlich aufgestellten Unterfragestellungen lauten: 1. Welche konkreten Aspekte des Geburtserlebens verändern den Wunsch der Familienplanung? und 2. Wann verändert sich möglicherweise die Einstellung bezüglich einer weiteren Schwangerschaft?

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 03.05.2022 bis 19.05.2022 an verschiedenen Orten im Raum Osthessen bzw. online statt. Die Merkmale der Stichprobe wurden vor dem Interview im Rahmen des Kurzfragebogens erhoben und zuerst ausgewertet.

Die Interviewpartnerinnen wohnten zum Erhebungszeitraum alle in Hessen oder im nördlichen Bayern, sie waren zwischen 1978 und 1999 (Durchschnitt 1988) geboren, die Altersspanne zum Erhebungszeitpunkt betrug 22 bis 44 Jahre. Alle Teilnehmerinnen lebten zum Erhebungszeitpunkt in einer Partnerschaft. Der aktuelle Partner war bei neun der zehn Frauen auch der Vater des Kindes. Sieben der Frauen waren verheiratet, drei ledig. Alle Frauen haben bislang eine Geburt erlebt. Fünf Frauen haben spontan geboren, zwei per primärer Sectio Caesarea und drei Frauen per sekundärer Sectio Caesarea. Die Geburten der Frauen fanden in den Jahren 2009, 2012, 2017 (je eine), 2018 (fünf) und 2019 (zwei) statt und somit vor dem 11.03.2020, welches ein Einschlusskriterium darstellte. Die Geburten der Kinder lagen somit drei bis dreizehn Jahre zurück. Das Durchschnittsalter der Primiparae zum Zeitpunkt der Geburt betrug 28,3 Jahre. Sieben Frauen haben bislang eine Schwangerschaft erlebt. Jeweils eine Frau hat bereits zwei, drei bzw. vier Schwangerschaften erlebt. Zwei Frauen haben in der Anamnese jeweils eine Fehlgeburt gehabt, eine Frau hat zwei Fehlgeburten erlebt. Zwei der Frauen, welche Fehlgeburten erlebt haben, waren zum Erhebungszeitpunkt im dritten Trimenon schwanger. Alle Kinder sind geplant in einem Krankenhaus geboren worden, keine der Frauen plante zuvor eine außerklinische Geburt. Zwei Frauen haben in einem Perinatalzentrum (Level I) geboren, acht Frauen haben in Krankenhäusern mit geburtshilflichen Abteilungen der Level III oder IV geboren. Bis auf eine Geburt, welche in Bayern stattfand, fanden alle in Hessen statt. Fünf der Frauen gaben eine evangelische Religionszugehörigkeit an, drei Frauen eine ka-



tholische, eine Frau bezeichnete sich als Christin, eine weitere gab keine religiöse Zugehörigkeit an. Der höchste Bildungsabschluss der Frauen verteilte sich auf Realschulabschluss (drei), Abitur (drei) sowie Hochschulabschluss (vier).

## 4.2 Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft

### 4.2.1 Allgemeine und besondere Aspekte des Geburtserlebens

Im Analyseverfahren wurden drei Hauptkategorien mit diversen Subkategorien entwickelt. Die Gliederung der Ergebnisdarstellung orientiert sich an den aufgestellten Kategorien, den Anfang bildet dabei die Hauptkategorie *Einfluss der Geburt auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft* mit der Subkategorie *Allgemeine und besondere Aspekte des Geburtserlebens*.

Diese Subkategorie ist definiert als: Genereller Einfluss des Geburtserlebens auf die Bereitschaft weiterer Schwangerschaften. Das folgende Kapitel stellt die erhobenen Ergebnisse dar. Die Geburtserfahrungen der Frauen wurden bewusst nicht in einer Skala abgefragt, da aus der Literatur bekannt ist, dass das Geburtserleben mehrdimensional ist und eine Skalierung von positiv, eher positiv, neutral, eher negativ bis negativ nicht ausreicht, um das Geburtserleben in allen Facetten zu erfassen. Trotzdem wurde durch die Forscherin anhand der Erzählungen eine Eingruppierung in eine selbst durch die empirische Arbeit aufgestellte Skalierung vorgenommen, um im Diskussionsteil die Hypothesen zu überprüfen.

Die folgende Tabelle zeigt das von der Forscherin eingeordnete Geburtserleben der Frauen und die dazugehörige veränderte Bereitschaft für die weitere Schwangerschaftsplanung sowie den aktuellen Kinderwunsch der Frauen. Die Einordnung des Geburtserlebens führte die Forscherin aufgrund einer persönlichen Einschätzung durch und erfolgte nicht durch die Selbsteinschätzung der Frauen. Zusätzlich zu der Einschätzung in eine fünfstufige Likert Skala wurden zwei weitere Ausprägungen (ambivalent und neutral) gewählt, da sich die Einordnung des Geburtserlebens von zwei Frauen unmöglich gestalten konnte. Da das Erleben einer Frau so vielseitig war, und ihre Beschreibung von „perfekte Geburt“ bis zu „vergewaltigt gefühlt“ reicht, wurde durch die Forscherin zusätzlich die Ausprägung ambivalent geschaffen. Eine weitere Frau bezeichnet auffällig oft das Wort neutral oder findet keine Worte für ihre Empfindungen, weshalb die Ausprägung neutral aufgenommen wurde.

Einordnung Geburtserleben	Interviews	Veränderte Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft	Aktueller Kinderwunsch
Positiv	Interview 2	Neutral	Nein
	Interview 3	Neutral	Nein
Eher positiv	Interview 5	Abgeschwächt	Nein
	Interview 10	Verstärkt	Für die Zukunft, ja
Ambivalent	Interview 7	Abgeschwächt	Für die Zukunft, ja
Eher negativ	Interview 1	Abgeschwächt	Nein
	Interview 6	Abgeschwächt	Nein
	Interview 9	Neutral	Nein
Negativ	Interview 8	Abgeschwächt	Geplant schwanger
neutral	Interview 4	Neutral	Geplant schwanger

**Tabelle 1: Datenmatrix: Geburtserleben, veränderte Bereitschaft**

Quelle: eigene Darstellung

Die interviewten Frauen weisen eine große Spannweite bezüglich ihres Geburtserlebens auf. Die Einschätzungen aus den Interviews reichen von Aussagen wie „traumatisch; furchtbare Geburt“ bis hin zu „Traumgeburt; perfekte Geburt“. Für die Auswertung dieser Kategorie wurden von den Teilnehmerinnen genannte relevante Aspekte ihres Geburtserlebens zusammengetragen, welche ihnen als besonders positiv oder negativ in Erinnerung geblieben sind und nicht in den folgenden Subkategorien zu finden sind.

### **Geburtsdauer**

Zwei Teilnehmerinnen äußerten sich über ihre kurze Geburtsdauer und den damit verbunden raschen Geburtsfortschritt, welcher ihnen positiv in Erinnerung geblieben ist: „für mich war das eigentlich schon so eine relativ perfekte Geburt, sie war ja auch nicht lang“ (Frau D., Interview 7, Zeile 612); „wenn du mit jeder Wehe merkst, dass du dem Ziel sozusagen näherkommst, erträgt man das auch ganz gut. Weil es irgendwie endlich ist, sozusagen.“ (Frau K., Interview 2, Zeile 76-78).

### Trennung vom Kind

Eine der Teilnehmerinnen, welche aufgrund einer Thrombose auf der Intensivstation lag, hat die räumliche Trennung von ihrem Kind und ihrem Mann in den ersten Tagen nach der Geburt als sehr negativ in Erinnerung:

Also der erste Tag war ganz schlimm für mich. Wo ich aufgewacht bin, ja der Bauch, klar war der Bauch noch da, aber mein Bauch war nicht mehr da, mein Kind war nicht da, mein Mann war nicht da, ich war ganz allein, eigentlich. Na gut, die Schwestern waren da, aber (.) war schlimm. (Frau M., Interview 5, Zeile 111-114).

Dieselbe Frau äußerte jedoch auch das absolute Glücksgefühl, als sie ihr Kind das erste Mal sehen und auf den Arm nehmen konnte:

das allergrößte, wo das Kind im Arm liegt, das (...) Wahnsinn! Das kann man sich nicht, das kann man nicht in Worte fassen, weil das ist (...) Ja, ein Teil von dir liegt auf einmal im Arm und das ist (...) unbeschreiblich, wirklich. Glaubt man nicht. (Frau M., Interview 5, Zeile 163-166).

### 4.2.2 Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft

Diese Subkategorie ist definiert als die Auswirkung des Geburtserlebens auf die Einstellung zu der weiteren Schwangerschaftsplanung. Die Frage aus dem Leitfaden hierzu lautete: „Haben die Erfahrungen der letzten Geburt Ihre Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft eher verstärkt oder abgeschwächt? Wenn ja, welche Erfahrung waren das konkret? Bitte nennen Sie mir ein Beispiel.“

Für die Hälfte der Interviewteilnehmerinnen ist die Geburt ein Ereignis, welches die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt hat. Diese Sichtweise hatten sowohl Frauen mit positivem als auch mit negativem Geburtserleben, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass auch generell eher positive Geburtserfahrungen das Potenzial haben, die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abzuschwächen. Eine der Frauen reflektiert, dass sie trotz des objektiv problemlosen Geburtsverlaufes, welchen sie selbst als „Bilderbuchgeburt“ beschreibt, keine schönen Erfahrungen gemacht hat, weshalb sie Bedenken bei einer weiteren Geburt habe. Die Bereitschaft dieser Frau für eine weitere Schwangerschaft hat sich abgeschwächt: „Weil, wenn ich schon bei so einer wirklich Bilderbuchgeburt keine schöne Erfahrung hatte oder damit, wie ist es dann, wenn es wirklich mal in Führungsstrichen eine schlimme oder traumatisierende Geburt ist.“ (Frau W., Interview 1, Zeile 108-110).

Vier Frauen sahen keinen Zusammenhang zwischen ihrem Geburtserleben und der Bereitschaft ein weiteres Kind zu bekommen, sie sagten aus, dass ihre Geburtserfahrungen

die Planung einer weiteren Schwangerschaft nicht beeinflussen und unabhängig davon seien.

klar, man kommt erstmal raus und sagt: nein, nie wieder, aber im Nachgang würde ich jetzt sagen, es ist nicht so schlimm gewesen, die Geburt an sich, dass ich sag: ne, deshalb würde ich es nicht machen. (Frau B., Interview 3, Zeile 287-290).

Bei einer Frau hat das Geburtserleben die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft verstärkt, diese Frau hatte eine eher positive Geburtserfahrung, war jedoch generell mit der Betreuung eher unzufrieden. Sie sagt, dass sie sich auf eine weitere Geburt freuen würde.

Die Sichtweise wurde auf jeden Fall positiv beeinflusst. Ich hätte jetzt nicht mehr so viel Angst, wie ich damals hatte, weil natürlich ist einem unklar, was auf einen zukommt und jetzt hat es man zumindest einmal erlebt, es ist natürlich jedes Mal anders, aber ich würde mich auf jeden Fall freuen und ich würde mich tatsächlich auch auf die Geburt freuen. (Frau L., Interview 10, Zeile 149-153).

Die folgende Datenmatrix zeigt die verschiedenen Interviews sowie die jeweiligen Antworten der Frauen in den ausgewählten Variablen. Bezüglich der im Kurzfragebogen erhobenen demografischen Daten Alter, Familienstand, religiöse Zugehörigkeit und höchstem Bildungsstand konnten keine Regelmäßigkeiten oder Auffälligkeiten festgestellt werden.

Interview/ Variable	1, Frau W.	2, Frau K.	3, Frau B.	4, Frau G.	5, Frau M.	6, Frau N.	7, Frau D.	8, Frau A.	9, Frau O.	10, Frau L.
Alter bei Geburt	21	34	29	28	31	23	29	22	38	28
Jahr der Geburt	2019	2018	2018	2018	2009	2017	2019	2012	2018	2018
Geburtsmodus	spontan	spontan	Sek. Sectio	Sek. Sectio	Sek. Sectio	spontan	spontan	Prim. Sectio	Prim. Sectio	spontan
Familienstand	ledig	verheiratet	verheiratet	verheiratet	verheiratet	verheiratet	ledig	verheiratet	verheiratet	ledig
Gravidität	1	1	1	3	1	1	1	4	2	1
Religiöse Zugehörigkeit	keine	evangelisch	evangelisch	Christin	katholisch	evangelisch	katholisch	evangelisch	katholisch	evangelisch
Höchster Bildungsstand	Fachabitur	Diplom	Abitur	Bachelor	Realschul- abschluss	Realschul- abschluss	Fachabitur	Bachelor	Realschul- abschluss	Bachelor
Allgemeine Bereitschaft	abgeschwächt	neutral	neutral	neutral	abgeschwächt	abgeschwächt	abgeschwächt	abgeschwächt	neutral	verstärkt
Allgemeines Erleben	Eher negativ	positiv	positiv	neutral	Eher positiv	Eher negativ	ambivalent	negativ	Eher negativ	Eher positiv
Medizinische Besonderheiten während der Geburt	Nicht diagnostiziert: Wochenbettdepression	-	V.a. Makrosomie, dorso posterior, grünes Fruchtwasser	BEL, vorzeitiger Blasensprung, steigende Infektionswerte	Thrombose, vorzeitiger Blasensprung	Extreme Frühgeburt nach 24+3 Wochen	Nicht diagnostiziert: Wochenbettdepression	BEL	Z.n. ICSI, Z.n. Myomenukulation	-
Erleben des Geburtsmodus	keine Angabe	positiv	positiv	neutral	neutral	negativ	neutral	negativ	negativ	positiv
Erleben von Geburtsverletzungen	negativ	negativ	Keine Angabe	Keine Angabe	keine Angabe	Keine Angabe	negativ	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe
Erleben von Schmerzen	negativ	Eher positiv	neutral	neutral	neutral	Eher positiv	negativ	negativ	neutral	Eher positiv
Erleben des Stillens/Pumpens	negativ	positiv	keine Angabe	positiv	positiv	Keine Angabe	ambivalent	negativ	Eher negativ	positiv
Erleben der Betreuung	negativ	positiv	positiv	Eher negativ	positiv	Negativ	ambivalent	Negativ	Eher negativ	eher negativ
Erleben der Kommunikation	Keine Angabe	negativ	Eher positiv	Keine Angabe	Keine Angabe	ambivalent	Eher positiv	negativ	negativ	Eher negativ
Aktueller Kinderwunsch	nein	nein	nein	Ja, geplant schwanger	nein	Eher nein	Für die Zukunft ja	Ja, geplant schwanger	nein	Für die Zukunft ja

Abbildung 7: Datenmatrix

Quelle: eigene Darstellung

### 4.2.3 Medizinische Besonderheiten

Diese Subkategorie ist definiert als Einfluss gesundheitlicher Besonderheiten der ersten Geburt auf die weitere Familienplanung. Damit sind nur medizinische Besonderheiten im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gemeint, weitere medizinische Gründe, die die Familienplanung beeinflussen, sind unter Kapitel 4.3.2 zu finden.

Da Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unmittelbar aufeinander folgen und sich gegenseitig bedingen, ist auch das Erleben aller drei vulnerabler Lebensabschnitte relevant und kann einen Einfluss auf die Familienplanung haben. Diese zwangsläufige Verknüpfung macht es schwierig, die Geburt als isoliertes Ereignis zu betrachten.

#### Auffälligkeiten in der Schwangerschaft

Zwei der Frauen berichten von einer (Hyper)emesis gravidarum, an der sie in der Schwangerschaft litten. Das Erleben der Schwangerschaft mit den Symptomen von Übelkeit, Unwohlsein und Erbrechen stellte eine erhebliche Belastung für die betroffenen Frauen dar. Das daraus resultierende negative Erleben der Schwangerschaft kann möglicherweise deshalb auch die Planung einer weiteren Schwangerschaft (negativ) beeinflussen. Die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft hat sich bei einer der Frauen abgeschwächt, bei einer Frau ist diese unabhängig von ihrem Geburtserleben.

#### Frühgeburt

Eine der Interviewteilnehmerinnen erlebte eine extreme Frühgeburt nach 24+3 Schwangerschaftswochen. Diese besondere Situation führte dazu, dass die Frau die Atmosphäre während der Geburt als hektisch beschreibt. Die sofort notwendige Maximalversorgung ihres Kindes führte dazu, dass sie ihr Kind nach der Geburt nicht sehen und halten konnte: „sie kam dann relativ schnell in die Kinderklinik, also ich habe sie gar nicht gesehen, ich habe sie nicht im Arm gehalten, gar nichts.“ (Frau N., Interview 6, Zeile 34-36). Die ersten Wochen nach der Geburt war der Zustand des Kindes kritisch, die Mutter erinnert sich an „eine harte Zeit. [...] zwischen Weihnachten und Silvester [...] ging es ihr ziemlich schlecht und das Klinikum wusste nicht wieso.“ (Frau N., Interview 6, Zeile 60-62). Insgesamt folgten Klinikaufenthalten des Kindes an verschiedenen Orten in Deutschland über knapp neun Monate – Erfahrungen, die das peripartale Erleben der Mutter nachhaltig prägen. Die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft hat sich bei der Frau, die die Frühgeburt und deren Folgen erlebt hat, abgeschwächt.

### **Indikation(en) für Sectio Caesarea**

Die Hälfte der Interviewteilnehmerinnen hat per Sectio Caesarea geboren. Die medizinischen Indikationen für die primären Sectiones waren BEL sowie Zustand nach Myomenukleation. Die medizinischen Indikationen für die sekundären Sectiones waren akute Thrombose mit vorzeitigem Blasensprung, eine Kombination aus BEL, vorzeitigem Blasensprung, steigenden Infektionsparametern und mangelndem Geburtsfortschritt sowie die einsetzende Geburt mit einer Kombination von Verdacht auf Makrosomie, dorso posteriorer Stellung und grünem Fruchtwasser.

Eine der Teilnehmerinnen erlitt gegen Ende der Schwangerschaft eine Thrombose. Während des dadurch notwendigen Klinikaufenthaltes hat sie einen Blasensprung erlitten, weshalb eine sekundäre Sectio Caesarea erfolgte. Einer anderen Frau wurden im Rahmen der Kinderwunschbehandlung Myome aus dem Uterus entfernt. In Folge der Operation durfte aufgrund des Risikos einer Uterusruptur keine spontane Geburt erfolgen. Die Teilnehmerin erinnert sich mit den folgenden Worten an die Indikationsstellung der behandelnden Gynäkologin „sie dürfen auf gar keinen Fall Wehen oder so bekommen, weil meine Gebärmutter sonst explodieren würde“ (Frau O., Interview 9, Zeile 78f.). Weitere Analysen bezüglich des Geburtsmodus und dessen Erleben folgen im nächsten Unterkapitel.

### **Postpartale Depression**

Zwei der Teilnehmerinnen äußerten ihre Einschätzung, dass sie unter einer Wochenbettdepression litten. Diese Erkrankung wurde damals bei beiden Frauen nicht durch medizinisches Personal diagnostiziert. Eine der Frauen sieht diesen Punkt als nicht ausschlaggebend an, die andere betroffene Frau hingegen erzählt, dass sie damals von der Hebamme, die sie im Wochenbett betreut hat, nicht gut betreut worden sei. Sie berichtet auch davon, dass die negativen Erfahrungen des Wochenbettes und nicht die Erfahrungen der Geburt sie das erste Jahr davon abgehalten haben eine weitere Schwangerschaft zu planen.

Ich habe schon das erste Jahr gedacht, ich möchte keine weiteren Kinder haben, weil ich das nicht nochmal durchleben möchte, was da passiert ist, also nicht die Geburt, sondern das Wochenbett wirklich tatsächlich. (Frau D., Interview 7, Zeile 640-642).

Bei beiden Frauen, die sich im Nachhinein selbst eine Wochenbettdepression diagnostiziert haben, hat sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt.

#### 4.2.4 Geburtsmodus

Diese Subkategorie ist definiert als Auswirkungen des Erlebens des Geburtsmodus auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft. Es konzentriert sich besonders auf das Erleben des Geburtsmodus und nicht auf die Art und Weise des Geburtsmodus an sich. Trotzdem erfolgt zuerst eine kurze Analyse unabhängig vom Erleben des Geburtsmodus der Frauen.

Die Hälfte der Frauen hat per Sectio Caesarea, die andere Hälfte spontan geboren. Von den fünf Frauen, die per Sectio geboren haben, hat sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft bei zwei Frauen abgeschwächt, drei Frauen gaben an, die Geburt sei unabhängig von der Planung einer weiteren Schwangerschaft.

Von den fünf Frauen, die spontan geboren haben, hat sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft bei einer Frau verstärkt, bei drei Frauen abgeschwächt und eine Frau gab an, es gebe keinen Einfluss der Geburt auf die weitere Planung einer Schwangerschaft.

Sieben der zehn Interviewteilnehmerinnen waren mit ihrem erlebten Geburtsmodus zufrieden, davon haben drei Frauen per Sectio und vier Frauen spontan geboren. Zwei Frauen, die per Sectio Caesarea geboren haben, hätten sich lieber eine spontane Geburt gewünscht. Eine der beiden erklärt „am Anfang habe ich immer gedacht, mir und meinem Kind fehlt irgendwie was. [...] ich habe mich so leer gefühlt, weil es ist was stattgefunden bei der Geburt und ich war nicht dabei.“ (Frau M., Interview 5, Zeile 178-181). Ein möglicher Erklärungsansatz für die Einschätzung, dass sie nicht dabei war, ist, dass die Frau eine Vollnarkose für die Operation hatte. Auch die andere Frau, die lieber spontan geboren hätte, ist mit ihrem erlebten Geburtsmodus unzufrieden und gibt an, keine Entscheidungsfreiheit gehabt zu haben: „ich hätte lieber die normale Geburt gehabt, deswegen hat ich ja auch alles so mit der Hebamme noch versucht und ja, hatte dann das Gefühl ich musste es dann halt so machen, aber OP wollt ich eigentlich vermeiden“ (Frau A., Interview 8, Zeile 107-109).

Eine Frau, die spontan geboren hat, hätte sich im Nachhinein lieber eine Sectio gewünscht, wenn sie die Anzahl der Personen im Kreißsaal früher gewusst hätte „wenn ich das vorher gewusst hätte, wie viele Leute im Raum sind, muss ich ehrlich sagen, wäre es mir glaube ich [...] angenehmer gewesen, wenn sie mir halt den Bauch aufgeschnitten hätten. (Frau N., Interview 6, Zeile 193-195).



Eine weitere Frau erzählt, dass sie nicht gefragt wurde, ob sie mit der geplanten primären Sectio einverstanden sei: „es hat auch keiner gefragt, ob ich damit überhaupt einverstanden bin, sondern das wurde einfach so vorausgesetzt.“ (Frau O., Interview 9, Zeile 186-188), was Frau O. negativ in Erinnerung geblieben ist. Die Bereitschaft zu einer weiteren Schwangerschaft dieser Frau blieb durch das Geburtserleben unverändert.

Auffallend ist, dass sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft bei allen drei Frauen, die (im Nachhinein) einen anderen Geburtsmodus bevorzugt hätten, abgeschwächt hat. Die Zufriedenheit des erlebten Geburtsmodus scheint einen Einfluss auf die allgemeine Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft zu haben.

Zwei der Frauen, die per Sectio Caesarea geboren haben, äußerten Bedenken, ob sie im Falle einer weiteren Schwangerschaft spontan gebären dürften, oder ob zwangsläufig ein Kaiserschnitt gemacht werden müsse. Diese Überlegungen haben die Planung einer weiteren Schwangerschaft negativ beeinflusst und diese tendenziell weiter hinausgezögert.

#### 4.2.5 Schmerzen

Die Definition dieser Subkategorie lautet Einfluss von Schmerzen während oder nach der Geburt auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft

Obwohl die Forscherin während der Interviews nicht explizit nach Schmerzen fragte, wurde dieses Thema in allen Interviews aufgegriffen. Alle zehn interviewten Frauen äußerten, dass sie Schmerzen hatten. Die Zeitpunkte, auf die sich die Frauen bezogen, waren während (Wehen, vaginale Untersuchung, entstehende Geburtsverletzungen, unzureichende Anästhesie während der Sectio, Plazentageburt) und nach der Geburt (Naht, Geburtsverletzungen, Aufstehen nach Sectio). Die meisten Frauen berichteten mit den Wehen und den damit verbundenen Schmerzen relativ gut zurecht gekommen zu sein, auch wenn diese von fast allen Frauen als stark empfunden wurden:

die Schmerzen sind natürlich schlimm oder stark, schlimm jetzt nicht, stark, aber (...) man ist irgendwie in so einem besonderen Modus, also es fühlt sich jetzt nicht so wahnsinnig schlimm an, sondern ich empfand es wirklich als, als positiv auch, was der Körper leistet, was da jetzt passiert (Frau L., Interview 10, Zeile 164-167).

Also ich habe gute Erfahrungen gemacht bei der Geburt, klar war es in dem Moment schmerzhaft (lacht) aber es ja war jetzt keine traumatische, kein traumatisches Ereignis, dass ich sagen würde, aufgrund dessen würde ich kein weiteres Kind wollen. (Frau K., Interview 2, Zeile 142-145).

Eine Frau, die per sekundärer Sectio Caesarea geboren hat, berichtet von dem wahrgenommenen Moment, als die Spinalanästhesie anfang zu wirken. Diesen Moment hat sie

aufgrund der nachlassenden Schmerzen als entspannend wahrgenommen. Drei der Frauen haben sehr negativ von den erlebten Schmerzen berichtet. Zwei Frauen davon haben spontan, die Andere per primärer Sectio Caesarea geboren. Die beiden Frauen, welche spontan geboren haben, hatten keine PDA, obwohl sich eine von beiden eine wünschte, was jedoch aufgrund des raschen Geburtsfortschrittes nicht möglich war. Beide Frauen berichten von starken Schmerzen während der Geburt, dem Reißen während dem Kopfdurchtritt, der Plazentageburt und der anschließenden Nahtversorgung. Eine Interviewteilnehmerin erzählt, dass die Schmerzen während der Plazentageburt und dem Nähen noch schlimmer gewesen seien als die während der Geburt:

dass man die Schmerzen irgendwie vergisst, aber ich habe sie nicht vergessen, weil das alles so schön ist, so voller Glücksgefühle, sondern weil das danach irgendwie schlimmer war. Also die Nachgeburt war für mich schlimm, das Nähen war schlimm (Frau D., Interview 7, Zeile 318-321).

Diese Frau berichtet auch von den Schmerzen der Geburtsverletzungen an den ersten Tagen postpartal, welche ihr sehr negativ in Erinnerung geblieben sind.

ich konnte vier Tage nicht Sitzen, wollte auch gar nicht Sitzen. Das erste Mal, dass ich auf Toilette war, hätte ich, hätte ich heulen können vor Freude. [...] die Geburt war schon echt heftig (lacht) aber so im, so an sich war das danach irgendwie schlimmer für mich. (Frau D., Interview 7, Zeile 327-333).

Die Frau, die per Sectio Caesarea geboren hat, erinnert sich an traumatische Schmerzen während der Operation, da bereits vor der vollständigen Wirkung der Spinalanästhesie operiert worden sei, sie erzählt:

da (..) habe ich einen ziemlichen Schmerz am Bauch gemerkt und hab gesagt, sie schneiden schon, und der Arzt meinte, ne, ne, er hätte nur getestet, er hätte nicht geschnitten. Aber ich habe das absolut deutlich gemerkt [...] kann den Schmerz gar nicht beschreiben, ich habe einfach gespürt, wie sie mich aufschneiden (Frau A., Interview 8, Zeile 33-39).

Bei allen drei Frauen, die sehr negativ von ihren erlebten Schmerzen berichten, hat sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt. Bei mindestens einer Frau sind die erlebten Schmerzen einer der größten Einflussfaktoren dafür.

Auch im Zusammenhang mit Geburtsverletzungen berichten einige der Teilnehmerinnen von Schmerzen. Die Teilnehmerinnen wurden nicht explizit nach dem Auftreten und Erleben von Geburtsverletzungen befragt, sondern wurden lediglich aufgefordert von der Geburt zu erzählen. Es ist deshalb nicht auszuschließen, dass Geburtsverletzungen in den Interviews nicht erfasst worden sind, obwohl welche vorlagen. Insgesamt berichteten drei Frauen von ihren Geburtsverletzungen, alle drei haben spontan geboren. Einer Frau ist besonders das Reißen während der Geburt negativ in Erinnerung geblieben: „es war nicht

schön zum Beispiel zu spüren, wie so eine Klitoris aufreißt. Also es, würde ich nicht unbedingt nochmal machen.“ (Frau W., Interview 1, Zeile 65f.).

Diese und eine weitere Frau haben die Naht an sich als sehr unangenehm erlebt, eine der Frauen erzählt „dann musst ich aber auch noch genäht werden, ich hatte einen Dammriss zweiten Grades, glaube ich. Das empfand ich auch als sehr unangenehm.“ (Frau D., Interview 7, Zeile 315-317). Von den drei Teilnehmerinnen, welche im Interview von ihren Geburtsverletzungen berichten, geben zwei an, dass sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt habe, eine Frau erzählt, dass das Geburtserleben unabhängig von der weiteren Familienplanung sei.

#### 4.2.6 Stillen

Diese Subkategorie ist definiert als Einfluss des Still- oder Pumperlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft. Einen Punkt, welchen viele Teilnehmerinnen nannten, waren die mit dem Stillen verbundenen Einschränkungen. Sei es im täglichen Tagesablauf, in der räumlichen Nähe zum Kind oder bei ihrer Ernährung. Ebenso wurde der Aspekt genannt, dass es sich so anfühle, als würde der eigene Körper ihr nicht selbst gehören. Die Teilnehmerin schildert ihre persönlichen Erfahrungen als äußerst einschränkend, die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft hat sich bei dieser Frau abgeschwächt.

weil ich kann nämlich nicht entscheiden, ob ich jetzt duschen gehe, sondern ich muss warten, bis das Kind wieder Hunger hatte, damit ich kurz Stillen kann, damit ich danach Duschen gehen kann [...] ich hätte ja nicht Stillen müssen aber es ich habe es gemacht und es war meine Entscheidung, aber es war kacke, (lacht) hat keinen Spaß gemacht (Frau W., Interview 1, Zeile 284-291).

Eine andere Teilnehmerin hat in den ersten Tagen mit dem Stillen sehr negative Erfahrungen gemacht, die dazu geführt haben, dass sie bereits in der Klinik abgestillt hat, obwohl sie ursprünglich stillen wollte. Bereits die Situation des ersten Anlegens war der Frau unangenehm „dann wurde sie mir gleich gebracht, ja wir müssen jetzt anlegen, und die muss jetzt trinken und... ich hatte sie nicht mal angeguckt oder kurz auf dem Arm gehabt und das war mir alles so unangenehm“ im weiteren Verlauf der nächsten Tage spitzte sich die physische und psychische Situation der Mutter so zu, dass ihr empfohlen wurde Schlafmittel einzunehmen, welche das Abstillen erforderlich machen würden. Die Frau berichtet „daraufhin hat ich aber ziemlich Probleme durch den Milcheinschuss, dass meine Brüste entzündet waren und dann durfte ich mir von der Schwester noch anhören, warum ich mir das nicht vorher überlegt hätte, ob ich Stillen will oder nicht.“ (Frau A., Interview 8, Zeile 139-141). Die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft hat sich bei dieser Frau vor dem Hintergrund ihres Geburtserlebens abgeschwächt.

Einige der interviewten Frauen berichten von einer sehr guten Unterstützung in den ersten Tagen postpartal, die ihnen in positiver Erinnerung geblieben sind: „Die haben mich total unterstützt (unv.), wirklich, wie man anlegt, klingeln sie nur, wenn das nicht klappt mit dem Stillen und verschiedene Position ausprobiert und (...) ich war total begeistert, also wirklich. War toll.“ (Frau M., Interview 5, Zeile 144-146). Auch der emotionale Moment des ersten Anlegens ist einigen Frauen noch in besonders positiver Erinnerung geblieben. Ebenso positiv hat eine Teilnehmerin das erste Abpumpen auf der Intensivstation erlebt:

sie hat mir eine Pumpe mitgebracht und jeder Tropfen wäre noch so wichtig und war auch ganz, wirklich ganz lieb und ist so auf mich eingegangen, [...] die war so lieb, die war auch erstmal das erste Mal bei mir und beim zweiten Mal kam sie auch nochmal dazu. (Frau M., Interview 5, Zeile 123-127).

In acht Interviews wurde das Erleben des Stillen bzw. Pumpens thematisiert. Vier Frauen haben positive Erfahrungen gemacht, drei Teilnehmerinnen (eher) negative und eine Teilnehmerin hat ihr Stillerleben als ambivalent geschildert. Von den vier Frauen, die positive Erfahrungen gemacht haben, ist die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft bei zwei Frauen unabhängig vom Geburtserleben und bei jeweils einer Frau hat sich die Bereitschaft dafür verstärkt bzw. abgeschwächt. Bei den drei Frauen, welche (eher) negative Stillererfahrungen gemacht haben, hat sich die Bereitschaft bei einer Frau nicht verändert und bei zwei Frauen abgeschwächt. Die Frau mit der ambivalenten Stillererfahrungen berichtet von einer abgeschwächten Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft durch ihr Geburtserleben.

#### **4.2.7 Betreuung und Versorgung unter Geburt**

Diese Subkategorie ist definiert als Einfluss der Betreuungs- und Versorgungssituation auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft. Generell muss zwischen der Betreuung in der Klinik und der Wochenbettbetreuung zuhause unterschieden werden. Die Fragestellung befasst sich vor allem mit dem Geburtserleben und der Betreuung in der Klinik, da die Frauen während der Interviews auch von ihrer Wochenbettbetreuung berichteten, wird auch auf diese eingegangen. Da das Erleben der Wochenbettbetreuung das gesamte Geburtserleben mitbeeinflusst, scheint die Analyse der dessen ebenfalls notwendig.

##### **Qualität der Betreuung in der Klinik**

Drei bzw. vier Frauen berichten von einer guten Betreuung, die sie in der Klinik erlebt haben. Die Frauen betonen, dass sie besonders die Routine und Ruhe der Hebamme, das Geben von klaren Anweisungen, ein entspanntes Team, die kontinuierliche 1:1 Betreu-

ung, die Betreuung durch Hebammenstudierende, der guter Service, das Bemühen von Schwestern, die Unterstützung beim Stillen und Ermunterung zum Klingeln bei Fragen oder Problemen positiv wahrgenommen haben. Die folgenden Zitate unterstützen diese Erkenntnisse: „Ja, die Hebamme, die ich hatte im Kreißsaal, die war auch super, routiniert, ruhig, hat mir klare Anweisungen gegeben.“ (Frau K., Interview 2, Zeile 106f.); „es war wirklich entspannt, das ganze Team auch, die Zeit im Krankenhaus war super.“ (Frau B., Interview 3, Zeile 78f.); „Da war sie dann die ganze Zeit bei mir, und hat auch gesagt, ich lass dich jetzt auch nicht mehr allein. Und da war ich wirklich, in dem Moment konnte ich mich dann auch irgendwie so ein bisschen fallen lassen“ (Frau D., Interview 7, Zeile 226-228.). Bei zwei Frauen ist das Geburtserleben unabhängig von der weiteren Familienplanung, bei einer Frau hat sich die Bereitschaft für abgeschwächt. Eine Frau beschreibt ihr Erleben der Betreuung als ambivalent, ihre Bereitschaft hat sich auch abgeschwächt.

Zwei Frauen berichten von den negativen Erfahrungen, die sie durch die Gabe eines Wehentropfes erfahren haben: „die Hebamme, die dann da war, hat dann, den Wehentropf immer stärker gestellt und dann kam es so gefühlt von 0 auf 100, dass es dann losging. Und es war irgendwie ein bisschen doof.“ (Frau L., Interview 10, Zeile 15-17). Die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft hat sich bei einer der Frauen verstärkt, bei der anderen ist das Geburtserleben unabhängig von der Planung einer weiteren Schwangerschaft. Eine der Frauen hat die Betreuung als so negativ empfunden, dass sie sich vorzeitig nach Hause entlassen hat. Sie berichtet, dass sie nach dem traumatischen Ereignis der Geburt in der Klinik mit niemandem sprechen wollte. Diese Frau hat vor dem Hintergrund ihres Geburtserlebens eine abgeschwächte Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft. Sie sagt: „ich wollte da einfach nur (..) einfach weg und wollte da auch gar nicht mit irgendwem sprechen oder mit irgendwelchen Hebammen jetzt noch sprechen oder Ärzten, weil das einfach so, so schlimm für mich war“, außerdem ergänzt sie: „Es war keine gute Betreuung, also weder währenddessen noch danach und das war auch der Grund, warum ich dann mich hab einfach entlassen lassen“ (Frau A., Interview 8, Zeile 61-63 und 143f.).

Einige Frauen hätten sich mehr Unterstützung und Betreuung durch die Hebamme zum Beispiel bei der Auswahl von Geburtspositionen, der Ermunterung sich zu bewegen oder der Motivation gewünscht. Eine dieser Frauen hat sich durch die Hebamme unter Druck gesetzt gefühlt, was ihr negativ in Erinnerung geblieben sei.

ich hätte mir auf jeden Fall mehr Betreuung gewünscht. Die Hebamme hat mir so ein bisschen das Gefühl gegeben, als will sie dann jetzt Feierabend machen und als würde es zu

lange dauern, also die Betreuung war jetzt an sich nicht so schön [...] ich hatte so das Gefühl ich darf einfach nur Liegen, als ich dann aufs Klo wollte, hat sie dann gesagt, ich soll aufpassen, dass diese Elektroden am Bauch nicht verrutschen, und am Ende hat sie dann so nach dem Motto gesagt, ich hätte jetzt eigentlich schon Feierabend und, wann es denn jetzt endlich losging und das hat mich ein bisschen unter Druck gesetzt, also das war jetzt nicht, nicht so optimal. (Frau L., Interview 10, Zeile 38-58).

Obwohl die Frau eher negative Erfahrungen in Bezug auf die Betreuung während der Geburt gemacht hat, hat sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft verstärkt. Auch eine andere Frau erzählt, sie hätte sich:

mehr Unterstützung erhofft. Dass man mehr drauf eingeht oder sagt, du kannst dich bewegen oder so [...] Also so, dass man mehr versucht die Mutter dahin zu führen [...] auch Bewegung oder so, dass man sagt: Komm wir gehen mal oder bewegen uns, also das war eher nicht der Fall. (Frau G., Interview 4, Zeile 78-83).

Das von einigen Frauen erwünschte Angebot sich mehr zu bewegen hat eine andere Frau erhalten. Auffällig ist, dass auf den ersten Blick gute und erwünschte Hebammenarbeit auch als eher negativ eingestuft werden kann. Denn eine Frau, die durch die Hebamme zur Einnahme verschiedener Geburtspositionen ermuntert wurde, hat dieses eher als negativ empfunden, wie im folgenden Zitat deutlich wird:

Und dann hat sie noch gesagt, ich soll noch verschiedene Positionen ausprobieren und ich habe dann irgendwann gesagt, hier, lasst mich in Ruhe mit irgendwelchen Positionen, ich habe kein, keine Lust auf Vierfüßler, auf seitlich, auf hier und da, lasst mich einfach auf dem Rücken liegen und Sterben (lacht) [...] hat sie dann auch recht gut akzeptiert. Im Vorhinein war sie da echt so, mach das und mach das und mach das. (Frau D., Interview 7, Zeile 203-210).

Möglicherweise hat die Frau das Vorgehen und die Kommunikation der Hebamme als zu forciert empfunden. Dieselbe Frau beschreibt die Betreuung während der Geburt und auch generell das Geburtserleben als ambivalent, sie schildert die Erfahrungen einerseits wie folgt: „für mich war das eigentlich schon so eine relativ perfekte Geburt“, eine Aussage, die fast widersprüchlich ist zur Folgenden „ich habe mich fast so ein bisschen in dem Moment vergewaltigt gefühlt.“ (Frau D., Interview 7, Zeile 612 und 98f.). Auch die Beziehung zur Hebamme wurde im Interview genannt und erwies sich in der Auswertung als ein relevantes Thema „dann habe ich zu meinem Freund gesagt, also, bei dieser Hebamme entbinde ich nicht, dass (..) da bleibt das Kind drin (lacht), solange es geht, Hauptsache diese Frau macht es nicht.“ (Frau D., Interview 7, Zeile 52-54). Es zeigt, dass die Beziehung zwischen Hebamme und Frau einen großen Einfluss auf das Erleben der Geburt hat. Eine weitere Aussage der Frau befasst sich mit dem Anfasen während und nach der Geburt:

Ich fand es wie gesagt unangenehm, wie man so angefasst wurde, auch nach der Geburt, das fand ich teilweise menschenverachtend, wie da auf dem Bauch rumgedrückt wurde auch, aber notwendig, definitiv notwendig, das war einfach schmerzhaft und nicht so schön.

Aber ansonsten fand ich, fand ich mich, aber trotz alledem war ich gut betreut. Das eine hat ja mit dem anderen nicht unbedingt was zu tun. (Frau D., Interview 7, Zeile 515-520). Da die Frau ihr Erleben als sehr vielseitig beschreibt, hat die Forscherin zusätzlich die Kategorie ambivalent geschaffen (s. Kapitel 4.2.1). Die Bereitschaft der Frau für eine weitere Schwangerschaft hat sich abgeschwächt.

### **Qualität der Betreuung im Wochenbett**

Zwei der Interviewteilnehmerinnen berichteten von Missverständnissen zwischen sich und ihrer (vermeintlichen) Wochenbetthebamme. Die jeweilige Hebamme und Frau waren kontroverser Ansicht darüber, ob eine korrekte Anmeldung für die Wochenbettbetreuung vorlag oder nicht, was dazu führte, dass eine der Teilnehmerinnen sich sechs Wochen vor der Geburt eine andere Hebamme suchen musste. Die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft ist bei dieser Frau neutral und unabhängig vom Geburtserleben. Die andere Interviewteilnehmerin schildert, dass die kontaktierte Hebamme sich nach der Meldung der Frau über die Frühgeburt bei der Familie nicht mehr meldete und sie aus diesem Grund keine Wochenbettbetreuung erhielt. Die Frau erzählt, dass es in ihrer Region eine generell mangelnde und qualitativ schlechte Hebammenversorgung gäbe. Die schlechte Versorgung betrachtet die Frau als eine der Ursachen, warum sie keine weitere Schwangerschaft plane, obwohl sie sich ursprünglich mehrere Kinder gewünscht habe. Die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft hat sich bei dieser Frau vor dem Hintergrund ihres Geburtserlebens abgeschwächt.

Eine Frau beschreibt die Art ihrer Wochenbetthebamme als hektisch, was sie als negativ wahrgenommen hat. Sie erzählt: „sie war halt so recht ungeduldig und wollte das alles immer so schnell, schnell, aber es ging halt leider nicht schnell, schnell.“ (Frau O., Interview 9, Zeile 124-126). Die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft hat sich bei der Frau nicht durch das Geburtserleben verändert. Eine andere Frau erzählt, dass es ihr bei der Entlastung nicht gut ging und sie Stillprobleme gehabt hätte. Deshalb empfand sie den Zeitpunkt des ersten Wochenbettbesuches der Hebamme als zu spät. Sie berichtet von ihrer Wochenbettbetreuung:

das war katastrophal, also wirklich, eine absolute Katastrophe, auch ich war... samstags morgens wurde ich entlassen und sie kam sonntags nachmittags zu mir. Das war für mich halt auch einfach irgendwie ein absolutes No-Go, weil es einfach zu spät war für mich. (Frau D., Interview 7, Zeile 350-353)

Dieselbe Frau berichtet von einer großen psychischen Belastung im Wochenbett und anfänglichen Stillproblemen, bei denen ihre Wochenbetthebamme nicht helfen konnte. Dies habe dazu geführt, dass sie die Hebamme gewechselt habe, da sie eine psychische Nachbetreuung brauchte:

ich hatte auch eine sehr, sehr schlechte Nach-, also Nachbetreuung, sehr, sehr, also für mich persönlich eine sehr schlechte Hebamme, wir kamen überhaupt nicht zurecht (Frau D., Interview 7, Zeile 338-340)

Diese Tatsache lässt sich so interpretieren, dass die Frau, welche damals psychisch belastet war, durch die negative Erfahrung der Betreuung und die ausbleibende Unterstützung eine zusätzliche Belastung erfährt. Die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft hat sich bei dieser Frau abgeschwächt.

### **Verschiedenes**

Frau X., die eine Frühgeburt hatte, berichtet sehr negativ von der großen Personenanzahl während ihrer Geburt „Also es waren sehr viele Ärzte da, es waren - mit meinem Mann - ich glaub 15 Leute im Zimmer (lacht)“ (Frau N., Interview 6, Zeile 28f.); sodass sie sich im Nachhinein lieber eine Sectio als Geburtsmodus gewünscht hätte (s. Kapitel 4.2.4).

Eine Teilnehmerin spricht von dem allgemeinen Fehlen von Fachkräften und äußert Bedenken bei der Versorgung im Falle eines auftretenden Notfalls:

es gab zu wenig Menschen, die, also sowohl Ärztin als auch Hebammen, also wenn halt irgendwas zwischendurch passiert wäre, dann wären wir halt am Arsch gewesen. [...] die waren super freundlich und so, die waren halt alle gestresst, die können ja auch nicht überall sein gleichzeitig. Das ist auf jeden Fall ein großes Problem, dass es da viel zu wenig Fachkräfte gibt. (Frau W., Interview 1, Zeile 380-386).

### **4.2.8 Kommunikation und Aufklärung**

Diese Kategorie ist definiert als Einfluss der Kommunikation und Aufklärung auf die weitere Planung einer Schwangerschaft. Viele der Frauen haben sich während des Interviews zur Kommunikation mit dem Fachpersonal geäußert. Besonders positiv aufgefasst wurde eine gute Kommunikation in Bezug auf Informationsweitergabe und Ehrlichkeit. Eine Frau erzählt, dass die Hebamme klar kommunizierte, wenn sie die Frau alleine lassen musste: „sie war die ganze Zeit bei mir und wenn sie wegmusste, hat sie mir genau gesagt, ich bin in einer Minute wieder da und so. Das war wirklich sehr, sehr angenehm.“ (Frau D., Interview 7, Zeile 229-231)

In den Interviews wurden viele Aspekte in Bezug auf die Kommunikation des Personals genannt, welche die Frauen (sehr) negativ erlebt haben. Eine Frau berichtete von dem Ablauf der Geburt und dem nicht ausreichend langen Warten auf die Wirkung der Spinalanästhesie vor der Sectio, weshalb schlussendlich eine Vollnarkose durchgeführt wurde. Die Interviewte hat dieses Vorgehen als traumatisch empfunden und sehr negative Erinnerungen an die Geburt.



Es haben alle danach so getan, als wäre alles super gelaufen. Also als wäre das Mal so, dass die PDA halt nicht wirkt [...] Von der Hebamme bis zu den Ärzten haben alle so getan, als wäre nichts gewesen [...] Das war einfach so vom Ablauf her, eine furchtbare Geburt, also ich kann es nicht anders sagen. Es soll was Schönes sein, und ich bin heilfroh, dass mein Kind da ist, aber die Geburt an sich war furchtbar. (Frau A., Interview 8, Zeile 56-67).

Bei dieser Frau ist das negative Geburtserleben durch die erlebten Schmerzen, Unzufriedenheit mit dem Geburtsmodus, negative Erfahrungen beim Stillen sowie die negative Kommunikation mit dem Personal geprägt. Alle diese Erfahrungen gemeinsam waren für die Frau so traumatisch, dass sie eine deutlich abgeschwächte Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft nach dem negativen Geburtserleben hatte. Die Geburt ihres ersten Kindes liegt fast 10 Jahre zurück und belastet die zum Interviewzeitpunkt erneut schwangere Frau bis heute so, dass sie während des Interviews geweint hat. Sie erzählt, dass sie die Hilflosigkeit dabei am schlimmsten empfand:

dass man weiß, dass man auch, da angelogen wird, einfach nur aus Kostengründen [...] dass alle so getan haben als wäre nix und dass ich mich so ausgeliefert gefühlt habe, also das war noch viel schlimmer als der, der Schmerz eigentlich, diese Hilflosigkeit dabei. (Frau A., Interview 8, Zeile 75f.; 251-253).

Auch eine weitere Frau berichtet davon, dass ihr Sachen verschwiegen worden seien, „es hätte noch ein bisschen besser sein können, einfach auch von der Ehrlichkeit her, einfach... ja auch Sachen nicht verschweigen, das war halt oft mein Problem, dass mir Sachen verschwiegen worden sind“ (Frau N., Interview 6, Zeile 165-167). Ebenfalls in die Kategorie Verschweigen passt die unzureichende Aufklärung über mögliche Alternativen, welche einige Frauen erleben mussten: „Also da waren wir nicht sehr zufrieden, weil es gar keine andere Option gab oder so“ (Frau O., Interview 9, Zeile 178f.). Eine andere Frau hatte sich über den Umgang mit einem Behandlungsfehler während der Versorgung der Geburtsverletzung geärgert und hätte sich stattdessen einen offenen Umgang damit gewünscht:

Und dann hat es mich auch ehrlich gesagt ziemlich geärgert, dass das Klinikum sich dann so rausgeredet hat, also die haben dann erzählt das wäre eine Labienverklebung, also eine Wundheilverklebung im Endeffekt, wo mein Frauenarzt aber ganz klar gesagt das ist falsch. Das ist definitiv falsch zugenäht worden, das sieht man und (..) ja also mir wäre ein ehrliches „Sorry“ lieber gewesen. (Frau K., Interview 2, Zeile 115-119).

#### 4.2.9 Auswirkungen

Diese Subkategorie ist definiert als Folgen und Wünsche, die aus der Geburtserfahrung heraus resultieren. Die Auswirkungen, welche das Geburtserleben auf die Interviewteilerinnen hatten, waren sehr unterschiedlich. Genannt worden sind durch die Interviewteilerinnen zum Beispiel eine insgesamt bessere Vorbereitung von ihnen selbst in Bezug auf die Geburt, das Wochenbett und das Stillen.

Weil man muss sich wirklich auch selbst geistlich und seelisch drauf vorbereiten und das habe ich einfach nicht gemacht [...] ich hätte noch mehr auch für mich was tun müssen. Also nicht nur dahinfahren, sondern mir auch selbst Gedanken machen müssen, was mache ich da, wie Atemübungen oder so Sachen (Frau G., Interview 4, Zeile 108-113).

Konkrete Beispiele, welche die Frauen nannten, waren zum Beispiel das Erlernen von Atemtechniken, Vorbereitung durch Hypnobirthing, eigene geistliche und seelische Vorbereitung auf die Geburt, Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft, Maßnahmen ergreifen, die Frühgeburt und postpartale Depressionen zu vermeiden, schnellere Fahrt ins Krankenhaus, das frühzeitige Suchen einer ggf. anderen Hebamme und die bewusstere Auswahl des Geburtsortes. Auffällig dabei ist, dass die Frauen, je nachdem welche Erfahrungen sie gemacht haben, andere Geburtsorte beim nächsten Kind präferieren würden. Die Teilnehmerin, welche eine Frühgeburt hatte, würde sich für eine weitere Geburt eine Klinik wünschen, welche eine angeschlossene bzw. kooperierende Kinderfachklinik hätte, damit, im Falle einer Wiederholung der Frühgeburt, ihr Kind nicht in eine weit entfernte Klinik verlegt werden müsste. Eine andere Teilnehmerin hatte sich damals aufgrund der sofort möglichen medizinischen Versorgung im Notfall für eine Geburt in der Klinik entschieden. Sie würde sich für eine mögliche weitere Geburt jedoch einen geschützteren Rahmen, wie zum Beispiel ein Geburtshaus wünschen, sie sagt:

ich würde tatsächlich vielleicht überlegen irgendwie in so ein Geburtshaus zu gehen oder das eher betreuter zu machen, mir war damals der Fokus auf das, die medizinische Versorgung, das im Notfall was gemacht werden kann und das nicht so viel Zeit vergeht, aber ich denk mir, wenn man gut betreut wird, dann empowert das einen auch noch so ein bisschen und man kann irgendwie mehr (Frau L., Interview 10, Zeile 135-140).

Die Frauen, die positive Geburtserfahrungen gemacht haben, würden bis auf wenige Kleinigkeiten alles genau so machen wie bei der ersten Geburt. Sie würden sich lediglich kleine Veränderungen wünschen wie die Auswahl anderer Schmerzmittel oder einem selbstbewussteren Auftreten. Ebenfalls zu erwähnen in diesem Zusammenhang ist, dass sich drei Frauen einen anderen Geburtsmodus gewünscht hätten (s. Kapitel 4.2.4), weshalb davon ausgegangen werden kann, dass diese Frauen im Falle einer weiteren Schwangerschaft sich ggf. einen anderen Geburtsmodus wünschen würden (abhängig von medizinischen Indikationen).

Von großen Auswirkungen durch das Geburtserleben berichtet eine Frau. Sie erzählt von traumatischen Erfahrungen, die sie in der Zeit während und kurz nach der Geburt machen musste, welche dazu geführt haben, dass sie die Geburtsklinik ihres Kindes in den folgenden Jahren nicht betreten wollte bzw. konnte.

also es war schon so traumatisch, dass ich tatsächlich auch Probleme hatte in dieses Krankenhaus überhaupt reinzugehen [...] das hat schon bestimmt drei, vier Jahre gedauert, bis ich dann überhaupt wieder in dieses Krankenhaus rein bin [...] also fünf, sechs Jahre später, war ich wieder so weit, dass ich gesagt hätte, ok, das kann ich mir wieder vorstellen (Frau A., Interview 8, Zeile 205-213).

Diese negativen Erfahrungen haben dazu geführt, dass Frau A. erstmal keine weitere Schwangerschaft geplant hat, obwohl sie sich ursprünglich zwei oder drei Kinder gewünscht hatte. Das IPI ist durch das negative Geburtserleben größer als sie sich ursprünglich gewünscht hat.

ich kann mir gut vorstellen, dass ich eigentlich mir einen kleineren Abstand zwischen den Kindern gewünscht hätte, das ist auch was, was mich heute dann noch stört, dass das so sein wird, dass die Kinder eben einen recht großen Abstand haben (Frau A., Interview 8, Zeile 225-228)

Auch Frau D. berichtet von einem ursprünglich kleineren IPI, welches sie vor der ersten Geburt anstrebte, welches sich jedoch durch das Geburtserleben verändert hat.

ich hatte früher immer das Gefühl, ich möchte relativ schnell ein zweites Kind haben, das hat sich aber total geändert, also für mich war dann so dieses Credo irgendwie, ich möchte erstmal das eine Kind genießen (lacht) (Frau D., Interview 7, Zeile 545-548).

Beide Frauen, die nun einen größeren Abstand zwischen dem ersten und zweiten Kind haben als sie sich ursprünglich gewünscht hätten, berichten, dass sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt hat.

## **4.3 Identifikation konkreter Faktoren, welche die Familienplanung beeinflussen**

### **4.3.1 Persönliche Gründe**

Die zweite Hauptkategorie *Identifikation konkreter Faktoren, welche die Familienplanung beeinflussen* ist in vier weitere Subkategorien unterteilt. Die folgenden Kapitel sind entsprechend der Subkategorien gegliedert.

Die Subkategorie *Persönliche Gründe* ist definiert als individuelle Aspekte, Wünsche und Ansichten zur Familienplanung der Frau. Generell sind die Gründe für das Planen oder das Nicht-Planen einer weiteren Schwangerschaft multifaktoriell. Keine der Teilnehmerinnen hat einen einzelnen, konkreten Faktor angegeben, der die Einstellung diesbezüglich alleinig festgelegt hat, sondern alle Frauen haben von mehreren Faktoren gesprochen, welche sie in ihrer Entscheidung beeinflusst haben. Keiner der aufgelisteten Faktoren ist deshalb als alleiniger ausschlaggebender Faktor anzusehen, sondern immer in Verbindung mit weiteren Faktoren. Aus diesem Grund ist die Analyse der Zusammenhänge und

Wechselwirkungen der Subkategorien für die Auswertung und das Verstehen der verschiedenen Faktoren notwendig.

### **Eigene Erfahrungen, Wünsche und Ziele**

Alle zehn interviewten Primiparae geben an, dass sie sich ursprünglich vor Eintreten der ersten Schwangerschaft mehrere – mindestens zwei – Kinder gewünscht hatten. Zwei Frauen berichten, sich besonders viele Kinder zu wünschen, alle anderen Frauen hatten ursprünglich die Vorstellung zwei bis drei Kinder bekommen zu wollen. Zwei Frauen sagen mehr oder weniger im Spaß, dass sie gerne sehr viele Kinder bekommen würden: „Ich persönlich würde am liebsten zehn Kinder kriegen, (lacht) weil ich es einfach so schön finde“ (Frau D., Interview 7, Zeile 530-531). Die Ergebnisse, dass der ursprüngliche Kinderwunsch der befragten Frauen bei ungefähr zwei Kindern lag, deckt sich mit den Forschungsergebnissen von Bujard, Lück, Passet-Wittig & Lux (2019, S. 40), die ebenfalls herausfanden, dass die Mehrheit der Bevölkerung durchschnittlich zwei Kinder als ideal ansieht.

Als Begründung für ihre jeweilige Präferenz nennen die Frauen besonders die eigenen Erfahrungen, die sie in ihrer Herkunftsfamilie gemacht haben. Eine Frau wünschte sich ursprünglich aufgrund ihrer positiven familiären Erfahrungen mit kinderreichen Familien mehrere Kinder. Einige Frauen präferieren aufgrund der Erfahrung aus ihrer Herkunftsfamilie eine andere Anzahl an Kindern:

ich finde beim Dritten bleibt immer eins liegen. Und ich sehe es auch selbst bei meinen Geschwistern, dass dann einer immer untergeht (Frau G., Interview 4, Zeile 157f.).

und wir haben immer gesagt: ich bin Einzelkind, mein Mann ist ein Einzelkind und haben deswegen immer so gesagt, ja, es wäre schon schöner vielleicht mit zwei Kindern. (Frau B., Interview 3, Zeile 372-374).

Bezüglich einer Vorstellung des gewünschten IPI machten die Frauen keine konkreten Angaben, zwei Frauen berichteten lediglich, dass sie sich ursprünglich ein kleineres IPI gewünscht hatten. Von einigen Frauen wurde das eigene Alter als einflussnehmend auf die Familienplanung genannt. Dabei wurde von einer Mutter, die ihr Kind mit 19 Jahren geboren hat, erläutert, dass sie wenig Zeit habe die Freiheiten eines jungen Mensch nachzuholen: „wenn man jung Mama wird, dann hat man nicht lange Zeit diese Freiheiten und so nachzuholen“ (Frau W., Interview 1, Zeile 234f.). Später im Interview, aber im selben Zusammenhang ergänzt die Frau, dass sie ihre Tochter auch lieben würde, wenn sie ihre Tochter zehn Jahre später geboren hätte: „ich liebe meine Tochter über alles, aber ich würde sie auch lieben, wenn ich erst 30 gewesen wäre, wenn sie gekommen wäre.“

(Frau W., Interview 1, Zeile 320-322). Sie ist der Einschätzung, dass, sie zehn Jahre später besser mit den Einschränkungen zurechtgekommen wäre und mehr Unterstützung, durch ihre möglicherweise nicht mehr berufstätigen Eltern erfahren hätte. Für diese Frau stellen die Einschränkungen, die sie aufgrund ihres Kindes erlebt eine Belastung dar. Eine andere Frau, die jung Mutter geworden ist, führt an, durch das junge Alter keinen Druck für ein weiteres Kind gespürt zu haben: „dadurch, dass wir auch sehr jung angefangen haben, einfach noch ein bisschen Zeit hatten, da nicht so, nicht so den Druck hatten, dass das jetzt schnell gehen muss.“ (Frau A., Interview 8, Zeile 272-274). Einige Frauen haben den Wunsch nicht zu alt bei der Geburt ihrer Kinder zu sein. Sie berichten unter anderem: „weil ich bin ja mittlerweile auch schon 33 und so spät wollte ich dann auch nicht nochmal Mama werden.“ (Frau B., Interview 3, Zeile 302f.).

Mehrere Interviewteilnehmerinnen betonen, dass sie den Wunsch haben, ihrem Kind etwas bieten zu können, es zu versorgen, es selbst betreuen zu können und nicht in die Betreuung schicken zu müssen: „das wäre nicht mein Anspruch gewesen, dass ich mein jüngstes Kind dann so viel weggeben muss und ja, eigentlich gar nichts davon habe“ (Frau A., Interview 8, Zeile 269f.).

### **Angst**

Drei der Frauen äußern verschiedene Ängste, die sie haben und teilweise davon abhalten eine weitere Schwangerschaft zu planen. Die Frauen, welche von ihren Ängsten berichten, planen zum aktuellen Zeitpunkt keine weitere Schwangerschaft. Angst haben die Frauen insbesondere vor Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen bei sich selbst oder im Falle einer weiteren Schwangerschaft bei ihrem Kind. Eine Frau äußerte große Bedenken vor einer Schwangerschaft während der Covid-19-Pandemie, auch weil sie fürchtet, unter Umständen bei Untersuchungen oder bei den Wehen allein zu sein. Frau D. berichtet: „Ich hatte einfach, oder habe immer noch sehr, sehr große Angst davor einfach schwanger zu sein und Corona zu haben. Also da habe ich ganz große Angst vor.“ (Frau D., Interview 7, Zeile 553-555)

Zwei der Teilnehmerinnen deren Kinder körperliche Einschränkungen (Folgen Frühgeburt und Allergien) haben, äußerten, dass sie Angst haben, dass ein weiteres Kind ebenfalls Einschränkungen haben könnte, welche möglicherweise noch gravierender sein könnten. Eine der beiden Frauen sagt: „vielleicht passiert beim nächsten Kind nochmal mehr sowas oder es wird dann wirklich was Schlimmes diagnostiziert“ (Frau B., Interview 3, Zeile 204-206).

Frau N. berichtet von ihrer Angst, dass sich eine Frühgeburt bei einer weiteren Schwangerschaft wiederholen könnte. Sie hat Angst den zusätzlichen Mehraufwand durch lange Klinikaufenthalte im Falle einer erneuten Frühgeburt nicht bewerkstelligen könne, da sie mit ihrer Tochter regelmäßige Therapien und Termine wahrnehmen müsse. Außerdem schrecken sie die strengen Besuchsregelungen auf der Neonatologie ab, insbesondere die Frage, wer auf ihr größeres Kind aufpasse, falls sie durch eine erneute Frühgeburt an die Klinik gebunden sei, beschäftigt die Frau.

### **Persönliche Erfüllung in der Mutterrolle**

Unabhängig von Ängsten bezüglich einer sich wiederholenden Frühgeburt äußern noch weitere Frauen Bedenken, ob sie einem zweiten Kind gerecht werden können. Eine der Mütter sagt kurz und knapp dazu, dass sie kein weiteres Kind plane, da sie nicht mit zwei Kinder überfordert sein möchte: „Eins richtig, bevor wir mit zwei überfordert sind - so ungefähr.“ (Frau B., Interview 3, Zeile 136).

Zwei Frauen sprechen von der persönlichen Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung in ihrer Rolle als Mutter. Je nachdem ob die Frau in ihrer Mutterrolle eine Erfüllung findet, hat dies Einfluss auf ihre persönliche Zufriedenheit und damit auch auf die weitere Familienplanung. Die Frau, welche sich durch ihre Mutterrolle nicht erfüllt fühlt, wünscht sich kein weiteres Kind und sieht den Aspekt der unerfüllten Rollenfindung als hauptursächlich an: „es ist schon hauptsächlich das Kind haben oder Mutter oder Vater sein, das den Einfluss auf die Planung hat.“ (Frau W., Interview 1, Zeile 106f.) Die Frau, die eine persönliche Erfüllung im Muttersein fühlt, ist einer weiteren Schwangerschaft grundsätzlich gegenüber offen eingestellt, die limitierenden Faktoren liegen dabei in familiären Strukturen. Sie berichtet, dass die Geburt selbst bei ihr eher weniger Einfluss auf die weitere Familienplanung gehabt habe.

die Erfahrungen als Mami, also eher die Erfahrungen, die man danach macht, wenn man ein Baby hat oder ein Kleinkind hat, die Erfüllung die (..) die ich persönlich daran finde, die würde, hätte schon, also würde schon den Wunsch nach einem zweiten durchaus fördern, würde ich sagen. (Frau K., Interview 2, Zeile 149-152).

### **Arbeitsverhältnis/Studium**

Circa die Hälfte der Frauen erwähnen in den Interviews ihr Arbeitsverhältnis oder Studium als einflussnehmend auf ihre Familienplanung. Insbesondere bei Frauen, die sich zum Zeitpunkt der Geburt oder des Interview im Studium befanden, wurde dieser Aspekt als relevant eingestuft, wohingegen Frauen, die bereits länger in einem Beruf arbeiten, diesen Aspekt meist nicht nannten. Die Nicht-Nennung scheint deshalb keinesfalls zu bedeuten, dass diese Frauen Ausbildung, Studium oder Arbeit nicht als einflussnehmend betrachten,

sondern lediglich zum Beispiel aufgrund der bereits länger abgeschlossenen Ausbildung diesen Punkt nicht mehr erwähnt haben. Eine der Frauen entschied sich bewusst dafür ein Kind während des Studiums zu bekommen, da sie der Ansicht war, dann am ehesten dafür Zeit zu haben: „dass es am schlauesten in Anführungsstrichen ist, das noch während meines Studiums zu machen, weil wir in der Zeit noch am meisten Zeit haben“ (Frau W., Interview 1, Zeile 187f.).

Die anderen Frauen hingegen sehen den Zeitpunkt des Studiums als eher hinderlich für die Planung einer Schwangerschaft und äußern sich folgendermaßen: „weil ich ja noch im Studium war. Nein, also wir wollten das auf jeden Fall, dass das erstmal fertig ist, genau.“ (Frau G., Interview 4, Zeile 288-290) oder „habe jetzt das Masterstudium angefangen und würde auf jeden Fall sagen, dass das für mich Vorrang hat, jetzt erstmal in Beruf einzutreten dann, und dann ist der Familienwunsch jetzt erstmal nachgeordnet“ (Frau L., Interview 10, Zeile 230-232). Eine einzige Frau äußert Bedenken bezüglich des Wiedereinstiegs in den Beruf. Diese Frau macht sich auch Gedanken darüber, wie ihr Vorgesetzter auf die Verkündigung einer weiteren Schwangerschaft reagieren würde.

da überlegt man sich als Frau auch ob ein zweites, wenn man jetzt relativ zeitnah ein zweites hinterher schiebt, ob einen das nicht noch weiter davon entfernt den Wiedereinstieg zu kriegen - das hat (.) das hat mich beschäftigt, muss ich zugeben. Und ich weiß auch nicht, wie mein Chef reagiert hätte, wenn ich sozusagen aus der Elternzeit gekommen wäre, drei Monate gearbeitet hätte und gleich wieder gesagt hätte - ups. (Frau K., Interview 2, Zeile 219-224).

Trotzdem bringt sie im Gespräch Verständnis für kleine Unternehmen auf, die es sich nicht leisten könnten, junge Frauen einzustellen, die schwanger würden und daraufhin ausfallen würden. Da sie in einem Bereich arbeite, in dem es schwierig sei in der Region Arbeit zu finden, fühlt sie sich unter Druck gesetzt einen Mindestabstand zu einem möglichen weiteren Kind zu wahren. Generell stuft sie den beruflichen Aspekt als so relevant ein, dass dieser sie von ihrem Wunsch nach einem zweiten Kind abbringen oder ihr IPI hätte beeinflussen können.

das war ein Punkt, der mich gedanklich, ja noch über ein zweites hätte nachdenken lassen, oder eben davon abbringen können, dass ich da gesagt hätte, ich muss zumindest einen gewissen Mindestabstand wahren, um mir das wieder erlauben zu können, nochmal in Elternzeit zu gehen. (Frau K., Interview 2, Zeile 238-241).

Der Aspekt des Arbeitsverhältnisses und des Studiums ist besonders für jüngere Frauen relevant, da umso jünger die Frau ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie sich noch in der Ausbildung oder dem Studium befindet. Für die meisten Frauen, deren Berufseinstieg schon einige Jahre in der Vergangenheit liegt, hat dieser Punkt eine untergeordnete Rolle.

Ist eine Frau in einer Branche beschäftigt, in der ein Arbeitsplatz schwer zu finden ist, gewinnt dieser Aspekt an Relevanz.

### **Soziale und körperliche Einschränkungen**

Einige der Interviewteilnehmerinnen erzählen, dass sie sich selbst durch ihr Kind in ihrer Freiheit eingeschränkt fühlen. Die Frauen nennen besonders zwei Gründe für das Entstehen dieses Gefühls. Entweder durch das Verpassen von sozialen Ereignissen, an denen nicht teilgenommen werden kann oder durch körperliche Einschränkungen durch die Schwangerschaft oder das Stillen. In diesem Zusammenhang berichten ein paar der Frauen, dass das Stillen eine räumliche Nähe erfordere und deshalb das eigene Leben eingeschränkt sei (s. Kapitel 4.2.6). Eine Teilnehmerin addiert die Monate der Schwangerschaft und die einer möglichen Stillzeit, wenn sie ein weiteres Kind bekäme: „also das sind zwei, fast zwei Jahre, wo mein eigener Körper nicht mir gehört“ (Frau W., Interview 1, Zeile 281).

In Bezug auf die sozialen Einschränkungen nennt besonders eine sehr junge Mutter, dass sie nur so lange Spontanität für Aktivitäten habe, solange ihr Kind in die Kita geht.

jetzt treffen sich meine Kommilitonen spontan abends in der Kneipe oder auch nur zum Essen oder auch nur Draußen, aber ich habe halt nur bis 16 Uhr Spontanität, weil bis dahin die Kita geht. Und alles danach muss ich planen und absprechen und ich mach das auch alles gerne [...] Das meinte ich mit, dass es primär diese Einschränkung ist, die zu der Entscheidung geführt hat, dass wir bei einem Kind bleiben wollen – erstmal. (Frau W., Zeile 284-288).

Sie betrachtet die persönlichen Einschränkungen als so relevant, dass sie es als Grund dafür nennt, kein weiteres Kind zu bekommen. Möglicherweise käme die Frau besser damit zurecht, wenn in ihrem persönlichen Umfeld mehr Mütter mit Kindern wären. In diesem Zusammenhang ist zu sagen, dass die Frau bei der Geburt ihres Kindes erst 19 Jahre alt war und es sicherlich auch damit zusammenhängt, dass viele ihrer Freunde (noch) keine Kinder haben und deshalb bei ihnen mehr Spontanität möglich sei.

### **4.3.2 Medizinische Gründe**

*Medizinische Gründe* sind definiert als gesundheitliche Risiken oder Einschränkungen mindestens eines Familienmitgliedes, welche die weitere Familienplanung beeinflussen. Die peripartalen Besonderheiten, welche Einfluss nahmen, sind in Kapitel 4.2.3 aufgeführt. Dieses Kapitel umfasst die allgemeinen medizinischen Gründe unabhängig von der Geburt. Vier der Frauen gaben an, dass medizinische Gründe ihre Familienplanung beeinflussen.



### **Auffälligkeiten in der Schwangerschaft**

Einige der Frauen berichteten von belasteten Schwangerschaften, verursacht durch die starke Ausprägung von Schwangerschaftsbeschwerden oder festgestellten Auffälligkeiten, im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik. Die erlebte Mehrbelastung der Frauen in diesem vulnerablen Lebensabschnitt hat die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft bei den Frauen abgeschwächt. Eine der Frauen, die auch unter Übelkeit litt, berichtet zusätzlich von der weiteren Belastung in der Schwangerschaft durch eine diagnostizierte singuläre Nabelschnurarterie. Dies habe dazu geführt, dass engmaschige Kontrollen bei einem Facharzt, knapp eine Stunde mit dem Auto entfernt, stattfanden. Die Teilnehmerin fühlte sich besonders durch die Fahrt, Baustellen, der Parkplatzsituation und der Terminvergabe, welche dazu geführt habe, dass sie die Termine meistens allein wahrnehmen musste, gestresst.

### **Kinderwunschbehandlung**

Eine Interviewteilnehmerin berichtet von einer jahrelangen Kinderwunschbehandlung, welche schließlich nach acht Jahren, einer Fehlgeburt, einer Myomenukleation, einer Darmperforation infolge einer Eizellentnahme und einer daraus resultierenden Sepsis erfolgreich mit der Geburt eines Kindes war. Diese lange und anstrengende Phase hat die Familienplanung der Frau insofern beeinflusst, dass sie eine erneute Kinderwunschbehandlung nicht erneut durchleben möchte: „dass wir nicht auf natürliche Art und Weise schwanger werden können, hat unser ganzes Leben schon sehr, sehr beeinträchtigt und beeinflusst dadurch dann auch [...] dass ich diese Schmerzen und das Psychische eigentlich nicht nochmal durchmachen möchte“ (Frau O., Interview 9, Zeile 326-328 und 365f.). Sie berichtet außerdem, dass ihr Kind der letzte Versuch der assistierten Befruchtung gewesen sei und sie sich auch schon mit Adoption beschäftigt hatten. Als Grund dafür nennt sie die andauernde psychische und physische Belastung und die Sepsis, an der sie laut ihren Angaben fast gestorben wäre.

Auch das bewusste Erleben einer gesunden Schwangerschaft und Geburt kann die Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflussen. Eine Frau, welche selbst angab, keinerlei gesundheitliche Probleme („außer irgendwie Ischiasschmerzen dann als ich zu lange gearbeitet habe und so, und ein bisschen Übelkeit und Sodbrennen“ (Frau L., Interview 10, Zeile 161f.)) gehabt zu haben, empfand im Nachhinein ihre Schwangerschaft als eine sehr schöne Zeit und sagte, dass sie sehr gerne schwanger war. Zusammen mit dem eher positiven Geburtserleben hat sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft durch die Geburt verstärkt und die Frau wünscht sich für die Zukunft ein weiteres Kind.

## Sonstiges

Eine der Teilnehmerinnen leidet an einer Rheumaerkrankung. Ihre aktuelle Dauermedikation ist nicht für die Einnahme von Schwangeren zugelassen, da es zu schweren Schädigungen des Embryos führen könnte. Dies setzt im Falle des aufkommenden Wunsches nach einer Schwangerschaft zuerst eine Umstellung des Medikamentes voraus. Da sie aktuell keinen Kinderwunsch habe, beeinflusse dieser Umstand die Familienplanung jedoch nicht. Eine andere Teilnehmerin erzählt, dass sie im Falle einer weiteren Schwangerschaft aufgrund der vorangegangenen Frühgeburt einen Muttermundverschluss bräuchte. Zusätzlich sagt sie, „wenn ich wieder schwanger werden würde und mich nicht bewegen dürfte. Aber mit einer Vierjährigen daheim (...) ist das natürlich (lacht) ich glaub dazu muss ich nichts sagen.“ (Frau N., Interview 6, Zeile 298-300). Die Einschränkungen im Falle einer weiteren Schwangerschaft beeinflussen die Familienplanung dieser Frau negativ.

### 4.3.3 Familiäre Gründe

Diese Kategorie ist definiert als das Vorhandensein einer Partnerschaft sowie Aspekte, welche die Partnerschaft und das Familienumfeld prägen.

#### Wünsche des Partners

Mehrere Frauen haben als Gründe dafür, dass sie keine weitere Schwangerschaft planen ihren Partner und seine Ansichten genannt. In zwei Fällen sind potenziell lebensbedrohliche Situationen im Zusammenhang mit der Kinderwunschbehandlung (Sepsis) bzw. der Schwangerschaft (Thrombose) aufgetreten. Der akute Zustand ihrer Partnerin hat dazu geführt, dass die jeweiligen Partner sich wegen der gesundheitlichen Risiken keine weitere Schwangerschaft mehr wünschen. Eine der Frauen sagt: „nach der Sepsis hat er gesagt, von ihm aus können wir auch aufhören. Weil er möchte halt kein Kind haben und möchte mich verlieren zum Beispiel.“ (Frau O., Interview 9, Zeile 320-322). Die andere Teilnehmerin wurde sich erst durch den Austausch mit ihrem Mann ihrer bedrohlichen Situation bewusst:

das größte, dass ich nicht weiter geplant habe jetzt, der Aspekt war eigentlich, dass (...) mein Mann (...) dass (...), weil er gesagt hat: Dein Leben stand auch auf der Kippe und wir wollen dich nicht verlieren. Das war eigentlich so das, wo ich gesagt hab: Recht hat er. [...] Also wo er das zu mir gesagt hat, in dem Moment, habe ich eigentlich gedacht: Recht hat er. Ich habe nicht drüber nachgedacht, dass es auch mich hätte treffen können, dass die auch (...) alle (...) auch ohne mich dagestanden hätten. Also das war dann eigentlich so der ganz entscheidende Aspekt, wo ich gesagt habe, gut lassen wir. (Frau M., Interview 5, Zeile 246-254).

Auch unabhängig von medizinischen Risiken berichteten manche Frauen, dass ihre jeweiligen Partner keine weiteren Kinder wünschten. Als Gründe dafür nannten sie das höhere

Alter, ein fehlendes Kinderzimmer oder das Gefühl sich als Familie vollständig zu fühlen. Eine der Frauen berichtet von dem Kompromiss mit ihrem Partner:

ich bin ja jetzt Mama, ich habe ja mein Ziel erreicht sozusagen, und bin auch nicht bereit, jetzt nochmal so ein (...) Beziehungsdrama anzufangen, sozusagen, um jetzt noch ein Zweites zu kriegen. So wichtig ist es mir nicht, wie gesagt, wenn ich jetzt es allein zu entscheiden hätte, würde ich wahrscheinlich sagen ja, wir kriegen noch eins. Aber in einer Beziehung gehören dann immer zwei dazu (lacht). (Frau K., Interview 2, Zeile 260-265).

Die Mehrheit der Frauen vertritt die Ansicht, dass beide Partner den Wunsch nach einer Schwangerschaft haben sollten und die Frauen die Schwangerschaft nur aktiv planen würden, wenn der Partner diesen Wunsch auch unterstützt: „Also ich hätte das nicht nochmal gemacht, wenn, wenn er wirklich sagt, er möchte nicht nochmal“ (Frau A., Interview 8, Zeile 304f.). Dies entspricht den Erkenntnissen des IfD (2013, S. 58), welche als am häufigsten genannte Voraussetzung, die vor der Geburt eines Kindes erfüllt sein sollte, den Wunsch beider Partner nach einem Kind identifizierten.

### **Beziehung**

Viele der Frauen nennen ihre Partnerschaft als wichtigen Faktor, der die Planung einer Schwangerschaft bei ihnen persönlich beeinflusst hat. Dabei wurden zum Beispiel das Auflösen einer Fernbeziehung oder das Kennenlernen des richtigen Partners genannt. Diese Ereignisse führten bei einigen Frauen dazu, dass die Planung einer Schwangerschaft mehr in den Vordergrund gerückt war. Ebenfalls ein mehrfach genannter Aspekt ist die Stabilität und das gegenseitige Vertrauen in der Beziehung, welche als wichtige Voraussetzung für die Planung einer Schwangerschaft genannt wurde. Ein weiterer Aspekt, den die Frauen nannten, welcher auch mit dem Faktor der Stabilität verbunden ist, ist die Länge der Partnerschaft. Dabei wurde eine schon lange bestehende Beziehung zum Partner als fördernd für die Planung einer Schwangerschaft angesehen:

„dadurch, dass ich jetzt eine stabile Beziehung und in einem guten Verhältnis bin so generell, dass es natürlich dann die, den Wunsch wieder verstärkt, oder dass er dann einfach wieder mehr, mehr spürbar ist (...) als in der Zeit, wo es dann bisschen komplizierter war.“ (Frau L., Interview 10, Zeile 181-184).

Zwei Frauen berichten davon, dass die erste Schwangerschaft ungeplant war und sie mit ihrem Partner noch nicht lange zusammen waren. Eine bislang eher kurz bestehende Partnerschaft war mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden, demnach waren die Gedanken an eine Schwangerschaft wenig präsent. Insbesondere wenn unklar war, ob es eine gemeinsame Zukunft für die Partnerschaft gab, waren die Frauen einer Schwangerschaftsplanung gegenüber weniger offen. Eine der Frauen findet diese Worte:

Und dass es natürlich in der Partnerschaft besser läuft, dass es eingespielter ist und so. Weil das war mir schon wichtig, weil wenn ich denke, dass man sich irgendwann trennt, dann

brauche ich auch kein Kind machen, das ist ja Käse dann. (Frau G., Interview 4, Zeile 278-281).

### **Familie**

Einige der Frauen, insbesondere die, die sich zum Interviewzeitpunkt kein weiteres Kind mehr wünschen, erläutern, dass sie sich als Familie komplett fühlen und sich dankbar schätzen, dass sie und ihr Kind gesund sind.

Zwei Frauen geben zusätzlich an, dass sie sich für ihr erstes Kind ein Geschwisterkind wünschen würden. Sie sagen, dass sie es schön fänden, wenn es noch jemandem zum Spielen gäbe. Diese Gedanken stellen bei beiden Frauen einen eher geringen Einflussfaktor dar, denn beide Frauen wünschen sich aus medizinischen und persönlichen Gründen kein weiteres Kind mehr.

Eine der Teilnehmerinnen berichtet von familiären Schicksalsschlägen, die dazu führten, dass ihr Partner sich kein weiteres Kind wünsche. Eine Frau berichtet von dem zahlreichen Vorhandensein von Kindern in der Familie, welches sie in der Entscheidung bestärkt, dass es richtig war die eigene Familienplanung abzuschließen. Eine Teilnehmerin, die momentan schwanger ist, gibt an, dass es anfangs für ihren Partner schwierig war die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und feinfühlig darauf zu reagieren, weshalb sie anfangs gedacht habe, dass sie sich kein weiteres Kind wünsche. Sie reflektiert, dass es sich mit fortschreitender Zeit und dem Älterwerden des Kindes gewandelt habe und seitdem ihr Kind sprechen könne, der Alltag deutlich eingespielter wäre, was sie in ihrer Entscheidung für ein weiteres Kind positiv beeinflusst habe.

Die erforderlichen Therapien für ihre Tochter nimmt die Mutter des frühgeborenen Kindes gerne in Kauf, sie schwächen jedoch den weiteren Kinderwunsch ab, da Bedenken bestehen, ob sie einem weiteren Kind gerecht werden könne, insbesondere falls es wieder zu einer Frühgeburt komme.

### **4.3.4 Sonstiges**

Diese Subkategorie ist definiert als weitere Interessen und Aspekte, die bei der Planung einer Schwangerschaft eine Rolle spielen.

Vier der interviewten Frauen nannten, dass finanzielle Aspekte ihre Familienplanung beeinflussen haben. Eine Frau erzählte, dass es ihr und ihrem Partner wichtiger war, weitere eigene Pläne zu verwirklichen, wie zum Beispiel Reisen zu unternehmen und ein Haus zu

bauen. Deshalb haben sie sich gemeinsam dazu entschieden dem Studium der Frau Priorität einzuräumen und den damit zusammenhängenden Berufseinstieg nicht noch weiter in die Zukunft zu legen. Eine andere Frau nannte finanzielle Gründe, die gegen ein weiteres Kind sprechen, da sie und ihr Mann einen größeren Umbau und eine Sanierung des Hauses planen würden. Deshalb wüsste sie finanziell nicht, wie sie es sich leisten sollte nochmal ein Jahr nur circa 60% des Gehaltes zu verdienen. Aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen einer Frau, kann diese nur durch eine erneute ICSI schwanger werden. Sie erzählt, dass die Bezahlung einer weiteren assistierten Befruchtung finanziell für die Familie nicht möglich wäre, weshalb sie unter anderem deshalb kein weiteres Kind plane. Sie erzählt, „klar ist bei uns dieser Geldfaktor auch ein großer Punkt, weil man dann ja wirklich gleich von Anfang an das selbst zahlen müsste, und das wäre halt nicht drin.“ (Frau O., Interview 9, Zeile 366-368). Sie erzählt, dass sie der erste Versuch, welchen sie selbst zahlen musste, zehn bis zwölf Tausend Euro gekostet habe. Wenn sie es erneut versuchen würde, läge nur eine circa 30-40%ige Erfolgswahrscheinlichkeit vor und sie deshalb dieses Risiko nicht eingehen wolle.

Die wohnliche Situation spielt bei den meisten interviewten Frauen keine oder eine eher untergeordnete Rolle, wie auch bei der Frau von diesem Interview: „Also wir haben nur ein Kinderzimmer. Und dann (lacht) das ist für meinen Mann aber eher. Er sagt, das wäre für ihn ein Kriterium, dass er nicht noch ein zweites haben möchte.“ (Frau O., Interview 9, Zeile 331-333.) Nur eine der Frauen hat in Bezug auf die Wohnsituation geäußert, dass im Fall einer weiteren Schwangerschaft ein Umbau oder Umzug damit verbunden wäre. Dies hat die Forscherin jedoch als Auswirkung, anstatt eines bestimmenden Faktors, der Einfluss auf die Planung einer Schwangerschaft nimmt, identifiziert.

Eine der Teilnehmerinnen äußerte, dass sie in den letzten Jahren Zugang zum Glauben gefunden habe und Christin geworden sei. Durch den Glauben findet sie neue Kraft und erlebt das Gefühl der Hoffnung, das dazu führe, dass sie der Planung einer weiteren Schwangerschaft gegenüber offener geworden sei, da sie die Gewissheit habe, es werde alles gut und sie sei behütet.

Eine Frau gab an, dass Umwelteinflüsse ihre Familienplanung beeinflussten. Konkret als Beispiel nannte sie die zum damaligen Zeitpunkt (2009) angespannte Situation auf dem Ausbildungsmarkt, wodurch sie Angst hatte, dass ihr Kind keine Lehrstelle finden könnte. Außerdem nannte sie den Klimawandel und das damit verbundene heißere Klima sowie den Wassermangel als einflussnehmend. Sie führt jedoch an, dass der Wunsch nach einem Kind größer gewesen sei als diese Bedenken.

Eine andere Frau wäre der Planung einer weiteren Schwangerschaft gegenüber offener, wenn sie wüsste, es gäbe eine Klinik mit angeschlossener Kinderklinik, die näher an ihrem Wohnort wäre. Das gäbe ihr die Gewissheit, dass sie ihr erstes Kind im Falle einer sich wiederholenden Frühgeburt aufgrund der kürzeren Fahrtwege zur Klinik nicht so sehr vernachlässigen müsste.

#### **4.4 Planung einer Schwangerschaft im zeitlichen Verlauf**

Die Hauptkategorie ist in keine weitere Subkategorien unterteilt. Sie ist definiert als Haltungen in Bezug auf die Familienplanung vor der Geburt, zum Interviewzeitpunkt und die Identifikation konkreter Zeitpunkten oder Ereignissen, die die Haltung verändert haben.

##### **Aktueller Kinderwunsch**

Zum Zeitpunkt des Interviews waren zwei der Teilnehmerinnen geplant schwanger. Zwei weitere Teilnehmerinnen gaben an, einen weiteren Kinderwunsch zu haben, möchten diesen jedoch erst in der Zukunft realisieren. Sechs der befragten Frauen planten, auch in Zukunft kein weiteres Kind zu bekommen: „es wird (...) wird bei einem bleiben, außer es passiert irgendwie doch mal weil (lacht) ja, die Verhütungsmittel aus irgendwelchen Gründen nicht.“ (Frau B., Interview 3, Zeile 161f.).

Die drei häufigsten genannten Gründe dafür, dass die Frauen kein weiteres Kind planen, waren das Geburtserleben, medizinische und familiäre Gründe. Bei allen Frauen war eine Kombination aus verschiedenen Gründen ursächlich für ihre Entscheidung kein weiteres Kind zu planen.

##### **Überprüfte Zeitpunkte**

Die Frauen wurden nach konkreten Zeitpunkten befragt, um herauszufinden, ob sie an den genannten Ereignissen an die weitergehende Familienplanung dachten. Überprüft wurde dabei die Hypothese, dass mögliche Zeitpunkte für das Nachdenken über eine weitere Schwangerschaft das Abstillen, die erste Menstruation postpartal, der erste Besuch beim Gynäkologen oder die Rückkehr an den Arbeitsplatz, sein könnten.

Die Hypothese der Forscherin, dass der erste Besuch beim Gynäkologen oder das Einsetzen der ersten Menstruation postpartal die Frauen über eine weitere Schwangerschaft nachdenken lässt, konnte durch die Auswertung der Interviews nicht bestätigt werden. Keine der Interviewteilnehmerinnen berichtete davon, dass diese Ereignisse sie über eine weitere Schwangerschaft nachdenken lassen haben oder einen Einfluss auf die Planung

einer Schwangerschaft gehabt haben. Auch das Abstillen wurde von den meisten Frauen nicht als Zeitpunkt genannt, an dem sie über eine weitere Schwangerschaft nachdachten, bei zwei Frauen war das Abstillen eher ein Gefühl der neuen Freiheit, welches sie erstmal beibehalten wollten: „ich möchte erstmal meinen Körper auch wieder für mich haben, auch wenn ich mal abgestillt habe“ (Frau D., Interview 7, Zeile 719f.)

In Bezug auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz nannte eine der Frauen, dass sie ungefähr neun Monate vor Ende ihrer Elternzeit über eine weitere Schwangerschaft nachdachte. Eine weitere Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt hätte ihr einen nahtlosen Übergang ohne eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zwischen den Kindern ermöglicht. Als Grund, dass sie zu diesem Zeitpunkt keine Schwangerschaft plante, nannte sie, dass sie der Gedanke schwanger werden zu müssen, stresse und sie nicht „auf Teufel komm raus schwanger werden möchte“ (Frau D., Interview 7, Zeile 737f.). Eine der Frauen nannte die Rückkehr an den Arbeitsplatz als relevant in der Hinsicht, dass sie der Meinung war, sie müsse einen Mindestabstand zwischen ihren Kindern wahren, damit der Wiedereinstieg in den Beruf gelinge.

### **weitere Zeitpunkte des Nachdenkens über eine Schwangerschaft**

Um die konkreten Zeitpunkte zu identifizieren, an denen die Frauen über eine weitere Schwangerschaft nachgedacht haben, hat die Forscherin eine offene, erzählgenerierende Frage gestellt, mit der sie freie Antworten der Frauen fördern wollte. Generell haben die Interviewteilnehmerinnen von verschiedenen Zeitpunkten berichtet, an denen sie über eine weitere Schwangerschaft nachgedacht haben. Dabei wurden von den interviewten Frauen als Zeitpunkte die folgenden Ereignisse genannt.

- neuer Versuch einer ICSI sowie nach dem Auftreten von (lebensbedrohlicher) Komplikationen während der Kinderwunschbehandlung (1)
- Verkündigung einer Schwangerschaft von Anderen (2)
- Während der Geburt (3)
- schwierige Phasen im Säuglings- oder Kleinkindalter und die Überwindung dieser Phasen (4)
- Kitabeginn des Kindes (1)
- Schlafen des Kindes im eigenen Zimmer (1)
- Während dem Spielen mit dem Kind (2)
- Beendigung des eigenen Studiums (3)

Die Zahl in Klammern gibt an, wie viele Frauen diesen Aspekt genannt haben. Die Verkündigung einer Schwangerschaft hat für zwei Frauen die Gedanken an die eigene Familienplanung angestoßen und die Frauen zum Nachdenken angeregt:

Die Patentante von dem Kleinen ist letztes Jahr Mama geworden und als die uns Anfang letztes Jahr gesagt hat, dass sie schwanger ist, haben wir uns noch mal ein bisschen intensiver mit dem Thema beschäftigt. (Frau B., Interview 3, Zeile 300-302).

Wie schon in Kapitel 4.3.1 Persönliche Gründe erläutert, hat besonders für die jüngeren Frauen das Studium eine hohe Priorität. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass die (absehbare) Beendigung des Studiums die Frauen über eine weitere Schwangerschaft nachdenken lässt: „das war auf jeden Fall im letzten halben, dreiviertel Jahr von meinem Studium [...] dann war ich so weit, dass ich gesagt habe, ich würde gerne wieder Nachwuchs kriegen“ (Frau A., Interview 8, Zeile 293-296). Auch die Geburt war ein Zeitpunkt, die bei drei Interviewteilnehmerinnen dazu geführt hat, dass sie die Pläne bezüglich ihrer Familienplanung überdacht haben. Die Frauen, zweifelten zu diesem Zeitpunkt jedoch an ihrem ursprünglichen Wunsch, mehrere Kinder zu bekommen. Eine Frau schildert ihre Gedanken während der Geburt wie folgt: „Zwischenzeitlich auch wirklich gedacht, [...], das wird mein einziges Kind bleiben, nie wieder werde ich irgendwie mir so etwas noch einmal antun in meinem Leben“ (Frau D., Interview 7, Zeile 82-85). Auch eine weitere Frau gibt an bereits seit den Presswehen ihrer ersten Geburt einen abgeschwächten Kinderwunsch zu fühlen – bis heute.

Es hat schon eigentlich mit den Presswehen angefangen, weil ab in dem Moment dachte ich das mach ich nie mehr - auf gar keinen Fall mache ich das noch irgendwann mal, ich bin froh, wenn es vorbei ist, und dann ist Schluss, dann lass ich mir alles zunähen, und ich meine, das denkt wahrscheinlich fast jede Frau. Aber es hat dann, ich dachte das hört wieder auf, dass man das denkt - Und das hieß es ja auch immer, man vergisst die Schmerzen und so weiter, aber es hat nicht aufgehört. (Frau W., Interview 1, Zeile 206-212).



# 5 Diskussion

## 5.1 Zusammenfassung

Das fünfte Kapitel ist folgendermaßen gegliedert: Zu Beginn werden die bisherigen Ergebnisse zusammengefasst. Anhand der empirischen Ergebnisse werden sowohl die Haupt-, als auch die Unterfragestellungen beantwortet. Anschließend werden die Hypothesen angenommen, abgelehnt oder modifiziert. Es folgen Empfehlungen für die berufliche Praxis, sowie Limitationen und Grenzen der Arbeit. Zum Schluss wird zukünftiger Forschungsbedarf abgeleitet, welcher sich auf die Methodik und verschiedene thematische Schwerpunkte konzentriert.

Alle befragten Frauen wünschten sich vor der Geburt zwei Kinder zu bekommen. Vereinzelte Frauen wünschten sich mehr als zwei Kinder. Diese Ergebnisse sind aufgrund der aktuellen Datenlage zu erwarten gewesen (s. Kapitel 4.3.1). Das Geburtserleben der Frauen unterliegt einer breiten Streuung, von traumatischen Erfahrungen bis hin zur Traumgeburt. Die Entscheidung für oder gegen die Planung einer weiteren Schwangerschaft ist multifaktoriell. Ursächlich für die ablehnende Haltung ist bei den meisten Frauen eine Kombination aus negativen Erlebnissen und Erfahrungen rund um die Geburt, sowie gesundheitlicher Problemen oder Einschränkungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Bei fünf der zehn interviewten Frauen hat sich die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft abgeschwächt. Die allgemeine Geburtserfahrung war bei einer der fünf Frauen negativ, bei zwei Frauen eher negativ und bei jeweils einer ambivalent bzw. eher positiv. Die folgenden Tabellen zeigen die von den entsprechenden Frauen genannten Einflussfaktoren des Geburtserlebens, auf Grund dessen sich die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft abgeschwächt oder verstärkt hat.

<b>Interview 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine medizinische Besonderheit</li> <li>- Positives Geburtserleben (Geburtsmodus, Schmerzen, Stillen)</li> </ul>
---------------------	--

**Tabelle 2: Gründe für die verstärkte Bereitschaft**

Quelle: eigene Darstellung

<b>Interview 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinische Besonderheit: selbstdiagnostizierte Wochenbettdepression</li> <li>- Negatives Geburtserleben (Schmerzen, Stillen, Betreuung)</li> </ul>
<b>Interview 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinische Besonderheit: Thrombose</li> <li>- Negatives Geburtserleben (Geburtsmodus)</li> </ul>
<b>Interview 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinische Gesundheit: Frühgeburt</li> <li>- Negatives Geburtserleben (Geburtsmodus, Betreuung, Kommunikation)</li> </ul>
<b>Interview 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinische Besonderheit: selbstdiagnostizierte Wochenbettdepression</li> <li>- Negatives Geburtserleben (Schmerzen, Stillen (ambivalent), Betreuung (ambivalent))</li> </ul>
<b>Interview 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negatives Geburtserleben (Geburtsmodus, Schmerzen, Stillen, Betreuung, Kommunikation)</li> </ul>

**Tabelle 3: Gründe für die abgeschwächte Bereitschaft**

Quelle: eigene Darstellung

Die genannten Gründe können deshalb als Risikofaktoren, welche die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft abschwächen, angesehen werden. Besonders das Auftreten medizinischer Besonderheiten sowie das negative Erleben des Geburtsmodus, der peripartalen Schmerzen (auch im Zusammenhang mit Geburtsverletzungen) und der Betreuung und Versorgung scheinen, aufgrund der häufigen Nennung, große Einflussfaktoren zu sein, welche die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft abschwächen. Auch das negative Erlebens des Stillens (bzw. Pumpens) wurde relativ häufig genannt und könnte deshalb einen weiteren Risikofaktor darstellen. Von den fünf Frauen, die ein negatives Geburtserleben hatten, planen drei Frauen kein weiteres Kind zu bekommen, eine ist zum Interviewzeitpunkt geplant schwanger und eine Frau wünscht sich für die Zukunft ein weiteres Kind.

Bei vier Frauen hat sich die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft nicht verändert, die Frauen beschreiben ihre Haltung als neutral und unabhängig von dem jeweiligen Geburtserleben. Das Geburtserleben war bei zwei Frauen positiv und bei jeweils einer eher positiv bzw. neutral. Von einer verstärkten Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft vor dem Hintergrund des Geburtserlebens berichtet eine Frau, die ein eher positives Geburtserleben hatte. Da es sich um nur einen einzigen Fall in der Stichprobe handelt, sind die Erkenntnisse als ebensolche Einzelfalldarstellungen zu betrachten und lassen höchstens Vermutungen zu. Es wird vermutet, dass das Erleben der Geburt

ohne gesundheitliche Komplikationen, das positive Erleben des Geburtsmodus, der Schmerzen und des Stillens die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft fördern können.

Durch das Erleben von negativen Ereignissen, wie zum Beispiel Komplikationen in der Schwangerschaft, dem negativen Erleben von Schmerzen während der Geburt oder schwierigen Phasen im Säuglings- oder Kleinkindalter, hat sich der Wunsch nach einem weiteren Kind abgeschwächt. Sechs Frauen planen zum Zeitpunkt des Interviews auch zukünftig kein weiteres Kind zu bekommen. Bei vier Frauen hat sich der Wunsch nach einer weiteren Schwangerschaft zum Beispiel durch das Überwinden schwierigen Phasen im Säuglings- oder Kleinkindalter ihrer Kinder oder dem Abschluss des eigenen Studiums wieder verstärkt. Zum Zeitpunkt des Interviews sind zwei Interviewteilnehmerinnen geplant schwanger, zwei weitere wünschen sich für die Zukunft mindestens ein weiteres Kind.

Des Weiteren beeinflussen persönliche, medizinische und familiäre Gründe sowie finanzielle Aspekte die Planung einer weiteren Schwangerschaft. Umstände, die den Wunsch nach einer weiteren Schwangerschaft fördern, sind eine stabile Beziehung, eine positive Haltung des Partners oder die persönliche Erfüllung in der Mutterrolle. Den Wunsch nach einer weiteren Schwangerschaft beeinflussen eingeschränkte finanzielle Ressourcen, eine ablehnende Haltung des Partners, Ängste vor gesundheitlichen Komplikationen, gesundheitliche Einschränkungen des ersten Kindes und das Gefühl der ausbleibenden Erfüllung in der Mutterrolle, negativ. Auch Umwelteinflüsse wie der Klimawandel oder die zum früheren Zeitpunkt angespannte Ausbildungssituation sowie die schlechte Versorgungssituation um den Wohnort beeinflussen bei einigen Frauen die Planung einer weiteren Schwangerschaft negativ.

## 5.2 Beantwortung der Hauptfragestellung

Zunächst erfolgt die Beantwortung der in Kapitel 2.6 aufgestellten Hauptfragestellung. Die Fragestellung lautet wie folgt:

**Welche Auswirkungen hat das subjektive Geburtserleben einer Primipara auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft?**

Als primäres Outcome wurde die Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft definiert. Das subjektive Geburtserleben einer Primipara kann erhebliche Auswir-

kungen auf die weitere Familienplanung haben. Bei sechs der zehn Frauen konnte ein Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft festgestellt werden. Fünf Frauen haben vor dem Hintergrund ihres Geburtserlebens eine abgeschwächte Bereitschaft, eine Frau hat durch die Erfahrung der Geburt eine verstärkte Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft. Vier Frauen nannten das Geburtserleben als unabhängig von der Planung einer weiteren Schwangerschaft.

Die Frauen, deren Bereitschaft sich für die Planung einer weiteren Schwangerschaft abgeschwächt hat, hatten ambivalente, eher negative und negative Geburtserfahrungen. Die Frau, deren Geburtserleben die Bereitschaft gefördert hat, hatte ein eher positives Geburtserleben. Die empirischen Ergebnisse der Arbeit lassen nicht den naheliegenden Schluss zu, dass sich negatives Geburtserleben zwangsläufig negativ auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft auswirkt, da die Stichprobe dafür nicht ausreichend ist. Ebenso verstärkt positives Geburtserleben nicht unbedingt die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft. Grund dafür ist, dass auch eine Frau mit eher positivem Geburtserleben eine abgeschwächte Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft aufweist und zwei Frauen das Geburtserleben als unabhängig betrachten und andere Faktoren angeben, welche ihre Haltung zur weiteren Familienplanungen beeinflussen, wie zum Beispiel persönliche oder familiäre Gründe.

Bei den zwei Frauen mit eher positiven Geburtserfahrungen, hat sich bei einer Frau die Bereitschaft abgeschwächt und bei einer verstärkt. Die Frau, deren Bereitschaft sich abgeschwächt hat, hatte zum Zeitpunkt der Geburt eine Thrombose. Obwohl sie subjektiv gute Erfahrungen gemacht hat und sie mit der Betreuung und dem allgemeinen Ablauf zufrieden war, hat sich ihre Bereitschaft durch die medizinische Komplikation abgeschwächt. Ein subjektiv positives Geburtserleben führt also nicht unbedingt zu einer verstärkenden Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft, wie diese drei Fälle zeigen.

Bei drei der vier Frauen, die ein (eher) negatives Geburtserleben hatten, hat sich die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt, bei einer Frau ist die Familienplanung unabhängig vom Geburtserleben. Die Daten legen vor allem einen Einfluss von subjektiv negativen Geburtserlebnissen auf die weitere Planung einer Schwangerschaft nahe. Jeweils eine Frau hatte ein neutrales, bzw. ambivalentes Geburtserlebnis. Die Frau mit dem neutralen Geburtserlebnis sieht keinen Einfluss des Geburtserlebnisses auf die weitere Familienplanung, die Frau mit dem ambivalenten Geburtserlebnis hat eine abgeschwächte Haltung zur Planung einer weiteren Schwangerschaft aufgrund ihres Geburtserlebens.

Frauen, die ihre Geburt positiv erlebt haben und sich kein weiteres Kind mehr wünschen, sehen die Geburt als nicht einflussnehmend an, da dies nichts ist, was sie von der Planung einer weiteren Schwangerschaft abhält. Diese Frauen nennen andere Gründe, wie zum Beispiel die ablehnende Haltung des Partners oder die Einschränkungen durch das Kind, als ihr Geburtserleben, weshalb sie einer weiteren Schwangerschaft ablehnend gegenüberstehen. Frauen, die ihre Geburt (eher) negativ erlebt haben, sehen das negative Erleben als einen der Hauptgründe an, warum sie keine weitere Schwangerschaft planen.

Von den fünf Frauen deren Bereitschaft sich abgeschwächt hat, wünschen sich drei Frauen nach wie vor kein weiteres Kind; von diesen Frauen haben zwei die Geburt eher negativ und eine die Geburt eher positiv erlebt. Eine der Frauen wünscht sich für die Zukunft ein weiteres Kind, sie hat die Geburt des ersten Kindes eher positiv erlebt und eine Frau, die die Geburt ihres ersten Kindes negativ erlebt hat, ist zum Zeitpunkt des Interviews geplant schwanger. Diese Frau machte sehr traumatische Erfahrungen, die Geburt ihres ersten Kindes liegt fast zehn Jahre zurück. Das negative Geburtserleben hat dazu geführt, dass sich das IPI erheblich vergrößert hat. Die Frau hatte sich vor der ersten Geburt einen kleineren Altersabstand zwischen ihren Kindern gewünscht. Weitere allgemeine Auswirkungen des Geburtserlebens und die Auswirkungen im Fall einer weiteren Schwangerschaft, die von den Frauen genannt wurden, sind eine bessere (geistliche und seelische) Vorbereitung auf Geburt, Wochenbett und Stillen, das Erlernen von Atemtechniken oder Hypnobirthing, das frühzeitige Suchen einer ggf. anderen Hebamme, die Inanspruchnahme von Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft, das Ergreifen von Präventionsmaßnahmen zu Frühgeburt und postpartalen Depressionen, eine frühere Fahrt ins Krankenhaus, die bewusstere Auswahl des Geburtsortes sowie die Vermeidung der Geburtsklinik (auch für Angehörigenbesuche).

Die Frauen, die positive Geburtserfahrungen gemacht haben, würden bis auf wenige Ausnahmen ein gleiches Vorgehen der Geburt wünschen, wie bei der ersten Geburt. Sie würden sich lediglich kleine Veränderungen wünschen, wie die Auswahl anderer Schmerzmittel oder ein selbstsichereres Auftreten ihrer selbst.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass das subjektiv negative Geburtserleben von Primiparae Auswirkungen auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft hat. Frauen mit negativem Geburtserleben tendieren dazu, keine weitere Schwangerschaft zu planen, eine abgeschwächte Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft zu haben sowie zu einem größeren IPI als ursprünglich gewünscht. Für Frauen mit positiven Geburtserfahrungen

kann nur vereinzelt festgestellt werden, dass diese die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft verstärken.

### 5.3 Beantwortung der Unterfragestellungen

In diesem Kapitel werden die Unterfragestellungen aus Kapitel 2.6 beantwortet, die erste lautet:

1. Welche konkreten Aspekte des Geburtserlebens verändern den Wunsch der Familienplanung?

Die identifizierten konkreten Aspekte stellen die Subkategorien da, welche durch das induktive Analyseverfahren entwickelt wurden. Die verschiedenen Subkategorien werden in Kapitel 3.5.3 vorgestellt und in Anhang F, zusätzlich zu dem jeweiligen Kapitel, tabellarisch definiert. Das Geburtserleben wurde für eine genauere Analyse auf die verschiedenen, von den Interviewteilnehmerinnen genannten, Aspekte aufgeteilt, sodass nicht nur das allgemeine Geburtserleben analysiert werden konnte, sondern ein Geburtserleben für fast jede einzelne Subkategorie. Die Subkategorien, die sich auf das Geburtserleben beziehen und im Zusammenhang mit der Einflussnahme auf die weitere Familienplanung genannt wurden, lauten: *Medizinische Besonderheiten*, *Geburtsmodus*, *Schmerzen*, *Stillen*, *Betreuung und Versorgung unter Geburt* und *Kommunikation und Aufklärung*. Das negative Erleben des Geburtsmodus, der peripartalen Schmerzen, der Betreuung und Versorgung unter Geburt, sowie das Auftreten von medizinischen Besonderheiten wurde am häufigsten genannt und scheint deshalb besonders starken Einfluss auf die weitere Familienplanung zu nehmen.

2. Wann verändert sich möglicherweise die Einstellung bezüglich einer weiteren Schwangerschaft?

Die Zeitpunkte, an denen die Frauen über eine weitere Schwangerschaft nachgedacht haben, sind sehr unterschiedlich. Ein Nachdenken zu den folgenden Zeitpunkten hat die Einstellung der Frauen bezüglich einer weiteren Schwangerschaft (eher) negativ beeinflusst. Die Zahlen geben jeweils die Häufigkeit der Nennung an:

- Nach dem Auftreten (lebensbedrohlicher) Komplikationen während der Kinderwunschbehandlung (1)
- Während der Geburt (3)

- Umstellung einer Dauermedikation zu einem Medikament, das nicht für Schwangere zugelassen ist (1)
- Schwierige Phasen im Säuglings- oder Kleinkindalter (4)

Zeitpunkte, welche die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft gefördert haben, sind:

- Verkündigung einer Schwangerschaft von Anderen (2)
- Kitabeginn des Kindes (1)
- Schlafen des Kindes im eigenen Zimmer (1)
- Während dem Spielen mit dem Kind (2)
- Beendigung des eigenen Studiums (3)
- Neuer Versuch einer Kinderwunschbehandlung (1)
- Überwinden schwieriger Phasen im Säuglings- oder Kleinkindalter (4)

In den Interviews überprüfte Zeitpunkte, wie die erste Menstruation postpartal oder der erste Besuch beim Gynäkologen wurden von den Frauen nicht als Zeitpunkte angesehen, an denen sie über eine weitere Schwangerschaft nachdachten. Vereinzelt wurde hingegen die Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie das Abstillen von den Frauen als Zeitpunkte genannt. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz und das Abstillen ist bei den Frauen, die diese Zeitpunkte nannten mit zurückerlangten Freiheiten und dem Herauskommen aus dem Familienalltag verbunden, welches sie jeweils positiv betrachteten. Die Frauen haben die hohe Abhängigkeit ihres Kindes als Belastung empfunden, weshalb das Nachdenken der Frauen zu diesen Zeitpunkten die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt hat.

## 5.4 Überprüfung der Hypothesen

In diesem Kapitel werden die fünf aufgestellten Hypothesen aus Kapitel 2.6 wieder aufgegriffen und angenommen, abgelehnt oder modifiziert.

- 1) Das subjektive Geburtserleben einer Primipara kann einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft haben.

Die erste Hypothese überprüft, ob die Geburt einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft hat. Knapp die Hälfte der Interviewteilnehmerinnen gaben an, dass das Geburtserleben die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft nicht beeinflusst

habe und das Geburtserleben als unabhängig von der weiteren Familienplanung eingestuft. Fünf der Frauen geben an, dass das Geburtserleben die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft abgeschwächt habe, eine Frau gab an, dass sich diese durch das Geburtserleben verstärkt hat. Da mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen einen Einfluss ihres Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft angibt, kann die Hypothese als bestätigt angesehen werden. Zudem berichten einige der Frauen auch von weiteren Auswirkungen des Geburtserlebens, wie zum Beispiel einer Vergrößerung des IPI.

- 2) Ein positives Geburtserlebnis verstärkt die Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft.

Die zweite Hypothese konnte aufgrund der unzureichenden Datenlage und der zu geringen Stichprobengröße nicht ausreichend überprüft werden. Vier Frauen berichteten von einem positiven Geburtserleben, davon gaben jedoch alle bis auf eine an, dass ihr Geburtserleben die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt habe oder davon unabhängig sei. Eine Teilnehmerin berichtete von einer verstärkten Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft durch ihre Geburtserfahrung. Da lediglich eine Teilnehmerin eine verstärkte Bereitschaft aufweist, gibt es zwar eine leichte Tendenz dafür, dass die Hypothese angenommen werden könnte, da es sich jedoch um eine einzelne Teilnehmerin handelt, lässt sich die Hypothese weder annehmen noch ablehnen. Zur weiteren Überprüfung ist ein größerer Stichprobenumfang notwendig. Die Hypothese kann jedoch modifiziert werden: Ein positives Geburtserlebnis kann die Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft verstärken.

- 3) Ein negatives Geburtserlebnis schwächt die Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft ab.

Fünf der zehn Frauen berichteten davon, dass ihr Geburtserleben die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt habe. Von den Teilnehmerinnen, die ein negatives Geburtserleben hatten, berichteten drei von einer abgeschwächten Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft, zwei der Frauen betrachteten die weitere Familienplanung als unabhängig vom Geburtserleben. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass negatives Geburtserleben die Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft abschwächt, da dies bei drei der vier Frauen, mit negativem Geburtserleben der Fall war. Die Datenlage ist jedoch für die Annahme der Hypothese aufgrund der geringen Fallzahl nicht aussagekräftig genug, weshalb die Hypothese ebenfalls modifiziert wird: Ein negati-



ves Geburtserleben macht eine abschwächende Bereitschaft zur Planung einer weiteren Schwangerschaft wahrscheinlicher ab als ein positives Geburtserleben.

- 4) Strukturelle und organisatorische Aspekte der geburtshilflichen Versorgung können einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft haben.

Die vierte Hypothese überprüfte den Einfluss von strukturellen und organisatorischen Aspekten der geburtshilflichen Versorgung auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft von Primiparae. Eine Teilnehmerin äußert, dass sie sich auch vor dem Hintergrund der schlechten Versorgung um ihren Wohnort (ländliche Region im Norden Bayerns), vor einer weiteren Schwangerschaft Bedenken habe. Sie kritisiert die unzureichende Versorgung durch Hebammen und den Mangel an Geburts- und Kinderkliniken in ihrer Region. Sie wäre einer weiteren Schwangerschaft gegenüber offener eingestellt, wenn sie wüsste, es gäbe eine nähere Klinik an ihrem Wohnort. Insgesamt berichten zwei der Frauen von Schwierigkeiten mit der Hebammenversorgung. Deshalb wird die Hypothese angenommen, da strukturelle und organisatorische Aspekte, wie die Ergebnisse zeigen, einen Einfluss auf die weitere Familienplanung haben können.

- 5) Mögliche Zeitpunkte für das Nachdenken über eine weitere Schwangerschaft sind:
  - Das Abstillen,
  - Die erste Menstruation postpartal,
  - Der erste Besuch beim Gynäkologen oder
  - Die Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Es finden sich keine Anhaltspunkte in der Empirie, dass das Einsetzen der ersten Menstruation nach der Geburt oder der erste Besuch beim Gynäkologen Zeitpunkte sind, an dem die Frauen über eine weitere Schwangerschaft nachdenken. Deshalb wird die Hypothese mit den Unterpunkten Menstruation und Besuch beim Gynäkologen verworfen. Von wenigen Teilnehmerinnen wurden jeweils das Abstillen bzw. die Rückkehr an den Arbeitsplatz genannt – diese Ereignisse können Zeitpunkte sein, an denen die Frauen über eine weitere Schwangerschaft nachdenken. Die Datenlage ist nicht ausreichend, um die Hypothese mit den Unterpunkten Abstillen und Rückkehr an den Arbeitsplatz eindeutig anzunehmen, da nur vereinzelt Frauen diese Punkte genannt haben und die überwiegende Mehrheit der Frauen diese Zeitpunkte nicht nannten. Deshalb bleiben die beiden Teilaspekte offen, weitere Forschung ist notwendig.

## 5.5 Empfehlungen für die berufliche Praxis

Durch die Ergebnisse konnten diverse Empfehlungen für die Bereiche der Hebammenpraxis und der Maßnahmen der demografischen Politik herausgearbeitet werden.

### Einbindung der Ergebnisse in die Hebammenpraxis

Eine qualitativ hochwertige Berufspraxis zeichnet sich durch die Beherrschung der Handwerksfähigkeiten sowie der Anwendung der evidenzbasierten Praxis aus. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass zwei Frauen der Auffassung sind, dass sie unter einer Wochenbettdepression litten, die jedoch in beiden Fällen nicht durch medizinisches Personal diagnostiziert wurde. Unabhängig davon, welche Gründe dafür ursächlich sind, sollte die Erkennung und Diagnostizierung der Erkrankung gefördert werden. Konkret könnte dies bedeuten, die standardisierte Durchführung des Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS) als Screeningverfahren von freiberuflichen Hebammen in der Wochenbettbetreuung zu etablieren. Eine Implementierung der Screeningmaßnahme des EPDS sollte wissenschaftlich begleitet und entsprechend evaluiert werden.

Weitere Aspekte, die von den Frauen genannt wurden, die sich leicht in der Praxis implementieren lassen, sind die absolute Vermeidung der Trennung von Müttern und ihren Neugeborenen, auch wenn der Aufenthalt auf der Intensivstation erforderlich wird, die Umsetzung einer 1:1 Betreuung, eine wertschätzende und klare Kommunikation und Aufklärung durch die Hebamme, die Verbindlichkeit in der Betreuung sowie die einfühlsame Durchführung von vaginalen Untersuchungen. Ebenso könnte ein besseres Schmerzmanagement während der Geburt und Naht, die konsequentere Vermeidung geburtshilflicher Interventionen sowie das Einhalten des standardisierten Operationsablaufes dazu beitragen, dass Frauen ein besseres Geburtserleben haben. Insgesamt führt eine bessere Versorgung der Frauen und Familien dazu, dass sich das Geburtserleben verbessert. Haben Frauen zumindest kein negatives Geburtserleben, ist auch die Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft nicht abgeschwächt und eine Annäherung der ursprünglich erwünschten an die realisierte Kinderanzahl wird wahrscheinlicher. Zudem sollte in Anbetracht der daraus resultierenden Folgen (Auftreten von postpartalen Depressionen, Zufriedenheit Lebensqualität, geringere Eltern-Kind-Bindung, Wunsch nach elektiver Sectio) die Relevanz des Geburtserlebens stärker in den Fokus gerückt werden.

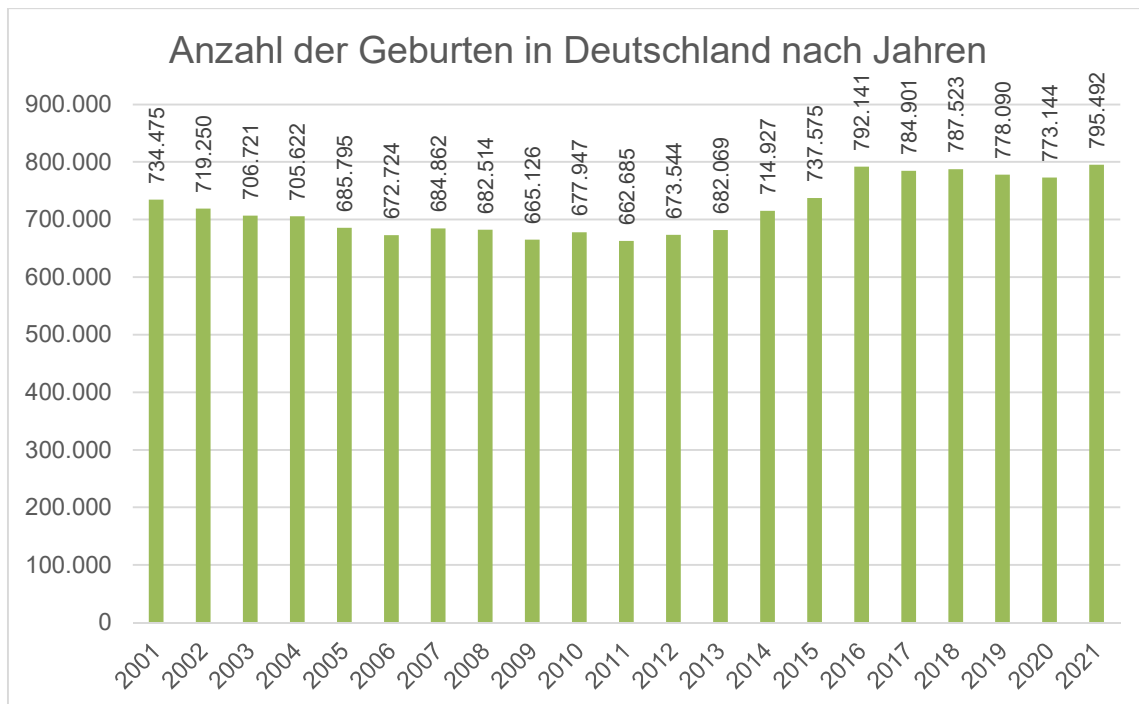
Das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, soll die gesundheitlichen Kompetenzen und Ressourcen von jungen Familien im geburtshilflichen Kontext stärken und die interventionsarme Geburt fördern (BMG 2017, S. 76, 43). Hebammen und medi-

zinisches Personal in der Geburtshilfe sollten sich ihrem Potential bewusst sein, dass sie wertvolle und wichtige Arbeit erbringen und wissen, dass das Erleben der Frauen Auswirkungen auf die weitere Reproduktion haben könnte. Dieses Potential sollte durch einen hohen professionellen Standard in dem täglichen Arbeitsumfeld genutzt werden.

Auch wenn die empirischen Ergebnisse in dieser Arbeit nicht den eindeutigen Schluss zulassen, dass positives Geburtserleben die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft fördert, gibt es Hinweise darauf, dass ein positives Erleben der Geburt in einzelnen Fällen die Bereitschaft dazu fördert. Außerdem wird davon ausgegangen, dass negatives Geburtserleben die Wahrscheinlichkeit für eine abschwächende Bereitschaft für die Planung einer Schwangerschaft erhöht. Wenn qualitativ hochwertige Hebammenarbeit sowie gute Versorgungsstrukturen zu einer wachsenden Zufriedenheit der Mütter und damit zu einem positiven Geburtserleben führen, kann möglicherweise von einer steigenden Bereitschaft für die Planung einer weiteren Schwangerschaft ausgegangen werden. Durch die steigende Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft würde sich das zukünftige Geburtenverhalten der Frauen positiv entwickeln und die relative Geburtenziffer ansteigen. Werden die Hinweise durch weitere Forschungen bestätigt, dann scheint eine Aufnahme von Förderungsmaßnahmen für die geburtshilfliche Versorgung als ein mögliches Instrument um den demografischen Wandel zu stabilisieren.

### **Einbindung der Ergebnisse in demografiepolitische Maßnahmen**

Nachdem sich in den letzten Jahrzehnten ein fast fortlaufender Abwärtstrend in den Geburtenzahlen gezeigt hat, ist seit dem Jahr 2011, wie die folgende Abbildung zeigt, eine Kehrtwende zu beobachten. Bis auf die Jahre 2017, 2019 und 2020 sind die Zahlen im Vergleich zum Vorjahr immer weiter angestiegen.



**Abbildung 8: Anzahl der Geburten in Deutschland nach Jahren**

Quelle: eigene Darstellung basierend auf Daten vom Statistischen Bundesamt (Destatis) 2022, o.S.

Die Zahl der zukünftig geborenen Kinder hängt einerseits von der Anzahl der potenziellen Mütter und andererseits von der relativen Geburtenhäufigkeit der Frauen ab. Wie sich diese Entwicklung weiter fortsetzt, hängt vom zukünftigen Geburtenverhalten der Frauen ab. Die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter ist für die bereits lebenden Frauen- und Mädchenjahrgänge gegeben, ihre Weiterentwicklung ergibt sich weitgehend aus den Geburtenzahlen und Wanderungsbewegungen (Statistisches Bundesamt, 2015, S.27f.). Meldungen über ansteigende Geburtenzahlen haben in den letzten Jahren für Freude gesorgt. Sie sind eine Verbesserung in Bezug auf den fortschreitenden demografischen Wandel und die alternde Bevölkerung in Deutschland. Die demografische Stabilisierung ist wichtig für die Stärkung des Wirtschaftspotenzials und die Gewährleistung verlässlicher sozialer Sicherungssysteme in Deutschland, wodurch für alle Generationen mehr Wohlstand und Lebensqualität erreicht werden soll. Dafür hat die Bundesregierung Ziele und zahlreiche Maßnahmen formuliert. Zur Förderung der Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf wurde sich beispielsweise auf den Ausbau der Kindertagesbetreuung und eine Modifizierung des Bundeselterngeldes und Elternzeitgesetzes verständigt (Bundesministerium des Innern 2017, S.13). Die Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurden auch in den Interviews von vielen Frauen als relevante Aspekte genannt. Die Frauen sorgten sich um ihre finanzielle und soziale Situation, sowie den Wiedereinstieg und die Vereinbarkeit von Familie und Studium. Auch die wirtschaftliche Entlastung von Firmen mit wenigen Mitarbeitenden, welche keine Anreize haben junge Frauen einzustel-

len, könnte ein weitergehender Punkt sein, den auch eine Interviewteilnehmerin anführte. In Bezug auf die Gesundheit wurden als fördernde Maßnahmen diverse Gesetze unter anderem zur Prävention, Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung und Weiterentwicklung der Versorgung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen erlassen (Bundesministerium des Innern 2017, S. 16f.). Die Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland wird von dem Ministerium nicht als Maßnahme genannt, um die demografische Situation zu stabilisieren.

Die Politik sollte die Relevanz und das Potential der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland erkennen und fördern. Konkrete Maßnahmen könnten beispielsweise das Anheben der Vergütung von Hebammen, der Ausbau von Studienmöglichkeiten (sowohl duale als auch nachqualifizierende Bachelorstudiengänge und weiterführende Masterstudiengänge) um die Ausbildung der Hebammen zu verbessern sowie die Förderung von geburtshilflichen Einrichtungen, insbesondere der Kliniken, die auf dem Land eine woh-nortnahe Grundversorgung sicherstellen.

Betrachtet man die demografische Situation nicht nur in Deutschland oder Europa sondern global, so zeigt sich ein deutlich anderes Bild: Die weltweite Geburtenziffer im Jahr 2019 lag bei 2,4. Solange die zusammengefasste Geburtenziffer über 2,1 liegt, steigt die Anzahl der Weltbevölkerung weiter an. Die Zahl lag in der Vergangenheit immer deutlich über 2,1, wenn auch mit einer abnehmenden Tendenz in den letzten Jahrzehnten. So lag die weltweite Geburtenziffer im Jahr 1980 noch bei ca. 3,7, im Jahr 2000 hingegen bei ca. 2,7. Die Anzahl der Menschen weltweit liegt mit fast acht Milliarden auf einem so hohen Niveau, wie noch nie in der Geschichte der Menschen (Vereinte Nationen, 2019, o.S.). Warum sind dann eine stabile Bevölkerungsentwicklung und steigende Geburtenzahlen in Deutschland überhaupt ein Ziel der Politik? Reichen die Menschen auf der Welt nicht aus? In Anbetracht des fortschreitenden Klimawandels und damit verbundenen Extremwetterlagen, Dürren und Überflutungen braucht es neue Konzepte und innovative Ideen, um die Weltbevölkerung weiterhin zu ernähren. Denn ausfallende Ernten, zunehmender Hunger und mangelernährte Kinder sind schon heute ein großes globales Problem, welches sich durch eine weiterwachsende Bevölkerungsanzahl verschlimmern wird. Auch wenn die Auswirkungen in Deutschland davon bislang nur vereinzelt spürbar waren, sollten wir uns die Frage stellen: Sind wir Deutsche, Europäer oder Weltbürger?

## 5.6 Limitationen

Die Stichprobe ist eine Gelegenheitsstichprobe. Das bedeutet, dass Frauen, die zum Erhebungszeitpunkt verfügbar waren, in die Untersuchung miteingeschlossen worden sind. Die Auswahl erfolgte nicht zufällig und lässt deshalb keine repräsentativen Aussagen zu, was jedoch für qualitative Forschungen üblich ist. Eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Auswahl der Stichprobe liegt nahe. Der Umstand, dass sich die Probandinnen selbst bei der Forscherin meldeten, könnte darauf hindeuten, dass diese Frauen eine besondere Geschichte haben oder sich besonders für die Themen Geburt und Familienplanung interessieren. Für dieses Vorgehen wurde sich aufgrund ethischer Überlegungen entschieden. Das leicht verringerte Durchschnittsalter der Mutter bei ihrer ersten Geburt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, die Tatsache, dass alle Teilnehmerinnen deutsche Staatsbürgerinnen waren sowie der regionale Schwerpunkt (alle Frauen lebten im Raum Ost- bzw. Nordhessen bzw. nördlichen Bayern) zeigen, dass der Stichprobenumfang gering ist, keine zufällige Auswahl erfolgte und die Stichprobe deshalb kein Abbild der Grundgesamtheit darstellt.

Die Fragstellung, ob sich durch die Geburt die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft verstärkt oder abgeschwächt habe, wurde als geschlossene Frage gestellt, dies schränkte die möglichen Antwortkategorien erheblich ein und verleitet die Frauen zu einer der beiden vorgegebenen Antworten. Trotzdem haben vier der Frauen keine der suggerierten Antworten genannt, ob dies bei einer offeneren Frageformulierung noch mehr Frauen gewesen wären, bleibt unklar.

Das Einschlusskriterium, dass die Geburt des ersten Kindes vor dem 11.03.2020 stattgefunden haben musste, führte möglicherweise zu einer unterdurchschnittlichen Ausprägung von Frauen, deren Geburtserfahrungen die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft verstärkt haben. Diese Frauen könnten aufgrund der verstärkten Bereitschaft bereits eine zweite Geburt erlebt haben, wurden aber aufgrund des Einschlusskriteriums der Primipara ausgeschlossen.

Da die Frauen nicht nach einer allgemeinen Einschätzung ihres Geburtserlebens befragt und in eine Einschätzung innerhalb einer Skalierung gebeten wurden, sondern dieser Schritt durch die Forscherin vorgenommen wurde, könnte es sein, dass die Einschätzung, welche durch die Forscherin stattfand, nicht mit der Selbsteinschätzung der Frauen übereinstimmen würde. Einige genannte Aspekte der Frauen waren schwierig einer Kategorie zuzuordnen, da ein enges Wechselspiel zwischen den Kategorien herrscht. In einigen Fäl-

len kam es vor, dass Frauen, welche gesundheitliche Probleme während der ersten Schwangerschaft oder der Geburt erlebten, fürchteten, dass sich diese wiederholen könnten. Zunächst könnten diese Aspekte unter die Subkategorien *Persönliche Gründe* (Angst, Kapitel 4.3.1) oder *Medizinische Gründe* (Kapitel 4.3.2) kategorisiert werden. In diesen Fällen hat die Forscherin versucht in jedem Einzelfall konkret zu identifizieren, auf welcher Subkategorie der Fokus der interviewten Frau lag. Wenige Einzelfälle wurden mehreren Subkategorien zugeordnet, da beide Aspekte als relevant erschienen. Trotzdem könnten Aussagen und Aspekte durch andere Forschende anders kategorisiert werden. Das methodische Vorgehen durch die Beteiligung zweier Forschenden, wie von Kuckartz empfohlen, hätte in diesem Fall das Risiko für diese beiden Limitationen verringern können. Aufgrund von engen zeitlichen und personellen Kapazitäten wurde darauf verzichtet.

Da die Interviewteilnehmerinnen gebeten wurden sich an Ansichten und Erfahrungen aus mindestens zweijähriger Vergangenheit zu erinnern, kann nicht vollkommen ausgeschlossen, dass ein Bias aufgrund der fehlerhaften Erinnerung vorliegt. Überträgt man die Ergebnisse einer japanischen Studie auf die Interviewteilnehmerinnen, könnte sich dieser Aspekt jedoch relativieren: Eine dort durchgeführte Studie hat die Angaben bezüglich des Geburtserlebens von über 1000 Frauen einige Tage postpartal mit den Angaben fünf Jahre postpartal verglichen und kam zu dem Ergebnis, dass sich die Frauen auch fünf Jahre postpartal klar an ihre Geburtserlebnisse erinnern und die Angaben weitestgehend übereinstimmten (Takehara, Noguchi, Shimane & Misago 2014, S. 5).

## 5.7 Zukünftiger Forschungsbedarf

### Methodik: Quantitative Forschung

In Zukunft sollte anhand der erlangten Erkenntnisse weiter quantitativ erforscht werden, ob die genannten Aspekte der Mütter relevant sind und wie diese hinsichtlich einer Gewichtung einzustufen sind. Weiter ist ein quantitatives Vorgehen notwendig, um zu überprüfen, ob die von den Frauen genannten relevanten Punkte auch für ein Abbild der Grundgesamtheit relevant sind. Die qualitativen Ergebnisse müssen auf ihre Generalisierbarkeit überprüft werden, weshalb quantitative Forschung in der Zukunft unabdingbar ist. Die untersuchte Stichprobengröße von zehn ist für den Wissenszuwachs grundsätzlich geeignet, jedoch besteht aufgrund der geringen Teilnehmerinnenanzahl die Möglichkeit, dass relevante Aspekte noch nicht genannt wurden, weshalb auch weitere qualitative Forschung zu dem Thema neue Aspekte identifizieren könnte. Interessant wäre in diesem Zusammenhang eine Kohortenstudie, welche die Familien länger begleitet und die Einstellung zur Familienplanung regelmäßig im zeitlichen Verlauf erforscht. Ein großer Vorteil

der qualitativen Forschung ist, dass das subjektive Geburtserleben besser erfasst werden kann. Eine objektive Einschätzung der Geburt durch medizinische Parameter können ein falsches Bild der Geburt geben, denn auch objektiv positiv verlaufene Geburten können von den Frauen als negativ empfunden werden. Umgekehrt können genauso objektiv negative Geburten von den Frauen trotzdem als positiv empfunden werden, dies lässt sich durch quantitative Forschungen oder Perinatalerhebungen kaum erforschen, weshalb in diesem Fall eine ausführliche Datenerhebung zum subjektiven Geburtserleben erfolgen sollte.

### **Thematische Forschungsschwerpunkte**

Weiterer Forschungsbedarf, der sich aus den Erkenntnissen ableitet, ist zum Beispiel die Einflussnahme von negativ erfahrener Wochenbettbetreuung oder Einschränkungen des Kindes auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft. Die empirischen Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass diese Aspekte die Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflussen, weshalb die folgende Theorie abgeleitet wird: Das Erleben negativer Wochenbettbetreuung führt dazu, dass sich Frauen in diesem vulnerablen Lebensabschnitt schlecht betreut fühlen was zur Folge hat, dass sie unsicher in ihrem Denken und Handeln werden. Helfen der Frau auch ihre eigenen Bewältigungsstrategien nicht in der Verarbeitung des Erlebten, wirkt sich das negative Erleben der Wochenbettbetreuung negativ auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft aus. Weiter Forschungsbedarf besteht außerdem in der Erforschung des Einflusses des Geburtserlebens bei einer abweichenden Vorstellung bezüglich der Planung einer weiteren Schwangerschaft zwischen den Eltern sowie der Einflussnahme des Geburtserlebens der Begleitperson (in den Interviews in der Regel der Partner der Frau). Ein in diesem Zusammenhang interessanter Aspekt ist, dass eine Interviewteilnehmerin aufgrund der Geburtserlebnisse des Mannes, von denen er im Nachhinein berichtet hat, zu der Einschätzung kam, dass eine weitere Schwangerschaft zu risikoreich wäre.

Wie bereits in Kapitel 2.1 aufgezeigt, ist die Etablierung einer international anerkannten Definition für den Begriff des Geburtserlebens dringend erforderlich um zukünftige Forschungen miteinander vergleichen zu können. Ebenso sollten valide Messinstrumente in weiteren Forschungen entwickelt, getestet und evaluiert werden oder bereits etablierte Messinstrumente genutzt werden. Weiterer Bedarf besteht bei der Übersetzung des Birth Satisfaction Scale-Revised in die deutsche Sprache.



## 6 Fazit

Das individuelle Geburtserleben von Primiparae kann einen Einfluss auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft haben. Bei der Hälfte der befragten Frauen hat sich durch ihr Geburtserleben die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abgeschwächt, bei einer Frau hat sich die Bereitschaft verstärkt und bei vier Frauen ist die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft unabhängig von dem jeweiligen Geburtserleben. Ob eine Beeinflussung, wie in dieser Studie, in rund der Hälfte aller Fälle vorliegt, muss durch weitere quantitative Studien überprüft werden.

Das Geburtserleben kann Auswirkungen auf die weitere Familienplanung haben und kann die Bereitschaft zu einer weiteren Schwangerschaft beeinflussen. Bemerkenswert ist hierbei, dass auch positive Geburtserfahrungen die Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft abschwächen können. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein negatives Geburtserleben die Bereitschaft zu Planung einer weiteren Schwangerschaft wahrscheinlicher abschwächt als ein positives Erleben der Geburt. Besonders das negative Erleben des Geburtsmodus, der peripartalen Schmerzen und der Kommunikation und Aufklärung scheinen Risikofaktoren für eine abschwächende Haltung gegenüber einer weiteren Schwangerschaft zu sein. Die Entscheidung für oder gegen eine weitere Schwangerschaft ist multifaktoriell, neben dem Geburtserleben beeinflussen persönliche, medizinische, familiäre und finanzielle Aspekte die weitere Familienplanung der Frauen. Die Hypothese der Forscherin, dass das Einsetzen der ersten Menstruation postpartal oder der Besuch beim Gynäkologen mögliche Zeitpunkte sind, an denen die Frauen über eine weitere Schwangerschaft nachdenken, konnte nicht bestätigt werden.

Ein Einfluss soziodemografischer Faktoren auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft konnte, abgesehen vom Alter der Mutter, nicht festgestellt werden, dies deckt sich mit den meisten Ergebnissen aus der Literatur. Das Verbessern der geburtshilflichen Versorgung stellt möglicherweise ein geeignetes Instrument dar, um eine Annäherung zwischen der gewünschten und realisierten Kinderanzahl der Frauen zu erreichen. Dies würde zu einer demografischen Stabilisierung und somit zur Stärkung des Wirtschaftspotenzials und der Gewährleistung verlässlicher sozialer Sicherungssysteme in Deutschland beitragen. Weiterer Forschungen sind notwendig, es besteht Bedarf in einer einheitlichen und anerkannten Definition des Begriffs Geburtserleben, um eine bessere Vergleichbarkeit zu schaffen.

# Literaturverzeichnis

- Adler, K.; Rahkonen, L.; Kruit, H. (2020): Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC pregnancy and childbirth* 20 (1): 415.
- Ajzen, I. (1991): The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50:179–211.
- Antonovsky, A. (Hrsg.) (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Beaujouan, E.; Berghammer, C. (2019): The Gap Between Lifetime Fertility Intentions and Completed Fertility in Europe and the United States: A Cohort Approach, *opulation Research and Policy Review* 38(2019)4, 507- 535.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. BZgA (Hrsg.). Köln.
- Bujard, M.; Lück, D.; Passet-Wittig, J.; Lux, L. (2019): *Drei Kinder und mehr – Familien aus der Mitte der Gesellschaft*. Hrsg: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Bundesministerium des Innern (2017): *Jedes Alter zählt „Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“*. Eine demografiepolitische Bilanz der Bundesregierung zum Ende der 18. Legislaturperiode. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020): *Familie heute. Daten. Fakten. Trends. Familienreport 2020*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): *Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt*. Berlin.
- Conrad, M.; Stricker, S. (2018): Personality and labor: a retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences. *Journal of reproductive and infant psychology* 36 (1): 67–80.
- Dencker, A. Taft, C.; Bergqvist, L.; Lilja, H.; Berg, M. (2010): Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010 10:81.
- Elvander, C.; Dahlberg, J.; Andersson, G.; Cnattingius, S. (2015): Mode of delivery and the probability of subsequent childbearing: a population-based register study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 122 (12): 1593–1600.
- Eurostat (2022): *Fruchtbarkeitsziffern*. Online verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo\\_frate/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_frate/default/table?lang=de) Letzter Zugriff: 04.07.2022
- Evers, E. C.; McDermott, K. C.; Blomquist, J. L.; Handa, V. L. (2014): Mode of delivery and subsequent fertility. *Human reproduction (Oxford, England)* 29 (11): 2569–2574.
- Fumagalli, S.; Colciago, E.; Antolini, L.; Riva, A.; Nespoli, A.; Locatelli, A. (2020): Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives* 34 (2): 154–161.

- Fussing-Clausen, C.; Geirsson, R. T.; Hansen, T.; Rasmussen, S.; Lidegaard, Ø; Hedegaard, M. (2014): Mode of delivery and subsequent reproductive patterns. A national follow-up study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 93 (10): 1034–1041.
- Gaudernack, L. C.; Michelsen, T. M.; Egeland, T.; Voldner, N.; Lukasse, M. (2020): Does prolonged labor affect the birth experience and subsequent wish for cesarean section among first-time mothers? A quantitative and qualitative analysis of a survey from Norway. *BMC pregnancy and childbirth* 20 (1): 605.
- Ghanbari-Homayi, S.; Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S.; Meedy, S.; Jafarabadi, M. A.; Mohammadi, E.; Mirghafourvand, M. (2020): The Impact of First Childbirth Experience on Women's Attitude Towards Having Another Child and Subsequent Vaginal Birth. *Current Women's Health Reviews* 17 (3): 244–250.
- Gottvall, K.; Waldenström, U. (2002): Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* 109 (3): 254–260.
- Grylka-Baeschlin, S.; van Teijlingen, E.; Gross, M. (2014): Cultural differences in postnatal quality of life Cultural differences in postnatal quality of life among German-speaking women – a prospective survey in two countries. *BMC pregnancy and childbirth* 2014: 277.
- Hodnett, E.D. (2002): Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 2002, 186(5): 160–S172.
- Hollins-Martin, C.J.; Martin, C. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*.30: 610-619
- Hosseini Tabaghdehi, M.; Kolahdozan, S.; Keramat, A.; Shahhossein, Z.; Moosazadeh, M.; Motaghi, Z. (2020): Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians* 33 (22): 3849–3856.
- IfD (2013): Familienbilder in Deutschland und Frankreich. Vergleich der Ergebnisse von Repräsentativbefragungen der Bevölkerung im Alter von 16 bis 49 Jahren in beiden Ländern. Abschlussbericht. Untersuchung im Auftrag des BMFSFJ. Allensbach.
- IGES Institut (2019): Stationäre Hebammenversorgung. IGES Institut GmbH, Berlin.
- Immenkeppel (2022): „Nach dieser Erfahrung möchte ich kein weiteres Kind bekommen“. *Rheinische Post*. Online verfügbar unter: [https://rp-online.de/leben/gesundheit/schwangerschaft/schwangerschaft-und-geburt-nach-dieser-erfahrung-moechte-ich-kein-weiteres-kind-bekommen\\_aid-66175679](https://rp-online.de/leben/gesundheit/schwangerschaft/schwangerschaft-und-geburt-nach-dieser-erfahrung-moechte-ich-kein-weiteres-kind-bekommen_aid-66175679) Letzter Zugriff: 06.06.2022
- Janevic, T.; Maru, S.; Nowlin, S.; McCarthy, K.; Bergink, V.; Stone, J.; Dias, J.; Wu, S.; Howell, E. A. (2021): Pandemic Birthing: Childbirth Satisfaction, Perceived Health Care Bias, and Postpartum Health During the COVID-19 Pandemic. *Maternal and child health journal* 25 (6): 860–869.
- Johansson, C.; Finnbogadóttir, H. (2019): First-time mothers' satisfaction with their birth experience - a cross-sectional study. *Midwifery* 79: 102540.

- Junge, C.; Soest, T. von; Seidler, A.; Eberhard-Gran, M.; Garthus-Niegel, S. (2021): Severe recalled labor pain and elective cesarean section in a subsequent delivery: a cohort study of Norwegian parous women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 100 (9): 1678–1687.
- Klint Carlander, A. K.; Andolf, E., Edman, G.; Wiklund, I. (2014): Impact of clinical factors and personality on the decision to have a second child. Longitudinal cohort-study of first-time mothers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93 (2): 182–188.
- Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Larkin, P.; Begley, C. M.; Devane, D. (2009): Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 25 (2): e49-59.
- Leinweber, J.; Fontein-Kuipers, Y.; Thomson, G.; Karlsdottir, S. I.; Nilsson, C.; Ekström-Bergström, A.; Olza, I.; Hadjigeorgiou, E.; Stramrood, C. (2022): Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth* (Berkeley, Calif.).
- Lütje, W. (2007): Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit und das Erleben in der Geburtshilfe? *Die Hebamme* 2007; 20: 44–51.
- O'Neill, S. M.; Khashan, A. S.; Kenny, L. C.; Kearney, P. M.; Mortensen, P. B.; Greene, R. A.; Henriksen, T. B. (2015): Time to subsequent livebirth according to mode of delivery in the first birth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122, 1207–1215.
- Pedersen, A.; Sieprath, K.; Köhler, M. (2021): Validierung der deutschen Übersetzung des Childbirth Experience Questionnaire (CEQ2). *Diagnostica* 67 (2): 87–97.
- Preis, H.; Lobel, M.; Benyamini, Y. (2019): Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction. *Psychology of Women Quarterly* 43 (1): 105–117.
- Preis, H.; Tovim, S.; Mor, P.; Grisaru-Granovsky, S.; Samueloff, A.; Benyamini, Y. (2020): Fertility intentions and the way they change following birth- a prospective longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth* 20 (1): 228.
- Salmon, P.; Miller, R.; Drew, N.C. (1990): Women's anticipation and experience of childbirth: The independence of fulfilment, unpleasantness and pain. *British Journal of Medical Psychology* (1990), 63, 225-259.
- Schäfers, R. (2015): Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 2015;2.
- Shorey, S. & Ang, E. (2016): Negative childbirth experiences and future reproductive decisions: a systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports* 14 (9): 15–24.
- Shorey, S.; Yang, Y. Y.; Ang, E. (2018): The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: A quantitative systematic review. *Journal of advanced nursing* 74 (6): 1236–1244.
- Statistisches Bundesamt (2015): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060*. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022): Tabelle 12612-0001: Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht.
- Steinke, I. (2005): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I.(Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 4. Auflage (S. 319-331) Hamburg: Reinbek: Rowolt-Taschenbuch Verlag.
- Stadlmayr, W.; Amsler, F.; Lemola, S.; Stein, S.; Alt, M.; Bürgin, D.; Surbek, D.; Bitzer, J. (2006): Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 27 (4): 211–224.
- Stadlmayr, W.; Bitzer, J.; Hösli, I.; Amsler, F.; Leupold, J.; Schwendke-Kliem, A.; Simoni, H.; Bürgin, D. (2001): Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 22 (4): 205–214.
- Taheri, M.; Takian, A.; Taghizadeh, Z.; Jafari, N.; Sarafraz, N. (2018): Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive health* 15 (1): 73.
- Takehara, K.; Noguchi, M.; Shimane, T.; Misago, C. (2014): A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. *BMC pregnancy and childbirth* 14: 221.
- Testa, M. R. (2014): On the positive correlation between education and fertility intentions in Europe: Individual- and country-level evidence. *Advances in life course research* 21: 28–42.
- Ulfsdottir, H.; Nissen, E.; Ryding, E.-L.; Lund-Egloff, D.; Wiberg-Itzel, E. (2014): The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth* 14: 208.
- Vereinte Nationen, Department of Economic and Social Affairs (2019): Population Division. *World Population Prospects 2019*. Online verfügbar unter: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/FERT/TOT/900> Letzter Zugriff: 07.07.2022
- Waldenström, U.; Hildingsson, I.; Rubertsson, C.; Rådestad, I. (2004): A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth (Berkeley, Calif.)* 31 (1): 17–27.
- WHO (2018): WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, Switzerland.
- Witt, S.; Kristensen, K.; Brandi, D.; Kollmeyer, M.; Quitman, J. (2021): Lebensqualität und Geburtserleben von Müttern und ihren Partnern im Rahmen des Elternkurses »Sicherer Hafen Hamburg«. *Gynäkologische praxis* 48: 242–252.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs000122>.

Yakupova, V.; Liutsko, L. (2021): Perinatal Depression, Birth Experience, Marital Satisfaction and Childcare Sharing: A Study in Russian Mothers. *International journal of environmental research and public health* 18 (11).

# Glossar

AFL Level	Amniotic Fluid Lactate Level, Konzentration an Laktat im Fruchtwasser Marker für die Vorhersage von dysfunktioneller Wehentätigkeit und konsekutiver operativer Entbindung
Beckenendlage, BEL	Abweichung der physiologischen Poleinstellung eines Fötus im Mutterleib, bei welcher der Steiß (statt des Kopfes) im Becken der Mutter liegt und führt
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Score 10 Punkte Fragebogen zur Erfassung und Diagnose postnataler Depressionen von Frauen
Geburtenziffer	zusammengefasste Geburtenziffer, beschreibt die relative, modellierte Geburtenhäufigkeit der Frauen in einer Periode. Sie gibt die durchschnittliche Kinderanzahl an, die eine Frau im Laufe ihres Lebens hätte, wenn die Verhältnisse von ihrem 15.-49. Lebensjahr gelten würde. Die zusammengefasste Geburtenziffer hat einen hypothetischen Charakter
(Hyper)emesis gravidarum	(besonders) starke Übelkeit und übermäßiges Erbrechen in der Schwangerschaft
ICSI	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion, Art der assistierten Befruchtung, bei der die Samenzelle direkt in die Eizelle eingespritzt wird
Interpregnancy Interval, IPI	Abstand zwischen zwei Schwangerschaften
Multipara	Frau, die mindestens zwei Mal geboren hat, Plural Multiparae
Neonatologie	Medizinisches Fachgebiet, welches sich mit Neugeborenen beschäftigt

---

PDA	Periduralanästhesie, Form einer Anästhesie welche unter der Geburt angewendet werden kann
PICOS	Abkürzung für Population, Intervention, Comparison, Outcome und Setting, zur Systematisierung der Literaturrecherche
Postpartal	Zeit nach der Geburt in Bezug auf die Mutter
Primipara	Frau, die bislang einmal geboren hat, unabhängig vom Geburtsmodus, Plural Primiparae
PZI	Problemzentriertes Interview (nach Witzel), Qualitative wissenschaftliche Forschungsmethode
Uterusruptur	Reißen der Gebärmutter, meist auf eine Überdehnung oder Narben durch vorausgegangene Eingriffe zurückzuführen
Visuelle Analogskala	VAS-Skala, Messverfahren für die subjektive Messung einer Empfindungsstärke



# Anhang

## Anhang A: Transkription Interview 1

- 1 Interview 1, Pseudonym: Lenara Walter, 03.05.2022
- 2 I: Erwinnere dich doch mal an die Geburt von deinem Kind zurück, wie war das damals er-  
3 zähl mir - Schritt für Schritt - wie du das erlebt hast
- 4 Frau W.: Also es hat also das ich weiß nicht mehr genau wie weit vor dem errechneten  
5 Termin, Termin aber so ein paar Tage vor dem Termin nachmittags angefangen, dass  
6 ich so leichte Wehen bekommen habe und dann habe ich eine sehr heiße Dusche ge-  
7 nommen, um zu gucken ob sie dann doch wieder weg gehen, sie wurden davon stär-  
8 ker, am Anfang die ersten 2-3 Stunden war es wirklich nur eine Wehe pro Stunde und  
9 dann von jetzt auf gleich alles zwei Minuten, das war 16:30 Uhr oder so hat es unge-  
10 fähr angefangen und so gegen 21:00 Uhr ungefähr wurde es dann so regelmäßiger,  
11 also mal alle zwei Minuten mal drei Minuten vier Minuten oder zwei Minuten also schon  
12 relativ schnell, meine Hebamme war echt super (lacht) ich kann mich überhaupt nicht  
13 beschweren, die meinte eigentlich im Geburtsvorbereitungskurs, dass es normal ist,  
14 dass es dann so alle 20 Minuten dann so langsam weniger wird und dass ich mich ein-  
15 fach auf meinen Körper verlassen sollte und mein Gefühl verlassen sollte ab wann ich  
16 so ins Krankenhaus fahr. Mein Freund ist dann so gegen 21:30 Uhr ungefähr von der  
17 Arbeit gekommen. Ich wollte noch nicht stören, weil ich halt irgendwie das Gefühl hatte,  
18 das muss noch nicht sein, er wäre ja eh gekommen. Und dann, (..) dann haben wir uns  
19 ein bisschen gemütlich gemacht. Musik angemacht, Kerzen angemacht und so weiter  
20 und ich wollte auf jeden Fall so lange wie möglich zu Hause bleiben, auch wenn ich  
21 aus Fulda bis nach Hünfeld fahren musste, aber wir haben das ganz gut abgepasst  
22 find ich. Oder halt so nach Gefühl, einfach. Und wir sind dann so zwischen halb zehn  
23 und zehn ist er nach Hause gekommen und wir sind so um 2 ins Krankenhaus gefah-  
24 ren. Also ich hatte so von 21-2 Uhr diese alle zwei Minuten wehen, es war nicht so an-  
25 genehm (lacht) also aber das war da noch in Ordnung aber sobald wir im Krankenhaus  
26 angekommen waren, wurde es von jetzt auf gleich sehr stark, also die wurden, waren  
27 immer noch im gleichen Abstand aber die wurden auf jeden Fall stärker und ich habe  
28 so ein bisschen den Eindruck gehabt, dass ich nicht so richtig ernst genommen wurde  
29 damit, obwohl ich gesagt habe dass ich halt schon diese – was war das - fünf Stunden  
30 alle 2 Minuten Wehen hatte. “Nee, nee das ist ja ihre erste Geburt, das dauert noch ein  
31 bisschen so und so” und dann meinten sie noch, dass sie mir dann einen Zugang le-  
32 gen müssen und eigentlich wollte ich das auch nicht, aber ich habe es dann machen

33 lassen, weil mein Gott schaden kann es ja eigentlich nicht, aber es war echt unange-  
34 nehm. Vor allem weil sie halt erst hier im rechten Arm versucht hat ((zeigt auf ihren  
35 rechten Arm)) versucht hat den Zugang zu legen zwei drei Mal, beim dritten Mal ist es  
36 dann geschafft und dann wurde es aber so dick und sie hat es halt nicht richtig ge-  
37 macht also der Zugang lag zwar, aber der lag halt neben dem Stich also eingestochen  
38 aber der Schlauch davon lag halt daneben. Und dann wurde das richtig schön dick und  
39 ich so "ist das normal?" und die so "ne, müssen wir doch nochmal neu machen. Und  
40 dann haben wir das dann doch in die Hand gekriegt und das war bei mir ist es ja echt  
41 blöd, weil ich zu dünn bin, habe ich nicht so viel Fett. Also es war halt echt unange-  
42 nehm es war auch total bescheuert, weil ich eigentlich kein Zugang wollte in dem Sinne  
43 und dann trotzdem einen hatte und dämlich war dann aber auch weil der mich die gan-  
44 ze Zeit gehindert hat. Also nach der Geburt habe ich gestillt direkt, und das war einfach  
45 die ganze Zeit im Weg und hat die ganze Zeit weh getan, das war echt unangenehm.  
46 Genau aber, wir wurden dann aber trotzdem aus dem Kreißsaal erstmal raus auf das  
47 Zimmer geschickt, da waren wir so vielleicht 20 Minuten im Zimmer und dann meinte  
48 ich so geht das geht jetzt nicht mehr (lacht), ich muss jetzt hier raus sonst, schaff ich  
49 diesen weg jetzt weiß ich nicht was das ist. 200 Meter vom Zimmer bis zum Kreißsaal  
50 einfach nicht mehr und dann sind wir dann doch wieder zurück in Kreißsaal. Also ich  
51 war vermutlich vielleicht nur 20 Minuten in dem Zimmer drin. Genau also ich hatte die  
52 ganze Geburt lang keinerlei Schmerzmittel, weil ich vorher gesagt habe ich will das al-  
53 les natürlich ich will das mal erleben, war vielleicht nicht die richtige Entscheidung, weil  
54 es tut schon ganz schön weh. Ich würde es, wenn man da nicht irgendwie vorher sich  
55 beschäftigt mit dem Thema und irgendwie andere Möglichkeiten was ich leider nicht  
56 gemacht habe mit, es gibt ja so Hypnobirthing sowas, wenn man da nicht so drin ist  
57 und sich damit nicht so beschäftigt, dann ist es nicht so eine richtig gute Idee glaub ich  
58 (lacht) ohne Schmerzmittel. Ja genau. Also es war schon sehr unangenehm. Obwohl  
59 ich wirklich so eine Bilderbuchgeburt hatte. Also so eine Bilderbuch, Lehrbuchgeburt  
60 hatte. Es hat insgesamt 11,5 Stunden dauert, von den 16 Uhr Wehen bis 5:20 Uhr kam  
61 sie auf die Welt. Und die Wehen waren nicht super krass am Anfang und es war wirk-  
62 lich der ganze Ablauf, wie er im Buch steht (lacht). Ja genau, aber es war trotzdem  
63 keine schöne Erfahrung an sich würde ich sagen. Also klar, am Ende hatte ich das  
64 Kind und das war auch toll und ich habe mich gefreut. Und es war gesund und hat ge-  
65 schrien, aber es war nicht schön zum Beispiel zu spüren, wie so eine Klitoris aufreißt.  
66 Also es würde ich nicht unbedingt nochmal machen.

67 I: Ok, wie zufrieden warst du damals mit der Betreuung der Geburt?

68 Frau W: Also wie ich schon gesagt hab, am Anfang dieses eh nicht ernst genommen wer-  
69 den, vielleicht liegt es auch daran, dass ich so jung war oder immer noch bin und die-  
70 ses ich will das eigentlich nicht aber ja doch wir müssen es jetzt schon mal machen  
71 weil im Nachhinein habe ich erfahren dass es eigentlich nicht notwendig ist, diesen Zu-  
72 gang zu legen den haben wir im Endeffekt auch nicht gebraucht (...) irgendwie ich ha-  
73 be mich halt einfach nicht ernst genommen gefühlt. Wobei das hauptsächlich von der  
74 Ärztin so war, die Hebammen haben mich alle gut aufgenommen, ernst genommen.  
75 Aber die Ärztinnen und Ärzte nicht so. Die waren auch nett, aber waren irgendwie nicht  
76 so das richtige.

77 I: Ok, welche Wünsche hattest du damals vor der Geburt bezüglich deiner Familienpla-  
78 nung?

79 Frau W: Das Kind war zwar geplant an sich aber, nicht so früh geplant. Wir haben schon  
80 geplant in näherer Zukunft eine Familie zu gründen, aber es war dann doch schneller  
81 als erwartet. Ich habe eigentlich immer geplant mindestens zwei Kinder zu haben, weil  
82 ich viele Geschwister habe, und ich kann es mir nicht vorstellen ohne Geschwister zu  
83 leben, aber mittlerweile, obwohl ich wirklich wie gesagt Lehrbuchgeburt und wirklich  
84 das einfachste Kind, was man sich so vorstellen kann habe. Trotzdem ist es so an-  
85 strengend und so weiß ich nicht. Ich weiß nicht, wie ich es beschreiben soll. Nicht mein  
86 Ding klingt falsch, aber es ist irgendwie halt nicht mein Ding. Verstehst du was ich mei-  
87 ne?

88 I: Jetzt von der Geburt oder dem Leben mit Kind?

89 Frau W: Geburt ist sowieso, man sagt ja immer das ist so eine tolle Erfahrung und man  
90 vergisst die Schmerzen hinterher, aber davon kann ich überhaupt, kann ich nicht sa-  
91 gen, dass das so ist.

92 I: Ok. Also nur noch mal zum Verständnis du hast dir vor der Geburt von dem Kind mehre-  
93 re Kinder gewünscht und jetzt aktuell wie sieht es da aus?

94 Frau W: Eigentlich sind wir beide sehr zufrieden mit einem Kind und haben auch eigent-  
95 lich also ich, ich will, ich sag eigentlich weil ich mich dann nicht fest drauf legen will  
96 drauf aber so sag ich mal 90% wollen wir es bei Einem belassen, aber das lag jetzt  
97 nicht unbedingt an der Geburt an sich oder an der der Schwangerschaft oder so es  
98 liegt schon hauptsächlich daran, dass wir und das nicht anders vorgestellt haben aber  
99 gar nicht unbedingt drüber nachgedacht haben, wie es eigentlich ist ein Kind zu haben.  
100 Also klar, man kann sich schon so ein bisschen was drunter vorstellen, aber es ist  
101 schon nochmal was anderes, wenn man dann wirklich eins hat.

102 I: ((lacht)) Ja, das glaube ich. Überlege mal, wie die Erfahrung der Geburt die Sichtweise  
103 auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflusst, also hatte die Geburt  
104 Auswirkungen auf die Planung jetzt von einer weiteren Schwangerschaft. Du hast ja  
105 eben auch schon ein bisschen was dazu gesagt.

106 Frau W.: Genau, also es ist schon hauptsächlich das Kind haben oder Mutter oder Vater  
107 sein, das den Einfluss auf die Planung hat. Aber es spielt schon auch keine geringe  
108 Rolle, nochmal diese Geburt durchzuleben. Weil wenn ich schon bei so einer wirklich  
109 Bilderbuchgeburt keine schöne Erfahrung hatte oder damit, wie ist es dann, wenn es  
110 wirklich mal in Anführungsstrichen eine schlimme oder traumatisierende Geburt ist.  
111 Das weiß ich nicht, könnte ich mir nicht so gut vorstellen, ehrlich gesagt. Die Schwan-  
112 gerschaft an sich ist auch wirklich, wie so nach Tagen genau quasi wie nach dem  
113 Lehrbuch abgelaufen und da ist das und da ist das und im zweiten Trimester, aber es  
114 macht keinen Spaß so richtig - also mir persönlich. Es gibt bestimmt ganz, ganz viele  
115 Frauen, denen das liegt, denen das Spaß macht und die das toll finden, aber für mich  
116 es ist nicht so erstrebenswert. Klingt wieder falsch, mir hat es keinen Spaß gemacht an  
117 sich. Auch das was darauf folgt. Also nicht das Kind was daraus folgt, die Veränderung  
118 vom Körper zum Beispiel auch. Also ich habe das echt unterschätzt und ich habe nicht  
119 mal große Veränderungen jetzt, wie sich das Körperbild auch verändert

120 I.: Durch Schwangerschaft und Geburt und diese Zeit?

121 Frau W: Genau, also auf der einen Seite hat man ja irgendwie diese Errungenschaft, man  
122 hat ein Kind gemacht mit seinem Körper und hat es geboren und das ist gesund und es  
123 ist alles ganz toll aber auf der anderen Seite es ist halt (..) man sieht es auch, dass man  
124 ein Kind geboren hat, man sieht auch das oder man spürt es auch das ist halt anders als  
125 vorher, ich kann es nicht so richtig erklären, weil man kann es nicht so richtig in Worte  
126 fassen, finde ich. Wie also inwiefern der Unterschied zu vorher ist. Weil im Prinzip bin ich  
127 ja derselbe Mensch, ich bin der gleiche Körper jetzt mal außer, die, wie heißt das (...)  
128 außer jetzt objektiven Unterschieden, genau. Weißt du was ich meine?

129 I: Ich glaube schon

130 Frau W: Aber irgendwie ist es dann doch so eine große Veränderung, dass man sich gut  
131 überlegt, ob man es nochmal macht, finde ich. Also ich überlege es mir gut, ob ich es  
132 nochmal mach, weil es ist schon ein großer Teil, nicht der primäre Teil, aber schon ein  
133 großer Teil der insgesamten Veränderung eines Kindes.

134 I: Ok. Haben die Erfahrungen der letzten Geburt deine Bereitschaft für eine weitere  
135 Schwangerschaft eher verstärkt oder abgeschwächt?

136 Frau W: abgeschwächt

137 I: Also jetzt hat es das eher abgeschwächt, welche Erfahrungen waren das konkret,  
138 kannst du da Beispiele nennen?

139 Frau W: Ja auf jeden Fall, also die Schwangerschaft an sich hat nichts daran geändert,  
140 weil an sich war die verhältnismäßig schön, weil ich hatte jetzt nicht die super krasses-  
141 ten Beschwerden, es war anstrengend aber eine schöne Erfahrung an sich. Aber die  
142 Geburt war wirklich schmerzhaft. Also nur dieser Schmerz oder nur dieses bewusst mit-  
143 kriegen, wie man reißt, wie man wirklich aufreißt, also ich habe mir das vorher nicht vor-  
144 stellen können, also es hat schon so ein bisschen was, also wenn man sich irgendwie  
145 Haut aufreißt aber das wirklich bewusst merkt, weil es halt langsam ist, also stell dir vor,  
146 du bleibst irgendwo an einem Haken hängen merkst es und kommst aber nur ab, wenn  
147 du dadurch die Haut abreißt. Verstehst du was ich meine? Also es ist halt, ich mein,  
148 wenn man an einem Haken hängen bleibt, hat man hinterher kein Kind ((Frau W. und I  
149 schmunzeln)) aber, aber so diese Erfahrung richtig bewusst mitzukriegen, wie es ist,  
150 wenn dann sich ein Körperteil aufreißt, das ist nicht schön, also es fühlt sich nicht gut an  
151 und ich glaub mit Schmerzmittel wär das vielleicht nochmal eine andere Geschichte aber  
152 das ist ja auch immer die Frage, wirken die rechtzeitig, komme ich vielleicht zu spät ins  
153 Krankenhaus und darf dann gar keine PDA mehr kriegen oder so. Das ist halt, ich habe  
154 keine Garantie dafür, dass die nächste Schwangerschaft oder die nächste Geburt  
155 schmerzlos wird.

156 I: Ja das stimmt. Also was du jetzt vor allem so als negativ in Erinnerung hast, ist das  
157 Reißen während der Geburt, also von der Geburtsverletzung?

158 Frau W: Ja auf jeden Fall

159 I: Ok.

160 Frau W: Aber auch den Schmerz davor also gerade die, ne, stimmt nicht, die letzten  
161 Presswehen waren nicht das schlimme, da war nicht die Wehe das schlimme sondern  
162 das Reißen und davor aber bestimmt die zwei Stunden Wehen ohne Pause also ich hat-  
163 te immer dieses alle zwei Minuten reden und eine Wehe hat so anderthalb Minuten ge-  
164 dauert dort und dann hatte ich halt wirklich nur maximal 30 Sekunden Pause um mal  
165 durchzuatmen und dann ging es schon weiter das ist schon auch wie ein Marathon finde  
166 ich

167 I: Aber es wurden jetzt keine, also du hast keine Wehenmittel bekommen keine  
168 Schmerzmittel gar nichts?

169 Frau W: Ich habe Lachgas bekommen, das hat aber nur so wenn man Schmerzen hat,  
170 dann fällt man irgendwann in so ein Zustand der Panik wo man dann nicht mehr so rich-  
171 tigt die Kontrolle hat über seinen Körper und das Lachgas hat mir die alleroberste Spitze,  
172 die quasi das Fass zum Überlaufen gebracht hätte, diese Panikspitze, die hat es weg-  
173 gemacht. Es hat halt geholfen, dass ich mich noch kontrollieren konnte, aber es hat nicht  
174 wirklich was an den Schmerzen geändert.

175 I: Ok. Welche konkreten Ereignisse, Faktoren oder Aspekte haben deine Familienplanung  
176 beeinflusst?

177 Frau W: Auf jeden Fall dass ich meinen richtigen Partner kennengelernt und bekommen  
178 habe, das hat schon viel geändert auf jeden Fall, weil vorher wollte ich zwar auch immer  
179 irgendwann mal Kinder, habe aber auch nicht so wirklich darüber nachgedacht, weil das  
180 war jetzt konkret noch nicht in näherer Zukunft geplant eigentlich bevor ich ihn kennen-  
181 gelernt hatte und dann haben wir uns kennengelernt und dann haben wir nach ein paar  
182 Monaten mal so einen Verdacht, dass ich schwanger sein könnte und innerhalb dieser  
183 zwei Wochen ok es könnte jetzt passiert sein und erst in zwei Wochen wird überhaupt  
184 ein Test positiv sein, in dieser Zeit haben wir sehr viel nachgedacht und drüber geredet,  
185 wie wir uns das eigentlich vorstellen und da ist dann so bei rausgekommen dass es  
186 schon, dass wir uns das auf jeden Fall wünschen für die nähere - irgendwann- Zukunft  
187 und dass es am schlauesten in Führungsstrichen ist, das noch während meines Studi-  
188 ums zu machen weil wir in der Zeit noch am meisten Zeit haben, weil es in der Zeit ir-  
189 gendwie noch am ehesten gepasst hätte, weil er ist auch ein bisschen älter als ich und  
190 das war so die Zeit die wir uns so für uns festgestellt hätten. Und so nochmal zwei Mo-  
191 nate später war es dann so weit (lacht) es war nicht so richtig geplant zu dem Zeitpunkt,  
192 aber es war halt schon klar, irgendwann auf jeden Fall, deswegen haben wir es dann  
193 behalten. Das war ja auch nochmal die Frage, ob wir es behalten, ob wir es nicht behal-  
194 ten, aber da wir dann diese 2 Monate vorher schon so viel und ausgiebig darüber gere-  
195 det hatten, war das dann klar okay, das musste jetzt so passieren, das ist jetzt aus ei-  
196 nem Grund so passiert

197 I: Okay. Du hast ja gesagt, dass du dir jetzt aktuell eher bisschen schwierig tust mit der  
198 mit der, mit dem Gedanken ein weiteres Kind zu bekommen und war das seit der Geburt  
199 die ganze Zeit so oder gab es da konkrete Momente, die das beeinflusst haben, die dei-  
200 ne Sichtweise geändert haben?

201 Frau W: Also, ich glaube, dass es schon mit der Geburt angefangen hat, auf jeden Fall,  
202 weil ich mir die Erfahrung das anders vorgestellt habe, ich wusste es wird jetzt nicht  
203 „Friede-Freude-Eierkuchen“ und ich geh kurz dahin und habe dann Kind, sondern ich

204 wusste schon ungefähr was auf mich zukommt und meine Hebamme war da auch sehr  
205 ehrlich das fand ich hauch gut, weil ich war vorbereitet. Aber, (...) jetzt habe ich den Fa-  
206 den verloren (..) es hat schon auf jeden Fall eigentlich mit den Presswehen angefangen,  
207 weil in dem Moment dachte ich das mach ich nie mehr - auf gar keinen Fall mache ich  
208 das noch irgendwann mal, ich bin froh, wenn es vorbei ist, und dann ist Schluss dann  
209 lass ich mir alle zunähen und ich mein das denkt wahrscheinlich fast jede Frau. Aber es  
210 hat dann, ich dachte das hört dann auch wieder auf, dass man das denkt - Und das hieß  
211 es ja auch immer auch man vergisst die Schmerzen und so weiter, aber es hat nicht  
212 aufgehört. Ich hatte glaub ich auch so eine leichte Wochenbettdepression, aber ich würd  
213 jetzt nicht sagen, dass das der ausschlaggebende Punkt ist, dass das diese Familien-  
214 planung für uns erstmal abgeschlossen ist das ist einfach dieses einschränkende vor al-  
215 lem, also ich mach das gerne und ich habe mir das ausgesucht und so weiter, ich will  
216 mich eigentlich nicht beschweren aber so ein kleines Kind vor allem wenn man halt auch  
217 keine, wir haben keine Großeltern drumherum, die sich da irgendwie kümmern könnten  
218 oder so und auch durch die Corona Pandemie haben wir viele Unsicherheiten in der  
219 Kinderbetreuung gehabt und so weiter, das Einschränkende ist was wo ich froh bin,  
220 wenn es aufhört, wenn wir nicht jetzt sofort noch ein Kind kriegen würden, dann dauert  
221 das ja noch länger nach hinten, bis wir diese Einschränkungen wieder los sind in Anfüh-  
222 rungsstrichen, das klingt jetzt sehr negativ, aber so mein ich es nicht. (Ja) Genau und  
223 jetzt will ich auf gar keinen Fall ein Kind, weil das passt mir jetzt nicht, ich bin so im  
224 sechsten Semester und schreib hoffentlich nächstes oder übernächstes Semester meine  
225 Bachelor Arbeit und aber das sind ja jetzt noch anderthalb Jahre bis ich dann meinen  
226 Abschluss habe und dann würde ich gerne nochmal ein Jahr, zwei arbeiten das sind ja  
227 dann schon wieder dreieinhalb Jahre und dann ist mein Kind ja schon sechs (..) und  
228 dann ist der Altersunterschied wieder zu groß und dann habe ich ja schon diese sechs  
229 Jahre lang ein Kind gehabt und dann nochmal sechs Jahre drauf, nicht sechs Jahre  
230 sondern nochmal die 18 Jahre mindestens drauf das heißt ich hatte dann grob gerech-  
231 net 24 Jahre lang Einschränkung, weißt du was ich meine?

232 I: Ja

233 Frau W: ich sage das nicht gerne, weil es wird nicht gerne gehört glaube ich, aber es ist  
234 halt einfach wenn man jung Mama wird, dann hat man nicht lange Zeit diese Freiheiten  
235 und so nachzuholen das ist halt.... Nochmal was Anderes (lacht)

236 I: Ich verstehe die Punkte, die du sagst, also dass die Zeit, die man das Kind betreut dann  
237 einfach länger werden umso größer der Abstand zum nächsten Kind ist umso länger ist  
238 dann wiederum diese Phase

239 Frau W: genau und selbst wenn äh. Für uns zum nächstmöglichen Termin, das ist auch  
240 immer blöd, weil eigentlich kann man es nicht wirklich planen nochmal ein Kind kriegen  
241 würden, dann haben wir auch die Schwangerschaft und so weiter, da wäre es schon  
242 wieder so ein großer Abstand, dass es sich fast schon nicht gelohnt hätte so früh anzu-  
243 fangen, verstehst du was ich meine? Also das klingt total bescheuert aber so hat einen  
244 großen Einfluss auf die Familienplanung in Zukunft. Deswegen ist es für uns glaub ich  
245 die, die erstmal richtige Entscheidung bei Einem zu bleiben

246 I: Und es gibt ja so bestimmte Zeitpunkte dann im Leben nach der Geburt, die eintreten  
247 also zum Beispiel das Abstillen, die erste Menstruation, die wieder einsetzt, der erste  
248 Besuch beim Frauenarzt, die Rückkehr an den Arbeitsplatz oder wenn man dann wieder  
249 ins Studium einsteigt in deinem Fall. Haben diese Punkte oder vielleicht auch andere  
250 Punkte deine Sichtweise darauf verändert oder hat das das in irgendeine Richtung be-  
251 einflusst?

252 Frau W: Hm (..) ja Stillen auf jeden Fall. Also ich habe sechs Monate lang voll gestillt und  
253 dann teilgestillt. Also insgesamt habe ich zehn Monate gestillt und ich habe aber zum  
254 Beispiel nach sechs Wochen schon wieder meine Tage gehabt und das war... ich habe  
255 halt gedacht, also ich wusste natürlich Stillen ist keine Verhütung und so weiter, aber ich  
256 habe gedacht, dass es wenigstens das noch ein bisschen rauszögert, weil ich hatte  
257 dann diese Wochenblutung sowieso schon drei Wochen, und stark weil ich mich halt  
258 auch nicht an die Empfehlung gehalten (leiser) habe Ruhe zu halten und so weiter (nor-  
259 male Lautstärke) aber dann hat man 3 Wochen sehr starke Blutungen, dann ebbt das ab  
260 und dann kriegt man direkt seine erste Regel wieder, obwohl man voll stillt. Und ich ha-  
261 be (..) Clusterfeeding gemacht. Also ich habe wirklich alle dreiviertel Stunde gestillt –  
262 monatelang.

263 I: Ok

264 Frau W: Also ich hatte gar keine Pause eigentlich. Meine Pause war mal eine viertel  
265 Stunde Duschen oder so (lacht)

266 I: Ok, das ist sicherlich auch sehr anstrengend.

267 Frau W: Das hat es glaube ich auch nochmal verstärkt diese „Ich will eigentlich kein Zwei-  
268 tes-Sicht“, weil es ist ja nicht nur die Schwangerschaft und dann hat man ein Kind, son-  
269 dern es ist ja. Du bist neun Monate lang, ist dein Körper eigentlich nicht dein eigener und  
270 dann je nachdem wie lange du stillst, also nach zehn Monaten habe ich so wenig gewo-  
271 gen das ich einfach aufhören musste zu stillen. Weil, ich bin 173 groß und ich habe nur  
272 noch 50kg gewogen und dann habe ich aber den ganzen Tag nur rumgelegen (lacht),



273 weil ich keine Energie mehr hatte und dann war es ok nach zehn Monaten jetzt muss ich  
274 aufhören. Wie das mit meinem Körper in fünf Jahren aussieht, kann dann nochmal ganz  
275 anders sein. Und wenn ich dann angenommen ich stille dann zwölf Monate oder 13, 14,  
276 15 Monate, je nachdem wie lange es halt funktioniert, dann sind es ja neun Monate plus  
277 sag ich mal zwölf Monate sind ja dann auch schon wieder 21 Monate, die ich einge-  
278 schränkt bin in meiner Freiheit und ein eingeschränkt in meinem eigenen Körper sozu-  
279 sagen

280 I: Ja

281 Frau W: also das sind zwei, fast zwei Jahre wo mein eigener Körper nicht mir gehört

282 I: Ja, nicht ausschließlich dir

283 Frau W: ja genau nicht ausschließlich mir ja es fühlt sich so an, als wenn er gar nicht mir  
284 gehört (ok), weil ich kann nämlich nicht entscheiden, ob ich jetzt duschen gehe, sondern  
285 ich muss warten, bis das Kind wieder Hunger hatte, damit ich kurz Stillen kann, damit ich  
286 danach Duschen gehen kann und dann hat es sich vielleicht nur fünf Minuten gestillt und  
287 dann muss ich nochmal warten weil ich weiß okay - kriegt in zehn Minuten wieder Hun-  
288 ger (seufzt). Also es ist halt echt nervig teilweise... und ich habe es gerne gemacht und  
289 ich habe es gemacht, weil ich hätte, ja nicht Stillen müssen aber es ich habe es halt ge-  
290 macht und es war meine Entscheidung, aber es war kacke, (lacht) hat keinen Spaß ge-  
291 macht...so. Das klingt sehr negativ... aber...

292 I: Ist ja okay, das klingt so wie es sich anfühlt, denk ich mal

293 Frau W: Genau, ich wollte so ehrlich sein wie möglich

294 I: Ja, das ist wunderbar

295 Frau W: und ich glaub da wird auch zu wenig drüber geredet, es geht ja nicht nur mir so

296 I: Ja das stimmt definitiv. Also ich bin mit meinen Fragen so weit durch, gibt es noch ir-  
297 gendwas, was wir jetzt nicht besprochen haben, wo du aber sagst, das wäre trotzdem  
298 irgendwie wichtig, oder das hat auch noch einen großen Einfluss gehabt?

299 Frau W: Also ich habe es schon angesprochen auf jeden Fall, aber ich glaub dieses sehr  
300 jung Mutter werden hat auf jeden Fall einen großen Einfluss drauf, dass ich nur ein Kind  
301 oder bei einem Kind bleiben will, weil ich kann mir vorstellen, dass wenn ich schon An-  
302 fang 30 gewesen wäre, dass ich dann diese Einschränkungen dass die dann nicht so  
303 schlimm für mich gewesen wären.

304 I: Wie genau meinst du das?

305 Frau W: Also ich bin mit 19 schwanger geworden und zu dem Zeitpunkt hatte ich noch  
306 nicht viel jugendliche Erfahrungen gemacht und jetzt habe ich so ein bisschen den Ein-  
307 druck, dass ich da viel verpasst hätte. Also auch wenn es nicht so sein sollte, es kommt  
308 ja jetzt auch durch die Corona Pandemie bestimmt ganz viel dazu, aber ich kann mir gut  
309 vorstellen, dass wenn ich nochmal 10 Jahre älter gewesen wäre und nochmal 10 Jahre  
310 mehr meine Freiheit gehabt hätte, dass ich dann dass ich es dann nicht so schlimm ge-  
311 funden hätte, direkt zwei Kinder zu kriegen. Auch wenn die Geburt jetzt nicht super an-  
312 genehm gewesen ist. Aber es kommt, es ist glaub ich schon ein großer Faktor davon.

313 I: Ok, dass du quasi das Gefühl hast, weil du so jung Mutter geworden bist (genau) und  
314 wahrscheinlich dann viele in deinem Umfeld dann noch keine Kinder bekommen haben  
315 und dann hast du gesehen was weiß ich die haben Spaß gehabt im Sommer.

316 Frau W: Jetzt ja immer noch, (und waren unterwegs) jetzt treffen sich meine Kommilitonen  
317 spontan abends in der Kneipe oder auch nur zum Essen oder auch nur Draußen, aber  
318 ich habe halt nur bis 16 Uhr Spontanität, weil bis dahin die Kita geht. Und alles danach  
319 muss ich planen und absprechen und, ich mach das auch alles gerne und ich liebe mei-  
320 ne Tochter über alles, aber ich würde sie auch lieben, wenn ich erst 30 gewesen wäre,  
321 wenn sie gekommen wäre. Also genau ich glaub das hat noch einen großen Einfluss da-  
322 rauf. Und dann auch unabhängig davon, wie schmerzhaft die Geburt war. Das meinte  
323 ich mit, dass es primär diese Einschränkung ist, die zu der Entscheidung geführt hat,  
324 dass wir bei einem Kind bleiben wollen – erstmal

325 I: Die Einschränkungen jetzt von eurem Alltagsleben

326 Frau W: Genau

327 I: Ok. Und war euch das vorher so bewusst oder habt ihr darüber nachgedacht oder kam  
328 das eher überraschend für euch?

329 Frau W: Hm, also wir haben nicht arg drüber nachgedacht. Es war uns schon auch be-  
330 wusst, natürlich schränkt das ein, natürlich muss man beim Kind bleiben. Aber wir hätte  
331 nicht gedacht, dass wir jetzt zum Beispiel innerhalb von drei Jahren insgesamt einen  
332 Date Abend hatten zu zweit, einen einzigen. Und das ist schon...ja... also da rechnet  
333 man halt nicht so richtig mit. Unsere Tochter lässt sich nur von uns ins Bett bringen, die  
334 wurde jetzt einmal von meiner Schwester ins Bett gebracht. Beziehungsweise ne, wurde  
335 sie nicht mal, weil sie es dann doch nicht wollte und dann hat sie doch der Papa ins Bett  
336 gebracht. Und das ist halt, man kann es halt vorher nicht wissen, es gibt Kinder, die las-  
337 sen sich schon mit 10 Monaten von Fremden ins Bett bringen, aber es gibt auch Kinder  
338 die lassen sich erst mit 6 von Anderen ins Bett bringen. Man kann es vorher nicht wis-

339 sen, man denkt auch nicht so drüber nach und das Ding am „jung Eltern werden“ ist halt  
340 auch, dass die eigenen Eltern noch sehr jung sind und meine Eltern zum Beispiel arbei-  
341 ten Vollzeit oder teilweise bis zu 60/70 Stunden die Woche, die haben dann nicht Lust  
342 am Wochenende nochmal auf ein Kleinkind aufzupassen

343 I: Ja und du hast ja auch gesagt, dass die Großeltern nicht hier in der Nähe sind, dann ist  
344 das ja wahrscheinlich auch nochmal ein Punkt

345 Frau W: Also meine Eltern sind hier in der Nähe, Florians Eltern also der Papa ist in Stutt-  
346 gart. Die sind auch alt genug, dass sie nicht mehr arbeiten. Aber meine Eltern sind halt  
347 Ende 40, Mitte 50, die arbeiten noch 20 Jahre. (Ja) und in 20 Jahren brauch ich auch  
348 keinen Babysitter mehr für meine Tochter. Das ist halt. Und wenn ich erst in zehn Jahren  
349 mein Kind gekriegt hätte, dann wären die ja schon näher an der Rente, sodass sie halt  
350 dann schon öfter mal aufs Kind aufpassen könnten. Was sie ja auch angeboten haben,  
351 aber dann doch nicht so richtig in Kram passt.

352 I: Hm verstehe. Ich habe noch eine Frage, und zwar wie warst du mit der Betreuung zu-  
353 frieden also zum Beispiel mit der Auslastung vom Kreißsaal, mit der Betreuung von der  
354 Hebamme also hattest du das Gefühl, es war eine ruhige Nacht oder es war sehr viel los  
355 bist du untergegangen, weil zum Beispiel noch viele andere Frauen da waren, oder  
356 konnte man sich auf dich konzentrieren?

357 Frau W: Ich war eigentlich, also wir waren eigentlich die meiste Zeit alleine im Kreißsaal.  
358 Wir hatten eine Hebammenstudentin dabei, das fand ich super, die konnte sich auch  
359 Zeit nehmen für uns. Die weiß ja im Prinzip schon genauso viel wie die jungen Hebam-  
360 men dort. Aber die Ärztin war insgesamt zweimal da, einmal am Anfang hat mir den blö-  
361 den Zugang gelegt und einmal als die Hebammenstudierende dann gesagt hat, der Kopf  
362 guckt schon raus, komm halt mal her. Und dann und dann kam dann die Ärztin und die  
363 Hebamme noch dazu und die Hebamme hat dann das Kind entgegengenommen (lacht)  
364 und die Ärztin hat dann diesen ersten Test gemacht und mich dann zugenäht. Das war  
365 auch ziemlich kacke (lacht), weil erstmal ist dieser Tisch nicht richtig eingerastet gewe-  
366 sen, und dann bin icherstmal so einen halben Meter runtergekracht und dann hat die  
367 Assistenzärztin mich zugenäht, also mit der Oberärztin zusammen und die Oberärztin  
368 hat immer so was wäre wenn es erklärt, wenn jetzt der und der dann müsstet du das  
369 und das machen. Und ich habe es überhaupt nicht gecheckt und ich dachte so scheiße,  
370 wie krass bin ich bitte aufgerissen ich war halt auch noch überhaupt nicht wieder bei mir  
371 und dann das war schon sehr beängstigend, aber es waren dann nur drei Stiche

372 I: okay

- 373 Frau W: ja. Aber habe ich jetzt die eigentliche Frage beantwortet?
- 374 I: Also wie zufrieden du mit der Betreuung warst?
- 375 Frau W: Also ich war, ich hatte ziemlich viel Glück, dass noch zwei Kreißsäle, ne, ein  
376 Kreißsaal war noch frei es war aber auch keine andere Mutter für den Zeitraum ange-  
377 meldet gewesen, es kam dann trotzdem noch eine, aber da war dann der Kreißsaal  
378 schon wieder frei, aber an den Räumlichkeiten hat es nicht gelegen, dass die Betreuung  
379 halt zu wenig war, es gab halt zu wenig Menschen, die also sowohl Ärztin als auch Heb-  
380 ammen, also wenn halt irgendwas zwischendurch passiert wäre, dann wären wir halt am  
381 Arsch gewesen.
- 382 I: Aber generell hast du dich dort gut aufgehoben gefühlt?
- 383 Frau W: Ja das auf jeden Fall, also die waren super freundlich und so, die waren halt alle  
384 gestresst, die können ja auch nicht überall sein gleichzeitig. Das ist auf jeden Fall ein  
385 großes Problem, dass es da viel zu wenig Fachkräfte gibt.
- 386 I: Ja, das stimmt, aber. Es klingt zumindest so, als hätte man sich um dich kümmern kön-  
387 nen, es ist jetzt nicht vollkommen untergegangen.
- 388 Frau W: Genau, es wurde auch immer wieder reingeguckt, ob alles ok ist. Ich hätte mir  
389 trotzdem gewünscht, ich war sehr, sehr froh, dass diese Studentin dabei war, weil die  
390 viel auch mit mir ausprobiert hat. Mit Positionswechsel und so. Eigentlich der einzige. Ich  
391 hatte vorher zwei Wünsche für die Geburt. Es gibt Leute, die machen sich einen Ge-  
392 burtsplan und so weiter. Ich wusste, dass es eh nicht stattfindet, war mein einziger  
393 Wunsch kein Schmerzmittel und nicht im Rücken. Und das hat gut funktioniert. Ich habe  
394 dann natürlich die einzige Position genommen, die noch schlimmer als die Rückenlage  
395 ist, aber es war gut, weil ich konnte mich dann besser bewegen.
- 396 I: Was meinst du damit?
- 397 Frau W: Ich habe in der Hocke geboren. Die ist glaube ich, die einzige Position, die ich  
398 kenne zumindest, die nochmal belastender für den Damm ist
- 399 I: Ja das stimmt. Ok, ja gut. Hast du sonst noch irgendwelche Anmerkungen, etwas, das  
400 du erzählen möchtest?
- 401 Frau W: Eigentlich nicht.
- 402 I: okay. Dann bedanke ich mich ganz herzlich für deine Offenheit.
- 403 Frau W: (lacht) Irgendwer muss es ja sagen.

## Anhang B: Leitfaden Interview

Liebe Frau X,

Mein Name ist Sophia Reinhardt, ich bin Hebamme und Studentin an der Hochschule Osnabrück. Für meine Masterarbeit führe ich heute mit Ihnen ein Interview durch. Dabei werde ich zuerst einige kurze Fragen an Sie richten und im Kurzfragebogen notieren. Anschließend dürfen Sie von Ihren Erfahrungen von der Geburt ihres Kindes berichten. Im weiteren Verlauf des Gespräches soll es auch um den Einfluss der Geburt auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft. Wie sich Ihre Erfahrungen auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft auswirken. Alles was Sie heute erzählen wird anonymisiert, dies bedeutet, dass zunächst ein Pseudonym statt ihres echten Namens verwendet wird, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person ausgeschlossen ist. Die Tonaufnahmen werden nach der Transkription gelöscht. Wenn Sie zustimmen, werde ich nun die **Tonaufnahme starten**.

Wir starten nun mit dem Kurzfragebogen:

1. In welchem Jahr sind Sie geboren:
2. Wie ist Ihr Familienstand?
3. Leben Sie in einer Partnerschaft?
4. Wie viele Schwangerschaften haben Sie bereits gehabt? |
5. Wie viele Kinder haben Sie geboren? Einschlusskriterium: |
6. Wann ist Ihr Kind geboren? Einschlusskriterium: vor dem 11.03.2020
7. Wie ist Ihr Kind geboren worden?
8. Wo ist ihr Kind geboren worden?
9. Haben Sie eine religiöse Zugehörigkeit, wenn ja, welche?
10. Was ist Ihr höchster Bildungsstand?

Falls sich während der Abfrage des Kurzfragebogens herausstellt, dass die Einschlusskriterien nicht erfüllt sind, wird das Interview abgebrochen.

### Interview:

Einleitungsfrage: erinnern Sie sich an die Geburt ihres Kindes zurück. Wie war das damals. Bitte Erzählen Sie – Schritt für Schritt – wie sie die Geburt erlebt haben.

- Welche Gefühle und Emotionen verbinden Sie mit der Zeit rund um die Geburt damals?

- Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung und der Geburt? (geplanter vs. erlebter Geburtsort und -modus; Medikalisierungsgrad, 1:1 Betreuung; shared decision making, Partizipation)
- Welche Wünsche hatten Sie damals vor der Geburt bezüglich ihrer Familienplanung? (Wie viele Kinder wünschten Sie sich?)
- Welche Wünsche haben Sie heute bezüglich einer möglicherweise weitergehenden Planung einer Schwangerschaft? (Wünschen Sie sich weitere Kinder?)
- Überlegen Sie, wie Ihre Erfahrungen der Geburt ihres Kindes Ihre Sichtweise auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflusst haben. Welche Auswirkungen hatte die Geburt auf die Planung einer weiteren möglichen Schwangerschaft?
- Haben die Erfahrungen der letzten Geburt Ihre Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft eher verstärkt oder abgeschwächt? Wenn ja, welche Erfahrung waren das konkret? Bitte nennen Sie mir ein Beispiel.
- Welche konkreten Ereignisse, Faktoren, Aspekte haben ihre Familienplanung beeinflusst? Bitte nennen Sie mir Beispiele.
- Können Sie konkrete Zeitpunkte festmachen, an denen sich ihre Sichtweise bezüglich der Planung einer weiteren Schwangerschaft verändert hat? (als mögliche Zeitpunkte: Abstillen, erste Menstruation, Besuch beim Gynäkologen oder der Gynäkologin für Verhütungsplanung, Rückkehr Arbeitsplatz)

Gezielte Nachfragen:

Sie haben gerade von xxx gesprochen.

Was genau meinen Sie damit?

Wie kann ich das verstehen?

Würden Sie das noch einmal erläutern?

Können Sie Beispiele nennen?

Ich wiederhole noch einmal, was ich gerade gehört habe: Sie haben gesagt, dass xxx.

Verstehe ich das richtig?

## Anhang C: Aufklärungsschreiben

### Aufklärungsschreiben für Probandinnen und Probanden

Name: Sophia Reinhardt, Hebamme, B.Sc.  
Betreuende Professorin: Frau Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein  
Name Fakultät: Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Kontaktadresse: Aussiedlerhof 1, 36367 Wartenberg  
Telefon: 015908605776  
E-Mail: sophia.reinhardt@hs-osnabrueck.de

#### Forschungsprojekt

„Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft - eine qualitative Befragung von Müttern“

#### im Rahmen der Masterarbeit (Informations- und Aufklärungsschreiben)

Liebe Interviewteilnehmerin,

Wir freuen uns, dass Sie sich für diese Forschung interessieren und ggf. bereit sind, an der o. g. Studie teilzunehmen. Dieses Schreiben dient dazu, Sie über das Ziel der Studie sowie über das Vorgehen in dem Forschungsprojekt zu informieren. Bitte lesen Sie sich den Text aufmerksam durch. Wenn Sie noch Fragen haben, beantworte ich Ihnen diese gerne. Die Teilnahme an dem Forschungsprojekt und dem Interview ist freiwillig.

#### I. Information über das Forschungsprojekt

Das Forschungsprojekt findet im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Versorgungsforschung und -gestaltung Master of Science an der Hochschule Osnabrück statt. Die betreuende Professorin ist Frau Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein. Ziel ist es herauszufinden, ob das Erleben der Geburt einen Einfluss auf die weitere Planung einer weiteren Schwangerschaft einer Frau hat. Um das herauszufinden, werden Interviews mit Frauen geführt, welche genau ein Kind vor Beginn der Einschränkungen der Covid-19-Pandemie geboren haben. In dem Interview werden zunächst anhand eines Kurzfragebogens allgemeine Sozialdaten erhoben. Anschließend werden offene Fragen gestellt und die Frauen dazu ermutigt von ihren Geburtserlebnissen zu erzählen. Ebenso Thema des Interviews ist die Familienplanung der Frau bzw. der Familie. Hierbei geht es insbesondere um die Frage, inwiefern die Geburt die Planung einer weiteren Schwangerschaft beeinflusst und welche Auswirkungen die Geburt darauf hat. Die Dauer des Interviews beträgt circa 60-90 Minuten.

Zur besseren Rekonstruktion und Inhaltsanalyse werden die Gespräche aufgenommen und anschließend transkribiert. Alle Namen und personenbezogenen Angaben werden in der Masterarbeit pseudonymisiert. Dies bedeutet, dass im Nachhinein kein Rückschluss auf Interviewteilnehmerinnen möglich sein wird. Die Tonaufnahmen sowie alle personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Transkription bzw. spätestens nach Abgabe der Arbeit automatisch von Frau Reinhardt gelöscht und vernichtet.

Interviewteilnehmerinnen sollten durch die Teilnahme an den Interviews keine negativen Folgen haben. In seltenen Ausnahmefällen ist jedoch nicht gänzlich auszuschließen, dass durch die Interviews seelische Belastungen, posttraumatische Belastungsstörungen, (Re)Traumatisierungen oder Ähnliches möglicherweise ausgelöst werden können. Insbesondere wenn das Geburtserleben als negativ erlebt wurde, besteht dieses Risiko. In diesem Fall oder auch bei weiterem Redebedarf zur erlebten Geburt von Seiten der Teilnehmerinnen gibt es einen Leitfaden zur Krisenintervention, welche eine Weiterleitung anbetreffende Beratungsstellen und Hilfsmöglichkeiten vorsieht.

Das Interview kann durch die Interviewteilnehmerin jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden und Fragen müssen nicht beantwortet werden.

## **II. Datenschutz**

### **Allgemeine Informationen**

(1) Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist:

Hochschule Osnabrück  
Der Präsident  
Albrechtstraße 30  
49076 Osnabrück  
Telefon: +49 541 969-0  
Fax: +49 541 969-2066  
praesident@hs-osnabrueck.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: [datenschutz@hs-osnabrueck.de](mailto:datenschutz@hs-osnabrueck.de) oder unter der Postadresse (s. oben) mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“

(2) Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten das

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung,
- Recht auf Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,



- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

sofern diese Rechte nicht durch Gesetze im Rahmen der Datenverarbeitung zu wissenschaftlichen Zwecken eingeschränkt sind. Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserem Unternehmen zu beschweren.

(3) Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an die Studienleiterin / den Studienleiter wenden. Die Kontaktdaten finden Sie oben in diesem Schreiben.

(4) Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und anderen Gesetzen zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist, es sei denn berechnete Interessen der betroffenen Person stehen dem entgegen. Bis dahin werden die Merkmale gesondert gespeichert, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zugeordnet werden können. Sie werden mit den Einzelangaben nur zusammengeführt, soweit der Forschungszweck dies erfordert.

(5) Der Verantwortliche wird ihre personenbezogenen Daten nur verarbeiten, wenn Sie in die Verarbeitung ausdrücklich eingewilligt haben.

(6) Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

### **Studienspezifische Informationen**

Im Folgenden informieren wir Sie über die Erhebung personenbezogener Daten in Zusammenhang mit dem oben genannten Forschungsprojekt.

#### **(1) Beschreibung und Umfang der Datenverarbeitung**

Die Interviews werden mit dem Mobiltelefon der Forscherin aufgenommen. Anschließend werden sie sofort auf den Arbeitslaptop übertragen und vom Mobiltelefon endgültig gelöscht. Eine Sicherungskopie der Aufnahme erfolgt für Sicherheitszwecke auf einer externen Festplatte. Der Arbeitslaptop wird ausschließlich von der Forscherin genutzt und ist zusätzlich passwortgeschützt. Die Sicherungskopie auf der externen Festplatte befindet sich in einem abschließbaren Schrank. Die Audioaufnahmen werden transkribiert. Für die

Transkription werden Pseudonyme verwendet, welche auf Papierdokumenten hinterlegt werden. Die Liste zur Pseudonymisierung wird in einem abschließbaren Schrank bis zur vollständigen Transkription aufbewahrt. Anschließend werden alle Papiere, welche personenbezogene Daten enthalten geschreddert. Alle Audiodateien sowohl auf dem Arbeitslaptop als auch auf der externen Festplatte werden nach Abschluss der Transkription unwiderruflich von Frau Reinhardt gelöscht.

#### (2) Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage ist die Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 lit a) und Art. 9 Abs. 2 lit.a) DS-GVO.

#### (3) Zweck der Datenverarbeitung

Die erhobenen Daten werden im Rahmen der Masterarbeit erfasst, die Datenverarbeitung dient der Forschung zum Thema. Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft - eine qualitative Befragung von Müttern Für eine Inhaltsanalyse nach Kuckartz werden die Interviews transkribiert, sodass eine ausführliche Analyse möglich ist. Ziel der Datenverarbeitung und der daraus folgenden Inhaltsanalyse ist es die Fragestellung sowie die Hypothesen der Arbeit zu prüfen, um das Forschungsprojekt erfolgreich abzuschließen.

#### (4) Dauer der Speicherung

Unterlagen in Papierform werden von Frau Reinhardt für 10 Jahre archiviert und anschließend vernichtet. Video- und/oder Tonbandaufnahmen werden regelmäßig unmittelbar nach der Transkription gelöscht, spätestens nach Beendigung des Forschungsvorhabens. Weitere Forschungsdaten in digitaler Form werden von Frau Reinhardt für 10 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht.

#### (5) Widerspruchs- und Beseitigungsmöglichkeit

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten hätten. Sie können diese Einwilligung jederzeit per E-Mail oder per Brief an die/den o.g. Absender\*in dieses Aufklärungsschreibens widerrufen. Im Fall des Widerrufs werden wir ihre Daten nicht weiterverarbeiten und unverzüglich löschen. Wir weisen darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten und Daten, die in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/vernichtet werden können.

## Anhang D: Einwilligung

Hochschule Osnabrück

Fachbereich Wirtschaft und Soziales

Erstbetreuung: Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein

**Einwilligung**  
**in die Verarbeitung personenbezogener Daten**  
**für das Forschungsprojekt der Masterarbeit**  
**„Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft –**  
**eine qualitative Befragung von Müttern“**

Sophia Reinhardt hat am \_\_\_\_\_ mit mir \_\_\_\_\_ (Name Probandin) ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. Betreuende Dozentin des Projektes ist Frau Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein von der Hochschule Osnabrück. Das Projekt soll dazu dienen den möglichen Zusammenhang zwischen dem Geburtserleben und der Planung einer weiteren Schwangerschaft zu erforschen. Mir ist erläutert worden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Mir ist insbesondere bekannt, zu welchem Zweck in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgrundlage, wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Stelle hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe. Ein entsprechendes Informationsschreiben habe ich auf Wunsch erhalten.

**Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht. Ich erkläre mich bereit, an dem Forschungsprojekt in Form des Interviews teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mir bekannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Soweit besondere personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 DS-GVO, wie etwa Gesundheitsdaten, erhoben werden, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.**

Das Informationsschreiben vom \_\_\_\_\_ und ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Unterschrift der Probandin / des Probanden

Ort, Datum

## Anhang E: Anschreiben potenzieller Interviewpartnerinnen

### Liebe Mütter,



HOCHSCHULE OSNABRÜCK  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

mein Name ist Sophia Reinhardt, ich bin Hebamme und studiere derzeit an der Hochschule in Osnabrück im Masterstudiengang für Versorgungsforschung und -gestaltung.

Im Rahmen meiner Masterarbeit führe ich eine qualitative Studie durch, um den Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft zu erforschen.

Sehr gerne würde ich mit Ihnen ein Interview führen, wenn Sie zur folgenden Zielgruppe gehören:

- Sie haben **genau ein Kind** geboren (egal ob per Kaiserschnitt oder „spontan“)
- Geburtsdatum des Kindes liegt **vor dem 11.03.2020** (Ihr Kind ist vor den Auswirkungen und Einschränkungen der Corona Pandemie geboren)

Wenn Sie bereit sind mit mir über die Geburt, Ihr Erleben der Geburt und Ihre Familienplanung zu reden, würde ich Sie gerne in mein Forschungsvorhaben aufnehmen. Dazu gerne einfach einen Schnipsel abreißen und mich telefonisch oder per E-Mail kontaktieren. Ich freue mich auf Sie!

Interviewdauer circa 60-90 Minuten; Zeit und Ort können wir nach Ihren Wünschen vereinbaren.

Alle erhobenen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und im Rahmen meiner Masterarbeit pseudonymisiert veröffentlicht. Zur Auswertung werden die Gespräche von mir aufgezeichnet und nach Abschluss der Arbeit wieder gelöscht.

Mit freundlichen Grüßen

Sophia Reinhardt

## Anhang F: Definitionen der Subkategorien

Hauptkategorie 1: Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft		
Subkategorien	Definition	Beispiel
<b>Allgemeine und besondere Aspekte des Geburtserlebens</b>	Genereller Einfluss des Geburtserlebens auf die Bereitschaft weitere Schwangerschaften anzustreben	Bereitschaft für weitere Schwangerschaft abgeschwächt oder verstärkt
<b>Bereitschaft für eine weitere Schwangerschaft</b>	Auswirkung des Geburtserlebens auf die Einstellung zu der weiteren Schwangerschaftsplanung	Verstärkt Abgeschwächt Neutral, unabhängig
<b>Medizinische Besonderheiten</b>	Einfluss gesundheitlicher Besonderheiten der ersten Geburt auf die weitere Familienplanung	Auftreten einer Thrombose, Ungeplante Sectio, Geburtsstillstand, extreme Frühgeburt
<b>Geburtsmodus</b>	Die Auswirkungen vom Erleben des Geburtsmodus auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft	Spontane Geburt, geplante oder ungeplante Sectio
<b>Schmerzen</b>	Einfluss von Schmerzen während oder nach der Geburt auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft	Wehenschmerzen, Geburtsverletzungen, Schmerzen während und nach der Sectio
<b>Stillen</b>	Einfluss des Still- oder Pumperlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft	Stillmanagement, Stillprobleme
<b>Betreuung und Versorgung unter Geburt</b>	Einfluss der Betreuungs- und Versorgungssituation auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft	Auslastung des Kreißsaals Kapazitäten des Personals Qualität der Betreuung
<b>Kommunikation und Aufklärung</b>	Einfluss der Kommunikation und Aufklärung auf die weitere Planung einer Schwangerschaft	Ehrlichkeit, Aufzeigen von Möglichkeiten, Umgang Behandlungsfehler
<b>Auswirkungen</b>	Folgen und Wünsche, die aus der Geburtserfahrung heraus resultieren	Bessere Vorbereitung auf Geburt oder Wochenbett, Individuellere Betreuung, Größeres IPI

Hauptkategorie 2: Identifikation konkreter Faktoren, welche die Familienplanung beeinflussen		
Subkategorien	Kurze Definition	Beispiele
<b>Persönliche Gründe</b>	individuelle Aspekte, Wünsche und Ansichten zur Familienplanung der Frau.	Persönliche Erfahrungen und Wünsche, Erfüllung in der Mutterrolle, Ängste, Studium/Beruf
<b>Medizinische Gründe</b>	gesundheitliche Risiken oder Einschränkungen mindestens eines Familienmitgliedes, welche die weitere Familienplanung (mit)beeinflussen.	Eigene Gesundheit, Gesundheit des Kindes
<b>Familiäre Gründe</b>	Umfasst das Vorhandensein einer Partnerschaft sowie Aspekte, welche die Partnerschaft und das Familienumfeld prägen	Altersunterschied, Stabilität in der Beziehung, Familiäre Strukturen und Besonderheiten
<b>Sonstiges</b>	Umfasst weitere Interessen und Aspekte, die bei der Planung einer Schwangerschaft eine Rolle spielen	Umwelteinflüsse, wirtschaftliche Interessen

Hauptkategorie 3: Planung einer Schwangerschaft im zeitlichen Verlauf		
<b>Planung einer Schwangerschaft im zeitlichen Verlauf</b>	Haltungen in Bezug auf die Familienplanung vor der Geburt, zum Interviewzeitpunkt und die Identifikation konkreter Zeitpunkten oder Ereignissen, die die Haltung verändert haben	Ursprünglicher Kinderwunsch Aktueller Kinderwunsch Verkündigung Schwangerschaft von Anderen

**Anhang G: PICOS Schema, Suchwörter**

<b>Population</b>	Postpartum woman OR gravid* OR pregnan* OR primiparous childbearing woman OR primipara*
<b>Intervention</b>	Birth OR labour OR delivery OR childbirth AND experience
<b>Comparison</b>	kein
<b>Outcome</b>	Impact OR influence OR subsequent AND familyplanning (family planning) OR pregnancy OR children planning OR postpart*, OR second child OR birth control OR planned parenthood OR re-production
<b>Setting</b>	qualitative

## Anhang H: Postskriptum

<b>Datum</b>	03.05.2022	<b>Interviewnummer</b>	1
<b>Ort</b>	Hochschule Fulda		
<b>Uhrzeit, Dauer</b>	XX:XX, Dauer der Tonaufzeichnung 38 Minuten		
<b>Richtiger Name</b>			
<b>Pseudonymisierter Name</b>	Lenara Walter		
<b>Stimmung</b>	Am Anfang etwas zurückhaltend, schnell lockerer und offen Gute Stimmung, macht ein paar Witze, lacht viel		
<b>Gesprächsinhalte vor dem Interview</b>	Studium, Schwierigkeiten bei dem Finden von Interviewpartnern, die Frau kennt das „Problem“		
<b>Atmosphäre während des Interviews</b>	Offen, auf Augenhöhe, die Frau wirkt relativ gelassen		
<b>Gesprächsinhalte nach dem Interview</b>	Frau fragt, ob die Forscherin die bei der Geburt anwesende Studentin und diverse andere Hebammenstudentinnen kennt		
<b>Unterbrechungen, Störungen</b>	Keine, Fenster geöffnet, ab und zu LKW, keine Beeinträchtigung der Tonaufnahme		
<b>Beruf, aktuelle Tätigkeit</b>	Studentin im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit		
<b>Wie hat die Teilnehmerin von der Studie erfahren?</b>	Aushang Kindergarten der Hochschule Fulda		
<b>Motivation Teilnahme</b>	Zitat: „ich weiß wie schwer es ist Interviewpartner:innen zu finden, deshalb stell ich mich gern zur Verfügung“		
<b>Kommunikationsmittel vor dem Interview</b>	WhatsApp		
<b>Weitere Besonderheiten, Auffälligkeiten?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frau schlägt bei Kontaktaufnahme vor sich zu duzen</li> <li>• Frau hat ein zeitliches Limit, da sie mit dem Bus fahren möchte und ihre Tochter abholen muss</li> <li>• Das Gespräch wurde spontan etwas in der Zeit nach vorne verschoben</li> <li>• Frau ist jünger als die Forscherin, wirkt im Vergleich zu Gleichaltrigen reifer, im Vergleich zu anderen Interviewteilnehmerinnen noch wenig erwachsen</li> <li>• Fragt noch andere Bekannte, ob diese auch am Interview teilnehmen würden</li> <li>• An Geburtsprozess und Hebammenarbeit interessiert und offen</li> </ul>		
<b>Erste Interpretationsansätze</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Frau erweckt den Eindruck, dass sie die Einschränkungen durch ihre Tochter als belastend wahrnimmt und wirkt, als ob sie bereit so früh ein Kind bekommen zu haben</li> <li>• Wirkt als ob sie schnell erwachsen werden musste</li> </ul>		



## Anhang I: positives Ethikvotum



HOCHSCHULE OSNABRÜCK  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hochschule Osnabrück | Postfach 1940 | 49009 Osnabrück

Sophia Reinhardt  
Aussiedlerhof 1  
36367 Wartenberg

Ethik-Kommission

Vorsitzender Prof. Dr. Ulrich Kuhnke  
Postfach 1940  
49009 Osnabrück

Telefon: +49 (0)541 969-3766  
Telefon: +49 (0)541 969-2051

E-Mail: [ethikkommission@hs-osnabrueck.de](mailto:ethikkommission@hs-osnabrueck.de)

Ihr Zeichen | Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen | Bearbeitet von

Datum

Kn

08.04.2022

### Ethisches Screening-Verfahren für empirische Untersuchungen im Rahmen Ihrer Master-Arbeit

Interner Schlüssel: WiSo\_MA\_HELPP\_SoSe22\_1\_3  
Betreuerin: Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein

Sehr geehrte Frau Reinhardt,

hiermit bestätige ich Ihnen, dass Ihr ethisches Screening für empirische Untersuchungen im Rahmen Ihrer Master-Arbeit

*Einfluss des Geburtserlebens auf die Planung einer weiteren Schwangerschaft – eine qualitative Befragung von Müttern*

positiv beurteilt wurde.

Mit freundlichen Grüßen

Ulrich Kuhnke

1 | 1

**Paketanschrift**  
Hochschule Osnabrück  
Albrechtstraße, 30  
49076 Osnabrück

**Bankverbindung**  
Sparkasse Osnabrück  
IBAN DE52 2655 0105 0000 6156 90  
BIC NOLADE22XXX

**www.hs-osnabrueck.de**  
Finanzamt Osnabrück-Stadt  
Steuer-Nr. 66/200/10648  
USt-ID DE 812 619 579

# Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift