

**Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in  
deutschen Krankenhäusern**  
**Konstituierende Dimensionen, Rolle des Geburtsmodus und  
Gesamtzufriedenheit**

Dissertationsschrift  
zur Erlangung des Doktorgrades rer. medic  
des Fachbereichs Humanwissenschaften  
der Universität Osnabrück

vorgelegt von Katja Stahl

aus Mannheim

Osnabrück 2012



## Danksagung

Diese Dissertation hätte ohne die Unterstützung einer ganzen Reihe von Menschen nicht das Licht der Welt erblickt. Ihnen möchte ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen.

Zunächst danke ich Frau Prof. Dr. Beate Schücking für die unkomplizierte Annahme als Doktorandin und ihre Unterstützung, Beratung und Betreuung während der Entstehung dieser Arbeit.

Prof. Dr. Elmar Brähler danke ich für die ebenso unkomplizierte Übernahme der Zweitbegutachtung.

Für die Bereitstellung der Daten danke ich dem Picker Institut Deutschland gGmbH ebenso wie für die Bereitschaft, mir durch flexible Arbeitszeitregelungen den Freiraum zur Erstellung dieser Dissertation zu ermöglichen.

Meinen Arbeitskolleginnen und –kollegen danke ich für ihre stete Ermutigung und für die klaglose Vertretung in meinen Abwesenheitszeiten.

Mein besonderer Dank gilt Dr. Rainhild Schäfers für ihre Zeit, ihre stets gut gelaunten und konstruktiven Kommentare und Anregungen und die unzähligen kleinen wertvollen Tipps.

Bei Christiane Schwarz bedanke ich mich für ihre Beharrlichkeit, die maßgeblich zur Geburt dieser Arbeit beigetragen hat, sowie für ihre Nachsicht, dass sie gemeinsame Projekte in den letzten Monaten alleine stemmen musste.

Den Leitern der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung der Bundesländer Bayern und Hessen, Dr. Björn Misselwitz und Dr. Lack sowie Frau Dr. Beate Spießberger für die freundliche und prompte Bereitstellung der Perinataldaten ihres jeweiligen Bundeslandes.

Bei Dr. Harald Weber bedanke ich mich für die methodische Beratung.

Meiner Familie und meinen Freunden danke ich, dass sie mich trotz massiver sozialer Abstinenz nicht vergessen, sondern mir vielmehr stets Mut zugesprochen und mich durch viele kleine hilfreiche Gesten unterstützt haben.

Und schließlich möchte ich Reiner Gutschke für seine unendliche Geduld und Unterstützung danken, ohne die noch viel mehr als nur diese Dissertation nicht möglich gewesen wäre.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung</b> .....	13
<b>2</b>	<b>Geburtsbetreuung in Deutschland</b> .....	17
2.1	Geburtsort.....	17
2.2	Beteiligte professionelle Akteure .....	17
2.2.1	Geburt.....	17
2.2.2	Wochenbett.....	19
2.3	Organisationsformen der Betreuung .....	19
2.3.1	Geburt.....	19
2.3.2	Wochenbett.....	21
2.4	Inhalte der Betreuung .....	23
2.4.1	Geburt.....	23
2.4.2	Wochenbett.....	25
2.5	Zusammenfassung .....	27
<b>3</b>	<b>Das Konstrukt der Patientenzufriedenheit</b> .....	29
3.1	Theoretische Modellierungsrahmen der Zufriedenheitsentstehung .....	29
3.1.1	Modell der Erwartungsdiskrepanz .....	29
3.1.2	Erwartungen .....	30
3.1.3	Assimilations-Kontrast-Theorie.....	31
3.1.4	Das Modell der Toleranzzone.....	31
3.2	Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit .....	32
3.3	Patientenzufriedenheit als Qualitätsmerkmal .....	33
3.4	Patientenzufriedenheit als Wettbewerbsfaktor .....	34
3.5	Zusammenfassung .....	35
<b>4</b>	<b>Zufriedenheit im geburtshilflichen Kontext</b> .....	36
4.1	Theorie der Wöchnerinnenzufriedenheit .....	36
4.2	Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit .....	37
4.3	Dimensionen der Wöchnerinnenzufriedenheit .....	39
4.3.1	Intrapartale Dimensionen .....	39
4.3.2	Postpartale Dimensionen .....	44
4.4	Einflussfaktoren auf die Wöchnerinnenzufriedenheit .....	47
4.5	Geburtserfahrung vs. Betreuungserfahrung .....	51
4.6	Relevanz der Wöchnerinnenzufriedenheit .....	54
4.7	Wöchnerinnen als Kundinnen?.....	55
4.8	Zusammenfassung .....	56
<b>5</b>	<b>Geburtsmodus Sectio</b> .....	58
5.1	Entwicklung der Sectoraten .....	59
5.2	Gründe für den Anstieg der Sectoraten .....	61
5.3	Seccioindikationen.....	67
5.4	Risiken und Folgen von Sectio und vaginaler Geburt .....	70
5.4.1	Mütterliche Mortalität .....	71
5.4.2	Mütterliche Morbidität .....	72
5.4.3	Kindliche Mortalität .....	78
5.4.4	Kindliche Morbidität .....	79
5.5	Die Sichtweisen der Frauen .....	81
5.5.1	Gewünschter Geburtsmodus .....	81
5.5.2	Gründe für den gewünschten Geburtsmodus .....	82
5.5.3	Allgemeine Ansichten zum Kaiserschnitt.....	84
5.5.4	Zufriedenheit mit dem Geburtsmodus Sectio .....	85
5.5.5	Zusammenfassung .....	89

<b>6</b>	<b>Ziel und Fragestellung</b> .....	92
6.1	Ziel der Untersuchung .....	92
6.2	Forschungsfragen .....	92
<b>7</b>	<b>Material und Methode</b> .....	96
7.1	Methodische Vorüberlegungen .....	96
7.1.1	Messung eines komplexen Phänomens .....	96
7.1.2	Hohe Zufriedenheitswerte .....	97
7.1.3	Befragungsdesign .....	98
7.1.4	Befragungszeitpunkt .....	99
7.1.5	Erhebungsinstrument .....	101
7.2	Fragebogen .....	101
7.3	Datenaufbereitung .....	102
7.4	Befragungsdurchführung .....	103
7.5	Datenbasis .....	104
7.5.1	Rücklaufquote .....	104
7.5.2	Teilnehmerinnen .....	105
7.5.3	Merkmale der Wöchnerinnen .....	105
7.5.4	Merkmale der Krankenhäuser .....	109
7.6	Datenauswertung .....	110
7.6.1	Missinganalyse .....	110
7.6.2	Deskriptive Analyseverfahren .....	110
7.6.3	Bi- und Multivariate Analyseverfahren .....	110
<b>8</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	113
8.1	Dimensionen der Betreuungserfahrung (Forschungsfrage 1) .....	113
8.1.1	Faktorenanalytische Ermittlung der Dimensionen .....	113
8.1.2	Psychometrische Kennwerte und Eigenschaften der Dimensionen .....	117
8.2	Einfluss des Geburtsmodus auf die Zufriedenheit mit den intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen (Forschungsfrage 2) .....	120
8.2.1	Zufriedenheit mit den einzelnen Betreuungsdimensionen .....	123
8.2.2	Vaginale Geburt versus geplanter Kaiserschnitt .....	124
8.2.3	Vaginale Geburt versus ungeplanter Kaiserschnitt .....	133
8.3	Einfluss der Zufriedenheit mit den intra- und postpartalen Betreuungsdimensionen auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung (Forschungsfrage 3) .....	142
8.3.1	Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung .....	143
8.3.2	Vaginale Geburt versus geplanter Kaiserschnitt .....	144
8.3.3	Vaginale Geburt versus ungeplanter Kaiserschnitt .....	147
<b>9</b>	<b>Diskussion</b> .....	151
9.1	Dimensionen der Betreuungserfahrung .....	151
9.2	Einfluss des Geburtsmodus auf die Zufriedenheit mit den Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuung .....	158
9.3	Einfluss der Zufriedenheit mit den Betreuungsdimensionen auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung .....	175
9.4	Limitationen .....	181
9.5	Implikationen .....	183
<b>10</b>	<b>Schlussbetrachtung</b> .....	186
<b>11</b>	<b>Literatur</b> .....	188

## Abkürzungsverzeichnis

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AGMedR	Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht
AP	Austreibungsperiode
BEL	Beckenendlage
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
CS	Kaiserschnitt, Sectio caesarea ( <i>cesarean section</i> )
CTG	Cardiotokogramm
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
EP	Eröffnungsperiode
ERCS	Geplante Re-Sectio ( <i>elective repeat cesarean section</i> )
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
IUFT	Intrauteriner Fruchttod
KI	Konfidenzintervall
LG	Lebendgeburt
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OP	Operation
PBS	<i>Perception of Birth Scale</i>
pCS	geplanter (primärer) Kaiserschnitt
PDA	Periduralanästhesie
PPD	Postpartale Depression
QMAALD	<i>Questionnaire Measuring Attitudes About Labour and Delivery</i>
sCS	ungeplanter (sekundärer) Kaiserschnitt
SG	Spontangeburt
SIL	<i>Salmon Item List</i>
SIL-Ger	<i>Salmon Item List, deutsche Version</i>
SSW	Schwangerschaftswoche
TOL	Geplante vaginale Geburt bei einer vorangegangenen Sectio ( <i>trial of labour</i> )
V. a.	Verdacht auf
VBAC	Vaginale Geburt bei vorangegangener Sectio ( <i>vaginal birth after cesarean section</i> )
VG	Vaginale Geburt
Vorz.	vorzeitig
W-DEQ	<i>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire</i>
WHO	Weltgesundheitsorganisation ( <i>World Health Organisation</i> )
Z. n.	Zustand nach

## Tabellenverzeichnis

Tab. 4-1 Elemente der Geburts- und Betreuungserfahrung .....	53
Tab. 7-1 Soziodemografische und anamnestische Merkmale der Wöchnerinnen .....	108
Tab. 7-2 Anzahl der Fälle und Krankenhäuser nach Krankenhausgröße .....	109
Tab. 8-1 Skalenkennwerte.....	119
Tab. 8-2 Interskalenkorrelation (Pearson's Korrelationskoeffizient) .....	120
Tab. 8-3 Zusammenhang Geburtsmodus und mögliche Einflussvariablen.....	125
Tab. 8-4 Zusammenhang Betreuungsdimensionen und mögliche Einflussvariablen.....	127
Tab. 8-5 Prädiktoren der Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung (nur Frauen mit vaginaler Geburt und geplanter Sectio).....	131
Tab. 8-6 Zusammenhang Geburtsmodus und mögliche Einflussvariablen.....	133
Tab. 8-7 Zusammenhang Betreuungsdimensionen und mögliche Einflussvariablen.....	135
Tab. 8-8 Prädiktoren der Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung (nur Frauen mit vaginaler Geburt und ungeplanter Sectio).....	140
Tab. 8-9 Zusammenhang Gesamtzufriedenheit und mögliche Einflussvariablen .....	145
Tab. 8-10 Prädiktoren der Gesamtzufriedenheit .....	147
Tab. 8-11 Zusammenhang Gesamtzufriedenheit und mögliche Einflussvariablen .....	148
Tab. 8-12 Prädiktoren der Gesamtzufriedenheit .....	150

---

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 5-1 Entwicklung der Sectioraten 1990 bis 2009 in ausgewählten Ländern .....	60
Abb. 5-2 Die 10 häufigsten Sectioindikationen .....	69
Abb. 7-1 Rücklaufquoten .....	105
Abb. 7-2 Verteilung der Fälle nach Erhebungsjahr .....	105
Abb. 8-1 Zufriedenheit mit den Betreuungsdimensionen nach Geburtsmodus.....	124
Abb. 8-2 Gesamtzufriedenheit mit intra- und postpartaler Betreuung nach Geburtsmodus.	143



## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Bedeutung der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung für die psychische und physische Gesundheit von Mutter und Kind ist weitgehend anerkannt. Aktuelle Daten aus größeren Untersuchungen im deutschen klinischen Kontext liegen nicht vor. Die Evidenzen zur Betreuungszufriedenheit in Abhängigkeit vom Geburtsmodus sind uneinheitlich, der Einfluss einzelner Betreuungsdimensionen auf die Gesamtzufriedenheit ist speziell im Bereich der postpartalen Versorgung wenig untersucht.

**Ziel:** Ermittlung der Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen in deutschen Kliniken, Analyse des Einflusses des Geburtsmodus auf diese Dimensionen sowie Prüfung des Einflusses der Dimensionen auf die Betreuungszufriedenheit insgesamt.

**Methode:** Analyse der Daten aus 235 postalischen Befragungen in 129 geburtshilflichen Abteilungen, durchgeführt vom Picker Institut Deutschland gGmbH zwischen 2002 und 2009.

**Teilnehmerinnen:** 16.315 Wöchnerinnen, die ihr Kind nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche in einem deutschen Krankenhaus zur Welt gebracht haben.

**Ergebnisse:** Ermittelt wurden 9 Dimensionen, die die intra- und postpartale Betreuung, die postpartale Schmerzlinderung sowie Hotelaspekte der Versorgung im Krankenhaus abbilden. Generell zeigte sich eine hohe Zufriedenheit, jedoch wird die postpartale Betreuung kritischer beurteilt als die intrapartale Betreuung. Es zeigte sich eine unterschiedliche Betreuungszufriedenheit bei Frauen mit geplanter und ungeplanter Sectio, mit einer Tendenz zu höherer Unzufriedenheit bei letzteren. Im Vergleich zu Frauen mit vaginaler Geburt sind Frauen mit geplantem Kaiserschnitt mit der ärztlichen Betreuung zufriedener (OR 0,7, 99% KI 0,6-0,9), Frauen mit ungeplantem Kaiserschnitt mit der Hebammenbetreuung unzufriedener (OR 1,5, 99% KI 1,3-1,9) und Frauen sowohl mit geplanter als auch ungeplanter Sectio mit der postpartalen Schmerzlinderung unzufriedener (OR 1,8, 99% KI 1,5-2,1 bzw. OR 1,8, 99% KI 1,6-2,0). Die Dimension Betreuung auf der Wochenbettstation weist den mit Abstand stärksten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der klinischen Betreuung insgesamt auf. Darüber hinaus sind es vor allem die Dimensionen mit Fokus auf der Interaktion mit den betreuenden Fachkräften, die maßgeblich die Gesamtzufriedenheit beeinflussen. Der subjektive Gesundheitszustand, die Zuversicht, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen, und die Verweildauer erwiesen sich als weitere wichtige Prädiktoren der Zufriedenheit mit den Betreuungsdimensionen und der Gesamtzufriedenheit.

**Schlussfolgerung:** Die maßgebliche Bedeutung der interpersonellen Betreuungsaspekte sowie die kritischere Beurteilung der postpartalen Betreuung im Vergleich zur intrapartalen bestätigen sich auch für den deutschen klinischen Kontext. Der Geburtsmodus scheint insbesondere für die Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung sowie der postpartalen Schmerzlinderung eine Rolle zu spielen. Die größere Unzufriedenheit mit der postpartalen

Schmerzlinderung bei Kaiserschnittgeburt deutet auf die Notwendigkeit eines effektiveren Schmerzmanagements hin. Vor dem Hintergrund der negativen Auswirkungen starker Schmerzen auf den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung sollte die Entscheidung zum geplanten Kaiserschnitt ebenso wie der Einsatz von Interventionen, die einen ungeplanten Kaiserschnitt begünstigen, sehr sorgfältig abgewogen werden. Den konstituierenden Dimensionen und Einflussfaktoren der postpartalen Betreuungszufriedenheit sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, insbesondere mit Blick auf effektive Betreuungskonzepte und eine systematische Verzahnung mit der ambulanten Betreuung.

## Summary

### **Women's satisfaction with maternity care in German hospitals - dimensions of satisfaction, mode of birth and overall satisfaction**

**Background:** The importance of women's satisfaction with intra- and postnatal care is widely recognized. Current German data from large surveys are not available. Evidence of women's satisfaction with care according to mode of birth is inconsistent. Particularly with regard to postnatal care, evidence on the relationship between different dimensions of care and overall satisfaction is scarce.

**Aim:** Identifying dimensions of women's satisfaction with intra- and postnatal care in German hospitals, exploring the relationship between separate dimensions of care and mode of birth as well as their influence on overall satisfaction with care.

**Methods:** Data from 235 postal surveys conducted in 129 different German hospitals between 2002 and 2009 were analyzed.

**Participants:** Postnatal women (n=16.315) who gave birth after 37 completed weeks.

**Results:** Factor analysis yielded nine dimensions, representing intra- and postnatal care, postnatal pain relief, hospital environment and service. Satisfaction in general was high, however, women were less satisfied with postpartum care compared to intrapartum care. Compared to women with vaginal birth women with planned caesarean section (CS) showed different patterns of satisfaction than women with unplanned CS, with a trend towards lower satisfaction in the latter. Women with planned CS were more satisfied with physician care (OR 0,7, 99% CI 0,6-0,9), women with unplanned CS were less satisfied with intrapartum midwifery care (OR 1,5, 99% CI 1,3-1,9) and both women with planned and unplanned CS were less satisfied with postpartum pain relief (OR 1,8, 99% CI 1,5-2,1 and OR 1,8, 99% CI 1,6-2,0 respectively). Care on the postnatal ward makes by far the strongest contribution to explaining overall satisfaction with care. Apart from that it is the dimensions with a focus on the interaction with caregivers that influence overall satisfaction most strongly. Self-rated health, confidence in caring for the newborn at home and length of stay are further important predictors of overall satisfaction.

**Conclusion:** The importance of interpersonal aspects of care as well as the more critical view of postnatal compared to intrapartum care was confirmed within a German context. Mode of birth seems to play a role particularly in satisfaction with intrapartum care and postpartum pain relief. CS being a risk factor for dissatisfaction with postpartum pain relief, more effective pain management is required. Given the negative effects of pain on bonding the decision to perform a planned CS as well as interventions associated with a higher risk for unplanned CS should be very carefully considered. There is a need for more research into the dimensions and influencing factors of satisfaction with postnatal care, particularly with regard to effectively linked concepts of hospital and community-based postnatal care.



# 1 Einführung

In Deutschland finden fast 98 % aller Geburten im Krankenhaus statt. „Ist alles gut gelaufen?“ ist dann meist die erste Frage nach einer Geburt. Sie zielt in der Regel vor allem darauf ab, ob das Kind gesund ist und ob die Mutter die Geburt ohne größeren körperlichen Schaden überstanden hat. Seltener interessiert dabei, wie die Mutter die Betreuung während und nach der Geburt erlebt hat, ob sie von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten sowie dem Pflegepersonal ihren Bedürfnissen entsprechend betreut wurde, und ob sie in einer Art und Weise unterstützt wurde, die dazu beiträgt, die neue Lebensphase gestärkt und voller Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten zu beginnen.

Auch wenn Mutter und Kind körperlich gesund sind, muss das nicht unbedingt heißen, dass „alles gut gelaufen“ ist. Die Art und Weise, wie eine Frau die Betreuung während und nach der Geburt wahrnimmt, trägt maßgeblich dazu bei, wie sie sich fühlt, wenn sie aus dem Krankenhaus nach Hause zurück kommt, wie sie und ihr Kind zueinander finden und wie sie den Beginn dieses neuen Lebensabschnitts erlebt. Eine an den Bedürfnissen der Frau orientierte Betreuung kann über Komplikationen während der Geburt hinweghelfen, sie kann dazu beitragen, dass Komplikationen gar nicht erst auftreten, sie kann Startschwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme zum Kind oder beim Stillen überwinden helfen, das Auftreten emotionaler Probleme im Wochenbett und auch die Entscheidung für oder gegen ein weiteres Kind beeinflussen.

Wenn wir wirklich wissen wollen, ob „alles gut gelaufen“ ist, genügt es nicht, sich davon zu überzeugen, ob das Neugeborene fünf Finger an jeder Hand hat und die Mutter einigermaßen gut zu Fuß ist. Es genügt auch nicht, in den Statistiken nach perinatalen Morbiditäts- und Mortalitätsraten zu schauen und zu prüfen, wie hoch die Rate der schweren Dammverletzungen ist oder wie viel Zeit von der Entscheidung zum Kaiserschnitt bis zum tatsächlichen Eingriff vergangen ist. Wenn wir wirklich wissen wollen, ob „alles gut gelaufen“ ist, müssen wir die Frauen selbst fragen, wie sie ihre Betreuung während und nach der Geburt erlebt haben. Von Frauen aus zahlreichen Ländern wie z. B. Schweden, den Niederlanden, Großbritannien, Australien, den USA und Kanada wissen wir es, für Deutschland fehlen diese Daten weitgehend.

Mittlerweile bringt fast ein Drittel aller Frauen in Deutschland ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt. Viel wird darüber diskutiert, warum dieser Anteil mittlerweile so hoch ist und ob es sich dabei um eine wünschenswerte Entwicklung handelt, welche Konsequenzen dieser Geburtsweg für Mutter und Kind hat, ob Frauen sich einen Kaiserschnitt ‚wünschen‘ und vieles mehr. Aber wie erleben diese Frauen ihre Betreuung, gibt es einen Unterschied zu den Frauen, die ihr Kind auf vaginalem Weg zur Welt bringen? Die Studienlage hierzu ist nicht eindeutig.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Angaben von mehr als 16.000 Wöchnerinnen zu ihren Erfahrungen mit der Betreuung während und nach der Geburt im Krankenhaus analysiert. Die Ergebnisse sollen einen Beitrag leisten, mehr über die Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen zu erfahren, die ihr Kind vaginal oder per Kaiserschnitt in einem Krankenhaus in Deutschland zur Welt gebracht haben. Sie sollen aufzeigen, mit welchen Aspekten die Frauen zufrieden waren und mit welchen nicht, ob sich Frauen mit Kaiserschnitt in ihrer Betreuungszufriedenheit von denen mit vaginaler Geburt unterscheiden und welche Aspekte der Betreuung für die Zufriedenheit mit der Betreuung insgesamt besonders wichtig sind.

Hierfür wird im theoretischen Teil der Arbeit in Kapitel 2 zunächst die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland umrissen. Mit dem Geburtsort, den beteiligten professionellen Akteuren sowie den Organisationsformen und -inhalten der stationären intra- und postpartalen Versorgung wird der Kontext beleuchtet, in dem Gebärende und Wöchnerinnen ihre Betreuungserfahrungen machen. In Kapitel 3 wird das Konstrukt der Patientenzufriedenheit im Allgemeinen dargestellt, auf dessen theoretische Modellierungsrahmen die Konzepte der Zufriedenheitsentstehung im geburtshilflichen Kontext zurückgreifen. Relevanz und Entwicklung der Erfassung der Patientenperspektive werden kurz beleuchtet bevor im vierten Kapitel die verfügbaren externen Evidenzen zur Zufriedenheitsentstehung im geburtshilflichen Kontext sowie den Dimensionen und Einflussfaktoren der Wöchnerinnenzufriedenheit dargestellt werden und die Relevanz der Erfassung der Betreuungserfahrungen von Wöchnerinnen aus Sicht der Gesundheitsförderung, der Qualitätssicherung sowie vor dem Hintergrund der zunehmenden Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen beleuchtet wird. Im fünften Kapitel wird die nationale und internationale Entwicklung der Kaiserschnittraten dargestellt, Gründe für ihren Anstieg erläutert, die wissenschaftlichen Studienergebnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen dieses Geburtsmodus für Mutter und Kind einschließlich der Sichtweisen der Frauen dargelegt. Die in Kapitel 4 und 5 dargestellten nationalen und internationalen externen Evidenzen bilden die Basis für die Ableitung der Forschungsfragen in Kapitel 6. Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Messung der Zufriedenheit mit der Betreuung und Versorgung in gesundheitlichen Kontexten werden in Kapitel 7 einige methodische Vorüberlegungen im Licht der verfügbaren Evidenzen angestellt, das Befragungsinstrument, die Methode der Datenerhebung und -aufbereitung erläutert, die Datenbasis beschrieben und die Wahl der statistischen Verfahren zur Datenauswertung dargelegt. In Kapitel 8 werden die Ergebnisse zu den einzelnen Forschungsfragen dargestellt und im neunten Kapitel vor dem Hintergrund bereits bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse diskutiert. In diesem Kapitel wird darüber hinaus eine kritische Reflektion der Limitationen der Arbeit vorgenommen sowie

Implikationen für die Praxis und die weitere Forschung dargelegt. Eine Schlussbetrachtung in Kapitel 10 schließt die Arbeit ab.

### **Anmerkungen zum Sprachgebrauch**

Die vorliegende Arbeit orientiert sich in ihrem Sprachgebrauch an den Empfehlungen des Leitfadens für die sprachliche Gleichstellung der Fachhochschule Nordwestschweiz (Freiburghaus 2006) und Band 9 des Dudens (Duden 2007). Bei der Nennung der Hebamme beschränkt sich die Arbeit aufgrund der sehr geringen Anzahl männlicher Vertreter auf die weibliche Bezeichnung der Berufsgruppe, Entbindungspfleger sind selbstverständlich immer gleichermaßen gemeint. Gleiches gilt für die Berufsgruppe der Stillberaterinnen.

## **Teil I: Theoretischer Hintergrund**



## 2 Geburtsbetreuung in Deutschland

### 2.1 Geburtsort

In Deutschland bringen gut 98 % aller Frauen ihre Kinder im Krankenhaus zur Welt, ein Anteil, der sich in den letzten 10 Jahren relativ konstant gehalten hat. Genaue Angaben sind allerdings nicht möglich, da die Erfassung der von Hebammen geleiteten außerklinischen Geburten auf freiwilliger Basis mit einem geschätzten durchschnittlichen Erfassungsgrad von 76 % (Median: 74 %) (Loytved 2010) erfolgt und auch in der Krankenhausstatistik nicht alle Klinikgeburten vollständig erfasst werden (die Vollständigkeit der Datensätze beträgt hier durchschnittlich 91,7 % (Median 99 %) (BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2002; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2003; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2004b; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2005b; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006b; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2007b; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2008b; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009b). Dennoch ist damit das Krankenhaus der Ort, der die Geburtserfahrung der überwiegenden Mehrzahl der Frauen prägt.

Frauen, die sich gegen eine Geburt im Krankenhaus entscheiden, bringen ihre Kinder entweder in einem der ca. 150 Geburtshäuser oder zuhause zur Welt. Die folgenden Darstellungen zu den beteiligten Akteuren, Organisations- und Betreuungsformen beziehen sich ausschließlich auf die klinische Geburtshilfe.

### 2.2 Beteiligte professionelle Akteure

#### 2.2.1 Geburt

Während der Geburt werden die Gebärenden, je nach Geburtsverlauf und Klinikroutine, von einer Reihe verschiedener Fachpersonen betreut. Vorrangig sind dies Hebammen und geburtshilffliche Fachärztinnen und Fachärzte, in bestimmten klinischen Situationen werden Anästhesistinnen, Anästhesisten und Pädiaterinnen, Pädiater hinzugezogen. In Deutschland ist die Betreuung während der Geburt eine Hebammen und Ärztinnen, Ärzten vorbehaltene Tätigkeit. Nach §4 des Hebammengesetzes sind Ärztinnen und Ärzte darüber hinaus verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass zu jeder Geburt eine Hebamme hinzugezogen wird (Kurtenbach & Horschitz 1994). Hebammen sind durch ihre Ausbildung berechtigt, eine physiologische Geburt eigenverantwortlich zu betreuen, ein Recht das im Krankenhaus häufig eingeschränkt wird, indem Hebammen durch innervertragliche Regelungen der Weisungsbefugnis des ärztlichen Leitung der Abteilung unterstellt werden (zu Sayn-Wittgenstein 2007:95f). Diese Situation kann zu Konflikten führen, wenn z. B. bei einzelnen

Teammitgliedern der Eindruck entsteht, dass die eigene Fachkompetenz nicht anerkannt wird oder anderweitig gelagerte Konflikte unter Rückzug auf solche Regelungen ausgetragen werden. Inwieweit und in welcher Form diese hierarchischen Strukturen innerhalb eines Kreißaal-Teams gelebt werden und ob sie zu Konflikten führen, die für die Gebärenden spürbar werden, wird maßgeblich von der Sozial- und Fachkompetenz der beteiligten Personen abhängen (Kirchner 2005; Kirchner 2007).

Basierend auf Angaben der Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes ist nach einem Rückgang der Gesamtzahl der in Krankenhäusern angestellten Hebammen bis 2006 mittlerweile wieder ein leichter Anstieg zu beobachten. Gleichzeitig ist allerdings der Anteil der Vollzeitstellen in diesem Zeitraum von 37 % auf 29 % zurückgegangen (Statistisches Bundesamt 2005; Statistisches Bundesamt 2006; Statistisches Bundesamt 2008a; Statistisches Bundesamt 2008b; Statistisches Bundesamt 2010b; Statistisches Bundesamt 2011b). Die Betrachtung der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigtenzahl (Vollzeitäquivalente), die jedoch nur in vollen 1000er-Werten angegeben werden und daher eher grobe Anhaltswerte darstellen, zeigt einen Rückgang der Vollzeitäquivalente bis 2008 von 9000 auf 7000, in 2009 ist ein Anstieg auf 8000 Vollzeitäquivalente zu verzeichnen. Die Zahl der Beleghebammen stieg bis 2006 auf 2105, um nach einem Abfall in 2007 nun wieder auf 1980 anzusteigen (Statistisches Bundesamt 2005; Statistisches Bundesamt 2006; Statistisches Bundesamt 2008a; Statistisches Bundesamt 2008b; Statistisches Bundesamt 2010b; Statistisches Bundesamt 2011b).

Da verlässliche Personalanzahlswerte für die Hebammenbetreuung im Kreißaal sowie eine aktuelle Abbildung des Leistungsspektrums nach wie vor ausstehen (Meinefeld 2011; zu Sayn-Wittgenstein 2007:154), gestalten sich Aussagen zur Angemessenheit der Personalausstattung in deutschen Kreißälen auf Basis dieser Personalentwicklungsdaten schwierig. Korporal und Dangel weisen in einer Expertise zur Berufsfeldentwicklung der Hebammen-Geburtshilfe vor dem Hintergrund der sich verändernden Anforderungen an das Leistungsspektrum von Hebammen darauf hin, dass „eine Entwicklungsdynamik für die nächsten Jahre [...] trotz rückläufiger Geburtenzahlen einen gleich bleibenden bzw. eher ansteigenden Fachkräftebedarf an Hebammen mit sich bringen kann.“ (Korporal & Dangel 2002 in (zu Sayn-Wittgenstein 2007:154). Anekdotische Berichte geben Hinweise, dass die für die Gebärenden zur Verfügung stehenden Betreuungskapazitäten nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind (Hartmann 2008; Schmid & Thiessat 2009).

Die Gesamtzahl der im Fachgebiet ‚Geburtshilfe und Frauenheilkunde‘ tätigen Ärztinnen und Ärzte ist nach einem leichten Rückgang in 2005 bis zum Jahr 2009 kontinuierlich angestiegen. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten hat auch hier zugenommen (Statistisches Bundesamt 2005; Statistisches Bundesamt 2006; Statistisches Bundesamt 2008a; Statistisches Bundesamt 2008b; Statistisches Bundesamt 2010b; Statistisches Bundesamt

2011b), die Zahl der Vollzeitäquivalente wird konstant mit 4000 angegeben (Statistisches Bundesamt 2010a). Da mit diesen Zahlen sowohl gynäkologisch als auch geburtshilflich tätige Frauenärztinnen und -ärzte zusammengefasst werden, kann davon ausgegangen werden, dass die absolute Anzahl der in der stationären Geburtshilfe tätigen Ärztinnen und Ärzte niedriger liegt. Nicht abgeleitet werden kann, ob die zahlenmäßige Entwicklung der geburtshilflich Tätigen dem gleichen Anstieg folgt wie die Gesamtzahl der Frauenärztinnen und -ärzte. Nach einer Untersuchung im Auftrag des Deutschen Krankenhausinstitutes gaben im ersten Quartal 2010 42 % der befragten Krankenhäuser mit gynäkologisch/geburtshilflicher Abteilung Probleme bei der Stellenbesetzung an. Von den 5500 offenen Arztstellen bundesweit entfielen 5,9 % (330 Stellen) auf den Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe (Blum & Löffert 2010).

### **2.2.2 Wochenbett**

Nach der Geburt werden die Wöchnerinnen und ihre Neugeborenen je nach Organisationsform der stationären Wochenbettbetreuung ebenfalls von verschiedenen Berufsgruppen betreut. Hierzu zählen Pflegekräfte, Kinderpflegekräfte, Hebammen, Physiotherapeutinnen, Physiotherapeuten, Stillberaterinnen sowie Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte.

Zuverlässige Angaben zu den Zahlen der in diesem Bereich Tätigen lassen sich den amtlichen Statistiken nicht entnehmen, da das Pflegepersonal, die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten nicht nach Fachdisziplinen getrennt und Stillberaterinnen gar nicht erfasst werden. Die auf der Wochenstation oder im Neugeborenenzimmer tätigen Hebammen finden sich unter Pflegedienst subsumiert, bei Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzten wird keine Differenzierung nach ihrem Einsatzbereich vorgenommen. Vor dem Hintergrund der massiven Stellenstreichungen im Pflegebereich bis zum Jahr 2008 (Isfort et al. 2010) ist zu vermuten, dass auch der Bereich der stationären Wochenbettbetreuung und Neugeborenenversorgung davon betroffen ist. Somit ist es wahrscheinlich, dass auch in diesem Bereich in den letzten Jahren zunehmend weniger nichtmedizinisches Personal für die Betreuung der Frauen und ihrer Neugeborenen zur Verfügung steht.

## **2.3 Organisationsformen der Betreuung**

### **2.3.1 Geburt**

In den derzeit insgesamt 842 geburtshilflichen Abteilungen (Statistisches Bundesamt 2011b) werden verschiedene Betreuungsmodelle während der Geburt angeboten. Im ‚klassischen‘ System wird die Gebärende von fest angestellten Hebammen, Ärztinnen und Ärzten betreut, die im Schicht-System arbeiten. Die Frau hat in diesem Modell keinen Einfluss darauf, von welchen Personen sie während der Geburt betreut wird. Erstreckt sich die Geburt über zwei

oder mehr Schichten, wird sie einen oder mehrere Personalwechsel erleben und sich mehrfach auf neue Betreuungspersonen einstellen müssen. Sie wird von Hebamme, Ärztin und Arzt gemeinsam betreut, wer in welchem Maße anwesend ist, wird von der Klinikroutine und nicht zuletzt von der Auslastung des Kreißaals abhängen. Im Allgemeinen wird der überwiegende Teil der Betreuung und Begleitung durch die Hebamme erfolgen, die die Ärztin, den Arzt über den Verlauf der Geburt informiert, zur Geburt des Kindes sowie bei Auftreten von Komplikationen hinzuzieht. Eine weitere Organisationsform ist das Belegsystem, in dem freiberufliche Hebammen und/oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit einem Belegkrankenhaus kooperieren, nicht jedoch dort angestellt sind. Je nach Haus können sowohl Hebammen als auch Ärztinnen und Ärzte dort als Belegkräfte im Schichtdienst tätig sein oder auch nur eine der beiden Berufsgruppen, während die andere im Angestelltenverhältnis arbeitet. In der Regel handelt es sich bei Belegkrankenhäusern um kleinere Häuser der Grundversorgung. Die Gebärende hat auch in dieser Organisationsform theoretisch keinen Einfluss auf die sie betreuenden Fachpersonen, oftmals finden aber im Vorfeld Absprachen zwischen den Frauen und Hebammen statt, sodass, sofern es möglich ist, zur Geburt eine bestimmte, der Frau bereits bekannte Hebamme zur Geburt gerufen wird. Aufgrund des kleineren Personalstamms sind die Dienstzeiten im Allgemeinen länger, sodass die Frau mit geringerer Wahrscheinlichkeit einen Personalwechsel erlebt. Auch im Belegsystem wird die Frau in erster Linie von der Hebamme begleitet und betreut, die Ärztin, der Arzt wird bei Komplikationen hinzugezogen. In welchem Maße das ärztliche Personal bei komplikationslosen Verläufen involviert wird, ist im Allgemeinen hausintern geregelt.

Eine weitere Möglichkeit stellt die individuelle Betreuung der Frau durch eine Beleghebamme dar. In diesem Fall nimmt die Frau bereits früh in der Schwangerschaft Kontakt zu einer Beleghebamme auf und wird von ihr während der gesamten Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts betreut. In diesem Fall ist die Frau in der Wahl der Geburtsklinik limitiert, die sich auf das oder die Häuser beschränkt, mit denen die von ihr gewählte Hebamme in einem vertraglichen Verhältnis steht.

In den letzten Jahren wurde ein weiteres Versorgungsmodell entwickelt, der Hebammenkreißaal. Es handelt sich dabei um ein Konzept, dass gesunden Schwangeren im klinischen Setting eine interventionsarme und an ihren Bedürfnissen orientierte Geburtshilfe anbieten möchte (von Rahden 2005). Im internationalen Raum ein auf breiter Ebene erprobtes Modell mit guten Ergebnissen, ist es in Deutschland eine noch junge Versorgungsform (Bauer & zu Sayn-Wittgenstein 2006). In dieser von Hebammen geleiteten geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses, die parallel zum ärztlich geleiteten Kreißaal besteht und eng mit diesem kooperiert, werden Frauen mit niedrigem geburtshilflichen Risiko während der gesamten Geburt ausschließlich von Hebammen betreut. Das geburtshilfliche Risiko und damit die Eignung für die Aufnahme wird anhand

eines klinikinternen Kriterienkatalogs ermittelt. Angestrebt wird eine Eins-zu-eins-Betreuung, die Hebammen arbeiten aber auch in diesem Modell in der Regel im Schichtsystem, sodass die Gebärenden möglicherweise von mehreren unterschiedlichen Hebammen betreut werden. Zur Geburt wird eine zweite Hebamme hinzu gerufen. Gesunde Schwangere, die vor, während oder nach der Geburt Komplikationen entwickeln, werden anhand eines interdisziplinär erarbeiteten Ein- und Ausschlusskriterien-Katalogs in den ärztlich geleiteten Kreißsaal weiter geleitet bzw. es wird eine Ärztin, ein Arzt hinzugezogen (zu Sayn-Wittgenstein 2007:104) Die Schwangere kann die während der Geburt anwesende Hebamme nicht auswählen. Es sind aber durch Vorgespräche in der Schwangerschaft sowie durch weitere (Kurs)Angebote während der Schwangerschaft mehrere Möglichkeiten gegeben, das Hebammenteam kennen zu lernen. So besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Gebärende die sie letztlich betreuende Hebamme bereits kennt. Geburtshilfliche Abteilungen, die nach diesem Konzept arbeiten, wurden mittlerweile an 11 deutschen Krankenhäusern eingerichtet (Schäfers 2011:33). Eine kontinuierliche Betreuung durch eine vertraute Betreuungsperson trägt nachgewiesenermaßen dazu bei, protrahierte Geburtsverläufe, die Menge verabreichter pharmakologischer Analgetika, operative Geburtsbeendigungen, ungünstige Voraussetzungen für eine gelungene Stillbeziehung und das Auftreten einer postpartalen Depression zu minimieren (Hodnett et al. 2011). Im Kontrast hierzu berichtet eine Gebärende in einer amerikanischen Untersuchung, dass sie in einem Zeitraum von 6 Stunden von 16 verschiedenen Personen betreut wurde (Hodnett & Osborn 1989). Diese extreme Situation wird es in deutschen Kreißsälen wahrscheinlich nicht häufig geben, eine kontinuierliche Betreuung durch eine vertraute und ausgebildete Fachperson wird unter den aktuellen Rahmenbedingungen allerdings ebenfalls nur schwer zu erreichen sein.

### **2.3.2 Wochenbett**

Für die klinische Betreuung in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt gibt es, wie für die Geburt selbst, ebenfalls unterschiedliche Modelle. Bei der ‚klassischen‘ Form der stationären Wochenbettbetreuung werden die Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen auf zwei personell, organisatorisch und inhaltlich unterschiedlichen Abteilungen betreut, der Wochenbettstation und dem Neugeborenenzimmer. Die Pflegekräfte der Wochenbettstation sind dabei traditionell für die Mutter ‚vom Nabel abwärts‘ zuständig, die Pflegekräfte des Neugeborenenzimmers für das Kind und die Brust der Mutter (Polleit 2003:193). Die beiden Arbeitseinheiten können als Funktions- oder Bezugspflege organisiert sein, mit Tages- oder 24h-Rooming-In. Da auf beiden Abteilungen im Allgemeinen im Drei-Schicht-System gearbeitet wird, bedeutet dies für die Wöchnerin, dass sie innerhalb von 24 Stunden von mindestens sechs verschiedenen nicht-ärztlichen Fachkräften betreut wird, eventuell noch von Physiotherapeutinnen, Physiotherapeuten und Stillberaterinnen sowie ggf. von einer

oder mehreren Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzten. Die in dieser hochsensiblen Zeit erforderliche konsistente und kontinuierliche Betreuung und Beratung stellen in dieser Organisationsform mit ihrer Vielzahl von Beteiligten eine sehr große Herausforderung dar.

Vor dem Hintergrund, dass sich Mutter und Kind nach der Geburt in einer engen symbioseähnlichen Beziehung befinden (Polleit 2003:196), entstand mit Beginn der 1990er Jahre die Idee der integrativen Wochenbettbetreuung, die dieser Symbiose inhaltlich und organisatorisch entsprechen will. Bei diesem Konzept stehen die Förderung der Mutter-Kind-Beziehung sowie der Kompetenz der Mutter im Vordergrund, die Einbindung der Mutter bzw. der Eltern in die Betreuung und Pflege des Kindes sowie die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Frauen und ihrer Kinder sind integraler Bestandteil des Konzepts (Hasseler 2002). Organisatorisch wird auf eine Trennung von Wochenbettstation und Kinderzimmer verzichtet, ein 24h-Rooming-In ist Standard, Mutter und Kind werden von einem interdisziplinären Team mit einer hauptverantwortlichen Fachkraft je Schicht betreut, die sich um alle Fragen und Belange kümmert. Eine ärztliche Visite findet nur im Bedarfsfall statt (Mändle 2007a).

Zum Umsetzungsgrad des Konzepts der integrativen Wochenbettbetreuung in deutschen Kliniken gibt es keine Zahlen, eine stichprobenartige Durchsicht von 100 Internetauftritten einschließlich der entsprechenden strukturierten Qualitätsberichte der insgesamt 842 geburtshilflichen Fachabteilungen in Deutschland ergab, dass 27 von 100 angaben, eine integrative Wochenbettbetreuung anzubieten. Ob in diesen Abteilungen die Kriterien für eine integrative Wochenbettbetreuung erfüllt werden, ob die arbeitsorganisatorischen Strukturen in geeigneter Form angepasst sind, regelmäßige Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, u.ä. wird aktuell jedoch nicht geprüft. In einer Untersuchung zur Umsetzung und Wirkung des Konzepts der ganzheitlichen Wochenbettpflege in drei deutschen Kliniken aus dem Jahr 1999 zeigte sich, dass es weitgehend einer theoretischen Fundierung entbehrt, sich überwiegend an organisationalen und strukturellen Bedingungen sowie marketingstrategischen Überlegungen orientiert (Hasseler 2002). Der einzige Rahmen, in dem eine Qualitätskontrolle von Konzepten der Wochenbettbetreuung stattfindet, ist die Zertifizierung zum babyfreundlichen Krankenhaus, die neben anderen Aspekten auch eine integrative Wochenbettbetreuung fordert (zu Sayn-Wittgenstein 2007:151).

Die Angaben zur durchschnittlichen Verweildauer schwanken je nach Geburtsmodus und lag im Jahr 2010 bei durchschnittlich 3 Tagen nach Spontangeburt, 4,4 Tagen nach vaginal-operativer Geburt sowie 5,5 Tagen nach Kaiserschnitt und 4,8 Tagen für alle geburtshilflichen Diagnosen (Statistisches Bundesamt 2010c). Zieht man davon die im Kreißsaal verbrachte Zeit ab, verbleiben die Wöchnerinnen durchschnittlich ca. 2-4 Tage auf der Wochenbettstation.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Frauen, trotz verschiedentlicher Bemühungen um eine kontinuierliche und ganzheitliche Betreuung nach wie vor eine überwiegend fragmentierte Versorgung während Geburt und Wochenbett mit zahlreichen unterschiedlichen Betreuungspersonen erleben.

## 2.4 Inhalte der Betreuung

### 2.4.1 Geburt

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) treten bei etwa 15% aller Geburten interventionsbedürftige Komplikationen auf (AbouZahr 1998), sodass die Mehrzahl der Geburten im Krankenhaus lediglich der aufmerksamen Begleitung durch geschultes Fachpersonal und keiner medizintechnischen Unterstützung bedürfte. In einem von der WHO entwickelten Leitfaden zur Betreuung einer normalen Geburt wird das Ziel der Betreuung darin gesehen, Mutter und Kind gesund und mit der geringstmöglichen Rate an Interventionen aus der Geburt hervorgehen zu lassen. Es wird betont, dass ein Eingreifen in den natürlichen Geburtsverlauf nur bei Vorliegen zwingender Gründe erfolgen sollte: „In normal birth there should be a valid reason to interfere with the natural process.“ (WHO 1996)

Als wesentliche Aufgaben der betreuenden Fachkräfte wird die Unterstützung der Gebärenden und ihrer Begleitpersonen gesehen sowie die Beobachtung von Mutter und Kind, das Erkennen möglicher Risikofaktoren und Anzeichen, die eine Verlegung der Frau in eine entsprechend spezialisierte Einrichtung erforderlich machen. Zu diesem Ergebnis kommt auch die Leitlinie des britischen *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) zur Betreuung von gesunden Gebärenden am Geburtstermin (zwischen der vollendeten 37. und 42. Schwangerschaftswoche). Zu den Kernempfehlungen für die Betreuung einer normalen Geburt zählen eine respektvolle Kommunikation auf Augenhöhe, die Sicherstellung einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung, die Motivation der Gebärenden, sich zu bewegen und ihr angenehme Positionen einzunehmen, sowie bei normalem Voranschreiten der Geburt nicht zu intervenieren (National Collaborating Centre of Women's and Children's Health 2007).

Eine kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung werden Gebärende im Krankenhaus am ehesten erleben, wenn sie sich für die individuelle Betreuung durch eine Beleghebamme entscheiden (vgl. Abschnitt 2.3.1). In Kreißsälen, in denen angestellte oder Beleghebammen in einem Schichtsystem arbeiten, wird eine kontinuierliche Eins-zu-Eins-Betreuung eher die Ausnahme darstellen, da eine Hebamme in der Regel mehr als eine Frau zu betreuen hat, darüber hinaus eine Vielzahl anderer Tätigkeiten verwaltungstechnischer und organisatorischer Art zu erledigen hat und nicht zuletzt die angespannte Personalsituation

dieser personalintensiven Betreuungsform entgegensteht (Kieschnick 2011; Schmid & Thiessat 2009).

Ein Blick in die Internetauftritte der geburtshilflichen Abteilungen deutscher Kliniken lässt vermuten, dass Schwangere heutzutage bei der überwiegenden Mehrzahl der Kreißsäle ein freundliches Ambiente vorfinden sowie ein breit gefächertes Angebot an Utensilien und Einrichtungsgegenständen, die den Gebärenden den Umgang mit den Wehen erleichtern und Mobilität sowie ihnen angenehme Positionen ermöglichen sollen. Ob hinter der Bereitstellung des Mobiliars ein inhaltliches Konzept für eine entsprechende Betreuung steht, das eine effektive Nutzung ermöglicht, wird verschiedentlich angezweifelt (zu Sayn-Wittgenstein 2007:151).

Der Verzicht auf medizinische Interventionen bei physiologischem Geburtsverlauf ist nicht nur in deutschen Kreißsälen eher die Ausnahme und wurde in den letzten Jahren vielfach unter den Stichworten Medikalisierung, Pathologisierung oder Technisierung von Schwangerschaft und Geburt beschrieben (Henley-Einion 2009; Johanson et al. 2002; Kolip 2000b). Für Deutschland hat Schwarz die niedersächsischen Perinataldaten mit Blick auf die Durchführungsraten 14 verschiedener geburtshilflicher Interventionen im Zeitraum zwischen 1984 und 1999 analysiert (Schwarz 2008). Es waren dies verschiedene Methoden zur Überwachung des kindlichen Wohlbefindens (Aufzeichnung der kindlichen Herztöne und mütterlichen Wehen (Kardiotokografie, CTG) bei Aufnahme der Gebärenden in den Kreißsaal, externes und internes CTG während der Geburt, Fetalblutanalyse), unterschiedliche Methoden der Geburtseinleitung bzw. Wehenunterstützung (medikamentöse Zervixreifung, Geburtseinleitung, intrapartale Wehenmittelgabe), Maßnahmen zur Schmerzlinderung (Gabe von Analgetika, Legen einer Periduralanästhesie (PDA)), Verfahren der operativen Geburtsbeendigung (Forzeps, Vakuumextraktion, primärer und sekundärer Kaiserschnitt) sowie das Setzen einer Episiotomie bei vaginalen Geburten. Mit Ausnahme der internen CTG-Überwachung und der vaginal-operativen Geburtsbeendigung per Forzeps- oder Vakuumextraktion war bei allen Interventionen ein Anstieg in der Durchführungsrate zu beobachten, wobei die Abnahme der vaginal-operativen Geburten durch einen Anstieg der Sectiorate mehr als ausgeglichen wurde (ebd. S.120f). Eine Subgruppenanalyse nach dem Risikostatus der Frauen ergab, dass die Interventionsraten bei fast allen Interventionen bei Frauen mit niedrigem geburtshilflichen Risiko unter denen der Frauen mit erhöhtem Risiko lagen, die Zuwachsraten hingegen bei ersteren fast durchgängig höher lagen. Insgesamt erfuhren lediglich 6,7 % der Gebärenden keine invasive Intervention während der Geburt (4,6 % in der Risiko-Gruppe, 8,2 % in der Normal-Gruppe) (ebd.). Aktuelle Zahlen zeigen, dass sich diese Entwicklung weiter fortsetzt und darüber hinaus in den letzten Jahren zunehmend rascher voranschreitet, insbesondere mit Blick auf die PDA- und Kaiserschnitttrate (Schwarz 2009). Lag die PDA-Rate 1987 noch



bei 15,2 %, stieg sie von 1997 bis 2007 von 16,1 % auf 24,1 %. Die Kaiserschnitttrate stieg in diesen beiden Dekaden von 15,1 % über 18,4 % auf 29,3 % (Schwarz 2008; Statistisches Bundesamt 2011a) und hat inzwischen eine Rate von 32,7 % erreicht (AQUA 2011).

Gebärende in deutschen Kliniken können also damit rechnen, eine Vielzahl medizinischer Interventionen zu erfahren, die nach aktueller Evidenzlage häufig nicht dem intendierten Ziel dienen, die perinatale und mütterliche Morbidität und Mortalität zu minimieren. So zeigen sowohl nationale Zahlen als auch Untersuchungsergebnisse aus anderen Ländern aus der außerklinischen Geburtshilfe oder hebammengeleiteten Einrichtungen, dass gesunde Frauen sehr viel weniger medizin-technische Unterstützung beim Gebären benötigen als dies bei vergleichbaren Populationen im Krankenhaus bei gleichen oder besseren Ergebnissen der Fall ist (Bauer et al. 2010; Johnson & Davis 2003; Loytved & Wenzlaff 2007; Tew 1998).

Als eine der Hauptursachen wird die Sichtweise von Geburt als einem hochriskanten medizinischen Geschehen, das erst retrospektiv als normal zu beurteilen ist, genannt (Davis-Floyd 2001; Henley-Einion 2009). Ein weiterer Aspekt ist der Versuch, die verschiedenen Phasen der Geburt zu standardisieren und Normwerte für Dauer der verschiedenen Geburtsphasen, für Frequenz, Dauer und Intensität der Wehen festzulegen bei deren Nichteinhaltung entsprechende Eingriffe erforderlich werden (Schwarz 2008:29). Die Sinnhaftigkeit dieser Normierung wird mittlerweile verschiedentlich wieder in Frage gestellt (National Collaborating Centre of Women's and Children's Health 2007). Nicht zuletzt begünstigt das seit 2000 nach und nach eingeführte und seit 2004 bundesweit verbindlich gültige Abrechnungssystem (DRG) die Pathologisierung normaler Prozesse. So wird die normale Geburt nach wie vor geringer vergütet als operative Geburtsbeendigungen (Hornemann et al. 2008), auch wenn die Schere in den letzten Jahren etwas kleiner geworden ist (Knape 2010). Ein weiteres Beispiel ist der Rückgang der ambulanten Geburten, d. h. die Entlassung aus dem Krankenhaus zwei bis sechs Stunden nach der Geburt. Vermutet wird, dass dies durch Berechnung der Neugeborenen-DRG begünstigt wird, die frühestens nach einem 24stündigen stationären Aufenthalt des Neugeborenen abgerechnet werden kann (zu Sayn-Wittgenstein 2007).

### **2.4.2 Wochenbett**

In der Zeit des Wochenbetts benötigen Frauen im Wesentlichen eine aufmerksame und respektvolle Beobachtung und Begleitung, die das Bonding und den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung fördern, ein erfolgreiches Stillen bzw. die korrekte Ernährung des Kindes mit Flaschenernährung unterstützt und die physischen und psychischen Erholungs- und Anpassungsprozesse an die neue Situation begleitet (Demott et al. 2006).

Ein wichtiger Aspekt sowohl der frühen Förderung des Bondings als auch einer erfolgreichen Stillbeziehung ist der direkte Hautkontakt unmittelbar nach der Geburt sowie ein Anlegen innerhalb der ersten Stunde post partum sowie der Verzicht auf eine Trennung von Mutter

und Kind in den ersten Tagen nach der Geburt (Moore et al. 2007). Frauen, die ihr Kind stillen möchten, sollten einheitliche Informationen und praktische Unterstützung beim Anlegen erhalten, das Neugeborene sollte keinen Schnuller und auch keine weitere Flüssigkeit oder Nahrung bekommen. Die Wöchnerinnen sollten ihr Kind in einer geschützten Atmosphäre stillen können, die Gelegenheit haben, sich ungestört von Klinikroutinen erholen zu können, sowie jederzeit Zugang zu Nahrung und Getränken haben (Abou-Dakn et al. 2009).

Geht man nach den Angaben in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser, so hat sich das Rooming-In mittlerweile weitgehend durchgesetzt, wobei nicht immer deutlich wird, ob ein 24-h-Rooming-In oder ein Tages-Rooming-In angeboten wird. Dennoch ist davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrzahl der Mütter heutzutage die Möglichkeit hat, ihre Neugeborenen in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt auf der Wochenbettstation so lange bei sich zu haben, wie sie dies wünschen. Gleichwohl gibt es Hinweise, dass dieser Wunsch durch das betreuende Fachpersonal beeinflusst wird (Svensson et al. 2005). Aus einer prospektiven Kohortenstudie zur Stillsituation in Bayern geht hervor, dass etwa die Hälfte der Mütter ein 24h-Rooming-In innerhalb der ersten sechs Tage nach der Geburt praktizierten. Darüber hinaus erhielten knapp zwei Drittel der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen einen Schnuller und etwa einem Drittel wurde zusätzlich Flüssigkeit in Form von Wasser, Tee, Glucose oder künstlicher Säuglingsnahrung angeboten (Rebhan et al. 2008).

Eine Reihe von Kliniken bietet, nicht selten gegen Bezahlung, ein oder mehrere Familienzimmer an, d. h. Räumlichkeiten, in denen der Partner im Krankenhaus übernachten kann. In dieser Situation ist mit großer Wahrscheinlichkeit auch ein höheres Maß an Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeit für die Mutter möglich als es in normalen Zwei- oder Mehrbett-Zimmern der Fall ist. Unabhängig davon, ob dieses Angebot Überlegungen zur ‚Kundenbindung‘, dem ehrlichen Willen, den Wünschen der Wöchnerinnen nach einer familiären und persönlichen Umgebung entgegenzukommen, oder der Schaffung einer familien- und stillfreundlichen Kultur entspringt, ist es sicher als eine positive Entwicklung zu bewerten. Gleichwohl kann vermutet werden, dass es sich dabei um ein Angebot handelt, das aufgrund der begrenzten Zahl an Familienzimmern sowie der Kostenpflichtigkeit nur einer sehr begrenzten Zahl an Paaren zu Gute kommt und die bereit und in der Lage sind, diese Kosten zu tragen.

Die stichprobenartige Durchsicht der strukturierten Qualitätsberichte von 100 Krankenhäusern deutet darauf hin, dass etwa 75 % der geburtshilflichen Abteilungen Frühstück- und Abendessen in Buffetform servieren, um den Wöchnerinnen mit Blick auf die in den ersten Tagen noch unberechenbaren Fütterungszeiten des Kindes flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten anzubieten.

Neben diesen organisatorischen Maßnahmen existieren mit dem Konzept der Integrativen Wochenpflege (Hasseler 2002) sowie dem des Babyfreundlichen Krankenhauses (Abou-Dakn et al. 2009) inhaltliche Konzepte, mit denen sich eine Reihe von Krankenhäusern systematisch um die Stillförderung sowie die Förderung der Mutter-Kind-Beziehung und der Eigenkompetenz der Mutter bemühen. Als Babyfreundliches Krankenhaus ausgezeichnet sind aktuell 63 Krankenhäuser, 52 bereiten sich auf eine entsprechende Zertifizierung vor (Verein zur Unterstützung der WHO/UNICEF-Initiative "Babyfreundliches Krankenhaus" e.V. 2011). Nach eigenen Angaben in den strukturierten Qualitätsberichten oder den Internetauftritten der Gelegenheitsstichprobe von 100 Krankenhäusern arbeiten 25 % dieser Häuser nach dem Konzept der integrativen Wochenpflege.

Insgesamt lässt sich sagen, dass systematische Bemühungen um einen guten Start in die Mutter-Kind- und Stillbeziehung in einem Teil der geburtshilflichen Abteilungen deutlich werden, verfügbare Zahlen zur Stillsituation in Deutschland (Rebhan et al. 2008) weisen jedoch auf weiteres Verbesserungspotenzial hin. Darüber hinaus lassen anekdotische Berichte sowohl von Wöchnerinnen als auch Fachkräften vermuten, dass widersprüchliche Informationen zu fast allen Themen des Wochenbetts, insbesondere aber zur Ernährung und Pflege des Neugeborenen, eine aus unterschiedlichen Gründen unzureichende praktische und emotionale Unterstützung, der Situation des frühen Wochenbetts unangepasste Stationsroutinen und ungeeignete Besuchsregelungen nach wie vor zu den alltäglichen Problemen auf deutschen Wochenbettstationen zählen.

## 2.5 Zusammenfassung

Die überwiegende Mehrzahl der Frauen in Deutschland bringt ihr Kind in einem Krankenhaus zur Welt und verbringt dort die ersten Stunden und Tage nach der Geburt. Die Gebärenden bzw. Wöchnerinnen werden sowohl intra- als auch postpartal von einer Reihe verschiedener Berufsgruppen betreut, vorrangig Hebammen, Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte. Das Selbstverständnis der einzelnen Berufsgruppen, das nicht immer mit den hierarchisch organisierten Klinikstrukturen konform geht, kann ein gewisses Konfliktpotenzial bergen.

Sowohl in der intra- als auch in der postpartalen Betreuung sehen sich die Frauen unterschiedlichen Organisationsstrukturen gegenüber. Der Grad der Einflussnahme auf das sie betreuende Team variiert mit den organisatorischen Gegebenheiten des Krankenhauses. Die meisten der in deutschen Kliniken existierenden Betreuungsstrukturen stehen einer kontinuierlichen Eins-zu-Eins-Betreuung, die nachweislich mit besseren mütterlichen und kindlichen Outcomes sowie einer höheren Zufriedenheit auf Seiten der Wöchnerinnen einhergeht, entgegen.

Geprägt durch die Sichtweise, dass eine Geburt ein hochriskantes Geschehen darstellt, das erst retrospektiv als normal beurteilt werden kann, erlebt die Mehrzahl der Gebärenden eine von einer Vielzahl geburtsmedizinischer Interventionen geprägte Betreuung, die Zahl der

operativ beendeten Geburten steigt seit Jahren stetig an. Die postpartale Betreuung ist weit weniger technisiert, in den letzten Jahren werden zunehmend Bemühungen um inhaltliche Konzepte zur Stillunterstützung und Förderung der Mutter-Kind-Bindung sowie um familienfreundliche Strukturen, z. B. in Form von Familienzimmern, erkennbar, sind jedoch noch längst nicht flächendeckend umgesetzt.

Die im gesamten Gesundheitsbereich, insbesondere im nicht-ärztlichen Bereich, seit Jahren zu beobachtenden Personalkürzungen zeigen sich auch im geburtshilflichen Bereich. Inwiefern sich dies vor dem Hintergrund rückläufiger Geburtenzahlen auf die Betreuungskapazitäten auswirkt, lässt sich anhand der verfügbaren offiziellen Daten nicht eindeutig ermitteln, anekdotische Berichte deuten jedoch darauf hin, dass auch im geburtshilflichen Bereich zunehmend weniger Fachkräfte für die Betreuung der Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen zur Verfügung stehen.

## **3 Das Konstrukt der Patientenzufriedenheit**

### **3.1 Theoretische Modellierungsrahmen der Zufriedenheitsentstehung**

Zur Entstehung von Zufriedenheit finden sich eine Reihe unterschiedlicher Erklärungsansätze, je nachdem, welche Fachdisziplin sich mit dem Thema beschäftigt und mit welchem Ziel, eine allgemeingültige Theorie hingegen existiert nicht (Leimkühler & Müller 1996). Die meisten Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass Zufriedenheit das Ergebnis eines komplexen Vergleichsprozesses zwischen der individuellen Wahrnehmung der erlebten Situation oder Leistung und persönlichen Vergleichsstandards darstellt (Crow et al. 2002:35f). Am ausgiebigsten untersucht ist der Prozess der Zufriedenheitsentstehung für die Konsumentenzufriedenheit im Bereich der Marktforschung (Newsome & Wright 1999), die sich gleichwohl Erkenntnissen der psychologischen, aber auch der soziologischen Forschung bedient (Thompson & Sunol 1995). Im Bereich der Gesundheitsversorgung steht eine umfassende Theorie zur Entstehung von Patientenzufriedenheit nach wie vor aus (Aragon & Gesell 2003; Sitzia & Wood 1997), die Mehrheit der sehr zahlreichen Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit beschäftigt sich mit den Dimensionen und Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit (Crow et al. 2002).

#### **3.1.1 Modell der Erwartungsdiskrepanz**

Das bei weitem gängigste Erklärungsmodell für die Entstehung von Patientenzufriedenheit ist das aus der Marktforschung stammende Modell der Erwartungsdiskrepanz (Bramadat & Driedger 1993; Newsome & Wright 1999). Hölzing (2008 in (Weiß 2009:18)) bezeichnet es als einen integrierenden Rahmen, in den speziellere Theorien zur Erklärung der Zufriedenheitsentstehung eingegliedert werden können.

In diesem Erklärungsmodell ist Zufriedenheit das Ergebnis eines kognitiven Vergleichsprozesses zwischen der subjektiven Wahrnehmung der erlebten Situation oder Leistung und einem Vergleichsstandard (Neugebauer & Porst 2001:2), d. h. Patientenzufriedenheit entsteht hier durch den Abgleich der gemachten Erfahrung mit verschiedenen Aspekten der Versorgung und den eigenen Erwartungen. Das Modell geht davon aus, dass Patientinnen und Patienten bei Eintritt in den Versorgungsprozess bereits bestimmte Erwartungen an den Prozess und auch das Ergebnis haben sowie willens und in der Lage sind, die Qualität der gemachten Erfahrungen zu beurteilen (Thompson & Sunol 1995). Trifft oder übertrifft die wahrgenommene Leistung die Erwartung entsteht Zufriedenheit, verfehlt die wahrgenommene Leistung die Erwartung resultiert Unzufriedenheit. Ausmaß und Richtung der Zufriedenheit hängen dabei von der Größe der

Diskrepanz ab (Pascoe 1983). Die empirischen Belege für die Gültigkeit dieses Modells sind jedoch uneinheitlich (Crow et al. 2002; Thompson & Sunol 1995).

### 3.1.2 Erwartungen

Erwartungen als ein zentrales Element im Diskrepanzmodell stellen die persönliche Messlatte dar, die mitbestimmt, ob eine Patientin, ein Patient letztendlich zufrieden ist oder nicht. In den Studien zur Patientenzufriedenheit wird das verwendete Erwartungskonzept, wenn Erwartungen überhaupt abgefragt werden, oft nicht explizit formuliert (Jacob et al. 2000 in (Lenz 2004)). Es werden keine weiteren theoretischen Überlegungen angestellt, die über die generelle Annahme, dass Zufriedenheit das Ergebnis eines Abgleichs von erwarteter und erhaltener Behandlung ist, hinausgehen (ebd.).

Thompson und Sunol (Thompson & Sunol 1995) definieren Erwartungen als Einstellungen oder Haltungen, die entsprechend durch einen kognitiven Prozess entstehen und aufrechterhalten oder verändert werden. Sie unterscheiden verschiedene Typen:

- *Ideale Erwartungen* drücken die individuelle Idealvorstellung von der gesundheitlichen Versorgung aus, ohne dass zwingend davon ausgegangen wird, dass diese auch eintreten wird.
- *Prognostische Erwartungen* beschreiben das antizipierte oder realistisch zu erwartende Ergebnis. Diese Erwartungen basieren meist auf individuellen Vorerfahrungen, Berichten von anderen Personen oder Informationen aus anderen Quellen.
- *Normative Erwartungen* beschreiben, was für angemessen gehalten wird bzw. was passieren sollte. Ansichten darüber, worauf eine Person Anspruch zu haben glaubt, sowie soziale Normen spielen bei diesen Erwartungen eine Rolle.
- *Nicht artikuliert* *Erwartungen* können aus sehr unterschiedlichen Gründen vorliegen:
  - die Erwartungen sind zu diffus oder schwierig zu benennen
  - eine gemachte Erfahrung ist zu schmerzhaft, um sie wieder aufleben zu lassen
  - bestimmte Dinge werden als selbstverständlich vorausgesetzt
  - man gesteht sich eigene Erwartungen an eine bestimmte Leistung nicht zu
  - es liegen keine Erwartungen vor.

Erwartungen unterliegen darüber hinaus dem Einfluss individueller Persönlichkeitsmerkmale wie z. B. persönlicher Bedürfnisse, Wertvorstellungen, Vorerfahrungen oder auch Wissen. Sie werden beeinflusst durch soziodemografische Charakteristika, aber auch durch soziale Phänomene wie gesellschaftliche Normen, Rollenverständnisse oder Konformitätsdruck (Williams et al. 1998) sowie den Kontext, in dem Zufriedenheit entsteht (Thompson & Sunol 1995). Schließlich können sich Erwartungen und Erfahrungen gegenseitig beeinflussen. So können Vorerfahrungen oder Informationen, die während des Betreuungsprozesses verfügbar werden, Erwartungen verändern. Andererseits können Erwartungen die Betreuung

selbst oder auch die Wahrnehmung der erhaltenen Betreuung beeinflussen (Crow et al. 2002).

### **3.1.3 Assimilations-Kontrast-Theorie**

Ein weiteres Erklärungsmodell für das Zusammenspiel von Erwartungen und Erfahrungen liefert die Assimilations-Kontrast-Theorie (Sheriv et al. 1961 in (Weiß 2009)). Sie greift auf die Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger 1962) zurück, die besagt, dass Inkonsistenzen zwischen Erwartungen und Erfahrungen als psychische Spannung erlebt werden, die der Mensch bestrebt ist zu reduzieren oder zu beseitigen. Er versucht dies, indem er die Wahrnehmung an die Erwartung bzw. die Erwartung an die Wahrnehmung anpasst (assimiliert), um wieder ein psychisches Gleichgewicht zu erreichen. Das Bedürfnis nach Reduktion der kognitiven Dissonanz ist umso höher, je höher die psychische Bedeutsamkeit des Ereignisses ist. Auch bei alleiniger Verfügungsgewalt über die Entscheidung wird die Auflösung der psychischen Spannung als besonders dringlich erlebt (Festinger in (Kaiser 2004:57)). Die Assimilations-Kontrast-Theorie geht davon aus, dass diese Anpassung nur bis zu einem gewissen Grad an Dissonanz möglich ist. Sobald der Abstand zwischen Erwartung und Erfahrung zu groß wird, tritt das Gegenteil ein, der Kontrast-Effekt. Die Differenz wird überhöht, höhere Erwartungen führen dann zu einer niedrigeren Wahrnehmung und umgekehrt. Der Assimilationseffekt ist empirisch gut belegt, der Kontrast-Effekt scheint hingegen eng mit bestimmten situativen Bedingungen verbunden, insbesondere bei einem hohen Maß an kognitiver Auseinandersetzung mit der zu beurteilenden Situation oder bei hohem persönlichen Bezug (Kaiser 2004:57). Die Assimilations-Kontrast-Theorie geht also über die lineare Zusammenhangsbeschreibung des Diskrepanzmodells hinaus und könnte einen Erklärungsbeitrag leisten zu der - außer unter extremen Bedingungen - geringen Varianz in den Zufriedenheitsäußerungen von Patienten (Thompson & Sunol 1995).

### **3.1.4 Das Modell der Toleranzzone**

Ausgehend von der Situation, dass Zufriedenheit kein dichotomes Konstrukt darstellt, der Übergang von Zufriedenheit zu Unzufriedenheit eher fließend ist, argumentieren einige Autoren für die Existenz einer so genannten Toleranzzone, in der der Patient hinlänglich, wenn auch nicht völlig zufrieden ist (Paramasuran et al. 1991 in (Thompson & Sunol 1995)). Diese Toleranzzone beschreibt den Bereich zwischen der erreichbaren normativen Erwartung und der minimalen prognostischen Erwartung. Diese Toleranzzone ist je nach Beurteilungsgegenstand unterschiedlich breit. So ist vorstellbar, dass Patientinnen und Patienten mit Blick auf die Qualität des Essens im Krankenhaus eine breitere Toleranzzone und ein geringeres Erwartungslevel haben als z. B. an den Ausgang der Behandlung (Thompson & Sunol 1995).

### 3.2 Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit

Nach dem Diskrepanzmodell wäre Zufriedenheit umso schwieriger zu erreichen je höher die Erwartungen sind und umso leichter, je niedriger sie sind. In einer Befragung von 125 ambulanten Patienten zur Zufriedenheit mit dem Arztbesuch, deren Erwartungen vor dem Besuch erfasst wurden, zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten, deren hohe Erwartungen erfüllt wurden, am zufriedensten waren. Diejenigen, deren niedrige Erwartungen bestätigt wurden, zeigten die höchste Unzufriedenheit. Werte und normative Erwartungen waren nicht mit Zufriedenheit assoziiert, insgesamt betrug der erklärende Anteil von Erwartungen an der Zufriedenheit 8 % (Linder-Pelz 1982). Avis und Bond (Avis et al. 1997) konnten in ihrer Befragung von 80 ambulanten Patientinnen und Patienten keinen Zusammenhang zwischen vorab abgefragten Erwartungen und nachgängig geäußelter Zufriedenheit mit dem Arztbesuch ermitteln. Aus der Marktforschung gibt es Hinweise, dass hohe prognostische Erwartungen dazu führen, dass ein Produkt oder eine Dienstleistung positiver wahrgenommen wird und die Zufriedenheit entsprechend höher ist (Olson 1979 in (Newsome & Wright 1999)), was die Assimilations-Kontrast-Theorie stützen würde, hohe normative oder ideale Erwartungen hingegen zu einer geringeren Zufriedenheit beitragen. Dieser Annahme stehen wiederum die Ergebnisse von Williams et al. entgegen, die 29 psychiatrische Patienten sowohl mit Hilfe unstrukturierter persönlicher Interviews als auch mit einem validierten Fragebogen zu ihrer Zufriedenheit mit der Betreuung und Behandlung befragten. Zufriedenheit wurde in dieser Arbeit beeinflusst durch normative Erwartungen, d. h. was nach Ansicht der Patientinnen und Patienten zu den Aufgaben der Fachkräfte gehörte. Dennoch zeigten sich nicht alle Patientinnen und Patienten, deren normative Erwartungen nicht erfüllt wurden, unzufrieden, wenn sie den Eindruck hatten, dass die Fachkräfte unter den gegebenen Umständen getan hatten, was sie konnten. Dieser Arbeit zufolge führen unerfüllte Erwartungen nicht automatisch zu Unzufriedenheit (Williams et al. 1998). Die Heterogenität dieser Ergebnisse legt nahe, dass es sich bei der Entstehung von Zufriedenheit nicht um den linearen Prozess handelt wie er in der ‚Reinform‘ des Modells der Erwartungsdiskrepanz postuliert wird.

Sowohl die Assimilations-Kontrast-Theorie als auch das Konzept der Toleranzzone liefern Erklärungsansätze über eine nicht-lineare Zufriedenheitsbildung, wie sie in der Praxis zu beobachten ist, die nach dem Modell der Erwartungsdiskrepanz jedoch nicht zu erwarten wäre. Nicht berücksichtigt bleiben allerdings auch bei diesen modifizierenden Ansätzen mögliche affektive Komponenten, die die Zufriedenheit beeinflussen, die gerade im Bereich der Patientenzufriedenheit eine größere Rolle spielen könnten als kognitive Prozesse angesichts der Außergewöhnlichkeit und Emotionalität, die der Erfahrung eines Krankenhausaufenthaltes im Allgemeinen anhaften (Thompson & Sunol 1995). Verschiedene Autoren gehen davon aus, dass gerade nicht-artikulierte Erwartungen, die die



Erklärung der Zufriedenheitsentstehung im Rahmen eines wie auch immer modifizierten Diskrepanzmodells erschweren, im Bereich der Gesundheitsversorgung sehr viel häufiger anzutreffen sind als z. B. in der Marktforschung (Crow et al. 2002; Thompson & Sunol 1995). Angesichts dieser Situation wird diskutiert, dass im Bereich der Gesundheitsversorgung die Zufriedenheit mit der Betreuung stärker durch die Reaktion auf die gemachte Erfahrung beeinflusst wird als durch allgemeine Wertvorstellungen oder Erwartungen (Pascoe 1983; Williams 1994), da diese Reaktion einen größeren Anteil der Varianz der Zufriedenheit zu erklären scheint als Erwartungen, Präferenzen oder Wichtigkeitsbewertungen, gleichwohl diese mit der Wahrnehmung der Erlebnisse und Erfahrungen assoziiert zu sein scheinen (Thompson & Sunol 1995).

### **3.3 Patientenzufriedenheit als Qualitätsmerkmal**

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit gilt mittlerweile als ein wichtiger Weg, die Qualität des Versorgungssystems aus Sicht der Betroffenen zu ermitteln (Avis et al. 1997), was sich unter anderem an der Vielzahl der Studien, die in den letzten Jahrzehnten zu diesem Thema veröffentlicht wurden, ablesen lässt (Crow et al. 2002). Ziel ist es, die Sichtweisen der Patientinnen und Patienten zu verstehen, Stärken und Schwächen in der Versorgung aus der Betroffenenperspektive zu erkennen, um daraus, bei gleichzeitiger Integration weiterer Qualitätsindikatoren, Maßnahmen ableiten bzw. bei wiederholter Erfassung evaluieren zu können. Auf diese Weise soll eine stetige Verbesserung der Patientenorientierung im Versorgungsprozess erreicht werden (Trojan 1998). Patientenorientierung stellt in diesem Zusammenhang einen Wert in sich dar. Sie ist Ausdruck einer Grundhaltung, die den Patienten das Recht auf eine humane, menschenwürdige Versorgung und Behandlung zuspricht sowie das Recht, als Leistungsempfängerin, Leistungsempfänger gehört und in den Versorgungsprozess eingebunden zu werden. Vor dem Hintergrund, dass eine echte Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Optionen in der Gesundheitsversorgung häufig nicht gegeben ist und damit auch keine indirekte Meinungsäußerung über die Entscheidung für eine Alternative, stellt die Abfrage der Erfahrungen und Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung ein wichtiges Mittel zur Stärkung der Patientenorientierung dar. Ein weiterer Grund für das Interesse an der Patientenperspektive ist die Erkenntnis, dass die Art und Weise, wie Patientinnen und Patienten ihre Betreuung und Behandlung erleben, für verschiedene Outcomes von Bedeutung ist. So können positive Erfahrungen u. a. zu einer verbesserten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Therapietreue sowie zu besseren Behandlungserfolgen führen, ebenso wie zu einer Reduzierung der Zahl der Beschwerden und Regressansprüche (Sofaer & Firminger 2005). Auch in der Evaluation der Behandlung gilt die Patientenperspektive zunehmend als ein wichtiges Element, da sich die Bedeutung, die verschiedenen Behandlungsergebnissen beigemessen wird, zwischen Patientinnen, Patienten und Ärztinnen, Ärzten bzw. anderen betreuenden Fachkräften

deutlich unterscheiden kann (Crow et al. 2002:4). Zum Ausdruck kommt dies nicht zuletzt in der Diskussion um die so genannten patientenrelevanten Outcomes (Mühlhauser & Müller 2009). Während diese Erkenntnis in anderen Ländern wie zum Beispiel in Großbritannien bereits seit Mitte der 1990er Jahre Eingang in entsprechende offizielle Empfehlungen und Richtlinien gefunden hat (Crow et al. 2002:4), ist in Deutschland eine verpflichtende Einbindung der Patientensicht in die Verfahrensbewertungen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung noch nicht etabliert, allerdings in naher Zukunft vorgesehen (AQUA 2010a).

### **3.4 Patientenzufriedenheit als Wettbewerbsfaktor**

Ein weiterer Aspekt, der für das gestiegene Interesse an der Patientenperspektive verantwortlich gemacht wird, ist der Wandel des Gesundheitswesens vom expertendominierten „Heilsystem“ zum „Markt für den Erwerb des individuellen Guts ‚Gesundheit‘“ mit der Patientin, dem Patienten in der Rolle der souveränen Kundin, des souveränen Kunden und informierten Verbraucherin, Verbrauchers (Trojan 1998). Diese maßgeblich ökonomisch motivierte und politisch gewünschte Stärkung der Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen geht einher mit einem Konkurrenzkampf der verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer um ‚zufriedene Kunden‘ (ebd.). Die Zulässigkeit der Übertragbarkeit des Kundenbegriffs auf Patientinnen und Patienten als informierte, souveräne Konsumentinnen und Konsumenten wird von verschiedenen Autoren angezweifelt (Hipp et al. 2010; Schnell 1999). Zu den Hauptargumenten im Rahmen dieser Kritik zählen das asymmetrische Informationsgefälle sowie das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Ärztin, Arzt und Patientin, Patient (Dierks et al. 2001b). So weist Rogler darauf hin, dass das Bild der Patientin, des Patienten als einer Kundin, einem Kunden, die bzw. der souverän Entscheidungen über die gewünschte medizinische Dienstleistung trifft „in seiner vollen Ausprägung nur auf im Prinzip Gesunde zutreffen“ kann (Rogler 2009). Kranke Menschen sind zu sehr von dem Fachwissen und der Fachkompetenz medizinischer Expertinnen und Experten abhängig, um als souveräne Kundin, souveräner Kunde auftreten zu können. Neben dieser Abhängigkeit wird auch die psychische Ausnahmesituation, in der sich eine Patientin, ein Patient im Krankenhaus befindet, die autonome Entscheidung und auch das Urteil über die Betreuung beeinflussen (Ruprecht 2002).

Weitere Gründe für die schwierige Übertragbarkeit des Kundenbegriffs auf Patientinnen und Patienten sind der Mangel an echten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen ‚Angebotsoptionen‘, der Umstand, dass die Kosten für die erhaltene Leistung im Allgemeinen nicht direkt entrichtet werden müssen, sowie die besondere Charakteristik des Gutes Gesundheit, bei dem aufgrund der Zeitgleichheit von Erstellung und Konsum der Leistung ein Abgleich mit der Qualität anderer Leistungen nicht möglich ist, und bei der darüber

hinaus der sehr individuelle Charakter der Dienstleistung eine objektive Qualitätsbeurteilung erschwert (Dierks et al. 2001b).

### **3.5 Zusammenfassung**

Die Entstehung von Zufriedenheit im Kontext der Gesundheitsversorgung ist nach wie vor nicht eindeutig geklärt. Es werden verschiedene theoretische Modellierungsrahmen beschrieben, am häufigsten findet sich das aus der Marktforschung stammende Modell der Erwartungsdiskrepanz. Nach diesem Ansatz entsteht Zufriedenheit durch den Abgleich der gemachten Erfahrung und den eigenen Erwartungen. Diese lineare Beziehung konnte für die Zufriedenheitsentstehung im Kontext der Gesundheitsversorgung jedoch nicht bestätigt werden. Die auf der Theorie der kognitiven Dissonanz aufbauende Assimilations-Kontrast-Theorie geht über die lineare Zusammenhangsbeschreibung des Diskrepanzmodells hinaus. Nach ihr werden die als psychische Spannung erlebten Inkonsistenzen zwischen Erwartungen und Erfahrungen durch Assimilation der Erwartungen an die Wahrnehmung (oder umgekehrt) abgebaut. Das Bedürfnis nach einer Reduktion der kognitiven Dissonanz ist umso höher, je höher die psychische Bedeutsamkeit des Ereignisses ist. Sobald der Abstand zwischen Erwartung und Erfahrung zu groß wird, tritt das Gegenteil ein, der Kontrast-Effekt. Die Differenz wird überhöht, höhere Erwartungen führen dann zu einer niedrigeren Wahrnehmung und umgekehrt. Eine empirische Überprüfung dieses Modells im Kontext der Patientenzufriedenheit steht jedoch noch aus. Der Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit stellt sich komplex dar, insbesondere im Kontext der gesundheitlichen Versorgung scheinen nicht-artikulierte Erwartungen eine größere Rolle zu spielen als in der ‚Ursprungsdisziplin‘ des Diskrepanzmodells, der Marktforschung. Es scheint, dass der Reaktion auf die gemachte Betreuungserfahrung ein höherer Erklärungswert für die Zufriedenheit beikommt als Erwartungen, dennoch deuten die verfügbaren Evidenzen darauf hin, dass beide für die Betreuungszufriedenheit eine Rolle spielen.

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit gilt mittlerweile als ein anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung, mit dem die Qualität der Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten abgebildet, auf Stärken und Schwächen in der Betreuung reagiert und die stete Förderung der Patientenorientierung unterstützt werden kann. Darüber hinaus kommt ihr ein zunehmendes Gewicht in der maßgeblich ökonomisch motivierten und politisch gewünschten Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen zu, in dem die verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer um und mit ‚zufriedenen Kundinnen und Kunden‘ für ihre Leistungen werben.

## 4 Zufriedenheit im geburtshilflichen Kontext

### 4.1 Theorie der Wöchnerinnenzufriedenheit

Zur Frage der Zufriedenheitsentstehung bei Wöchnerinnen stellt sich die Situation ähnlich dar wie im Bereich der restlichen Gesundheitsversorgung. Ein umfassendes Erklärungsmodell existiert nicht, die verfügbaren Untersuchungen beschäftigen sich überwiegend mit den Dimensionen und Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit der Wöchnerinnen (Bramadat & Driedger 1993). Empirische Untersuchungen speziell aus dem geburtshilflichen Bereich zur Überprüfung theoretischer Überlegungen konnten nicht ermittelt werden.

Ebenso wie für die Patientenzufriedenheit dominiert auch im Bereich der geburtshilflichen Versorgung das Modell der Erwartungsdiskrepanz als theoretischer Modellierungsrahmen für die Zufriedenheitsentstehung. Als Erklärungsmodell, das über die lineare Zusammenhangsbeschreibung des Diskrepanzmodells hinausgeht, erscheint für den Bereich der Geburtshilfe insbesondere die auf der Theorie der kognitiven Dissonanz aufbauende Assimilations-Kontrast-Theorie intuitiv eingängig (vgl. Abschnitt 3.1.3), nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass das Bedürfnis nach Reduktion der kognitiven Dissonanz umso höher ist, je höher die psychische Bedeutsamkeit des Ereignisses und der eigene Anteil daran ist (Festinger in (Kaiser 2004)). Im Gegensatz zu dem breit gefächerten Spektrum an möglichen Gründen für einen akutstationären Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Behandlung handelt es sich bei der Geburt und den ersten Wochenbetttagen immer um hoch emotionale und psychisch wie physisch bedeutsame Ereignisse. Gesellschaftliche Klischees wie das der strahlenden und glücklichen Mutter, aber auch das Wissen um die Bedeutung der Qualität der Geburtserfahrung für die Mutter-Kind-Bindung können darüber hinaus den Erwartungsdruck an eine positive Geburts- und Betreuungserfahrung verstärken. Die geringe Zahl der Geburten, die Frauen in Industrieländern heute erleben, kann ebenfalls dazu beitragen, dass die Geburt zu einem Ereignis wird, das ‚gelingen‘ muss, da eine negative Erfahrung eine fast nicht wiederholbare ‚verpasste Chance‘ darstellen würde. Und schließlich muss, mit Ausnahme der Geburt per geplanter Sectio, die Wehen- und Geburtsarbeit trotz aller geburtsmedizinischer Interventionen nach wie vor von der Gebärenden selbst erbracht werden, sodass eine negative Erfahrung möglicherweise auch den persönlichen Anteil an der Bewältigung des Geburtsgeschehens in Frage stellt. Eine empirische Überprüfung der Relevanz der Assimilations-Kontrast-Theorie im Kontext der intra- und postpartalen Betreuung steht jedoch aus (Bramadat & Driedger 1993).

## 4.2 Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit

In Abschnitt 3.1.2 wurde dargelegt, dass in den Studien zur Patientenzufriedenheit das verwendete Erwartungskonzept, sofern Erwartungen abgefragt werden, oft nicht explizit formuliert wird. Theoretische Überlegungen, die über die generelle Annahme von Zufriedenheit als Ergebnis eines Abgleichs von erwarteter und erhaltener Behandlung hinausgehen, werden nicht angestellt (Jacob et al. 2000 in (Lenz 2004)). Für die Literatur zur Wöchnerinnenzufriedenheit gilt dies in ähnlicher Weise. In Untersuchungen, in denen der Effekt von Erwartungen auf die Gesamtzufriedenheit mit der Geburts- und/oder Betreuungserfahrung unter Berücksichtigung weiterer Prädiktoren untersucht wurde, wurden sie unterschiedlich operationalisiert, eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Erwartungstypen (vgl. Abschnitt 3.1.2) oder zwischen Wünschen und Erwartungen, die nicht kongruent sein müssen, wird nur selten vorgenommen. Darüber hinaus werden die Erwartungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben (ante- bzw. postpartal), was zu unterschiedlichen Ergebnissen führen kann, da die postpartal formulierten Erwartungen durch die erlebten Geschehnisse beeinflusst sein können, insofern z. B. ein Assimilationsprozess im Sinne der Verringerung der kognitiven Dissonanz erfolgt ist. Werden Erwartungen als möglicher Einflussfaktor für die Zufriedenheit der Wöchnerinnen abgefragt, sind die Ergebnisse heterogen. So konnten Green et al. (Green et al. 1998:22,62ff) in ihrer Untersuchung zu Erwartungen an und Erfahrungen mit der Geburt das Klischee der schwer zufrieden zu stellenden Gebärenden, die mit klaren Vorstellungen, Wünschen und Erwartungen hinsichtlich der Geburtsbetreuung auftritt, nicht bestätigen. Frauen, die antepartal hohe Erwartungen hinsichtlich der Kontinuität der Betreuung, der Einbindung in Entscheidungsprozesse, des eigenen Verhaltens und an das Geburtserlebnis als einer bedeutsamen Erfahrung hatten, waren nicht automatisch unzufriedener als Frauen mit weniger hohen Erwartungen. Die Autorinnen ermittelten bei 11 der 12 abgefragten Betreuungsaspekte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Erfahrung und Zufriedenheit, aber nur bei der Hälfte einen Zusammenhang zwischen der Erwartung an diesen Aspekt und der letztlich resultierenden Zufriedenheit. Dabei waren Frauen mit niedrigen Erwartungen stets unzufriedener als Frauen mit hohen Erwartungen, auch wenn sich diese niedrigen Erwartungen erfüllten. Und schließlich führten bestimmte Aspekte bei Eintreten immer zu Zufriedenheit oder Unzufriedenheit, unabhängig davon, ob sie erwartet worden waren oder nicht (Green et al. 1998:215). Gestützt werden diese Ergebnisse durch eine kleinere Untersuchung von Slade et al. mit 81 Erstgebärenden (Slade et al. 1993). In dieser Studie erwiesen sich positive Erwartungen ebenfalls als signifikanter Prädiktor einer positiven Geburtserfahrung. Für die Zufriedenheit mit der persönlichen Bewältigung des Geburtsgeschehens spielten Erwartungen hingegen keine Rolle, hier waren es Aspekte der internen Kontrolle (vgl. Abschnitt 4.3.1.2), die im Vordergrund standen. In einer

schwedischen Untersuchung, in der verschiedene Erwartungen an die Geburtserfahrung in den ersten Tagen nach der Geburt im Krankenhaus erhoben wurden, waren Frauen, die eine insgesamt positive Erwartung an die Geburt angaben, signifikant häufiger zufrieden als Frauen, die diesbezüglich insgesamt skeptischer waren. Erwartungen hinsichtlich der Schmerzintensität sowie Angst vor der Geburt waren hingegen keine Prädiktoren für die Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung (Waldenström et al. 1996). In einer randomisiert, kontrollierten Studie zur Zufriedenheit von Wöchnerinnen mit verschiedenen Betreuungsmodellen spielten Erwartungen in der bivariaten Analyse eine Rolle, in der multivariaten hingegen war ihr Einfluss nicht mehr signifikant (Waldenström 1999; Waldenström & Nilsson 1993). In einer kleineren Studie mit insgesamt 91 Wöchnerinnen hatten weder Erwartungen noch die Erwartungserfüllungen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung (Bramadat & Driedger 1993). In einer Befragung von 560 Frauen aus Belgien und den Niederlanden zur Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung wurden Erwartungen ebenfalls postpartal über eine Einzelfrage erhoben, in welchem Ausmaß sich die gemachte Erfahrung mit den gehegten Erwartungen gedeckt hatte. Hier zeigte sich ein negativer Effekt auf die Gesamtzufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung, wenn Erwartungen nicht erfüllt wurden. Darüber hinaus zeigte sich, dass Frauen mit höheren Erwartungen ihre Geburts- und Betreuungserfahrungen rückblickend positiver beurteilen (Christiaens & Bracke 2007).

In Abschnitt 3.2 wurde auf die Annahme verschiedener Autorinnen und Autoren hingewiesen, dass nicht-artikulierte Erwartungen, die die Erklärung der Zufriedenheitsentstehung im Rahmen eines wie auch immer modifizierten Diskrepanzmodells erschweren, im Bereich der Gesundheitsversorgung sehr viel häufiger anzutreffen seien als z. B. in der Marktforschung (Crow et al. 2002; Thompson & Sunol 1995). In der Literatur finden sich Hinweise, dass dies auch für den Bereich der geburtshilflichen Versorgung relevant sein könnte. In der oben zitierten Untersuchung von Green et al. zeigte sich, dass klare Erwartungen an bestimmte Betreuungsaspekte v. a. von denjenigen Frauen geäußert wurden, denen dieser Aspekt besonders wichtig war. Frauen, die dem jeweiligen Betreuungsaspekt eher indifferent gegenüberstanden hatten am seltensten konkrete Erwartungen. Die abgefragten Betreuungsaspekte wie z. B. die Betreuung durch eine bestimmte Hebamme während der gesamten Geburt, die Einbindung in Entscheidungen ohne Notfallcharakter sowie Kontrolle über das eigene Verhalten während der Geburt waren im Durchschnitt einem Drittel der Schwangeren sehr wichtig. Eine Ausnahme stellte die Anwesenheit einer vertrauten Begleitperson während der Geburt dar, hier lag der Anteil bei 88 %. Von denjenigen, die eine deutliche Präferenz äußerten, hatten wiederum durchschnittlich nur 40 % klare Erwartungen an diesen Betreuungsaspekt, d. h. sie waren sicher, dass sich ihre Vorstellung erfüllen würde (Green et al. 1998:69).

Unter dem Vorbehalt der Vergleichbarkeit der Ergebnisse entsteht insgesamt der Eindruck, dass positive Erwartungen, wenn sie erfüllt werden, einen prädiktiven Wert hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung haben. Die Stärke ihres Einflusses ist hingegen weniger eindeutig. Nicht-artikulierte Erwartungen scheinen im geburtshilflichen Kontext ebenfalls eine gewisse Rolle zu spielen. Darüber hinaus wurde der prädiktive Charakter von Erwartungen in der verfügbaren Literatur ausschließlich mit Blick auf Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung und -betreuung, nicht jedoch für die Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuung untersucht.

### **4.3 Dimensionen der Wöchnerinnenzufriedenheit**

Ein weiterer Ansatz, mit dem versucht wird, das Konzept der Zufriedenheit zu erfassen, konzentriert sich auf die Bewertung der verschiedenen Betreuungs- und Erfahrungsaspekte durch die Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerinnen. Über Literatur-Reviews sowie qualitative Erhebungsverfahren werden die aus Sicht der Betroffenen wesentlichen Dimensionen ermittelt, ihre Bewertung abgefragt und in der Regel faktorenanalytisch überprüft. Wenn auch auf diese Weise die Zufriedenheitsentstehung nicht abschließend geklärt werden kann, so kann dennoch ermittelt werden, wie sich Zufriedenheit hinsichtlich der verschiedenen Betreuungs- und Erfahrungsaspekte in unterschiedlichen Populationen verteilt und das auch bei denjenigen, die keine, instabile oder nicht-artikulierte Erwartungen haben (Crow et al. 2002).

Es besteht Einigkeit, dass es sich bei der Wöchnerinnenzufriedenheit um ein multidimensionales Konstrukt handelt und damit ein Globalmaß der Zufriedenheit als alleiniges Maß irreführend sein kann (Rudman et al. 2007b; van Teijlingen et al. 2003). So können Frauen z. B. mit der Anzahl der betreuenden Fachpersonen während der Geburt sehr unzufrieden, mit der Betreuung durch diese Personen aber durchaus zufrieden sein (Bramadat & Driedger 1993). Die verschiedenen Dimensionen der Zufriedenheit mit den Betreuungserfahrungen während und nach der Geburt wurden in einer Vielzahl von Studien untersucht (vgl. hierzu z. B. Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1994; Rudman et al. 2007b; Schwappach et al. 2004; Waldenström et al. 1996) und werden im Folgenden dargelegt.

#### **4.3.1 Intrapartale Dimensionen**

Zu den sowohl im Rahmen quantitativer als auch qualitativer Studiendesigns ermittelten Dimensionen, die die Gesamtzufriedenheit mit der Geburt beeinflussen, gehören die soziale Unterstützung, das Gefühl der Kontrolle über die eigene Situation sowie die subjektiv wahrgenommene Schmerzintensität (Brown & Lumley 1994; Waldenström 1999). Zu den weiteren Dimensionen zählen geburtsmedizinische Interventionen, die Geburtsdauer sowie der Geburtsmodus, gleichzeitig haben sich in den verfügbaren Untersuchungen die Aspekte der Beziehung zu und der Interaktion mit den betreuenden Fachkräften konsistent als die

bedeutenderen Prädiktoren für die Gesamtbeurteilung der Geburtserfahrung erwiesen (Hodnett 2002) (National Collaborating Centre of Women's and Children's Health 2007:70).

#### **4.3.1.1 Soziale Unterstützung**

Zur Unterstützung während der Geburt gehört die emotionale Unterstützung der Gebärenden in Form von positiver Bestätigung, einer aufmerksamen, respektvollen, freundlichen und zugewandten Begleitung sowie in Form von Zuspruch in Situationen aufkommender Anspannung oder Angst. Eine in ihrem Ausmaß individuell an die Bedürfnisse angepasste Anwesenheit gehört ebenso dazu wie Vorschläge für Maßnahmen zum Umgang mit Wehenschmerzen und gegebenenfalls das Leisten entsprechender Hilfestellung. Informationen über den Geburtsfortschritt und das Eintreten für die Interessen der Gebärenden, wenn sie selbst nicht mehr dazu in der Lage ist, sind ein weiterer Aspekt (Enkin et al. 2000:247f; Hodnett et al. 2011). Die Unterstützung kann dabei entweder durch geburtshilflich ausgebildete Fachkräfte erfolgen (in der Regel Hebammen oder geburtshilfliche Fachärztinnen und Fachärzte), aber auch durch Laien wie den/die Partner/in, andere Familienangehörige oder nahe stehende Menschen oder durch geburtserfahrene bzw. für die nicht-medizinische Unterstützung ausgebildete Frauen (Doulas).

In einem Cochrane Review zur kontinuierlichen Unterstützung während der Geburt wurden in 11 der 21 eingeschlossenen Studien die subjektive Einschätzung der Geburtserfahrung der insgesamt über 11.000 Frauen direkt oder indirekt abgefragt, jeweils in den ersten Stunden oder Tagen nach der Geburt (Hodnett et al. 2011). In 4 Studien erfolgte die Unterstützung durch Hebammen oder geburtshilflich ausgebildete Pflegekräfte, in 3 Studien durch Doulas und in den verbleibenden 4 Studien durch den Partner oder andere der Frau nahe stehende Menschen. Die Meta-Analyse zeigte einen positiven Effekt der kontinuierlichen Unterstützung auf die Beurteilung der Geburtserfahrung. Die Ergebnisse dreier größerer Beobachtungsstudien weisen in die gleiche Richtung. In einer australischen Untersuchung waren deutlich mehr Frauen insgesamt unzufrieden, wenn die Unterstützung durch die betreuenden Fachkräfte als unzureichend empfunden wurde oder die Frauen Hebammen, Ärztinnen und Ärzte als unfreundlich erlebten (Brown & Lumley 1994). In zwei schwedischen Arbeiten wurde direkt nach der Unterstützung durch Hebammen gefragt, die sich als signifikanter Prädiktor der Gesamtzufriedenheit erwies (Waldenström et al. 1996; Waldenström et al. 2006), für die Unterstützung durch den Partner galt dies in derjenigen der beiden Untersuchungen, in der dies abgefragt wurde, nicht (Waldenström et al. 1996). Die Unterstützung durch den Partner wurde aber dennoch sehr positiv bewertet. In den Freitext-Nennungen dieser Untersuchung zu den für die Geburtserfahrung wichtigen Aspekten wurde die Unterstützung durch den Partner am zweithäufigsten genannt. Die Autorinnen erklären diese Diskrepanz zwischen der quantitativen und qualitativen Auswertung dadurch, dass die Frauen sich viel Unterstützung durch den Partner erwarteten, durch die Hebammen jedoch



nicht in gleichem Umfang. Denkbar ist für sie ebenfalls, dass die größere Effektivität der professionellen Unterstützung mit Blick auf den Geburtsfortschritt zu diesem Ergebnis beigetragen hat (ebd.).

Es gibt Hinweise, dass Frauen die kontinuierliche Betreuung durch ein und dieselbe Hebamme während der gesamten Geburt sehr schätzen (Green et al. 1998:63), die meisten Studien, die sich mit dieser Frage auseinandersetzten, taten dies jedoch in dem größeren Kontext der kontinuierlichen Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Hatem et al. 2008) (National Collaborating Centre of Women's and Children's Health 2007:75ff). Frauen, die eine kontinuierliche Betreuung erlebten, äußerten sich positiver über zahlreiche Aspekte der intrapartalen Betreuung, die Auswirkungen auf die Gesamtzufriedenheit sind hingegen weniger eindeutig.

#### **4.3.1.2 Kontrolle**

Das Gefühl der Kontrolle über die eigene Situation wird als einer der wichtigsten Prädiktoren für die Zufriedenheit mit der Geburt beschrieben (Goodman et al. 2004; Green & Baston 2003; Waldenström et al. 2004). Dabei ist die Definition in den verschiedenen Untersuchungen nicht immer einheitlich. Green und Baston (Green & Baston 2003) unterscheiden zwischen externer und interner Kontrolle. Ein Aspekt der externen Kontrolle ist das Gefühl, den Maßnahmen des betreuenden Fachpersonals nicht ausgeliefert zu sein und sich dadurch machtlos zu fühlen, z. B. durch geeignete Information über den Geburtsverlauf und die geplanten Interventionen und/oder Einbindung in anfallende Entscheidungen (Waldenström 1999). Tatsächlich wird Kontrolle in vielen Untersuchungen als Einbindung in Entscheidungsprozesse operationalisiert und ist der Aspekt, der am häufigsten untersucht wurde. Sie wird durch das Verhalten der betreuenden Fachkräfte beeinflusst (Green & Baston 2003). Ein weiterer Aspekt ist das Gefühl, sich als Subjekt und nicht als Objekt der Situation verstanden zu fühlen (Waldenström 1999). In der Studie von Green et al. (Green & Baston 2003) zeigte sich, dass externe Kontrolle für Zufriedenheit und emotionales Wohlbefinden nach der Geburt zu den wichtigsten Dimensionen gehörten. Auch die Einbindung in Entscheidungen, die separat erfasst wurde, war von Bedeutung, wichtiger jedoch war, dass die Gebärenden das Gefühl hatten, mit Respekt behandelt worden zu sein und sich als Individuum wahrgenommen zu fühlen. In einer großen australischen Studie waren Frauen, die sich weniger gut oder gar nicht in anfallende Entscheidungen eingebunden fühlen, eher unzufrieden mit der Geburtserfahrung. Wichtig scheint für das Gefühl der Kontrolle vor allem die Art und Weise der Kommunikation zu sein und weniger das tatsächliche Treffen der Entscheidung. Je nach Situation kann die Gelegenheit zur Wahl zwischen verschiedenen Optionen, die Entscheidung über den Zeitpunkt einer Intervention, adäquate Information über die Gründe für die Notwendigkeit einer Maßnahme, das Recht auf Ablehnung einer Maßnahme, das Gefühl, dass die eigenen Bedürfnisse, Wünsche oder

Ansichten gehört werden, die Option, die Entscheidung oder die Kontrolle abgeben zu können, Informationen darüber zu erhalten, warum eine Intervention durchgeführt wird, ein Veto-Recht zu haben, oder eine Kombination aus allen Aspekten, zu dem Gefühl der Kontrolle beitragen (Brown & Lumley 1994; Simkin 1991).

Interne Kontrolle bezieht sich auf die Kontrolle über den eigenen Körper, auf das persönliche Verhalten während der Wehen und der Geburt sowie die subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeit, Panikgefühle kontrollieren zu können (Slade et al. 1993). Die subjektive Einschätzung, wie gut die Geburt bewältigt wurde, war in der Untersuchung von Green und Kolleginnen derjenige Aspekt mit dem größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit (Green et al. 1998:254). Interne Kontrolle wird vor allem durch die subjektive Wahrnehmung der Wehenschmerzen beeinflusst sowie durch die Nebenwirkungen der schmerzlindernden Maßnahmen (Green & Baston 2003). In einer Untersuchung zu den Risikofaktoren einer negativen Geburtserfahrung konnte dies zum Teil bestätigt werden, allerdings war die Korrelation zwischen sehr starken Schmerzen und Verlust der Kontrolle eher schwach, was nach Ansicht der Autorinnen darauf hindeutet, dass Kontrollverlust auch durch andere Faktoren verursacht wird (Waldenström et al. 2004). Christiaens et al. (Christiaens & Bracke 2007) weisen darauf hin, dass, obwohl Maßnahmen zur Schmerzlinderung eine gute kurzfristige Hilfe zum Umgang mit dem Wehenschmerz darstellen, das Gefühl der externen und internen Kontrolle während der Geburt sehr viel weitreichendere Vorteile bietet, da es Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit stärkt.

#### **4.3.1.3 Schmerz**

Lange Zeit wurde eine gute Geburtserfahrung primär im Zusammenhang mit dem Geburtsschmerz gesehen (Waldenström & Nilsson 1994). Obwohl Schmerz unausweichlich zu einer Geburt dazu gehört und die Erfahrung trüben kann, ist das Erleben starker Schmerzen nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit einer insgesamt negativen Geburtserfahrung. Eine pharmakologische Schmerzlinderung geht entsprechend auch nicht automatisch mit einer höheren Gesamtzufriedenheit einher (Waldenström et al. 2004; Waldenström & Nilsson 1994). In einem Cochrane Review zur Effektivität der Periduralanästhesie (PDA) zeigte sich, dass diese Form der Schmerzlinderung zwar effektiver als andere Methoden den Wehenschmerz lindern kann, positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit der Schmerzlinderung während der Geburt konnten bisher jedoch nicht nachgewiesen werden, möglicherweise auf Grund des mit einer PDA assoziierten höheren Risikos für eine vaginal-operative Geburt (Anim-Somuah et al. 2011). Waldenström et al. (Waldenström et al. 2004) stellten bei einer Subgruppenanalyse der Frauen, die nicht den Höchstwert auf der Schmerzskala angegeben hatten, fest, dass von diesen die Frauen mit PDA ihre Geburtserfahrung insgesamt negativer bewerteten als Frauen ohne PDA. Die Autorinnen halten es für denkbar, dass die PDA lediglich eine vermittelnde Variable

zwischen Schmerzen und Zufriedenheit darstellt, d. h. Frauen verlangen nach einer PDA, weil sie starke Schmerzen haben. Vorstellbar wäre in ihren Augen auch, dass Frauen, die den Geburtsschmerzen eher ängstlich gegenüberstehen und für die es Hinweise gibt, dass sie auch eher über eine negative Geburtserfahrung berichten (Green et al. 1990), häufiger pharmakologische Formen der Schmerzlinderung in Anspruch nehmen (Waldenström et al. 2004).

Die wahrgenommene Schmerzintensität scheint insbesondere dann eine Rolle für die Gesamtzufriedenheit zu spielen, wenn sie stärker ist als erwartet (Brown & Lumley 1994). Sie scheint jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit einer positiven (oder negativen) Geburtserfahrung zu stehen (Salmon & Drew 1992), was darauf zurückzuführen sein könnte, dass die Freude oder der Stolz, eine schwierige Situation gemeistert zu haben, für die Zufriedenheit wichtiger ist als das tatsächlich empfundene Ausmaß der Schmerzen (Waldenström & Nilsson 1994).

#### **4.3.1.4 Geburtsmedizinische Interventionen**

Die Literatur zum Einfluss verschiedener geburtsmedizinischer Interventionen auf die Gesamtbewertung der Geburtserfahrung und -betreuung ist nicht eindeutig. In einer prospektiven australischen Untersuchung zeigte sich ein signifikanter Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit, wobei aufgrund der Zusammenfassung verschiedener Interventionen zu einem Gesamt-Score nicht eindeutig ermittelt werden konnte, ob dieser Effekt möglicherweise über sehr starke Schmerzen, die den Einsatz von Analgetika erforderlich machten, vermittelt wurde. Insbesondere der vaginal-operative Geburtsmodus sowie die Zahl der Interventionen zeigten einen deutlichen Zusammenhang mit der Gesamtbewertung der Geburt (Brown & Lumley 1994). In einer weiteren prospektiven schwedischen Studie wurde die Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung zwei Monate nach der Geburt erhoben und die Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung nach einem Jahr, um die Auswirkungen eines möglichen Halo-Effekts zu minimieren. Auch in dieser Untersuchung zeigte sich ein Zusammenhang zwischen einer negativen Geburtserfahrung und geburtsmedizinischen Interventionen (medikamentöse Geburtseinleitung, Wehenunterstützung, vaginal-operative Geburt, sekundäre Sectio) (Waldenström et al. 2004).

In einer weiteren Studie konnte kein signifikanter Effekt auf Gesamtzufriedenheit mit der Geburt beobachtet werden (Seguin et al. 1989). In einem Review zur Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung war in den Studien zur Effektivität verschiedener Interventionen, in denen die Zufriedenheit der Frauen erfasst wurde, entweder kein Effekt auf die Zufriedenheit festgestellt worden oder es wurde diejenige Intervention bevorzugt, die die Geburtsdauer verkürzte. In den inkludierten Beobachtungsstudien zeigte sich konsistent ein negativer Effekt, der allerdings schwächer war als der der Interaktion mit den betreuenden Fachkräften (Hodnett 2002). Insgesamt lässt sich in der verfügbaren Literatur eine Tendenz beobachten,

dass geburtsmedizinische Interventionen, insbesondere die vaginal-operative Geburt, die sekundäre Sectio sowie die Anzahl der Interventionen einen negativen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit haben, der jedoch durch die Qualität der Interaktion mit den betreuenden Fachkräften moderiert wird (Creedy et al. 2000; Hodnett 2002; Waldenström 1999; Waldenström et al. 2004).

#### **4.3.1.5 Geburtsdauer**

Die Evidenzen zum Einfluss der Geburtsdauer sind ebenfalls uneinheitlich. In drei Untersuchungen war eine längere Geburtsdauer ein Prädiktor für eine geringere Gesamtzufriedenheit in den durchgeführten multivariaten Analysen (Christiaens & Bracke 2007; Seguin et al. 1989; Waldenström et al. 1996), in drei weiteren war dies nicht der Fall (Brown & Lumley 1994; Brown & Lumley 1998b; Green et al. 1998).

#### **4.3.2 Postpartale Dimensionen**

Die Betreuung nach der Geburt ist nicht in gleichem Maße Gegenstand der Forschung wie die intrapartale Betreuung (Demott et al. 2006; Rudman et al. 2007a), obwohl sie in den wenigen verfügbaren Untersuchungen, in denen die Sichtweisen der Frauen sowohl zur intra- als auch zur postpartalen Betreuung erfasst wurden, die Betreuung auf der Wochenbettstation konsistent kritischer beurteilt wird als die Betreuung im Kreißaal (Brown et al. 2005; Bruinsma et al. 2003; Waldenström et al. 2006). So schätzten in einer schwedischen Untersuchung 53% der Frauen ihre intrapartale Betreuung insgesamt als sehr positiv ein, während dies nur 35% mit Blick auf die postpartale Betreuung taten (Waldenström et al. 2006). In zwei australischen Untersuchungen stuften 71 % bzw. 72 % die intrapartale Betreuung als sehr gut ein verglichen mit 52% bzw. 51%, die die postpartale Betreuung als sehr positiv erlebten (Bruinsma et al. 2003). Diese Kritik sowie die kontinuierliche Verweildauerverkürzung haben dazu geführt, dass in den letzten Jahren insbesondere in Australien, Schweden und Großbritannien das Thema klinische und ambulante Wochenbettbetreuung zunehmend beforscht wird (Bick et al. 2011; Rudman et al. 2007a; Yelland et al. 2009). Nach Ansicht von Waldenström et al. (Waldenström et al. 2006) sind intra- und postpartale Betreuung nur schwer vergleichbar, da die intrapartale Betreuung in einer akuten und potenziell lebensbedrohlichen Situation stattfindet und Dankbarkeitseffekte für den guten Ausgang die Bewertung überlagern können ebenso wie die Erleichterung, ‚es geschafft zu haben‘. Der Charakter der postpartalen Betreuung hingegen ist diffuser. Der emotionale Zustand der Wöchnerin ist ein anderer und die Erinnerung an die eigene Erschöpfung sowie die neuen Anforderungen der Mutterschaft können die Beurteilung beeinflussen.

Bei der Zufriedenheit mit der postnatalen Betreuung scheint es sich ebenfalls um ein multidimensionales Konstrukt zu handeln, Wöchnerinnen können mit der Betreuung

insgesamt zufrieden sein, bei verschiedenen Einzelaspekten aber durchaus Kritik äußern (Rudman et al. 2007a). In den verfügbaren Beobachtungsstudien scheinen sich soziale Unterstützung, Ernährung und Pflege des Neugeborenen, mütterliche Genesungs- und Anpassungsprozesse, Vorbereitung auf die Zeit zuhause sowie organisatorische Aspekte der Wochenbettstation als für die Gesamtzufriedenheit mit der postpartalen Betreuung wichtige Dimensionen herauszukristallisieren (Brown et al. 2005; Bruinsma et al. 2003; Waldenström et al. 2006). Sie werden durch die Ergebnisse aus kleineren qualitativen Untersuchungen zum Teil gestützt (Beake et al. 2010; Forster et al. 2008; Frei & Mander 2011; Rudman & Waldenström 2007). Das sich ergebende Bild deutet darauf hin, dass für die positive Gesamteinschätzung der klinischen Betreuung nach der Geburt – ebenso wie für die intrapartale Betreuung - die Qualität der Interaktion mit den betreuenden Fachkräften die größte Bedeutung zu haben scheint.

#### **4.3.2.1 Soziale Unterstützung**

Zur Unterstützung nach der Geburt gehört die emotionale Unterstützung der Wöchnerin in Form einer aufmerksamen, respektvollen, freundlichen, zugewandten und geduldigen Begleitung, die den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung fördert und das Vertrauen der Wöchnerin in ihre Fähigkeit zur Bewältigung der neuen Aufgaben unterstützt. In den Beobachtungsstudien zeigte sich, dass eine unzureichende emotionale Unterstützung, fehlendes Verständnis und mangelnde Einfühlsamkeit der betreuenden Fachkräfte die stärksten Prädiktoren für Unzufriedenheit mit der postnatalen Betreuung darstellen (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006). Das Gefühl, mit den eigenen Ängsten und Sorgen ernst genommen zu werden, ohne schlechtes Gewissen Fragen stellen zu können, sowie eine positive Bestärkung wirkten sich positiv auf die Erfahrung aus. Dies scheint besser zu gelingen, wenn die postpartale Betreuung durch eine bereits aus der Schwangerschaft oder der Geburtsbetreuung bekannte Hebamme erfolgt (Brown et al. 2005). Aus qualitativen Interviews mit über 40 Frauen zu ihren Erwartungen an die postnatale Betreuung im Krankenhaus ging hervor, dass sie sich eine Unterstützung und Beratung wünschten, die das Vertrauen in die eigene Fähigkeit stärkt, für das Neugeborene zuhause sorgen zu können (Forster et al. 2008). In einer kleinen ethnografischen Untersuchung zur Beziehung zwischen Wöchnerin und betreuender Fachkraft auf der Wochenbettstation berichteten die Frauen ebenfalls über eine höhere Zufriedenheit, wenn sie die Hebammen oder Pflegekräfte als hilfreich und unterstützend erlebten. Die Qualität der Beziehung war mitbestimmend für das Maß, in dem sich die Wöchnerinnen zum Zeitpunkt der Entlassung der neuen Situation gewachsen sahen (Frei & Mander 2011). Hebammen, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, die als freundlich, zugänglich, einfühlsam, respektvoll und geduldig erlebt werden, waren in zwei weiteren qualitativen Untersuchungen wichtige Faktoren, die zur Zufriedenheit mit der Betreuung nach der Geburt beitrugen (Beake et al. 2010; Rudman & Waldenström 2007).

Ein Aspekt, der nur in einer Studie genannt wurde, war die ungenügende Einbindung und Unterstützung des Partners (Rudman & Waldenström 2007).

#### **4.3.2.2 Ernährung und Pflege des Neugeborenen**

Konsistente Information und praktische Stillunterstützung sowie ausreichend Zeit, Fragen im Zusammenhang mit der Ernährung und dem Umgang mit dem Neugeborenen stellen zu können, waren wichtige Prädiktoren für die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung auf der Wochenbettstation (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006). Dabei war den Wöchnerinnen ausreichend Zeit für alle Fragen zum Kind wichtiger als Zeit für Fragen, die sie selbst betrafen (Waldenström et al. 2006). Konsistente Information und Beratung sowie praktische Unterstützung zur Pflege und im Umgang mit dem Neugeborenen, ebenso wie Informationen zur Gesundheit und Entwicklung des Kindes waren ebenfalls mit einer positiven Gesamtbeurteilung der postnatalen Betreuung assoziiert (Brown et al. 2005).

In einer qualitativen Studie mit 20 Wöchnerinnen einer geburtshilflichen Abteilung eines englischen Krankenhauses erwies es sich für die Frauen als sehr schwierig, einheitliche Informationen zur Ernährung und zum Umgang mit dem Neugeborenen zu erhalten, ebenso war die Qualität der Beratung und Unterstützung sehr stark personengebunden (Beake et al. 2010). Diese Beobachtung wird gestützt durch das Ergebnis einer der quantitativen Untersuchungen, in der diese Dimension diejenige mit der größten Variation in den Antworten der Wöchnerinnen war (Rudman & Waldenström 2007). Die Analyse der kritischen Antworten auf eine offene Frage in dieser Studie wies darauf hin, dass es für die Wöchnerinnen schwierig war, individuell zugeschnittene Informationen und Unterstützung zum Stillen zu bekommen, ebenso zählte die Hilfe bei Stillproblemen zu den häufiger genannten Kritikpunkten (ebd.).

#### **4.3.2.3 Mütterliche Genesungs- und Anpassungsprozesse**

Ausreichend Zeit für Fragen im Zusammenhang mit den psychischen und physischen Veränderungen in den ersten Tagen nach der Geburt und zu den körperlichen Heilungsprozessen wirkt sich positiv auf die Gesamtzufriedenheit mit der postpartalen Betreuung aus (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006). In einer Analyse von Freitextantworten im Rahmen eines größeren Surveys gehörten Aussagen über fehlende Aufmerksamkeit der betreuenden Fachkräfte für die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse der Mutter, das Management bei medizinischen Komplikationen, die Information über Hilfestellung bei Nachwehen zu den am häufigsten genannten Kritikpunkten (Rudman & Waldenström 2007).

#### **4.3.2.4 Vorbereitung auf die Zeit zuhause**

Vorbereitung auf die erste Zeit zuhause in Form hilfreicher Informationen ist nicht zuletzt angesichts der zunehmend kürzeren Verweildauer wichtig für die Zufriedenheit mit der postpartalen klinischen Betreuung (Brown et al. 2005). In diesem Zusammenhang

vermissten die Wöchnerinnen ausreichend Informationen zu den zuhause auf sie zukommenden physischen und psychischen Anpassungsvorgängen (Rudman & Waldenström 2007), ebenso scheinen sie häufig nur unzureichend über die Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten und Warnzeichen möglicher Komplikationen sowohl bei sich selbst als auch bei dem Kind informiert zu werden (Schwappach et al. 2004; Stahl 2009).

#### **4.3.2.5 Organisation**

In den ersten Tagen nach der Geburt haben Mutter und Kind einen ganz eigenen Rhythmus, der mit einem ‚normalen‘ Tagesablauf in der Regel nur wenig gemein hat. Klassische Krankenhausroutinen mit festen Zeiten für Wecken, Betten machen, Vitalzeichenkontrolle, ärztliche Visiten u.ä., deren Sinnhaftigkeit bei gesunden Wöchnerinnen ohnehin in Frage zu stellen ist (Enkin et al. 2000:432), lassen sich mit den Bedürfnissen von Wöchnerinnen und ihren Neugeborenen nur schwer vereinbaren. In zwei qualitativen Untersuchungen berichten die Frauen wiederholt über die fehlende Gelegenheit, sich von den Anstrengungen der Geburt erholen zu können und gemeinsam mit dem Kind zur Ruhe zu kommen. Ungeeignete Besuchsregelungen und Zimmerbelegungen, unflexible Essenszeiten sowie wenig stillfreundliches Essen wurden ebenfalls kritisch angemerkt (Beake et al. 2010; Rudman & Waldenström 2007). Die Verfügbarkeit von Familienzimmern, die eine Übernachtung des Partners im Krankenhaus ermöglichen, wirkt sich positiv auf die Gesamtzufriedenheit mit der postnatalen Betreuung aus (Brown et al. 2005), zu kurze oder zu lange Verweildauern sind ebenfalls mit geringerer Zufriedenheit assoziiert (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006). In einer australischen Längsschnittanalyse mit drei Messzeitpunkten stieg der Anteil der Frauen, die ihren Klinikaufenthalt nach der Geburt als ‚zu kurz‘ beschrieben von 7 % in 1989 auf 18 % im Jahr 2000, der Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit wird nicht berichtet (Brown et al. 2004). Die Autorinnen diskutieren diesen Anstieg vor dem Hintergrund der Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeiten. Aus einer amerikanischen Untersuchung ergeben sich jedoch Hinweise, dass die tatsächliche Länge des Aufenthalts weniger ausschlaggebend ist für die Zufriedenheit als vielmehr eine an die individuellen Bedürfnisse der Wöchnerinnen angepasste Verweildauer (Finkelstein et al. 1998). Hier sind weitere Untersuchungen erforderlich, um verlässliche Aussagen über den Effekt der zunehmend kürzeren Aufenthaltsdauer machen zu können (Waldenström et al. 2006).

### **4.4 Einflussfaktoren auf die Wöchnerinnenzufriedenheit**

Im Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit ist bekannt, dass bestimmte soziodemografische oder andere vorbestehende Merkmale der Patientinnen und Patienten sowohl die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen als auch die Gesamtzufriedenheit beeinflussen können. Die Literatur zum Einfluss verschiedener Merkmale ist nicht eindeutig, am konsistentesten wurde beobachtet, dass Patientinnen und Patienten mit einem subjektiv

schlechter eingeschätzten Gesundheitszustand, ältere Patientinnen und Patienten sowie solche mit höherem Bildungsstand ihre Betreuung insgesamt kritischer beurteilen (Crow et al. 2002; Hekkert et al. 2009; Rahmqvist 2001).

Im Gegensatz zur Situation eines kranken Menschen, sind Frauen, die ein Kind zur Welt bringen, in der Regel gesund. Darüber hinaus handelt es sich bei dem Geburtsgeschehen um einen physiologischen Vorgang, der von der Gebärenden zumindest theoretisch ohne medizinische Hilfe bewältigt werden kann, was andere und möglicherweise einflussreichere Erwartungen an das eigene Verhalten und den persönlichen Anteil in der Bewältigung des Geburtsgeschehens implizieren kann. Und schließlich ist die Geburt eines Kindes ein positives Ereignis, das im Normalfall mit Freude erwartet wird. Vor diesem Hintergrund ist die Frage berechtigt, ob für die Zufriedenheit mit der Geburts- und der Betreuungserfahrung die gleichen Einflussfaktoren anzunehmen sind wie für die Patientenzufriedenheit.

Die Literatur zum Einfluss verschiedener soziodemografischer Charakteristika sowie anderer vorbestehender Merkmale auf die Gesamtbeurteilung der Geburtserfahrung und -betreuung sowie der postpartalen Betreuung ist nicht eindeutig. Ein möglicher Grund hierfür kann die unterschiedliche Erfassung der Gesamtbeurteilung in den verschiedenen Studien sein. Während in einer älteren australischen Untersuchung die Gesamtbeurteilung über eine dreistufige Skala mit den Antwortvorgaben ‚managed as you liked‘/‚managed as you liked in some ways but not in others‘/‚not managed as you liked‘ erfasst wurde (Brown & Lumley 1994), wurde sie in den anderen Untersuchungen entweder über fünfstufige Antwortskalen von ‚Ausgezeichnet‘ bis ‚Schlecht‘ (Brown & Lumley 1998a) bzw. vierstufige Skalen von ‚Sehr zufrieden‘ bis ‚Sehr unzufrieden‘ erfasst (Green et al. 1998). In einer kanadischen Studie wurde nicht die Gesamtzufriedenheit, sondern über eine fünfstufige Zufriedenheitsskala die jeweilige Zufriedenheit mit fünf verschiedenen, vorab faktorenanalytisch ermittelten Dimensionen erfasst (Seguin et al. 1989). Eine weitere Erklärung könnte in der Auswahl der Prädiktoren für die jeweiligen Regressionsmodelle liegen, die durch unterschiedliche Interdependenzen den Einfluss der persönlichen Hintergrundvariablen maskieren kann (Waldenström et al. 2006). Während zum Beispiel in einigen Arbeiten nur der Aspekt der externen Kontrolle (Brown & Lumley 1994; Brown & Lumley 1998b) erfasst wurde, fragten andere sowohl nach der internen als auch nach der externen Kontrolle (Green et al. 1998; Waldenström et al. 2004).

In den meisten Studien, in denen der Einfluss des **mütterlichen Alters** multivariat geprüft wurde, zeigte sich kein Effekt auf Gesamtzufriedenheit bzw. die Zufriedenheit mit einzelnen Dimensionen der Geburts- und Betreuungserfahrung (Brown & Lumley 1998b; Green et al. 1998; Seguin et al. 1989; Waldenström et al. 1996). In einer schwedischen sowie in einer älteren australischen Untersuchung beurteilten jüngere Frauen ihre Erfahrung etwas kritischer als ältere Frauen (Brown & Lumley 1994; Waldenström et al. 2004).



In zwei Studien zeigten sich Frauen mit niedrigerem **Bildungsstand** insgesamt eher unzufriedener verglichen mit Frauen mit höherem Bildungsstand (Green et al. 1998; Waldenström et al. 2006), in einer weiteren Arbeit war dies hingegen nicht der Fall (Brown & Lumley 1998b). Es gibt Hinweise, dass Frauen unterschiedlichen Bildungsstands und unterschiedlicher sozialer Herkunft im Krankenhaus unterschiedlich behandelt und informiert werden (Martin 1990), was nach Ansicht von Waldenström et al. (Waldenström et al. 2006) in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen könnte.

Der **Familienstand** scheint für die Gesamtbeurteilung der intrapartalen Betreuungserfahrung keine Bedeutung zu haben (Brown & Lumley 1994; Brown & Lumley 1998b; Waldenström et al. 2006).

Die Evidenzen zum Einfluss der **Parität** auf die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung sind nicht einheitlich, wenn ein Zusammenhang bestand, dann waren Mehrgebärende eher zufrieden als Erstgebärende (Green et al. 1998), in einer schwedischen Sekundärdatenanalyse war dieser Effekt auch unabhängig von der wahrgenommenen Schmerzintensität und Angst während der Geburt zu beobachten (Waldenström 1999). Verschiedene andere Untersuchungen haben jedoch keinen Zusammenhang zwischen Parität und Zufriedenheit mit der Geburts- oder Betreuungserfahrung festgestellt (Brown & Lumley 1994; Seguin et al. 1989; Waldenström et al. 1996; Waldenström et al. 2006).

Der Einfluss der **geburtshilflichen Vorgeschichte** auf die Zufriedenheit mit der aktuellen Geburts- und Betreuungserfahrung wurde nur in wenigen Studien multivariat untersucht und die Ergebnisse sind widersprüchlich. Während sich ein Kaiserschnitt, eine Frühgeburt oder eine Geburt aus Beckenendlage bei einer vorangegangenen Geburt in einer Untersuchung als negativer Prädiktor für die Zufriedenheit mit der Betreuungserfahrung erwies (Brown & Lumley 1994), war dies in einer Wiederholung der Studie einige Jahre später nicht mehr der Fall (Brown & Lumley 1998b), allerdings war die Frage nach der Gesamtzufriedenheit in den beiden Untersuchungen unterschiedlich operationalisiert worden.

Das **körperliche und psychische Wohlbefinden** in der Schwangerschaft hatten in einer schwedischen Untersuchung keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (Waldenström et al. 1996). In einer späteren Erhebung der gleichen Autorinnen zu den Sichtweisen zur Betreuung während und nach der Geburt, waren Frauen, die über depressive Symptome oder Ängste und Sorgen während der Schwangerschaft berichteten, nicht zufriedener oder unzufriedener mit der Betreuungserfahrung, Frauen mit zahlreichen körperlichen Beschwerden während der Schwangerschaft waren hingegen weniger zufrieden. Die Autorinnen zeigen sich überrascht von diesem Ergebnis, sind jedoch der Ansicht, dass dieses Ergebnis nicht ausschließt, dass ein beeinträchtigtes psychisches Wohlbefinden Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit der Betreuungserfahrung hat, da sich

psychische Probleme in körperlichen Beschwerden niederschlagen können (Waldenström et al. 2006).

Der Einfluss von **Erwartungen** auf die Gesamtzufriedenheit mit der Geburts- und/oder Betreuungserfahrung wurde bereits in Abschnitt 4.2 dargelegt. Auch hier sind die Ergebnisse nicht eindeutig, unter dem Vorbehalt der Vergleichbarkeit der Ergebnisse entsteht insgesamt der Eindruck, dass positive Erwartungen, wenn sie erfüllt werden, einen prädiktiven Wert hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung haben. Die Stärke ihres Einflusses ist hingegen weniger eindeutig.

Evidenzen zu den Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der postpartalen klinischen Betreuung sind deutlich weniger umfangreich und ebenfalls widersprüchlich. In einer schwedischen und einer australischen Studie hatten weder das **Alter** noch die **Parität** Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der postpartalen klinischen Betreuung, der **Familienstand** (alleinstehend) sowie eine als zu kurz oder zu lang eingeschätzte **Aufenthaltsdauer** scheinen hingegen mit einer geringeren Zufriedenheit assoziiert (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006). Die Ergebnisse zum Einfluss des mütterlichen **Bildungsstands** sowie zur **psychischen Gesundheit in der Schwangerschaft** sind nicht eindeutig. Während in der schwedischen Studie Frauen mit höherem Bildungsstand und gutem psychischen Gesundheitszustand eher zufrieden waren, zeigte sich in der australischen Untersuchung kein Effekt (ebd.). In zwei australischen Untersuchungen gibt es Hinweise, dass Frauen mit privater **Krankenversicherung** eher mit der Betreuung auf der Wochenbettstation zufrieden sind (Brown et al. 2005; Bruinsma et al. 2003). Auch die **Krankenhausgröße** scheint eine Rolle zu spielen, mit größeren Krankenhäusern als negativen Prädiktoren für die Gesamtzufriedenheit (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006).

In einer Clusteranalyse zur Zufriedenheit mit verschiedenen Einzelaspekten der klinischen Wochenbettbetreuung (Interaktion mit den Pflegekräften, Zeit für Gesundheitschecks bei Mutter und Kind, Information und Unterstützung, Stillberatung und -unterstützung) zeigten sich Unterschiede im Sinne einer größeren Unzufriedenheit bei Erstgebärenden, jüngeren Frauen und kurzer Aufenthaltsdauer nur in den zwei von neun Clustern an den extremen Enden der Zufriedenheit (Rudman et al. 2007a). Eine Ausnahme bildete der Cluster, in dem die Wöchnerinnen insbesondere mit der Stillberatung und -unterstützung unzufrieden waren. Hier fanden sich deutlich häufiger Erstgebärende, jüngere und allein stehende Frauen. Allerdings war dort auch der Anteil von Frauen mit sekundärer Sectio höher, die bekanntermaßen einen negativen Einfluss auf einen erfolgreichen Stillbeginn hat (ebd.).

Absolut gesehen sind die Effekte soziodemografischer Charakteristika der Frauen sowie struktureller Merkmale der Krankenhäuser in den verfügbaren Untersuchungen jedoch eher

gering. Auch für die postpartale Betreuung scheinen die personalbezogenen Betreuungsaspekte sowie einige organisatorische und strukturelle Merkmale von sehr viel größerer Bedeutung für die Zufriedenheit mit der postpartalen klinischen Betreuung zu sein als soziodemografische Charakteristika der Wöchnerinnen (Brown et al. 2005).

#### 4.5 Geburtserfahrung vs. Betreuungserfahrung

Verschiedene Autorinnen weisen auf die Notwendigkeit hin, zwischen der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (*satisfaction with the birth experience*) und der Zufriedenheit mit der Betreuung bzw. den Betreuungsleistungen während der Geburt (*satisfaction with care during labour and birth*) zu unterscheiden (Bramadat & Driedger 1993; Waldenström et al. 2006). So kann eine Frau mit ihrer Geburt durchaus zufrieden sein, auch wenn sie die Betreuung durch das Fachpersonal eher kritisch beurteilt (Green et al. 1990). Es wird davon ausgegangen, dass es Überschneidungen zwischen beiden Aspekten gibt, sie aber letztlich separate Variablen darstellen (Waldenström et al. 1996), die beide durch intrapartale Ereignisse beeinflusst werden können. Eine explizite Definition bzw. Zuordnung verschiedener Aspekte ist in der Literatur nicht zu ermitteln. Sie lässt sich, wenn überhaupt, nur indirekt über die jeweils verwendeten Fragen und erfassten Themenbereiche erschließen (Tab. 4-1).

Die deutlichsten Überschneidungen finden sich bei dem Aspekt der Unterstützung durch Hebammen, Ärztinnen und Ärzte sowie der Einbindung in Entscheidungsprozesse. Bei beiden handelt es sich um Betreuungsleistungen, die jedoch Einfluss darauf nehmen können, wie die Gebärende das Geburtsgeschehen bewältigt. So werden diese Aspekte auch von derselben Autorin sowohl in einer Studie zur Geburtserfahrung (Waldenström et al. 1996) als auch einer Untersuchung zur Betreuungserfahrung (Waldenström et al. 2004; Waldenström et al. 2006) aufgenommen. Die Faktoren einer kanadischen Analyse weisen nach eigenen Angaben der Autorinnen und des Autors ebenfalls darauf hin, dass zwischen der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung und der Geburtsbetreuung zwar Überschneidungen bestehen, aber auch Unterschiede. In dieser Untersuchung kristallisierte sich neben dem Faktor ‚Geburtserfahrung‘ und den beiden Faktoren ‚Ärztliche Betreuung‘ und ‚Pflegerische Betreuung‘ zusätzlich ein separater Faktor ‚Einbindung und Information‘ heraus, was von den Autorinnen und dem Autor als Hinweis für die Zwischenstellung dieser Elemente interpretiert wird (Seguin et al. 1989). Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die in den Faktor ‚Geburtserfahrung‘ eingehenden Erwartungen postpartal erfasst wurden und damit durch den Geburtsverlauf und die Geburt selbst beeinflusst worden sein können.

Nicht zuletzt wegen der starken Überschneidungen wird die Unterscheidung zwischen Geburtserfahrung und Betreuungserfahrung von zahlreichen weiteren Autorinnen und Autoren nicht in dieser expliziten Form vorgenommen (Christiaens & Bracke 2007; Green et al. 1998; Stadlmayr et al. 2004). Unabhängig davon greift diese Diskussion mit dem Aspekt

des persönlichen Anteils der Gebärenden an der Bewältigung des Geburtsgeschehens aber einen wesentlichen Unterschied zur Patientenzufriedenheit auf, dem im geburtshilflichen Kontext eine deutlich größere Rolle für die Zufriedenheit zukommt als im akutstationären oder ambulanten Bereich der Gesundheitsversorgung. Die Analyse der Antworten auf die offene Frage nach wichtigen Einflussfaktoren für die Geburtserfahrung von Waldenström et al. (Waldenström et al. 1996) ergab, dass das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Zufriedenheit mit der körperlichen und mentalen Bewältigung des Geburtsgeschehens am dritthäufigsten genannt wurden, nach der Unterstützung durch die Hebamme und den Partner.

Tab. 4-1 Elemente der Geburts- und Betreuungserfahrung

Autor	Elemente der Geburtserfahrung	Elemente der Betreuungserfahrung	Intrapartale Ereignisse
Waldenström et al. 2004, 2006, Schweden		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbindung in Entscheidungsprozesse</li> <li>• Emotionale Aspekte der Geburtsbetreuung</li> <li>• Informationen zum Geburtsfortschritt</li> <li>• Medizinische Aspekte der Geburtsbetreuung</li> <li>• Unterstützung durch Ärztinnen, Ärzte</li> <li>• Unterstützung durch Hebammen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geburtseinleitung</li> <li>• Geburtsdauer</li> <li>• Analgetikabedarf</li> <li>• Geburtsmodus</li> <li>• Verlegung des Neugeborenen</li> </ul>
Brown et al. 1998a, Australien		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen von Hebammen, Ärztinnen, Ärzten zu den Geschehnissen während des Geburtsverlaufs</li> <li>• Einbindung in Entscheidungsprozesse</li> <li>• Ermittlung und Zuspruch durch Hebammen, Ärztinnen, Ärzte</li> <li>• Freundlichkeit und Verständnis von Hebammen, Ärztinnen, Ärzten</li> <li>• Unerwünschte Personen bei der Geburt anwesend</li> <li>• Unterstützung durch Hebammen, Ärztinnen, Ärzte</li> <li>• Zufriedenheit mit der Schmerzänderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geburtseinleitung</li> <li>• Geburtsdauer</li> <li>• CTG</li> <li>• Analgetikabedarf</li> <li>• Interventionen (zusammengefasster Score)</li> <li>• Geburtsmodus</li> <li>• Geburtsort</li> <li>• Episiotomie</li> <li>• Kontakt zum Kind gleich nach der Geburt</li> <li>• Hauptverantwortliche Betreuungsperson</li> </ul>
Waldenström et al. 1996, Schweden:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst während der Geburt</li> <li>• Bedürfnis nach Körperkontakt und Ansprache</li> <li>• Einbindung in das Geburtsgeschehen</li> <li>• Einstellung zum Schmerz</li> <li>• Gefühl der Panik</li> <li>• Physische und psychische Bewältigung des Geburtsprozesses</li> <li>• Schmerzintensität</li> <li>• Unterstützung durch den Partner</li> <li>• Unterstützung durch Hebammen</li> <li>• Zeitgefühl</li> <li>• Zufriedenheit mit sich selbst</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geburtseinleitung</li> <li>• Geburtsdauer</li> <li>• CTG</li> <li>• Analgetikabedarf</li> <li>• Geburtsmodus</li> <li>• Episiotomie</li> </ul>
Séguin et al. 1989, Kanada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktor ‚Geburtserfahrung‘:</li> <li>• Geburtsverlauf so normal wie möglich</li> <li>• Glückliche/unglückliche Erfahrung</li> <li>• Schmerzerfahrung im Vergleich zur Erwartung</li> <li>• Verlauf der Geburt im Vergleich zur Erwartung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktor ‚Ärztliche Betreuung‘:</li> <li>• Emotionale Unterstützung</li> <li>• Geburtsmedizinische Maßnahmen</li> <li>• Wartezeit bis zum Arztkontakt</li> <li>• Faktor ‚Pflegerische Betreuung‘:</li> <li>• Emotionale Unterstützung</li> <li>• Geburtsmedizinische Maßnahmen</li> <li>• Reaktion auf Schmerzen</li> <li>• Faktor ‚Information und Einbindung‘:</li> <li>• Häufigkeit der Einbindung in Entscheidungsprozesse</li> <li>• Häufigkeit der Erklärungen</li> <li>• Faktor ‚Umgebung‘</li> <li>• Wehenraum</li> <li>• Kreißsaal</li> <li>• OP</li> </ul>	

## 4.6 Relevanz der Wöchnerinnenzufriedenheit

Ein wichtiger Anstoß für das Interesse an der Perspektive der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen war die in den 1970er und 1980er Jahren öffentliche Diskussion um die intrapartale Betreuung im Krankenhaus, ausgelöst durch die Kritik der betroffenen Frauen an der zunehmenden Technisierung der Geburt, der fehlenden Humanität in der Betreuung sowie der mangelnden Berücksichtigung ihrer emotionalen Bedürfnisse (Sullivan 1982 zitiert in (Redshaw 2008);(Kirke 1980)).

Positive wie negative Erfahrungen mit der Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett können Einfluss auf die Gesundheit und das weitere Leben von Mutter und Kind nehmen, was die Bedeutung der Erfassung dieser Erfahrungen unterstreicht. So besteht ein Zusammenhang zwischen der Art des Geburtserlebens und dem psychischen Gesundheitszustand der Mutter (Weisman et al. 2010), der wiederum Einfluss auf den Beziehungsaufbau zu dem Neugeborenen sowie die weitere Entwicklung des Kindes nehmen kann (Dennis & Creedy 2004). Eine als negativ oder traumatisch erlebte Geburt erhöht das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung (Alcorn et al. 2010), ebenso wie das Risiko für Depressionen in (Rubertsson et al. 2003) bzw. nach einer weiteren Schwangerschaft (Righetti-Veltema et al. 1998). Die Qualität der Geburtserfahrung und -betreuung kann darüber hinaus Einfluss auf den präferierten Geburtsmodus einer Folgeschwangerschaft (Gottvall & Waldenstrom 2002) sowie weitere reproduktive Entscheidungen nehmen (Mollison et al. 2005; Waldenström et al. 2004).

Proctor konnte in einer qualitativen Untersuchung unterschiedliche Prioritätensetzungen in der Bedeutung verschiedener Betreuungsaspekte durch Schwangere bzw. Wöchnerinnen und Hebammen aufzeigen (Proctor 1998) und verdeutlicht damit ebenfalls die Bedeutung der Erfassung der Perspektive der Betroffenen. So maßen die befragten Frauen den Informationen vor und nach der Geburt, der kontinuierlichen Betreuung während der Geburt, der Einbindung des Partners sowie dem Bedürfnis nach Kontrolle über die eigene Situation nicht nur während sondern auch nach der Geburt eine größere Bedeutung mit Blick auf eine qualitativ gute Betreuung bei als dies die befragten Hebammen taten (ebd.).

Darüber hinaus hat sich, ebenso wie in der Versorgung akutstationärer und ambulanter Patientinnen und Patienten, die Erfassung der Erfahrungen und Sichtweisen von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mittlerweile als ein wesentliches Element der Qualitätssicherung etabliert. Sie erlaubt es, Stärken und Defizite in der Versorgung zu identifizieren und daraus, unter gleichzeitiger Integration weiterer Qualitätsindikatoren, Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten bzw. bei wiederholter Erfassung zu evaluieren (Waldenström & Rudman 2008).

Und schließlich gilt auch in der geburtshilflichen Versorgung, dass die Erfassung der Erfahrungen und Sichtweisen der Frauen zur Aufdeckung von Verbesserungspotenzialen

und Optimierung der frauenzentrierten Betreuung Ausdruck einer Grundhaltung ist, für die eine positive Geburtserfahrung sowie die Zufriedenheit mit der Betreuung einen Wert in sich darstellt.

#### **4.7 Wöchnerinnen als Kundinnen?**

Die ‚Anwerbung von Kundinnen‘ als Auswirkung der gestiegenen Wettbewerbsorientierung auf dem Krankenhausmarkt ist in der Geburtshilfe möglicherweise noch stärker ausgeprägt als in anderen Bereichen, da die geburtshilfliche Abteilung eines Krankenhauses im Zusammenhang mit einem ‚freudigen Ereignis‘ steht und damit als ein positiver Imageträger gilt (Riegl 1996). Damit ist der zunehmende Wettbewerb unter den Krankenhäusern ebenfalls ein wichtiger Motor für das Interesse an den Wünschen der Schwangeren hinsichtlich der Betreuung und Umgebung während und nach der Geburt. Gesunde Schwangere entscheiden im Vorfeld, in welcher Klinik sie ihr Kind zur Welt bringen, die nächstgelegene Klinik ist nicht automatisch die Klinik der Wahl und die Zeit, um diese Entscheidung zu beeinflussen, ist vergleichsweise lang. Und schließlich ist die Geburt die häufigste Diagnose für einen Krankenhausaufenthalt. So hatte auch die erste bundesweite Befragung von Wöchnerinnen aus dem Jahr 1996 ein eindeutig auf das Klinikmarketing ausgerichtetes Ziel. Mit den Ergebnissen sollte das Image der stationären Geburtshilfe ermittelt und den Kliniken ein Leitfaden zu den marktwirtschaftlichen Entwicklungschancen und –risiken an die Hand gegeben werden (Riegl 1996).

Die Sinnhaftigkeit des Kundenbegriffs wird auch für den geburtshilflichen Bereich verschiedentlich in Frage gestellt (Ensel 2007; McCourt et al. 2000). Um ein Kind auszutragen und zu gebären bedarf eine Frau weniger einer hochtechnisierten medizinischen Versorgung als vielmehr einer fachkundigen und einfühlsamen Unterstützung und Begleitung. Die Frau befindet sich damit, was die Abhängigkeit von medizinischem Expertenwissen angeht, theoretisch in einer Situation, in der sie ärztlicher Unterstützung nur bedingt bedarf und souverän über die Gestaltung ihrer Betreuung entscheiden könnte. Die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt in den letzten Jahrzehnten hat allerdings dazu geführt, dass die meisten Frauen der Ansicht sind, auf medizintechnische Unterstützung angewiesen zu sein (Henley-Einion 2009; Kolip 2000a) und damit eine ähnliche Abhängigkeitssituation wie bei Patientinnen und Patienten geschaffen.

Das Wissen als wichtige Voraussetzung für Erwartungsbildung und autonome Entscheidungen unterliegt auch zwischen Schwangerer/Gebärender/Wöchnerin und medizinischen Expertinnen bzw. Experten einem asymmetrischen Informationsgefälle. Trotz der nicht zu überschauenden Vielzahl an Ratgebern, Büchern und Informationsbroschüren, gibt es erst seit wenigen Jahren zunehmend mehr unabhängige Informationen für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen, deren Bedeutung für die Entscheidungsfindung der Frauen noch nicht eindeutig geklärt ist (Khunpradit et al. 2011; Stacey et al. 2011) . Dem

intuitiven Wissen der Frauen um ihren eigenen Körper wird in der medizinisch ausgerichteten und risikoorientierten geburtshilflichen Betreuung keine Bedeutung beigemessen, diese Art der Versorgung trägt vielmehr dazu bei, dieses Wissen zu unterminieren und damit das Informationsgefälle noch zu vergrößern (Stahl & Baumgärtner 2005).

Der die Kundin bzw. den Kunden kennzeichnende Aspekt der Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Optionen lässt sich auf eine Schwangere, Gebärende oder Wöchnerin theoretisch übertragen. Sie kann zwischen verschiedenen Betreuungsoptionen während der Schwangerschaft und der Geburt wählen. Insbesondere die Wahl des Geburtsortes wird jedoch angesichts der zunehmenden Zahl an Hebammen, die aus finanziellen Gründen keine außerklinische Geburtshilfe mehr anbieten können, immer theoretischer. Die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Kliniken trifft vor allem für Frauen aus dicht besiedelten Gebieten oder Frauen in Großstädten zu.

Und schließlich werden in Deutschland die Kosten einer Geburt im Krankenhaus von den Krankenkassen übernommen, womit ein im normalen Marktgeschehen wichtiger regulierender Faktor - der Preis - entfällt.

Schließlich lässt die Besonderheit der Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als einer bedeutenden Übergangsphase im Leben einer Frau, die mit zahlreichen Veränderungen und Unsicherheiten einhergeht, Zweifel daran aufkommen, ob diese Situation tatsächlich mit dem Konzept der souveränen Kundin, des souveränen Kunden zu vereinbaren ist (Ensel 2007).

## 4.8 Zusammenfassung

Ein umfassendes theoretisches Modell der Entstehung von Zufriedenheit steht auch im Kontext der geburtshilflichen Versorgung nach wie vor aus. Auch hier findet sich am häufigsten das aus der Marktforschung stammende Modell der Erwartungsdiskrepanz als grundlegender theoretischer Modellierungsrahmen, dessen lineare Beziehung zwischen gemachter Erfahrung und vorgängiger Erwartung bisher nicht eindeutig empirisch bestätigt werden konnte. Die über diese lineare Zusammenhangsbeschreibung des Diskrepanzmodells hinausgehende Assimilations-Kontrast-Theorie baut auf der Theorie der kognitiven Dissonanz auf. Nach ihr werden die als psychische Spannung erlebten Inkonsistenzen zwischen Erwartungen und Erfahrungen durch Assimilation der Erwartungen an die Wahrnehmung (oder umgekehrt) abgebaut. Das Bedürfnis nach einer Reduktion der kognitiven Dissonanz ist umso höher, je höher die psychische Bedeutsamkeit des Ereignisses ist und erscheint nicht zuletzt deswegen für die Geburtshilfe intuitiv eingängig, eine empirische Überprüfung dieses Modells für den geburtshilflichen Bereich steht jedoch noch aus. Der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Erwartungen stellt sich komplex dar. Unter dem Vorbehalt der Vergleichbarkeit der Ergebnisse entsteht insgesamt der Eindruck, dass positive Erwartungen, wenn sie erfüllt werden, einen prädiktiven Wert



hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung haben. Die Stärke ihres Einflusses ist hingegen weniger eindeutig. Nicht-artikulierte Erwartungen scheinen im geburtshilflichen Kontext ebenfalls eine gewisse Rolle zu spielen. Während die Zufriedenheitsentstehung noch nicht vollständig geklärt ist, ist es durch die Untersuchung ausreichend großer Stichproben möglich, Häufigkeitsverteilungen, Dimensionen und Einflussfaktoren zu erkennen. So haben sich in zahlreichen Untersuchungen bestimmte Dimensionen der Zufriedenheit wie soziale Unterstützung, Kontrolle, Schmerzwahrnehmung und geburtsmedizinische Interventionen im Zusammenhang mit der intrapartalen Betreuung und der Geburtserfahrung als bedeutsam herauskristallisiert. Die Evidenzen zu den wesentlichen Zufriedenheitsdimensionen der klinischen postpartalen Betreuung sind weniger zahlreich, hier scheinen soziale Unterstützung, die Unterstützung bei und Information über Ernährung und Pflege des Neugeborenen und mütterliche Genesungs- und Anpassungsprozesse sowie die Vorbereitung auf die Zeit zuhause für die Wöchnerinnen eine wichtige Rolle zu spielen. Während individuelle und soziale Einflussfaktoren wie Alter, Gesundheitszustand und Bildungsstand für die Patientenzufriedenheit eine gewisse Rolle spielen, scheinen demografische Einflussfaktoren für die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung nur von untergeordneter Bedeutung zu sein. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der klinischen postnatalen Betreuung ist das Bild nicht zuletzt aufgrund der schwachen Evidenzlage uneinheitlich.

Verschiedene Autorinnen und Autoren weisen schließlich auf die Notwendigkeit hin, zwischen der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung und der Zufriedenheit mit der Betreuung bzw. den Betreuungsleistungen während der Geburt zu unterscheiden. Es wird davon ausgegangen, dass es Überschneidungen zwischen beiden gibt, sie aber letztlich separate Variablen darstellen.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist die wesentliche Bedeutung des Wissens um die Erfahrungen der Wöchnerinnen aufgrund ihres Einflusses auf die weitere physische und psychische Gesundheit von Mutter und Kind anerkannt. Auch in der Qualitätssicherung gilt die Erfassung der Wöchnerinnenperspektive mittlerweile als ein anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung, mit dem die Qualität der Versorgung aus Sicht der Frauen abgebildet, auf Stärken und Schwächen in der Betreuung reagiert und die stete Förderung einer frauen- und familienzentrierten Geburtshilfe unterstützt werden kann. Darüber hinaus kommt ihr ein zunehmendes Gewicht in dem maßgeblich ökonomisch motivierten und politisch gewünschten Wettbewerb um und mit ‚zufriedenen Kundinnen und Kunden‘ zu, wobei die Übertragbarkeit des marktwirtschaftlich orientierten Kundenkonzepts auf Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen von einigen Autorinnen und Autoren in Frage gestellt wird.

## 5 Geburtsmodus Sectio

Seit mehr als 30 Jahren beschäftigt sich eine mittlerweile kaum noch zu überblickende Vielzahl an Veröffentlichungen in der Fach- und auch in der Laienpresse mit dem Thema Kaiserschnittgeburt und dem kontinuierlichen Anstieg der Kaiserschnittraten in dieser Zeit.

Ausgehend von der Ansicht, dass es sich bei einem Kaiserschnitt um einen streng medizinisch indikationsgebundenen Eingriff handelt, konzentrierte sich die Debatte zunächst vor allem darauf, in welchem Ausmaß der zunehmende Einsatz medizinischer Interventionen zu dem Anstieg beiträgt und mit welchen Maßnahmen die Zahl der Kaiserschnittgeburten gesenkt oder gering gehalten werden kann, da eine möglichst niedrige Sectorate noch als Qualitätsindikator galt (Anderson 2004).

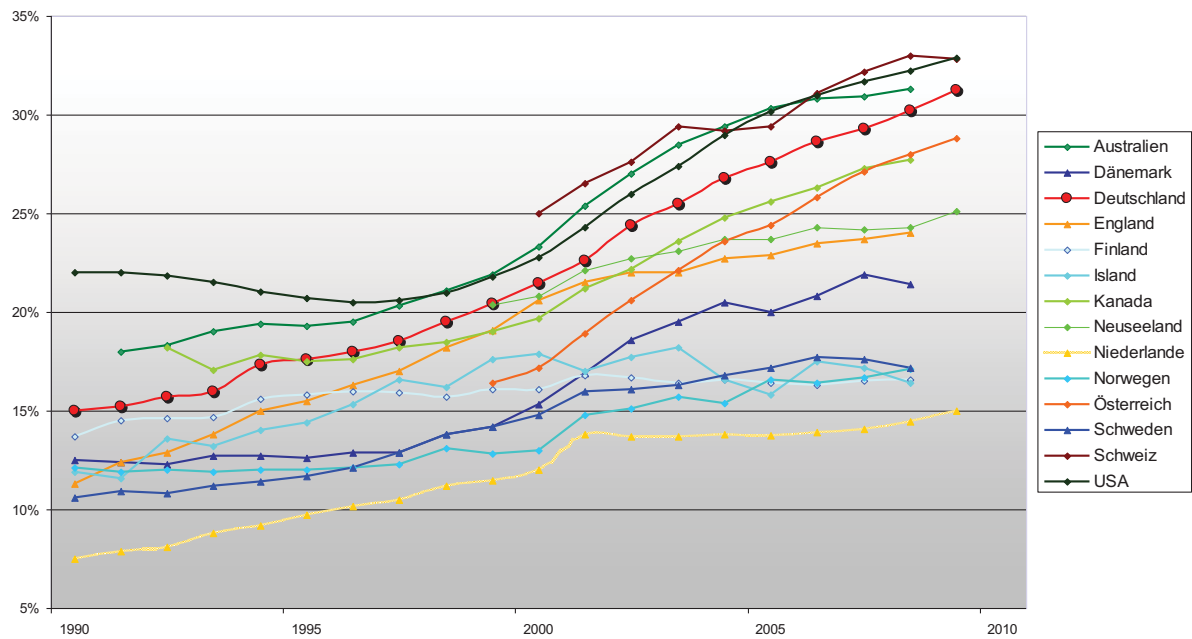
Mittlerweile hat sich der Fokus der Debatte verschoben. Fortschritte in der OP- und Anästhesietechnik, in der Perinatologie sowie die weitgehende Etablierung und Akzeptanz der Technisierung der Geburtshilfe mit all ihren Folgen haben zu einem Perspektivwechsel in dieser Diskussion geführt. Heute geht es vor allem darum, ob der Kaiserschnitt tatsächlich ein ausschließlich medizinisch indizierter Eingriff sein sollte, bei welchen Indikationen es sich noch um medizinische handelt und welche weiteren Indikationen möglicherweise noch als gerechtfertigt zu betrachten sind. Die Rolle der Sectorate als Qualitätsindikator wird von einigen Autoren angezweifelt bzw. in Abrede gestellt (Singh & Nath 2011). Exemplarisch zeigt sich der Kern dieser Diskussion in der gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR) von 2008 zu den absoluten und relativen Indikationen zur Sectio caesarea (DGGG & AGMedR 2008:9). Die AG MedR vertrat nach eigener Aussage noch 1996 den Standpunkt, dass eine Sectio „...neben der Einwilligung der Schwangeren einer ausreichenden medizinischen Indikation [bedürfe], über deren Gewicht zumeist der Arzt allein befand. Wo diese fehlte, hielt man den Eingriff für rechtswidrig oder zumindest unärztlich.“ Die Autorin und die Autoren fahren fort, dass sie diesen Standpunkt angesichts gewandelter gesellschaftlicher Auffassungen, aktueller medizinischer Erkenntnisse und einer fortentwickelten Rechtsprechung und Rechtslehre nicht mehr aufrechterhalten können. Konkret gemeint sind damit die nach Ansicht der Autorin und der Autoren zunehmende Forderung der Schwangeren nach einem Kaiserschnitt, die hohe Sicherheit der Operation für Mutter und Kind, die insbesondere mit Blick auf mögliche Beckenbodenschädigungen der vaginalen Geburt überlegen ist, sowie die Zunahme der juristischen Verfahren im geburtshilflichen Bereich, die die Medizinerinnen und Mediziner zu einem defensivmedizinischen Handeln drängt.

Im Folgenden sollen die Entwicklung der Sectioraten, die Gründe für den zu beobachtenden Anstieg, die Indikationen für den Eingriff sowie die mit ihm verbundenen Risiken und Folgen für Mutter und Kind näher beleuchtet werden.

## 5.1 Entwicklung der Sectioraten

Die Kaiserschnittraten steigen seit über 20 Jahren kontinuierlich an. Diese Entwicklung lässt sich in fast allen Ländern der Welt gleichermaßen beobachten. Deutliche Unterschiede zeigen sich hingegen sowohl in der absoluten Höhe als auch im Ausmaß des Anstiegs (Abb. 5-1). In Deutschland hat sich die Sectiorate in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt. Wurde 1990 noch fast jedes sechste Kind per Kaiserschnitt geboren (Statistisches Bundesamt 2012), war es 2010 bereits fast jedes dritte Kind (AQUA 2011). Damit ist Deutschland unter den aufgeführten Ländern das Land, in dem die Sectiorate in diesem Zeitraum am stärksten angestiegen ist, gefolgt von Australien und England. Abgesehen von den skandinavischen Ländern (mit Ausnahme von Schweden), in denen der Anstieg deutlich weniger steil verläuft und in den letzten Jahren sogar eher stagniert, lässt sich der kontinuierliche Anstieg in den in Abb. 5-1 dargestellten Ländern ebenfalls beobachten, allerdings auf unterschiedlichen absoluten Niveaus. In den USA ist Mitte der 1990er Jahre kurzfristig ein leichtes Absinken zu beobachten, ein Ergebnis der Veröffentlichung der Leitlinien des *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) zur Förderung der vaginalen Geburt nach vorangegangenem Kaiserschnitt (*vaginal birth after cesarean delivery*, VBAC) (Macones et al. 2005). Die sich anschließende breite Diskussion über die Sicherheit der VBAC führte nach 1996 zu einem erneuten Anstieg der Kaiserschnittraten, der bis heute ungebremst anhält (Declercq et al. 2006a). Die Niederlande verzeichnen ebenfalls eine Verdopplung zwischen 1990 und 2009, allerdings ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau und bedingt durch einen vergleichsweise steilen Anstieg Anfang des neuen Jahrhunderts. Dieser ist maßgeblich auf die Umsetzung der Empfehlung des *Term Breech Trials* (Hannah et al. 2000) – der routinemäßigen primären Sectio bei reifen Kindern in Beckenendlage – zurückzuführen (Rietberg et al. 2005). Auffallend ist, dass die Länder mit den niedrigsten Sectioraten (Niederlande, Finnland, Island, Norwegen, Schweden und England) über ein geburtshilfliches Betreuungssystem verfügen, in denen Hebammen die hauptverantwortlichen Betreuungspersonen bei normal verlaufender Schwangerschaft und Geburt sind, die bei Auftreten von Komplikationen einen entsprechenden Spezialisten hinzuziehen. Diese Situation steht in Einklang mit der Literatur, in der zahlreich belegt ist, dass diese Organisationsform mit weniger Interventionen und besseren Outcomes für Mutter und Kind einhergeht (Enkin et al. 2000; Hatem et al. 2008).

Abb. 5-1 Entwicklung der Sectioraten 1990 bis 2009 in ausgewählten Ländern



Quellen: (AIHW National Perinatal Statistics Unit 2011; Bragg et al. 2010; Canadian Institute for Health Information 2009; CDC National Vital Statistics System 2009; Centraal Bureau for de Statistiek 2003; Centraal Bureau for de Statistiek 2011a; Centraal Bureau for de Statistiek 2011b; HESOnline (Hospital Episode Statistics) 2011; National Institute for Health and Welfare (THL) 2010; New Zealand Ministry of Health 2010; Statistik Austria 2011; Statistisches Bundesamt 2010d)

Die WHO empfahl bereits 1985 eine Obergrenze für Kaiserschnittraten von 15% mit der Begründung, dass mit über diesem Wert liegenden Sectioraten kein weiterer Zusatznutzen für Mutter und Kind zu erwarten ist (WHO 1985). Diese Empfehlung war das Ergebnis einer umfassenden Literaturrecherche sowie einer survey-basierten Untersuchung der geburtshilflichen Versorgungsangebote in verschiedenen Ländern durch eine 15köpfige Expertengruppe, deren Mitglieder aus den unterschiedlichsten Bereichen kamen (Chalmers 1992). Einige Autorinnen und Autoren sind der Ansicht, dass die damalige Empfehlung nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten entspricht und der Sicherheit von Mutter und Kind entgegensteht (Coalition for Childbirth Autonomy 2009; Dosa 2001). In dem 2009 erschienenen Handbuch *Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook* räumt die WHO ein, dass eine starke empirische Untermauerung für eine optimale Obergrenze nach wie vor fehlt, mittlerweile aber zunehmend mehr Evidenzen darauf hinweisen, dass der mit hohen Sectioraten verbundene Schaden größer ist als ihr Nutzen (WHO 2009). Anstatt ihrer alten Empfehlung von 1985 empfiehlt die WHO jetzt weiterhin als Benchmark eine Sectiorate von 5-15 % zu nutzen oder eigene Standards festzulegen (ebd.). Diese erweiterte Empfehlung kann als ein Zugeständnis an die Realität verstanden werden, dass die empfohlene Obergrenze in der Mehrzahl der Industrieländer scheinbar nicht mehr erreicht werden kann, sowie als Versuch den kontinuierlichen Anstieg durch eine Festlegung individueller Obergrenzen zu bremsen.

Unabhängig von der Diskussion um optimale Höhe, Geschwindigkeit und Ausmaß des Anstiegs werfen die hohe Variabilität der Sectioraten sowie der kontinuierliche Anstieg die Frage nach den Gründen auf, insbesondere da letzterer nicht zwingend mit einer entsprechenden Verbesserung der mütterlichen und perinatalen Morbidität und Mortalität einhergeht (Althabe et al. 2006).

## 5.2 Gründe für den Anstieg der Sectioraten

Infolge von Fortschritten in der OP- und Anästhesietechnik sowie der Verfügbarkeit von Antibiotika und Bluttransfusionen ist die **Operation selbst** heute sehr viel **sicherer** geworden als sie dies früher war. Die Abwägung von Nutzen und Schaden bei der Entscheidung für oder gegen einen Kaiserschnitt fällt damit heute deutlich häufiger zugunsten der Operation aus (Schneider & Husslein 2010). Indikationen, die schon immer Grund für eine Sectio waren wie z. B. der Verdacht auf eine fetale Notlage oder ein protrahierter Geburtsverlauf bzw. -stillstand, werden heute sehr viel häufiger und schneller gestellt (Leitch & Walker 1998; Lutz & Kolip 2006). Vor dem Hintergrund der relativen Sicherheit wird der Eingriff darüber hinaus zunehmend präventiv eingesetzt, zu beobachten in einem Anstieg der primären Sectioraten wegen Beckenendlage, Mehrlingsschwangerschaft oder bei Verdacht auf Makrosomie (BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2004a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009a). Eine schützende Wirkung wird der Sectio außerdem im Hinblick auf die Vermeidung möglicher Beckenbodenschädigungen mit ihren Folgen für Kontinenz und Sexualität nachgesagt, obwohl die Evidenzlage hierzu unklar ist (vgl. Abschnitt 5.4.2). Diesem vermuteten präventiven Effekt wird ebenfalls eine Rolle für den großzügigeren Einsatz des Kaiserschnitts zugeschrieben (Sakala 2006).

Die klinische Geburtshilfe ist geprägt von zahlreichen **Interventionen**, die in der Mehrzahl im Zusammenhang mit einer erhöhten Sectiorate stehen. Hierzu zählen insbesondere die kontinuierliche CTG-Überwachung während der Geburt (Alfirevic et al. 2006), die rückenmarksnahe Betäubung zur Schmerzlinderung (PDA) (Anim-Somuah et al. 2011), die medikamentöse Geburtseinleitung (Maslow & Sweeny 2000; National Collaborating Centre of Women's and Children's Health 2008b) sowie der Ultraschall in der Schwangerschaft (Bricker et al. 2008). Viele der heute üblichen Interventionen wurden zunächst ohne wissenschaftlichen Beleg für ihren Nutzen eingeführt (Enkin et al. 2000:485), bei einem Teil wurde dieser Nachweis mittlerweile geführt, bei anderen steht er noch aus (ebd. S. 487ff). Bei einer Reihe von Interventionen konnte der fehlende Nutzen bzw. das Überwiegen der Nachteile belegt werden (ebd., S. 500ff) ohne dass deswegen im geburtshilflichen Alltag auf die Intervention verzichtet wird. Eines der prominentesten Beispiele für den letzteren Fall ist das intrapartale CTG bei Frauen mit einem niedrigen geburtshilflichen Risiko, bei dem anhand der Verlaufskurve der kindlichen Herztöne das Wohlbefinden des Ungeborenen

prognostiziert werden soll und dessen positiver Vorhersagewert mit lediglich 37 % beziffert wird (Grimes & Peipert 2010). Dennoch wird diese Intervention weltweit bei der überwiegenden Mehrzahl der Frauen durchgeführt (Alfirevic et al. 2006).

Mit steigender Sectiorate nimmt darüber hinaus die Zahl der Mehrgebärenden mit einem **Kaiserschnitt in der Anamnese** zu. Ihr Risiko für eine weitere Sectio ist im Vergleich zu Frauen ohne Kaiserschnitt in der Anamnese deutlich erhöht und der vorangegangene Kaiserschnitt zählt zu den häufigsten Indikationen für eine Sectio bei Mehrgebärenden (Guise et al. 2010). Auch wenn eine vaginale Geburt nach Sectio bei bis zu 85% der Schwangeren erfolgreich ist (Dodd et al. 2004), wird sie längst nicht allen Frauen mit vorangegangener Sectio angeboten (Declercq et al. 2006b).

Als weiterer Grund wird das **veränderte Risikoprofil der Schwangeren** genannt, insbesondere das höhere Alter, in dem Frauen heute ihre Kinder bekommen, und damit das höhere Risiko für das Bestehen von Vorerkrankungen und in der Folge das höhere Risiko für Geburtskomplikationen, die einen Kaiserschnitt erforderlich machen. Diesem Argument steht allerdings entgegen, dass auch in den nordischen Ländern, in denen die Sectioraten deutlich niedriger liegen (s. Abb. 5-1), das durchschnittliche Alter der Mütter ansteigt (National Institute for Health and Welfare (THL) 2010). Declercq et al. kommen in ihrer Untersuchung der US-amerikanischen Geburtenkohorte von 1991 bis 2002 zu den Risikofaktoren für eine Erstsectio zu dem Ergebnis, dass die Sectioraten nicht nur in der Gruppe der älteren Frauen und der der Risikoschwangeren ansteigen, sondern über alle Gruppen unabhängig von Alter, Parität, bestehenden Vorerkrankungen und ethnischer Zugehörigkeit (Declercq et al. 2006a). Die Frage, inwieweit der **Wunsch der Schwangeren** nach einem Kaiserschnitt mitverantwortlich ist für den Anstieg der Sectioraten sowie die möglichen Gründe werden in der Fachpresse seit knapp 15 Jahren sehr kontrovers und nicht selten sehr emotional diskutiert (Lavender et al. 2009). Die verfügbaren Evidenzen sprechen eher dafür, dass der ‚reine‘ Wunsch der Schwangeren nach einem Kaiserschnitt ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation selten ist. In einer repräsentativen US-amerikanischen Befragung von 1373 Wöchnerinnen berichtete genau eine Frau, dass ihr Kaiserschnitt auf ihren Wunsch ohne einen medizinischen Grund vorgenommen wurde (Declercq et al. 2006b). In einer Befragung von Versicherten einer großen deutschen Krankenkasse, die ihr Kind per Kaiserschnitt geboren hatten, gaben weniger als 2% an, einen ‚Wunschkaiserschnitt‘ gehabt zu haben (Lutz & Kolip 2006). In einer weiteren deutschen Arbeit zum gewünschten und erlebten Geburtsmodus gaben 3,8 % der 366 zwischen der 28. und 35. Schwangerschaftswoche (SSW) befragten Erstgebärenden die primäre Sectio als präferierten Geburtsmodus. Eine erneute Abfrage des präferierten Geburtsmodus zwischen der 8. und 17. Woche nach der Geburt ergab, dass sich 6,7 % der zu diesem Zeitpunkt noch erreichten 342 Erstgebärenden am Ende der Schwangerschaft einen geplanten Kaiserschnitt

gewünscht hatten (Hellmers 2005). In einer Literaturübersicht zur elektiven Sectio kommen die Autoren ebenfalls zu dem Schluss, dass sich nur eine sehr kleine Anzahl von Frauen diesen Eingriff wünschen, wobei Geburtsängste unterschiedlicher Motivation und die Risikowahrnehmung der Frauen für den Wunsch eine wichtige Rolle zu spielen scheinen (McCourt et al. 2007). Gleichzeitig kommen Weaver et al. in ihrer Befragung von 108 Schwangeren und 814 geburtshilflichen Fachärztinnen und Fachärzten in Großbritannien zu dem Ergebnis, dass trotz der Hinweise, dass sich nur wenige Frauen einen geplanten Kaiserschnitt wünschen, dieser Wunsch in der Wahrnehmung der Ärztinnen und Ärzte maßgeblich zum Anstieg der Sectiorate beiträgt (Weaver et al. 2007). Insgesamt ist bei der Diskussion zu diesem Thema zu beobachten, dass der Indikation ‚Kaiserschnitt auf Wunsch der Frau‘ sehr unterschiedliche Definitionen zugrunde gelegt werden und darüber hinaus oftmals nicht die Frauen selbst befragt wurden, was eine Vergleichbarkeit der Diskussionsbeiträge erschwert (Gamble & Creedy 2000; Kingdon et al. 2006). Im Zusammenhang mit der ‚Wunschsectio‘ wird verschiedentlich diskutiert, inwieweit sie möglicherweise dem Wunsch der Ärztinnen und Ärzte nach Absicherung (gegen Eltern oder Kolleginnen und Kollegen) entgegen kommt und in welchem Maße hinter der dokumentierten Indikation ‚Wunsch der Frau‘ nicht eher die Ungeduld oder Hilflosigkeit der Geburtshelferin, des Geburtshelfers steht (Braun 2006:124; Lavender et al. 2009; Weaver et al. 2007) - und damit dieser Aspekt des Beitrags zum Anstieg der Sectiorate nicht vielmehr der juristischen Absicherung des Fachpersonals oder dem Verlust an geburtshilflichen Fertigkeiten geschuldet ist.

Für die Wahrnehmung von Risiken und die daraus resultierende Entscheidung ist es von großer Bedeutung, aus welcher Perspektive der mögliche Schaden dargestellt wird (*framing*) (Slovic 2001:394). Das bedeutet, dass auch die **Kommunikation der Risiken und Folgen einer Sectio** die Entscheidung insbesondere für oder gegen eine geplante Sectio beeinflussen kann. Bisher ist kaum dokumentiert, wie und welche Informationen über Risiken, Folgen und Nutzen einer Sectio tatsächlich konkret an die Schwangeren weiter gegeben bzw. besprochen werden (Weaver et al. 2007). Der Blick in Informationsbroschüren für Schwangere, Internetauftritte gynäkologischer Praxen und geburtshilflicher Abteilungen von Krankenhäusern oder in die Tagespresse zeigt, dass beschönigende Formulierungen nicht selten sind. Im Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt wird hier von der ‚sanften Sectio‘ gesprochen, einem ‚Routineeingriff‘, der ‚sehr sicher‘ ist, während die vaginale Geburt immer wieder mit einer ‚Bergbesteigung‘ oder ‚Hochleistungssport‘ verglichen wird, für die den Schwangeren zugesichert wird, dass versucht wird ‚alle Risiken auszuschalten‘ und bei dem ‚für den Fall, dass etwas passiert‘, immer ein Team von Spezialistinnen bzw. Spezialisten zur Verfügung steht. In einer Befragung von über 200 britischen geburtshilflichen Fachärztinnen und Fachärzten aus dem Jahr 2005 zeigte sich, dass über

die Risiken, die mit jeder größeren Operation einhergehen (Blutung, Infektion und Thrombosen) zwischen 72 und 90 % der Ärztinnen und Ärzte routinemäßig aufklären, über mögliche Organverletzungen noch 58 %. Über mögliche Gefahren im Zusammenhang mit der Narkose, das Risiko einer Hysterektomie, das Sterblichkeitsrisiko, die längere Rekonvaleszenz und Schmerzen im Wochenbett, Verletzungsrisiken des Kindes sowie Folgen für weitere Schwangerschaften klärten nur zwischen 7 und 14 % der Ärzte auf (Savage & Francome 2007b).

Aus der Risikoforschung ist außerdem bekannt, dass Aktivitäten auf die man Einfluss nehmen zu können meint (Kaiserschnitt), für weniger riskant gehalten werden als solche, die man glaubt, nicht kontrollieren zu können (vaginale Geburt) (Jungermann & Slovic 1993). So gibt es verschiedene Untersuchungen, in denen Frauen ihre Präferenz für einen Kaiserschnitt mit der Angst vor einem Kontrollverlust während einer vaginalen Geburt begründen (Lavender et al. 2009). Auch der Bekanntheitsgrad einer Gefahrenquelle spielt eine Rolle, d. h. besonders die Situationen, die als nicht wahrnehmbar, unbekannt und neuartig gelten, werden als bedrohlich erlebt (Jungermann & Slovic 1997). Es ist vorstellbar, dass der über Stunden anhaltende Wehenschmerz als bedrohlicher empfunden wird als der über Tage und möglicherweise Wochen anhaltende postoperative Schmerz, da Wundschmerz in aller Regel eine bekannte Situation darstellt.

Die geringe Bedeutung, die den schweren, in zeitlich engem Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt stehenden Komplikationen beigemessen werden (wie z. B. Tod, Thromboembolie, massiver Blutverlust, Hysterektomie), kann durch ihr absolut gesehen sehr seltenes Auftreten bedingt sein (vgl. Abschnitt 5.4.2), möglicherweise aber auch mit dem Phänomen, das in der Forschung zur Risikowahrnehmung als *optimistic bias* bezeichnet wird. Es besagt, dass viele Menschen davon überzeugt sind, dass schlimme Ereignisse wie schwere Komplikationen eher andere als sie selbst treffen (Jungermann & Slovic 1993).

Die meisten häufiger vorkommenden und somit wahrscheinlicheren Komplikationen treten erst deutlich zeitverzögert auf (vgl. Abschnitt 5.4.2) und spielen damit für den Entscheidungsprozess eine untergeordnete Rolle (Jungermann & Slovic 1993). Im Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt kommt noch hinzu, dass die meisten Frauen bereit sind, Risiken in Kauf zu nehmen, wenn nur die Sicherheit des Kindes dadurch gewährleistet ist (Weaver et al. 2007).

Der schnelle Griff zur vergleichsweise leicht zu erlernenden und durchzuführenden Sectio führt zu einem **Verlust von geburtshilflichem Wissen und wichtigen handwerklichen Fertigkeiten**, die in bestimmten Situationen erforderlich sind. Beispielhaft seien hier genannt die Geburtsbetreuung bei Vorliegen einer Beckenendlage, bei Mehrlingen, von Frauen mit einer Sectio in der Anamnese oder auch die Durchführung einer vaginal-operativen Geburt. Befragt nach den Ursachen für die steigende Sectiorate nannten 41 % von 151 britischen



geburtshilfflichen Fachärztinnen und Fachärzte den Verlust geburtshilfflicher Fertigkeiten und schlechtere Ausbildung der angehenden Geburtshelferinnen und Geburtshelfer als dritthäufigsten Grund nach der Angst vor juristischen Auseinandersetzungen und Wunsch der Schwangeren (Savage & Francome 2007a). In einer repräsentativen Befragung US-amerikanischer Wöchnerinnen berichten nur wenige Frauen, auch nur die Option einer vaginalen Beckenendlagegeburt gehabt zu haben. Ähnliches berichteten Frauen, die bereits einen Kaiserschnitt bei einer früheren Geburt hatten. Viele von ihnen hätten die Möglichkeit einer vaginalen Geburt begrüßt, die ihnen allerdings aufgrund der mangelnden Bereitschaft des Fachpersonals, eine solche Geburt zu betreuen, verwehrt blieb (Declercq et al. 2006b). Griffiths und Kollegen konnten in einer prospektiven Untersuchung von über 800 Geburten signifikante Unterschiede in den Sectioraten in Abhängigkeit von der Erfahrung der geburtshilfflichen Fachärztin, des geburtshilfflichen Facharztes zeigen (Griffiths et al. 2005). Insgesamt entsteht der Eindruck, dass hier ein Teufelskreis eröffnet wurde, der nur schwer wieder zu durchbrechen sein wird.

Dass der Erhaltung bzw. Wiedererlangung von geburtshilfflichem Wissen und bestimmten handwerklichen Fertigkeiten keine höhere Priorität eingeräumt wird, mag bis zu einem gewissen Grad einem allgemeinen **Wertewandel in Bezug auf medizinische Interventionen** geschuldet sein, der in unserer heutigen Gesellschaft zunehmend zu beobachten ist (Lutz & Kolip 2006). Ärztliche Leistungen sind nicht mehr allein präventiv oder kurativ motiviert, medizinische Leistungen sind in bestimmten Bereichen zur Ware geworden. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) verdeutlicht dies in ihrer Stellungnahme zu den absoluten und relativen Sectioindikationen, wenn sie ein Urteil des Bundesgerichtshofs zitiert, in dem es heißt: „Nicht jede ärztliche Maßnahme geschieht zu Heilzwecken. Der Arzt führt vielmehr in grundsätzlich zulässiger Weise oft Behandlungen durch, die wie Sterilisation oder kosmetische Operationen anderen Zielen dienen können.“ (DGGG & AGMedR 2008) Nach Ansicht der DGGG ist die Sectio auf Wunsch der Schwangeren hier einzuordnen und damit rechtlich unbedenklich: „Die Sectio auf Wunsch ist solchen Eingriffen gleichzustellen, sofern sie nach gehöriger Aufklärung mit wirksamer Einwilligung vollzogen wird und medizinisch jedenfalls nicht kontraindiziert ist.“ Die Bescheinigung der rechtlichen Unbedenklichkeit erleichtert die moralische Rechtfertigung und der Kaiserschnitt wird zu einer Geburtsoption unter mehreren, die nicht mehr zwingend einer medizinischen Indikation bedarf. In einer europäischen Untersuchung in acht Ländern waren 15-79 % der Ärztinnen und Ärzte aus geburtshilfflichen Abteilungen mit angegliederter Kinderklinik, je nach Land, eigener Geburtserfahrung, Arbeitsplatz und Ausmaß der Angst vor Schadensersatzklagen der Ansicht, dass der Wunsch der Schwangeren nach einer Sectio bedient werden sollte, auch wenn keine zwingende medizinische Indikation vorliegt. Dabei waren die Ärztinnen und Ärzte in Spanien (15 %), Frankreich (19 %) und in den

Niederlanden (22 %) am seltensten bereit, in Deutschland (75 %) und England (42 %) die meisten (Habiba et al. 2006).

Die Diskussion um die optimale Obergrenze für eine Sectiorate macht deutlich, dass nicht nur die grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung eines Kaiserschnitts gestiegen ist, er wird auch häufiger für erforderlich gehalten als dies noch vor zwei Jahrzehnten der Fall war. So nannten 86 % von 151 geburtshilflichen Fachärztinnen und Fachärzten, die 2005 in Großbritannien befragt wurden, eine Sectiorate von über 15 % als optimal verglichen mit 2 % in der 1989 bereits schon einmal durchgeführten Befragung, eine Sectiorate unter 10 % hielten 1989 noch 21 % für erstrebenswert, 2005 waren es noch 2 % (Savage & Francome 2007a).

Der skizzierte Wertewandel gewinnt insbesondere vor dem Hintergrund an Bedeutung, dass die **Einstellung der Fachkräfte** zu Interventionen in der Geburtshilfe allgemein und zum Kaiserschnitt im Speziellen die Beratung und damit die Entscheidungen der Schwangeren beeinflusst (Gamble et al. 2007; Habiba et al. 2006). Regan et al. untersuchten bei 51 US-amerikanischen geburtshilflichen Pflegekräften wie (unbewusste) kognitive Modelle von Schwangerschaft und Geburt die Betreuung der Gebärenden beeinflussen. Es zeigte sich, dass je stärker Schwangerschaft und Geburt als risikobehaftete Prozesse betrachtet wurden, desto eher hielten die Pflegekräfte in einer bestimmten vorgegebenen Situation Interventionen für erforderlich (Regan & Liaschenko 2007).

Die **juristische Absicherung** wird im Zusammenhang mit steigenden Sectioraten ebenfalls häufig angeführt. Basierend auf den Statistiken der Gutachter- und Schlichtungsstellen gehört die Geburtshilfe in Deutschland mit der Chirurgie und Orthopädie zu den Fachdisziplinen, in denen ärztliche Behandlungsfehler am häufigsten geltend gemacht werden (Korioth 2011). Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass Geburtshelfer sich im Zweifelsfall eher für einen Kaiserschnitt entscheiden (DGGG & AGMedR 2008; Lutz & Kolip 2006). In diesen Kontext fügt sich das Ergebnis einer US-amerikanischen Studie, in der ein Zusammenhang zwischen steigenden Haftpflichtprämien und steigenden Erst-Sectio-Raten beobachtet wurde (Murthy et al. 2007). In einer Befragung von 785 britischen geburtshilflichen Fachärztinnen und Fachärzten zu den Gründen für die steigende Kaiserschnitttrate war die Angst vor gerichtlichen Auseinandersetzungen der am zweihäufigsten genannte Grund (67 %) (Weaver et al. 2007).

Das **Vergütungssystem** sowie **Personalstrukturen** werden ebenfalls als Gründe für die steigenden Sectioraten angeführt. In einer Untersuchung zu den Determinanten der Kaiserschnitttraten in Industrieländern kommt die WHO zu dem Ergebnis, dass unter den gesundheitssystembedingten Faktoren insbesondere die finanziellen Anreize einen maßgeblichen Einfluss auf die Sectiorate haben (Lauer et al. 2010). In Deutschland werden Sectio und normale Geburt nach wie vor deutlich unterschiedlich vergütet. Nach Angaben

des statistischen Bundesamtes bekamen Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2008 für eine normale Geburt durchschnittlich 1500 Euro verglichen mit 2550 Euro für eine Kaiserschnittgeburt (Spindler 2010). Lutz et al. weisen darauf hin, dass ein Kaiserschnitt darüber hinaus deutlich besser planbar ist und geringere zeitliche und personelle Ressourcen beansprucht als eine vaginale Geburt (Lutz & Kolip 2006). Sie zitieren in diesem Zusammenhang eine Analyse der Sektoren niedersächsischer Geburtskliniken aus dem Jahr 2004, die verdeutlichte, dass insbesondere kleine Kliniken und Belegabteilungen mit weniger als 500 Betten überproportional zu dem Anstieg der Kaiserschnittraten beitragen (Rauskolb & Wenzlaff 2005).

Die Ausführungen machen deutlich, dass es keine einfache Begründung für den weltweit zu beobachtenden Anstieg der Kaiserschnittraten gibt. Vielmehr liegt diesem Prozess ein sehr komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren zugrunde, bei dem jedoch bei näherem Hinsehen letztlich immer wieder zwei Aspekte eine entscheidende Rolle spielen. Dies ist zum einen ein allgemeingesellschaftlich gestiegenes Risikoempfinden, bedingt durch die Zunahme von Möglichkeiten, die eigenen Lebensvoraussetzungen selbst zu gestalten zu können (und damit auch verantworten zu müssen), durch eine Abnahme von Erfahrungswissen und in der Folge eine steigende Abhängigkeit von Expertinnen und Experten sowie die durch die immer schneller hervorgebrachten Innovationen abnehmende Vorhersehbarkeit der Zukunft (Lübbe 1993). Dieses gestiegene Risikoempfinden zieht ein wachsendes Sicherheitsbedürfnis nach sich, das nicht zuletzt angesichts der individuellen Bedeutung des Ereignisses gerade vor Schwangerschaft und Geburt nicht Halt macht. Das hohe Sicherheitsbedürfnis wird verstärkt durch den zweiten Aspekt, namentlich das Verständnis von Schwangerschaft und Geburt als unberechenbaren und potenziell gefährlichen Prozessen. Die Geburtsmedizin ist dabei das Instrument, mit dem diese Prozesse gesteuert und überwacht werden können, mit dem sowohl präventiv als auch kurativ eingegriffen werden kann, das Sicherheit schafft und Schwangerschaft und Geburt vermeintlich als Folge zu einem guten und sicheren Ausgang führen kann (Stahl & Baumgärtner 2005). Da Schwangerschaft und Geburt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle jedoch ohnehin gut ausgehen, rechtfertigt sich die Geburtsmedizin quasi selbst. Denn der Nachweis, dass der gute Ausgang nicht *wegen*, sondern *trotz* der vielfältigen Kontrollen und Interventionen erreicht wurde, wird heute nur noch schwer zu führen sein.

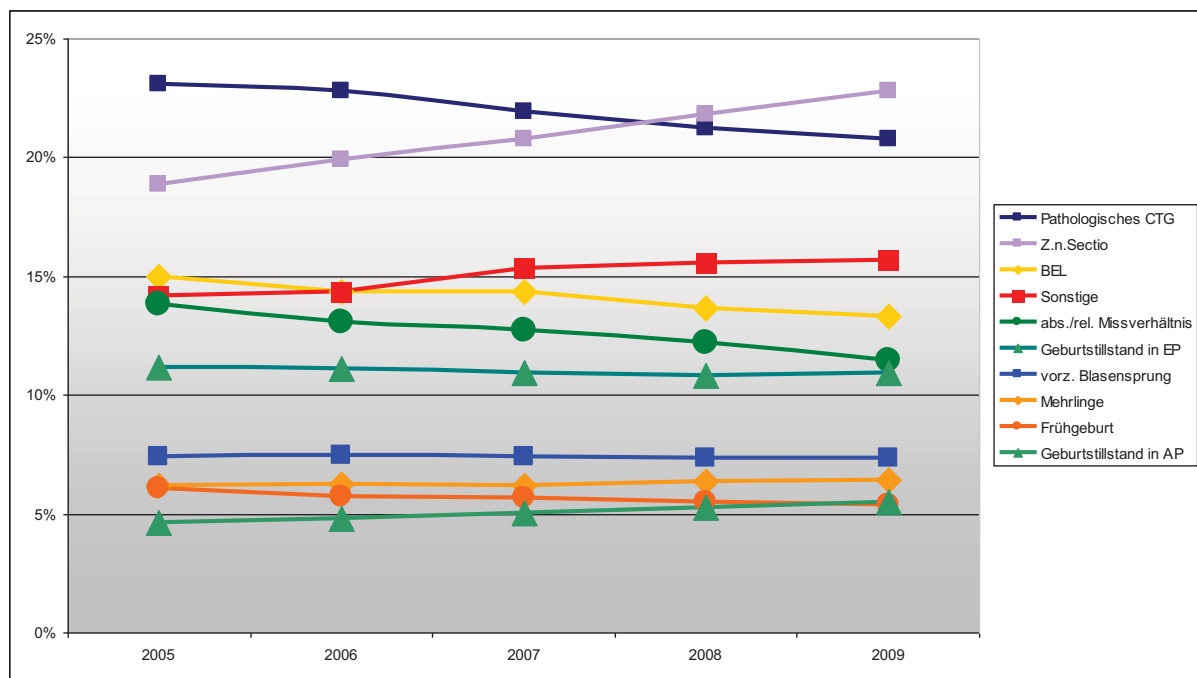
### 5.3 Sectioindikationen

Ein Kaiserschnitt wird aus unterschiedlichen Gründen durchgeführt. Handelt es sich um Situationen, die bei einer vaginalen Geburt das Leben von Mutter und/oder Kind gefährden können, wird von absoluten Indikationen gesprochen. Hierzu gehören z. B. der Kaiserschnitt wegen einer Plazenta praevia, einer Querlage, Beckendeformitäten oder auch eine

mütterliche HIV-Infektion. Sie machen nach Angaben der DGGG weniger als 10% der Kaiserschnittindikationen aus (DGGG & AGMedR 2008). In der Mehrzahl der Fälle liegt eine relative Indikation vor, bei der es darum geht, die Morbiditätsrisiken für Mutter und/oder Kind durch eine Sectio gegenüber einer vaginalen Geburt abzuwägen, wie z. B. der Verdacht auf eine intrauterine Notsituation des Kindes, diagnostiziert über ein als pathologisch interpretiertes Kardiotokogramm (CTG), ein Geburtsstillstand in der Eröffnungs- oder Austreibungsperiode, eine Beckenendlage oder andere Lageanomalie des Kindes, der Verdacht auf ein relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken oder eine Sectio bei einer vorangegangenen Geburt. Ob und inwieweit der Wunsch der Schwangeren eine Indikation darstellt, ist umstritten (Young 2006), nicht zuletzt, weil keine Einigkeit besteht, ob es sich dabei ausschließlich um den Wunsch nach einem Kaiserschnitt aus organisatorischen Gründen handelt oder ob auch der Wunsch aufgrund von Geburtsängsten unterschiedlicher Motivation darunter zu fassen ist (DGGG & AGMedR 2008).

Eine genaue Bezifferung der häufigsten Hauptindikationen auf der Basis der Bundesauswertung der Perinataldaten ist nicht möglich. Zu den für das Jahr 2009 am häufigsten genannten Indikationen, bei denen Mehrfachnennungen möglich waren, gehören die Indikation „Z.n. Sectio oder andere Uterusoperationen“ (22,8 %), gefolgt von den Indikationen „Pathologisches CTG“ (20,8 %), „Sonstige“ (15,7 %) und „Beckenendlage“ (AQUA 2010b). Abb. 5-2 zeigt die 10 häufigsten Sectioindikationen im Verlauf der Jahre 2005 bis 2009.

Abb. 5-2 Die 10 häufigsten Sectioindikationen



Die deutlichste Zunahme in der Häufigkeit der Indikationsstellung ist bei „Z. n. Sectio oder andere Uterusoperationen“ zu beobachten, ein leichterer Anstieg findet sich bei „Sonstige Indikationen“ und „protrahierter Geburtsverlauf/Geburtstillstand in der Austreibungsperiode“. Letzteres könnte dem Umstand geschuldet sein, dass in einer entsprechenden Situation zunehmend eher der Sectio der Vorzug gegeben wird vor einer vaginal-operativen Geburtsbeendigung.

Am augenfälligsten ist, dass die Indikation „Z. n. Sectio oder andere Uterusoperationen“ stetig zunimmt und mittlerweile die häufigste Indikation darstellt. Zusammen mit der Entwicklung, dass der Anteil der Re-Sectiones bei Frauen mit Einlingsschwangerschaft ebenfalls ansteigt (2003: 60,6 %, 2008: 67,9 %), könnte dies ein Hinweis sein, dass die Bereitschaft, bei vorangegangenen Kaiserschnitt eine vaginale Geburt anzustreben, nachlässt und damit eine Sectio zunehmend häufiger eine Sectio in einer weiteren Schwangerschaft nach sich zieht. Allerdings geht aus den verfügbaren Daten nicht hervor, ob es sich bei den Re-Sectiones um primär oder sekundär durchgeführte Eingriffe handelt, ob also der Versuch einer Spontangeburt unternommen wurde. Die Beurteilung, inwieweit die Entwicklungen in der Häufigkeit der gestellten Indikationen tatsächlich die Realität abbilden, wird erschwert durch den hohen und weiter ansteigenden Anteil der Indikation „Sonstige“. Hier wäre eine genauere Aufschlüsselung durch z. B. eine verpflichtende Freitextangabe hilfreich.

Die Indikationen unterscheiden sich in der Häufigkeit, je nachdem, ob es sich um einen primären, d. h. vor Einsetzen muttermundswirksamer Wehen durchgeführten Kaiserschnitt handelt, oder um einen sekundären Kaiserschnitt. Beide werden in Deutschland etwa gleich

häufig vorgenommen, wobei seit 2006 ein leichtes Übergewicht an primären Sectiones zu beobachten ist (BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2007a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2008a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009a). Die häufigsten Indikationen aufgeschlüsselt nach primärem und sekundärem Kaiserschnitt sind den Bundesauswertungen der Perinataldaten nicht zu entnehmen. Die Jahresauswertungen der bayrischen Perinataldaten von 2009 und der niedersächsischen Perinataldaten 2010 zeigen, dass die mit Abstand häufigste Indikation für einen primären Kaiserschnitt bei Einlingen „Z. n. Sectio oder anderen Uterusoperationen“ ist (38,7 % bzw. 39,8 %), gefolgt von „Beckenendlage“ (22,8 % bzw. 22,4 %), „relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken“ (6,6 % bzw. 7,9 %) und „pathologisches CTG“ (3,4 % bzw. 3,3 %). Zu den häufigsten Gründen für eine sekundäre Sectio gehören die Indikationen „pathologisches CTG“ (42,0 % bzw. 45,0 %), „protrahierter Geburtsverlauf/Geburtsstillstand in EP“ (26,3 % bzw. 14,8 %), „relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken“ (11,6 % bzw. 13,9 %) sowie „Z. n. Sectio oder anderen Uterusoperationen“ (14,1 % bzw. 12,4 %) (BAQ (Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung) 2010; ZQ (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen) 2010).

Wie bereits dargelegt, überwiegen bei der Entscheidung für einen Kaiserschnitt relative Indikationen. Wie hoch der Anteil der nicht-medizinischen ist, lässt sich nicht beziffern, da es hierfür derzeit keine Dokumentationsziffer gibt. Um wirklich hilfreich zu sein, müsste eine entsprechende Ziffer allerdings trennscharf zwischen den verschiedenen Ausprägungen differenzieren.

#### **5.4 Risiken und Folgen von Sectio und vaginaler Geburt**

Ein Kaiserschnitt ist ein Eingriff, der in der Regel durchgeführt wird, um größeren Schaden von Mutter und Kind abzuwenden. Ob die Operation in der Häufigkeit, in der sie heutzutage durchgeführt wird, noch dazu beiträgt, dieses Ziel zu erreichen, wird sehr kontrovers diskutiert. In Industrieländern ist dies hinsichtlich der mütterlichen und kindlichen Mortalität nicht mehr der Fall (Althabe et al. 2006). Wenn nun also die Sterblichkeit in den Hintergrund rückt, wird bei der Entscheidung für oder gegen einen Kaiserschnitt die Abwägung der mütterlichen und kindlichen Morbiditätsrisiken im Vergleich zur vaginalen Geburt umso wichtiger. Nur wenn der Nutzen größer ist als der Schaden, lässt sich der Eingriff rechtfertigen.

Ein solcher Vergleich ist allerdings nicht ganz einfach, da Kaiserschnitte nach wie vor in der Mehrzahl der Fälle auf Grund von tatsächlichen oder vermuteten Komplikationen während der Schwangerschaft und/oder Geburt durchgeführt werden. Es fehlen prospektive Studien, in denen kurz- und langfristige Komplikationen bei Mutter und Kind in vergleichbaren Kollektiven untersucht werden. Es gibt eine kleine Anzahl von randomisierten

Interventionsstudien, die das Outcome bei vaginaler Geburt und geplanter Sectio verglichen haben, allerdings handelte es sich bei den untersuchten Frauen um Gruppen mit potenziellen oder tatsächlichen Schwangerschaftskomplikationen wie Frauen mit Beckenendlagenschwangerschaft (Hofmeyr & Hannah 2003), Z. n. Sectio (Dodd et al. 2004) oder HIV-infizierte Frauen (Read & Newell 2005). Die Ergebnisse dieser Untersuchungen lassen sich nicht ohne weiteres auf die häufigste Situation, nämlich eine Einlingschwangerschaft mit einem Kind in Schädellage am Termin, übertragen, da die Sectio-Indikation selbst das Outcome beeinflussen kann.

Erforderlich wäre theoretisch ein Vergleich der Outcomes bei geplanter Sectio und geplanter vaginaler Geburt bei Frauen mit Einlingen in Schädellage am Termin, da so Verzerrungen durch die zum Kaiserschnitt führenden Komplikationen ausgeschlossen werden könnten. Entsprechende randomisierte, kontrollierte Vergleichsstudien existieren nicht (Lavender et al. 2009). Geht man davon aus, dass Schwangerschaft und Geburt physiologische Prozesse sind, die am ehesten optimal verlaufen, wenn sie nicht gestört und achtsam begleitet werden, dann muss die Forderung nach einem solchen Vergleich allerdings seltsam anmuten und eine entsprechende Studie ethisch mindestens fragwürdig erscheinen. Gleichwohl gibt es Stimmen, die vor dem Hintergrund der vermuteten Zunahme an Forderungen von Schwangeren nach einer Sectio ohne medizinische Indikation entsprechende Studien fordern (Ecker 2004; Hannah 2004), d. h. den wissenschaftlichen Nachweis, dass für eine gesunde Frau mit normal verlaufender Schwangerschaft eine normale Geburt weniger Risiken birgt als ein großer operativer Eingriff.

#### **5.4.1 Mütterliche Mortalität**

In Industrieländern versterben heute nur noch sehr wenige Frauen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder Geburt (EURO-PERISTAT-Project 2008). In Deutschland lag die mütterliche Mortalität in den letzten Jahren zwischen 0,38 ‰ und 0,43 ‰ (BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2008a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009a). Damit gehört Deutschland zu den Ländern mit der niedrigsten Sterblichkeitsrate (EURO-PERISTAT-Project 2008). Die mütterliche Letalität, d. h. die operations- oder anästhesiebedingte Sterblichkeit liegt noch darunter. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ergibt sich aus der Analyse der Daten der Bayrischen Perinatalerhebung und der Einzelfalluntersuchungen von Müttersterbefällen in Bayern zwischen 2001 und 2006 eine Sectioletalität von 1 Sterbefall pro 57.300 Geburten (0,02 ‰). Gegenüber der Letalität nach vaginaler Geburt (0,007 ‰) ist die Sectioletalität damit um den Faktor 2,6 erhöht (DGGG & AGMedR 2008) (Anhang 1, Tab. A1-1).

In einer US-amerikanischen retrospektiven Kohortenstudie zeigte sich ein ähnliches Verhältnis. Die schwangerschaftsbedingte Mortalität nach Kaiserschnitt lag bei 10,3 pro

100.000 Lebendgeburten, nach vaginaler Geburt bei 2,4 pro 100.000 Lebendgeburten (Lydon-Rochelle et al. 2001a). Wurden das mütterliche Alter und schwere Präeklampsien in der Analyse berücksichtigt, reduzierte sich der Unterschied und das Sterblichkeitsrisiko bei Sectio im Vergleich zu vaginaler Geburt sank (Odds ratio (OR) 2,2, 95 % Konfidenzintervall (KI) 0,6-7,9). Die Autorinnen und der Autor sehen das als einen Hinweis, dass die Sectio eher einen Marker für schwere Vorerkrankungen oder Komplikationen darstellt, die mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko einhergehen, als ein Risikofaktor für mütterliche Mortalität.

Ein HTA-Bericht zur Geburt bei vorangegangener Sectio caesarea bestätigt die Tatsache, dass mütterliche Todesfälle in Industrieländern auch bei vorangegangener Sectio ein sehr seltenes Ereignis geworden sind. Die Mortalität bei geplanter Re-Sectio scheint etwas höher zu sein im Vergleich zur geplanten vaginalen Geburt, der Unterschied war allerdings nicht statistisch signifikant (Guise et al. 2010).

#### 5.4.2 Mütterliche Morbidität

Der Vergleich der mütterlichen Morbidität in Abhängigkeit vom Geburtsmodus ist aus den in Abschnitt 5.4 genannten Gründen nicht ganz einfach. Die Daten entstammen ausschließlich Beobachtungs- oder Fall-Kontroll-Studien, was bei der Interpretation entsprechend berücksichtigt werden muss. Eine Übersicht über den Vergleich der Häufigkeit des Auftretens der verschiedenen Komplikationen und Folgen von vaginaler Geburt und Sectio sind in Anhang 1 in den Tabellen A1-2 bis A1-4 dargestellt.

Die genaue Häufigkeit des Auftretens schwerer **Blutungen** ist nur schwer zu beziffern, da die Definitionen in den einzelnen Untersuchungen sehr unterschiedlich sind und die Genauigkeit der Erfassung nicht immer ersichtlich ist. Insgesamt scheint das Risiko für einen erhöhten Blutverlust nach Sectio vier- bis fünfmal höher zu sein als nach vaginaler Geburt (Burrows et al. 2004; Wang et al. 2010). Auch bei geplanter Re-Sectio scheinen verstärkte Blutungen sowie die Notwendigkeit einer Bluttransfusion als Surrogatmarker für einen hohen Blutverlust häufiger zu sein als nach geplanter vaginaler Geburt (Guise et al. 2010).

**Thromboembolien** zählen zu einer der Hauptursachen der mütterlichen Mortalität (Cantwell et al. 2011; Rath 2010), wobei die Sectio zu den führenden postnatalen Risikofaktoren gehört (Jacobsen et al. 2008). Sie gehören zu den seltenen Komplikationen, in Abhängigkeit von begünstigenden Faktoren wie Nikotinabusus, Adipositas und einem mütterlichen Alter über 36 Jahre wird die Häufigkeit des Auftretens mit 0,1-0,6 % beziffert. Dabei treten im Wochenbett doppelt so viele thromboembolische Ereignisse auf wie in der Schwangerschaft (Rath 2010; Simpson et al. 2001). Die Häufigkeit des Auftretens ist unabhängig von der Anzahl an Kaiserschnitten in der Anamnese (Guise et al. 2010). In einer großen schwedischen Kohortenstudie wurde ein vierfach erhöhtes Thromboserisiko nach Sectio



beobachtet, wobei allerdings nicht ersichtlich war, wie hoch der Anteil der Frauen war, die eine postoperative Thromboseprophylaxe erhalten hatten (Ros et al. 2002).

Eine **Uterusruptur** kommt ebenfalls insgesamt sehr selten vor, eine genaue Bezifferung der Häufigkeit ist allerdings auch in diesem Fall schwierig, da in der Literatur nicht immer zwischen einer asymptomatischen und einer symptomatischen Ruptur unterschieden wird. Das absolute Risiko einer Uterusruptur ist insgesamt gering, bei geplanter vaginaler Geburt bei Z. n. Sectio ist es mit 0,47 % signifikant höher als bei geplanter Re-Sectio (0,03 %) (Guise et al. 2010). Bei pharmakologischer Geburtseinleitung steigt es auf 1 bis 1,5 %, allerdings fehlen in den entsprechenden Studien Angaben zum Zusammenhang zwischen Geburtsdauer und Häufigkeit der Uterusruptur, was für die Praxis eine wichtige Information zur Einschätzung dieser Zahlen wäre. Das Abwarten des spontanen Wehenbeginns scheint empfehlenswert, da auf 56 Frauen mit medikamentöser Einleitung eine zusätzliche Ruptur kommt. Allerdings weisen die Studien, die dieses Outcome untersuchen, eine erhebliche Heterogenität auf, weswegen die Zahlen mit Vorsicht betrachtet werden sollten (ebd.). Begünstigend scheint sich ebenfalls auszuwirken, wenn der geplanten vaginalen Geburt bei Z. n. Sectio bereits eine weitere vaginale Geburt voranging. Das Rupturrisiko ist erhöht, wenn die letzte Geburt weniger als 18 bis 24 Monate zurück liegt. Das Risiko, dass das Kind im Zusammenhang mit der Uterusruptur verstirbt, lag bei 6,2 %. Bei 14-33 % der Frauen musste die Gebärmutter in Folge der Ruptur entfernt werden (ebd.).

Insgesamt ist eine **Hysterektomie** infolge einer unstillbaren Blutung nur selten erforderlich (Guise et al. 2010), sie wird bei Kaiserschnittgeburten etwas häufiger durchgeführt. Einer der Hauptgründe für die Notwendigkeit der Gebärmutterentfernung ist eine Plazenta accreta bei Frauen mit einer Sectio in der Vorgeschichte (Dildy 2002).

Die Datenlage zu **intraoperativen Verletzungen** wie Verletzungen der Harnblase, der Harnleiter, des Darms oder der Uterinarterie ist uneinheitlich auf Grund der unterschiedlichen Definitionen bzw. Zusammensetzungen dieses Outcomes. Insgesamt treten diese Verletzungen selten auf, ein erhöhtes Risiko scheint bei Re-Sectiones (insbesondere mit vertikaler Schnitfführung bei der vorangegangenen Sectio), ungeplanten Kaiserschnitten sowie im Zusammenhang mit einer peripartalen Hysterektomie zu bestehen (Guise et al. 2010; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2011).

**Infektionen** wie Endometritis, Wundinfektionen oder Harnwegsinfekte gehören zu den häufigen Komplikationen nach einem Kaiserschnitt. Die Häufigkeit des Auftretens wird insgesamt mit 3 bis 9 % angegeben (Declercq et al. 2007; Glazener et al. 1995), wobei die Endometritis dabei die häufigste postpartale Infektion, unabhängig vom Geburtsmodus, darstellt (Chaim et al. 2000). Das Risiko für eine Infektion ist nach einer Sectio gegenüber einer Spontangeburt um das fünf- bis 20fache erhöht (Smaill & Gyte 2010). Darüber hinaus scheint die Infektionshäufigkeit mit dem mütterlichen Gewicht assoziiert zu sein. In einer US-

amerikanischen Untersuchung von 69 Frauen mit vorausgegangener Sectio und einem BMI > 40, hatten 30 % der Frauen nach geplanter vaginaler Geburt eine Endometritis und 18 % der Frauen nach geplanter Re-Sectio (Chauhan et al. 2003). Auch wenn es sich um eine sehr kleine Stichprobe handelt, liegen diese Zahlen um ein Vielfaches über denen anderer Untersuchungen (vgl. Anhang 1, Tab. A1-2).

Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass durch ausschließliche Betrachtung von Krankenhausdaten die Infektionshäufigkeit angesichts der vergleichsweise kurzen Verweildauer noch unterschätzt wird. Eine Befragung von 277 australischen Frauen mit Kaiserschnittgeburt einen Monat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zeigte, dass während des Krankenhausaufenthaltes 2,8 % der Frauen eine Infektion gehabt hatten, aber 17 % einen Monat nach der Geburt (Creedy & Noy 2001). Insbesondere in Situationen, in denen keine häusliche Wochenbettbetreuung durch eine geschulte Fachperson stattfindet, sollten Frauen daher über Anzeichen und Folgen einer Infektion noch besser informiert werden. Die Infektionsrate nach Sectio lässt sich durch prophylaktische Antibiotikagabe um  $\frac{2}{3}$  bis  $\frac{3}{4}$  senken (Smaill & Gyte 2010), bleibt aber dennoch höher als nach vaginaler Geburt. Insgesamt gestaltet sich eine Zusammenfassung der Untersuchungen zu postpartalen Infektionen aufgrund der unterschiedlichen Definitionen und Stichprobencharakteristika schwierig, die Studien weisen eine hohe Heterogenität auf (Guise et al. 2010).

Nach der Geburt werden zwischen 1 und 3 % der Wöchnerinnen aufgrund von Komplikationen erneut im Krankenhaus aufgenommen (Declercq et al. 2007; Liu et al. 2005). Die Wahrscheinlichkeit einer **Rehospitalisierung** ist nach einer Kaiserschnittgeburt signifikant höher als nach einer vaginalen Geburt (Declercq et al. 2007; Liu et al. 2005; Lydon-Rochelle et al. 2000). Zu den häufigsten Einweisungsgründen nach Sectio gehören Wundheilungsstörungen (3,9-8,6 Fälle pro 1000 Sectiones) und Infektionen (3,3-5,2 Fälle pro 1000 Sectiones), gefolgt von Blutungen, Harnwegsinfekten und thromboembolischen Ereignissen. Infektionen gehören auch nach vaginaler Geburt zu den häufigsten Gründen für eine Wiederaufnahme (1,8-2,9 pro 1000 vaginalen Geburten), die Rate ist hier aber nur etwas mehr als halb so hoch. Zu den weiteren Rehospitalisierungsgründen nach vaginaler Geburt zählen vor allem noch Blutungen, Brustentzündungen und Harnwegsinfekte (Declercq et al. 2007; Liu et al. 2005).

Während ernsthafte gesundheitliche Komplikationen, mit Ausnahme der Infektionen selten vorkommen, treten weniger schwere, deswegen aber nicht automatisch weniger relevante Probleme, sehr viel häufiger auf. So berichtet die überwiegende Mehrzahl der Frauen noch mehrere Wochen nach der Geburt über **Schmerzen** entweder im Dammbereich nach vaginaler Geburt (mehrheitlich im Zusammenhang mit einer Episiotomie oder Rissverletzung) oder im Bereich der Inzision nach Kaiserschnittgeburt (Brown & Lumley 1998b; Declercq et al. 2006b). Dabei empfinden mehr als doppelt so viele Frauen nach

Kaiserschnitt diese Schmerzen als großes Problem verglichen mit Frauen nach vaginaler Geburt. Bei 9mal so vielen Sectio-Frauen bestehen diese Schmerzen noch nach einem halben Jahr (Declercq et al. 2006b). Darüber hinaus fühlen sich fast doppelt so viele Frauen nach Kaiserschnitt durch die Schmerzen in ihren täglichen Aktivitäten beeinträchtigt verglichen mit Frauen nach vaginaler Geburt (Lydon-Rochelle et al. 2001c).

Bedenken hinsichtlich **Harn- und Stuhlinkontinenz** spielen bei der Abwägung des geplanten Geburtsmodus für die Schwangeren und die betreuenden Geburtshelfer oft eine wichtige Rolle, wenn keine zwingenden mütterlichen oder kindlichen medizinischen Indikationen für einen Kaiserschnitt vorliegen. Der protektive Effekt eines geplanten Kaiserschnitts ist in den letzten Jahren sowohl in der Fach- als auch in der Laienpresse viel diskutiert worden. Allerdings ist der Einfluss des Geburtsmodus auf das Auftreten einer Harn- oder Stuhlinkontinenz aus verschiedenen Gründen nur schwer zu quantifizieren. Daten zu Schweregrad und Dauer der Inkontinenz nach der Geburt wären in der Entscheidungssituation wichtige Informationen. Diese werden in der verfügbaren Literatur häufig sehr unterschiedlich definiert. So kann es sein, dass Frauen mit einem gelegentlichen Abgang von wenigen Tropfen Urin oder Wind, der nicht als problematisch empfunden wird, gemeinsam mit Frauen, die über häufigere und schwerwiegendere Ereignisse berichten und sich dadurch in ihrer Lebensqualität stark beeinträchtigt fühlen, in der Gruppe derer mit Inkontinenz zusammengefasst werden (Sakala 2006). In anderen werden mögliche Einflussfaktoren wie Parität, mütterliches Alter oder eine bereits bestehende Inkontinenz in der Schwangerschaft nicht berücksichtigt. Und auch das Studiendesign kann einen Einfluss auf die ermittelten Häufigkeiten haben. Während Querschnittstudien den Vorteil großer Stichproben aufweisen, kann es sein, dass Frauen mit schwerer Symptomatik häufiger antworten oder sich an bestimmte Details nicht mehr erinnern (Sampling- und Recall-Bias). Prospektive Kohortenstudien hingegen haben dagegen häufig mit kleinen Stichproben und kurzen Follow-up-Zeiten zu kämpfen, wobei gerade bei Harn- und Stuhlinkontinenz ein längerer Follow-up zur Einschätzung der Problematik von Bedeutung ist (Press et al. 2007). Und schließlich muss bedacht werden, dass in keiner der verfügbaren Untersuchungen unterschieden wurde zwischen normaler vaginaler Geburt und vaginaler Geburt mit einer Geburtsleitung, die Beckenbodenschädigungen und Inkontinenzprobleme begünstigt, wie das Setzen einer Episiotomie, angeleitetes Mitpressen, Rückenlage oder Steinschnittlage zur Geburt oder eine vaginal-operative Geburt. Sakala et al. (Sakala 2006) berichten, dass sie im Rahmen ihres Reviews keine Studie zu Inkontinenzproblemen in Folge der Geburt finden konnten, in der ein Kaiserschnitt mit der jeweils sichersten Form der vaginalen Geburt verglichen wurde, oder in der versucht wurde, für den Einsatz unerwünschter und vermeidbarer Co-Interventionen zu adjustieren. Dieses Problem gilt nicht nur für Harn- und

Stuhlinkontinenz sondern letztlich für alle Vergleiche der möglichen Geburtskomplikationen, die in Abhängigkeit vom Geburtsmodus auftreten können.

Auf Basis der verfügbaren Literatur lassen sich Hinweise für einen kurzfristigen protektiven Effekt hinsichtlich einer leichten Harninkontinenz im Vergleich zu einer (,technisierten') vaginalen Geburt ableiten (Press et al. 2007; Wesnes et al. 2009). Von einer leichten Harninkontinenz sind vergleichsweise viele Frauen betroffen, eine schwerere Verlaufsform, die das Tragen von Binden erforderlich macht, bzw. eine Dranginkontinenz treten deutlich seltener auf. Hinsichtlich der schwereren Verlaufsformen scheint es drei Monate nach der Geburt keinen Unterschied in Abhängigkeit vom Geburtsmodus oder der Parität zu geben (Anhang 1, Tab. A1-3). Eine bereits in der Schwangerschaft bestehende Inkontinenz scheint nur insofern eine Rolle zu spielen, als dass die Häufigkeit der Inkontinenz nach der Geburt in diesem Fall deutlich höher ist (Wesnes et al. 2009).

Ein Cochrane-Review zur Frage des protektiven Effekts eines Kaiserschnitts hinsichtlich einer Stuhl- und Windinkontinenz kommt zu dem Ergebnis, dass auf Grund sehr uneinheitlicher Definitionen und Messungen des Outcomes eine verlässliche Angabe zur Häufigkeit des Auftretens und zum Einfluss des Geburtsmodus nicht möglich ist. Als begünstigende Faktoren für das Auftreten einer Stuhl- und/oder Windinkontinenz nennen sie ausgeprägte Geburtsverletzungen im Dammbereich und Forzepsgeburten. Da sie jedoch keinen protektiven Effekt eines Kaiserschnitts nachweisen konnten, muss es noch weitere Faktoren geben, die hier eine Rolle spielen. Auf Basis der verfügbaren Literatur können Schwangere nicht dahingehend beraten werden, dass ein Kaiserschnitt sie verlässlich vor einer Wind- oder Stuhlinkontinenz schützt (Press et al. 2007).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass verschiedene Reviews zu dem Schluss kommen, dass es zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund vielfältiger methodischer Probleme nicht möglich ist, anhand der verfügbaren Studienergebnisse eine verlässliche Aussage zu Ausmaß und Schwere von Harn- und Stuhlinkontinenz in Abhängigkeit vom Geburtsmodus zu treffen (Guise et al. 2010; Nelson et al. 2010; Press et al. 2007; Sakala 2006).

Die Sorge hinsichtlich einer beeinträchtigten **Sexualität** ist ein weiterer Aspekt, der in der Fachliteratur diskutiert, insbesondere aber auch in der Laienpresse (*„Save your lovechannel“*) als befürwortendes Argument für die Durchführung eines Kaiserschnitts genannt wird. Aus der verfügbaren Literatur geht hervor, dass der protektive Effekt eines Kaiserschnitts sich auf die ersten Wochen nach der Geburt beschränkt, was unter anderem auf fehlende Geburtsverletzungen im Dammbereich zurückzuführen sein dürfte (Barrett et al. 2005). Für diese Annahme spricht, dass Frauen mit vaginal-operativen Geburten am häufigsten von Schwierigkeiten berichteten (Barrett et al. 2005; Brown & Lumley 1998b; Thompson et al. 2002). Klein et al. (Klein et al. 2005) differenzierten nach darüber hinaus nach Parität und konnten beobachten, dass der Unterschied hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem

Sexualleben nach der Geburt zwischen Frauen mit vaginaler Geburt und mit Kaiserschnitt auf Erstgebärende - die häufiger Dammverletzungen aufweisen als Mehrgebärende - beschränkt blieb. Ein weiterer Hinweis, dass neben dem Geburtsmodus andere Faktoren eine Rolle spielen, ist, dass stillende Frauen insgesamt später und seltener Geschlechtsverkehr haben als Frauen, die nicht stillen (Byrd et al. 1998; Lobel & DeLuca 2007) und Frauen mit Sectio insgesamt seltener und kürzere Zeit stillen (Chalmers et al. 2010; Lobel & DeLuca 2007). Und schließlich ist zu berücksichtigen, dass sich das Sexualempfinden bei vielen Frauen nach einer Geburt ganz unabhängig vom Geburtsmodus verändert und Dinge wie die neue Lebenssituation, ein anderes Körpergefühl oder eine veränderte Beziehung zum Partner eine Rolle spielen (Kuckuck & Luckmann 1997).

Die Häufigkeit der **postpartalen Depression** (PPD) wird mit 10-15 % angegeben (Dennis & Creedy 2004). Während die Mehrzahl der großen und methodisch besseren Studien keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und postpartaler Depression feststellen, berichten Carter et al. in ihrem umfangreichen Review und der durchgeführten Metaanalyse gleichzeitig von einer großen Heterogenität der verfügbaren Studien. Als Gründe führen sie methodische Schwächen einiger Studien an, die Möglichkeit, dass ein Kaiserschnitt ein (schwacher) Risikofaktor unter mehreren ist oder nur für Frauen, die bereits eine Disposition für eine PPD aufweisen oder dass eine Sectio lediglich einen Marker für andere zugrunde liegende Faktoren darstellt (Carter et al. 2006). In einer neueren, nach dieser Metanalyse publizierten umfangreichen prospektiven Kohortenstudie zum Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und PPD sechs Wochen nach der Geburt konnte dieser ebenfalls nicht nachgewiesen werden (Sword et al. 2011).

Ein Kaiserschnitt birgt neben bisher genannten mütterlichen Morbiditätsrisiken darüber hinaus bestimmte Risiken für die Folgeschwangerschaft(en). So kommen **Plazentationsstörungen** (Plazenta praevia, accreta oder percreta) bei Frauen mit einem vorangegangenen Kaiserschnitt in der Anamnese signifikant häufiger vor, das Risiko eine **vorzeitige Plazentalösung** sowie einer ektopischen Schwangerschaft sind erhöht (Getahun et al. 2006; Hemminki & Merilainen 1996). Im Zusammenhang mit einer Plazenta praevia treten im Vergleich zu Geburten mit einer regelrecht liegenden Plazenta weitere Komplikationen häufiger auf. Hierzu gehören Blutungen (Plazenta praevia: 15,8 % vs. regelrechter Plazentasitz: 4,6 %), schwere Anämie (12,0 % vs. 2,1 %), die Notwendigkeit einer Bluttransfusion (1,8 % vs. 0,08 %) und schwere Infektionen (2,8 % vs. 1,0 %) (Lydon-Rochelle et al. 2001b). Insgesamt steigen diese Risiken mit der Anzahl der vorangegangenen Sectiones kontinuierlich an (Guise et al. 2010).

Frauen, die ihr erstes Kind per Kaiserschnitt zur Welt gebracht haben unterscheiden sich hinsichtlich der **Fertilität** von Frauen, die ihr Kind vaginal geboren haben. Die Wahrscheinlichkeit, ein weiteres Kind zu bekommen ist bei diesen Frauen geringer

(Bhattacharya et al. 2006; Mollison et al. 2005; Murphy et al. 2002), wobei diese Situation mehrheitlich eine freiwillige Entscheidung zu sein scheint (Smith et al. 2006). Deutlich weniger Frauen mit Spontangeburt beim ersten Kind berichteten, dass die Geburtserfahrung beim ersten Kind dabei eine Entscheidung gespielt hat (Bhattacharya et al. 2006; Gottvall & Waldenstrom 2002; Jolly et al. 1999). Darüber hinaus ist das Zeitintervall zwischen der ersten Geburt und einer weiteren Schwangerschaft bei Frauen mit Sectio länger (Mollison et al. 2005; Smith et al. 2006). Die Autorinnen und Autoren der verschiedenen Untersuchungen weisen jedoch alle darauf hin, dass es sich um einen komplexen Zusammenhang handelt, bei dem zahlreiche weitere Faktoren wie z. B. vorbestehende Subfertilität, Vorerkrankungen der Mutter, persönliche Lebensplanung oder auch die vorangegangene Geburtserfahrung eine Rolle spielen (Anhang 1, Tab. A1-4).

### 5.4.3 Kindliche Mortalität

Insgesamt ist das Risiko des Kindes während der Geburt oder in den ersten Lebenswochen zu versterben in Industrieländern heute sehr gering, wobei eine deutliche Korrelation mit dem Gestationsalter besteht (EURO-PERISTAT-Project 2008). Für Einlinge am Termin wird es mit weniger als einem Todesfall pro 1000 Geburten beziffert (Smith et al. 2002). In Deutschland schwankt die kindliche Sterblichkeitsrate insgesamt in den letzten Jahren zwischen 4,0 und 4,7‰, für Einlinge am Termin relativ konstant bei 1,2 bis 1,3‰ (AQUA 2010b; AQUA 2011; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2004a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2005a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2007a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2008a; BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009a). Im europäischen Vergleich liegt Deutschland hinsichtlich der nach der 22. Schwangerschaftswoche intrauterin verstorbenen Kinder im Bereich der 20 % Länder mit den niedrigsten Mortalitätsraten, mit Blick auf die neonatale Mortalität im Bereich der 25% Länder mit den niedrigsten Mortalitätsraten (EURO-PERISTAT-Project 2008).

Das genaue Sterblichkeitsrisiko in Abhängigkeit vom Geburtsmodus zu beziffern ist, entsprechend der Problematik im Zusammenhang mit der mütterlichen Mortalität, wegen des Fehlens prospektiver Studien zum Vergleich zwischen geplanter Sectio und geplanter Vaginalgeburt am Termin nicht ganz einfach. MacDorman et al. (MacDorman et al. 2008) analysierten die Daten des amtlichen US-amerikanischen Geburts- und Sterberegisters aus den Jahren 1999 bis 2002 mit über 8 Millionen Geburten. Sie verglichen Frauen am Termin mit einer Einlingsschwangerschaft in Schädellage und geplanter Erstsectio mit der vergleichbaren Gruppe von Frauen mit geplanter vaginaler Geburt (d. h. Frauen, die entweder vaginal oder per sekundärer Erstsectio geboren hatten). Die neonatale Mortalitätsrate (NMR) war mit 0,75 pro 1000 Geburten im Vergleich zur nationalen Rate von

4,64 pro 1000 Geburten sehr niedrig, was allerdings nicht überrascht, da es sich durchweg um Frauen mit niedrigem geburtshilflichem Risiko handelte. Die Neugeborenensterblichkeit lag in der Gruppe mit geplanter Sectio mit 1,73 pro 1000 Geburten um den Faktor 2,4 höher als in der Gruppe der geplanten vaginalen Geburt (0,72 pro 1000 Geburten) (Anhang 1, Tab. A1-5). Die Rate wurde für verschiedene vorher ermittelte Risikofaktoren adjustiert, um Verzerrungen durch Einflüsse wie Geburtsgewicht, Parität, Ethnie etc. auszuschließen (Declercq et al. 2006a).

Guise et al. (Guise et al. 2010) fassten in ihrem HTA-Bericht zur vaginalen Geburt nach Sectio die Ergebnisse aus sechs verfügbaren Kohortenstudien mäßiger bis niedriger Qualität zusammen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die kombinierte neonatale Mortalität von Einlingen am Termin bei geplanter vaginaler Geburt um 0,58 Todesfälle pro 1000 Geburten höher liegt als bei geplanter Re-Sectio. Insgesamt ist das Risiko eines Kindes vor, während oder nach der Geburt zu versterben jedoch sehr gering.

In zwei Studien wurde das Risiko für einen intrauterinen Fruchttod (IUFT) bei Z. n. Sectio untersucht, die Ergebnisse sind widersprüchlich. In einer Studie war das Risiko für IUFT unklarer Ursache erhöht (Smith et al. 2002), in der anderen nicht (Spong et al. 2007).

#### 5.4.4 Kindliche Morbidität

Die kindliche Morbidität weist wie die Mortalität einen deutlichen Zusammenhang zu Gestationsalter und Geburtsgewicht auf, mit einem höheren Morbiditätsrisiko bei zunehmender Frühgeburtslichkeit und geringem Geburtsgewicht (De Luca et al. 2009; Guise et al. 2010). Unreife Neugeborene sowie solche mit niedrigem Geburtsgewicht weisen insbesondere signifikant häufiger respiratorische Probleme einschließlich der Atemdepression direkt nach der Geburt, einen therapiepflichtigen Ikterus sowie Infektionen auf (McIntire & Leveno 2008). Die Daten der deutschen Perinatalerhebungen weisen ebenfalls die respiratorische Morbidität, den Neugeborenenikterus sowie mit etwas Abstand auch Infektionen als die häufigsten Gründe für eine Verlegung auf einen neonatale Intensivstation oder in eine Kinderklinik aus (AQUA 2010b; AQUA 2011).

Der Einfluss des Geburtsmodus auf die **respiratorische Morbidität** des Neugeborenen ist nicht ganz einfach zu ermitteln, da sie in der Literatur oft unklar, unterschiedlich oder gar nicht definiert wird. Des Weiteren besteht Uneinigkeit darüber, welche Indikatoren eine klinisch relevante respiratorische Morbidität am ehesten abbilden (Guise et al. 2010), und es muss bedacht werden, dass Atemprobleme nach der Geburt eng mit dem Schwangerschaftsalter verbunden sind. Nicht zuletzt werden Vergleiche verschiedener Untersuchungen dadurch erschwert, dass sich bestimmte Empfehlungen wie z. B. das tiefe Absaugen bei Kindern mit grünem Fruchtwasser über die Zeit verändert haben. Insgesamt deuten die verfügbaren Untersuchungen darauf hin, dass bei reifen Kindern am Termin mit niedrigem geburtshilflichem Risiko respiratorische Probleme nach geplanter Sectio häufiger

auftreten als nach geplanter vaginaler Geburt (Hansen et al. 2007; Hansen et al. 2008; Signore & Klebanoff 2008) (Anhang 1, Tab. A1-6).

**Zerebralpareesen** finden sich bei 2 von 1000 Lebendgeburten auf und weisen eine deutliche Korrelation mit Frühgeburtlichkeit auf (Longo & Hankins 2009). Die verfügbaren Evidenzen zu den Effekten des Geburtsmodus auf das Auftreten einer Zerebralparese infolge einer intrapartalen Asphyxie sind wenig umfangreich und darüber hinaus widersprüchlich (Signore & Klebanoff 2008). Ähnlich der Beurteilung der respiratorischen Morbidität wird die Analyse der verfügbaren Ergebnisse durch unterschiedliche Studiendesigns, Einschlusskriterien, kleine Stichproben sowie unterschiedliche Definition und Messungen des Outcomes erschwert (Guise et al. 2010; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2011). Insgesamt wird jedoch heute davon ausgegangen, dass nur etwa 10 % der Zerebralpareesen ursächlich einer geburtsbedingten Asphyxie geschuldet sind (Longo & Hankins 2009).

Die verfügbaren Evidenzen zu dem protektiven Effekt einer geplanten Sectio auf das Auftreten einer **neonatalen Sepsis** sind ebenfalls wenig umfangreich (Guise et al. 2010). Signore et al. kommen in ihrem Review zur neonatalen Morbidität und Mortalität nach geplanter Sectio am Termin zu dem Ergebnis, dass auf Basis der verfügbaren Studienergebnisse 76 geplante Kaiserschnitte erforderlich wären um eine neonatale Sepsis zu verhindern (Signore & Klebanoff 2008). Guise et al. weisen in ihrem HTA-Bericht zur Geburt bei vorangegangener Sectio darauf hin, dass eine vergleichende Analyse der Untersuchungen zum Effekt des Geburtsmodus auf das Auftreten einer neonatalen Sepsis durch die geringe Anzahl der Studien sowie die unterschiedlichen Definitionen des Outcomes erschwert werden, sodass hier keine verlässlichen Aussagen zu dem Zusammenhang getroffen werden können (Guise et al. 2010).

Unfreiwillige **Schnittverletzungen** des Kindes treten bei etwa 1 bis 1,9 % der Kaiserschnittgeburten auf (Smith et al. 1997; van Ham et al. 1997; Wiener & Westwood 2002), wobei das Risiko bei sekundären Kaiserschnitten erhöht ist (Dessole et al. 2004).

Geht man davon aus, dass es keine verlässliche Methode gibt, um einer Schulterdystokie vorzubeugen oder sie vorherzusagen, stellt sich die Frage, ob ein Kaiserschnitt vor einer **Brachialplexuslähmung** infolge einer Schulterdystokie schützen kann. Die Häufigkeit bei einer vaginalen Geburt wird derzeit mit 0.047 % - 0.6 % angegeben, bei einem Kaiserschnitt reicht die Rate von 0.0042 % bis 0.095 % (Hankins et al. 2006). Viele dieser Lähmungen sind reversibel. Ausgehend von einer Inzidenz einer bleibenden Schädigung von 1:10.000 (Chauhan et al. 2003) berechnen Hankins et al. (Hankins et al. 2006), dass durch einen elektiven Kaiserschnitt eine von 5000 bis eine von 10.000 bleibenden Armplexus-Schädigungen verhindert werden könnten. Angesichts dieser Größenordnung und der Tatsache, dass eine solche Verletzung durch einen Kaiserschnitt ebenfalls nicht 100 %ig



vermieden werden kann, stellt sich die Frage, ob durch eine geeignetere Geburtsleitung und kontinuierliche Schulung des Fachpersonals hier nicht bessere Ergebnisse erzielt werden können als durch den Verzicht auf eine vaginale Geburt.

Die Vorteile des **Stillens** für Mutter und Kind sind durch zahlreiche Untersuchungen belegt (Britton et al. 2007). Zu den mit Blick auf die Betreuung im Krankenhaus begünstigenden Faktoren für einen erfolgreichen Stillbeginn und eine gelungene Stillbeziehung zählen Haut-zu-Haut-Kontakt direkt nach der Geburt, ein erstes Anlegen innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt, eine konsistente, praktische und emotionale Stillunterstützung, Stillen nach Bedarf und Rooming-In (Britton et al. 2007; Dennis 2002; Moore et al. 2007; Murray et al. 2007). Kaiserschnitte werden heute in der überwiegenden Mehrzahl in Regionalanästhesie durchgeführt. Geplante Sectiones werden im Allgemeinen in bis zu gut 90-95 % in Regionalanästhesie durchgeführt, sekundäre in etwa 75-80 % der Fälle (BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2008a; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2011; Public Health Agency of Canada 2009). Bei einer Regionalanästhesie sind die Mütter wach und in den ersten Stunden nach der Geburt weitgehend schmerzfrei. Damit gibt es, solange das Kind nicht in pädiatrische Betreuung gegeben werden muss, keinen Grund, warum sich die Häufigkeit des ersten Mutter-Kind-Kontakts und des ersten Anlegens wesentlich von dem bei vaginaler Geburt unterscheiden sollten. In Untersuchungen, in denen die Häufigkeiten dieser Variablen nach Geburtsmodus aufgeschlüsselt werden, ist jedoch durchgängig zu beobachten, dass die Zeit bis zum ersten Mutter-Kind-Kontakt nach Sectio länger ist, ein direkter Hautkontakt und ein erstes Anlegen innerhalb der ersten zwei Lebensstunden seltener erfolgt. Auch die Stilldauer ist bei Frauen mit einem Kaiserschnitt kürzer (Anhang 1, Tab. A1-6). Inwieweit der Geburtsmodus ursächlich zu dem geringeren Stillerfolg und der kürzeren Stilldauer beiträgt, ist in der Literatur umstritten. Während einige Autoren keinen Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Stillen feststellen konnten, haben andere einen negativen Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und Stillbeginn, aber nicht mit der Stilldauer ermittelt (Dennis 2002), während wieder andere Untersuchungen einen negativen Zusammenhang zwischen Sectio und Stillbeginn als auch Stilldauer beobachtet haben (Thulier & Mercer 2009).

## 5.5 Die Sichtweisen der Frauen

### 5.5.1 Gewünschter Geburtsmodus

Entgegen dem Eindruck, den die Diskussion der letzten Jahre um den Kaiserschnitt erwecken kann, möchte die überwiegende Mehrzahl der Frauen ihr Kind nach wie vor auf normalem Weg zur Welt bringen. In einem neueren systematischen Review wurden bis März

2009 publizierte, quantitative Arbeiten zum präferierten Geburtsmodus einer Meta-Analyse unterzogen (Mazzoni et al. 2011). Insgesamt gingen 38 Studien mit insgesamt 19.403 Frauen aus Europa, Asien, Afrika, Asien, Nord- und Lateinamerika in den Review ein. Mehrgebärende, sowohl mit als auch ohne Sectio in der Anamnese, sowie Frauen, deren Präferenz postpartal erhoben wurde, äußerten danach am häufigsten den Wunsch nach einem Kaiserschnitt bei einer nächsten Geburt (17,5 % (95 % KI 13,4-21,8), 29,4 % (95 % KI 22,4-34,8) bzw. 22,0 % (95 % KI 15,2-29,6)). Die gepoolte Sectio-Präferenz für Erstgebärende lag bei 10,2 % (95 % KI 6,8-14,1). In den in Europa durchgeführten Studien lag die Sectio-Präferenz mit 11,0 % (95 % KI 7,6-15,0) am niedrigsten, in Nord- und Lateinamerika am höchsten (24,4 % (95 % KI 19,4-29,8) bzw. 21,3 % (95 % KI 16,4-26,7)). In diesen Zahlen wurden Parität und geburtshilfliche Anamnese nicht berücksichtigt, wobei jedoch lediglich drei der 12 in Europa durchgeführten Studien ausschließlich Erstgebärende befragt hatten. In der ebenfalls durchgeführten multivariaten Meta-Regression erwiesen sich die vorangegangene Sectio sowie die Geburt in einem Land mit mittleren Einkommen als statistisch signifikante Prädiktoren für den Wunsch nach einer Kaiserschnittgeburt. Das Ergebnis, dass nur ein geringer Anteil von Frauen die Sectio einer vaginalen Geburt vorzieht, deckt sich mit Ergebnissen aus früheren Reviews (Eden et al. 2004; Kingdon et al. 2006; McCourt et al. 2007). Die Autorinnen und Autoren der Meta-Analyse weisen ausdrücklich darauf hin, dass in ihrer Arbeit die Präferenzen von Frauen, nicht jedoch die tatsächliche Forderung nach einem Kaiserschnitt untersucht wurde und daher Angaben zum Anteil der elektiven Sectiones auf Wunsch der Frau aus dem Review nicht abgeleitet werden können (Mazzoni et al. 2011). In einer Befragung von mehr als 1300 Frauen einer großen deutschen Krankenversicherung, die ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt gebracht hatten, berichteten nur ca. 2% der Frauen einen geplanten Kaiserschnitt ‚auf Wunsch‘ ohne medizinische Indikation gehabt zu haben (Lutz & Kolip 2006).

### **5.5.2 Gründe für den gewünschten Geburtsmodus**

Zu den am häufigsten genannten Gründen für den Wunsch nach einem Kaiserschnitt werden neben relativen geburtshilflichen Indikationen wie Beckenendlage, Z. n. Sectio oder V. a. Makrosomie, psychologische Gründe sowie die angenommene höhere Sicherheit der Operation für das Kind und/oder die Mutter genannt (Gamble et al. 2007; Gamble & Creedy 2000; Kingdon et al. 2006; McCourt et al. 2007). Zu den psychologischen Gründen werden eine traumatische Geburtserfahrung, Angst vor der Geburt und/oder Wehenschmerzen (McCourt et al. 2007; Nieminen et al. 2009), aber auch die Angst, die Kontrolle über das Geburtsgeschehen oder das eigene Verhalten zu verlieren, sowie sexuelle Gewalterfahrungen (Wiklund et al. 2007) gezählt. Starke allgemeine Angst vor der Geburt scheint eine stabile Größenordnung von ca. 6 % der Frauen zu betreffen (Geissbühler et al. 2005; Saisto & Halmesmaki 2003) (Lutz & Kolip 2006:133). In zwei kleineren

Untersuchungen finden sich Hinweise, dass gezielte psychologische Interventionen zur Überwindung von Geburtsängsten unterschiedlicher Ursache hilfreich sein können (Ryding 1993; Saisto et al. 2001b).

Ebenfalls finden sich in der Literatur Hinweise, dass die kurz- und langfristigen Risiken einer vaginalen Geburt für Mutter und Kind von den Frauen überschätzt werden (Gamble & Creedy 2000; Weaver et al. 2007). In welchem Umfang und in welcher Art und Weise Frauen über verschiedene Geburtsmodi informiert werden, ist bisher kaum untersucht, es wird jedoch diskutiert, ob die Einstellung der betreuenden Fachkräfte, der Umfang und die Art und Weise, in der sie die Schwangeren informieren und beraten, nicht einen maßgeblichen Faktor im Entscheidungsfindungsprozess um den Geburtsmodus darstellen (Eden et al. 2004; McCourt et al. 2007). Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Empfehlung der Ärztin bzw. des Arztes für viele Frauen ein wesentliches Entscheidungskriterium darstellt (Gamble & Creedy 2000; Lutz & Kolip 2006), erscheinen zu dieser Frage weitere Untersuchungen notwendig. In einer deutschen Untersuchung von 1339 Frauen, die im Jahr 2004 ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt gebracht haben, war die Empfehlung der Ärztin, des Arztes für 60 % der Frauen ein sehr wichtiger oder wichtiger Grund für die Entscheidung für einen primären Kaiserschnitt und damit der am häufigsten genannte Grund (Lutz & Kolip 2006). Die Autorinnen eines neueren Cochrane Reviews zu den Auswirkungen der Informationen, die Schwangere zum Kaiserschnitt erhalten, konnten lediglich zwei Studien ermitteln, die den Einschlusskriterien des Reviews gerecht wurden. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass zu dieser wichtigen Fragestellung aktuell aussagekräftige Informationen fehlen und weitere Untersuchungen nicht zuletzt vor dem Hintergrund der steigenden Sectioraten dringend benötigt werden (Horey et al. 2011).

In einem Review zum präferierten Geburtsmodus von Frauen, die bereits einen Kaiserschnitt in der Anamnese aufweisen, zeigte sich, dass Frauen, die bereits ein Kind vaginal zur Welt gebracht hatten, sich eher für den Versuch einer weiteren vaginalen Geburt (*trial of labour*, TOL) entschieden als Frauen, die bis dato ausschließlich per Kaiserschnitt geboren hatten (Eden et al. 2004). In sechs von sieben Studien, die danach fragten, wurde die schnellere Erholung nach einer vaginalen Geburt als entscheidender Grund genannt, vor dem Hintergrund neben dem Neugeborenen weitere Kinder versorgen zu müssen. Es wird diskutiert, dass Frauen, die bereits eine vaginale Geburt erlebt haben, zuversichtlicher sind, ein weiteres Kind auf normalem Wege zu gebären. In vier von 11 Studien war die Angst, dass ein TOL zu einem schwierigen Geburtsverlauf und in letzter Konsequenz zu einem weiteren Kaiserschnitt führen würde, ein wichtiger Grund für die Schwangeren, sich für eine geplante Sectio zu entscheiden (ebd.).

### 5.5.3 Allgemeine Ansichten zum Kaiserschnitt

In zwei deutschen Studien wurden die allgemeinen Einstellungen von Frauen zum Kaiserschnitt sowie zu dessen Vor- und Nachteilen untersucht. Lutz et al. befragten 1339 bei einer großen Krankenkasse versicherte Frauen, die im Jahr 2004 ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt gebracht hatten, zu ihren allgemeinen Einstellungen zum Kaiserschnitt, ihrem Beratungsbedarf, den Gründen für den Kaiserschnitt, ihren Motiven für eine primäre Sectio sowie zu den Entscheidungsprozessen bei einer sekundären Sectio (Lutz & Kolip 2006). Entgegen dem vor allem durch die Laien- aber auch die Fachpresse vermittelten Bild, hat die überwiegende Mehrzahl der befragten Frauen eine positive Einstellung zur vaginalen Geburt. Nur 4 % der Frauen sind der Ansicht, dass keine Frau sich den Risiken einer normalen Geburt aussetzen sollte und 62 % sind der Überzeugung, dass eine Frau auf jeden Fall versuchen sollte, ihr Kind auf natürlichem Wege zur Welt zu bringen, weitere 25 % stimmen letzterer Aussage immerhin noch etwas zu. Und auch wenn die Sicherheit des Kindes zu den häufigsten Gründen für die Entscheidung zu einem Kaiserschnitt zählt, stimmt insgesamt nur eine Minderheit der Kaiserschnittmütter (12 %) der Aussage voll zu, dass dieser Geburtsmodus die sicherste Möglichkeit darstellt, ein Kind zur Welt zu bringen. Insgesamt sprechen sich 41 % der befragten Frauen dafür aus, auch bei Fehlen einer medizinischen Indikation selbst darüber entscheiden zu dürfen, wie sie ihr Kind zur Welt bringen möchten. Die Autorinnen werten diese Ergebnisse als einen Hinweis, dass das Selbstbestimmungsrecht bei der Wahl des Geburtsmodus für die Frauen einen hohen Stellenwert hat, sie für sich selbst aber mehrheitlich den Weg der normalen Geburt wählen würden.

Hainer et al. (Hainer & Kowalcek 2011) befragten zwischen Oktober 2004 und Januar 2005 534 Schwangere, die sich in der pränataldiagnostischen Abteilung eines deutschen Universitätsklinikums erstmalig vorstellten, zu ihrer Einschätzung der Vor- und Nachteile einer vaginalen Geburt und eines Kaiserschnitts auf einer Skala von 0 (trifft gar nicht zu) bis 4 (stimme voll zu). Berichtet werden die Skalenmittelwerte der abgefragten Items. Mit Blick auf die Vorteile eines Kaiserschnitts stimmen die Schwangeren am stärksten der größeren Sicherheit für das Kind (Skalenmittelwert 2,5) sowie für die Mutter (2,4) zu. Der Schutz vor Inkontinenz sowie die Planbarkeit des Eingriffs spielen in der Einschätzung der Schwangeren mit mittleren Skalenwerten von 1,2 bzw. 1,0 nur eine untergeordnete Rolle. Dies entspricht den Ergebnissen der oben genannten Untersuchung von Lutz et al. (Lutz & Kolip 2006), in der die Wöchnerinnen ebenfalls die Möglichkeit hatten, sich in einer offenen Frage zu den Vor- und Nachteilen eines Kaiserschnitts zu äußern. Auch hier wurde als häufigster Vorteil die Sicherheit des Kindes genannt (48 % der Nennungen), gefolgt von der Umgehung des Wehenschmerzes (34 %). Auf die Schonung des Beckenbodens sowie die Planbarkeit der Operation nahmen nur knapp 10 bzw. 16 % der Nennungen Bezug. Zu den

am häufigsten genannten Nachteilen gehörten die Wundschmerzen (53 %) und die längere Rekonvaleszenzphase (40 %). Auf den gestörten Mutter-Kind-Kontakt sowie die das fehlende Geburtserlebnis bezog sich je ein Viertel der Kommentare. In der Untersuchung von Hainer et al. (Hainer & Kowalcek 2011) waren die Geburt als Operation sowie der Wundschmerz die Nachteile mit den höchsten Skalenmittelwerten (2,6 bzw. 2,5). Dem Nachteil möglicher Spätfolgen für die Mutter sowie eine schwierigere Mutter-Kind-Bindung stimmten die Schwangeren eher eingeschränkt zu (2,0 bzw. 1,9). Zu den Hauptvorteilen einer vaginalen Geburt zählten die Frauen die Natürlichkeit dieses Geburtsmodus (3,3), die Möglichkeit der Anwesenheit einer Begleitperson (3,2) sowie das Geburtserlebnis (3,1).

#### **5.5.4 Zufriedenheit mit dem Geburtsmodus Sectio**

Die Zufriedenheit von Wöchnerinnen nach einem Kaiserschnitt wurde in einer Reihe von Studien untersucht. Für die vorliegende Untersuchung konnten insgesamt 24 Studien ermittelt werden (Anhang 2, Tab. A2-1 bis A2-5). Unterschiede im Studiendesign, in der Fragestellung, bei der Definition der Einschlusskriterien zur Teilnahme sowie die Vielfalt der Erhebungsinstrumente erschweren jedoch den direkten Vergleich.

Bei der Mehrzahl der Untersuchungen handelt es sich um quantitative Quer- oder Längsschnittstudien. In drei Arbeiten wurden die Geburtserfahrungen bei Kaiserschnitt mit qualitativen Methoden analysiert (Murphy et al. 2003; Porter et al. 2007; Redshaw & Hockley 2010). Die Datenerhebung der Querschnittsanalysen erfolgte in sechs Studien innerhalb der ersten Tage nach der Geburt im Krankenhaus (Bryanton et al. 2008; Dunn & O'Herlihy 2005; Fawcett et al. 1992; Salmon & Drew 1992; Stadlmayr et al. 2001; Waldenström et al. 1996), in acht Studien zwischen einem und 36 Monaten nach der Geburt (Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1998a; Chalmers et al. 2010; Rijnders et al. 2008; Seguin et al. 1989; Soet et al. 2003; Waldenström et al. 2004; Wiklund et al. 2008). In vier Längsschnittstudien wurden die Wöchnerinnen zunächst im Krankenhaus 1 bis 7 Tage nach der Geburt und ein weiteres Mal poststationär 1 bis 4 Monate nach der Geburt befragt (Blomquist et al. 2011; Ryding et al. 1998; Schindl et al. 2003; Wiklund et al. 2007), in zwei lagen der bzw. die ersten Befragungszeitpunkte in der Schwangerschaft, der zweite bzw. dritte zwischen 2 und 4 Monaten nach der Geburt (Hellmers 2005; Saisto & Halmesmaki 2003) und in einer weiteren erfolgte die Befragung zunächst 8 Wochen und dann erneut 6 Monate nach der Geburt (Schäfers 2011). In den qualitativen Studien lag die Geburt der befragten Frauen 3 Monate, 2 Jahre bzw. zwischen 7 und 22 Jahren zurück (Murphy et al. 2003; Porter et al. 2007; Redshaw & Hockley 2010).

Bei der Mehrzahl der Untersuchungen stand die Analyse der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung im Mittelpunkt, nur in einigen wurde der Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und Geburts- und Betreuungserfahrung untersucht (Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1998a; Chalmers et al. 2010; Dunn & O'Herlihy 2005; Rijnders et al. 2008;

Waldenström et al. 2004). Die Einschätzung der Geburtserfahrung und/oder -betreuung in Abhängigkeit vom Geburtsmodus war das primäre Ziel in neun der ermittelten Studien (Blomquist et al. 2011; Chalmers et al. 2010; Dunn & O'Herlihy 2005; Fawcett et al. 1992; Ryding et al. 1998; Salmon & Drew 1992; Schindl et al. 2003; Wiklund et al. 2007; Wiklund et al. 2008). In acht weiteren Untersuchungen stand die Analyse der Geburtserfahrung allgemein im Vordergrund, bei der neben anderen Faktoren die Rolle des Geburtsmodus als möglicher Prädiktor geprüft wurde (Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1998a; Rijnders et al. 2008; Saisto et al. 2001b; Soet et al. 2003; Stadlmayr et al. 2001; Waldenström et al. 1996; Waldenström et al. 2004). Bei einer Untersuchung stand die Analyse der Einflussfaktoren auf die subjektive Gesundheitseinschätzung im Mittelpunkt (Schäfers 2011), bei einer weiteren die Prüfung des Zusammenhangs zwischen Geburtsmodus und mütterlichem Wohlbefinden (Hellmers 2005). In zwei Arbeiten wurden Prädiktoren der Geburtserfahrung bzw. der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung in Abhängigkeit vom Geburtsmodus untersucht (Bryanton et al. 2008; Seguin et al. 1989). In der Mehrzahl der Arbeiten wurde nach geplanter und ungeplanter Sectio differenziert, ebenso nach Spontan- und vaginal-operativer Geburt. In den drei qualitativen Untersuchungen wurden die vorherrschenden Themen im Zusammenhang mit der Geburtserfahrung nach Kaiserschnitt allgemein bzw. diejenigen Aspekte, die als besonders belastend erlebt wurden, analysiert (Murphy et al. 2003; Porter et al. 2007; Redshaw & Hockley 2010).

Während in einigen Studien sowohl Erst- als auch Mehrgebärende um die Teilnahme an der Untersuchung gebeten wurden, waren es in anderen nur Erstgebärende. In drei Arbeiten wurden sehr spezielle Gruppen von Frauen untersucht, wie z. B. Frauen die sowohl einen Kaiserschnitt als auch eine vaginale Geburt erlebt hatten, Frauen, die nach einer ersten Geburt per Kaiserschnitt in den folgenden fünf Jahren kein weiteres Kind lebend geboren hatten, oder ausschließlich Frauen, die eine vaginal-operative Geburt in Sectiobereitschaft oder einen sekundären Kaiserschnitt bei vollständig eröffnetem Muttermund erfahren hatten (Dunn & O'Herlihy 2005; Murphy et al. 2003; Porter et al. 2007).

Bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten handelte es sich um eigens für die jeweilige Untersuchung entwickelte Fragebögen, die *Salmon Item List* (SIL) (Salmon & Drew 1992) in der Original-Version oder in deutscher Übersetzung (Stadlmayr et al. 2001), der *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) (Wijma et al. 1998) sowie die *Perception of Birth Scale* (PBS), auch zitiert als *Questionnaire Measuring Attitudes About Labour and Delivery* (QMAALD) (Marut & Mercer 1979). Einige der Fragebögen wurden entwickelt, um ausschließlich die Geburtserfahrung zu messen (SIL) oder die Angst vor der Geburt (W-DEQ), andere wiederum dienen der Messung der Betreuungserfahrung während und/oder nach der Geburt (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.5). Die meisten Instrumente spiegeln die Mehrdimensionalität der Geburtserfahrung wieder, lediglich bei dem QMAALD (bzw.

PBS) handelt es sich um ein eindimensionales Instrument. Nicht für alle Fragebögen sind psychometrische Kennwerte verfügbar.

Die Ergebnisse der ermittelten Untersuchungen stellen sich insgesamt sehr heterogen dar. In zwei australischen Studien zur Zufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung im Krankenhaus zeigte sich in der multivariaten Analyse kein Einfluss des Geburtsmodus auf die Gesamtzufriedenheit der Wöchnerinnen mit der Betreuung während und nach der Geburt im Krankenhaus (Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1998a) (Anhang 2, Tab. A2-1)

In vier Untersuchungen berichten Frauen nach einer Spontangeburt über eine positivere Geburtserfahrung als Frauen nach vaginal-operativer Geburt, geplanter oder ungeplanter Sectio. In drei dieser Studien wurden Instrumente eingesetzt, die ausschließlich die Geburtserfahrung über die Abfrage von Affekten, Verhaltensweisen und Wahrnehmungen messen, nicht die Interaktion mit betreuenden Fachkräften (Ryding et al. 1998; Salmon & Drew 1992; Stadlmayr et al. 2004). In der Untersuchung von Salmon et al. (Salmon & Drew 1992) waren die Fallzahlen in den Gruppen mit operativer Geburtsbeendigung allerdings sehr klein (zwischen 20 und 24), sodass die Ergebnisse dieser Untersuchung mit Vorsicht zu interpretieren sind. In der vierten Untersuchung wurde die Zufriedenheit mit dem Geburtsmodus abgefragt (Hellmers 2005). In sechs weiteren, in denen die Ergebnisse nicht nach Spontan- und vaginal-operativer Geburt differenziert werden, waren Frauen nach vaginaler Geburt mit ihrer Geburtserfahrung und -betreuung zufriedener als Frauen mit Sectio (Chalmers et al. 2010; Dunn & O'Herlihy 2005; Schäfers 2011; Waldenström et al. 1996) oder der Kaiserschnitt erwies sich als Risikofaktor für eine negative Geburtserfahrung sowie für das Auftreten von Symptomen, die als Indikatoren einer traumatischen Erfahrung gelten (Saisto & Halmesmaki 2003; Soet et al. 2003) (Anhang 2, Tab. A2-2).

In vier Arbeiten zeigte sich kein Unterschied in der Geburtserfahrung von Frauen mit Spontangeburt und geplanter Sectio, bei ungeplanter Sectio sowie vaginal-operativer Geburt waren die Frauen signifikant unzufriedener (Fawcett et al. 1992; Rijnders et al. 2008; Waldenström et al. 2004; Wiklund et al. 2008) (Anhang 2, Tab. A2-3)

In fünf Studien fanden sich Hinweise für eine positivere Geburtserfahrung bei geplanter Sectio, vier weisen jedoch deutliche methodische Schwächen auf (Anhang 2, Tab. A2-4). Blomquist und Kolleginnen (Blomquist et al. 2011) fanden eine höhere Zufriedenheit bei geplanter Sectio verglichen mit vaginaler Geburt, jedoch keinen Unterschied in der Zufriedenheit nach Spontangeburt und geplanter Sectio. Allerdings lehnten 49 % der Frauen eine Teilnahme ab und die Fallzahlen in der Gruppe der vaginal-operativen Geburten und der geplanten Sectiones waren mit 17 bzw. 36 für die durchgeführten multivariaten Analysen sehr niedrig. Bryanton et al. (Bryanton et al. 2008) berichten über eine höhere Zufriedenheit bei geplanter Sectio im Vergleich zur vaginalen Geburt, eine Aussage, die durch die angegebenen Zufriedenheitsscores jedoch nicht gestützt wird. Darüber hinaus ist Eignung

des eindimensionalen Fragebogens zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung und -betreuung angesichts der Vielschichtigkeit des Konzepts eher fraglich (vgl. hierzu Abschnitt 4.3). Schindl et al. (Schindl et al. 2003) stellten eine Abnahme der positiven Beurteilung der Geburtserfahrung in der folgenden Reihenfolge der untersuchten Geburtsmodi fest: geplante Sectio ohne medizinische Indikation, geplante Sectio mit medizinischer Indikation, Spontangeburt, ungeplante Sectio, vaginal-operative Geburt. Zur Messung der Geburtserfahrung wurde eine deutsche Version der SIL eingesetzt, wobei die Angaben vermuten lassen, dass es sich um eine Modifizierung der validierten Version von Stadlmayr et al. (Stadlmayr et al. 2001) handelt, den publizierten Angaben ist dies jedoch nicht eindeutig zu entnehmen. Darüber hinaus wurde die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung nicht, wie für die SIL vorgesehen, für die einzelnen Dimensionen berechnet, sondern als Mittelwert über alle Items. Dies erscheint vor dem Hintergrund, dass Salmon et al. (Salmon & Drew 1992) das Instrument explizit mit Blick auf die Mehrdimensionalität der Geburtserfahrung entwickelten, problematisch. Darüber hinaus lag die Rücklaufquote lediglich bei 24 %. In der Studie von Wiklund et al. (Wiklund et al. 2007) gaben Frauen mit geplanter Sectio ebenfalls eine höhere Gesamtzufriedenheit an als Frauen nach vaginaler Geburt. Eine Rücklaufquote wird nicht berichtet, die Zahl der Ausfälle ist nicht eindeutig nachzuvollziehen.

Murphy et al. (Murphy et al. 2003) führten 27 halbstrukturierte Einzelinterviews mit Frauen zwei Jahre nachdem sie ihr Kind per vaginal-operativer Geburt in Sectiobereitschaft oder per sekundärer Sectio bei vollständigem Muttermund zur Welt gebracht hatten (Anhang 2, Tab. A2-5). Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der Frauen insgesamt mit der intrapartalen Betreuung zufrieden war. Die meisten kannten die genaue Indikation für die operative Geburtsbeendigung nicht und hätten sich eine Nachbesprechung der Ereignisse zu einem Zeitpunkt gewünscht, zu dem sie sich von der Geburt erholt hatten und die ersten Aufregungen der neuen Lebenssituation etwas abgeklungen waren. In den beiden anderen Arbeiten wurde jeweils eine Analyse der Freitext-Antworten einer umfangreichen postalischen Befragung vorgenommen (Porter et al. 2007; Redshaw & Hockley 2010). Porter et al. (Porter et al. 2007) analysierten die als besonders belastend erlebten Aspekte der Kaiserschnittgeburt. Mit am häufigsten wurde das Unerwartete der Situation genannt, die einherging mit Angst um das Kind und Gefühlen von Panik, die bei ineffizienter Kommunikation und mangelnder Sensibilität des betreuenden Fachpersonals noch verstärkt wurden. Darüber hinaus wurden die lange Genesungsphase sowie die Schmerzen und körperliche Schwäche, die den Beziehungsaufbau zum Kind sowie den Stillbeginn beeinträchtigten, als belastend erlebt, sowie das Gefühl, eine normale Geburt ‚verpasst‘ zu haben, was z. T. mit Gefühlen des Versagens und der Enttäuschung einherging. Redshaw et al. (Redshaw & Hockley 2010) kommen zu dem Ergebnis, dass der Geburtsmodus an sich



drei Monate nach der Geburt nur noch für eine kleine Zahl der Frauen eine große psychische Belastung darstellte. Die Enttäuschung, keine normale Geburt gehabt zu haben, wurde aufgewogen durch die Betreuung, die die Frauen während der Geburt erfahren hatten. Frauen mit positiver Geburts- und Betreuungserfahrung betonten insbesondere die fachlich und menschlich gute und individuell angepasste Betreuung, die Informationen, die sie erhalten hatten, sowie das Gefühl, dass ihnen zugehört wurde. Frauen mit einer negativen Erfahrung wünschten sich freundliches, sensibles, aufmerksames und hilfreiches Personal sowie einheitliche Informationen und eine an ihrer persönlichen Situation ausgerichtete Betreuung.

Trotz der Heterogenität der Studienergebnisse sowie einiger methodischer Schwächen bei einzelnen Untersuchungen, lässt sich ein Trend hin zu einer höheren Unzufriedenheit bei ungeplanter Sectio und vaginal-operativer Geburtsbeendigung beobachten. Als eine mögliche Ursache wird die Nicht-Erfüllung von Erwartungen in dieser Gruppe diskutiert, die von einer Spontangeburt ausgegangen oder sie sich gewünscht hatten. Allerdings fanden Wiklund et al. (Wiklund et al. 2008), die die Erwartungen und Erfahrungen von Frauen mit geplanter vaginaler Geburt und geplanter Sectio untersuchten, nur einen schwachen Zusammenhang zwischen den in der Spätschwangerschaft geäußerten Erwartungen und der tatsächlich gemachten Erfahrung. Auch in anderen Untersuchungen konnten durch Erwartungen an die Geburt nur ein vergleichsweise geringer Teil der Varianz in der Gesamtzufriedenheit mit der tatsächlich gemachten Erfahrung aufgeklärt werden (Green et al. 1998; Linder-Pelz 1982). Wieder andere ermittelten eine Nicht-Erfüllung von Erwartungen als wichtigen Prädiktor für die Beurteilung der Geburtserfahrung und –betreuung (Christiaens & Bracke 2007) (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.2). Als weitere mögliche Ursache für die geringere Zufriedenheit bzw. die negativere Geburtserfahrung bei ungeplanter Sectio und vaginal-operativer Geburt werden die Ereignisse diskutiert, die letztlich zur operativen Geburtsbeendigung geführt haben, sowie die Angst um das Kind und die in dieser Situation unzureichenden Informationen sowie die mangelnde Einbindung in Entscheidungsprozesse (Ryding et al. 1998; Waldenström et al. 2004).

### **5.5.5 Zusammenfassung**

Die Kaiserschnittraten steigen weltweit an, dabei gestaltet sich der Anstieg sowohl in der absoluten Höhe als auch im Ausmaß sehr unterschiedlich, was auf einen großen Spielraum hinsichtlich der Notwendigkeit des Eingriffs hinweist. Deutschland ist von den betrachteten 14 Industrieländern dasjenige Land, in dem die Sectiorate in den letzten 20 Jahren am stärksten gestiegen ist. Es weist aktuell eine Rate von 32,7 % und gehört mit Australien, den USA und der Schweiz zu den Ländern mit der höchsten Sectiorate.

Die Gründe für den Anstieg sind komplex und in der Mehrzahl weder medizinischer Natur noch auf veränderte körperliche Voraussetzungen der Schwangeren zurückzuführen. Es gibt einzelne Hinweise, dass Schwangere nicht ausreichend über die Risiken und Folgen eines Kaiserschnitts informiert werden. Darüber hinaus verdichten sich die Evidenzen, dass der in den letzten Jahren viel diskutierte Wunsch der Mutter als Treiber der Sectorate überschätzt wird. Vielmehr scheinen zwei andere Aspekte grundlegend für Anstieg der Sectoraten, nämlich das gestiegene gesamtgesellschaftliche Risikoempfinden und in der Folge das wachsende Sicherheitsbedürfnis sowie die Darstellung von Schwangerschaft und Geburt als hochriskanten Geschehnissen, die nur durch geburtsmedizinische Überwachung und Kontrolle zu einem guten Ausgang geführt werden können.

Bei den Indikationen für die Durchführung eines Kaiserschnitts handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl um relative Indikationen, die mit Blick auf die in Industrieländern übliche technisierte Geburtshilfe und fehlende Eins-zu-Eins-Betreuung zu einem Teil iatrogen bedingt sind.

Ein verbessertes Outcome ist bei höheren Kaiserschnittraten nicht nachzuweisen. Es verdichten sich im Gegenteil die Hinweise, dass Mutter und Kind bei Sectio im Vergleich zur vaginalen Geburt ein ungünstigeres Outcome haben. Das Risiko für ernste gesundheitliche Komplikationen, Rehospitalisierung sowie das Komplikationsrisiko bei Folgeschwangerschaften ist bei bzw. nach einer Kaiserschnittgeburt höher. Sie bietet darüber hinaus eher ungünstige Voraussetzungen für ein erfolgreiches Stillen, nicht zuletzt weil Maßnahmen, die ein erfolgreiches Stillen fördern, seltener erfolgen.

Nur wenige Frauen wünschen sich einen Kaiserschnitt, insbesondere wenn keine medizinische Indikation vorliegt. Zu den am häufigsten genannten Gründen für einen Kaiserschnitt zählen ein vorangegangener Kaiserschnitt, eine Lageanomalie des Kindes sowie Angst vor der Geburt oder eine traumatische Erfahrung bei einer früheren Geburt. Während für die Frauen ihr Selbstbestimmungsrecht bei der Wahl des Geburtsmodus einen hohen Stellenwert hat, würden sie für sich selbst mehrheitlich den Weg der normalen Geburt wählen.

Die Zufriedenheit der Frauen sowohl nach Kaiserschnitt als auch nach vaginaler Geburt ist insgesamt hoch, die Studienergebnisse zur Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Geburtsmodus sind jedoch widersprüchlich. Es zeigt sich eine Tendenz, dass Frauen nach ungeplanter Sectio und vaginal-operativer Geburt weniger zufrieden sind bzw. ihre Geburtserfahrung als weniger positiv beschreiben. Qualitative Untersuchungen deuten darauf hin, dass eine einfühlsame an den Bedürfnissen der Frau ausgerichtete Betreuung ein negatives Geburtserlebnis relativieren kann.

## Teil II Empirischer Teil

## 6 Ziel und Fragestellung

### 6.1 Ziel der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, anhand eines bestehenden Datensatzes die Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen von Wöchnerinnen, die ihr Kind nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche in einem deutschen Krankenhaus zur Welt gebracht haben, zu ermitteln sowie den Einfluss des Geburtsmodus auf diese Betreuungserfahrungen unter Berücksichtigung weiterer soziodemografischer, geburtshilflicher und struktureller Einflussfaktoren zu prüfen. Ein weiteres Ziel war die Analyse der Bedeutung der einzelnen Dimensionen für die Betreuungszufriedenheit insgesamt unter Berücksichtigung weiterer möglicher Einflussfaktoren. Die zu untersuchenden Fragestellungen werden im folgenden Abschnitt im Einzelnen dargelegt.

### 6.2 Forschungsfragen

Die Bedeutung einer positiven intra- und postpartalen klinischen Betreuungserfahrung für das kurz-, mittel- und langfristige psychische und physische Wohlbefinden von Mutter und Kind ist weitgehend anerkannt. Aus Ländern wie Schweden, den Niederlanden, Großbritannien, Australien, den USA und Kanada liegen aktuelle Daten aus umfangreichen Surveys zu den intra- und postpartalen klinischen Betreuungserfahrungen aus Sicht der Wöchnerinnen vor (Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1998b; Chalmers et al. 2008; Declercq et al. 2006b; Redshaw et al. 2007; Rijnders et al. 2008; Waldenström et al. 2006) (vgl. auch Abschnitt 4.3). Für Deutschland existieren entsprechende Informationen, mit Ausnahme einer vornehmlich auf das Klinikmarketing ausgerichteten deskriptiven Analyse von Befragungsdaten aus dem Jahr 1996 (Riegl 1996), bisher nicht. In einer weiteren Untersuchung wurden die Aussagen von gut 3000 Wöchnerinnen, die im Jahr 2007 an Patientenbefragungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements verschiedener Krankenhäuser teilgenommen hatten, analysiert (Stahl 2009). In dieser Arbeit stammte die überwiegende Mehrzahl der Fälle (86 %) jedoch aus nur einem Bundesland<sup>1</sup>. Aus einer Reihe von Untersuchungen geht hervor, dass zahlreiche Ähnlichkeiten in den Betreuungserfahrungen sowie deren Einschätzung durch Wöchnerinnen aus unterschiedlichen Ländern bestehen, es wurden allerdings auch Unterschiede beobachtet, sodass nicht von einer generellen Übertragbarkeit der Ergebnisse ausgegangen werden kann (Baston et al. 2008; Hellmers & Schücking 2008; Schytt et al. 2008). Anhand eines umfangreichen, bestehenden Datensatzes zu den Erlebnissen und Erfahrungen von Wöchnerinnen mit der Betreuung während und nach der Geburt in deutschen

---

<sup>1</sup> Information, die der Autorin als Verfasserin der Publikation vorliegt.

geburtshilflichen Abteilungen sollte daher folgende Frage als 1. Forschungsfrage beantwortet werden:

1. Welche Dimensionen konstituieren die intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern?

In Kapitel 4 wurde die Diskussion um die weltweit steigenden Kaiserschnittraten sowie die vielfältigen für diesen Anstieg ins Feld geführten Gründe beleuchtet. Diejenigen, die diesen Anstieg mit Sorge betrachten, tun dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund sich verdichtender Evidenzen, dass dieser Anstieg, wie in Abschnitt 5.4 ausgeführt, nicht mit einer entsprechenden Verringerung der mütterlichen und kindlichen Morbidität einhergeht. Dennoch steigt der Anteil der Frauen, die einen Kaiserschnitt erleben, kontinuierlich an. In Deutschland bringen mittlerweile fast ein Drittel aller Frauen ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt (AQUA 2011). Die Einbindung ihrer Perspektive und Einschätzung der gemachten Erfahrungen gilt als ein wichtiges Element einer qualitativ hochwertigen Betreuung (Dierks et al. 2001a). Die in Abschnitt 5.5 dargelegten verfügbaren Daten zur Zufriedenheit mit den Betreuungserfahrungen aus Sicht der Wöchnerinnen in Abhängigkeit von dem erlebten Geburtsmodus deuten darauf hin, dass diese Erfahrungen nach ungeplanter Sectio kritischer beurteilt werden als nach vaginaler Geburt bzw. geplanter Sectio, sie sind jedoch insgesamt uneinheitlich. Vor diesem Hintergrund wurde die 2. Forschungsfrage formuliert:

2. Welchen Einfluss haben Geburtsmodus sowie weitere soziodemografische, geburtshilfliche, gesundheitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen und strukturelle Merkmale des Krankenhauses auf die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen von
  1. Wöchnerinnen mit vaginaler Geburt und Wöchnerinnen mit geplantem Kaiserschnitt,
  2. Wöchnerinnen mit vaginaler Geburt und Wöchnerinnen mit ungeplantem Kaiserschnitt?

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden für jede der beiden Untergruppen folgende Hypothesen geprüft:

- A) Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung und dem Geburtsmodus sowie weiteren soziodemografischen, geburtshilflichen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der Wöchnerinnen und strukturellen Merkmalen des Krankenhauses.

- B) Der Geburtsmodus hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen wenn gleichzeitig weitere soziodemografische, geburtshilfliche und gesundheitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen sowie strukturelle Merkmale des Krankenhauses berücksichtigt werden.

Zufriedenheit mit der Betreuung während und nach der Geburt ist ein multidimensionales Konstrukt. In Abschnitt 4.3 und 4.4 wurde der internationale Forschungsstand zu den Dimensionen der Zufriedenheit sowie den vorbestehenden Merkmalen der Wöchnerinnen, die die Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung beeinflussen können, dargelegt. Während sich hinsichtlich der intrapartalen Betreuung soziale Unterstützung und Kontrolle als wichtige Dimensionen herauskristallisiert haben, ist die Evidenzlage hinsichtlich der postpartalen Betreuungszufriedenheit weniger klar und weniger umfangreich. Die Ergebnisse insbesondere hinsichtlich des Einflusses soziodemografischer und geburtshilflicher Merkmale sind nicht eindeutig, die Evidenzlage zu den Einflussfaktoren auf die postpartale Betreuungserfahrung ist darüber hinaus dünn und Daten aus umfangreicheren Untersuchungen aus Deutschland hierzu fehlen. Die Heterogenität der Ergebnisse kann einerseits den unterschiedlichen Studiendesigns und Fragestellungen geschuldet sein, andererseits sollte auch für die möglichen Einflussfaktoren auf die Wöchnerinnenzufriedenheit, ebenso wie bei den Dimensionen der Betreuungserfahrung, nicht automatisch von einer generellen Übertragbarkeit internationaler Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse ausgegangen werden. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass nicht alle Dimensionen der Betreuungszufriedenheit gleichermaßen bedeutsam für die Gesamtzufriedenheit sind (Stahl 2010; Stahl et al. 2012). Vor diesem Hintergrund sowie der in Abschnitt 5.5 dargelegten widersprüchlichen Evidenzlage zur Bedeutung des Geburtsmodus für die Gesamtzufriedenheit soll die 3. Forschungsfrage beantwortet werden:

3. Welchen Einfluss hat die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung auf die Gesamtzufriedenheit, wenn Geburtsmodus sowie weitere soziodemografische, geburtshilfliche und gesundheitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen sowie strukturelle Merkmale des Krankenhauses berücksichtigt werden, für
1. Wöchnerinnen mit vaginaler Geburt und Wöchnerinnen mit geplantem Kaiserschnitt,
  2. Wöchnerinnen mit vaginaler Geburt und Wöchnerinnen mit ungeplantem Kaiserschnitt?

Zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage wurden für jede der beiden Untergruppen folgende Hypothesen geprüft:

- A) Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung und dem Geburtsmodus sowie weiteren soziodemografischen, geburtshilflichen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der Wöchnerinnen sowie strukturellen Merkmalen des Krankenhauses.
- B) Die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung hat keinen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit wenn gleichzeitig Geburtsmodus sowie weitere soziodemografische, geburtshilfliche und gesundheitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen und strukturelle Merkmale des Krankenhauses berücksichtigt werden.

## 7 Material und Methode

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um die Analyse eines bereits bestehenden Datensatzes. Die Daten entstammen poststationären, postalischen Befragungen von Wöchnerinnen, die das Picker Institut Deutschland gGmbH in den Jahren 2002 bis 2009 im Auftrag verschiedener Krankenhäuser zum Zwecke des internen Qualitätsmanagements durchgeführt hat. Das Picker Institut Deutschland gGmbH ist ein unabhängiges, gemeinnütziges, auf Befragungen im Gesundheitswesen spezialisiertes Institut, dessen Ziel es ist, die Versorgung aus Sicht der Patienten zu verbessern.

### 7.1 Methodische Vorüberlegungen

Die Messung der Zufriedenheit ist mit einer Reihe methodischer Herausforderungen verbunden (Crow et al. 2002). Um belastbare Ergebnisse zur Einschätzung der Erfahrungen mit der klinischen Betreuung während und nach der Geburt erzielen zu können, ist es entscheidend, sich dieser Herausforderungen bewusst zu sein und ihnen mit methodisch validen Befragungsinstrumenten und Durchführungsverfahren zu begegnen.

#### 7.1.1 Messung eines komplexen Phänomens

Es besteht Einigkeit, dass es sich bei der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung bzw. der Zufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung um ein komplexes Phänomen handelt, das durch die alleinige Abfrage über ein Globalmaß nicht hinreichend valide erfasst werden kann (Waldenström & Rudman 2008). Wöchnerinnen können bestimmte Aspekte der erlebten Betreuung sehr kritisch sehen, aber insgesamt mit der Betreuungserfahrung zufrieden sein (Bramadat & Driedger 1993). Beispielhaft zeigt sich dies in einer randomisiert, kontrollierten Studie, in der die Betreuungszufriedenheit im Geburtshaus mit derjenigen von Frauen, die ihr Kind im Krankenhaus zur Welt gebracht hatten, verglichen wurde. Wöchnerinnen, die im Geburtshaus geboren hatten, waren insbesondere mit den verschiedenen Aspekten der Interaktion mit den betreuenden Fachkräften signifikant zufriedener als die Frauen der Kontrollgruppe, in der Gesamtzufriedenheit unterschieden sich die Frauen beider Gruppen hingegen nur geringfügig (Waldenström & Nilsson 1993). Diese Diskrepanz zwischen Gesamtzufriedenheit und Zufriedenheit mit einzelnen Betreuungsaspekten wurde in zahlreichen weiteren Untersuchungen in verschiedenen Kontexten der Gesundheitsversorgung beobachtet (Aust 1994; Biro et al. 2003; Brown & Lumley 1998a; Stahl 2009; Williams et al. 1998). Darüber hinaus spielen neben vergleichsweise gut zu messenden Größen, wie der Art und Häufigkeit der durchgeführten Interventionen oder der Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind, zahlreiche schwieriger zu fassende psychologische und emotionale Elemente für die Wahrnehmung der gemachten



Erfahrung und die Zufriedenheit der Wöchnerinnen eine Rolle. Gefühle können sich im Geburts- und Betreuungsverlauf verändern (Larkin et al. 2009), positive und negative Gefühle können koexistieren (Waldenström et al. 1996) und das Erleben der Interaktion mit den betreuenden Fachkräften kann von Person zu Person variieren. Die zahlreichen verschiedenen Herangehensweisen an die Messung von Zufriedenheit mit der Betreuung und Versorgung dürften nicht zuletzt dieser Komplexität geschuldet sein.

### 7.1.2 Hohe Zufriedenheitswerte

Ein Problem standardisierter Zufriedenheitsbefragungen besteht in der häufig geringen Variabilität der Antworten (Crow et al. 2002). Globale Zufriedenheitswerte unter 80 % sind in diesen Befragungen kaum zu beobachten (Fitzpatrick 1991; Waldenström & Rudman 2008). Denkbar wäre, dass diese konstant hohen Gesamtzufriedenheitswerte die tatsächlich durchgängig sehr positive Einschätzung der Betreuung und Versorgung wieder spiegeln. Dem stehen allerdings zahlreiche Befunde aus quantitativen und qualitativen Untersuchungen entgegen, dass trotz hoher Gesamtzufriedenheit konkret abgefragte Einzelaspekte der Betreuung durchaus kritisch beurteilt werden (Avis et al. 1995; Crow et al. 2002; Rudman & Waldenström 2007; Williams et al. 1998) (vgl. Abschnitt 7.1.1).

Für diese Deckeneffekte werden verschiedene Erklärungen in Betracht gezogen. Die Tendenz, Antworten zu geben, von denen angenommen wird, dass sie sozial erwünscht sind, ist in der empirischen Sozialforschung gut bekannt (Schnell et al. 1999:332). Einige Autoren gehen davon aus, dass diese Tendenz im Bereich der Gesundheitsversorgung aufgrund der dominanten Stellung der Experten (Mulcahy & Tritter 1998) und des Abhängigkeitsverhältnisses zwischen Patienten und versorgendem Fachpersonal noch ausgeprägter ist und die Angst vor negativen Konsequenzen im Zusammenhang mit der Behandlung bei Kritikäußerung Einfluss auf das Urteil der Befragten nimmt (Ruprecht 2002). Williams et al. argumentieren, dass negative Behandlungserfahrungen nur dann explizit als negativ bewertet werden, wenn ein bestimmtes Ergebnis oder eine Verhaltensweise als ‚Pflicht‘ oder ‚Auftrag‘ (*duty*) der betreuenden Fachkraft angesehen wird oder wenn sie kausal auf die betreuenden Fachkräfte und nicht z. B. auf missliche Begleitumstände zurückgeführt werden kann (*culpability*). Zufriedenheitsbekundungen sind dann nicht notwendigerweise Ausdruck einer guten Betreuungserfahrung, sondern Urteile, die auf Basis der Annahme getroffen werden, dass die Fachkräfte „getan haben, was sie konnten“ oder dass dies „eigentlich auch nicht ihre Aufgabe“ ist (Williams et al. 1998).

Die Erleichterung, die Geburt überstanden zu haben, sowie die überwältigende Freude über die Geburt eines gesunden Kindes können dazu beitragen, negative Erfahrungen und Erlebnisse und damit Kritik im Allgemeinen sowie an den betreuenden Fachpersonen im Speziellen in den Hintergrund treten zu lassen („Halo“-Effekt) (Lumley 1984 in (Seguin et al. 1989)). Insbesondere wenn es im Geburtsverlauf zu Situationen kam, in denen das

Wohlergehen von Mutter und Kind als gefährdet dargestellt bzw. wahrgenommen wurde, tendieren Wöchnerinnen dazu, den guten Ausgang als alleinigen ‚Verdienst‘ der betreuenden Fachpersonen zu sehen (Seguin et al. 1989; Sullivan & Beeman 1982). Auch die Negierung negativer Erlebnisse als eine erste Trauerreaktion, wenn sich Hoffnungen und Wünsche an den Geburtsverlauf nicht erfüllt haben, kann die Beurteilung der Betreuungserfahrung nach der Geburt verzerren (Hodnett 2002). Schließlich stellt sich die Frage, ob die bereits im Rahmen der Assimilations-Kontrast-Theorie (Abschnitt 3.1.3) diskutierte Angst vor der Selbstbekenntnis, nicht gut behandelt worden zu sein, sowie die Überhöhung der positiven Aspekte der Betreuungserfahrung möglicherweise einen größeren Einfluss auf das Gesamturteil haben als in der akutstationären Versorgung.

Während es nicht möglich sein wird, diese verzerrenden Effekte gänzlich auszuschalten, werden verschiedene Wege beschrieben, ihnen methodisch zu begegnen, um sie abzumildern (Crow et al. 2002). Im Folgenden werden die verschiedenen Aspekte der Befragungsdurchführung, die zur Optimierung der Aussagekraft von Befragungsergebnissen diskutiert werden, kurz beleuchtet.

### **7.1.3 Befragungsdesign**

Es besteht weitgehend Einigkeit, dass für Befragungen, deren Ziel es ist, die Einschätzung einer größeren Zahl von Wöchnerinnen zu ihrer intra- und postpartalen Betreuung im Krankenhaus zu ermitteln, die schriftliche Befragung die am besten geeignete Befragungsart ist (Brown & Lumley 1997; Freise 2003). Dieses Design bietet die größtmögliche Anonymität der Befragungssituation und damit einhergehend eine Minimierung von Effekten der sozialen Erwünschtheit, von Dankbarkeitseffekten oder des Interviewerbias (Dillman 2000; Satzinger & Raspe 2001) sowie eine höhere Kritiksensibilität aufgrund der besseren Situationssegregation (Strasser & Davis 1992). Es gibt Hinweise, dass insbesondere die Beziehungs- und Interaktionsaspekte mit den betreuenden Fachpersonen bei Inhouse-Befragungen sowie bei persönlicher Übergabe der Fragebögen signifikant positiver beurteilt werden als bei postalischen Befragungen (Burroughs et al. 2005; Kinnersley et al. 1996; Labarere et al. 2000), auch der Halo-Effekt spielt hier eine größere Rolle (vgl. Abschnitt 7.1.2). Bei rein postalischen Befragungen können die Wöchnerinnen den Fragebogen unbeeinflusst von aktuellen Ereignissen auf der Station oder von anderen Wöchnerinnen ausfüllen und darüber hinaus auch Fragen zum Entlassmanagement und zur Nachsorge beantworten (Regan & Liaschenko 2007).

Die rein postalische Befragung bietet die größtmögliche Transparenz hinsichtlich Stichprobe, Ausschlusskriterien und Datenerhebungsprozess, eine systematische Verzerrung der Stichprobe bedingt durch bewusste Selektion der zu Befragenden ist bei diesem Vorgehen, wenn überhaupt, nur mit extrem hohem Aufwand möglich. Organisatorische Gründe oder die Komplexität der Entlasssituation, die eine korrekte persönliche Ausgabe der Fragebögen

erschweren können, spielen bei der rein postalischen Befragung keine Rolle (Wagner et al. 2001; Westbrook 1993).

Dem Risiko niedriger Rücklaufquoten und damit einer eingeschränkten Repräsentativität der Daten (Freise 2003) kann mit entsprechenden Nachfassaktionen effektiv begegnet werden. Es hat sich gezeigt, dass mit zwei Erinnerungsschreiben die besten Ausschöpfungsquoten erzielt werden (Dillman 1991) (Freise 2003:90). Der vermutete Vorteil höheren Rücklaufquoten bei Inhouse-Befragungen ist mindestens z.T. auf eine andere Berechnungsgrundlage zurück zu führen, da Befragungsunfähige und Befragungsunwillige bei der Verteilung der Fragebögen von vorneherein ausgeschlossen werden und somit nicht in die Berechnung der Rücklaufquote eingehen, d. h. bei gleicher Bruttoausschöpfung werden hier höhere Rücklaufquoten erzielt (Freise 2003:74).

Barkley et al. (Barkley & Furse 1996) prüften im Rahmen einer poststationären, postalischen Befragung das Antwortverhalten von Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Fragebogeneingangs. Sie stellten fest, dass die Antworten der ersten 30% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Hälfte der abgefragten Dimensionen signifikant positiver ausfielen verglichen mit den Ergebnissen basierend auf den Antworten aller teilnehmenden Patienten (58% der Angeschriebenen). Basierend auf diesen Ergebnissen, empfehlen die Autoren einen Mindestrücklauf von 50 %. Brown et al. beobachteten in einem groß angelegten australischen poststationären, postalischen Survey ein ähnliches Muster. Sie verglichen die Antwortmuster der Frauen, deren Fragebögen nach 2 Wochen, nach 2 bis 4 Wochen und später als vier Wochen nach dem Erstversand der Fragebögen eingingen. Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Trend für eine kritischere Einschätzung der ante- und intrapartalen Betreuung mit späterer Beantwortung des Fragebogens (Brown & Lumley 1997). Das bedeutet, dass durch Nachfassaktionen die Chance erhöht wird, auch kritischere Patientinnen und Patienten bzw. Wöchnerinnen zur Befragungsteilnahme zu gewinnen und so ein umfassenderes Bild der Bewertung der Betreuungserfahrungen zu erhalten.

Ein weiteres Problem bei schriftlichen Erhebungen ist die Unterrepräsentierung bestimmter Gruppen (Non-response-Bias) wie z. B. jüngere oder sozial schwächer gestellte Personen sowie Nicht-Muttersprachler. Da es Hinweise gibt, dass sowohl jüngere zu Befragende sowie solche mit niedrigem Bildungsstand tendenziell kritischer antworten, fehlen hier möglicherweise kritische Stimmen, die zu einer Überschätzung der Zufriedenheit führen (Brown & Lumley 1997; Brown & Lumley 1998a; Mazor et al. 2002). Eine Möglichkeit, dies zu untersuchen, bietet die Analyse personen- und fallbezogener Merkmale von Nicht-Antwortern, sofern diese verfügbar sind (Wessel 2007).

#### **7.1.4 Befragungszeitpunkt**

Die Ergebnisse hinsichtlich des Zeitpunktes der postalischen poststationären Befragung von Wöchnerinnen sind uneinheitlich. Er wird als bedeutsam angesehen, da davon ausgegangen

wird, dass die Datenerhebung zu einem Zeitpunkt stattfinden sollte, zu dem die Frau bereits in der Lage ist, zwischen dem glücklichen Ereignis der Geburt eines gesunden Kindes und der Betreuung, die sie während der Geburt erfahren hat, zu unterscheiden, die Erinnerung an das Erlebte aber auch noch nicht zu stark verblasst sein sollte (Seguin et al. 1989). Simkin befragte 20 Erstgebärende, die Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre geboren hatten, mit Hilfe eines Fragebogens zu verschiedenen Aspekten des Geburtsverlaufs sowie mit einer offenen Frage zu ihrer Geburtserfahrung. Die Datenerhebung erfolgte kurz nach der Geburt sowie ein zweites Mal 14 bis 20 Jahre später. Im Rahmen der zweiten Erhebung schloss sich der schriftlichen Befragung ein qualitatives Interview an. Auch Jahre nach der Geburt erwies sich die Erinnerung der Frauen in den meisten Fällen als korrekt, die Zahl der erinnerten Details nahm jedoch ab. Die Bedeutung, die die befragten Frauen negativen Ereignissen während der Geburt beimaßen, verstärkten sich über die Jahre, während positive Aspekte meist auch nach Jahren gleichermaßen positiv beurteilt wurden (Simkin 1991; Simkin 1992). In einer randomisiert, kontrollierten Studie zur hebammengeleiteten Betreuung wurde die Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung ebenfalls zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben. Die Einschätzungen waren in beiden Gruppen sieben Monate nach der Geburt kritischer als 7 Wochen nach der Geburt (Shields et al. 1998). Waldenström untersuchte die Erinnerung an den Geburtsschmerz sowie die Gesamtzufriedenheit von über 2400 Wöchnerinnen zwei Monate und ein Jahr nach der Geburt. Insgesamt zeigte sich eine leichte Tendenz zu einer kritischeren Einschätzung der Geschehnisse nach einem Jahr. Von den befragten Wöchnerinnen blieben 60 % bei ihrer Einschätzung, 24 % beurteilten sie negativer und 16 % positiver. Mit Blick auf den Geburtsschmerz erwiesen sich insbesondere extreme Schmerzerfahrungen als sehr stabil, bei der Einschätzung der Gesamtzufriedenheit blieben vor allem die Frauen, die sich für die Mittelkategorie (*„mixed feelings“*) der fünfstufigen Beurteilungsskala entschieden hatten, bei ihrer Einschätzung (Waldenström 2003). Frauen, die sich zum späteren Befragungszeitpunkt kritischer äußerten, hatten eher sehr schmerzhaftes Wehen oder einen Kaiserschnitt, Frauen, die sich weniger kritisch äußerten, beschrieben die Unterstützung durch die Hebamme während der Geburt eher positiv. Die Autorin sieht durch diese Ergebnisse die These gestützt, dass vergleichsweise kurz nach der Geburt erhobene Einschätzungen der Betreuungserfahrung durch die Freude und Erleichterung über den guten Ausgang der Geburt verzerrt sein können und dass es zur Realisierung und zum Eingeständnis negativer Erfahrungen eines gewissen zeitlichen Abstands von dem eigentlichen Geschehen bedarf (Waldenström 2004). Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Einschätzungen der Geburtserfahrungen mit zeitlichem Abstand differenzierter werden, wie groß der zeitliche Abstand im Optimalfall sein sollte, ist hingegen bislang nicht eindeutig geklärt (Hodnett

2002). Entsprechende Längsschnitterhebungen für die postpartale Betreuung konnten nicht ermittelt werden.

### **7.1.5 Erhebungsinstrument**

Neben der geeigneten Durchführungsmethodik hängt der Erkenntnisgewinn einer Befragung ganz wesentlich von der Qualität des Erhebungsinstruments ab. Qualitativ unzureichende Fragebögen können irreführende Ergebnisse erbringen, da eine inadäquate Auswahl von Fragen mit ungeeigneten Antwortvorgaben die Möglichkeit der Befragten zur Äußerung von Kritik einschränken kann und im ungünstigen Fall den Eindruck vermittelt, dass die Befragten zufrieden sind, wenn sie dies eigentlich mit vielen Betreuungs- und Versorgungsaspekten nicht sind (Whitfield et al. 1992 in (Williams et al. 1998)). So besteht heute Einigkeit, dass Betreuungserfahrungen aufgrund des Problems der hohen Zufriedenheitswerte nicht allein über ein Globalmaß ermittelt werden sollten (vgl. Abschnitt 7.1.2), sondern zusätzlich über spezifische Einzelfragen zu den verschiedenen Betreuungsaspekten bzw. verschiedene Aspekte einzelner Themenbereiche umfassende Skalen (Hodnett 2002). In dieser Form ergänzte globale Urteilsfragen können hilfreich sein, Gruppen mit unterschiedlichen Outcomes oder verschiedene Betreuungsepisoden, wie z. B. die Zufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung zu vergleichen, und sie können einen Hinweis darauf geben wie die Betreuung einschließlich des Outcomes insgesamt wahrgenommen wurde. Zur Ermittlung spezieller Kritikpunkte hingegen ist eine detailliertere Erfassung der Einschätzung zu den relevanten Themenbereichen unverzichtbar (Waldenström & Rudman 2008).

Die sorgfältige Entwicklung eines strukturierten Erhebungsinstruments ist daher Grundvoraussetzung für die valide Messung der Zufriedenheit mit der Betreuung und Versorgung während und nach der Geburt. Der Fragebogenerstellung sollten zunächst explorative Analysen voran gehen, die Schlüsselkategorien guter Betreuungsqualität aus Sicht der Wöchnerinnen ermitteln, um sicher zu gehen, dass alle relevanten Themenbereiche in geeigneter Form abgedeckt werden. Der explorativen Analyse sollte sich ein Pre-Test anschließen, um Verständlichkeit sowie die psychometrischen Kennwerte der Fragen zu überprüfen (Wüthrich-Schneider 2000). Nur so kann ermittelt werden, ob Forscherinnen bzw. Forscher und Befragte die gestellten Fragen in der gleichen Weise verstehen und mit den Fragen, tatsächlich das gemessen wird, was gemessen werden soll.

## **7.2 Fragebogen**

Der den vorliegenden Daten zugrunde liegende Fragebogen basiert auf einem über eine Vielzahl von Fokusgruppen vom Picker Institute Boston entwickelten Fragebogen zu den Betreuungserfahrungen von Krankenhauspatienten (Cleary et al. 1993; Gerteis et al. 1993; Stahl et al. 2012). Die Entwicklung der spezifisch geburtshilflichen Fragen ist nach Angaben eines der Autoren nicht allgemein zugänglich publiziert, folgte jedoch der gleichen Methodik

wie die des Fragebogens für akutstationäre Patienten (Cleary 2010, persönliche Kommunikation). Auch bei dem geburtshilflichen Fragebogen handelt es sich um ein Instrument, dessen Ziel es ist, die Betreuungserfahrungen aus Sicht der Betroffenen zu messen und der vorrangig in Krankenhäusern im Rahmen des internen und externen Qualitätsmanagements eingesetzt wird. Vor diesem Hintergrund enthält er neben den Aspekten der interpersonellen Betreuungserfahrungen auch Fragen zu den Erfahrungen mit der Servicequalität und Hotelaspekten der Betreuung. Eine psychometrische Überprüfung einer bestimmten Version des Fragebogens liegt bereits vor (Stahl 2010), die jedoch nicht alle in dem vorliegenden Datensatz vorhandenen Items umfasst.

Kernstück des dem zu analysierenden Datensatz zugrundeliegenden Fragebogens sind 11 Gruppen mit insgesamt 87 geschlossenen Fragen zu unterschiedlichen Themen des Krankenhausaufenthalts sowie je vier zu der Zeit davor und danach, mit denen Erfahrungen oder Erlebnisse abgefragt werden, die auf mögliche Problemlagen hinweisen. Die Themen folgen weitgehend der Chronologie des Krankenhausaufenthaltes. Die Fragen umfassen die Themengebiete ‚Vor der Geburt des Babys‘, ‚Die Hebammen im Kreißaal‘, ‚Ärztinnen und Ärzte‘, ‚Die Geburt des Babys‘, ‚Nach der Geburt des Babys‘, ‚Auf der Wochenbettstation‘, ‚Personal auf der Wochenbett-/ Neugeborenenstation‘, ‚Vor der Entlassung nach Hause‘, ‚Service und Komfort‘, ‚Gesamteindruck‘ und ‚Wieder zu Hause‘. Darüber hinaus enthält der Fragebogen einige Fragen, die keinen direkten Bezug zu möglichen Problemlagen aufweisen. Dies sind Fragen zur Person (n=8), zu präpartal wahrgenommenen Betreuungsangeboten (n=5), zur geburtshilflichen Anamnese (n=3), zu Geburtsverlauf und Geburtsmodus (n=3), zum Kind (n=5) sowie zur postpartalen Unterstützung (n=1) und zwei Freitextfragen („Wenn Sie die Möglichkeit hätten, im Krankenhaus etwas zu ändern, was wäre es?“, „Was hat Ihnen besonders gut gefallen?“) (Anhang 3).

Die Antwortmöglichkeiten der geschlossenen Fragen variieren je nach Fragestellung, die Zahl der Antwortvorgaben reicht von 2 bis 8, die durchschnittliche Anzahl beträgt 4. Der Fragebogen enthält sowohl Berichts- als auch Urteilsfragen, die Antwortvorgaben der Urteilsfragen reichten auf einer fünfstufigen Skala von ‚Ausgezeichnet‘ bis ‚Schlecht‘, da für diese Skalen bekannt ist, dass sie kritiksensitiver sind als Zufriedenheitsskalen von ‚Sehr zufrieden‘ bis ‚Sehr unzufrieden‘ (Ware & Hays 1988), die Antwortvorgaben der Berichtsfragen sind kontextspezifisch.

### **7.3 Datenaufbereitung**

Der dem Datensatz zugrunde liegende Fragebogen wurde im Verlaufe des Erhebungszeitraums (2002 bis 2009) kontinuierlich weiterentwickelt, sodass die in dem Rohdatensatz vorliegenden Daten insgesamt fünf unterschiedlichen Fragebogenversionen entstammen, die sich jedoch nur in wenigen Fragen unterscheiden. Dem Datensatz liegt ein Kernset von 111 vergleichbaren Fragen zugrunde, 9 Items sind nicht in allen

Fragebogenversionen vorhanden, sie sind im Anhang 3 in der Spalte ‚Fragebogenversion‘ entsprechend gekennzeichnet. Das Geburtsjahr der Mutter wurde in das kalendarische Alter umgerechnet und entsprechend den Altersklassen der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) gruppiert. Die kontinuierliche Variable Geburtsgewicht des Kindes wurde ebenfalls gruppiert. Auf Grund von Deckeneffekten sowie geringen Besetzungen insbesondere extremer Merkmalsausprägungen wurde eine Reihe von Variablen vor Durchführung der bi- und multivariaten Analysen neu gruppiert. Für die gruppierte Altersvariable wurden die Kategorien ‚31-35 Jahre‘ und ‚älter als 40 Jahre‘ zu ‚älter als 36 Jahre‘ zusammengefasst. Die Ausprägungen der Frage nach dem Familienstand (QM113) wurde in die Gruppen ‚Alleinstehend‘ und ‚verheiratet/mit Partner‘ dichotomisiert. Aus den fünf Antwortkategorien der Frage nach dem Beginn der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge (QM1) wurden die Ausprägungen ‚Bis zur 12.SSW‘ und ‚Nach der 12.SSW‘ gebildet. Bei der Frage, ob die Geburt bei Aufnahme in den Kreißsaal bereits begonnen hatte (QM18), wurden die Antworten ‚Nein‘ und ‚Ich bin nicht sicher‘ zusammengefasst. Die fünf Antwortvorgaben der polytomen Variablen zur Beurteilung der Verweildauer (QM96) wurden zusammengefasst in die Kategorien ‚Gerade richtig‘, ‚Zu kurz‘ und ‚Zu lang‘. Bei der Frage nach der Einschätzung des Gesundheitszustandes (QM111) wurden die Antworten ‚Ausgezeichnet‘ und ‚Sehr gut‘ zu ‚Gut‘ zusammengefasst, ‚Gut‘, ‚Mäßig‘ und ‚Schlecht‘ zu ‚Beeinträchtigt‘. Bei der Frage nach dem Ausmaß der Zuversicht, mit dem Neugeborenen zurecht zu kommen, wenn die Mutter das erste Mal mit dem Kind nach Hause kommt (QM98), wurden die Antworten ‚Sehr zuversichtlich‘ und ‚Ziemlich zuversichtlich‘ zur Kategorie ‚Zuversichtlich‘ zusammengefasst, die Antworten ‚Eher weniger zuversichtlich‘ und ‚Gar nicht zuversichtlich‘ zur Kategorie ‚Nicht zuversichtlich‘.

Eine zusätzliche Variable zur Krankenhausgröße gemessen an der Geburtenzahl des Krankenhauses zum Zeitpunkt der Befragung wurde eingefügt und zu den Kategorien ‚< 500 Geburten‘, ‚500-1000 Geburten‘ und ‚> 1000 Geburten‘ gruppiert. Sofern die Fragen ‚Trifft nicht zu‘-Antwortvorgaben vorsahen, wurden diese für die weitere Analyse in fehlende Werte umkodiert (vgl. auch Abschnitt 7.6.1). Nicht in die Analyse aufgenommen wurden Frauen mit einer Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche sowie Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500g, da in beiden Fällen die Wahrscheinlichkeit für eine Verlegung des Neugeborenen stark erhöht ist und damit keine gemeinsame Betreuung von Mutter und Kind auf der Wochenbettstation stattfindet.

## 7.4 Befragungsdurchführung

Die Befragung erfolgte postalisch nach der Entlassung aus der Klinik. Für die Befragung in Betracht gezogen wurden alle Wöchnerinnen, die von einem Stichtag ausgehend in den vorangegangenen 8 bis 12 Wochen in dem jeweiligen Krankenhaus ein lebendes Kind geboren hatten, über 18 Jahre waren und eine Aufenthaltsdauer von mindestens 2 Nächten

aufwiesen. Bei mehr als 200 entlassenen Wöchnerinnen wurde eine Zufallsstichprobe von 200 anzuschreibenden Wöchnerinnen gezogen. Wurde die Zahl von 200 entlassenen Müttern in den geplanten acht Wochen nicht erreicht, wurden zusätzlich in einer zweiten Befragungswelle die Wöchnerinnen der darauf folgenden vier Wochen angeschrieben.

Die Wöchnerinnen erhielten vom Krankenhaus einen Fragebogen, ein persönliches Anschreiben, eine an das Krankenhaus adressierte Antwortkarte sowie einen an das Picker Institut adressierten Rückumschlag für den Fragebogen an ihre Heimatadresse. In dem Anschreiben wurde ausdrücklich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die vertrauliche Behandlung der Angaben hingewiesen. Um ausreichend hohe Rücklaufquoten zu erzielen, wurden zwei Nachfassaktionen durchgeführt. Die Frauen erhielten ein erstes Erinnerungsschreiben (einfacher, persönlich adressierter Brief) vierzehn Tage nach Erstversand des Fragebogens sowie ein zweites Erinnerungsschreiben zusammen mit Fragebogen und Rückumschlag nach weiteren zwei Wochen (Total Design-Methode nach Dillman (Dillman 1991)). Anhand der Absenderadresse auf der Antwortkarte, die an das Krankenhaus zurückgeschickt wurde, konnte ersehen werden, an welche Wöchnerinnen ein Erinnerungsschreiben zu versenden war.

Fragebögen, die mehr als 14 Tage nach Versand des zweiten Erinnerungsschreibens bei dem Befragungsinstitut eingingen, wurden in der Analyse nicht berücksichtigt. Durch dieses Vorgehen lagen zwischen dem Zeitpunkt der Geburt und dem Ausfüllen des Fragebogens durch die Wöchnerin mindestens eine, maximal 16 Wochen.

Krankenhäusern ist es möglich, patientenbezogene Daten im Rahmen des internen Qualitätsmanagements ohne vorherige explizite Einwilligung der Patienten zu nutzen. Vielmehr erklärt sich ein Patient innerhalb des bei Aufnahme geschlossenen Behandlungsvertrages mit der Nutzung seiner Daten für das interne Qualitätsmanagement einverstanden. Da der Versand über das Krankenhaus erfolgte, die beim Picker Institut eingehenden Fragebögen keinerlei personenbezogene Kennung enthielten und sowohl das Anschreiben als auch der Fragebogen deutlich sichtbare Hinweise auf die Freiwilligkeit der Teilnahme enthielten, war ein vorheriges Einholen eines schriftlichen Einverständnisses der Wöchnerinnen nicht erforderlich. Die Rücksendung des Fragebogens kann in diesem Fall als Einverständnis zur Teilnahme betrachtet werden.

## **7.5 Datenbasis**

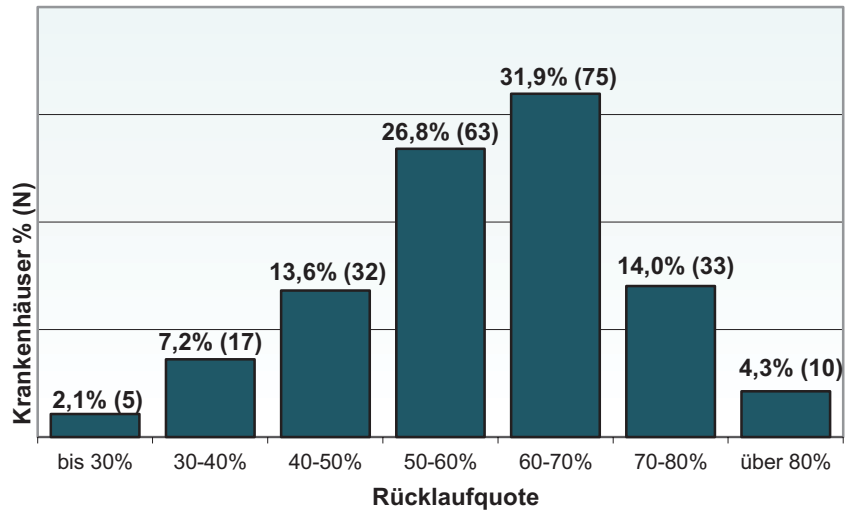
### **7.5.1 Rücklaufquote**

Insgesamt wurden in den Jahren zwischen 2002 und 2009 vom Picker Institut in 235 Befragungen 36.026 Wöchnerinnen aus 129 verschiedenen geburtshilflichen Abteilungen deutscher Krankenhäuser angeschrieben. Die durchschnittliche Rücklaufquote betrug 58,7 % (Median: 60,0 %, Range 19,7-87,2 %). Eine Verteilung der Rücklaufquoten gibt Abb.



7-1. Danach weisen mehr als drei Viertel der Abteilungen einen Rücklauf von über 50 % auf. Dies stellt für postalische Befragungen ein sehr gutes Ergebnis dar und schafft gleichzeitig die Voraussetzung, dass von einer aussagekräftigen Datengrundlage ausgegangen werden kann (Carey 1999).

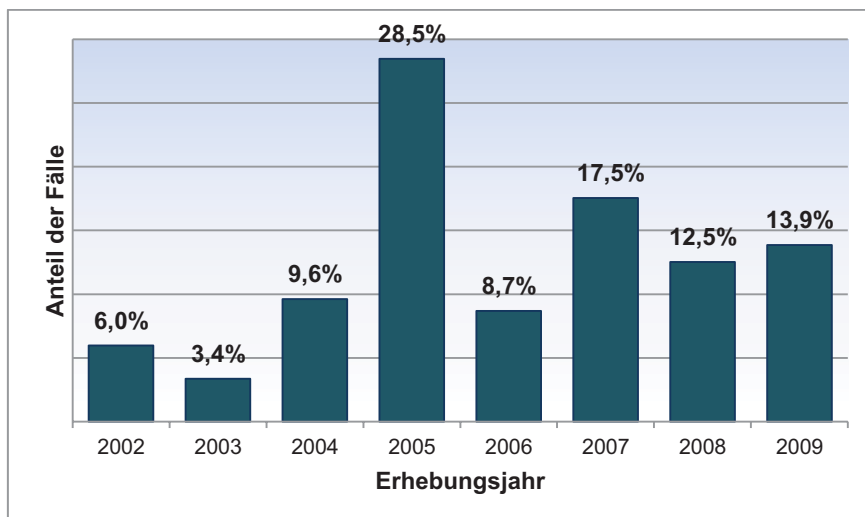
Abb. 7-1 Rücklaufquoten



## 7.5.2 Teilnehmerinnen

In die Analyse aufgenommen wurden die Angaben von 16.315 Wöchnerinnen. Mehr als 80% Angaben stammen aus den Jahren 2005 bis 2009 (Abb. 7-2).

Abb. 7-2 Verteilung der Fälle nach Erhebungsjahr



## 7.5.3 Merkmale der Wöchnerinnen

Die soziodemografischen Merkmale der Wöchnerinnen sind in Tab. 7-1 abgebildet. Sie werden dort den Daten einer bundesdeutschen Vergleichsstichprobe aus den Jahren 2005,

2007 und 2009 gegenübergestellt, den Jahren, die in der Stichprobe am stärksten vertreten sind. Die Daten wurden von Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung der Länder Hessen und Bayern in aggregierter Form zur Verfügung gestellt, um einen deskriptiven Abgleich der vorliegenden Stichprobe mit dem bundesdeutschen Entwicklungstrend in der Zeitspanne des mehrheitlichen Datenanteils zu ermöglichen. Anfragen an die Landesgeschäftsstelle Nordrhein-Westfalen, das Bundesland aus dem die Mehrzahl der vorliegenden Daten stammt, sowie an die Landesgeschäftsstelle Niedersachsen blieben leider unbeantwortet. Der Vergleich der in Form der Bundesauswertungen Geburtshilfe öffentlich zugänglichen Perinataldaten bezogen auf alle Geburten der Jahre 2005, 2007 und 2009 ergab deskriptiv weitgehend vergleichbare Werte zwischen den Bundesländern mit den höchsten Anteilen an den Geburten in Deutschland (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen), sodass davon ausgegangen wird, dass die hier dargestellte Vergleichsstichprobe eine gute Orientierung für die Repräsentativität der Stichprobe geben kann.

Das Durchschnittsalter der Schwangeren in der vorliegenden Stichprobe beträgt 31 Jahre. Der Anteil der unter 30jährigen ist etwas geringer als in der Vergleichsstichprobe (45,8 % vs. 48,5 %), was bis zu einem gewissen Grad darauf zurückzuführen sein dürfte, dass nicht-volljährige Mütter nicht befragt wurden. Der Anteil der alleinstehende Mütter ist im Vergleich unterrepräsentiert (4,7 % vs. 10,7 %), ein im Zusammenhang mit postalischen Befragungen bekanntes Phänomen (Cartwright 1986). Eine Prüfung der Repräsentativität der Schulabschlüsse der befragten Wöchnerinnen ist nur näherungsweise möglich, da eine der Stichprobe vergleichbare Kategorisierung in den offiziellen Statistiken nicht abgebildet wird. Die aus dem Mikrozensus 2008 abgeleiteten Daten des Statistischen Bundesamtes zum Bildungsstand der Bevölkerung weisen für die Gruppe der 15 bis 45jährigen Frauen mit lebenden Kindern im Haushalt 23 % Frauen mit einem Hauptschulabschluss, 47 % mit einem Realschulabschluss und 30 % mit einer Fachhochschul- oder Hochschulreife aus (Statistisches Bundesamt 2011, persönliche Kommunikation). Die Größenordnungen deuten an, dass sich das aus postalischen Befragungen bekannte Phänomen der Überrepräsentierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit höherem Bildungsgrad (Brown & Lumley 1997; Cartwright 1986) auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Der Anteil der privat Versicherten entspricht in etwa den Daten des Mikrozensus von 2007, nach dem 10,8 % der Frauen zwischen 18 und 45 Jahren Mitglied einer privaten Krankenkasse waren (Statistisches Bundesamt 2007).

Betrachtet man die Daten zur geburtshilflichen Anamnese der Wöchnerinnen, zeigen sich Unterschiede zur Vergleichsstichprobe bezüglich der Parität und der präpartalen Klinikaufenthalte. Der Anteil der Erstgebärenden liegt in der vorliegenden Stichprobe etwas höher (53,9 % vs. 49,5 %), der Anteil der Frauen, die einen präpartalen

Krankenhausaufenthalt angegeben haben, deutlich höher (27,4 % vs. 7,6 %). In den Bundesauswertungen Geburtshilfe werden als präpartale Klinikaufenthalte ausschließlich diejenigen erfasst, die nicht zur Geburt führten. Denkbar ist, dass die Befragten in der vorliegenden Stichprobe die Frage nach dem präpartalen Krankenhausaufenthalt auch dann bejahten, wenn es sich um einen Aufenthalt handelte, der letztlich zur Geburt führte, wie z. B. eine stationäre Aufnahme wegen eines suspekten Befundes bei der ambulanten kindlichen Herztonkontrolle (CTG, Cardiotokografie) am Termin, die dann zur Einleitung und schließlich zur Geburt führte.

Die Gesamtsectorate liegt geringfügig über der der Vergleichsstichprobe (71,1 % vs. 70,2 %). Der Anteil der geplanten Kaiserschnitte (bezogen auf alle Kaiserschnitte) ist geringer (42,1 % vs. 50,2 %), der Anteil der ungeplanten Sectiones höher als in der Vergleichsstichprobe (56,5 % vs. 49,8 %). Hier besteht möglicherweise ein Zusammenhang mit dem höheren Anteil an Erstgebärenden in der Untersuchungsstichprobe, die ein höheres Risiko für einen ungeplanten Kaiserschnitt aufweisen (Declercq et al. 2006a). Knapp 88 % der befragten Frauen haben die erste Schwangerenvorsorgeuntersuchung innerhalb der ersten 12. Schwangerschaftswochen wahrgenommen, in der Vergleichsstichprobe waren es 82,2 %. Auch hier könnte ein Zusammenhang mit der Überrepräsentierung der Erstgebärenden vermutet werden. Die Mehrzahl der Frauen (89,7 %) ließ die Vorsorgeuntersuchungen vorwiegend von einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen durchführen. Die immer häufiger angebotene alternierende Vorsorge zwischen Hebamme und Gynäkologin bzw. Gynäkologe wurde im Durchschnitt von 4 % der Frauen wahrgenommen, wobei ein steigender Trend über die Jahre zu beobachten ist. Waren es im Jahr 2006 (dem ersten Jahr, in dem diese Information in der Untersuchungsstichprobe erfasst wurde) noch 0,3 %, wurde das Angebot 2008 bereits von 9,7 % der befragten Frauen in Anspruch genommen. Insgesamt hatten 58,5 % der Frauen an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen.

Tab. 7-1 Soziodemografische und anamnestische Merkmale der Wöchnerinnen

	Studienpopulation (n= 16.315)	Bundesdeutsche Vergleichsstichprobe <sup>b</sup>
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)
<b>Alter (Jahre)</b>	30,9 ± 5,3	Keine Vergleichsdaten
	% <sup>a</sup> (N)	%
<b>Alter</b>		
< 30 Jahre	45,8 (7476)	48,5 %
31-35 Jahre	32,1 (5233)	31,5 %
36 Jahre	20,4 (3340)	19,7 %
<b>Familienstand</b>		
Verheiratet/mit Partner	94,5 (15421)	89,3 %
Allein stehend	4,7 (774)	10,7 %
<b>Schulabschluss</b>		Keine Vergleichsdaten
Hauptschule	14,4 (2355)	
Realschule	32,0 (5221)	
Gymnasium	21,2 (3464)	
Universität	28,6 (4666)	
<b>Versicherungsstatus</b>		Keine Vergleichsdaten
Gesetzliche Krankenkasse	77,3 (12615)	
Private Krankenkasse	10,0 (1633)	
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)
<b>Geburtsgewicht (Gramm)</b>	3495 ± 441	Keine Vergleichsdaten
	% <sup>a</sup> (N)	%
<b>Parität</b>		
Erstgebärende	53,9 (8796)	49,5 %
Mehrgebärende	45,7 (7463)	50,5 %
<b>Präpartaler Klinikaufenthalt</b>	27,4 (4465)	7,6 %
<b>Geburtsmodus</b>		
Vaginale Geburt	71,1 (11600)	70,2 %
Sectio	28,4 (4627)	29,8 %
Geplant (Bezug: alle Sectiones)	42,1 (1948)	50,2 %
Ungeplant (Bezug: alle Sectiones)	56,5 (2614)	49,8 %
Geplant (Bezug: alle Geburten)	11,9 (1948)	14,3 %
Ungeplant (Bezug: alle Geburten)	16,0 (2614)	14,2 %
<b>Erste Vorsorge</b>		
Bis zur 12. SSW	87,9 (14334)	82,2 %
Nach der 12. SSW	6,6 (1082)	8,4 %
<b>Schwangerenvorsorge bei</b>		Keine Vergleichsdaten
Hebamme/Gynäkologin bzw. Gynäkologe im Wechsel	4,3 (702)	
Hebamme	2,1 (338)	
Gynäkologin/Gynäkologe	89,7 (14631)	
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>		Keine Vergleichsdaten
Ja	58,5 (9544)	
Nein	41,1 (6700)	

<sup>a</sup> fehlende Prozent: keine Angabe

<sup>b</sup> Geburten von Neugeborenen nach der vollendeten 37.SSW in den Ländern Bayern und Hessen (Mittelwert aus den Jahren 2005, 2007 und 2009)

### 7.5.4 Merkmale der Krankenhäuser

Nach eigenen Angaben der befragten Krankenhäuser fanden in 56 im Befragungsjahr weniger als 500 Geburten statt, in 53 Häusern zwischen 500 und 1000 Geburten und in 20 Häusern mehr als 1000 Geburten. In Tab. 7-2 sind die Anzahl der Häuser und der Fälle der vorliegenden Stichprobe nach Krankenhausgröße dargestellt. Die analysierte Studienpopulation umfasst Geburten von Einlingen und Mehrlingen nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW). Ein Vergleich der untersuchten Stichprobe mit dem Anteil der Fälle auf Bundesebene ist nur näherungsweise möglich, da die Bundesauswertung Geburtshilfe der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) nur die Anzahl der geborenen Kinder insgesamt nach Krankenhausgröße und Tragzeit stratifiziert sowie die der zwischen der vollendeten 37. und 41. SSW geborenen Einlinge nach Krankenhausgröße. Seit der Übernahme der Bundesauswertung der Perinataldaten durch das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) ab dem Verfahrensjahr 2009 ist darüber hinaus keinerlei Differenzierung nach Krankenhausgröße mehr verfügbar. Die nach Krankenhausgröße differenzierten Anteile aller nach der vollendeten 37. SSW geborenen Kinder, aller zwischen der vollendeten 37. und 41. SSW geborenen Kinder und der zwischen vollendeten 37. und 41. SSW geborenen Einlinge unterscheiden sich dabei nur unwesentlich (< 1%). Die Bundesauswertungen Geburtshilfe der Jahre 2005 bis 2008 zeigen, dass im Durchschnitt 45 % ( $\pm 0,02$  %) der nach der 37. SSW geborenen Kinder in einem Krankenhaus mit weniger als 1000 Geburten pro Jahr zur Welt kamen und 55 % ( $\pm 0,02$  %) in einem Haus mit mehr als 1000 Geburten pro Jahr. Damit sind in der vorliegenden Stichprobe die Angaben von Frauen aus Häusern mit mehr als 1000 Geburten unterrepräsentiert.

Mit Ausnahme von Hamburg und Thüringen sind geburtshilfliche Abteilungen aus allen deutschen Bundesländern in der Stichprobe vertreten. Die Mehrzahl der Fälle stammt aus Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen, Bayern und Schleswig-Holstein (85 %). Dabei sind im Vergleich zum Anteil der Geburten in den einzelnen Bundesländern an allen Geburten Deutschland zwischen 2002 und 2009 Fälle aus Nordrhein-Westfalen (47 % vs. 23-22 %) und Berlin (9 % vs. 1-2 %) deutlich überrepräsentiert, Fälle aus Bayern (4 % vs. 16 %), Niedersachsen (6 % vs. 11 %) und Hessen (2 % vs. 8 %) hingegen zu einem geringeren Anteil vertreten (vgl. Anhang 4).

Tab. 7-2 Anzahl der Fälle und Krankenhäuser nach Krankenhausgröße

Krankenhausgröße	Geburten N(%)	Krankenhäuser N (%)
<500 Geburten	5240 (32)	56 (43)
500-1000 Geburten	6692 (41)	53 (41)
>1000 Geburten	4383 (27)	20 (16)

## 7.6 Datenauswertung

### 7.6.1 Missinganalyse

Sowohl für nicht beantwortete Fragen als auch für Fragen, bei denen eine ‚trifft-nicht-zu‘-Antwortvorgabe gewählt wurde (z. B. „Ich hatte keine Fragen“), erfolgte eine Einstufung als fehlender Wert. Letztere werden im weiteren Text als Ersatzskala bezeichnet. Sowohl die Anteile der ‚echten‘ fehlenden Werte als auch die Anteile der ersatzskalenbedingten fehlenden Werte wurden betrachtet. Bei einem hohen Anteil an ‚echten‘ fehlenden Werten (> 10 %) wurde nach inhaltlicher Prüfung eine Herausnahme der jeweiligen Frage aus der weiteren Analyse in Erwägung gezogen, da diese itemspezifische Nonresponse ein Hinweis sein kann, dass die Frage nicht verstanden wurde, die Antwortvorgaben ungeeignet sind oder sie für die Befragten von untergeordneter Relevanz ist (Göthlich 2009). Die Bewertung des Anteils ersatzskalenbedingter fehlender Werte fiel weniger streng aus, da auch eine geeignete Ersatzskala einen inhaltlich relevanten Informationsgehalt aufweist. Als kritischer Schwellenwert für eine Herausnahme aus der Analyse wurde ein Ersatzskalenanteil von > 50 % definiert (ebd.).

### 7.6.2 Deskriptive Analyseverfahren

Zunächst wurden verschiedene Kennwerte der deskriptiven Statistiken für alle Fragen berechnet. Sie dienten der Beschreibung der Daten, der Prüfung der Rohwerte-Verteilungen als Voraussetzung für die Eignung zur Faktorenanalyse sowie für die bi- und multivariaten Analysen. Sie sind Anhang 5 zu entnehmen.

### 7.6.3 Bi- und Multivariate Analyseverfahren

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage nach den die intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen konstituierenden Dimensionen wurde im ersten Schritt eine exploratorische Faktorenanalyse durchgeführt, um die verschiedenen Betreuungsaspekte zu identifizieren. Mit dem Ziel, die Zahl der Items zu reduzieren und sie durch Faktoren zu beschreiben, wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Da nicht a priori von unkorrelierten Faktoren ausgegangen werden konnte, wurde zunächst eine schiefwinklige Rotation (Promax) gewählt (Bühner 2006:180). Im Anschluss wurde die Faktorenanalyse mit einer orthogonalen Rotationsmethode (Varimax) berechnet, um die Faktorenstruktur auf Methodeninvarianz zu prüfen. Darüber hinaus wurde eine Reliabilitätsanalyse der ermittelten Faktoren durchgeführt.

Zur Prüfung von Gruppenunterschieden bei kategorialen Variablen wurden Kreuztabellen erstellt, Unterschiede in den Anteilen mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests berechnet, zur Prüfung der Einflussstärke der Kontingenzkoeffizient Cramers V herangezogen sowie das relative

Risiko einschließlich des zugehörigen 99 %-Konfidenzintervalls für die jeweilige Gruppenzugehörigkeit ermittelt. Gruppenunterschiede in metrischen Variablen wurden aufgrund fehlender Normalverteilung mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet.

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage nach dem Einfluss des Geburtsmodus sowie weiteren möglichen Prädiktoren auf die Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen von Wöchnerinnen mit vaginaler Geburt und geplanten bzw. ungeplantem Kaiserschnitt wurde auf Grund der fehlenden Voraussetzungen für eine lineare Regression (Normalverteilung der abhängigen Variablen, lineare Abhängigkeit zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen sowie Varianzgleichheit der Residuen (Homoskedastizität)) eine binäre logistische Regression gewählt. Die logistische Regression ermöglicht die Berechnung der Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe unter Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren. Für die Analyse wurden die Dimensionen der Betreuungserfahrung aufgrund der für Zufriedenheitsbefragungen im gesundheitlichen Kontext typischen Deckeneffekte anhand der 20 %-Perzentile dichotomisiert und jeweils als abhängige Variable in das Modell aufgenommen. Als Prädiktoren gingen der Geburtsmodus sowie die in der vorgeschalteten bivariaten Analyse signifikanten Prädiktoren ein. Die Regression wurde sowohl mit der Einschlussmethode als auch mit einer Vorwärts- sowie einer Rückwärtselektion unter Verwendung der Wald-Statistik berechnet, um die Robustheit des resultierenden Modells zu prüfen. Bei der ersten Variante werden alle Prädiktoren gleichzeitig in das Modell aufgenommen. Bei der Vorwärtselektion werden die unabhängigen Variablen schrittweise in das Modell aufgenommen, mit einem Test zur Aufnahme, der auf der Signifikanz der Werte-Statistik beruht und die Variablen gemäß ihrer ‚Erklärungsstärke‘ aufnimmt, und einem Test auf Ausschluss, der auf der Wahrscheinlichkeit der Wald-Statistik beruht. Bei der Rückwärtselektion wird eine rückwärtsgerichtete schrittweise Auswahl durchgeführt, der Ausschlusstest beruht ebenfalls auf der Wald-Statistik (IBM 2011:6). Zur Beurteilung des Anteils der durch das Modell erklärten Varianz der Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der Betreuungserfahrung wurde Nagelkerke's  $R^2$  herangezogen. Auch für die multivariaten Analysen wurde ein Signifikanzniveau von  $\alpha \leq 0,001$  festgelegt.

Zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage zum Einfluss der intra- und postpartalen Betreuungsdimensionen auf die Gesamtzufriedenheit wurde eine binäre logistische Regression durchgeführt mit der Gesamtzufriedenheit als abhängiger Variable im Modell und den in Forschungsfrage 1 ermittelten Dimensionen der Betreuung sowie den in den vorgeschalteten bivariaten Analysen signifikanten Einflussfaktoren als Prädiktoren. Wie in Forschungsfrage 2 wurde die Regression sowohl mit der Einschlussmethode als auch mit einer Vorwärts- sowie einer Rückwärtselektion unter Verwendung der Wald-Statistik

berechnet, um die Robustheit des resultierenden Modells zu prüfen. Die Auswertungen erfolgten mit den Statistikprogrammen IBM SPSS Statistics 20.



## 8 Ergebnisse

### 8.1 Dimensionen der Betreuungserfahrung (Forschungsfrage 1)

#### 8.1.1 Faktorenanalytische Ermittlung der Dimensionen

Die verschiedenen über den Fragebogen erfassten Dimensionen der Betreuungserfahrung der Wöchnerinnen wurden mit Hilfe einer exploratorischen Faktorenanalyse ermittelt. Mit dem Ziel, die Zahl der Items zu reduzieren und sie durch Faktoren zu beschreiben, wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Da nicht a priori von unkorrelierten Faktoren ausgegangen werden konnte, wurde zunächst eine schiefwinklige Rotation (Promax) gewählt (Bühner 2006:197f). Im Anschluss wurde die Faktorenanalyse mit einer orthogonalen Rotationsmethode (Varimax) berechnet, um die Faktorenstruktur auf eine mögliche Methodeninvarianz zu prüfen. Beide Rotationsmethoden führten zur gleichen Zuordnung der Items zu den Faktoren (s. Anhang 6), was für eine stabile Faktorenstruktur spricht (ebd.). Aufgrund der besseren Interpretierbarkeit der Faktoren werden die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation dargestellt.

Vor Durchführung der Faktorenanalyse wurden die Antwortvorgaben transformiert, sodass sie auf einer Skala zwischen 0 und 100 lagen, wobei ein Wert von 0 der geringsten und 100 der höchsten wahrgenommenen Problemlage entsprach. Für die Faktorenanalyse wurden nur diejenigen Fragen in Betracht gezogen, die eine mögliche Problemlage im Hinblick auf die Betreuung im Krankenhaus abfragen. Sie sind im Anhang 3 in fetter Schrift dargestellt. Von diesen wurden die Fragen zur Gesamtzufriedenheit und zur Weiterempfehlungsbereitschaft (QM95, QM97) nicht berücksichtigt, da davon ausgegangen werden kann, dass sie mit einer Vielzahl anderer Items hoch korrelieren und damit die Interpretation der zugrunde liegenden Dimensionen erschweren würden. Weitere Kriterien für die Aufnahme waren die statistischen Kennwerte der Items und schließlich eine inhaltliche Prüfung ihrer Relevanz. Insgesamt gingen damit zunächst 85 Items in die Faktorenanalyse ein.

Zur Ermittlung der Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurden der Minimum-Average-Partial (MAP)-Test und der Scree-Plot herangezogen (Bühner 2006:210). Beide wiesen auf eine Anzahl von 9 zu extrahierenden Faktoren hin.

Die Stichprobeneignung wurde über den Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)-Koeffizienten geprüft, der als das beste zur Verfügung stehende Verfahren zur Prüfung der der Faktorenanalyse zugrunde liegenden Korrelationsmatrix gilt. Als wünschenswert gilt ein Wert von  $\geq 0,8$  (Backhaus et al. 2003:269). Darüber hinaus wurde der Measure-of-Sample-Adequacy (MSA)-Koeffizient herangezogen, der eine Betrachtung der Eignung der Einzelitems ermöglicht, der Wert sollte über 0,6 liegen (Bühner 2006). Zur Eignung der Einzelitems

wurde schließlich noch deren Kommunalität geprüft. Sie gibt an, wie gut ein Item durch alle Faktoren repräsentiert wird. Wie hoch der Wert sein sollte, um eine stabile Faktorenlösung zu erreichen, hängt von der Stichprobengröße und der Anzahl der Items pro Faktor ab. Angesichts des großen Stichprobenumfangs wurden bereits Items mit einer Kommunalität  $> 0,2$  für den Verbleib in der Analyse in Betracht gezogen. Die endgültige Lösung wurde durch die sukzessive Herausnahme schlecht passender Items (Kommunalität  $< 0,2$ , MSA-Wert  $< 0,6$ , maximale Faktorladung  $< 0,3$ , Doppel- oder Mehrfachladungen  $> 0,4$ ) generiert (Bühner 2006:210; Backhaus et al. 2003:269; Spector 1992:55).

Der KMO-Koeffizient als Maß für die Dateneignung betrug 0,95, was als sehr guter Wert gilt (Bühner 2006). Der Bartlett-Test auf Sphärizität, der überprüft, ob die Items korrelieren, war hochsignifikant ( $\chi^2 = 562370,69$ ,  $df = 3321$ ,  $p < 0,001$ ).

Drei Items wiesen eine Kommunalität unter 0,2 auf und wurden aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Es waren dies die Fragen nach dem Erhalt von Werbematerialien und Proben auf der Wochenbettstation (QM90), der Beurteilung der Dauer des Krankenhausaufenthaltes (QM96) und die Frage nach dem Wissen um einen Ansprechpartner bei Fragen zur Ernährung und Versorgung des Kindes nach der Entlassung (QM100). Keine der Fragen wies einen MSA-Wert unter 0,6 oder Doppelladungen von 0,4 und mehr auf 2 Items auf. Insgesamt 5 Fragen luden auf keinem der Faktoren mit einer Ladung von mindestens 0,3 (QM19 Organisation des Aufnahmeverfahrens, QM57 Aufklärung über Vorteile und Risiken des Kaiserschnitts, QM52 Pünktlicher Beginn geplanter Untersuchungen, QMS93\_3 Ausreichend häufiges Wechseln der Bettwäsche, QM85 Ansprechpartner für Hilfe und Fragen nach der Entlassung bekannt). Sie wurden ebenso wie die Fragen mit einer Kommunalität unter 0,2 aus der endgültigen Faktorenlösung eliminiert. Schließlich wurde ein Item des ersten Faktors aus inhaltlichen Gründen aus den weiteren Analysen ausgeschlossen (QM88 Erklärung des Stationsablaufes des Wochenbettstation). Damit verblieben insgesamt 76 Items in der endgültigen Faktorenlösung (Anhang 6).

Es wurden 9 Faktoren extrahiert, die 42 % der Gesamtvarianz erklären:

- 1 Vorbereitung auf die Zeit zuhause
- 2 Hebammenbetreuung im Kreißaal
- 3 Betreuung auf der Wochenbettstation
- 4 Service, Komfort & Sauberkeit
- 5 Ärztliche Betreuung
- 6 Essen
- 7 Zimmeratmosphäre
- 8 Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt
- 9 Postpartale Schmerzlinderung

Von diesen neun Faktoren oder Dimensionen lässt sich die Dimension Hebammenbetreuung im Kreißaal der intrapartalen Betreuung zuordnen, während die weiteren verschiedene Aspekte der postpartalen Betreuung umfassen. Lediglich die Dimension Ärztliche Betreuung nimmt, bedingt durch den Fragebogaufbau, eine Zwischenstellung ein und lässt sich nicht eindeutig der intra- oder postpartalen Betreuung zuordnen.

Die Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal, Betreuung auf der Wochenbettstation und Ärztliche Betreuung fokussieren auf die Beziehung zu und die Interaktion mit der Berufsgruppe der Hebammen, dem Personal der Wochenbett- und Neugeborenenstation bzw. den Ärztinnen und Ärzten im Kreißaal und auf der Wochenbettstation. Der Schwerpunkt der Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause liegt auf den Informationen, die für den Umgang mit der neuen Situation zuhause relevant sind. Die Dimension Postpartale Schmerzlinderung umfasst pflegerische und organisatorische Gesichtspunkte der Schmerzbehandlung nach der Geburt und die Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt v.a. organisatorische Rahmenbedingungen, die den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung unterstützen. Die Dimensionen Service, Komfort und Ausstattung, Essen und Zimmeratmosphäre schließlich spiegeln die Hotelaspekte der Betreuung wieder. Im Folgenden werden die inhaltlichen Facetten der einzelnen Dimensionen genauer beschrieben.

**Hebammenbetreuung im Kreißaal:** Diese Dimension umfasst sowohl Aspekte der sozialen Unterstützung wie Empathie (QM25), Freundlichkeit und Verständnis (QM29), Respekt (QM28), Verlässlichkeit (QM30) und die individuell angepasste gemeinsam verbrachte Zeit (QM63) als auch Aspekte der externen Kontrolle (vgl. Abschnitt 4.3.1.2) wie die Information der Gebärenden in für sie verständlicher Form (QM24), die Einbindung in die Geburtsbetreuung allgemein (QM46) sowie die Information (QM47) und Einbindung des Partners (QM26), Einschätzungen zur Angemessenheit der Schmerzlinderung (QM61), der Information über Optionen zur Schmerzlinderung (QM59) sowie die Einbindung in Entscheidungen hinsichtlich der Schmerzlinderung (QM60). Schließlich geht noch die Frage nach dem Vertrauen in die Hebammen (QM27) in diese Dimension ein. Sie erklärt 6,5 % der Gesamtvarianz des Modells.

**Betreuung auf der Wochenbettstation:** Bei dieser Dimension stehen Aspekte der sozialen Unterstützung wie Empathie (QM40, QM48), eine aufmerksame und rücksichtsvolle Behandlung (QM53), Freundlichkeit und Verständnis (QM43), Respekt (QM42), Verlässlichkeit (QM44) sowie verständliche und konsistente Information zu wichtigen Fragen (QM39, QM45) im Vordergrund. Des Weiteren spielen einheitliche Informationen zur Ernährung des Kindes (QM141) eine Rolle. Fragen nach Vertrauen in das Personal der Wochenbett- und Neugeborenenstation sowie nach der Erfahrung mit der Zusammenarbeit der betreuenden Berufsgruppen (QM41, QM94) finden sich ebenfalls in dieser Dimension.

Schließlich gehen noch zwei konkrete pflegerische Aspekte wie die rechtzeitige Hilfe beim Toilettengang, sofern erforderlich (QM49), sowie die zeitnahe Reaktion auf den Klingelruf (QM50) ein. Die Dimension erklärt 6,4 % der Gesamtvarianz des Modells.

**Ärztliche Betreuung:** Während bei den Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal und Betreuung auf der Wochenbettstation und eine eindeutige Zuordnung zur intra- und postpartalen Betreuung gelingt, ist dies für die Dimension Ärztliche Betreuung, bedingt durch den Aufbau des Fragebogens, nicht eindeutig möglich. Angesichts der Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte jedoch in einem weit geringeren Maß in die postpartale Betreuung involviert sind, kann vermutet werden, dass der Bezug zur intrapartalen Betreuung stärker ausgeprägt ist. Diese die dritte betreuende Berufsgruppe betreffende Dimension setzt sich, ähnlich wie die Dimension Hebammenbetreuung im Kreißaal, zusammen aus Aspekten der sozialen Unterstützung wie Empathie (QM33), Freundlichkeit und Verständnis (QM37), Respekt (QM36) und Verlässlichkeit (QM38) und Aspekten der externen Kontrolle wie der verständlichen Information über allgemeine wichtige Fragen (QM32) und speziell über Untersuchungsergebnisse (QM51) sowie der Information des Partners (QM34). Darüber hinaus gehen Fragen nach der Kontinuität des Ansprechpartners (QM31) sowie der Vertrauenswürdigkeit der Ärztinnen und Ärzte (QM35) ein. Die Dimension erklärt 4,7 % der Gesamtvarianz des Modells.

**Vorbereitung auf die Zeit zuhause:** Diese Dimension umfasst Fragen, in denen es darum geht, ob die Mutter ausreichend Information zu verschiedenen Themen erhalten hat, von denen bekannt ist, dass sie für die Frauen wichtig sind, um die erste Zeit zuhause mit dem Neugeborenen zu meistern. Sechs der zwölf Items fragen nach Informationen, die das Kind betreffen, wie die Ernährung und die Pflege des Neugeborenen (QM74, QM77), Informationen zu aktuellem Gesundheitszustand des Kindes (QM121), zu möglichen Krankheitssymptomen, auf die es in der ersten Zeit zuhause zu achten gilt (QM81), zu eventuell zu verabreichenden Medikamenten (QM80) sowie zu den empfohlenen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (QM76). Die weiteren sechs Fragen beziehen sich auf Themen, die für die Mutter selbst relevant sind, wie Unterstützungsmöglichkeiten durch Familie oder Freunde sowie zur Option der Nachsorge durch eine freiberufliche Hebamme (QM84, QM86), Informationen zur Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten (QM82), zur Familienplanung (QM83) sowie zu Zweck und Nebenwirkungen eventuell einzunehmender Medikamente (QM78, QM79). Die Dimension erklärt 6,7 % der Gesamtvarianz des Modells.

**Postpartale Schmerzlinderung:** In dieser Dimension geht es um die Versorgung mit Schmerzmitteln nach der Geburt (QM126, QM127) sowie um das Bemühen des Personals um eine angemessene Schmerzlinderung (QM128). Sie erklärt 2,7 % der Gesamtvarianz des Modells.

**Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt:** Diese Dimension umfasst Fragen zur Dauer des Kontakts zwischen Mutter und Kind (QM68), zur Unterbringung des Kindes (QM67) sowie zur gemeinsamen Entlassung von Mutter und Kind (QM87). Die Dimension erklärt 2,7 % der Gesamtvarianz des Modells.

**Service, Ausstattung und Sauberkeit:** Bei dieser Dimension geht es um Ausstattung des Zimmers (QM93\_1) und der Nasszellen (QM93\_2), die Sauberkeit des Zimmers (QM92\_1) und des Krankenhauses (QM93\_7) sowie um weitere Serviceleistungen des Krankenhauses wie die Möglichkeit zu telefonieren (QM93\_4), das Unterhaltungsangebot (QM93\_3), die Cafeteria bzw. den Kiosk (QM93\_8), das Parkplatzangebot (QM93\_6) sowie die Strukturen zur Orientierung im Krankenhaus (QM93\_5). Die Dimension erklärt 5,1 % der Gesamtvarianz des Modells.

**Essen:** Der Schwerpunkt der in diese Dimension eingehenden Fragen liegt auf verschiedenen Aspekte der Essensqualität wie der Angebotsvielfalt (QM91\_3), der ansprechenden Darreichung (QM91\_6), der Temperatur (QM91\_4), dem Geschmack (QM91\_5), der Stillfreundlichkeit (QM91\_7) sowie der Eignung bei bestimmten diätetischen Anforderungen (QM91\_2). Ein weiterer Punkt ist die Frage nach der korrekten Lieferung des bestellten Essens (QM91\_1). Die Dimension erklärt 4,1 % der Gesamtvarianz des Modells.

**Zimmeratmosphäre:** Diese Dimension fokussiert auf die Abstimmung der Unterbringung auf der Wochenbettstation auf die individuellen Bedürfnisse der Wöchnerin wie die Belegungszahl (QM92\_6), den Besuch (QM92\_6), die Möglichkeit zur Erholung (QM92\_2) sowie die Wahrung der Privatsphäre (QM92\_5). Die Dimension erklärt 3,1 % der Gesamtvarianz des Modells.

### 8.1.2 Psychometrische Kennwerte und Eigenschaften der Dimensionen

Um sicher zu stellen, dass die einzelnen Skalen tatsächlich die Dimension messen, die sie zu messen vorgeben, wurde eine Reliabilitätsanalyse unter Berücksichtigung des Cronbach-Alpha-Werts und der Trennschärfen durchgeführt. Cronbach's Alpha als Maß der inneren Konsistenz einer Skala gibt an, wie gut die einzelnen Fragen des Faktors das gleiche Konstrukt messen und gibt die Höhe der mittleren Itemzusammenhänge an (Spector 1992:30). Items, deren Herausnahme den Cronbach-Alpha-Wert um mehr als 0,1 erhöhte, wurden als mögliche Kandidaten für eine Herausnahme aus dem Faktor definiert. Die Trennschärfe gibt Hinweise, wie gut ein Item die gesamte Skala widerspiegelt, d. h. wie gut aufgrund der Beantwortung eines Items das Ergebnis für die Skala vorhergesagt werden kann und wie gut eine Frage in der Lage ist, zwischen Personen mit verschiedenen Merkmalsausprägungen zu unterscheiden. Werte von  $> 0,5$  gelten als hoch, als Untergrenze werden Werte von 0,3 gefordert. Zu bedenken ist, dass bei hohen Trennschärfen ein Konstrukt sehr eng erfasst wird, was bei Dimensionen wie z. B. der Dimension Essen sinnvoll sein kann. Bei heterogenen Merkmalen, die ein vielschichtigeres Konstrukt erfassen

(wie z. B. Hebammenbetreuung im Kreißaal), können niedrigere Trennschärfen durchaus unproblematisch sein, hier sollten im Zweifel inhaltliche Überlegungen über den Verbleib eines Items im Faktor entscheiden und weniger rein statistische Kriterien (Bühner 2006:107). Aus den über die Faktorenanalyse ermittelten Skalen wurden nur aus der Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt zwei Items nachträglich ausgeschlossen (QM69 Konnten Sie Ihr Baby gleich anlegen?, QM66 Hatten Sie direkt nach der Geburt Zeit zum ungestörten Hautkontakt mit Ihrem Baby?), da ihre Herausnahme die interne Konsistenz der Skala deutlich erhöhte (von 0,5 auf 0,7). Die interne Konsistenz der Skalen ist mit Cronbach-Alpha-Werten von 0,7 bis 0,9 als gut bis sehr gut zu bewerten, womit von einer guten bis sehr guten Messgenauigkeit der Skalen ausgegangen werden kann.

Die Skalentrennschärfen lagen im Mittel zwischen 0,48 und 0,63 und reichten je nach Faktor von 0,30 bis 0,71 (Tab. 8-1). Damit liegen sie im Bereich von der geforderten Untergrenze bis hin zu sehr guten Werten, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die einzelnen Items die jeweilige Skala gut widerspiegeln.

Insbesondere die Dimensionen mit Fokus auf Interaktion mit und Beziehung zu den betreuenden Fachpersonen zeigen die im Zusammenhang mit der Betreuungszufriedenheit im gesundheitlichen Kontext typischen Deckeneffekte und weisen damit auf sehr positive Erfahrungen hin. Die Schiefe dieser Dimensionen nimmt jeweils Werte an, die deutlich über dem Kennwert 0 für eine symmetrische Verteilung liegen. Die Zufriedenheit mit den Dimensionen Essen und Zimmeratmosphäre liegt im mittleren Bereich, weist aber ebenfalls noch auf eine recht positive Bewertung durch die Wöchnerinnen hin. Am kritischsten werden die Vorbereitung auf die Zeit zuhause sowie die Dimension Service, Komfort & Sauberkeit beurteilt. Die Rahmenbedingungen des Mutter-Kind-Kontakts sowie die postpartale Schmerzlinderung werden ebenfalls sehr positiv beurteilt, gleichwohl sollten hier die Kennwerte aufgrund der geringen Itemzahl (jeweils  $n=3$ ) mit einer gewissen Vorsicht interpretiert werden.

Die Betrachtung der Kennwerte zeigt darüber hinaus, dass die intrapartale Betreuung in Gestalt der Dimension Hebammenbetreuung im Kreißaal positiver beurteilt wird als die restlichen Dimensionen, die mit Ausnahme der Dimension Ärztliche Betreuung eindeutig der postpartalen Betreuung zuzuordnen sind. Betrachtet man nur die Dimensionen mit Fokus auf der Interaktion mit den betreuenden Berufsgruppen, fällt insbesondere der Unterschied zur Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause sehr deutlich aus.

Tab. 8-1 Skalenskennwerte

Items (N)	Dimension	Median <sup>a</sup>	Mittelwert <sup>a</sup>	SD	Schiefe <sup>b</sup>	Trennschärfe <sup>c</sup>		Cronbach's Alpha	% der Varianz <sup>d</sup>
						Mittlere	range		
12	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	40,9	40,6	27,1	0,9	0,53	0,31-0,63	0,9	6,7
14	Hebammenbetreuung im Kreißaal	9,6	14,6	16,1	1,7	0,50	0,33-0,61	0,8	6,5
13	Betreuung auf der Wochenbettstation	16,6	20,4	16,2	1,2	0,53	0,31-0,71	0,9	6,4
9	Service, Komfort und Sauberkeit	40,0	38,9	16,7	-0,1	0,52	0,35-0,67	0,8	5,1
9	Ärztliche Betreuung	19,8	19,7	17,9	1,2	0,52	0,30-0,64	0,8	4,7
7	Essen	22,2	22,2	18,1	1,0	0,54	0,44-0,62	0,8	4,1
4	Zimmeratmosphäre	29,4	29,4	26,3	0,7	0,63	0,57-0,67	0,8	3,1
3	Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	8,9	8,9	16,8	3,0	0,49	0,46-0,51	0,7	2,7
3	Postpartale Schmerzlinderung	10,9	10,9	20,4	2,5	0,48	0,43-0,55	0,7	2,7

<sup>a</sup> Skala: 0 – 100 (0=höchste Zufriedenheit, 100=höchste Unzufriedenheit)

<sup>b</sup> 0=symmetrische Verteilung, >0=linksschiefe Verteilung, <0=rechtsschiefe Verteilung

<sup>c</sup> korrigierte Item-Skala-Korrelation

<sup>d</sup> Anteil an der Gesamtvarianz des Modells, der durch den Faktor erklärt wird

Die Dimensionen weisen untereinander eine sehr schwache bis mittlere Korrelation auf. Die höchsten Interskalen-Korrelationen sind zwischen den Dimensionen mit Bezug zur Interaktion zwischen den Wöchnerinnen und den betreuenden Fachpersonen zu beobachten. Sie sind in Tab. 8-2 dargestellt, die Korrelationen mittlerer Stärke sind fett hervorgehoben. Das Ergebnis zeigt, dass die einzelnen Dimensionen auf unterschiedliche Aspekte der Betreuungserfahrungen von Wöchnerinnen fokussieren, jedoch nicht vollkommen losgelöst voneinander betrachtet werden sollten, insofern ein statistischer Zusammenhang besteht, der inhaltlich intuitiv nachvollziehbar ist. So werden die Informationen, die in die Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause eingehen, vom Personal der Wochenbett- und Neugeborenenstation sowie den dort tätigen Ärztinnen und Ärzten vermittelt, sodass die Korrelation zwischen den Dimensionen 1, 3 und 5 plausibel ist. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen kann Einfluss darauf nehmen, wie die Betreuung während und nach der Geburt von den Wöchnerinnen wahrgenommen wird, darüber hinaus findet, bedingt durch den Aufbau des Fragebogens, keine eindeutige Trennung zwischen der intra- und postpartalen ärztlichen Betreuung statt, sodass auch die Korrelationen zwischen den Dimensionen 2, 3 und 5 inhaltlich zu erklären sind. Die Korrelation zwischen den Faktoren 3, 5 und 9 erscheint plausibel, da die postpartale Schmerzlinderung überwiegend auf der Wochenbettstation durch das dort tätige ärztliche und nicht-ärztliche Personal vorgenommen wird. Sowohl bei der Dimension 4 Service, Komfort & Sauberkeit als auch der Dimension 6 Essen handelt es sich um Hotelleistungen, bei denen denkbar ist, dass ein starker Fokus seitens des Krankenhauses

auf einen Aspekt mit einer Priorisierung des anderen einhergeht, so dass auch diese Korrelation inhaltlich erklärlich erscheint.

Tab. 8-2 Interskalenkorrelation (Pearson's Korrelationskoeffizient)

	1 Vorbereitung auf die Zeit zuhause	2 Hebammenbetreuung im Kreißsaal	3 Betreuung auf der Wochenbettstation	4 Service, Komfort & Sauberkeit	5 Ärztliche Betreuung	6 Essen	7 Zimmeratmosphäre	8 Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	9 Postpartale Schmerzlinderung
1	1								
2	0,37*	1							
3	<b>0,56*</b>	<b>0,48*</b>	1						
4	0,39*	0,27*	<b>0,42*</b>	1					
5	<b>0,44*</b>	<b>0,49*</b>	<b>0,51*</b>	0,33*	1				
6	0,37*	0,22*	0,37*	<b>0,41*</b>	0,27*	1			
7	0,22*	0,21*	0,29*	0,31*	0,23*	0,20*	1		
8	0,05*	0,13*	0,09*	0,06*	0,08*	0,08*	0,08*	1	
9	0,32*	0,33*	<b>0,45*</b>	0,23*	0,29	0,22*	0,17*	0,07*	1

\* Die Korrelation ist auf einem Niveau von 0,001 (zweiseitig) signifikant

## 8.2 Einfluss des Geburtsmodus auf die Zufriedenheit mit den intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen (Forschungsfrage 2)

Der Einfluss des Geburtsmodus auf die intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen wurde für zwei Gruppen geprüft: Frauen mit vaginaler Geburt und mit geplanten Kaiserschnitt sowie Frauen mit vaginaler Geburt und mit ungeplantem Kaiserschnitt. Hierfür wurde der Datensatz jeweils anhand der Variablen ‚Hatten Sie eine normale Geburt oder einen Kaiserschnitt?‘ (QM55) und ‚War der Kaiserschnitt schon vor der Geburt geplant?‘ (QM56) gefiltert, sodass für die Analyse der ersten Gruppe ausschließlich Frauen mit vaginaler Geburt oder geplantem Kaiserschnitt in die Analysen in der Stichprobe verblieben und für die Analyse der zweiten Gruppe nur Frauen mit normaler Geburt oder ungeplantem Kaiserschnitt.

Zunächst erfolgte eine bivariate Analyse des Zusammenhangs potenzieller Einflussfaktoren mit dem Geburtsmodus sowie möglicher Zusammenhänge der Einflussfaktoren untereinander. Zur Ermittlung der Prädiktoren der Betreuungserfahrung erfolgte im nächsten Schritt eine bivariate Analyse der potenziellen Einflussfaktoren mit Blick auf die Aufnahme in das Regressionsmodell. Hierfür wurden Kreuztabellen für die Einflussvariablen mit den einzelnen Dimensionen der Betreuungserfahrung erstellt sowie eine Prüfung der Zusammenhänge und der Stärke des Zusammenhangs unter Anwendung des Chi-Quadrat-Tests sowie des Kontingenzkoeffizienten Cramérs V durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde mit  $\alpha \leq 0,001$  festgelegt. Anschließend wurde mit jeder Dimension der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung als separate Zielvariable mittels binärer logistischer Regression die Wahrscheinlichkeit berechnet, dass die Wöchnerin die im Krankenhaus



gemachten Betreuungserfahrungen in der jeweiligen Dimension rückblickend als zufriedenstellend oder nicht zufriedenstellend beurteilt. Hierfür wurden aufgrund der für Zufriedenheitsbefragungen im gesundheitlichen Kontext typischen Deckeneffekte die einzelnen Dimensionen anhand der 20 %-Perzentile dichotomisiert, Werte unter der 20 %-Perzentile galten dabei als Zufriedenheit mit der Dimension, Werte über der 20 %-Perzentile als Unzufriedenheit. Es wurden jeweils drei separate Regressionsmodelle mit unterschiedlichen Methoden der Aufnahme der Prädiktoren in das Modell berechnet. Zunächst wurden alle Prädiktoren gleichzeitig in das Modell aufgenommen (Einschluss), anschließend erfolgte die Berechnung eines Modells mit der Aufnahme der Prädiktoren über eine Vorwärtsselektion unter Verwendung der Wald-Statistik. In einem dritten Modell wurde die Rückwärtsselektion unter Verwendung der Wald-Statistik gewählt. Alle drei Modelle kommen in jeder der durchgeführten Regressionen zu nahezu dem gleichen Ergebnis, was für die Robustheit des Modells spricht. Dargestellt werden jeweils die Ergebnisse des ersten Modells (Methode Einschluss). Die detaillierten Ergebnisse dieser Regressionen sowie der jeweiligen beiden weiteren Modelle können Anhang 10 und 13 entnommen werden.

Als mögliche Einflussgrößen wurden neben dem Geburtsmodus diejenigen Variablen geprüft, die im Licht der verfügbaren Literatur und aus inhaltlichen Überlegungen Einfluss auf die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuung nehmen könnten (vgl. Abschnitt 4.4). Auf Basis der verfügbaren Literatur wurden folgende Variablen als potenzielle Einflussfaktoren in der bivariaten Analyse auf ihre Eignung für die Aufnahme in das multivariate Modell geprüft: mütterliches Alter, Parität, Familienstand, Schulabschluss, Versicherungsstatus, Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt, Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs, Geburtsmodus, präpartaler Krankenhausaufenthalt (als Marker für ein eingeschränktes körperliches Wohlbefinden), die Beurteilung der Verweildauer im Krankenhaus, Krankenhausgröße sowie die Einschätzung der Wöchnerin, ob die Geburt zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits begonnen hatte. Letztere Variable wurde auf Basis der Hinweise in der Literatur aufgenommen, dass eine Aufnahme vor Geburtsbeginn bzw. in der Latenzphase mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für geburtsmedizinische Interventionen assoziiert ist, was wiederum Einfluss auf die Zufriedenheit mit der erlebten Betreuung nehmen kann (Scotland et al. 2011).

Zusätzlich wurde die hauptverantwortliche Betreuungsperson in der Schwangerschaft als Variable geprüft, da es Hinweise gibt, dass die Einbindung von Hebammen in die Schwangerenvorsorge zu weniger Interventionen und einer höheren Zufriedenheit mit der Versorgung führen kann (Enkin et al. 2000):<sup>43</sup> als eine schwerpunktmäßig risikoorientierte und stark medizinisch ausgerichtete Schwangerenvorsorge, wie sie in Deutschland bei der alleinigen Betreuung durch eine geburtshilfliche Fachärztin oder einen geburtshilflichen Facharzt üblich ist. Weiterhin wurde aus inhaltlichen Überlegungen der Zeitpunkt der

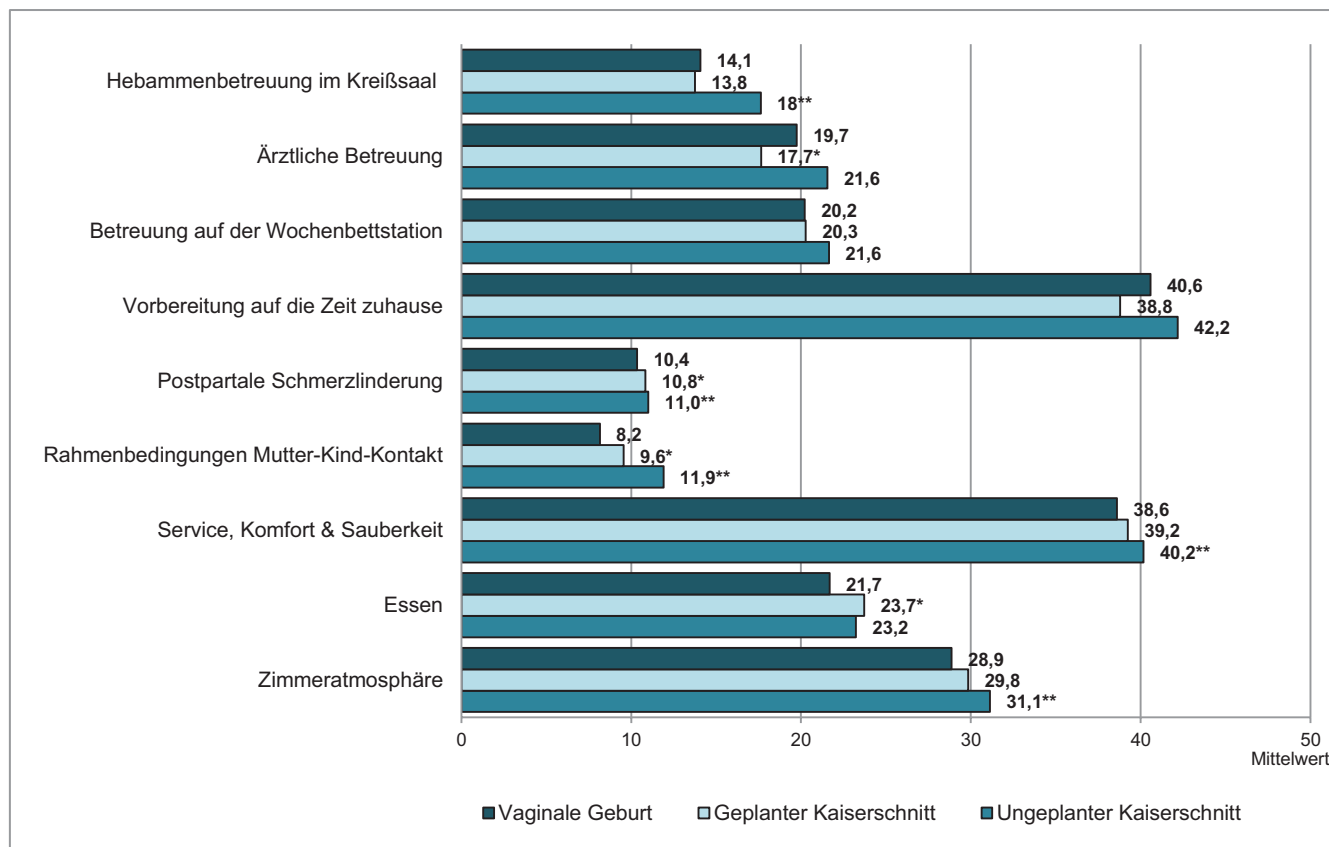
Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge als potenzielle Einflussvariable untersucht, da denkbar ist, dass Zeitpunkt und Häufigkeit der Inanspruchnahme insbesondere der medizinischen Vorsorge einen Hinweis auf das Bedürfnis nach Überwachung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kind und Mutter darstellen (Handler et al. 1996) und damit - bis zu einem gewissen Grad - die Unsicherheit und Besorgtheit der Mutter widerspiegeln, eine Überlegung, die durch Hinweise gestützt wird, dass z. B. Mehrgebärende die Schwangerenvorsorge tendenziell später aufnehmen (Simoes et al. 2003). Das Vertrauen in den eigenen Körper und die Physiologie von Schwangerschaft und Geburt wiederum können sich positiv auf die Geburts- und Betreuungserfahrung auswirken (Waldenström et al. 2004). Gleiches gilt für die Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen (ebd.), weswegen auch diese Variable als potenzieller Einflussfaktor untersucht wurde.

Die subjektive Beurteilung der eigenen Gesundheit („Wie würden Sie im Allgemeinen Ihre Gesundheit beurteilen?“) wurde ebenfalls als Einflussvariable herangezogen. Die verfügbaren Evidenzen verdichten sich, dass die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit nicht allein einen Indikator für die aktuelle physische und psychische Gesundheit darstellt, sondern vielmehr einen stabilen Kern beinhaltet, der auf einem bestimmten Selbstbild und einer bestimmten Vorstellung über die eigenen gesundheitsbezogenen Ressourcen beruht und der ebenfalls Einfluss auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes einnimmt (Bailis et al. 2003; Perruccio et al. 2010; Schäfers 2011; Schytt & Waldenström 2007). Dies gilt nicht nur für unterschiedliche Personengruppen in vergleichsweise stabilen Phasen (Bailis et al. 2003; Boardman 2006), sondern auch in Lebensphasen mit deutlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes bei Patienten aus dem akutmedizinischen Bereich (Perruccio et al. 2010; Wilcox et al. 1996) ebenso wie im geburtshilflichen Kontext (Schäfers 2011; Schytt & Waldenström 2007). Veränderungen in der subjektiven Gesundheitseinschätzung konnten in diesen Untersuchungen übereinstimmend nur zu einem Teil durch Veränderungen in der Prävalenz psychischer oder emotionaler gesundheitlicher Probleme erklärt werden. Perruccio et al. berichten in einer Studie zur Gesundheitseinschätzung von Patienten vor sowie drei und sechs Monate nach Knie- oder Hüftgelenkersatz, dass zu allen Untersuchungszeitpunkten nach Adjustierung für soziodemografische und anamnestiche Confounder zwischen 34 und 47 % der Varianz in der subjektiven Gesundheitseinschätzung durch physische, psychische und soziale Gesundheitsindikatoren erklärt werden konnte. Dies deutet darauf hin, dass ein erheblicher Teil der subjektiven Gesundheit durch andere Faktoren beeinflusst wird. Wurde die subjektive Gesundheitseinschätzung vor dem Eingriff in die Analysen der postoperativen Daten aufgenommen, stieg die Erklärungskraft der Modelle auf 72 bzw. 91 %, was ebenfalls für die Annahme eines stabilen Kerns der subjektiven Gesundheit spricht. Vor dem

Hintergrund dieser Ergebnisse wird die subjektive Gesundheitseinschätzung in der vorliegenden Arbeit nicht nur als Indikator für physische und psychische Beschwerde- und Krankheitssymptome betrachtet, sondern zu einem nicht unerheblichen Anteil als Ausdruck einer bestimmten Überzeugung hinsichtlich der eigenen Ressourcen mit physischen und psychischen Veränderungen, Schmerzen und Beeinträchtigungen umzugehen. Verschiedene Autorinnen und Autoren konnten zeigen, dass das Ausmaß der Überzeugung, schwierige Situationen im Allgemeinen sowie speziell die Herausforderungen einer Geburt meistern zu können, prädiktiv für die Gesamtzufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung ist (Berentson-Shaw et al. 2009; Christiaens & Bracke 2007; Saisto et al. 2001a). Eine Auflistung der in die logistische Regression aufgenommenen Variablen unter Kennzeichnung der Referenzkategorien findet sich in Anhang 7.

### **8.2.1 Zufriedenheit mit den einzelnen Betreuungsdimensionen**

Abb. 8-1 zeigt die Zufriedenheit mit den Betreuungsdimensionen stratifiziert nach Geburtsmodus. Die deskriptive Analyse zeigt, dass die Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal, Ärztliche Betreuung und Betreuung auf der Wochenbettstation von den Wöchnerinnen überwiegend sehr positiv beurteilt, auf der Skala von 0 bis 100, bei der 0 die höchste Zufriedenheit signalisiert, liegen die Mittelwerte zwischen 14 und 22. Mit Abstand am unzufriedensten sind die Wöchnerinnen mit den Dimensionen Vorbereitung auf die Zeit zuhause sowie Service, Komfort & Sauberkeit. Die Dimensionen postpartale Schmerzlinderung und Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt werden im Vergleich sehr positiv beurteilt, das Essen und die Zimmeratmosphäre nehmen eine Mittelstellung ein. Statistische Signifikanz erreichen die Unterschiede bei Frauen mit vaginaler Geburt bzw. geplanter Sectio bei den Dimensionen Ärztliche Betreuung, Postpartale Schmerzlinderung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt und Essen. Bei den Frauen mit vaginaler Geburt bzw. ungeplantem Kaiserschnitt sind signifikante Unterschiede in der Zufriedenheit mit den Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal, Postpartale Schmerzlinderung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt, Service, Komfort & Sauberkeit sowie Zimmeratmosphäre zu beobachten.

Abb. 8-1 Zufriedenheit mit den Betreuungsdimensionen nach Geburtsmodus<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Skala von 0 bis 100 mit 0=höchste Zufriedenheit, 100=höchste Unzufriedenheit

\* signifikanter Unterschied zwischen vaginale Geburt und geplante Sectio ( $p \leq 0,001$ )

\*\* signifikanter Unterschied zwischen vaginale Geburt und ungeplante Sectio ( $p \leq 0,001$ )

## 8.2.2 Vaginale Geburt versus geplanter Kaiserschnitt

### 8.2.2.1 Bivariate Analyse möglicher Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus

Die Betrachtung des Zusammenhangs des soziodemografischen und geburtshilflichen Hintergrunds der Wöchnerinnen und dem Geburtsmodus zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für einen geplanten Kaiserschnitt bei über 30jährigen Frauen im Vergleich zu Frauen unter 30 Jahren steigt (Tab. 8-3). Auch bei Mehrgebärenden und Frauen, die bereits einen Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt hatten, wird mit größerer Wahrscheinlichkeit ein geplanter Kaiserschnitt durchgeführt. Frauen mit gesetzlicher Krankenversicherung sowie diejenigen, die an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen haben, bringen ihr Kind hingegen mit geringerer Wahrscheinlichkeit per geplanter Sectio zur Welt als Frauen, die privat krankenversichert sind bzw. Frauen, die an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen haben. Für Schwangere, die bei Aufnahme in den Kreißaal noch keine muttermundswirksamen Wehen oder einen Blasensprung hatten, ist die Wahrscheinlichkeit für einen geplanten Kaiserschnitt deutlich höher, was allerdings nicht überrascht, da sich der geplante Kaiserschnitt über das Kriterium ‚fehlender Geburtsbeginn‘ definiert. Cramérs V zeigt jedoch, dass die Stärke der Effekte insgesamt

gering ist. Ausnahmen sind der fehlende Geburtsbeginn sowie das Vorliegen einer Sectio in der Anamnese, hier sind mittlere Effektstärken zu konstatieren. Tab. 8-3 zeigt ausschließlich die Variablen, bei denen ein signifikanter Zusammenhang beobachtet wurde, die ausführliche Darstellung mit allen geprüften Einflussvariablen findet sich in Anhang 8.

Tab. 8-3 Zusammenhang Geburtsmodus und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Geplante Sectio (N=1948) N (%)	Vaginale Geburt (N=11600) N (%)	Cramérs V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99 % KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	692 (11)	5569 (89)				
31-35 Jahre	674 (18)	3673 (85)	0,07	1,40	1,27-1,55	<0,001
> 36 Jahre	554 (20)	2180 (80)	0,12	1,83	1,66-2,03	<0,001
<b>Versicherungsstatus</b>						
Gesetzlich	1418 (13)	9073 (87)				
Privat	256 (19)	1106 (81)	0,05	1,34	1,23-1,57	<0,001
<b>Parität</b>						
Mehrgebärende	1112 (17)	5545 (83)				
Erstgebärende	832 (12)	6020 (88)	0,07	0,73	0,67–0,80	<0,001
<b>Z.n. Sectio</b>						
Ja	801 (55)	665 (45)				
Nein	1134 (9)	10873 (91)	0,40	0,17	0,16-0,19	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>						
Ja	234 (3)	8121 (97)				
Nein	1591 (34)	3029 (66)	0,44	12,30	10,77-14,04	<0,001
<b>Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	873 (11)	6798 (89)				
Nein	1069 (18)	4762 (82)	0,10	1,61	1,48-1,75	<0,001

*Kursiv:* Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Neben dem Zusammenhang mit dem Geburtsmodus wurden darüber hinaus Assoziationen der möglichen Einflussfaktoren mit der Parität geprüft, da davon auszugehen ist, dass diese Variable mit verschiedenen anderen Einflussfaktoren eng verbunden ist. Die Analyse zeigte signifikante Zusammenhänge mit einer Reihe der untersuchten Merkmale, relevante Effektstärken wurden jedoch nur bei den Variablen Alter (Erstgebärende: RR 2,03 (99% KI 1,95-2,11), Cramérs V 0,35,  $p < 0,001$ ) und Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs (Erstgebärende: RR 2,05 (99% KI 1,98-2,12, Cramérs V 0,35,  $p < 0,001$ ) erreicht (ohne Abbildung). Bei den verbleibenden signifikanten Zusammenhängen erreichte Cramérs V lediglich Werte zwischen 0,05 und 0,13 (Anhang 8). Ebenfalls geprüft wurden der Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und den möglichen Einflussvariablen, da diese im Zusammenhang mit der Betreuungszufriedenheit als eine wichtige Größe gilt (Crow et al. 2002). Auch hier zeigten sich signifikante Assoziationen einer als gut bewerteten subjektiven Gesundheit mit einer Reihe von Merkmalen, die Effektstärken

waren jedoch insgesamt gering (Cramérs V 0,04-0,08), lediglich für Frauen mit universitärem Abschluss im Vergleich zu Frauen mit Hauptschulabschluss zeigte sich eine etwas höhere Effektstärke (RR 1,25 (99% KI 1,18-1,32, Cramérs V 0,11,  $p < 0,001$ )) (Anhang 8).

### 8.2.2.2 Prädiktoren der Betreuungserfahrung

**Hypothese 2.1.A: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung und dem Geburtsmodus sowie weiteren soziodemografischen, geburtshilflichen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der Wöchnerinnen und strukturellen Merkmalen des Krankenhauses.**

Aufgrund der Vielzahl der möglichen Kombinationen zwischen den Merkmalen der Wöchnerinnen bzw. Krankenhäuser und den Dimensionen der Betreuung und der sich daraus ergebenden Datenfülle erfolgt in Tab. 8-4 lediglich die Darstellung der asymptotischen Signifikanzen, die für die Aufnahme in das Regressionsmodell ausschlaggebend waren. Eine detaillierte Darstellung der Analyseergebnisse findet sich in Anhang 9. Tab. 8-4 zeigt, dass die gesundheits- und persönlichkeitsbezogenen Merkmale der Wöchnerinnen (subjektive Gesundheitseinschätzung und Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen) und die Verweildauer in der bivariaten Analyse diejenigen Variablen sind, die mit allen Dimensionen der Betreuungserfahrung in einem signifikanten Zusammenhang stehen, gefolgt vom mütterlichen Alter (sieben Dimensionen), dem Versicherungsstatus und dem präpartalen Krankenhausaufenthalt wegen schwangerschaftsbedingter Komplikationen (je sechs Dimensionen) sowie dem Geburtsmodus und der Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs (je fünf Dimensionen). Der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge spielt in der vorliegenden Analyse für die Betreuungszufriedenheit keine Rolle. Bei den weiteren untersuchten Merkmalen ist für zwei bis vier der Dimensionen eine signifikante Assoziation mit der entsprechenden Zufriedenheit zu beobachten.

Tab. 8-4 Zusammenhang Betreuungsdimensionen und mögliche Einflussvariablen<sup>a</sup>

	Hebammen- betreuung Kreißaal	Betreuung Wochenbett- station	Vorbereitung auf die Zeit zu Hause	Ärztliche Betreuung	Schmerz- linderung pp	Mutter Kind Kontakt	Komfort Saubere- keit	Essen	Zimmer- atmo- sphäre
<b>Alter</b>									
<i>18-30 Jahre</i>									
31-35 Jahre	<0,001	<0,001	0,013	<0,001	0,001	<0,001	0,403	0,099	0,001
> 36 Jahre	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,043	<0,001	0,276	0,008	0,001
<b>Schulabschluss</b>									
<i>Hauptschule</i>									
Realschule	0,484	0,138	<0,001	0,056	0,583	<0,001	0,152	0,001	0,001
Gymnasium	0,008	0,114	<0,001	0,843	0,797	<0,001	0,002	<0,001	0,178
Universität	0,004	0,226	<0,001	0,173	0,107	<0,001	0,514	<0,001	0,262
<b>Familienstand</b>									
<i>Verheiratet / mit Partner</i>									
Alleinstehend	0,001	0,279	0,872	0,053	0,794	0,276	0,973	0,910	0,909
<b>Versicherungsstatus</b>									
<i>Gesetzlich</i>									
Privat	<0,001	0,549	<0,001	<0,001	0,463	<0,001	0,316	<0,001	<0,001
<b>Parität</b>									
<i>Mehrgebärende</i>									
Erstgebärende	0,011	<0,001	<0,001	0,030	0,207	0,750	0,272	0,001	0,023
<b>Z. n. Sectio</b>									
<i>Ja</i>									
Nein	0,427	0,122	<0,001	0,004	<0,001	0,054	0,456	0,458	0,042
<b>Präpartaler Krankenhausaufenthalt</b>									
<i>Nein</i>									
Ja	<0,001	<0,001	0,926	0,388	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>									
<i>Ja</i>									
Nein	<0,001	0,128	0,038	0,071	<0,001	<0,001	0,198	0,099	0,321
<b>Geburtsmodus</b>									
<i>Vaginale Geburt</i>									
Kaiserschnitt	<0,001	0,916	0,674	<0,001	<0,001	<0,001	0,460	0,001	0,074
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b>									
<i>Bis zur 12.SSW</i>									
Nach der 12.SSW	0,391	0,768	0,010	0,980	0,526	0,510	0,090	0,926	0,582
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>									
<i>GynäkologIn</i>									
GynäkologIn/Hebamme	<0,001	0,045	0,859	0,962	0,153	<0,001	0,499	0,410	0,001
Hebamme	0,004	0,739	0,295	0,889	0,420	0,001	0,249	0,447	0,100
<b>Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs</b>									
<i>Ja</i>									
Nein	0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,014	0,498	<0,001	0,026
<b>Verweildauer</b>									
<i>Genau richtig</i>									
Zu kurz	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Zu lang	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,168	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Krankenhausgröße</b>									
<i>&lt; 500 Geburten</i>									
500-1000 Geburten	0,002	<0,001	<0,001	0,525	0,003	<0,001	0,004	0,261	0,625
> 1000 Geburten	0,005	<0,001	<0,001	0,032	0,001	<0,001	0,007	0,242	0,141
<b>Subjektive Gesundheitseinschätzung</b>									
<i>Gut</i>									
Beeinträchtigt	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zu Hause zurecht zu kommen</b>									
<i>Zuversichtlich</i>									
Nicht zuversichtlich	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> asymptotische Signifikanz ( $\alpha \leq 0,001$ )

Die signifikanten Zusammenhänge zwischen den untersuchten Merkmalen mit der Zufriedenheit mit den einzelnen Betreuungsdimensionen weisen folgende Richtungen auf:

- Ein mütterliches Alter über 30 Jahren ist mit Zufriedenheit mit der Betreuungsdimension assoziiert.
- Ein höherer Schulabschluss als ein Hauptschulabschluss ist bei der Vorbereitung auf die Zeit zuhause und dem Essen mit Unzufriedenheit assoziiert, bei der Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt mit Zufriedenheit.
- Alleinstehend zu sein ist mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Privat krankenversichert zu sein ist im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung bei den Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal, Ärztliche Betreuung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt und Zimmeratmosphäre mit Zufriedenheit assoziiert, bei den Dimensionen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Essen mit Unzufriedenheit.
- Das erste Kind zu bekommen ist im Vergleich zu Geburt von weiteren Kindern mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Ein Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt ist bei der Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause mit Unzufriedenheit, bei der Dimension Postpartale Schmerzlinderung mit Zufriedenheit assoziiert.
- Ein präpartaler Krankenhausaufenthalt wegen schwangerschaftsbedingter Komplikationen ist mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Ein fehlender Geburtsbeginn bei Aufnahme in den Kreißaal ist in der Regel mit Unzufriedenheit assoziiert, bei der Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt mit Zufriedenheit.
- Ein geplanter Kaiserschnitt ist im Vergleich zu einer vaginalen Geburt bei den Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt, Postpartale Schmerzlinderung und Essen mit Unzufriedenheit assoziiert, bei der Dimension Ärztliche Betreuung mit Zufriedenheit.
- Eine als zu kurz oder zu lang beurteilte Krankenhausverweildauer ist mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Die Geburt in einem Krankenhaus mit mehr als 1000 Geburten ist hinsichtlich der Dimensionen Betreuung auf der Wochenbettstation, Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Postpartale Schmerzlinderung mit Unzufriedenheit assoziiert, bei der Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt mit Zufriedenheit.
- Die Durchführung der Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme oder eine Hebamme und eine Gynäkologin bzw. einen Gynäkologen im Wechsel ist im Vergleich zu einer rein ärztlichen Schwangerenvorsorge mit Zufriedenheit assoziiert.
- Die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs ist mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Eine als beeinträchtigt wahrgenommene subjektive Gesundheit ist mit Unzufriedenheit assoziiert.



- Fehlende Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen, ist mit Unzufriedenheit assoziiert.

Damit ist die Hypothese 2.1.A für alle untersuchten Merkmale mit Ausnahme des Zeitpunkts der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge widerlegt.

**Hypothese 2.1.B: Der Geburtsmodus hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen wenn gleichzeitig weitere soziodemografische, geburtshilfliche und gesundheitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen sowie strukturelle Merkmale des Krankenhauses berücksichtigt werden.**

Insgesamt gingen je nach Betreuungsdimension, zusätzlich zu der Variablen Geburtsmodus, zwischen 4 und 11 der 16 untersuchten Variablen auf Basis eines signifikanten Zusammenhangs in der bivariaten Analyse in die Regressionsanalyse ein. Aus methodischen Gründen wurde in der multivariaten Analyse auf die Variable ‚Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt‘, die eine signifikante Assoziation mit den Dimensionen Betreuung auf der Wochenbettstation, Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Schmerzlinderung nach der Geburt aufwies, verzichtet, da sie aufgrund des inhaltlich bedingten hohen Missinganteils zu einem massiven Datenverlust geführt hätte.

Tab. 8-5 zeigt die Ergebnisse der Analyse des Einflusses des Geburtsmodus auf die verschiedenen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung unter Berücksichtigung der genannten soziodemografischen, geburtshilflichen, gesundheitsbezogenen und strukturellen Merkmale. Ausgewiesen sind lediglich die jeweils signifikanten Prädiktoren, eine vollständige Darstellung findet sich in Anhang 10.

Die neun Regressionsmodelle weisen für die einzelnen Dimensionen eine erklärte Varianz zwischen 3 und 11 % (Nagelkerkes  $R^2$ ) auf mit einem Gesamtprozentsatz richtiger Fälle von 61 bis 82 %. Nachdem die bivariate Analyse noch einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und den fünf Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal, Ärztliche Betreuung, Postpartale Schmerzlinderung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt und Essen ausgewiesen hatte, erwies sich der Geburtsmodus nach Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren in der multivariaten Analyse lediglich noch für zwei der insgesamt neun Dimensionen als unabhängiger Einflussfaktor für die Zufriedenheit mit der jeweiligen Betreuungserfahrung. So sind die befragten Wöchnerinnen mit geplantem Kaiserschnitt mit einer knapp 30 % höheren Wahrscheinlichkeit mit der ärztlichen Betreuung zufrieden. Mit der postpartalen Schmerzlinderung sind sie hingegen eher unzufrieden, das Risiko für Unzufriedenheit ist im Vergleich zu den Frauen mit vaginaler Geburt um den Faktor 1,8 erhöht.

Das Regressionsmodell zeigt vielmehr, dass dimensionsübergreifend für die Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt oder geplanter Sectio es vor allem die Beurteilung der Verweildauer sowie gesundheits- und persönlichkeitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen sind, die die Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Betreuung im Krankenhaus während und nach der Geburt beeinflussen. So erwiesen sich die subjektive Gesundheitseinschätzung der Wöchnerinnen sowie die Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen, in dem vorliegenden Modell als einflussreiche Prädiktoren der Betreuungserfahrungen, insbesondere für die Dimensionen mit Fokus auf der Interaktion mit den betreuenden Fachpersonen sowie die Dimension Postpartale Schmerzlinderung. Die Verweildauer steht ebenfalls in signifikanten Zusammenhang mit der Betreuungszufriedenheit in fast allen Dimensionen, Ausnahme ist hier lediglich die Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt. Frauen, die ihr Kind in einem Krankenhaus mit mehr als 500 Geburten zur Welt gebracht haben, sind mit den auf die postpartale Betreuung fokussierenden Dimensionen unzufriedener als Frauen, die in einem kleineren Haus geboren haben. Auch soziodemografische Variablen wie das mütterliche Alter, der Schulabschluss der Wöchnerin sowie ihr Versicherungsstatus zeigen sich für einige, allerdings nicht alle der untersuchten Dimensionen der Betreuungserfahrung signifikant. So sind Frauen über 31 bzw. 36 Jahren mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal, der Ärztlichen Betreuung, der Betreuung auf der Wochenbettstation und der Postpartalen Schmerzlinderung zufriedener als Frauen, die jünger sind, Frauen mit höherem Schulabschluss bewerten die Dimensionen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Essen kritischer, die Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt hingegen positiver. Wöchnerinnen, die privat krankenversichert sind, sind mit den Dimensionen Ärztliche Betreuung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt und Zimmeratmosphäre signifikant zufriedener.

Die Parität erwies sich nur für die Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause als signifikanter Prädiktor, insofern als dass Erstgebärende eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit hatten, mit dieser Dimension unzufrieden zu sein. Frauen, die während der Schwangerschaft eine alternierende Vorsorge durch Hebammen und eine Gynäkologin bzw. einen Gynäkologen gewählt hatten, beurteilten die Hebammenbetreuung im Kreißaal mit höherer Wahrscheinlichkeit positiv als Frauen mit ausschließlich ärztlicher Betreuung in der Schwangerschaft. Die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs schließlich ist ein Prädiktor für eine höhere Unzufriedenheit mit den Dimensionen Ärztliche Betreuung und Vorbereitung auf die Zeit zuhause. Damit ist Hypothese 2.1.B widerlegt.

Tab. 8-5 Prädiktoren der Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung (nur Frauen mit vaginaler Geburt und geplanter Sectio)

	Hebammenbetreuung im Kreißsaal			Ärztliche Betreuung			Betreuung auf der Wochenbettstation			Vorbereitung auf die Zeit zuhause			Postpartale Schmerzlinderung		
	5%	81%	6%	8%	80%	11%	80%	62%	6%	62%	11%	80%	62%	6%	62%
	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.
<b>Nagelkerke's R<sup>2</sup> (%)<sup>a</sup></b>															
<b>Prädiktor</b>															
<b>Geburtsmodus</b>															
Vaginale Geburt															
Kaiserschnitt															
<b>Alter</b>															
18-30 Jahre															
31-35 Jahre	0,79	0,68-0,92	<0,001	0,72	0,61-0,86	<0,001							1,78	1,51-2,10	<0,001
> 36 Jahre	0,69	0,58-0,82	<0,001	0,82	0,71-0,95	0,001	0,81	0,70-0,92	<0,001				0,77	0,66-0,90	<0,001
<b>Schulabschluss</b>															
Hauptschule															
Realschule															
Gymnasium															
Universität															
<b>Versicherungsstatus</b>															
Gesetzlich															
Privat				0,80	0,66-0,96	0,001									
<b>Parität</b>															
Mehrgebärende															
Erstgebärende															
<b>Betreuung Schwangerschaft</b>															
Gynäkolog/in															
Gynäkologin + Hebamme	0,66	0,48-0,89	<0,001												
Hebamme															
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>															
Ja															
Nein				0,81	0,71-0,92	<0,001									
<b>Geburtsbeginn bei Aufnahme in den Kreißsaal</b>															
Ja															
Nein															
<b>Verweildauer</b>															
Genau richtig															
Zu kurz	1,77	1,33-2,34	<0,001	1,83	1,40-2,40	<0,001	2,03	1,57-2,64	<0,001	2,43	1,81-3,26	<0,001	1,93	1,59-2,34	<0,001
Zu lang	1,45	1,13-1,86	<0,001	2,12	1,61-2,79	<0,001	2,44	1,87-3,19	<0,001	2,31	1,72-3,10	<0,001	1,37	1,12-1,67	<0,001
<b>Krankenhausgröße</b>															
< 500 Geburten															
500-1000 Geburten															
> 1000 Geburten															
<b>Subjektive Gesundheit</b>															
Gut															
Beeinträchtigt	1,90	1,66-2,17	<0,001	1,89	1,66-2,16	<0,001	2,24	1,97-2,53	<0,001	1,73	1,52-1,98	<0,001	1,56	1,39-1,75	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>															
Zuversichtlich															
Nicht zuversichtlich	1,79	1,31-2,45	<0,001	1,83	1,34-2,50	<0,001	2,14	1,56-2,94	<0,001	2,78	1,87-4,13	<0,001	1,57	1,27-1,94	<0,001

Tab. 7-5 Prädiktoren der Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung (nur Frauen mit vaginaler Geburt und geplanter Sectio) (Forts.)

	Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt			Service, Komfort & Sauberkeit			Essen			Zimmeratmosphäre		
	7%	3%	4%	3%	82%	4%	79%	3%	79%	3%	79%	
	OR <sup>b</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	OR <sup>a</sup>	
Prädiktor	Sig.	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	
<b>Nagelkerke's R<sup>2</sup> (%)<sup>a</sup></b>												
<b>Prozentsatz der Richtigen</b>												
<b>Geburtsmodus</b>												
Vaginale Geburt												
Kaiserschnitt												
<b>Alter</b>												
18-30 Jahre												
31-35 Jahre												
> 36 Jahre												
<b>Schulabschluss</b>												
Hauptschule												
Realschule	0,82	<0,001	0,70-0,96									
Gymnasium	0,71	<0,001	0,59-0,84									
Universität	0,57	<0,001	0,48-0,69									
<b>Versicherungsstatus</b>												
Gesetzlich												
Privat	0,74	<0,001	0,61-0,89									<0,001
<b>Parität</b>												
Mehrfgebärende												
Erstgebärende												
<b>Betreuung Schwangerschaft</b>												
Gynäkolog/in												
Gynäkolog/in + Hebamme												
Hebamme												
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>												
Ja												
Nein												
<b>Geburtsbeginn bei Aufnahme in den Kreißsaal</b>												
Ja												
Nein												
<b>Verweildauer</b>												
Genau richtig												
Zu kurz												
Zu lang												
<b>Krankenhausgröße</b>												
< 300 Geburten												
500-1000 Geburten	0,79	<0,001	0,70-0,90									
> 1000 Geburten	0,48	<0,001	0,42-0,55									
<b>Subjektive Gesundheit</b>												
Gut												
Beeinträchtigt												
<b>Zufriedenheit mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>												
Zufriedenlich	1,20	<0,001	1,08-1,33									
Nicht zufriedenlich	1,66	<0,001	1,36-2,03									

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Nagelkerke's R<sup>2</sup>: Anteil der Varianz der abhängigen Variablen, die durch alle unabhängigen Variablen im Modell aufgeklärt wird

<sup>b</sup> adjustierte Odds Ratio (Größe des Einflusses der unabhängigen Variable), Risiko für Unzufriedenheit mit der Betreuungsdimension, adjustiert für Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Familienstand, Versicherungsstatus, Parität, Z. n. Sectio, präpartaler Krankenhausaufenthalt, Geburtsbeginn bei Aufnahme in den Kreißsaal, Verweildauer, Krankenhausbegrüßung, Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs, subjektive

Gesundheitseinschätzung, Zufriedenheit mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen

<sup>c</sup> KI: Konfidenzintervall

## 8.2.3 Vaginale Geburt versus ungeplanter Kaiserschnitt

### 8.2.3.1 Bivariate Analyse möglicher Einflussfaktoren auf den Geburtsmodus

Die Betrachtung des Zusammenhangs des soziodemografischen und anamnestischen Hintergrunds der Wöchnerinnen und dem Geburtsmodus zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für einen ungeplanten Kaiserschnitt in der Gruppe der über 36jährigen höher ist als in der Gruppe der 18-30jährigen Frauen (Tab. 8-6). Mit Blick auf geburtshilfliche Aspekte zeigte die bivariate Analyse, dass Erstgebärende und Frauen, die bereits einen Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt hatten, ihr Kind mit höherer Wahrscheinlichkeit per ungeplanter Sectio zur Welt brachten.

Tab. 8-6 Zusammenhang Geburtsmodus und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Ungeplante Sectio (N=2614) N (%)	Vaginale Geburt (N=11600) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	1146 (17)	5569 (83)				
31-35 Jahre	840 (19)	3673 (81)				
> 36 Jahre	573 (21)	2180 (79)	0,04	1,22	1,12-1,33	<0,001
<b>Parität</b>						
Mehrgebärende	740 (12)	5545 (88)				
Erstgebärende	1861 (24)	6020 (76)	0,15	2,01	1,85-2,17	<0,001
<b>Z.n. Sectio</b>						
Ja	446 (40)	665 (60)				
Nein	2143 (16)	10873 (84)	0,17	0,41	0,38-0,45	<0,001
<b>Präpartaler Krankenhausaufenthalt</b>						
Nein	1795 (18)	8404 (82)				
Ja	781 (20)	3064 (80)	0,03	1,15	1,07-1,24	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>						
Ja	1390 (15)	8121 (85)				
Nein	1124 (27)	3029 (73)	0,15	1,85	1,73-1,99	<0,001
<b>Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	1799 (21)	6798 (79)				
Nein	795 (14)	4762 (86)	0,08	0,68	0,63-0,74	<0,001
<b>Verweildauer</b>						
Genau richtig	1981 (17)	9402 (83)				
Zu kurz	268 (21)	976 (79)	0,03	1,24	1,11-1,39	<0,001
Zu lang	332 (23)	1098 (77)	0,05	1,33	1,20-1,48	<0,001

*Kursiv:* Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Auch ein präpartaler Krankenhausaufenthalt wegen schwangerschaftsbedingter Komplikationen sowie das Fehlen muttermundswirksamer Wehen oder eines Blasensprungs weisen einen Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für einen sekundären Kaiserschnitt

auf. Darüber hinaus beurteilten Wöchnerinnen mit ungeplanter Sectio die Dauer ihres postpartalen Krankenhausaufenthaltes eher als unangemessen als Frauen mit vaginaler Geburt. Frauen, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, hatten ihr Kind ebenfalls eher mit einem ungeplanten Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Cramérs V zeigt jedoch, dass die Stärke der Effekte insgesamt sehr gering ist. Ausnahmen sind die Parität sowie das Vorliegen einer Sectio in der Anamnese, hier sind im Vergleich etwas höhere Effektstärken zu konstatieren, die sich aber nach wie vor in einem als gering einzuordnenden Bereich bewegen. Tab. 8-6 zeigt ausschließlich die Variablen, bei denen ein signifikanter Zusammenhang beobachtet wurde, die ausführliche Darstellung mit allen geprüften Einflussvariablen findet sich in Anhang 11.

Neben dem Zusammenhang mit dem Geburtsmodus wurden darüber hinaus Assoziationen der möglichen Einflussfaktoren mit der Parität geprüft, da davon auszugehen ist, dass diese Variable mit verschiedenen anderen Einflussfaktoren eng verbunden ist. Die Analyse zeigte signifikante Zusammenhänge mit einer Reihe der untersuchten Merkmale, relevante Effektstärken wurden jedoch nur bei den Variablen Alter (RR 2,08 (99% KI 1,97-2,17), Cramérs V 0,31,  $p < 0,001$ ) und Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs (RR 2,16 (99% KI 2,08-2,24, Cramérs V 0,35,  $p < 0,001$ ) erreicht (ohne Abbildung). Bei den verbleibenden signifikanten Zusammenhängen erreichte Cramérs V lediglich Werte zwischen 0,05 und 0,13 (Anhang 11). Ebenfalls geprüft wurden der Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und den möglichen Einflussvariablen, da diese im Zusammenhang mit der Betreuungszufriedenheit als eine wichtige Größe gilt (Crow et al. 2002). Auch hier zeigten sich signifikante Assoziationen einer als gut bewerteten subjektiven Gesundheit mit einer Reihe von Merkmalen, die Effektstärken waren jedoch insgesamt gering (Cramérs V 0,04-0,08), lediglich für Frauen mit einem universitären Abschluss im Vergleich zu Frauen mit einem Hauptschulabschluss (RR 1,29 (99% KI 1,22-1,36, Cramérs V 0,13,  $p < 0,001$ )) zeigte sich eine etwas höhere Effektstärke (Anhang 11).

### 8.2.3.2 Prädiktoren der Betreuungserfahrung

**Hypothese 2.2.A: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung und dem Geburtsmodus sowie weiteren soziodemografischen, geburtshilflichen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der Wöchnerinnen und strukturellen Merkmalen des Krankenhauses.**

Aufgrund der Vielzahl der möglichen Kombinationen zwischen den Merkmalen der Wöchnerinnen bzw. Krankenhäuser und den Betreuungsdimensionen und der sich daraus ergebenden Datenfülle erfolgt in Tab. 8-7 lediglich die Darstellung der asymptotischen

Signifikanzen, die für die Aufnahme in das Regressionsmodell ausschlaggebend waren. Eine detaillierte Darstellung der Analyseergebnisse findet sich in Anhang 12.

Tab. 8-7 Zusammenhang Betreuungsdimensionen und mögliche Einflussvariablen<sup>a</sup>

	Hebammen- betreuung Kreißsaal	Betreuung Wochenbett- station	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	Ärztliche Betreuung	Schmerz- linderung pp	Mutter Kind Kontakt	Komfort Saubere- keit	Essen	Zimmer- atmo- sphäre
<b>Alter</b>									
18-30 Jahre									
31-35 Jahre	<0,001	<0,001	0,012	<0,001	<0,001	<0,001	0,279	0,005	0,010
> 36 Jahre	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,527	0,011	<0,001
<b>Schulabschluss</b>									
<i>Hauptschule</i>									
Realschule	0,363	0,209	<0,001	0,163	0,985	<0,001	0,131	0,001	0,003
Gymnasium	0,001	0,587	<0,001	0,936	0,971	<0,001	0,059	<0,001	0,308
Universität	0,001	0,404	<0,001	0,080	0,281	<0,001	0,319	<0,001	0,017
<b>Familienstand</b>									
<i>Verheiratet / mit Partner</i>									
Alleinstehend	0,002	0,273	0,523	0,159	0,902	0,715	0,964	0,726	0,651
<b>Versicherungsstatus</b>									
<i>Gesetzlich</i>									
Privat	<0,001	0,825	<0,001	0,003	0,063	<0,001	0,750	<0,001	<0,001
<b>Parität</b>									
<i>Mehrgebärende</i>									
Erstgebärende	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,207	0,068	0,382	<0,001	0,040
<b>Z. n. Sectio</b>									
<i>Ja</i>									
Nein	0,163	0,048	<0,001	0,012	<0,001	0,260	0,305	0,669	0,433
<b>Präpartaler Krankenhausaufenthalt</b>									
<i>Nein</i>									
Ja	<0,001	<0,001	0,909	0,828	<0,001	<0,001	0,001	0,003	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>									
<i>Ja</i>									
Nein	<0,001	0,119	0,034	0,587	0,082	<0,001	0,312	0,124	0,218
<b>Geburtsmodus</b>									
<i>Vaginale Geburt</i>									
Kaiserschnitt	<0,001	0,013	<0,001	0,610	<0,001	<0,001	<0,001	0,008	0,002
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b>									
<i>Bis zur 12. SSW</i>									
Nach der 12. SSW	0,608	0,775	0,016	0,804	0,776	0,822	0,050	0,479	0,484
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>									
<i>GynäkologIn</i>									
GynäkologIn/Hebamme	<0,001	0,113	0,923	0,341	0,335	<0,001	0,721	0,516	0,001
Hebamme	<0,001	0,322	0,122	0,122	0,427	0,002	0,196	0,436	0,037
<b>Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs</b>									
<i>Ja</i>									
Nein	<0,001	0,033	<0,001	0,005	0,145	0,002	0,279	<0,001	0,135
<b>Verweildauer</b>									
<i>Genau richtig</i>									
Zu kurz	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Zu lang	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,005	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Krankenhausgröße</b>									
<i>&lt; 500 Geburten</i>									
500-1000 Geburten	0,010	<0,001	<0,001	0,211	0,001	<0,001	0,007	0,061	0,962
> 1000 Geburten	0,009	<0,001	<0,001	0,141	0,004	<0,001	<0,001	0,525	0,295
<b>Subjektive Gesundheitseinschätzung</b>									
<i>Gut</i>									
Beeinträchtigt	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>									
<i>Zuversichtlich</i>									
Nicht zuversichtlich	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> asymptotische Signifikanzen ( $\alpha \leq 0,001$ )

Tab. 8-7 zeigt dass die gesundheits- und persönlichkeitsbezogenen Merkmale der Wöchnerinnen (subjektive Gesundheitseinschätzung und Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen) sowie die Krankenhausverweildauer in der bivariaten Analyse diejenigen Variablen sind, die mit allen Dimensionen der Betreuungserfahrung in einem signifikanten Zusammenhang stehen, gefolgt vom mütterlichen Alter (sieben Dimensionen), dem präpartalen Krankenhausaufenthalt (sechs Dimensionen). Geburtsmodus, Parität, Versicherungsstatus und Krankenhausgröße weisen mit je fünf Dimensionen signifikante Assoziationen auf. Familienstand und Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge spielen in der vorliegenden Analyse für die Betreuungszufriedenheit keine Rolle. Bei den weiteren untersuchten Merkmalen ist für zwei bis vier der Dimensionen eine signifikante Assoziation mit der entsprechenden Zufriedenheit zu beobachten. Die signifikanten Zusammenhänge zwischen den untersuchten Merkmalen mit der Zufriedenheit mit den einzelnen Betreuungsdimensionen weisen folgende Richtungen auf:

- Ein mütterliches Alter von über 30 Jahren ist mit Zufriedenheit mit der jeweiligen Betreuungsdimension assoziiert.
- Ein höherer Schulabschluss als ein Hauptschulabschluss ist bei der Vorbereitung auf die Zeit zuhause und dem Essen mit Unzufriedenheit assoziiert, bei den Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal und Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt mit Zufriedenheit.
- Privat krankenversichert zu sein ist im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung bei den Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt und Zimmeratmosphäre mit Zufriedenheit assoziiert, bei den Dimensionen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Essen mit Unzufriedenheit.
- Das erste Kind zu bekommen ist im Vergleich zur Geburt von weiteren Kindern mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Ein Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt ist bei der Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause mit Unzufriedenheit, bei der Dimension Postpartale Schmerzlinderung mit Zufriedenheit assoziiert.
- Ein präpartaler Krankenhausaufenthalt wegen schwangerschaftsbedingter Komplikationen ist mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Ein fehlender Geburtsbeginn bei Aufnahme in den Kreißaal ist mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Ein ungeplanter Kaiserschnitt ist im Vergleich zu einer vaginalen Geburt mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Eine als zu kurz oder zu lang beurteilte Krankenhausverweildauer ist mit Unzufriedenheit assoziiert.



- Die Geburt in einer Klinik mit mehr als 500 Geburten pro Jahr ist hinsichtlich der Dimensionen Betreuung auf der Wochenbettstation, Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Postpartale Schmerzlinderung mit Unzufriedenheit assoziiert, bei den Dimensionen Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt und Service, Komfort & Sauberkeit mit Zufriedenheit.
- Die Durchführung der Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme oder eine Hebamme und eine Gynäkologin bzw. einen Gynäkologen im Wechsel ist im Vergleich zu einer rein ärztlichen Schwangerenvorsorge mit Zufriedenheit assoziiert.
- Die Nicht-Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs ist bei der Vorbereitung auf die Zeit zuhause mit Zufriedenheit assoziiert, bei der die Dimension Hebammenbetreuung im Kreißaal mit Unzufriedenheit.
- Ein als beeinträchtigt wahrgenommene subjektive Gesundheit ist mit Unzufriedenheit assoziiert.
- Fehlende Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen, ist mit Unzufriedenheit assoziiert.

Damit ist die Hypothese 2.2.A mit Ausnahme der Variablen Familienstand und Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge widerlegt.

**Hypothese 2.2.B: Der Geburtsmodus hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen wenn gleichzeitig weitere soziodemografische, geburtshilfliche und gesundheitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen sowie strukturelle Merkmale des Krankenhauses berücksichtigt werden.**

Insgesamt gingen je nach Betreuungsdimension, zusätzlich zu der Variablen Geburtsmodus, zwischen 5 und 12 der 16 untersuchten Variablen auf Basis eines signifikanten Zusammenhangs in der bivariaten Analyse in die Regressionsanalyse ein. Aus methodischen Gründen wurde in der multivariaten Analyse auf die Variable ‚Kaiserschnitt bei einer vorangegangenen Geburt‘, die eine signifikante Assoziation mit den Dimensionen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Schmerzlinderung nach der Geburt aufwies, verzichtet, da sie aufgrund des inhaltlich bedingten hohen Missinganteils zu einem massiven Datenverlust geführt hätte.

Tab. 8-5 zeigt die Ergebnisse der Analyse des Einflusses des Geburtsmodus auf die verschiedenen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung unter Berücksichtigung der genannten soziodemografischen, geburtshilflichen, gesundheitsbezogenen und strukturellen Merkmale. Ausgewiesen sind lediglich die jeweils signifikanten Prädiktoren, eine vollständige Darstellung findet sich in Anhang 13.

Die neun Regressionsmodelle weisen für die einzelnen Dimensionen eine erklärte Varianz zwischen 3 und 11 % (Nagelkerkes  $R^2$ ) auf mit einem Gesamtprozentsatz richtiger Fälle von 61 bis 82 %.

Nachdem die bivariate Analyse einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und den fünf Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißaal, Vorbereitung auf die Zeit zuhause, Postpartale Schmerzlinderung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt und Service, Komfort & Sauberkeit ausgewiesen hatte, blieb dieser Zusammenhang nach Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren in der multivariaten Analyse außer mit der Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause weiterhin signifikant. So sind die befragten Wöchnerinnen mit ungeplantem Kaiserschnitt mit einer mehr als 50 % höheren Wahrscheinlichkeit mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal unzufrieden, das Risiko für Unzufriedenheit mit der Postpartalen Schmerzlinderung ist um den Faktor 1,8 erhöht. Auch mit den Dimensionen Service, Komfort und Sauberkeit sowie mit der Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt sind Frauen mit ungeplanten Kaiserschnitt eher unzufrieden als Frauen mit vaginaler Geburt.

Das Regressionsmodell zeigt genau wie bei der Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt und geplanter Sectio, dass es dimensionsübergreifend vor allem die Beurteilung der Verweildauer sowie gesundheits- und persönlichkeitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen sind, die die Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Betreuung im Krankenhaus während und nach der Geburt beeinflussen. So erwiesen sich die subjektive Gesundheitseinschätzung der Wöchnerinnen und die Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen, in dem vorliegenden Modell als einflussreiche Prädiktoren der Betreuungserfahrungen, insbesondere für die Dimensionen mit Fokus auf der Interaktion mit den betreuenden Fachpersonen sowie für die Dimension Postpartale Schmerzlinderung. Die Verweildauer steht ebenfalls in signifikanten Zusammenhang mit der Betreuungszufriedenheit in fast allen Dimensionen, Ausnahme ist hier lediglich die Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt. Frauen, die ihr Kind in einem Krankenhaus mit mehr als 500 Geburten zur Welt gebracht haben, sind mit den auf die postpartale Betreuung fokussierenden Dimensionen unzufriedener als Frauen, die in einem kleineren Haus geboren haben. Auch soziodemografische Variablen wie das mütterliche Alter, der Schulabschluss der Wöchnerin sowie ihr Versicherungsstatus zeigen sich für einige, allerdings nicht alle der untersuchten Dimensionen der Betreuungserfahrung signifikant. So sind Frauen über 31 bzw. 36 Jahren mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal, der Ärztlichen Betreuung, der Betreuung auf der Wochenbettstation und der Postpartalen Schmerzlinderung zufriedener als Frauen, die jünger sind, Frauen mit höherem Schulabschluss bewerten die Dimensionen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Essen kritischer, die Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt hingegen positiver.

Wöchnerinnen, die privat krankenversichert sind, sind mit den Dimensionen Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt, Essen und Zimmeratmosphäre signifikant zufriedener.

Die Parität erwies sich nur für die Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause als signifikanter Prädiktor, hier hatten Erstgebärende eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit unzufrieden zu sein. Frauen, die während der Schwangerschaft eine Vorsorge durch eine Hebamme oder alternierende Vorsorge durch Hebammen und eine Gynäkologin bzw. einen Gynäkologen gewählt hatten, beurteilten die Hebammenbetreuung im Kreißaal mit höherer Wahrscheinlichkeit positiv als Frauen mit ausschließlich ärztlicher Betreuung in der Schwangerschaft. Schließlich sind Frauen, die an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen hatten, mit der Dimension Hebammenbetreuung im Kreißaal eher zufrieden, mit der Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause hingegen eher unzufrieden. Damit ist Hypothese 2.2.B widerlegt.

Tab. 8-8 Prädiktoren der Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung (nur Frauen mit vaginaler Geburt und ungeplanter Sectio)

	Hebammenbetreuung im Kreißsaal			Ärztliche Betreuung			Betreuung auf der Wochenbettstation			Vorbereitung auf die Zeit zuhause			Postpartale Schmerzlinderung			
	6%	81%	82%	5%	80%	81%	11%	81%	7%	62%	7%	7%	62%	7%		
	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	
<b>Nagelkerke's R<sup>2</sup>(%)<sup>a</sup></b>																
<b>Prozentsatz der Richtigen</b>																
<b>Prädiktor</b>																
<b>Geburtsmodus</b>																
<i>Vaginale Geburt</i>																
<i>Kaiserschnitt</i>	1,54	1,28-1,87	<0,001			<0,001							1,76	1,55-2,00	<0,001	
<b>Alter</b>																
<i>18-30 Jahre</i>	0,82	0,70-0,96	0,001	0,80	0,69-0,93	<0,001	0,83	0,73-0,95	<0,001							
<i>31-35 Jahre</i>	0,74	0,62-0,90	<0,001	0,68	0,57-0,81	<0,001										
<i>&gt; 36 Jahre</i>																
<b>Schulabschluss</b>																
<i>Hauptschule</i>																
<i>Realschule</i>																
<i>Gymnasium</i>																
<i>Universität</i>																
<b>Versicherungsstatus</b>																
<i>Gesetzlich</i>																
<i>Privat</i>																
<b>Parität</b>																
<i>Mehrgebärende</i>																
<i>Erstgebärende</i>																
<b>Betreuung Schwangerschaft</b>																
<i>Gynäkolog/in</i>	0,65	0,49-0,87	0,001			<0,001										
<i>Gynäkologin + Hebamme</i>	0,60	0,41-0,88	0,001			0,001										
<i>Hebamme</i>						0,001										
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>																
<i>Ja</i>	1,21	1,04-1,41	<0,001			<0,001										
<i>Nein</i>						<0,001										
<b>Venweildauer</b>																
<i>Genau richtig</i>	1,90	1,42-2,52	<0,001	1,72	1,32-2,24	<0,001	2,12	1,64-2,75	<0,001	2,20	1,65-2,92	<0,001	1,88	1,56-2,27	<0,001	
<i>Zu kurz</i>	1,60	1,25-2,05	<0,001	2,30	1,76-3,01	<0,001	2,47	1,92-3,18	<0,001	2,25	1,71-2,96	<0,001	1,41	1,17-1,69	<0,001	
<i>Zu lang</i>																
<b>Krankenhausgröße</b>																
<i>&lt; 500 Geburten</i>																
<i>500-1000 Geburten</i>																
<i>&gt; 1000 Geburten</i>																
<b>Subjektive Gesundheit</b>																
<i>Gut</i>	1,84	1,61-2,11	<0,001	1,85	1,62-2,11	<0,001	2,16	1,91-2,44	<0,001	1,69	1,48-1,93	<0,001	1,62	1,45-1,81	<0,001	
<i>Befriedigt</i>																
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>																
<i>Zuversichtlich</i>	1,91	1,39-2,63	<0,001	1,87	1,38-2,54	<0,001	2,07	1,53-2,80	<0,001	2,61	1,79-3,81	<0,001	1,46	1,19-1,78	<0,001	
<i>Nicht zuversichtlich</i>																

Fortsetzung nächste Seite

Tab. 7-8 Prädiktoren der Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung (nur Frauen mit vaginaler Geburt und ungeplanter Sectio) (Forts.)

	Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt			Service, Komfort & Sauberkeit			Essen			Zimmeratmosphäre					
	8%	4%	3%	4%	82%	4%	79%	79%	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	
	61% OR <sup>b</sup>	82% OR <sup>b</sup>	79% OR <sup>b</sup>	82% OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.	
<b>Nagelkerke's R<sup>2</sup> (%)<sup>a</sup></b>															
<b>Prozentsatz der Richtigen</b>															
<b>Prädiktor</b>															
<b>Geburtsmodus</b>															
Vaginale Geburt	1,31	1,21		1,21	1,03-1,42	0,001									
Kaiserschnitt															
<b>Alter</b>															
18-30 Jahre															
31-35 Jahre															
> 36 Jahre															
<b>Schulabschluss</b>															
Hauptschule															
Realschule	0,72				0,60-0,85	<0,001									
Gymnasium	0,55				0,46-0,66	<0,001			1,33	1,09-1,62	<0,001				
Universität									1,39	1,14-1,70	<0,001				
<b>Versicherungsstatus</b>															
Gesetzlich															
Privat	0,74				0,62-0,90	<0,001			1,34	1,08-1,68	0,001		0,56	0,47-0,67	<0,001
<b>Parität</b>															
Mehrfgebärende															
Erstgebärende															
<b>Betreuung Schwangerschaft</b>															
Gynäkolog/in	0,69				0,53-0,90	<0,001									
Gynäkolog/in + Hebamme															
Hebamme															
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>															
Ja															
Nein															
<b>Verweildauer</b>															
Genau richtig															
Zu kurz									1,35	1,07-1,69	<0,001		1,50	1,18-1,91	<0,001
Zu lang		1,77			1,40-2,24	<0,001			2,09	1,64-2,67	<0,001		1,71	1,35-2,15	<0,001
<b>Krankenhausgröße</b>															
< 500 Geburten															
500-1000 Geburten	0,78				0,69-0,88	<0,001									
> 1000 Geburten	0,49				0,43-0,56	<0,001									
<b>Subjektive Gesundheit</b>															
Gut															
Beeinträchtigt	1,20				1,08-1,33	<0,001			1,80	1,59-2,03	<0,001		1,36	1,20-1,54	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>															
Zuversichtlich															
Nicht zuversichtlich	1,56				1,28-1,89	<0,001									

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Nagelkerke's R<sup>2</sup>: Anteil der Varianz der abhängigen Variablen, die durch alle unabhängigen Variablen im Modell aufgeklärt wird

<sup>b</sup> adjustierte Odds Ratio (Größe des Einflusses der unabhängigen Variable), Risiko für Unzufriedenheit mit der Betreuungsdimension, adjustiert für Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Versicherungsstatus, Parität, Z. n. Sectio, präpartaler Krankenhausaufenthalt, Geburtsbeginn bei Aufnahme in den Kreißsaal, Verweildauer, Krankenhausröße, Betreuungsperson in der Schwangerschaft, Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs, subjektive Gesundheitseinschätzung, Zuversicht, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen

<sup>c</sup> KI: Konfidenzintervall

### **8.3 Einfluss der Zufriedenheit mit den intra- und postpartalen Betreuungsdimensionen auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung (Forschungsfrage 3)**

Analog zu Forschungsfrage 2 wurde der Einfluss der einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen auf die Gesamtzufriedenheit für zwei Gruppen geprüft: Frauen mit vaginaler Geburt und mit geplanten Kaiserschnitt sowie Frauen mit vaginaler Geburt und mit ungeplantem Kaiserschnitt. Hierfür wurde der Datensatz jeweils anhand der Variablen ‚Hatten Sie eine normale Geburt oder einen Kaiserschnitt?‘ (QM55) und ‚War der Kaiserschnitt schon vor der Geburt geplant?‘ (QM56) gefiltert, sodass für die Analyse der ersten Gruppe ausschließlich Frauen mit vaginaler Geburt oder geplantem Kaiserschnitt in die Analysen in der Stichprobe verblieben und für die Analyse der zweiten Gruppe nur Frauen mit normaler Geburt oder ungeplantem Kaiserschnitt.

Die fünfstufige Skala der Frage nach der Gesamtzufriedenheit als abhängige Variable wurde für die Analyse dichotomisiert, die Ausprägungen ‚Ausgezeichnet‘ und ‚Sehr gut‘ wurden zur Kategorie ‚Zufrieden‘ zusammengefasst, die Ausprägungen ‚Gut‘, ‚Mittelmäßig‘ und ‚Schlecht‘ zur Kategorie ‚Unzufrieden‘, da davon ausgegangen wurde, dass, aufgrund der stärkeren Ausdifferenzierung der Antwortskala am positiven Pol, eine Beurteilung des Gesamtbetreuung als ‚Gut‘ bereits keine optimale Betreuungserfahrung mehr beschreibt.

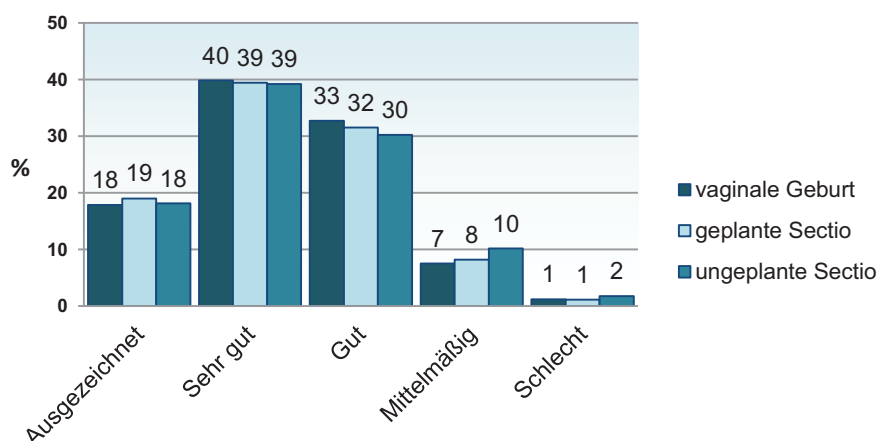
Zunächst erfolgte eine bivariate Analyse der möglichen konfundierenden Variablen mit Blick auf die Aufnahme in das Regressionsmodell. Hierfür wurden Kreuztabellen für die Einflussvariablen erstellt sowie eine Prüfung möglicher Zusammenhänge und der Stärke des Zusammenhangs unter Anwendung des Chi-Quadrat-Tests sowie des Kontingenzkoeffizienten Cramérs V als Maß für die Stärke des Zusammenhangs durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde mit  $\alpha \leq 0,001$  festgelegt. Anschließend wurde mit der Gesamtzufriedenheit als Zielvariable mittels einer binären logistischen Regression der Einfluss der in Frage 1 ermittelten intra- und postpartalen Betreuungsdimensionen auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung im Krankenhaus unter Berücksichtigung der in der bivariaten Analyse signifikanten Variablen berechnet. Es wurden drei separate Regressionsmodelle mit unterschiedlichen Methoden der Aufnahme der Prädiktoren in das Modell berechnet. Zunächst wurden alle Prädiktoren gleichzeitig in das Modell aufgenommen (Einschluss), anschließend erfolgte die Berechnung eines Modells mit der Aufnahme der Prädiktoren über eine Vorwärtsselektion unter Verwendung der Wald-Statistik. In einem dritten Modell wurde die Rückwärtselektion unter Verwendung der Wald-Statistik gewählt. In allen drei Modellen erwiesen sich die gleichen Variablen als unabhängige Prädiktoren der Gesamtzufriedenheit, was für die Robustheit des Modells spricht. Dargestellt werden die Ergebnisse des ersten Modells. Die detaillierten Ergebnisse dieser Regression sowie der beiden weiteren Modelle können Anhang 15 und 17 entnommen werden.

Als mögliche Einflussfaktoren wurden neben den Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen die für die Prüfung der Hypothesen 2.1.A und 2.1.B verwendeten Variablen in Betracht gezogen. Eine Auflistung der in die logistische Regression aufgenommenen Variablen unter Kennzeichnung der Referenzkategorien findet sich in Anhang 7.

### 8.3.1 Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung

Die Mehrzahl der Wöchnerinnen berichtet rückblickend über eine positive intra- und postpartale Betreuungserfahrung. Abb. 8-2 zeigt, dass die Unterschiede in der Gesamteinschätzung zwischen Frauen mit vaginaler Geburt, geplantem Kaiserschnitt und ungeplantem Kaiserschnitt in den Gruppen, die die Betreuung insgesamt als ‚Ausgezeichnet‘ oder ‚Sehr gut‘ beurteilten nicht groß sind. Jeweils 18 % der Frauen mit vaginaler Geburt und geplanter Sectio beantworteten die Frage „Wie beurteilen Sie ihre Betreuung und Behandlung insgesamt?“ mit ‚Ausgezeichnet‘, von den Frauen mit geplantem Kaiserschnitt waren es 19 %. Als ‚Sehr gut‘ bezeichneten 40 % der Frauen mit vaginaler Geburt die Gesamtbetreuung sowie jeweils 39 % der Frauen mit geplantem und ungeplantem Kaiserschnitt. Etwas größere Unterschiede zeigen sich in der Gesamtbeurteilung der Betreuung als ‚Gut‘ bzw. ‚Mittelmäßig‘. Als insgesamt ‚Gut‘ schätzen 33 % der Wöchnerinnen mit vaginaler Geburt ihre Betreuungserfahrung im Krankenhaus ein, verglichen mit 32 % der Frauen mit geplanter Sectio und 30 % der Frauen mit ungeplanter Sectio. Sieben Prozent der Frauen mit vaginaler Geburt berichten über insgesamt mittelmäßige Betreuung, in der Gruppe der Frauen mit geplantem Kaiserschnitt sind es 8 % und von den Frauen mit ungeplantem Kaiserschnitt 10 %. Der Anteil der Frauen mit einer insgesamt schlechten Betreuungserfahrung ist mit je 1 % der Frauen mit vaginaler Geburt und geplanter Sectio sowie 2 % der Frauen mit ungeplanter Sectio gering. Die Unterschiede zwischen den Geburtsmodi erreichen keine statistische Signifikanz.

Abb. 8-2 Gesamtzufriedenheit mit intra- und postpartaler Betreuung nach Geburtsmodus



### 8.3.2 Vaginale Geburt versus geplanter Kaiserschnitt

**Hypothese 3.1.A: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung und dem Geburtsmodus sowie weiteren soziodemografischen, geburtshilflichen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der Wöchnerinnen sowie strukturellen Merkmalen des Krankenhauses.**

Mit Blick auf die Merkmale der Wöchnerin erweist sich die subjektive Gesundheitseinschätzung in der bivariaten Analyse als die Variable mit dem stärksten Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit, wobei Frauen, die ihre Gesundheit als beeinträchtigt einschätzen eher mit der Betreuung insgesamt unzufrieden sind (Tab. 8-9). Ein mangelndes Gefühl der Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen, ist ebenfalls negativ mit der Gesamtzufriedenheit assoziiert. Wöchnerinnen über 31 Jahre, mit universitärem Abschluss, mit einer privaten Krankenversicherung sowie diejenigen, die an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen hatten, gaben eher an, mit der intra- und postpartalen Betreuung zufrieden zu sein. Wöchnerinnen, die ihren Krankenhausaufenthalt als zu kurz oder zu lang empfanden, waren eher unzufrieden verglichen mit Frauen, die ihre Verweildauer als genau richtig beurteilt hatten. Cramér's V als Maß für die Stärke des Zusammenhangs weist auf einen insgesamt schwachen bis sehr schwachen Zusammenhang zwischen den soziodemografischen und anamnestischen Merkmalen der Wöchnerinnen sowie strukturellen Krankenhausmerkmalen und der Gesamtzufriedenheit hin.

Kein signifikanter Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit konnte für die Variablen Familienstand, Parität, Sectio bei einer früheren Geburt sowie präpartaler Krankenhausaufenthalt wegen schwangerschaftsbedingter Komplikationen festgestellt werden. Auch die Situation, ob die Geburt bei Aufnahme in das Krankenhaus bereits begonnen hatte, sowie der aktuelle Geburtsmodus wiesen in der bivariaten Analyse keinen signifikanten Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit der Wöchnerinnen auf, ebenso wenig wie der Zeitpunkt, zu dem die Schwangerenvorsorge aufgenommen wurde, die primäre Betreuungsperson während der Schwangerschaft und die Krankenhausgröße (Anhang 14). Damit ist die Hypothese 3.1.A für 7 der 16 untersuchten Variablen widerlegt.



Tab. 8-9 Zusammenhang Gesamtzufriedenheit und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Unzufrieden (N=5591) N (%)	Zufrieden (N=7827) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
<i>18-30 Jahre</i>	2844 (46)	3558 (54)				
<i>31-35 Jahre</i>	1638 (38)	2681 (62)	0,08	0,83	0,79-0,87	<0,001
<i>&gt; 36 Jahre</i>	995 (37)	1706 (63)	0,08	0,80	0,76-0,85	<0,001
<b>Schulabschluss</b>						
<i>Hauptschule</i>	838 (43)	1105 (57)				
<i>Realschule</i>	1952 (45)	2343 (55)				
<i>Gymnasium</i>	1180 (41)	1664 (59)				
<i>Universität</i>	1370 (36)	2461 (64)	0,07	0,83	0,78-0,89	<0,001
<b>Versicherungsstatus</b>						
<i>Gesetzlich</i>	4455 (43)	5937 (57)				
<i>Privat</i>	492 (36)	860 (64)	0,04	0,85	0,79-0,91	<0,001
<b>Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs</b>						
<i>Ja</i>	3067 (40)	4538 (60)				
<i>Nein</i>	2503 (43)	3264 (57)	0,03	1,08	1,03-1,12	<0,001
<b>Verweildauer</b>						
<i>Genau richtig</i>	4128 (38)	6833 (62)				
<i>Zu kurz</i>	693 (59)	479 (41)	0,13	1,57	1,49-1,57	<0,001
<i>Zu lang</i>	732 (59)	499 (41)	0,13	1,58	1,50-1,66	<0,001
<b>Subjektive Gesundheitseinschätzung</b>						
<i>Gut</i>	2120 (31)	4793 (69)				
<i>Beeinträchtigt</i>	3438 (53)	2995 (47)	0,23	1,74	1,67-1,82	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>						
<i>Zuversichtlich</i>	4752 (40)	7125 (60)				
<i>Nicht zuversichtlich</i>	595 (62)	369 (38)	0,12	1,54	1,46-1,63	<0,001

*Kursiv:* Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

**Hypothese 3.1.B: Die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung hat keinen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit wenn gleichzeitig Geburtsmodus und weitere soziodemografische, geburtshilfliche und gesundheitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen sowie strukturelle Merkmale des Krankenhauses berücksichtigt werden.**

In die Analyse aufgenommen wurden der Geburtsmodus und diejenigen 7 Variablen, die sich in der bivariaten Analyse als signifikant erwiesen hatten. Es waren dies Alter, Schulabschluss, Versicherungsstatus, Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs, Krankenhausverweildauer, subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen. Tab. 8-9 zeigt das Modell der Prädiktoren der Gesamtzufriedenheit. Dargestellt sind ausschließlich die signifikanten Prädiktoren, das Gesamtmodell kann Anhang 15 entnommen werden.

Das Gesamtmodell weist eine erklärte Varianz von 40 % mit einem Gesamtprozentsatz von 74 % richtiger Fälle auf. Damit ist die Modellgüte nach Backhaus noch als gut zu bewerten (Backhaus et al. 2003:447). Die multivariate Analyse zeigt, dass die Betreuung auf der Wochenbettstation maßgeblichen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung im Krankenhaus hat. Unzufriedenheit mit dieser Dimension ist mit einem um den Faktor 12 erhöhten Risiko für eine negative Gesamtbeurteilung der Betreuungserfahrung im Krankenhaus assoziiert. Darüber hinaus sind es die weiteren personenbezogenen Dimensionen sowie die Dimension, die die Ausstattung und Sauberkeit der Wochenstation beschreibt, die einen signifikanten Einfluss darauf haben, ob die Wöchnerinnen mit der Betreuung und Versorgung, die sie während und nach der Geburt in der Klinik erfahren haben, zufrieden sind. Auch die Erfahrungen mit der postpartalen Schmerzlinderung, der Zimmeratmosphäre und dem Essen weisen einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit auf, ihr Einfluss ist jedoch im Vergleich mit den anderen Dimensionen geringer (Tab. 8-10). Von den Merkmalen der Wöchnerinnen und des Krankenhauses erweisen sich die Verweildauer sowie die subjektive Gesundheitseinschätzung und die Zuversicht, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen, als signifikante Prädiktoren für die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung. So sind Frauen, die die Verweildauer als genau richtig beurteilen, die ihren Gesundheitszustand postpartal als gut einschätzten und zuversichtlich waren, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen, mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit mit der Betreuung insgesamt im Krankenhaus zufrieden. Schließlich sind Wöchnerinnen mit einem universitären Abschluss im Vergleich zu Wöchnerinnen mit einem Hauptschulabschluss eher insgesamt zufrieden. Damit ist Hypothese 3.1.B widerlegt.

Tab. 8-10 Prädiktoren der Gesamtzufriedenheit<sup>a</sup>

	OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.
Hebammenbetreuung im Kreißsaal	2,03	1,60-2,58	<0,001
Ärztliche Betreuung	2,93	2,28-3,78	<0,001
Betreuung auf der Wochenbettstation	12,35	8,30-18,37	<0,001
Vorbereitung auf die Zeit zuhause	2,00	1,55-2,46	<0,001
Postpartale Schmerzlinderung	1,70	1,46-1,97	<0,001
Service, Komfort & Sauberkeit	2,26	1,78-2,87	<0,001
Essen	1,34	1,09-1,64	<0,001
Zimmeratmosphäre	1,51	1,24-1,84	<0,001
<b>Subjektive Gesundheitseinschätzung</b>			
<i>Gut</i>			
Beeinträchtigt	1,88	1,62-2,18	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>			
<i>Zuversichtlich</i>			
Nicht zuversichtlich	1,63	1,24-2,14	<0,001
<b>Verweildauer</b>			
<i>Genau richtig</i>			
Zu kurz	1,61	1,26-2,05	<0,001
Zu lang	1,73	1,35-2,23	<0,001
<b>Schulabschluss</b>			<0,001
<i>Hauptschule</i>			
Realschule			
Gymnasium			
Universität	0,72	0,55-0,92	0,001

*Kursiv:* Referenzkategorie

<sup>a</sup> Referenzkategorie: zufriedene Wöchnerinnen

<sup>b</sup> adjustierte Odds Ratio (Größe des Einflusses der unabhängigen Variable), adjustiert für Geburtsmodus, Versicherungsstatus, Alter, Schulabschluss, Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs, Verweildauer, subjektive Gesundheitseinschätzung, Zuversicht, mit dem Kind zurecht zu kommen

<sup>c</sup> KI: Konfidenzintervall

### 8.3.3 Vaginale Geburt versus ungeplanter Kaiserschnitt

**Hypothese 3.2.A: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung und dem Geburtsmodus sowie weiteren soziodemografischen, geburtshilflichen und gesundheitsbezogenen Merkmalen der Wöchnerinnen sowie strukturellen Merkmalen des Krankenhauses.**

Mit Blick auf die Merkmale der Wöchnerin erweist sich die subjektive Gesundheitseinschätzung in der bivariaten Analyse als die Variable mit dem stärksten Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit, wobei Frauen, die ihre Gesundheit als beeinträchtigt einschätzen eher mit der Betreuung insgesamt unzufrieden sind (Tab. 8-11). Ein mangelndes Gefühl der Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen ist ebenfalls negativ mit der Gesamtzufriedenheit assoziiert.

Wöchnerinnen über 31 Jahre, mit universitärem Abschluss sowie diejenigen mit einer privaten Krankenversicherung, gaben eher an, mit der intra- und postpartalen Betreuung zufrieden zu sein, ebenso wie Frauen, die an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen hatten und die eine alternierende Vorsorge durch Hebamme und Gynäkologin bzw. Gynäkologe gewählt hatten. Wöchnerinnen, die ihr Kind in einem Krankenhaus mittlerer

Größe (zwischen 500 und 1000 Geburten) zur Welt brachten und diejenigen, die ihre Verweildauer nach der Geburt als zu kurz oder zu lang empfanden, waren eher unzufrieden verglichen mit Frauen, die in einem kleinen Krankenhaus (unter 500 Geburten) geboren bzw. ihre Verweildauer als genau richtig beurteilt hatten. Das Maß für die Stärke des Zusammenhangs, Cramér's V, weist auf einen insgesamt schwachen bis sehr schwachen Zusammenhang zwischen den soziodemografischen und anamnestischen Merkmalen der Wöchnerinnen sowie strukturellen Krankenhausmerkmalen und der Gesamtzufriedenheit hin.

Tab. 8-11 Zusammenhang Gesamtzufriedenheit und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Unzufrieden (N=5895) N (%)	Zufrieden (N=8186) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	3047 (46)	3607 (54)				
31-35 Jahre	1700 (38)	2783 (62)	0,08	0,83	0,79-0,87	<0,001
> 36 Jahre	1014 (37)	1706 (63)	0,08	0,81	0,77-0,86	<0,001
<b>Schulabschluss</b>						
Hauptschule	916 (45)	1103 (55)				
Realschule	2040 (45)	2456 (55)				
Gymnasium	1224 (41)	1763 (59)				
Universität	1458 (36)	2598 (64)	0,09	0,79	0,74-0,84	<0,001
<b>Versicherungsstatus</b>						
Gesetzlich	4723 (43)	6256 (57)				
Privat	497 (37)	856 (63)	0,04	0,85	0,79-0,92	<0,001
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>						
GynäkologIn	5315 (42)	7283 (58)				
GynäkologIn/Hebamme	217 (36)	394 (64)	0,03	0,84	0,76-0,94	0,001
Hebamme	116 (37)	198 (63)				
<b>Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	3414 (40)	5116 (60)				
Nein	2543 (45)	3038 (55)	0,05	1,12	1,07-1,16	<0,001
<b>Verweildauer</b>						
Genau richtig	4259 (38)	7097 (62)				
Zu kurz	749 (61)	487 (39)	0,14	1,62	1,54-1,70	<0,001
Zu lang	841 (59)	579 (41)	0,14	1,58	1,50-1,66	<0,001
<b>Krankenhausgröße</b>						
< 500 Geburten	1785 (40)	2703 (60)				
500-1000 Geburten	2552 (44)	3229 (56)	0,04	1,11	1,06-1,16	<0,001
> 1000 Geburten	1558 (41)	2254 (59)				
<b>Subjektive Gesundheitseinschätzung</b>						
Gut	2268 (31)	5040 (69)				
Beeinträchtigt	3593 (54)	3108 (46)	0,23	1,73	1,66-1,80	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>						
Zuversichtlich	5000 (40)	7447 (60)				
Nicht zuversichtlich	636 (61)	411 (39)	0,11	1,51	1,43-1,60	<0,001

*Kursiv:* Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Kein signifikanter Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit konnte für die Parameter Familienstand, Parität, Sectio bei einer früheren Geburt sowie präpartaler Krankenhausaufenthalt wegen schwangerschaftsbedingter Komplikationen festgestellt werden. Auch die Situation, ob die Geburt bei Aufnahme in das Krankenhaus bereits begonnen hatte, und der aktuelle Geburtsmodus wiesen in der bivariaten Analyse keinen signifikanten Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit der Wöchnerinnen auf, ebenso wenig wie der Zeitpunkt, zu dem die Schwangerenvorsorge aufgenommen wurde (Anhang 16). Damit ist Hypothese 3.2.A für 9 der 16 untersuchten Variablen widerlegt.

**Hypothese 3.2.B: Die Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung hat keinen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit wenn gleichzeitig Geburtsmodus und weitere soziodemografische, geburtshilfliche und gesundheitsbezogene Merkmale der Wöchnerinnen sowie strukturelle Merkmale des Krankenhauses berücksichtigt werden.**

In die Analyse aufgenommen wurden der Geburtsmodus sowie diejenigen 9 Variablen, die sich in der bivariaten Analyse als signifikant erwiesen hatten. Es waren dies Alter, Schulabschluss, Versicherungsstatus, Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs, Krankenhausverweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und Zuversicht, mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen. Tab. 8-12 zeigt die Prädiktoren der Gesamtzufriedenheit. Dargestellt sind ausschließlich die signifikanten Einflussvariablen, das Gesamtmodell findet sich in Anhang 17.

Das Gesamtmodell weist eine erklärte Varianz von 39 % mit einem Gesamtprozentsatz von 74 % richtiger Fälle auf. Damit ist die Modellgüte nach Backhaus als gut zu bewerten (Backhaus et al. 2003:447). Die multivariate Analyse zeigt, dass die Betreuung auf der Wochenbettstation maßgeblichen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung im Krankenhaus hat. Unzufriedenheit mit dieser Dimension ist mit einem um den Faktor 12 erhöhten Risiko für eine negative Gesamtbeurteilung der Betreuungserfahrung im Krankenhaus assoziiert. Darüber hinaus sind es die weiteren personenbezogenen Dimensionen der Betreuungserfahrung sowie die Dimension, die die Ausstattung und Sauberkeit der Wochenstation beschreibt, die einen signifikanten Einfluss darauf haben, ob die Wöchnerinnen mit der Betreuung und Versorgung, die sie während und nach der Geburt in der Klinik erfahren haben, zufrieden sind. Auch die Erfahrungen mit der postpartalen Schmerzlinderung und der Zimmeratmosphäre weisen einen signifikanten Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit auf, ihr Einfluss ist jedoch im Vergleich mit den anderen Dimensionen geringer. Von den Merkmalen der Wöchnerinnen und des Krankenhauses erwiesen sich die Verweildauer sowie die subjektive Gesundheitseinschätzung und die

Zuversicht, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen als signifikante Prädiktoren für die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung. So sind Frauen, die die Verweildauer als genau richtig beurteilen, die ihren Gesundheitszustand postpartal als gut einschätzten und zuversichtlich waren, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen, mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit mit der Betreuung insgesamt im Krankenhaus zufrieden. Schließlich sind Wöchnerinnen mit einem universitären Abschluss im Vergleich zu Wöchnerinnen mit einem Hauptschulabschluss eher insgesamt zufrieden.

Tab. 8-12 Prädiktoren der Gesamtzufriedenheit<sup>a</sup>

	Exp(b) = OR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	Sig.
Hebammenbetreuung im Kreißaal	2,06	1,62-2,61	<0,001
Ärztliche Betreuung	3,00	2,27-3,83	<0,001
Betreuung auf der Wochenbettstation	12,24	8,26-18,14	<0,001
Vorbereitung auf die Zeit zuhause	1,91	1,51-2,41	<0,001
Postpartale Schmerzlinderung	1,72	1,48-1,99	<0,001
Service, Komfort & Sauberkeit	2,16	1,70-2,75	<0,001
Zimmeratmosphäre	1,43	1,18-1,74	<0,001
<b>Subjektive Gesundheitseinschätzung</b>			
<i>Gut</i>			
Beeinträchtigt	1,82	1,57-2,18	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>			
<i>Zuversichtlich</i>			
Nicht zuversichtlich	1,50	1,16-1,95	<0,001
<b>Verweildauer</b>			
<i>Genau richtig</i>			
Zu kurz	1,78	1,40-2,26	
Zu lang	1,87	1,48-2,36	<0,001
<b>Schulabschluss</b>			<0,001
<i>Hauptschule</i>			
Realschule			
Gymnasium			
Universität	0,63	0,49-0,81	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Referenzkategorie: zufriedene Wöchnerinnen

<sup>b</sup> adjustierte Odds Ratio (Größe des Einflusses der unabhängigen Variable), adjustiert für Geburtsmodus, Versicherungsstatus, Alter, Schulabschluss, Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs, Betreuungsperson in der Schwangerschaft, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheitseinschätzung, Zuversicht, mit dem Kind zurecht zu kommen

<sup>c</sup> KI: Konfidenzintervall

## 9 Diskussion

### 9.1 Dimensionen der Betreuungserfahrung

Insgesamt wurden in der vorliegenden Analyse **neun separate Themenbereiche** der Zufriedenheit mit der geburtshilflichen Betreuung im Krankenhaus ermittelt, was die mehrheitlich vertretene These von Zufriedenheit als einem multidimensionalen Konstrukt stützt (Bramadat & Driedger 1993; Waldenström & Rudman 2008; Ware et al. 1983). Fünf dieser Dimensionen fokussieren auf die Beziehung zu und die Interaktion mit den betreuenden Fachkräften, die weiteren beschreiben Erfahrungen mit den Service- und Hotelaspekten sowie organisatorischen Rahmenbedingungen des Krankenhauses. Verschiedene andere Untersuchungen konnten diese Themen ebenfalls als konstituierend für die Zufriedenheit mit der Betreuungserfahrung im Krankenhaus ermitteln (Cleary et al. 1993; Janssen et al. 2006; Sofaer et al. 2005). Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse zeigen, dass die Interaktion mit und die Beziehung zu den betreuenden Fachkräften die wesentlichen Dimensionen der Betreuungserfahrung darstellen. Mit insgesamt 27 % macht der Anteil der Dimensionen Hebammenbetreuung im Kreißsaal, Betreuung auf der Wochenbettstation, Ärztliche Betreuung, Vorbereitung auf die erste Zeit zuhause und Postpartale Schmerzlinderung an der durch alle Dimensionen erklärten Gesamtvarianz von 42% mehr als die Hälfte aus. Auch in der Arbeit von Janssen und Kolleginnen waren die personenbezogenen Themenbereiche diejenigen mit dem höchsten Erklärungswert (Janssen et al. 2006).

Der **inhaltliche Schwerpunkt** der auf die **intrapartale Betreuung** fokussierenden Dimension Hebammenbetreuung im Kreißsaal sowie der Dimension Ärztliche Betreuung liegt auf Aspekten der sozialen Unterstützung und Förderung der externen Kontrolle, die in der Literatur als wichtige Elemente der Zufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung ausgewiesen sind. So kommt Hodnett in einem systematischen Review zur Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung und -betreuung mit einem Schwerpunkt auf der Bedeutung von Schmerz und Schmerzlinderung ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die soziale Unterstützung und die Einbindung in Entscheidungsprozesse durch die betreuenden Hebammen, geburtshilfliche Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie die Qualität der Beziehung zu diesen Personen die maßgeblichen Dimensionen der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung darstellen (Hodnett 2002). Dencker et al. (Dencker et al. 2010) ermittelten im Rahmen der Entwicklung eines Fragebogens zu intrapartalen Betreuungszufriedenheit die professionelle Unterstützung als eine der entscheidenden Dimensionen. Inhaltlich umfasst diese mit einer zeitlich individuell angepassten, empathischen Betreuung und Vertrauen in die menschlichen

und fachlichen Fähigkeiten der Hebamme ebenfalls sowohl Aspekte der sozialen Unterstützung als auch solche, die das Gefühl der externen Kontrolle unterstützen, wie die Information über Geburtsfortschritt und -verlauf sowie die Einbindung des Partners. Die ärztliche Betreuung findet in dieser schwedischen Untersuchung keine Berücksichtigung, was vor dem Hintergrund der Studien-Einschlusskriterien (Low-Risk-Erstgebärende) und der Organisationsstruktur des schwedischen Betreuungssystems, in dem bei der Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen keine Ärztin bzw. Arzt in die Geburtsbetreuung involviert ist (Waldenström et al. 2006), erklärlich ist. Die Dimension Ärztliche Betreuung der vorliegenden Arbeit lässt sich aufgrund des Fragebogenaufbaus nicht eindeutig der intra- oder postpartalen Betreuung zuordnen. Angesichts der stärkeren Präsenz von Ärztinnen und Ärzten im Kreißaal im Vergleich zur Wochenbettstation (vgl. Abschnitt 2.2) erscheint es gerechtfertigt, sie zunächst v.a. als intrapartale Dimension zu interpretieren, wenn auch nicht ausschließlich. Sie hat von allen personenbezogenen Dimensionen die geringste Erklärungskraft, wenngleich der Anteil der erklärten Gesamtvarianz nur wenig unter der der anderen Dimensionen liegt. Dies scheint vor dem Hintergrund erklärlich, dass der überwiegende Teil der Daten (71 %) von Frauen mit vaginaler Geburt am Termin stammt, und so davon ausgegangen werden kann, dass die Hauptbezugsperson während der Geburt die betreuende Hebamme war.

Vor dem Hintergrund der Bedeutsamkeit und Intensität des Geburtserlebnisses ließe sich fragen, warum der Dimension Hebammenbetreuung im Kreißaal in dem Modell der vorliegenden Untersuchung nur in etwa der gleiche Erklärungswert beikommt wie den Dimensionen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Betreuung auf der Wochenbettstation. Verschiedene Autorinnen konnten zeigen, dass die Art und Weise, wie der persönliche Anteil der Gebärenden an der physischen und mentalen Bewältigung des Geburtsgeschehens erlebt wird, Einfluss auf die Evaluation der Betreuungserfahrung nehmen kann (Green & Baston 2003; Rudman et al. 2007b; Waldenström 1999). In der Untersuchung von Dencker et al. (Dencker et al. 2010) erwies sich subjektive Wahrnehmung des eigenen Verhaltens und der eigenen Gefühle während der Geburt einschließlich der Schmerzerfahrung als die Dimension mit der höchsten Erklärungskraft, ähnliches gilt für die Studie von Christiaens und Bracke, in der die Dimension der Zufriedenheit mit dem persönlichen Anteil an der Bewältigung des Geburtsgeschehens ebenfalls den größten Teil der Varianz der Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung und –betreuung erklärte im Vergleich zu weiteren Dimensionen wie z. B. der Betreuung durch die Hebamme, die ärztliche Betreuung oder die Unterstützung durch den Partner (Christiaens & Bracke 2007). Entsprechende Aspekte wurden für den in der vorliegenden Untersuchung analysierten Datensatz nicht erfasst, was die Erklärungskraft dieser Dimension geschmälert haben könnte.



Der **inhaltliche Schwerpunkt** der auf die **postpartale Betreuung** fokussierende Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause liegt auf Informationen zu Ernährung und Gesundheit des Kindes, zu mütterlichen Anpassungsprozessen sowie zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten, die Dimension Betreuung auf der Wochenbettstation konstituiert sich inhaltlich mehrheitlich aus Aspekten der sozialen Unterstützung. In einer Untersuchung von Janssen und Kolleginnen zur Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Zufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung (Janssen et al. 2006) konnten die Interaktion mit und Unterstützung durch die Pflegekräfte auf der Wochenbettstation sowie die Informationen hinsichtlich wochenbettelevanter Themen ebenfalls als separate Dimensionen ermittelt werden. Beide erwiesen sich als diejenigen mit dem höchsten Erklärungswert in dem vorgelegten Modell. Neben weiteren ermittelten auch sie eine Dimension Betreuung im Kreißsaal, deren im Vergleich zur vorliegenden Arbeit deutlich geringerer Erklärungswert jedoch möglicherweise auf die geringe Itemzahl (n=3) zurückzuführen ist. Eine qualitative Arbeit, in der die kritischen Antworten von 150 Wöchnerinnen auf eine offene Frage in einer schwedischen Beobachtungsstudie analysiert wurden (Rudman & Waldenström 2007), waren es ebenfalls das Verhalten und Einstellung der Fachkräfte, die Information zur Gesundheit und Pflege des Neugeborenen, die Stillunterstützung und die Organisation der Wochenbettstation, die am häufigsten thematisiert wurden, was darauf hindeutet, dass diese Themen für die Wöchnerinnen von hoher Bedeutung für ihre Zufriedenheit mit der Betreuung sind. Insgesamt ist die Evidenzlage zu den Dimensionen der Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuung nach wie vor jedoch wenig umfangreich.

Interessant ist, dass die **postpartale Schmerzlinderung** in der vorliegenden Untersuchung eine separate Dimension bildet. Die in diese Dimension eingehenden Fragen zur postpartalen Schmerzlinderung weisen, im Gegensatz zu den Fragen zur intrapartalen Schmerzlinderung, die der Dimension Hebammenbetreuung im Kreißsaal zugeordnet sind, keine nennenswerte Faktorladung und damit keine Korrelation mit den Dimensionen Betreuung auf der Wochenbettstation oder Ärztliche Betreuung auf. In den verfügbaren Untersuchungen, in denen Dimensionen oder Prädiktoren der postpartalen Betreuungszufriedenheit analysiert wurden, wurde der Aspekt der postpartalen Schmerzlinderung nicht separat erfasst (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006), sodass hier kein Vergleich mit der Literatur vorgenommen werden kann. Einen Hinweis, dass dieses Thema für die Wöchnerinnen relevant ist, geben zwei qualitative Untersuchungen zur Zufriedenheit mit der postpartalen klinischen Betreuung, in denen die mangelnde Beachtung der Linderung von Schmerzen nach der Geburt ebenfalls als Kritikpunkt von den Frauen benannt wurde (Forster et al. 2008; Rudman & Waldenström 2007). In einer prospektiven multizentrischen Längsschnittstudie zeigte sich, dass fast alle Frauen 36 Stunden nach der

Geburt Schmerzen angaben, starke akute Schmerzen hatten 11 % der Wöchnerinnen (Eisenach et al. 2008). Die Autorinnen und Autoren zeigten darüber hinaus, dass die empfundene Intensität der Schmerzen in den ersten Stunden nach der Geburt ein unabhängiger Prädiktor für persistierende Schmerzen und das Auftreten einer postpartalen Depression 8 Wochen nach der Geburt darstellt. Angesichts der Häufigkeit, mit der Frauen in den ersten Tagen nach der Geburt Schmerzen angeben, und den damit verbundenen Einschränkungen und Risiken für die mittel- und langfristige Gesundheit der Mutter, stellt sich die Frage, warum diesem Thema in der Forschung keine größere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die **weiteren Dimensionen** beziehen sich ebenfalls auf die Zeit nach der Geburt und umfassen Service, Ausstattung & Sauberkeit, Essen, Zimmeratmosphäre sowie die Rahmenbedingungen des Mutter-Kind-Kontakts. Ihr Anteil an der erklärten Gesamtvarianz ist mit Ausnahme der erstgenannten Dimension vergleichsweise gering. Nur sehr wenige Untersuchungen haben im Zusammenhang mit der Zufriedenheit neben Betreuungsaspekten auch Hotelaspekte untersucht. In der Arbeit von Séguin et al., die sich ausschließlich auf die Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung konzentrierte, bildete die Ausstattung des Kreißsaals ebenfalls eine eigene Dimension, ihr Erklärungswert für das Gesamtmodell wird nicht berichtet (Seguin et al. 1989).

Insgesamt zeigt sich eine **hohe Zufriedenheit** insbesondere mit den personenbezogenen Dimensionen. Die diesbezüglich in der Literatur diskutierten Gründe einer tatsächlich hohen Zufriedenheit bzw. verzerrender Einflüsse wie des Glücks über die Geburt eines gesunden Kindes und der Erleichterung, die Geburt überstanden zu haben (Halo-Effekt) (Rudman et al. 2007b; Waldenström et al. 1996), Effekte der Assimilation von Erwartung und Erfahrung (Bramadat & Driedger 1993), Effekte der sozialen Erwünschtheit oder Dankbarkeitseffekte (Crow et al. 2002; van Teijlingen et al. 2003) sind gleichermaßen als Gründe für die zu beobachtenden Deckeneffekte in der vorliegenden Arbeit in Betracht zu ziehen. Gleichwohl wurde über das Design der postalischen Befragung mit zwei Erinnerungen versucht, diese Effekte zu minimieren, da es durch Gewährleistungen einer maximalen Anonymität, einer besseren Situationssegregation sowie das Erreichen kritischerer Teilnehmer durch zwei Nachfassaktionen zu einer höheren Kritiksensitivität beiträgt (vgl. hierzu Abschnitt 7.1). Eine weitere Erklärungsmöglichkeit stellen die Ergebnisse von Williams et al. dar, die argumentieren, dass Zufriedenheitswerte durch Ansichten über das, was nach Ansicht von Patientinnen und Patienten die eigentliche Aufgabe der Fachkräfte darstellt und das, was an Betreuungsqualität angesichts der jeweiligen Rahmenbedingungen für die Fachkräfte möglich ist, beeinflusst werden. Denkbar ist, dass insbesondere die emotionale Betreuung sowie Information und Partizipation, die die inhaltlichen Schwerpunkte der Dimension

Ärztliche Betreuung darstellen, weniger als die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte betrachtet werden, sondern vielmehr als die Aufgabe der Hebammen im Kreißaal sowie der Pflegekräfte und Hebammen auf der Wochenbettstation darstellt, und die Wöchnerinnen sich trotz einer möglicherweise unzureichenden emotionalen Betreuung dennoch zufrieden mit der ärztlichen Betreuung äußern. Gleichmaßen könnte vor dem Hintergrund eines hohen Geburtenaufkommens oder einer Personalknappheit die Betreuung im Kreißaal oder auf der Wochenbettstation positiv beurteilt werden, obwohl sich die Frauen eine bessere Unterstützung, Zuwendung und/oder Information gewünscht hätten, sie aber unter den gegebenen Umständen nicht für realisierbar hielten. Die geringeren Deckeneffekte bei den eher personenfernen Dimensionen sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die genannten verzerrenden Effekte hier nicht gleichermaßen zum Tragen kommen wie bei der Beurteilung der betreuenden Fachkräfte.

Das Ergebnis einer hohen Zufriedenheit mit den betreuenden Fachkräften findet sich ebenfalls in anderen Arbeiten. Christiaens und Bracke erfassten die Zufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung mittels der *Mackey Satisfaction with Childbirth Rating Scale*, die die Zufriedenheit über sechs separate Skalen erfasst, von denen je eine die Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Hebamme sowie durch die Ärztinnen und Ärzte erfasst. Die Summenscores der Dimensionen sind aufgrund unterschiedlicher Skalierungen der konstituierenden Items nicht direkt mit denen der vorliegenden Arbeit vergleichbar, die Schiefe der Skalen als Ausdruck der Verteilung der Skalenwerte ist jedoch sowohl für die Dimension Hebammenbetreuung (Schiefe=1,9 vs. 1,7 in der vorliegenden Untersuchung) als auch für die Dimension Ärztliche Betreuung sehr ähnlich (Schiefe=1,3 vs 1,2) (Christiaens & Bracke 2007). Goodman et al., die das gleiche Instrument verwendeten wie Christiaens und Bracke, weisen keine Werte für die Schiefe der Skalen aus, die verfügbaren Mittelwerte weisen jedoch ebenfalls auf eine sehr positive Bewertung dieser beiden Dimension hin (Hebammenbetreuung: 40,4 auf einer Skala von 0-45, Ärztliche Betreuung: 35,2 auf einer Skala von 0-40) (Goodman et al. 2004). In einer kanadischen Publikation zur Entwicklung eines Fragebogens zur Zufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung weist die Skala Postpartale Betreuung durch Pflegekräfte einen Mittelwert 36,7 auf einer Skala von 1-40 auf, was, in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, auf eine hohe Zufriedenheit auch mit dieser personenbezogenen Dimensionen hinweist. Die Zufriedenheit mit Zimmerausstattung und Essen zeigt, wie in der vorliegenden Arbeit, einen weniger stark ausgeprägten Deckeneffekt, der Mittelwert dieser Skala liegt bei 27 auf einer Skala von 1-35 (Janssen et al. 2006).

Eine auffällige **Ausnahme von der hohen Zufriedenheit** mit den personenbezogenen Dimensionen stellt die **Vorbereitung auf die Entlassung** dar. Vergleichbares lässt sich auch im akutstationären Bereich beobachten (Stahl et al. 2012). Denkbar ist, dass durch die

traditionell stark ausgeprägte sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen die Zeit nach der Entlassung nicht im Fokus des Krankenhauspersonals steht, ggf. sogar die Kenntnis über für diese Zeit relevante Beratungsinhalte fehlt. Durch den rechtlichen Anspruch der Wöchnerinnen auf die häusliche Nachbetreuung wird dieser Effekt im Bereich der Geburtshilfe möglicherweise noch verstärkt, wenn seitens des Krankenhauspersonals davon ausgegangen wird, dass diese Informations- und Beratungsleistungen von der nachbetreuenden Hebamme zu übernehmen sind. Tatsächlich wurde in der vorliegenden Untersuchung mit 80 % der Frauen besprochen, ob eine ambulante Nachbetreuung durch eine Hebamme stattfinden soll, insgesamt 85 % der Wöchnerinnen hatten dieses Versorgungsangebot in Anspruch genommen. Nur knapp 2 % hätten sich einen solchen Besuch gewünscht ohne ihn gehabt zu haben, 13 % hatten von sich aus darauf verzichtet. Gleichwohl ist bei diesen Zahlen zu bedenken, dass in der vorliegenden Stichprobe vulnerable Gruppen, wie beispielsweise Minderjährige oder Frauen mit niedrigem Bildungshintergrund, in denen der Anteil der Inanspruchnahme häuslicher Nachsorge geringer vermutet wird (Stahl 2007), unterrepräsentiert sind, sodass nicht davon ausgegangen werden kann, dass krankenseitige Informations- und Beratungsdefizite in der ambulanten Versorgung weitgehend aufgefangen werden. Ein weiterer Grund könnte in der stetig abnehmenden Verweildauer zu suchen sein, die im Zeitraum 2000 bis 2010 nach einer Spontangeburt von durchschnittlich 4,6 auf 3 Tage, nach Kaiserschnittgeburt von 9,2 auf 5,5 Tage sank (Statistisches Bundesamt 2010c). In der Praxis bedeutet dieser Rückgang, dass für die Beratung und Information weniger Zeit zur Verfügung steht. Schließlich könnte noch der Erhebungszeitpunkt eine Rolle spielen. Die Frauen füllten den Fragebogen zwischen 8 und 16 Wochen nach der Geburt aus, d. h. zu einem Zeitpunkt, zu dem körperliche oder psychische Beschwerden, Stillprobleme oder andere Schwierigkeiten, die eine Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten und des Wohlbefindens bedeuten, sehr prominent sein können (Schäfers 2011; Schytt et al. 2005; Thompson et al. 2002), und auf die sich die Frauen nicht adäquat vorbereitet fühlten (Kline et al. 1998; Nolan 1998). Möglicherweise stehen die Wöchnerinnen in dieser Situation unter dem Eindruck, dass eine bessere Beratung oder Unterstützung während des stationären Aufenthaltes zu einer besseren Bewältigung der aktuellen Situation hätte beitragen können. Mit Blick auf das Stillen gaben in der vorliegenden Untersuchung über die Hälfte der Frauen (55 %), deren Kinder zum Erhebungszeitpunkt ausschließlich Flaschennahrung bekamen (28 %), an, dass sie das Stillen aufgeben mussten, obwohl sie gerne weitergestillt hätten. Inwieweit eine mangelnde Stillberatung und -unterstützung oder die nach wie vor häufig anzutreffende Praxis der Zufütterung reifer Neugeborener in den ersten drei Lebenstagen (Kersting & Dulon 2001) im Krankenhaus für diese Situation mit verantwortlich gemacht werden können,

lässt sich aus diesen Angaben nicht ablesen, dennoch ist bekannt, dass suboptimale Startbedingungen die Dauer des erfolgreichen Stillens beeinflussen (Fairbank et al. 2000).

Schließlich zeigt sich bei der Betrachtung der Dimensionen eine Tendenz zu einer **positiveren Beurteilung der intrapartalen im Vergleich zur postpartalen Betreuung**, ein Ergebnis, dass durch internationale Untersuchungen gestützt wird. In einem australischen Survey, in dem 1616 Frauen zur intra- und postpartalen Betreuung befragt wurden, beurteilten 72 % die Betreuung während der Geburt als „sehr gut“ verglichen mit 51 %, die die Betreuung nach der Geburt als „sehr gut“ einschätzten (Brown et al. 2005). Waldenström und Kolleginnen fanden in einer schwedischen Untersuchung eine insgesamt niedrigere Betreuungszufriedenheit bei den 2686 befragten Frauen, die Unterschiede zwischen vor- und nachgeburtlicher Betreuung wiesen jedoch in die gleiche Richtung: 53 % stufen die intrapartale Betreuung als sehr positiv ein verglichen mit 35 %, die die postpartale Betreuung entsprechend beurteilten (Waldenström et al. 2006). Insbesondere wünschten sich die Frauen mehr praktische Unterstützung beim Stillen, Zuspruch und Ermutigung sowie mehr Zeit für die eigenen Fragen und Sorgen. Als mögliche Erklärung wird die zunehmend kürzere Verweildauer angeführt, in der nicht ausreichend Zeit für eine umfassende Unterstützung und Beratung in dieser sensiblen und mit vielen Veränderungen und Anpassungsleistungen sowohl seitens der Mutter als auch des Neugeborenen verbundenen Zeit möglich ist (ebd.). Gleichwohl ist denkbar, dass, insbesondere wenn die Wöchnerinnen sich nicht ausreichend vorbereitet fühlen (Kline et al. 1998), der Unterstützungs- und Beratungsbedarf im frühen Wochenbett so groß ist, dass die postpartale Betreuung auch bei längerer Verweildauer kritischer beurteilt wird (Waldenström et al. 2006). Eine weitere Erklärung wird in dem geringeren ‚Prestige‘ vermutet, dass der klinischen Wochenbettbetreuung im Vergleich zur intrapartalen Betreuung von den Fachkräften beigemessen wird und dazu führt, dass ihr nicht die gleiche Priorität beigemessen wird (Rudman et al. 2007a) (Polleit 2003:193). Insgesamt ist aber der Hinweis von Waldenström und Kolleginnen (Waldenström et al. 2006) zu bedenken, nämlich dass intrapartale und postpartale Betreuung nur bedingt vergleichbar sind, da die intrapartale Betreuung in einer akuten und potenziell lebensbedrohlichen Situation stattfindet und Dankbarkeitseffekte für den guten Ausgang die Bewertung überlagern können, ebenso wie die Erleichterung, ‚es geschafft zu haben‘. Der Charakter der postnatalen Betreuung hingegen ist diffuser, der emotionale Zustand der Wöchnerin ist ein anderer und die Erinnerung an die eigene Erschöpfung sowie die neuen Anforderungen der Mutterschaft können die Beurteilung beeinflussen.

## **9.2 Einfluss des Geburtsmodus auf die Zufriedenheit mit den Dimensionen der intra- und postpartalen Betreuung**

Die Zufriedenheit mit den verschiedenen Themenbereichen der Betreuungszufriedenheit wurde in der vorliegenden Arbeit mittels separater Skalen analysiert, die einzelne Aspekte der jeweiligen Betreuungsdimension umfassten und deren Gesamtwert sich aus dem Mittelwert der Einzelitems ergibt. Eine Erfassung in dieser Form entspricht der multidimensionalen Natur der Zufriedenheit und es wird davon ausgegangen, dass sie eher in der Lage ist, die tatsächliche Betreuungserfahrung wiederzugeben und Verbesserungspotenzial aufzudecken als ein über eine Einzelfrage erhobenes Gesamturteil, dessen Aussagekraft nicht zuletzt durch hohe Deckeneffekte eingeschränkt ist (Sitzia & Wood 1997; Ware et al. 1983). Die These der differenzierten Aussagekraft wird einerseits gestützt durch die unterschiedlich hohen Zufriedenheitswerte der einzelnen Skalen, andererseits zeigen sich jedoch auch hier speziell bei den personenbezogenen Dimensionen, die insbesondere die Beziehungsaspekte der Interaktion abbilden, deutliche Deckeneffekte. Dieser Befund deutet darauf hin, dass letztlich die in der Literatur diskutierten verzerrenden Einflüsse wie der Halo-Effekt (Rudman et al. 2007b; Waldenström et al. 1996), Effekte der Assimilation von Erwartung und Erfahrung (Bramadat & Driedger 1993), der sozialen Erwünschtheit, Dankbarkeitseffekte (Crow et al. 2002; van Teijlingen et al. 2003) oder der von Williams et al. beschriebenen modifizierenden Effekte dessen, was als Pflicht bzw. kausal den Fachkräften attributierbar angesehen wird (Williams et al. 1998) auch bei differenzierterer Erfassung nicht auszuschließen sind. In der Mehrzahl der verfügbaren Studien zur Zufriedenheit mit der Betreuung während und nach der Geburt wurden unterschiedliche Einflussfaktoren, einschließlich betreuungsbezogener Faktoren wie Unterstützung, Information oder Einbindung in Entscheidungsprozesse, auf die über eine Einzelfrage erfasste Gesamtzufriedenheit geprüft (z. B. Baston et al. 2008; Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1994; Brown & Lumley 1998a; Schytt et al. 2008; van Teijlingen et al. 2003; Waldenström et al. 2006), nur wenige Untersuchungen evaluierten die einzelnen Aspekte der Betreuungserfahrung anhand separater Skalen (Christiaens & Bracke 2007; Goodman et al. 2004; Janssen et al. 2006). Waldenström und Kolleginnen verglichen die Ergebnisse ihrer Analyse zu den Risikofaktoren einer negativen intrapartalen Betreuungserfahrung auf Basis eines Einzelitems mit denen einer aus sieben Items bestehenden Skala und berichten über vergleichbare Ergebnisse (Waldenström et al. 2006). In der folgenden Diskussion werden daher nicht ausschließlich Studienergebnisse aus den anhand einer Skala evaluierten Betreuungserfahrungen herangezogen.

Eine zentrale Frage in der vorliegenden Arbeit war die nach dem **Einfluss des Geburtsmodus** auf die intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen. Insgesamt sind die Unterschiede in der Zufriedenheit mit den einzelnen Dimensionen zwischen den beiden untersuchten Populationen (Frauen mit vaginaler bzw. geplanter Sectio und Frauen mit vaginaler Geburt bzw. ungeplanter Sectio) nicht sehr groß, dennoch zeigen sich Differenzen in Abhängigkeit vom Geburtsmodus, mit einem Trend hin zu einer kritischeren Beurteilung durch Frauen mit ungeplantem Kaiserschnitt, der jedoch nicht in allen Dimensionen statistische Signifikanz erreichte. Die in der bivariaten Analyse festgestellten Unterschiede blieben auch in der multivariaten Analyse weitgehend bestehen und werden daher im Folgenden in diesem Zusammenhang diskutiert.

Die Hypothese des fehlenden Zusammenhangs zwischen Geburtsmodus und Zufriedenheit mit den Dimensionen der Betreuungserfahrung bei gleichzeitiger Berücksichtigung weiterer Merkmale der Wöchnerinnen und des Krankenhauses konnte insbesondere für die Dimensionen der intrapartalen Betreuung sowie der postpartalen Schmerzlinderung in beiden Gruppen widerlegt werden. Mit Blick auf die **intrapartale Betreuung** zeigte sich, dass Frauen mit ungeplantem Kaiserschnitt ein um 50 % höheres Risiko haben mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal unzufrieden zu sein verglichen mit Frauen mit vaginaler Geburt (OR 1,5; 99 % KI 1,26-1,87). Die Enttäuschung darüber, dass die Geburt nicht den ursprünglichen Erwartungen entsprechend verlaufen ist, oder auch die Angst um das Kind oder die eigene Gesundheit in einer als bedrohlich erlebten Situation, könnten dazu beigetragen haben, dass Frauen mit ungeplantem Kaiserschnitt die Betreuung während der Geburt negativer beurteilen als Frauen mit vaginaler Geburt. In einer niederländischen Untersuchung erwies sich der Umstand, dass der Geburtsverlauf nicht den Erwartungen entsprach, als ein wichtiger Prädiktor für die Zufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung insgesamt, aber auch für die Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung im Speziellen (Christiaens & Bracke 2007). Die Ergebnisse zweier qualitativer Studien deuten gleichwohl darauf hin, dass über eine negative Erfahrung vor allem dann berichtet wurde, wenn die aufkommende Panik in der Konfrontation mit der unerwarteten Situation und die Angst um das Kind durch ineffiziente Kommunikation und mangelnde Sensibilität des betreuenden Fachpersonals nicht aufgefangen oder sogar noch verstärkt wurden (Porter et al. 2007) und dass die Enttäuschung, keine normale Geburt gehabt zu haben, durch eine einfühlsame Betreuung während der Geburt aufgefangen werden kann (Redshaw & Hockley 2010). In diesem Zusammenhang stimmt der Befund einer Befragung von mehr als 1300 Frauen mit Kaiserschnittgeburt nachdenklich, von denen 42 % der Aussage zugestimmt hatten, dass mit einer besseren Betreuung während der Geburt mehr Frauen vaginal gebären könnten. Die Autorinnen interpretieren dies dahingehend, dass Frauen mit sekundärer Sectio die intrapartale Betreuung als

unzureichend empfinden (Lutz & Kolip 2006). Gleichzeitig ist aus verschiedenen Untersuchungen bekannt, dass eine mangelnde Unterstützung während der Geburt mit höheren Interventionsraten einhergeht (Hodnett et al. 2011) und dass der Einsatz von Interventionen wie einer Periduralanästhesie (PDA) oder pharmakologischer Wehenunterstützung häufiger weitere Interventionen wie eine vaginal-operative Geburt mit Episiotomie oder einen Kaiserschnitt nach sich zieht (Roberts et al. 2000). Vor diesem Hintergrund könnte das in der vorliegenden Arbeit ermittelte höhere Unzufriedenheitsrisiko von Frauen mit ungeplantem Kaiserschnitt hinsichtlich der Hebammenbetreuung im Kreißaal auch als ein Zeichen einer unzureichenden Unterstützung interpretiert werden, in deren Folge verstärkt pharmakologische schmerzlindernde Maßnahmen erforderlich werden, die wiederum weitere Interventionen nach sich ziehen und an deren Ende letztlich eine Geburt per Kaiserschnitt steht. Eine weitere mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang könnte sein, dass die Komplikationen, die letztlich zum Kaiserschnitt geführt haben, mit stärkeren Schmerzen und vermehrten Interventionen verbunden waren, was wiederum als so negativ erlebt wurde, dass sie zu mehr Unzufriedenheit auch mit der Betreuung führen. So konnten Brown und Lumley (Brown & Lumley 1994) zeigen, dass eine zunehmende Anzahl an Interventionen eng mit einer unerwartet hohen Schmerzintensität korreliert und zu mehr Unzufriedenheit mit der Betreuung beiträgt. Auch in der Untersuchung von Christiaens und Bracke sank die Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung mit einer zunehmenden Zahl an Interventionen (Christiaens & Bracke 2007). Allerdings wurden Interventionen in der vorliegenden Analyse nicht explizit erhoben, womit eine genauere Überprüfung dieser Interpretation anhand der verfügbaren Daten nicht möglich ist.

In der Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt bzw. geplantem Kaiserschnitt zeigte sich kein Unterschied in der Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Hebammen im Kreißaal. Hier könnte der Umstand eine Rolle spielen, dass der Kaiserschnitt in der Regel nicht aus einer kurzfristig und unerwartet entstandenen und oft als bedrohlich erlebten Situation heraus durchgeführt wird, und eine emotionale Anpassung an den Geburtsweg und -verlauf bereits im Vorfeld geschehen kann, was die nachträgliche Identifikation erleichtert (Bodden-Heidrich 1999 in (Hellmers 2005:241)). Die verfügbare Literatur zur Zufriedenheit von Frauen mit vaginaler Geburt bzw. geplantem Kaiserschnitt ist uneinheitlich. In zwei Arbeiten wurde kein Unterschied in der Gesamtzufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung zwischen Frauen mit geplanter Sectio und Frauen mit Spontangeburt festgestellt (Rijnders et al. 2008; Waldenström et al. 2004). Der Umstand, dass die Daten der vorliegenden Arbeit keine Differenzierung zwischen Spontangeburt und vaginal-operativer Geburt zulassen, erschwert jedoch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, da Frauen mit vaginal-operativer Geburt in beiden genannten Untersuchungen eine negativere Betreuungserfahrung angaben. Darüber



hinaus ist zu bedenken, dass in diesen Arbeiten der Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit untersucht wurde, nicht ausschließlich auf die Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung. Damit fließt in diese Ergebnisse auch die Zufriedenheit mit weiteren betreuenden Berufsgruppen ein, auch wenn dies überwiegend auf Frauen mit einem geplanten Kaiserschnitt zutreffen dürfte, da in Schweden und den Niederlanden bei unkomplizierten Spontangeburt in der Regel keine Ärztin oder Arzt involviert ist (Baston et al. 2008; Schücking 2010). In zwei weiteren Arbeiten zeigte sich eine höhere Zufriedenheit nach vaginaler Geburt (Chalmers et al. 2010; Waldenström et al. 1996). Allerdings lag der Schwerpunkt in der schwedischen Arbeit von Waldenström und Kolleginnen auf der Geburtserfahrung, in der kanadischen Untersuchung von Chalmers et al. wurde nicht nach geplanter und ungeplanter Sectio differenziert, sodass auch hier die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. In einer australischen Arbeit zur intrapartalen Betreuungszufriedenheit wiederum erwies sich der Geburtsmodus nicht als signifikanter Prädiktor (Brown & Lumley 1998a).

Während hinsichtlich der Hebammenbetreuung im Kreißaal kein Unterschied in der Zufriedenheit festgestellt werden konnte, sind Frauen mit geplantem Kaiserschnitt eher mit der Dimension Ärztliche Betreuung zufrieden als Frauen mit vaginaler Geburt (OR 0,72, 99 % KI 0,60-0,68). Die Ärztliche Betreuung wurde in den verfügbaren Studien zum Zusammenhang zwischen Betreuungszufriedenheit und Geburtsmodus nicht separat untersucht, was den Vergleich mit der Literatur erschwert. Arbeiten, in denen ebenfalls eine höhere Zufriedenheit bei geplanter Sectio ermittelt wurde, hatten durchweg die Geburts- jedoch nicht die Betreuungserfahrung zum Untersuchungsgegenstand (Blomquist et al. 2011; Bryanton et al. 2008; Schindl et al. 2003; Wiklund et al. 2007). Für die weiteren, im vorigen Absatz im Zusammenhang mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal bereits angeführten Untersuchungen, gelten die dort genannten Probleme der Vergleichbarkeit gleichermaßen. Ein Grund für die höhere Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung bei geplantem Kaiserschnitt könnte sein, dass es durch die im Vorfeld des Kaiserschnitts noch in der Schwangerschaft erfolgenden Beratungs- und Aufklärungsgespräche, die in der Regel in einem ruhigen und berechenbaren Rahmen stattfinden, für die Frau möglicherweise leichter ist, Fragen zu stellen, ihre Ängste zu äußern und Vertrauen zu fassen, als dies für Frauen mit vaginaler Geburt bei Geburtsbeginn oder im Geburtsverlauf der Fall ist. Ist die beratende Ärztin bzw. der beratende Arzt auch gleichzeitig die Person, die den Kaiserschnitt später vornimmt, könnte sich dies ebenfalls positiv auf die Betreuungszufriedenheit auswirken. In einer Befragung von mehr als 1300 Frauen mit Kaiserschnittgeburt, davon 55% mit geplantem Kaiserschnitt, vertrauten 60% der Frauen bei der Entscheidung für einen primären Kaiserschnitt vor allem der Empfehlung der Ärztin bzw. des Arztes (Lutz & Kolip

2006), sodass vermutet werden könnte, dass dieses bereits präpartal bestehende Vertrauen die Zufriedenheit mit der Betreuung begünstigt hat. So konnten Waldenström und Kolleginnen zeigen, dass die unzureichende Gelegenheit für Gespräche in der präpartalen Betreuung einen Risikofaktor für eine negative Geburts- und Betreuungserfahrung darstellt (Waldenström et al. 2004), auch Green und Kolleginnen kamen in ihrer Befragung von über 600 Frauen zu dem Ergebnis, dass das Gefühl, mit den betreuenden Fachkräften in der Schwangerschaft über alles sprechen zu können, einen Vertrauensaufbau begünstigte und die Zufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung positiv beeinflusste (Green et al. 1998:179).

Denkbar ist allerdings auch, dass die unterschiedlichen Anforderungen an die Betreuung von Frauen mit geplanter Sectio und Frauen mit vaginaler Geburt für die Betreuungszufriedenheit eine Rolle gespielt haben. Die Situation des geplanten operativen Eingriffs entspricht möglicherweise eher der ärztlichen Sozialisation und dem ärztlichen Alltag, in der die Ärztin, der Arzt als Expertin bzw. Experte über das Wissens- und Handlungsmonopol verfügt (Klemperer 2005). Die Schwangere wird zur Patientin und befindet sich in einer sehr viel passiveren Rolle als während einer normalen Geburt und überlässt der Ärztin bzw. dem Arzt das Handeln. Im Kontext einer in der Regel viele Stunden dauernden vaginalen Geburt leistet die Gebärende die Geburtsarbeit, entscheidende Betreuungselemente sind eine empathische und zugewandte Begleitung, die Förderung und Unterstützung der Eigenkompetenz der Gebärenden im Umgang mit dem Wehenschmerz sowie ein abwartendes Beobachten (Hodnett 2002). Es werden also andere Anforderungen an Kommunikation und Betreuung gestellt, deren Umsetzung Ärztinnen und Ärzten möglicherweise nicht in gleicher Weise gelingt wie in der klassischen Operationssituation, weswegen bei letzterer die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung höher ist. Für diese Überlegung spricht auch, dass in der Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt bzw. sekundärer Sectio der Geburtsmodus keinen Einfluss auf die Betreuungszufriedenheit nimmt, hier erleben sowohl Frauen mit vaginaler Geburt als auch Frauen mit sekundärer Sectio zunächst die Betreuungssituation der vaginalen Geburt.

Schließlich besteht die Möglichkeit, dass unerwartete geburtsmedizinische Interventionen infolge von Problemen im Geburtsverlauf in der Gruppe mit vaginaler Geburt eher auftreten als bei Frauen mit geplanter Sectio. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Komplikationen selbst sowie die Tatsache, dass nicht mit ihnen gerechnet wurde, die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung und -betreuung beeinflussen. Allerdings wurden Interventionen in der vorliegenden Untersuchung nicht explizit erfasst, sodass über Art und Häufigkeit sowie ihren Effekt keine Aussagen getroffen werden können. Den negativen Einfluss von geburtsmedizinischen Interventionen im Geburtsverlauf auf die Zufriedenheit mit der Betreuungserfahrung konnten Brown und Lumley in einer australischen Untersuchung

ebenso zeigen (Brown & Lumley 1994) wie Waldenström und Kolleginnen in einer Befragung von mehr als 2500 schwedischen Frauen, die eine Geburtseinleitung, eine pharmakologische Wehenunterstützung, eine vaginal-operative Geburtsbeendigung sowie einen sekundären Kaiserschnitt als Risikofaktoren einer negativen Geburtserfahrung ermittelten (Waldenström et al. 2004). Ein weiterer Hinweis für den möglichen Einfluss geburtsmedizinischer Interventionen kann in dem Ergebnis gesehen werden, dass in der Gruppe der Frauen mit ungeplanter Sectio bzw. vaginaler Geburt, in der sowohl Frauen mit vaginaler Geburt als auch diejenigen mit Kaiserschnitt ungeplante Interventionen erlebten, der Geburtsmodus keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Betreuungsdimension Ärztliche Betreuung hat.

Sowohl Frauen mit geplantem als auch mit ungeplantem Kaiserschnitt beurteilen die Dimension **Postpartale Schmerzlinderung** negativer als Frauen mit vaginaler Geburt. Während die überwiegende Mehrzahl der Frauen in den ersten Stunden und Tagen nach der nach der Geburt Schmerzen angibt (Dewan et al. 1993), deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass der Wundschmerz nach einem Kaiserschnitt als stärker und möglicherweise auch hinderlicher empfunden wird als Schmerzen durch Verletzungen nach einer vaginalen Geburt. In einer prospektiven, multizentrischen Längsschnittstudie mit über 1000 Frauen wurden die Schmerzen von Wöchnerinnen 24 Stunden und 8 Wochen nach der Geburt erfasst. Von den Studienteilnehmerinnen hatten 68 % vaginal geboren, 32 % per Kaiserschnitt. Es zeigte sich, dass Frauen mit Kaiserschnitt in den 24 Stunden nach der Geburt insgesamt stärkere Schmerzen angaben und auch der Anteil derer mit akuten Schmerzen höher lag (1 von 5 Frauen mit Kaiserschnitt, 1 von 13 Frauen mit vaginaler Geburt), entsprechend höher lag der Anteil der Kaiserschnittfrauen, die sich durch diese Schmerzen in ihrer Mobilität, in ihrer Stimmung, in der Interaktion mit dem Kind und anderen Personen, in ihrer Konzentrationsfähigkeit sowie beim Schlafen beeinträchtigt fühlten (85 % der Frauen nach Sectio versus 57 % der Frauen nach vaginaler Geburt). Vor dem Hintergrund, dass sich akute Schmerzen in den ersten Stunden nach der Geburt als unabhängiger Prädiktor für persistierende Schmerzen sowie das Auftreten einer postpartalen Depression 8 Wochen nach der Geburt erwiesen, empfehlen die Autoren das Schmerzmanagement im klinischen Wochenbett für alle Wöchnerinnen zu überdenken (Eisenach et al. 2008). Während dies eine berechtigte Schlussfolgerung darstellt, sollte das Ergebnis der größeren postpartalen Schmerzen nach einem Kaiserschnitt angesichts der damit verbundenen Auswirkungen für Mutter und Kind vielmehr zum Anlass genommen werden, die Entscheidung für diesen Geburtsmodus sehr sorgfältig zu überdenken, insbesondere mit Blick auf geplante Kaiserschnitte bzw. auf Interventionen, die einen ungeplanten Kaiserschnitt begünstigen können.

Für die weiteren personenbezogenen Dimensionen der postpartalen Betreuung konnte kein Zusammenhang mit dem Geburtsmodus ermittelt werden. Ausgehend von der Annahme, dass Frauen mit Kaiserschnitt in den ersten Tagen in Folge der Operation einen höheren Unterstützungsbedarf haben, erscheint dieses Ergebnis hinsichtlich der Dimension Betreuung auf der Wochenbettstation zunächst etwas erstaunlich. Denkbar ist jedoch, dass der höhere Unterstützungsbedarf infolge der stärker beeinträchtigten Gesundheit nach einem Kaiserschnitt seinen Ausdruck eher in der Variablen Subjektive Gesundheitseinschätzung findet, die in beiden untersuchten Gruppen einen signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Dimension Betreuung auf der Wochenbettstation aufweist. Ähnliches gilt für die Zufriedenheit mit der Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause, die darüber hinaus noch eine deutliche Assoziation mit der Parität aufweist, was darauf hindeutet, dass der Beratungsbedarf zusätzlich maßgeblich von der Vorerfahrung der Wöchnerin abhängt. Schließlich besteht die Möglichkeit, dass die fehlende Differenzierung zwischen spontaner und vaginal-operativer Geburt in der vorliegenden Untersuchung eine gewisse Rolle spielt, da letztere ebenfalls mit einem höheren Risiko für schwerere Geburtsverletzungen einhergeht (Brown & Lumley 1998b). Gleichwohl wird das vorliegende Ergebnis durch andere Arbeiten gestützt, in denen der Geburtsmodus ebenfalls keinen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der postpartalen Betreuung hatte (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006).

Frauen mit ungeplanter Sectio sind mit der Dimension Service, Sauberkeit & Komfort eher unzufrieden als Frauen mit vaginaler Geburt. Denkbar ist, dass eine suboptimale Ausstattung, insbesondere hinsichtlich der sanitären Anlagen, vor dem Hintergrund der durchschnittlich längsten Verweildauer nach ungeplanter Sectio eher negativ ins Gewicht fällt. Der fehlende Einfluss des Geburtsmodus hinsichtlich dieser Dimension in der Gruppe der Frauen mit geplanter Sectio bzw. vaginaler Geburt könnte mit dem Umstand zusammenhängen, dass Frauen mit geplanter Sectio häufiger eine private Krankenversicherung haben, die ihnen in der Regel eine bessere Service- und Komfortleistungen wie beispielsweise die im Zimmer integrierten sanitären Anlagen gewährleisten (DKG/PKV 2010). Untersuchungen zur Zufriedenheit mit den Hotelleistungen des Krankenhauses in Abhängigkeit vom Geburtsmodus konnten nicht ermittelt werden. Das höhere Risiko für Unzufriedenheit mit der Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt, dürfte vor allem damit zusammenhängen, dass nach sekundärer Sectio Mutter und/oder Kind gesundheitliche Probleme aufweisen, die die Wahrscheinlichkeit einer gemeinsamen Unterbringung und/oder einer gemeinsamen Entlassung nach Hause verringern (Villar et al. 2007).

Neben dem Geburtsmodus sind es vor allem drei **weitere Merkmale**, die einen hochsignifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit, insbesondere den personenbezogenen Dimensionen, aufweisen: eine als unangemessen betrachtete **Verweildauer**, eine als beeinträchtigt eingeschätzte **subjektive Gesundheit** sowie die fehlende **Zuversicht**, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen. Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses sowie der Tatsache, dass es sich darüber hinaus um die Variablen mit den höchsten Effektstärken handelt, soll ihr Zusammenhang mit der Zufriedenheit im Folgenden ebenfalls eingehender diskutiert werden. Soziodemografische und anamnestische Merkmale der Wöchnerinnen spielen dimensionsübergreifend eine im Vergleich eher untergeordnete Rolle für die Betreuungszufriedenheit. Sie werden am Ende dieses Abschnitts kurz beleuchtet.

Die **Verweildauer** ist zunächst ein organisatorisches Merkmal des Krankenhauses, das verschiedenen medizinischen, strukturellen und ökonomischen Einflüssen unterliegt (Bravo et al. 2011). Sie ist in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Sie sank von durchschnittlich 4,6 Tagen nach einer Spontangeburt im Jahr 2000 auf durchschnittlich 3 Tage im Jahr 2010, nach vaginal-operativer Geburt reduzierte sich der durchschnittliche Aufenthalt von 5,7 auf 4,4 Tage und nach Kaiserschnitt von 8,8 auf 5,5 Tage (Statistisches Bundesamt 2010c). Es besteht weitgehend Einigkeit, dass eine frühe Entlassung von gesunden, reifen Neugeborenen und ihren Müttern sicher und machbar ist, wenn häusliche Unterstützung sowie die weitere Beratung und Betreuung gewährleistet ist (Brown et al. 2002) (Braun 2006:91). Während viele Frauen mit einer frühen Entlassung zufrieden sind (Brown et al. 2002), muss dies nicht für alle gelten. Aus einer amerikanischen Studie, die den Zusammenhang zwischen tatsächlicher Verweildauer und Zufriedenheit der Frauen untersucht hat, geht hervor, dass eine als zu kurz eingeschätzte Verweildauer am ehesten mit einem Krankenhausaufenthalt von bis zu einem Tag nach der Geburt einhergeht, ein als zu lang beurteilter Krankenhausaufenthalt meist mit einer Verweildauer von mehr als fünf Tagen (Finkelstein et al. 1998). Auch in einer australischen Untersuchung waren Frauen mit kürzerer Verweildauer (1-2 Tage) mit der klinischen Wochenbettbetreuung eher unzufrieden als diejenigen, die mehr als 4 Tage nach der Geburt im Krankenhaus waren (Brown et al. 2005). Qualitative Arbeiten konnten zeigen, dass die Eltern sich wünschten, die Dauer des Krankenhausaufenthaltes selbst bestimmen zu können (Ellberg et al. 2010; Rudman & Waldenström 2007). Eine von den Wöchnerinnen als unangemessen eingeschätzte Betreuung kann somit einerseits ein Ausdruck einer nicht an ihre Bedürfnisse angepassten Organisation seitens des Krankenhauses darstellen. Andererseits kann sie aber auch als Ausdruck einer inhaltlich und menschlich nicht an den Bedürfnissen der Frauen orientierten Betreuung interpretiert werden, wie verschiedene qualitative Arbeiten zu

den Erfahrungen mit der postpartalen klinischen Betreuung zeigen (Ellberg et al. 2010; Forster et al. 2008; Hasseler 2002; Rudman & Waldenström 2007).

In der vorliegenden Untersuchung haben Wöchnerinnen in beiden untersuchten Gruppen, unabhängig davon, ob sie die Verweildauer als ‚zu lang‘ oder ‚zu kurz‘ beurteilten, ein knapp bis deutlich mehr als doppelt so hohes Risiko mit der Betreuung auf der Wochenbettstation, der Vorbereitung auf die Entlassung und der Ärztlichen Betreuung unzufrieden zu sein. Für die Dimension Postpartale Schmerzlinderung gilt dies nur für eine als ‚zu kurz‘ eingeschätzte Verweildauer. Es ist einerseits vorstellbar, dass für diese Wöchnerinnen die Zeit nicht ausgereicht hat, um ihrem Beratungs- und Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Ernährung und Versorgung des Neugeborenen gerecht zu werden und ihre Fragen zur eigenen Gesundheit und Genesung sowie zu zuhause zu beachtenden Dingen zu beantworten. Denkbar ist auch, dass strukturelle Voraussetzungen fehlten, um dem Wunsch nach einer stärkeren Anwesenheit und Einbindung des Partners zu entsprechen. Möglicherweise fühlten sich diese Wöchnerinnen aufgrund von Erschöpfung oder Schmerzen körperlich noch nicht wieder in der Lage, zuhause alleine zurecht zu kommen. Auch Waldenström et al. diskutieren die von ihnen festgestellte höhere Unzufriedenheit bei einer Verweildauer von 0-1 Tag im Vergleich zu einem dreitägigen Aufenthalt vor diesem Hintergrund. Andererseits ist denkbar, dass starre oder ungeeignete Krankenhausroutinen sowie fehlende oder nicht konsequent durchdachte und umgesetzte Betreuungskonzepte die Regeneration nach der Geburt erschwerten, wahrgenommene Überlastung durch Personalmangel, Hektik und Unfreundlichkeit von Pflegekräften und Hebammen eine Hemmschwelle für die Bitte um Unterstützung darstellten, widersprüchliche Aussagen und Informationen eher als verwirrend denn als unterstützend erlebt wurden oder das eigene Zutrauen, das Kind zuhause versorgen zu können, entweder unterminiert oder abgesprochen wurde und damit eine inhaltlich und menschlich nicht den Bedürfnissen angepasste Betreuung dazu beiträgt, dass der Krankenhausaufenthalt als ‚zu lang‘ erlebt wird und zu vermehrter Unzufriedenheit führt. Schließlich ist vorstellbar, dass Sorge um das Kind aufgrund tatsächlicher oder wahrgenommener gesundheitlicher Probleme die Beurteilung der Verweildauer beeinflusst haben oder auch einfach eine Abneigung gegen den Ort Krankenhaus im Allgemeinen. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen Finkelstein und Kollegen, die eine höhere Unzufriedenheit mit der Betreuung durch Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte, der Beratung sowie der Vorbereitung auf die Zeit zuhause bei einer als zu lang oder zu kurz eingeschätzten Verweildauer feststellten (Finkelstein et al. 1998). Auch in der Untersuchung von Brown und Kolleginnen war eine als unangemessene beurteilte Verweildauer mit einem höheren Risiko für Unzufriedenheit mit der klinischen Wochenbettbetreuung insgesamt assoziiert (Brown et al. 2005). Schließlich wäre es möglich, dass die Assoziation zwischen einer als unangemessen beurteilten Verweildauer und einem höheren Risiko für

Unzufriedenheit ein allgemeiner Ausdruck der Auswirkungen des in Abschnitt 2.2.2 beschriebenen Personalabbaus bei gleichzeitiger Arbeitsverdichtung in Folge der kontinuierlichen Verweildauerverkürzung der letzten Jahre darstellt.

Das Risiko für Unzufriedenheit mit Unterbringung, Sauberkeit und Essen war insbesondere bei einer als ‚zu lang‘ eingeschätzten Verweildauer deutlich erhöht. Hier können die fehlende Privatsphäre und Ruhe bei Unterbringung in Zwei- und Mehrbettzimmern, die gemeinsame Benutzung sanitärer Anlagen mit anderen Wöchnerinnen und auch die Qualität des Essens eine Rolle spielen, die bei längerer Aufenthaltsdauer zunehmend stärker ins Gewicht fallen. Vor dem Hintergrund, dass eine als unangemessen beurteilte Verweildauer die stärksten Assoziationen mit den personenbezogenen Betreuungsdimensionen aufweist, ist darüber hinaus denkbar, dass eine nicht den Bedürfnissen der Wöchnerinnen angepasste Betreuung zur Unzufriedenheit mit den Hotelaspekten führt, unabhängig von ihrer tatsächlichen Qualität, während Wöchnerinnen, die sich gut betreut fühlen, in diesem Bereich auch eher bereit sind, Kompromisse einzugehen. In den wenigen Untersuchungen, in denen bauliche Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der Betreuungszufriedenheit untersucht wurden, wurde die Verweildauer nicht erfasst.

Die Assoziation der Verweildauer und der Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal erschließt sich nicht auf den ersten Blick. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte darin zu suchen sein, dass bei der Beurteilung der Verweildauer nicht ausschließlich die Zeit nach der Geburt berücksichtigt wurde und Gebärende mit einer langen Latenzphase, die trotz subjektiv schmerzhafter Wehen wiederholt nach Hause entlassen oder auf die Station verlegt wurden, bevor die Aufnahme zur Geburt in den Kreißaal erfolgte, entsprechend mit dem Dauer des gesamten Aufenthaltes eher unzufrieden waren. Ein Literaturreview zu den Sichtweisen der Frauen zum Zeitpunkt der Aufnahme in den Kreißaal deutet darauf hin, dass Frauen in der Latenzphase der Geburt bei Hausbesuchen durch eine Hebamme zufriedener sind als mit einer frühzeitigen Aufnahme in den Kreißaal (National Collaborating Centre of Women's and Children's Health 2007:144). Eine neuere Studie, in der die befragten Frauen ihre Präferenzen für verschiedene Szenarien der Geburtsbetreuung angeben sollten, kamen die Autorinnen und Autoren zu dem Ergebnis, dass eine häufigere ambulante Vorstellung im Kreißaal in der Frühphase der Geburt eher mit Unzufriedenheit assoziiert ist und nur in Kauf genommen würde, wenn sich dadurch die Zeit im Kreißaal verkürzt (Scotland et al. 2011). Alternativ ist denkbar, dass die Zeit des Aufenthalts nicht ausreichte, um noch offene Fragen hinsichtlich der Geburt mit der betreuenden Hebamme zu besprechen oder mütterliche und/oder kindliche gesundheitliche Probleme, die zu einer als unangemessen beurteilten Aufenthaltsdauer führten, hätten nach Ansicht der Wöchnerin durch eine andere Betreuung im Kreißaal vermieden werden können. Die Möglichkeit, Fragen zur Geburt im Nachhinein

besprechen zu können, wird von den Wöchnerinnen geschätzt (Rowan et al. 2007), die Effektivität eines entsprechenden Angebots wird jedoch vor allem mit Blick auf die psychische Gesundheit untersucht und nicht im Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Dauer der klinischen Wochenbettbetreuung, sodass sich ein Vergleich mit der verfügbaren Literatur schwierig gestaltet.

Die **subjektive Einschätzung der Gesundheit** und die **Zuversicht, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen**, weisen gewisse Überschneidungen hinsichtlich des Aspekts der Selbstwirksamkeitserwartung auf, der für beide Variablen eine Rolle spielt. Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung geht auf Bandura zurück (Bandura 1977) und beschreibt die eigene Überzeugung, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können (Schwarzer 2004:12). Das Wissen um die Selbstwirksamkeitserwartungen speist sich im Wesentlichen aus vier Quellen: eigene Vorerfahrungen, Beobachtung von Vorbildern, Ermutigung durch Menschen, die man als wichtig erachtet, sowie eigene physiologische Reaktionen auf die Stresssituation (Bandura 1977). Die Selbstwirksamkeit beeinflusst Wahrnehmung, Motivation und das Verhalten einer Person (ebd.). Die Variable Zuversicht, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen, kann insofern als Ausdruck der Selbstwirksamkeit mit Blick auf die neuen Aufgaben als Mutter verstanden werden. Die subjektive Gesundheitseinschätzung wird einerseits durch die Prävalenz physischer oder emotionaler gesundheitlicher Probleme, die das Wohlbefinden und die Ausübung der Alltagsaktivitäten beeinträchtigen, bestimmt (Bailis et al. 2003). Darüber hinaus gehen neuere Untersuchungen davon aus, dass sie einen stabilen Kern beinhaltet, der auf einem bestimmten positiven oder negativen Selbstbild beruht sowie dem Ausmaß der Gewissheit, schwierige Situationen, Stress und Veränderungen im Allgemeinen und speziell die Herausforderungen einer Geburt und der Elternschaft auf Basis der eigenen gesundheitsbezogenen Ressourcen bewältigen zu können. Dieser stabile Kern beeinflusst unabhängig von den aktuell vorhandenen gesundheitlichen Problemen die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes (Bailis et al. 2003; Perruccio et al. 2010; Schäfers 2011; Schytt & Waldenström 2007) (vgl. hierzu auch Abschnitt 8.2). Vor diesem Hintergrund kann ein Teil der Variablen Subjektive Gesundheitseinschätzung ebenfalls als Ausdruck der Selbstwirksamkeit mit Blick auf die neue Lebenssituation interpretiert werden.

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass Wöchnerinnen, die ihre subjektive Gesundheit als beeinträchtigt einschätzen und die hinsichtlich der Versorgung des Kindes zuhause wenig zuversichtlich waren, ein um über die Hälfte bis fast dreimal so hohes Risiko für Unzufriedenheit mit den personenbezogenen Betreuungsdimensionen aufweisen. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte die Assoziation mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung dieser Frauen darstellen. Für die intrapartale Betreuung wird diese These gestützt durch die Ergebnisse von Christiaens und Bracke, die zeigen konnten,



dass eine weniger stark ausgeprägte Selbstwirksamkeit mit einer geringeren Zufriedenheit mit der Betreuung durch Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte einhergeht (Christiaens & Bracke 2007). Auch Berentson-Shaw et al. kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass eine höhere Selbstwirksamkeit bei Erstgebärenden mit einer höheren Zufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung assoziiert ist (Berentson-Shaw et al. 2009). In einer Längsschnittstudie zur Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung wurden verschiedene Aspekte der Geburts- und Betreuungserfahrung simultan mittels Clusteranalyse untersucht (Rudman et al. 2007b). Die Ergebnisse wurden dem in der Frühschwangerschaft erhobenen Kohärenzgefühl gegenübergestellt. Bei dem Kohärenzgefühl handelt es sich um ein zentrales Konstrukt der Theorie der Salutogenese von Antonovsky, das die allgemeine Haltung zur eigenen Fähigkeit im Umgang mit Stressoren beschreibt und deutliche Überschneidungen mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit aufweist (Bengel et al. 2001). Rudman et al. konnten in ihrer Analyse zeigen, dass ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl mit einer höheren Zufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung einhergeht (Rudman et al. 2007b). Einschränkend muss jedoch hinzugefügt werden, dass in den zitierten Untersuchungen die Selbstwirksamkeit bzw. das Kohärenzgefühl über standardisierte Instrumente erhoben wurden, während dies in der vorliegenden Untersuchung nicht der Fall war. Insofern ist diese Interpretation mit Vorsicht zu betrachten, da der postulierte Zusammenhang zwischen den in der vorliegenden Untersuchung eingesetzten Variablen und der mit Hilfe standardisierter Instrumente erhobenen Selbstwirksamkeit empirisch zu prüfen wäre.

Inwieweit sich die Ergebnisse aus den Untersuchungen zur intrapartalen Betreuungszufriedenheit auf die Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuung übertragen lassen, ist offen. Anhand der verfügbaren Ergebnisse kann nicht eindeutig ersehen werden, in welchem Ausmaß der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit, geringerer Schmerzwahrnehmung und positiver Geburtserfahrung vermittelnd auf die Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung wirkt. Da der für die Zufriedenheit mit Geburtserfahrung und -betreuung wichtige Aspekt der Wehenschmerzen im Zusammenhang mit der postpartalen Betreuung entfällt, kann nicht automatisch von einer Übertragbarkeit der oben beschriebenen Ergebnisse auf die Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuung ausgegangen werden. Die verfügbare Literatur zum Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und postpartaler Betreuungszufriedenheit ist wenig umfangreich. Rudman et al. haben die im Zusammenhang mit der intrapartalen Betreuungszufriedenheit zitierte Clusteranalyse gleichermaßen für die Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuungszufriedenheit durchgeführt. Dabei zeigte sich ebenfalls, dass ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl mit einer höheren Zufriedenheit einhergeht (Rudman et al. 2007a). Darüber hinaus gibt es Hinweise aus einer finnischen Arbeit, dass neben

Parität, Selbstkonzept und Unterstützung durch die Familie auch die Beratung auf der Wochenbettstation die Selbstwirksamkeitserwartungen von Wöchnerinnen beeinflussen kann, inwieweit sich dies jedoch auf die Zufriedenheit mit der klinischen Wochenbettbetreuung auswirkt, wurde dabei nicht untersucht (Salonen et al. 2009).

Ein geringeres Risiko für Unzufriedenheit mit der Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause bei größerer Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen, erscheint intuitiv plausibel, da der Informationsbedarf zum Beispiel auf Grund vorhandener Vorerfahrungen, die maßgeblich zu den Selbstwirksamkeitserwartungen beitragen (Bandura 1977), bei diesen Frauen geringer ist und damit auch das Risiko für Unzufriedenheit wegen unzureichender Information und Beratung. Für diese Überlegung spricht darüber hinaus, dass Erstgebärende, die nicht auf Vorerfahrungen zurückgreifen können, ein signifikant höheres Risiko haben, diese Dimension kritisch zu beurteilen. Weniger eindeutig ist der Zusammenhang mit dem stabilen Kern der subjektiven Gesundheitseinschätzung, denkbar ist, dass für diesen Zusammenhang die Prävalenz der physischen und psychischen Beschwerden von größerer Bedeutung ist. Vermehrte körperliche und emotionale Probleme in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt können ein Hinweis für vermehrte Schmerzen, Stillprobleme und andere Schwierigkeiten bereits in den ersten Tagen nach der Geburt sein, z. B. im Zusammenhang mit einem komplizierten Geburtsverlauf, und damit für einen höheren Beratungsbedarf. So konnten verschiedene Autorinnen und Autoren zeigen, dass Schmerzen in Folge von Geburtsverletzungen in den ersten Monaten nach vaginal-operativer Geburt und Kaiserschnitt, insbesondere nach sekundärem Kaiserschnitt, deutlich häufiger auftraten als nach Spontangeburt (Brown & Lumley 1998b; Declercq et al. 2006b; Lydon-Rochelle et al. 2001c). Die These vermehrter Schmerzen bereits in den Tagen nach der Geburt bei einer als beeinträchtigt eingeschätzten subjektiven Gesundheit wird darüber hinaus durch die bereits zitierte Untersuchung von Eisenach et al. gestützt, die feststellten, dass Frauen mit persistierenden Schmerzen infolge einer Geburtsverletzung 8 Wochen nach der Geburt eher diejenigen waren, die bereits in den ersten 24 Stunden sehr starke Schmerzen hatten (Eisenach et al. 2008). Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs zwischen der Chronifizierung von Schmerzen und einer unzureichenden Schmerzbehandlung liefert dieses Ergebnis auch eine mögliche Erklärung für das höhere Risiko für eine Unzufriedenheit mit der postpartalen Schmerzlinderung in der vorliegenden Arbeit bei Frauen mit subjektiv beeinträchtigter Gesundheit. Auch die unterschiedliche Einschätzung von postpartalen Schmerzen durch Wöchnerin und Klinikpersonal, wie sie von Olden et al. beobachtet wurde, könnte hier eine Rolle spielen (Olden et al. 1995).

Für das höhere Risiko einer Unzufriedenheit mit der Dimension Betreuung auf der Wochenbettstation könnte insbesondere die Stillberatung und -unterstützung von Bedeutung sein. So konnten Schytt und Waldenström zeigen, dass Frauen, die ihre Gesundheit zwei

Monate nach der Geburt schlechter als gut beurteilen neben anderen Beschwerden häufiger Stillprobleme und negative Still Erfahrungen hatten (Schytt & Waldenström 2007). Vor dem Hintergrund der Bedeutung einer guten Stillunterstützung und –beratung in den ersten Tagen nach der Geburt für eine erfolgreiche Stillbeziehung (Murray et al. 2007) sehen die Wöchnerinnen ihre Stillprobleme möglicherweise in Zusammenhang mit der (suboptimalen) Betreuung und Beratung im Krankenhaus. Hierfür spräche auch, dass sich eine gute Stillberatung und -unterstützung in zwei Studien als signifikante Einflussgröße für die Gesamtzufriedenheit mit der klinischen Wochenbettbetreuung erwiesen hatte (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006).

Schließlich ist eine beeinträchtigte subjektive Gesundheit mit einem höheren Risiko für Unzufriedenheit mit den Hotelaspekten der postpartalen Betreuung im Krankenhaus assoziiert. Ausgehend von der Überlegung, dass Frauen mit vermehrten körperlichen und emotionalen Problemen zwischen zwei und vier Monaten post partum mit höherer Wahrscheinlichkeit bereits in den ersten Tagen nach der Geburt stärkere körperliche Probleme hatten und keine ausreichende Unterstützung erfahren haben, ist hier denkbar, dass Frauen mit großen Schmerzen und stark eingeschränkter Mobilität beispielsweise fehlende sanitäre Anlagen auf dem Zimmer, ein Essensangebot ausschließlich in Buffetform oder eine hohe Besucherfrequenz als störender empfinden als Frauen mit weniger körperlichen Beschwerden. Eventuell wirkt sich aber auch eine den Bedürfnissen gesundheitlich stärker beeinträchtigter Wöchnerinnen unangepasste Betreuung auch auf die Beurteilung der Service- und Hotelaspekte aus, unabhängig von ihrer tatsächlichen Qualität. Das höhere Risiko für Unzufriedenheit mit der Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt bei einem als beeinträchtigt eingeschätzten subjektiven Gesundheitszustand lässt sich möglicherweise über einen komplizierten Geburtsverlauf bei diesen Frauen erklären, in dessen Folge das Risiko höher ist, dass das Kind aufgrund gesundheitlicher Probleme der Mutter oder des Neugeborenen nicht bei der Mutter untergebracht ist oder nicht gemeinsam mit ihr entlassen wurde.

Von den verbleibenden als zufriedenheitsrelevant in Erwägung gezogenen Variablen erwiesen sich die **anamnestischen und soziodemografischen Merkmale** der Wöchnerinnen sowie die **strukturellen Merkmale** des Krankenhauses nur für wenige Dimensionen als prädiktiv und darüber hinaus meist von geringer Einflussstärke. Sie werden abschließend noch kurz beleuchtet.

Von den **anamnestischen Merkmalen** erwies sich die Parität nur mit der Dimension Vorbereitung auf die Zeit zuhause in beiden untersuchten Gruppen als signifikant assoziiert, diese Dimension wurde mit höherer Wahrscheinlichkeit von Erstgebärenden kritisch beurteilt. Dies erscheint angesichts des bereits angesprochenen höheren Informationsbedarfs von

Erstgebärenden plausibel und steht in Übereinstimmung mit verschiedenen anderen Arbeiten, die ebenfalls einen höheren Informationsbedarf von Erstgebärenden ermitteln konnten (Rudman et al. 2007a; Singh & Newburn 2000). Dabei erscheint es einleuchtend, dass der höhere Informationsbedarf maßgeblich durch die Vorerfahrung bestimmt wird und weniger durch die Art und Weise, wie das Kind zur Welt kam. Die weiteren auf die Interaktion zwischen Fachkräften und Wöchnerinnen fokussierenden Dimensionen weisen keinen Zusammenhang mit der Parität auf, was darauf hindeutet, dass eine zugewandte und respektvolle Betreuung für Erst- und Mehrgebärende gleichermaßen wichtig ist. Während einige Autorinnen einen Zusammenhang zwischen Parität und der Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal beobachteten konnten (Green et al. 1998; Waldenström 1999), war dies in anderen Untersuchungen (Brown & Lumley 1998a; Waldenström et al. 2006), ebenso wie in der vorliegenden Analyse, nicht der Fall. Mit Blick auf die Betreuung auf der Wochenbettstation wurde in den zwei großen Studien, die die postpartale Betreuungszufriedenheit multivariat analysierten, ebenfalls kein Zusammenhang mit der Parität beobachtet (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006).

Frauen, die in der Schwangerschaft keine ausschließlich ärztliche Betreuung in Anspruch genommen hatten, waren in beiden untersuchten Gruppen mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal eher zufrieden. Möglicherweise trägt eine nicht vorrangig medizinisch dominierte Schwangerenvorsorge dazu bei, das Zutrauen der Frauen in ihre Fähigkeiten, die Geburt zu meistern, zu stärken, oder auch mit realistischen Erwartungen an die Geburt heranzugehen. Beides ist mit einer höheren Zufriedenheit mit der Geburts- und Betreuungserfahrung assoziiert (Berentson-Shaw et al. 2009; Christiaens & Bracke 2007). Die ermittelte Assoziation zwischen der Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs und einer höheren Wahrscheinlichkeit für Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal weist ebenfalls in diese Richtung. Die Tatsache, dass dieser Zusammenhang nur in der Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt bzw. ungeplantem Kaiserschnitt beobachtet wurde, könnte damit zusammenhängen, dass der Anteil der Frauen, die keinen Geburtsvorbereitungskurs in Anspruch genommen haben, in der Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt bzw. geplanter Sectio höher lag. Die Literatur zu den Auswirkungen hebammengeleiteter Versorgungsmodelle weist eine hohe Heterogenität hinsichtlich der Organisationsformen auf (Bauer et al. 2010:182f), was den Vergleich der Ergebnisse sowohl zwischen den Studien als auch mit denen der vorliegenden Arbeit erschwert. Bauer weist dennoch an gleicher Stelle darauf hin, dass davon ausgegangen werden kann, dass hebammengeleiteter Versorgung eine durch den Begriff der Normalität und den Glauben an die Gebärfähigkeit der Frau gekennzeichnete Philosophie zugrunde liegt. Eine weitere Erklärung für die höhere Wahrscheinlichkeit für Zufriedenheit bei alternierender oder hebammengeleiteter Schwangerenvorsorge könnte sein, dass Frauen, die diese Form der Vorsorge wählen,

Schwangerschaft und Geburt eher ebenfalls als physiologische Prozesse betrachten, die keiner ausschließlich medizinischen Überwachung bedürfen und eher überzeugt sind, ihr Kind aus eigener Kraft gebären zu können. Zu vermuten wäre, dass dies mit größerer Wahrscheinlichkeit auf Mehrgebärende zutrifft, in der vorliegenden Untersuchung war die Inanspruchnahme einer alternierenden oder ausschließlich hebammengeleiteten Vorsorge jedoch unabhängig von der Parität. Insgesamt sollten die Ergebnisse hinsichtlich der Betreuungsperson in der Schwangerschaft jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da die überwiegende Mehrzahl der Frauen eine ärztlich geleitete Vorsorge gewählt hatte und die Gruppen mit alternierender oder hebammengeleiteter Vorsorge entsprechend klein waren.

Das Ergebnis, dass die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs in beiden Gruppen mit einem höheren Risiko für Unzufriedenheit mit der Vorbereitung auf die Zeit zuhause assoziiert ist, erstaunt zunächst, da die Literatur darauf hindeutet, dass Frauen sich durch die in den Kursen vermittelten Inhalte gut informiert fühlen und mit den Kursen zufrieden sind (National Collaborating Centre of Women's and Children's Health 2008a:64). Gleichzeitig wurde in einigen Arbeiten deutlich, dass die Frauen sich eine bessere Vorbereitung auf die Zeit nach der Geburt gewünscht hätten (ebd.). Inwieweit sich dieses Informationsdefizit auf die Zufriedenheit mit der Information in der Klinik auswirkt, bleibt zu fragen. Wahrscheinlicher ist, dass Frauen, die nicht an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen haben, z. B. aufgrund von Vorerfahrungen bereits einen geringeren Informationsbedarf hinsichtlich der ersten Zeit zuhause hatten und damit ein geringeres Risiko mit der Vorbereitung auf die Entlassung unzufrieden zu sein.

Von den **soziodemografischen Merkmalen** der Wöchnerinnen spielen das Alter der Wöchnerin, ihr Schulabschluss sowie der Versicherungsstatus für die Zufriedenheit mit einzelnen Betreuungsdimensionen eine gewisse Rolle, die Effekte sind mit Ausnahme des Schulabschlusses jedoch nicht sehr ausgeprägt. So sind jüngere Frauen (unter 31 Jahren) in beiden Gruppen mit etwas geringerer Wahrscheinlichkeit mit den personenbezogenen Dimensionen sowie mit der postpartalen Schmerzlinderung zufrieden. Dies steht in Kontrast zu den Arbeiten von Waldenström et al. und Brown et al., die keinen Effekt des mütterlichen Alters auf die Zufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung nachweisen konnten (Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1998a; Waldenström et al. 2006). Ein Grund hierfür könnte in der unterschiedlichen Operationalisierung der abhängigen Variablen zu finden sein. In diesen Arbeiten wurden Unterstützung, Beratung und Information durch das betreuende Fachpersonal, die Einbindung in Entscheidungsprozesse und ähnliche Betreuungsaspekte als Einflussvariablen auf die Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung geprüft, die in der vorliegenden Arbeit in die personenbezogenen Betreuungsdimensionen eingehen. Es ist daher denkbar, dass der Einfluss des Alters, der in den bivariaten Analysen der genannten Studien noch in gleicher Richtung wie in der

vorliegenden Analyse sichtbar wurde, hinter dem Einfluss dieser Variablen in der multivariaten Analyse zurück trat.

Die gleiche Überlegung gilt für den Bildungsabschluss, der allerdings nur in der Untersuchung von Waldenström und Kolleginnen in der bivariaten Analyse einen signifikanten Zusammenhang mit der intra- und postpartalen Betreuungszufriedenheit aufwies. Ein höherer Abschluss als ein Hauptschulabschluss ist in der vorliegenden Analyse mit einer größeren Wahrscheinlichkeit assoziiert, mit den Dimensionen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und Essen unzufrieden zu sein. Vorstellbar ist, dass der positive Zusammenhang zwischen Primiparität und Schulabschluss eine Rolle spielt oder auch, dass gebildetere Frauen besser in der Lage sind, sich zu artikulieren und höhere Ansprüche an Information und Beratung stellen. Gleichwohl steht das Ergebnis im Gegensatz zu anderen Arbeiten, in denen entweder ein niedrigerer Schulabschluss mit einer höheren Unzufriedenheit mit intra- und postpartalen Betreuung assoziiert ist (Waldenström et al. 2006) oder keinen Einfluss ausübte (Brown et al. 2005). Der Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Ernährungsgewohnheiten wurde ebenfalls verschiedentlich gezeigt (Heindl 2007). Die höhere Zufriedenheit mit der Dimension Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt lässt sich möglicherweise erneut dadurch erklären, dass Frauen mit höherem Abschluss sich besser artikulieren können hinsichtlich ihrer Wünsche zur Unterbringung des Kindes.

Neben mütterlichem Alter und Bildungsstand spielt der Versicherungsstatus der Wöchnerinnen eine gewisse Rolle für die Zufriedenheit mit einzelnen Betreuungsdimensionen. So sind Wöchnerinnen mit privater Krankenversicherung in der Gruppe mit geplantem Kaiserschnitt bzw. vaginaler Geburt eher mit der ärztlichen Betreuung zufrieden als Frauen mit gesetzlicher Krankenversicherung. Dies ist möglicherweise Ausdruck einer eher an den Wünschen der Frauen orientierten Betreuung oder dass die Frauen im Zuge der häufigeren Betreuung durch Chef- oder Oberärztinnen bzw. -ärzte eher das Gefühl haben, in erfahrenen und damit sicheren Händen zu sein. Denkbar ist ebenfalls, dass der Zusammenhang zwischen Versicherungsstatus und Bildungsstand eine Rolle spielt, da es Hinweise gibt, dass Frauen mit höherem Bildungsstand im klinischen Kontext größere Aufmerksamkeit erfahren und mehr Informationen erhalten (Martin 1990). Hinsichtlich der Hotelaspekte zeigen sich die Frauen mit privater Krankenversicherung in beiden Gruppen eher mit der Zimmeratmosphäre zufrieden, was damit zusammenhängen dürfte, dass diese Frauen mit höherer Wahrscheinlichkeit ein Einzelzimmer belegen sich und damit mit geringerer Wahrscheinlichkeit durch weitere Wöchnerinnen oder fremde Besucher in ihrer Ruhe und Privatsphäre gestört fühlen.

Das **strukturelle Merkmal** der Krankenhausgröße spielt in beiden Gruppen nur für die Dimensionen der postpartalen Betreuung insbesondere im Vergleich der Häuser mit über 1000 Geburten im Vergleich zu Häusern mit weniger als 500 Geburten eine Rolle. Auch zwischen mittelgroßen und kleinen Häusern wurden negative Zusammenhänge beobachtet, die Effekte sind aber eher gering.

Der Einfluss dieser Variable wurde in den verfügbaren Untersuchungen bisher nur selten untersucht. In einer schwedischen Studie wurde ebenfalls kein Zusammenhang zwischen der Krankenhausgröße und der Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung beobachtet, jedoch eine negative Assoziation zwischen postpartaler Betreuungszufriedenheit und einer Krankenhausgröße über 1000 Geburten im Vergleich zu Häusern mit weniger als 500 Geburten (Waldenström et al. 2006). Mit Blick auf die postpartale Betreuung ist vorstellbar, dass in kleineren Häusern eine persönlichere Betreuung mit weniger Personalwechsel möglich ist, durch eine geringere Anzahl von Wöchnerinnen und Neugeborenen weniger Unruhe herrscht und die Auswirkungen der Personalknappheit nicht in gleicher Weise spürbar werden wie in größeren geburtshilflichen Abteilungen.

### **9.3 Einfluss der Zufriedenheit mit den Betreuungsdimensionen auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung**

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die **Zufriedenheit** der Wöchnerinnen mit der Betreuung und Behandlung **insgesamt hoch** ist. Deutlich mehr als die Hälfte (58 %) der Wöchnerinnen beurteilen sie als ‚Ausgezeichnet‘ oder ‚Sehr gut‘, ein knappes Drittel (32 %) noch als ‚Gut‘, aber auch knapp 10 % als nur ‚Mittelmäßig‘ bzw. ‚Schlecht‘. Dies steht in Übereinstimmung mit der verfügbaren Literatur zur Patientenzufriedenheit sowohl allgemein (Crow et al. 2002) als auch zur Betreuungszufriedenheit im geburtshilflichen Bereich, in der Deckeneffekte hinsichtlich der über ein Globalmaß erfassten Zufriedenheit übereinstimmend konstatiert werden (Bramadat & Driedger 1993; Rudman et al. 2007b; van Teijlingen et al. 2003; Waldenström et al. 1996). Die in diesem Zusammenhang von den Autorinnen und Autoren diskutierten verantwortlichen Gründe einer tatsächlich hohen Zufriedenheit bzw. verzerrender Einflüsse wie des Glücks über die Geburt eines gesunden Kindes und der Erleichterung, die Geburt überstanden zu haben (Halo-Effekt) (Rudman et al. 2007b; Waldenström et al. 1996), Effekte der Assimilation von Erwartung und Erfahrung (Bramadat & Driedger 1993), der sozialen Erwünschtheit, Dankbarkeitseffekte (Crow et al. 2002; van Teijlingen et al. 2003) oder der von Williams et al. beschriebenen modifizierenden Effekte dessen was als Pflicht bzw. kausal den Fachkräften attributierbar angesehen wird (Williams et al. 1998) sind gleichermaßen als Gründe für die zu beobachtenden Deckeneffekte in der vorliegenden

Arbeit in Betracht zu ziehen. Ein Vergleich der Ergebnisse mit der verfügbaren Literatur gestaltet sich aus unterschiedlichen Gründen schwierig. Das Gesamturteil der Wöchnerinnen bezieht sich in der vorliegenden Arbeit sowohl auf die intra- als auch auf die postpartale Betreuung, während die verfügbaren Studien zur Betreuungszufriedenheit zwischen der Gesamtzufriedenheit mit der intrapartalen und der postpartalen Betreuung differenzieren. Darüber hinaus zeigt die Skalierung der Antwortvorgaben in der vorliegenden Arbeit eine stärkere Differenzierung am positiven Pol während sich in den publizierten Arbeiten meist eine symmetrische fünfstufige Skala mit einer neutralen Mittelkategorie findet. Des Weiteren wurden die verfügbaren Daten mit einer Ausnahme später als in der vorliegenden Arbeit erhoben, was die Vergleichbarkeit vor dem Hintergrund, dass das Gesamturteil mit zunehmendem Abstand zur Geburt tendenziell kritischer ausfallen kann (Waldenström 2004), erschwert. Schließlich wird diskutiert, dass ein Globalurteil möglicherweise stärker durch kulturelle Erwartungen beeinflusst sein könnte als Antworten auf spezifische Einzelfragen (Schytt et al. 2008). So beurteilten 71 % der Wöchnerinnen einer australischen Untersuchung ihre intrapartale Betreuung sechs bis sieben Monate nach der Geburt als ‚Sehr gut‘ (Brown & Lumley 1998a), drei Jahre nach der Geburt waren 56 % der niederländischen und 47 % der englischen Wöchnerinnen mit ihrer intrapartalen Geburts- und Betreuungserfahrung ‚sehr glücklich‘ (Baston et al. 2008), in einer nationalen kanadischen Befragung stufen 54 % der Wöchnerinnen ihre Betreuung als ‚sehr positiv‘ ein (Chalmers et al. 2008) und einer schwedischen Studie waren es 53 % der Wöchnerinnen (Waldenström et al. 2006). Die postpartale Betreuung wird fünf bis sechs Monate nach der Geburt von 51 % der australischen Wöchnerinnen als ‚Sehr gut‘ beurteilt (Brown et al. 2005) sowie von 35 % der in einer populationsbasierten schwedischen Studie befragten Frauen bzw. 18% der Mütter aus einem bestimmten schwedischen Krankenhaus (Hildingsson 2007; Waldenström et al. 2006). Neben den Unterschieden in Operationalisierung und Studiendesign werden diese z.T. deutlichen Differenzen von einigen Autorinnen und Autoren auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen, divergierender Vorstellungen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als physiologischen oder risikobehafteten Prozessen sowie unterschiedlichen Selbstbildern der Schwangeren hinsichtlich ihrer Gebärfähigkeit und ihrer Erwartungen an eine gute Geburtserfahrung und –betreuung diskutiert (Baston et al. 2008; Christiaens & Bracke 2007; Schytt et al. 2008). In der einzig verfügbaren größeren Untersuchung zur Wöchnerinnenzufriedenheit in deutschen Krankenhäusern wurde wie in der vorliegenden Arbeit die Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung mit einer Einzelfrage erfasst, allerdings über eine vierstufige Antwortskala mit den Ausprägungen ‚War alles wie erwartet / Erwartungen würden übertroffen / Bin etwas enttäuscht / Kann ich so nicht sagen‘, sodass auch hier ein Vergleich schwierig ist. Insgesamt gaben 59 % der Frauen an, dass die Betreuung wie erwartet war,



19 % sahen ihre Erwartungen übertroffen, 10 % waren etwas enttäuscht und weitere 10 % waren unentschlossen (Riegl 1996).

Die für die Gesamtzufriedenheit mit der intra- und postpartalen Betreuung **relevanten Dimensionen** waren in den beiden untersuchten Gruppen nahezu gleich, gleiches gilt für die weiteren untersuchten Merkmale der Wöchnerinnen und des Krankenhauses.

In beiden Gruppen erwies sich die **Betreuung auf der Wochenbettstation** als die Dimension mit dem deutlichsten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Betreuung und Behandlung insgesamt. Wöchnerinnen, die mit dieser Dimension unzufrieden waren, haben ein mehr als 12fach erhöhtes Risiko mit der Betreuung und Behandlung insgesamt ebenfalls unzufrieden zu sein (vaginale Geburt/geplante Sectio: OR 12,3, 99 % KI 8,3-18,4; vaginale Geburt/ungeplante Sectio: OR 12,2, 99 % KI 8,3-18,1). Die ersten Tage nach der Geburt sind eine hochemotionale Zeit, die mit zahlreichen physischen und psychischen Anpassungsaufgaben der Wöchnerin einhergeht. Hierzu gehören körperliche Wundheilungs- und Rückbildungsprozesse, der Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung, der Beginn der Laktation (Mändle 2007b:543), aber auch die Verarbeitung des Geburtserlebnisses und die Auseinandersetzung mit der neuen Mutterrolle (Kirchner 2003:10f). Mercer beschreibt diese Zeit als die Phase des Einfindens in die Mutterrolle, die durch Kennenlernen, Lernen und körperliche Genesung (*acquaintance, learning, physical restoration*) gekennzeichnet ist, und in der sich die Mutter-Kind-Beziehung, deren Aufbau bereits in der Schwangerschaft begonnen hat, intensiviert und konkretisiert. Die Frau beginnt zunächst durch Ausprobieren zu lernen, wie sie ihr Kind am besten umsorgen und versorgen kann (Mercer 2004). Martell beschreibt als Ergebnis ihrer qualitativen Untersuchung mit insgesamt 32 amerikanischen Erstgebärenden den ‚Aufbruch in die neue Normalität‘ (*heading toward the new normal*) als zentrales Thema der ersten drei Wochen nach der Geburt. Im Vordergrund standen für die Befragten dabei die physischen und psychischen Veränderungen, die sich gegenseitig beeinflussten, die Kontaktaufnahme und das Kennenlernen des Kindes, die Integration des realen Bildes mit der Vorstellung von dem Kind aus der Schwangerschaft, die Aneignung von Kompetenzen zum Versorgen und Umsorgen des Neugeborenen und der Aufbau von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie der Aufbau und die Gestaltung eines gemeinsamen neuen Familienalltags (Martell 2001). Vor dem Hintergrund dieser gewaltigen Veränderungen, die sich in einer durch eine hohe Emotionalität gekennzeichneten Zeit ereignen (Kirchner 2003:11), erscheint es verständlich dass die Beziehungs- und Unterstützungsaspekte, die durch den Faktor Betreuung auf der Wochenbettstation abgebildet werden, für die Betreuungszufriedenheit mit dem gesamten Krankenhausaufenthalt eine sehr wichtige Rolle spielen, wenn auch im Vergleich speziell zu den weiteren personenbezogenen Betreuungsdimensionen die hohe Effektstärke auffällig ist.

Das vorliegende Ergebnis bestätigt das einer früheren Untersuchung mit einem vergleichbaren Instrument an einer kleineren Stichprobe (Stahl 2010). Auch hier erwies sich die Betreuung auf der Wochenbettstation als die Dimension mit dem größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung. Studien, die die Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuung multivariat untersucht haben, zeigen übereinstimmend, dass die emotionalen Aspekte der Betreuung, wie sie in der vorliegenden Arbeit über die Dimension Betreuung auf der Wochenbettstation abgebildet werden, für die Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuung entscheidend sind (Brown et al. 2005; Hildingsson 2007; Waldenström et al. 2006).

Übereinstimmend mit diesen Untersuchungen besteht auch in der vorliegenden Untersuchung eine signifikante Assoziation mit der Dimension **Vorbereitung auf die Zeit zuhause**, die im Wesentlichen Art und Umfang der erhaltenen Informationen zu verschiedenen Themen des Wochenbetts widerspiegelt, der jedoch wie in den angeführten Arbeiten für die Gesamtzufriedenheit nicht die gleiche Bedeutung zukommt wie den emotionalen Aspekten der Betreuung und Unterstützung. Dies bedeutet nicht, dass auf Informationen zu den verschiedenen Aspekten des Wochenbetts verzichtet werden kann, nicht zuletzt ist dies die Dimensionen, über die sich die Wöchnerinnen am kritischsten äußern (vgl. Abschnitt 9.1). Letzteres deutet vielmehr darauf hin, dass die Informationen nicht in geeigneter Form vermittelt wurden oder in der Ausnahmesituation der ersten Tage nach der Geburt nicht verarbeitet werden konnten. Es gibt Hinweise aus verschiedenen Untersuchungen, dass die Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit der Wöchnerin in der ersten Woche nach der Geburt eingeschränkt ist (Eidelman et al. 1993; Martell 2001; Stark 2000).

Auch die **postpartale Schmerzlinderung** weist einen signifikanten, wenn auch geringeren Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung auf, was zusätzlich zu den im Zusammenhang mit den Ergebnissen der zweiten Forschungsfrage diskutierten Gründen darauf hinweist, dass diesem bisher nur wenig untersuchten Thema mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Die **Interaktion mit Ärztinnen und Ärzten** sowie den **Hebammen im Kreißaal** ist ebenfalls signifikant mit der Gesamtzufriedenheit assoziiert. Sofern die ärztliche Betreuung im Zusammenhang mit der intra- bzw. postpartalen Betreuungszufriedenheit untersucht wurde, konnte in einigen Studien ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang mit der Zufriedenheit festgestellt werden (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2004). Waldenström et al. hingegen konnten keine signifikante Assoziation zwischen der Zufriedenheit mit der Betreuung während der Geburt und der ärztlichen Unterstützung feststellen, was die Autorinnen jedoch darauf zurückführen, dass bei der Mehrzahl der Geburten keine Ärztin bzw. kein Arzt anwesend war, da normale Geburten in Schweden alleinverantwortlich von

einer Hebamme geleitet werden (Waldenström et al. 2006). Die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes bei der überwiegenden Mehrzahl aller Krankenhausgeburten in Deutschland lässt es plausibel erscheinen, dass diesem Faktor in Deutschland ein anderes Gewicht beikommt. Vor dem Hintergrund des prägenden Charakters einer Geburt in der Biografie einer Frau, den Auswirkungen von Geburtserfahrung und -betreuung auf Mutter und Kind sowie der Bedeutung, die dem Geburtserleben und der Betreuung während der Geburt in der Forschung im Vergleich zur postpartalen Betreuung beigemessen wird, mag der im Vergleich zur Betreuung auf der Wochenbettstation geringe Einfluss der Hebammenbetreuung im Kreißaal auf den ersten Blick überraschen. Dabei muss bedacht werden, dass in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich die Betreuungszufriedenheit untersucht wurde und die Dimension Hebammenbetreuung im Kreißaal daher nur Aspekte der Interaktion mit den Hebammen, mit einem Schwerpunkt auf Elementen der sozialen Unterstützung und Förderung der externen Kontrolle, umfasst, nicht hingegen Elemente, die die Einschätzung der eigenen Bewältigung des Geburtsgeschehens erfassen oder mögliche Erwartungen an die Geburt. Diese stellen jedoch einen wichtigen Aspekt der Geburtserfahrung dar (Christiaens & Bracke 2007; Dencker et al. 2010; Green & Baston 2003), die wiederum im Zusammenhang mit Zufriedenheit mit der Betreuungserfahrung steht (Green & Baston 2003; Rudman et al. 2007b; Waldenström 1999). Darüber hinaus wurden Art und Umfang der geburtsmedizinischen Interventionen nicht erhoben, die ebenfalls im Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung stehen (Brown & Lumley 1994; Waldenström et al. 2004). Denkbar ist, dass dies den Einfluss der Dimension auf die Gesamtzufriedenheit im vorliegenden Modell geschmälert hat.

Die Bedeutung **struktureller Aspekte** der Betreuung wie das Erscheinungsbild der Station, die Wohnlichkeit und Sauberkeit der Zimmer, die Übernachtungsmöglichkeit für den Partner und die Besuchszeiten erweisen sich in der bivariaten Analyse einer schwedischen Untersuchung als signifikante Einflussfaktoren der Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuung, bei gleichzeitiger Berücksichtigung weiterer interpersoneller und pflegerischer Betreuungsaspekte sowie soziodemografischer Merkmale der Wöchnerinnen war dieser Einfluss nicht mehr festzustellen (Hildingsson 2007). In einer qualitativen Studie wurden die Aussagen von 31 Erstgebärenden mit Blick auf die baulichen, organisatorischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen der Betreuung auf der Wochenbettstation befragt. Es zeigte sich, dass ungünstige Rahmenbedingungen wie unbequeme oder zu hohe Betten, Umstände, die zu viel Unruhe führten wie die Lage des Zimmers direkt neben einem Aufzug oder eine hohe Zimmerbelegung, grelles Licht in der Nacht auf dem Gang sich sowohl auf die Erholung als auch auf den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung störend auswirkten. Einige der befragten Frauen nahmen dies zum Anlass, die Klinik vorzeitig zu verlassen (Martell 2003). In der vorliegenden Untersuchung konnte in beiden Gruppen ebenfalls ein

signifikanter Zusammenhang der Dimensionen Service, Komfort & Sauberkeit sowie Zimmeratmosphäre ermittelt werden. Vor dem Hintergrund der genannten Forschungsergebnisse und dem Umstand, dass Müdigkeit und Erschöpfung konsistent eines der häufigsten genannten gesundheitlichen Probleme sowohl im Früh- als auch im Spätwochenbett darstellt (Brown et al. 2005; Schäfers 2011), sollte der Vermeidung unnötiger Störungen sowohl im baulichen wie auch im organisatorischen Bereich mehr Beachtung geschenkt werden. Gleichwohl erscheint es generell sinnvoller, bauliche und organisatorische Maßnahmen stets im Kontext eines an die Bedürfnisse der Wöchnerinnen angepassten Konzepts der Wochenbettbetreuung zu überdenken, als punktuelle Einzelmaßnahmen zu ergreifen, auch wenn dies nicht direkt aus den vorliegenden Ergebnissen abgeleitet werden kann.

Mit Blick auf die **soziodemografischen, geburtshilflichen und gesundheitsbezogenen Merkmale der Wöchnerinnen** und der **Merkmale des Krankenhauses** erwiesen sich auch in diesem Modell die Verweildauer, der subjektive Gesundheitszustand sowie die Zuversicht, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen, in beiden untersuchten Gruppen als signifikante Einflussgrößen für die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung im Krankenhaus, was angesichts des dimensionsübergreifend signifikanten Einflusses dieser Variablen im Zusammenhang mit der zweiten Forschungsfrage nicht überrascht. Darüber hinaus hatten Frauen mit universitärem Abschluss ein geringeres Risiko mit der Betreuung und Behandlung insgesamt unzufrieden zu sein als Frauen mit Hauptschulabschluss. Der Geburtsmodus hingegen war in beiden Gruppen nicht mit der Gesamtzufriedenheit assoziiert. In der Analyse von Waldenström und Kolleginnen zu den Risikofaktoren für eine negative Betreuungserfahrung erwies sich der Geburtsmodus nur in Verbindung mit der Verlegung des Neugeborenen als signifikanter Prädiktor (Waldenström et al. 2006). Brown und Kolleginnen konnten in ihren beiden Arbeiten zur intra- bzw. postpartalen Betreuungszufriedenheit ebenfalls jeweils keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Geburtsmodus beobachten (Brown et al. 2005; Brown & Lumley 1998a).

Frauen, die die **Verweildauer** als ‚zu kurz‘ oder ‚zu lang‘ einschätzten, hatten in beiden Gruppen ein um 60 bis 90 % erhöhtes Risiko mit der Betreuung und Behandlung insgesamt unzufrieden zu sein. Bereits im Zusammenhang mit der 2. Forschungsfrage wurde der Einfluss der Verweildauer als Ausdruck einer unflexiblen Organisationsstruktur des Krankenhauses, als einer inhaltlich und menschlich nicht den Bedürfnissen der Wöchnerinnen angepassten Betreuung bzw. vor dem Hintergrund einer Assoziation mit gesundheitlichen Problemen des Kindes diskutiert. Mit Blick auf die Gesamtbeurteilung des Krankenhausaufenthaltes zeigt sich nun, dass die Verweildauer weiterhin einen signifikanten Erklärungsbeitrag für ein erhöhtes Risiko für Unzufriedenheit leistet, wenn gleichzeitig die

Interaktion mit den betreuenden Berufsgruppen und die Vorbereitung auf die Entlassung berücksichtigt werden. Vorstellbar ist, dass dies im Zusammenhang mit der zeitlichen Komponente, die über die Verweildauer, jedoch nicht über die personenbezogenen Dimensionen abgebildet wird, steht. Wie bereits im vorigen Abschnitt dargelegt, konnten verschiedene andere Autorinnen und Autoren ebenfalls einen Zusammenhang zwischen einer bestimmten Länge oder einer als unangemessen beurteilten Verweildauer und einem höheren Risiko für Unzufriedenheit mit der postpartalen Betreuung nachweisen (Brown et al. 2005; Hildingsson 2007; Waldenström et al. 2006).

Die **Zuversicht, mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen**, und die **subjektive Gesundheitseinschätzung** stehen ebenfalls mit der Gesamtzufriedenheit in einem signifikanten Zusammenhang. Wie bereits für die Zufriedenheit mit den Einzeldimensionen diskutiert, können beide Variablen als Hinweis für die Selbstwirksamkeitserwartungen der Wöchnerinnen interpretiert werden, die subjektive Gesundheit darüber hinaus als ein Maß für das Ausmaß gesundheitlicher Probleme, die beide jeweils wiederum in Zusammenhang mit der Betreuungszufriedenheit stehen (Berentson-Shaw et al. 2009; Christiaens & Bracke 2007; Rudman et al. 2007a; Rudman et al. 2007b). Wie für die zweite Forschungsfrage gilt jedoch auch hier der Hinweis, dass diese Interpretation mit Vorsicht zu betrachten ist, da der postulierte Zusammenhang zwischen den in der vorliegenden Untersuchung eingesetzten Variablen und der mit Hilfe standardisierter Instrumente erhobenen Selbstwirksamkeit zunächst empirisch zu prüfen wäre.

Schließlich sind Frauen mit universitärem Abschluss mit höherer Wahrscheinlichkeit insgesamt zufrieden im Vergleich zu Frauen mit Hauptschulabschluss. Denkbar ist, dass Frauen mit höherem Schulabschluss eher in der Lage sind, ihre Bedürfnisse zu artikulieren und von den Expertinnen und Experten einzufordern. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass Frauen mit besserem sozioökonomischem Status, der wiederum mit einem höheren Bildungsstand assoziiert ist, eher in die Betreuung eingebunden werden, mehr Aufmerksamkeit erfahren und umfangreichere Informationen erhalten (Martin 1990). Gleichwohl steht das Ergebnis im Gegensatz zu anderen Arbeiten, in denen entweder ein niedrigerer Schulabschluss mit einer höheren Unzufriedenheit mit intra- und postpartalen Betreuung assoziiert ist (Waldenström et al. 2006) oder keinen Einfluss ausübte (Brown et al. 2005).

## 9.4 Limitationen

Das Untersuchungsdesign einer postalischen Befragung mit zwei Erinnerungsschreiben hat zu guten Rücklaufquoten geführt, dennoch ist eine Generalisierung der Ergebnisse durch die für dieses Design typische Überrepräsentierung von Frauen mit höherem Alter, höherem Bildungsabschluss sowie in fester Partnerschaft lebenden Frauen beschränkt (Brown & Lumley 1997). Des Weiteren ist davon auszugehen, auch wenn ein Indikator hierfür nicht

erhoben wurde, dass aufgrund des Befragungsdesigns Frauen mit geringen Deutschkenntnissen ebenfalls zu einem deutlich geringeren Anteil als in der allgemeinen bundesdeutschen geburtshilflichen Population vertreten sind (Cartwright 1986). Schließlich sind die Angaben von Frauen aus Krankenhäusern mit mehr als 1000 Geburten unterrepräsentiert, auch liegt der Anteil der Erstgebärenden und derer mit ungeplantem Kaiserschnitt höher als in der herangezogenen Vergleichsstichprobe. Die Interpretation der Ergebnisse muss daher vor diesem Hintergrund erfolgen. Das Risiko einer möglichen Verzerrung der Ergebnisse durch die Unterrepräsentierung der Angaben von Frauen aus bestimmten Bundesländern wird als gering erachtet.

Bei dem Datensatz handelte es sich um Daten, die im Rahmen des internen Qualitätsmanagements der Krankenhäuser zur Verbesserung der Betreuungs- und Versorgungsqualität erhoben wurden. Die Analyse von Daten, die auf der Basis einer anders gelagerten Fragestellung erhoben wurden, bedeutete, dass bestimmte, für das Ziel der vorliegenden Untersuchung hilfreichen Variablen, wie Angaben zu den Erwartungen der Teilnehmerinnen an die Geburt sowie an die Betreuung während und nach der Geburt, zur Geburtserfahrung, solche zu Art und Häufigkeit der durchgeführten Interventionen, speziell vaginal-operativer Geburten, die sämtlich für die Zufriedenheit mit der Betreuungserfahrung von Bedeutung sind, nicht vorlagen. Darüber hinaus hätte eine Unterscheidung der ärztlichen Betreuung nach Kreißsaal und Wochenbettstation eine differenzierte Interpretation erlaubt, genauso wie eine Aufschlüsselung der Gesamtzufriedenheit nach intra- und postpartaler Betreuung. Die Ergebnisse müssen daher im Licht der verfügbaren Daten interpretiert werden. Generell gilt, dass es im Rahmen eines Querschnittsdesigns möglich ist, Zusammenhänge und Einflussfaktoren zu ermitteln, Kausalbeziehungen jedoch lassen sich aus den Ergebnissen nicht ableiten, sie können nur im klinischen Kontext und vor dem Hintergrund der verfügbaren Evidenzen interpretiert werden.

Insgesamt ist die in der zweiten Forschungsfrage durch die einzelnen Betreuungsdimensionen erklärte Gesamtvarianz (Nagelkerke's  $R^2$ ) des jeweiligen Modells zur Zufriedenheit mit der entsprechenden Dimension mit Werten zwischen 3 und 12 % gering. In diesem Zusammenhang muss jedoch bedacht werden, dass dieses Maß nicht ausschließlich durch die Effektstärke, sondern darüber hinaus durch die Randverteilungen der unabhängigen Variablen beeinflusst wird, die für die meisten geprüften Variablen nicht symmetrisch war. Darüber hinaus lässt sich konstatieren, dass die Modellgüte mit Blick auf den Gesamtprozentsatz an korrekt klassifizierten Fällen sehr gut ist (Fromm 2005). Einige Autoren vertreten die Ansicht, dass in sozial- oder gesundheitswissenschaftlichen Kontexten, für die bekannt ist, dass eine Vielzahl von Einflussgrößen relevant sind, und für die oftmals keine Daten vorliegen, der Fokus auf Richtung und Signifikanz der Effekte nach Drittvariablenkontrolle gelegt werden soll, da nicht das eine perfekte Modell das Ziel ist (Riepl

2011). Gleichwohl deuten die niedrigen Werte für Nagelkerke's  $R^2$  in der vorliegenden Untersuchung darauf hin, dass weitere Einflussfaktoren für die Zufriedenheit mit den einzelnen Betreuungsdimensionen eine Rolle spielen, wie zum Beispiel die physische und mentale Gesundheit in der Schwangerschaft, Erwartungen an die Geburt und die Zeit danach, die Einschätzung der persönlichen Bewältigung des Geburtsgeschehens oder auch das soziale Umfeld und Netzwerk der Frau.

## 9.5 Implikationen

Mit der vorliegenden Arbeit konnte erstmals die postpartale Schmerzlinderung als separate Dimension der Betreuungserfahrung ermittelt werden. Darüber hinaus zeigte sich ein negativer Einfluss sowohl der geplanten als auch der ungeplanten Sectio auf die Zufriedenheit mit dieser Dimension. Vor dem Hintergrund des prädiktiven Zusammenhangs zwischen starken akuten Schmerzen in den ersten 24 bis 36 Stunden nach der Geburt, und persistierenden Schmerzen, Einschränkungen im Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung sowie einer höheren psychischen Morbidität im weiteren Verlauf des Wochenbetts (Eisenach et al. 2008) sollte dem Bereich des postpartalen Schmerzmanagements in der geburtshilflichen Forschung eine größere Aufmerksamkeit gewidmet als dies bisher der Fall ist. Während die Verbesserung des postpartalen Schmerzlinderung angesichts der aktuellen Situation nach wie vor weiter steigender Kaiserschnittraten eine wichtige Notwendigkeit darstellt, sollte das Ergebnis der stärkeren Schmerzen nach Kaiserschnitt und seiner Auswirkungen auf Mutter und Kind als ein weiterer Anlass gesehen werden, die Entscheidung für diesen Geburtsmodus in jedem Einzelfall sehr sorgfältig zu überdenken, insbesondere mit Blick auf geplante Kaiserschnitte bzw. auf Interventionen, die einen ungeplanten Kaiserschnitt begünstigen können.

In der vorliegenden Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen geplantem Kaiserschnitt und der Zufriedenheit mit der Hebammenbetreuung im Kreißaal festgestellt werden. Vor dem Hintergrund, dass eine Differenzierung der vaginalen Geburten nach spontaner und vaginal-operativer Geburt anhand der verfügbaren Daten nicht möglich war, wäre bei erneuter Erhebung ein entsprechendes Item zur Aufschlüsselung des vaginalen Geburtsmodus aufzunehmen, um prüfen zu können, ob der fehlende Einfluss des Geburtsmodus in der Gruppe der Frauen mit vaginaler Geburt bzw. geplanter Sectio bestehen bleibt oder ob es sich dabei um ein methodisches Artefakt handelt. Darüber hinaus erscheint der Einbezug von Instrumenten zur Erfassung der Geburtserfahrung sowie präpartaler Erwartungen an die Geburt sinnvoll, da diese maßgeblich zur Zufriedenheit mit der Gesamterfahrung beitragen (Dencker et al. 2010; Hodnett 2002).

Der bereits in zahlreichen internationalen Studien nachgewiesene Zusammenhang zwischen einer negativeren Beurteilung der intrapartalen Betreuung durch Frauen mit ungeplantem Kaiserschnitt ebenso wie die maßgebliche Bedeutung der Interaktion mit und die Beziehung zu den betreuenden Fachpersonen für eine gute Betreuungserfahrung (z. B. Brown & Lumley 1998a; Hodnett 2002; Rijnders et al. 2008; Waldenström et al. 2006) konnte auch in der vorliegenden Arbeit an einer großen Stichprobe für Frauen, die ihr Kind in einem deutschen Krankenhaus zur Welt gebracht haben, nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis ist wenig überraschend, eine erneute Bestätigung durch weitere Arbeiten drängt sich nicht auf. Vielmehr erscheint es angemessen, an dieser Stelle auf eine Publikation der renommierten Frauengesundheitsforscherin Beverly Chalmers zu verweisen, die fragt, wie oft noch nachgewiesen werden muss, was geburtshilflich Tätige sowohl aus Erfahrung, aber auch aus qualitativ hochwertigen Forschungsarbeiten seit vielen Jahrzehnten wissen: dass Betreuungszufriedenheit und gute klinische Outcomes für Mutter und Kind eng verknüpft sind mit einer einfühlsamen, respektvollen, ermutigenden, an den Bedürfnissen der Frau orientierten und möglichst interventionsarmen Betreuung (Chalmers 2002). Die Frage, die sich stellt, ist daher vielmehr, was getan werden muss, damit dieses Wissen tatsächlich auch den Frauen und ihren Kindern zu Gute kommt.

Angesichts des deutlichen Zusammenhangs zwischen der subjektiven Gesundheit und der Zufriedenheit mit der Betreuung sowohl bezüglich der einzelnen Dimensionen als auch insgesamt wurde der in verschiedenen Untersuchungen angeführte stabile Kern der subjektiven Gesundheit (Bailis et al. 2003; Perruccio et al. 2010) in der vorliegenden Arbeit als Ausdruck der Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura 1977) der Frau interpretiert. Ein empirische Überprüfung der Berechtigung dieser Annahme sowie möglicher Zusammenhänge zwischen Betreuungszufriedenheit und anderen oder verwandten Konstrukten zur Einschätzung der eigenen Fähigkeit zur Bewältigung neuer oder schwieriger Anforderungssituation wie zum Beispiel dem Kohärenzgefühl (Bengel et al. 2001), erscheint daher sinnvoll.

Die Betreuung durch das Personal auf der Wochenbettstation hat sich in der vorliegenden Untersuchung als der wichtigste Einflussfaktor für die Gesamtzufriedenheit mit der Betreuung und Behandlung im Krankenhaus erwiesen. Darüber hinaus zeigte sich, dass Frauen in Deutschland, übereinstimmend mit internationalen Evidenzen (Brown et al. 2005; Waldenström et al. 2006), mit der klinischen Wochenbettbetreuung unzufriedener sind als mit der Betreuung im Kreißaal, dass von allen Betreuungsaspekten Art und Umfang der Informationen zur Vorbereitung auf die Zeit zuhause am kritischsten beurteilt werden, und dass eine als unangemessen beurteilte Verweildauer dimensionsübergreifend und mit Blick



auf die Gesamtzufriedenheit einen negativen Effekt zeigt. Im Zusammenspiel ist dies ein deutlicher Hinweis, dass die klinische Wochenbettbetreuung stärker in den Fokus der geburtshilflichen Forschung rücken muss als dies bisher der Fall ist. Dabei erscheint es sinnvoll, sich weniger auf einzelne Maßnahmen zu konzentrieren als vielmehr auf ein effektives, an den individuellen Bedürfnissen der Wöchnerinnen orientiertes Gesamtkonzept, das reflektiert, was eine klinische Wochenbettbetreuung bei einer durchschnittlichen Verweildauer von drei Tagen nach Spontangeburt und fünfeinhalb Tagen nach Kaiserschnitt leisten kann. Angesichts der Vielzahl der Themen, Fragen, Anforderungen und Veränderungen mit denen sich Frauen im Wochenbett konfrontiert sehen, erscheint eine Prioritätensetzung in der Betreuung im klinischen Wochenbett unabdingbar. Während entsprechende Bestrebungen in dem Konzept der Integrativen Wochenbettbetreuung sowie dem des Babyfreundlichen Krankenhauses bereits zu erkennen sind (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.3.2), erscheint neben dem Aspekt der qualitätssichernden Evaluation, die nur im letzteren Fall stattfindet, vor allem die Frage nach den Voraussetzungen, der Struktur sowie der Implementierung einer deutlich stärkeren und besseren inhaltlichen und organisatorischen Verzahnung der stationären und ambulanten Wochenbettbetreuung als Thema für weitere Forschung sinnvoll.

## 10 Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Untersuchungen wurden erstmals anhand eines umfangreichen Datensatzes mit Angaben von mehr als 16.000 Wöchnerinnen die intra- und postpartalen Betreuungserfahrungen in deutschen Krankenhäusern ermittelt und mögliche Einflussfaktoren der Betreuungszufriedenheit bi- und multivariaten Analysen unterzogen. Ein Fokus wurde dabei auf den Einfluss des Geburtsmodus für die einzelnen Dimensionen der Betreuungserfahrung sowie für die Gesamtzufriedenheit gelegt.

Wie in ähnlichen umfangreichen Befragungen aus Schweden, Großbritannien, Australien, den USA und Kanada erwies sich auch im deutschen Kontext die Interaktion mit und die Beziehung zu den betreuenden Hebammen, Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten als maßgeblicher Faktor für die Zufriedenheit mit der Betreuung. Ebenfalls in Übereinstimmung mit der verfügbaren internationalen Literatur konnte eine kritischere Beurteilung der postpartalen im Vergleich zur intrapartalen Betreuung ermittelt werden, insbesondere mit Blick auf die Information über für die ersten Wochen nach der Geburt relevante Themen. Damit liefert die vorliegende Untersuchung konkrete Hinweise für Ansatzpunkte, die zu einer weiteren Verbesserung der Zufriedenheit mit der klinischen Betreuung und Versorgung während und nach der Geburt beitragen können.

Die in anderen Untersuchungen festgestellte Tendenz zu einer geringeren Zufriedenheit bei ungeplantem Kaiserschnitt konnte bestätigt werden, ebenfalls der unterschiedliche Einfluss von geplanter und ungeplanter Sectio. Während die verfügbaren Studien in der Mehrzahl auf einen Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und der Geburtserfahrung fokussieren, werden mit der vorliegenden Untersuchung die weniger umfangreichen Evidenzen hinsichtlich eines Einflusses auch auf die Betreuungserfahrung gestützt, insbesondere auf die Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung und postpartalen Schmerzlinderung.

Neben dem Geburtsmodus ergaben sich aus der Analyse einer Reihe weiterer Einflussfaktoren Hinweise, dass neben den interpersonellen Aspekten der Betreuung insbesondere organisatorische Vorgaben des Krankenhauses sowie die psychische und physische Verfassung der Frau die Zufriedenheit mit der Betreuung und Versorgung beeinflussen.

Schließlich erwies sich Interaktion mit und die Beziehung zu den betreuenden Fachkräften auf der Wochenbettstation als die mit Abstand einflussreichste Dimension für die Zufriedenheit mit der klinischen Betreuung und Versorgung insgesamt. Dies unterstreicht die in den letzten Jahren zunehmend erhobene Forderung nach einem stärkeren Fokus der geburtshilflichen Forschung auf die Sichtweisen der Frauen im Zusammenhang mit der postpartalen Betreuung, ihre konstituierenden Dimensionen sowie mögliche Einflussfaktoren. In diesem Zusammenhang erscheint auch die Evaluation der postpartalen Schmerzlinderung

interessant, die in der vorliegenden Untersuchung erstmalig als eigenständige Dimension der Betreuungserfahrung ermittelt wurde.

## 11 Literatur

- Abou-Dakn M, Reek A, Juhre B, Meese G. Der Weg zum "Babyfreundlichen Krankenhaus". Praxisleitfaden. Marburg: Verlag im Kilian; 2009.
- AbouZahr C. Maternal mortality overview. In: Murray CJL, Lopez A, editors. Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies. Cambridge: Harvard School of Public Health; 1998.
- AIHW National Perinatal Statistics Unit. Perinatal Statistics Reports 1991-2008. [http://www.preru.unsw.edu.au/PRERUWeb nsf/page/Perinatal+Statistics](http://www.preru.unsw.edu.au/PRERUWeb%20nsf/page/Perinatal+Statistics) 2011 [cited 2011 Jun 11]
- Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med* 2010;40(11):1849-59.
- Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD006066.
- Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006;33(4):270-7.
- Anderson GM. Making sense of rising caesarean section rates. *BMJ* 2004; 329(7468): 697-698.
- Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD000331.
- AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V, Version 2.0. Göttingen: AQUA; 2010a.
- AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH). Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2009. Geburtshilfe. Göttingen: AQUA; 2010b.
- AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH). Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2010. Geburtshilfe. Göttingen: AQUA; 2011.
- Aragon SJ, Gesell SB. A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation. *Am J Med Qual* 2003;18(6):229-41.
- Aust B. Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: WZB, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik; 1994.
- Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv Nurs* 1995;22(2):316-22.

- Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc.Sci.Med.* 1997;44(1), 85-92.
- Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R. *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung.* 9. Auflage. Berlin: Springer Verlag; 2003.
- Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. *Soc Sci Med* 2003;56(2):203-17.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
- BAQ (Bayrische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung). *Geburtshilfe Jahresauswertung 2009.* Modul 16/1. 2010.
- Barkley W, Furse D. Changing priorities for improvement: The impact of low response rates in patient satisfaction. *Jt Comm J Qual Improv* 1996; 22, 427-433.
- Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 2005;32(4):306-11.
- Baston H, Rijnders M, Green J, Buitendijk S. Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and in the Netherlands. *J Reprod Infant Psychol* 2008;26(4):323-339.
- Bauer N, zu Sayn-Wittgenstein F. Hebammenkreißsaal: Besonderheiten eines randomisiert, kontrollierten Studiendesigns. *Die Hebamme* 2006;19:107-109.
- Bauer NH, Pohlabein H, zu Sayn-Wittgenstein F. Hebammenkreißsaal: weniger Interventionen, gute Ergebnisse. *Hebammenforum* 2010;10:838-842.
- Beake S, Rose V, Bick D, Weavers A, Wray J. A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:70.
- Bengel J, Strittmachern R, Willmann H. Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. *Erweiterte Neuauflage.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2001.
- Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol* 2009;24(4):357-373.
- Bhattacharya S, Porter M, Harrild K, Naji A, Mollison J, van TE, et al. Absence of conception after caesarean section: voluntary or involuntary? *BJOG* 2006;113(3):268-75.
- Bick DE, Rose V, Weavers A, Wray J, Beake S. Improving inpatient postnatal services: midwives views and perspectives of engagement in a quality improvement initiative. *BMC Health Serv Res* 2011;11:293.
- Biro MA, Waldenstrom U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth* 2003;30(1):1-10.
- Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol* 2011;28(5):383-8.
- Blum K, Löffert S. *Ärztmangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen.* Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut (DKI); 2010.

- Boardman JD. Self-rated health among U.S. adolescents. *J Adolesc Health* 2006;38(4):401-8.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2001. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2002.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2002. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2003.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Bundesauswertung 2003. Modul 16/1 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2004a.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2003. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2004b.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Bundesauswertung 2004. Modul 16/1 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2005a.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2004. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2005b.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Bundesauswertung 2005. Modul 16/1 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2006a.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2005. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2006b.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Bundesauswertung 2006. Modul 16/1 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2007a.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2006. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2007b.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Bundesauswertung 2007. Modul 16/1 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2008a.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2007. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2008b.
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Bundesauswertung 2008. Modul 16/1 Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2009a.

- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2008. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH; 2009b.
- Bragg F, Cromwell DA, Edozien LC, Gurol-Urganci I, Mahmood TA, Templeton A, et al. Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study. *BMJ* 2010;341:c5065.
- Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth* 1993;20(1):22-9.
- Braun B. Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 43. Gmündner Ersatzkasse. Sankt Augustin: Asgard-Verlag; 2006.
- Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(3):758-63.
- Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD001451.
- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD001141.
- Brown S, Bruinsma F, Darcy MA, Small R, Lumley J. Early discharge: no evidence of adverse outcomes in three consecutive population-based Australian surveys of recent mothers, conducted in 1989, 1994 and 2000. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2004;18(3):202-13.
- Brown S, Davey MA, Bruinsma FJ. Women's Views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery* 2005;21:109-126.
- Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth* 1994;21(1):4-13.
- Brown S, Lumley J. The 1993 Survey of Recent Mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy. *Int J Qual Health Care* 1997;9(4):265-75.
- Brown S, Lumley J. Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *Br J Obstet Gynaecol* 1998a;105(2):143-55.
- Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol* 1998b;105(2):156-61.
- Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD002958.
- Bruinsma F, Brown S, Darcy MA. Having a baby in Victoria 1989-2000: women's views of public and private models of care. *Aust N Z J Public Health* 2003;27(1):20-6.
- Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(1):24-34.
- Bühner M. Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 2 Aufl. München: Pearson Studium; 2006.

- Burroughs TE, Waterman BM, Gilin D, Adams D, McCollegan J, Cira JC. Do on-site patient satisfaction surveys bias results? *Jt Comm J Qual Improv* 2005;31(3):158-66.
- Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004;103(5):907-12.
- Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract* 1998;47(4):305-8.
- Canadian Institute for Health Information. Health Indicators 2009. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Healthindicators2009\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Healthindicators2009_en.pdf) 2009 [cited 2011 Jun 11]
- Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011;118 Suppl 1:1-203.
- Carey RG. How to choose a Patient Survey System. *Jt Comm J Qual Improv* 1999;25:20-25.
- Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med* 2006 Mar;68(2):321-30.
- Cartwright A. Who responds to postal questionnaires? *J Epidemiol Community Health* 1986;40(3):267-73.
- CDC National Vital Statistics System. Vital Stats - Births. [http://www.cdc.gov/nchs/data\\_access/vitalstats/VitalStats\\_Births.htm](http://www.cdc.gov/nchs/data_access/vitalstats/VitalStats_Births.htm); 2009 [cited 2011 Jun 11]
- Centraal Bureau for de Statistiek. Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 2003. <http://www.cbs.nl/nr/rdonlyres/77848968-ee71-4c67-83a0-47dee6a316d4/0/vademecum2003.pdf>; 2003 [cited 2011 Jun 11]
- Centraal Bureau for de Statistiek. Geboorte naar diverse kenmerken. <http://statline/cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37422ned&D1=0,23-34&D2=a&HDR=T&STB=G1&VW=T>; 2011a [cited 2011 Jun 11]
- Centraal Bureau for de Statistiek. Operaties in het ziekenhuis; soort opname, leeftijd en geslacht. <http://statline/cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=80386ned&D1=a&D2=l&D3=0&D4=0,41&D5=a&HDR=T&STB=G4,G1,G2,G3&VW=T>; 2011b [cited 2011 Jun 11];
- Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, Mazor M. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2000;8(2):77-82.
- Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99(9):709-10.
- Chalmers B. How often must we ask for sensitive care before we get it? *Birth* 2002;29(2):79-82.
- Chalmers B, Dzakpasu S, Heaman M, Kaczorowski J. The Canadian maternity experiences survey: an overview of findings. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(3):217-28.
- Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B, et al. Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. *Birth* 2010;37(1):44-9.



- Chauhan SP, Martin JN, Jr., Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(2):408-17.
- Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:26.
- Cleary PD, Edgman-Levitan S, Walker JD, Gerteis M, Delbanco TL. Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals. *Qual Manag Health Care* 1993;2(1):31-8.
- Coalition for Childbirth Autonomy. WHO admits: There is no evidence for recommending a 10-15% caesarean limit. [http://birthtraumacanada.org/resources/PDF+press+release+CCA+Oct+26\\$2C+2009.pdf](http://birthtraumacanada.org/resources/PDF+press+release+CCA+Oct+26$2C+2009.pdf); 2009 [cited 2011 Jun 12]
- Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992;112(1):155-9.
- Creedy DK, Noy DL. Postdischarge surveillance after cesarean section. *Birth* 2001;28(4):264-9.
- Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000;27(2):104-11.
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002;6(32):1-244.
- Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet* 2001;75(Suppl 1):S5-S23.
- De Luca R, Boulvain M, Irion O, Berner M, Pfister RE. Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics* 2009;123(6):e1064-e1071.
- Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol* 2007;109(3):669-77.
- Declercq E, Menacker F, Macdorman M. Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002. *Am J Public Health* 2006a;96(5):867-72.
- Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. [http://www.childbirthconnection.org/pdf.asp?PDFDownload=LTMII\\_report](http://www.childbirthconnection.org/pdf.asp?PDFDownload=LTMII_report); 2006b [cited 2011 Jun 11]
- Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:81.
- Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31(1):12-32.
- Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD001134.

- Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, et al. Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. London: National Collaborating Centre For Primary Care and Royal College Of General Practitioners.; 2006.
- Dessole S, Cosmi E, Balata A, Uras L, Caserta D, Capobianco G, et al. Accidental fetal lacerations during cesarean delivery: experience in an Italian level III university hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(5):1673-7.
- Dewan G, Glazener CM, Tunstall M. Postnatal pain: a neglected area. *Br J Midwifery* 1993;1: 63-66.
- DGGG, AGMedR. Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea. AWMF 015/054 (S1). 2008.
- Dierks ML, Martin S, Schienkewitz A. Der informierte Patient in den Institutionen des Gesundheitswesens - Partner oder Störfaktor? In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkewitz A, et al., editors. *Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt*. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001a. 89-118.
- Dierks ML, Siebeneick S, Röseler S. Patienten, Versicherte, Kunden - eine neue Definition des Patienten? In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkewitz A, et al., editors. *Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt*. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001b. 4-26.
- Dildy GA. Postpartum hemorrhage: new management options. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45(2):330-44.
- Dillman DA. The design and administration of mail surveys. *Annu Rev Sociol* 1991;17:225-249.
- Dillman DA. *Mail and internet Surveys. The Tailored Design Method*. New York: John Wiley & Sons; 2000.
- DKG/PKV. Gemeinsame Empfehlung gemäß § 22 Absatz 1 BPfIV / § 17 Absatz 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft. 2010. Düsseldorf/Köln, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung.
- Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004224.
- Dosa L. Caesarean section delivery, an increasingly popular option. *Bull World Health Organ* 2001;79(12):1173.
- Duden. *Richtiges und gutes Deutsch*. 6. Aufl. Band 9. Mannheim, Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG. 2007.
- Dunn EA, O'Herlihy C. Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;1;121(1):56-60.
- Ecker JL. Once a pregnancy, always a cesarean? Rationale and feasibility of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(2):314-8.

- Eden KB, Hashima JN, Osterweil P, Nygren P, Guise JM. Childbirth preferences after cesarean birth: a review of the evidence. *Birth* 2004;31(1):49-60.
- Eidelman AI, Hoffmann NW, Kaitz M. Cognitive deficits in women after childbirth. *Obstet Gynecol* 1993;81(5 ( Pt 1)):764-7.
- Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 2008;140(1):87-94.
- Ellberg L, Hogberg U, Lindh V. 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery* 2010;26(4):463-8.
- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther CA, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3 ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- Ensel A. Schwanger und Kundin? Verantwortung und Zumutungen im Kontext pränataler Diagnostik. <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=999>; 2007 [cited 2011 May 27]
- EURO-PERISTAT-Project. The European Perinatal Health Report. <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/petite-enfance/european-perinatal-health-report/european-perinatal-health-report.pdf>; 2008 [cited 2011 March 12]
- Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 2000;4(25):1-171.
- Fawcett J, Pollio N, Tully A. Women's perceptions of cesarean and vaginal delivery: another look. *Res Nurs Health* 1992;15(6):439-46.
- Festinger L. Cognitive Dissonance. *Scientific American* 1962;207:93-102.
- Finkelstein BS, Harper DL, Rosenthal GE. Does length of hospital stay during labor and delivery influence patient satisfaction? Results from a regional study. *Am J Manag Care* 1998;4(12):1701-8.
- Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. *BMJ* 1991;302:887-889.
- Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:27.
- Frei A, Mander R. The relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: an ethnographic study in a Swiss postnatal unit. *Midwifery* 2011;27(5):716-22.
- Freiburghaus R. Leitfaden für die sprachliche Gleichstellung. [www.fhnw.ch/sozialarbeit/studienberatung/sprachleitfaden\\_fhnw.pdf](http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/studienberatung/sprachleitfaden_fhnw.pdf); 2006 [cited 2012 May 2]
- Freise D. Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen. St. Augustin: Asgard-Verlag; 2003.
- Fromm S. Binäre logistische Regressionsanalyse. Bamberger Beiträge zur empirischen Sozialforschung. Bamberg: Otto-Friedrich-Universität Bamberg. 2005.

- Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth* 2007;34(4):331-40.
- Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000;27(4):256-63.
- Geissbühler V, Zimmermann K, Eberhard J. Geburtsängste in der Schwangerschaft - Frauenfelder Geburtenstudie. *Geburtsh Frauenheilk* 2005;65:873-880.
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J. *Through the patient's eyes. Understanding and promoting patient centred care.* San Francisco: Jossey-Bass Inc.; 1993.
- Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):771-8.
- Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102(4):282-7.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004;46(2):212-9.
- Göthlich SE. Zum Umgang mit fehlenden Daten in grosszahligen empirischen Erhebungen. In: Albers S, Klapper D, Konradt U, Walter A, Wolf J, editors. *Methodik der empirischen Forschung. 3. Auflage.* Wiesbaden: Gabler Verlag; 2009;119-35.
- Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* 2002;109(3):254-60.
- Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth* 2003;30(4):235-247.
- Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990;17(1):15-24.
- Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. *Great Expectations: A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth.* 2nd ed. Hale, England: Books for Midwives; 1998.
- Griffiths AN, Avasarala S, Wiener JJ. A prospective observational study of emergency caesarean section rates and the effect of the labour ward experience. *J Obstet Gynaecol* 2005;25(7):666-8.
- Grimes DA, Peipert JF. Electronic fetal monitoring as a public health screening program: the arithmetic of failure. *Obstet Gynecol* 2010;116(6):1397-400.
- Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess* 2010;(191):1-397.
- Habiba M, Kaminski M, Da FM, Marsal K, Bleker O, Librero J, et al. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006;113(6):647-56.
- Hainer F, Kowalcek I. Wünsche von Schwangeren an der Geburtsmodus. *Z Geburtsh Neonatol* 2011;215:35-40.

- Handler A, Raube K, Kelley MA, Giachello A. Women's satisfaction with prenatal care settings: a focus group study. *Birth* 1996;23(1):31-7.
- Hankins GD, Clark SM, Munn MB. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol* 2006;30(5):276-87.
- Hannah ME. Planned elective cesarean section: a reasonable choice for some women? *CMAJ* 2004;170(5):813-4.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 21;356(9239):1375-83.
- Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(4):389-94.
- Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008;336(7635):85-7.
- Hartmann I. Geburtshelferinnen beklagen Personalnotstand in Kliniken. *Ludwigsburger Kreiszeitung* 2008.
- Hasseler M. Stationäre Wochenpflege: Evaluation "ganzheitlicher" und "herkömmlicher" Betreuungsformen in der postpartalen Phase. *Pflege* 2002;15:170-180.
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD004667.
- Heindl I. Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. *Gesundheit und soziale Ungleichheit. Bundeszentrale für Politische Bildung. Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)* 2007;42:32-38.
- Hekkert KD, Cihangir S, Kleefstra SM, van den BB, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med* 2009;69(1):68-75.
- Hellmers C. *Geburtsmodus und Wohlbefinden - eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden unter besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-)Kaiserschnittes. Universität Osnabrück: Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades der Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) am Fachbereich Humanwissenschaften; 2005.*
- Hellmers C, Schücking B. Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA. *J Reprod Infant Psychol* 2008;26(4):351-372.
- Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(5):1569-74.
- Henley-Einion A. The medicalisation of childbirth. In: Squire C, editor. *The social context of birth.* 2 ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2009;180-90.
- HESOnline (Hospital Episode Statistics). NHS Maternity Statistics, 2009-10. <http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937&categoryID=1475>; 2010 [cited 2011 June 11]

- Hildingsson IM. New parents' experiences of postnatal care in Sweden. *Women Birth* 2007;20(3):105-13.
- Hipp R, Prengel A, Nebl T, Heberer M. Der Patient als Kunde - Chancen und Risiken einer neuen Positionierung für den Patienten im Krankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr* 2010; [http://www.icfs-basel.ch/dokumente\\_artikel/HippPrengel\\_DMW\\_20100122.pdf](http://www.icfs-basel.ch/dokumente_artikel/HippPrengel_DMW_20100122.pdf); [cited 2011 May 27]
- Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):S160-S172.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;2:CD003766.
- Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Res Nurs Health* 1989;12(5):289-97.
- Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD000166.
- Horey D, Weaver J, Russell H. Information for pregnant women about caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(1):CD003858.
- Hornemann A, Bohlmann MK, Altgassen C, Wille C, Thill M, Diedrich K, et al. Primäre Sectionen subventionieren Spontangeburt. Spielen finanzielle Interessen bei der steigenden Sectiorate eine Rolle? *Geburtsh Frauenheilk* 2008;68:1082-1088.
- IBM. IBM SPSS Statistics Base 20. [ftp://ftp.software.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/de/client/Manuals/IBM\\_SPSS\\_Statistics\\_Base.pdf](ftp://ftp.software.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/de/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Base.pdf); 2011 [cited 2011 Dec 1];
- Isfort M, Weidner F, Neuhaus A, Kraus S, Köster VH, Gehlen D. *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Versorgung im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.(dip); 2010.
- Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost* 2008;6(6):905-12.
- Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the Care in Obstetrics: Measure for testing Satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health* 2006;29(1):51-60.
- Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ* 2002;324(7342):892-5.
- Johnson KC, Davis BA. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996. *Obstet Gynecol* 2003;101:198-200.
- Jolly J, Walker J, Bhabra K. Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(3):227-32.
- Jungermann H, Slovic P. Charakteristika individueller Risikowahrnehmung. In: Bayrische Rück, editor. München: Knesebeck GmbH & Co. Verlags KG; 1993. p. 89-108.
- Jungermann H, Slovic P. Die Psychologie der Kognition und Evaluation von Risiko. In: Bechmann G, editor. Risiko und Gesellschaft. Grundlagen und Ergebnisse

- interdisziplinärer Risikoforschung. 2. ed. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH; 1997;167-207.
- Kaiser MO. Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit: Dimensionen und Messmöglichkeiten. 2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2004.
- Kersting M, Dulon M. Über das Stillen in Deutschland - die SuSe-Studie. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA), editor. Stillen und MÜttermilchernährung. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Köln: BZgA; 2001; 269-78.
- Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD005528.
- Kieschnick K. Der ganz normale Wahnsinn. *DHZ* 2011;5:12-13.
- Kingdon C, Baker L, Lavender T. Systematic review of nulliparous women's views of planned cesarean birth: the missing component in the debate about a term cephalic trial. *Birth* 2006;33(3):229-37.
- Kinnersley P, Stott N, Peters T, Harvey I, Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Fam Pract* 1996;13(1):41-51.
- Kirchner S. Psychosoziale Veränderungen im Wochenbett. In: Harder U, editor. Wochenbettbetreuung in der Klinik und zuhause. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 2003; 8-19.
- Kirchner S. Machtverhältnisse im Kreißsaal. *DHZ* 2005;3:12-15.
- Kirchner S. Auf Augenhöhe. *DHZ* 2007;10:18-20.
- Kirke PN. Mothers' views of obstetric care. *Br J Obstet Gynaecol* 1980;87(11):1029-33.
- Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(4):332-9.
- Klemperer D. Shared Decision Making und Patientenzufriedenheit - vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. *Balint-Journal* 2005;1:71-79.
- Kline CR, Martin DP, Deyo RA. Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians. *Obstet Gynecol* 1998;92(5):842-8.
- Knape N. Sectio versus Spontangeburt: ökonomische Aspekte. *Die Hebamme* 2010;23(3): 176-182.
- Kolip P. Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: Kolip P, editor. Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa; 2000a;9-30.
- Kolip P. Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa; 2000b.
- Korioth J. Komplikationstypen in der Geburtshilfe - Aufklärungsmängel, Behandlungsfehler und Vermeidungsstrategien. Vortrag im Rahmen der Veranstaltung der AOK Niedersachsen "Die vorbildliche Geburtsklinik heute - Im Spannungsfeld zwischen medizinischen Erfordernissen und Kundenwünschen"

- [http://www.korioth.de/Aktuelle\\_Urteile/Referat\\_26\\_11\\_07\\_Kurzfassung.pdf](http://www.korioth.de/Aktuelle_Urteile/Referat_26_11_07_Kurzfassung.pdf); 2011 [cited 2011 Jul 14];
- Kuckuck A, Luckmann C. Mütter, Lust und Sexualität. Hamburg: Rowohlt Verlag; 1997.
- Kurtenbach H, Horschitz H. Hebammengesetz. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger vom 4. Juni 1985. 2.Aufl. Hannover: Elwin Staude Verlag GmbH; 1994.
- Labarere J, Francois P, Bertrand D, Fourny M, Olive F, Peyrin JC. Evaluation of inpatient satisfaction. Comparison of different survey methods. *Presse Med* 2000;29(20):1112-4.
- Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 2009;25(2):e49-e59.
- Lauer A, Betrán A, Merialdi M, Wojdyla D. Determinants of cesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control. Report No. 29. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD004660.
- Leimkühler AM, Müller U. Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 1996;67:765-773.
- Leitch CR, Walker JJ. The rise in caesarean section rate: the same indications but a lower threshold. *BJOG* 1998;105:621-626.
- Lenz S. Stationäre Versorgungsqualität im Erleben länger behandelter psychisch Kranker. Eine Untersuchung zur Globalbeurteilung von Patienten und Therapeuten. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin einer Hohen Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum; 2004.
- Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Soc Sci Med* 1982;16(5):583-9.
- Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2005;105(4):836-42.
- Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med* 2007;64(11):2272-84.
- Longo M, Hankins GD. Defining cerebral palsy: pathogenesis, pathophysiology and new intervention. *Minerva Ginecol* 2009;61(5):421-9.
- Loytved C. Qualitätsbericht 2009. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach: Verlag Wissenschaftliche Scripten; 2010.
- Loytved C, Wenzlaff P. Außerklinische Geburt in Deutschland. German Out-Of-Hospital Birth Study 2000-2004. Bern: Hans Huber Verlag; 2007.
- Lübbe H. Sicherheit. Risikowahrnehmung im Zivilisationsprozess. In: Bayrische Rück, editor. Risiko ist ein Konstrukt. München: Knesebeck GmbH & Co. Verlags KG; 1993;23-42.
- Lutz U, Kolip P. Die GEK-Kaiserschnittstudie. Bremen/Schwäbisch Gmünd: GEK; 2006.



- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Cesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington State, 1987-1996(1). *Obstet Gynecol* 2001a;97(2):169-74.
- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol* 2001b;97(5 Pt 1):765-9.
- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000;283(18):2411-6.
- Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001c;15(3):232-40.
- MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth* 2008;35(1):3-8.
- Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(5):1656-62.
- Mändle C. Pflege im Wochenbett. In: Mändle C, Opitz-Kreuter S, editors. *Das Hebammenbuch*. 5 ed. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2007a;543-56.
- Mändle C. Physiologie des Wochenbetts. In: Mändle C, Opitz-Kreuter S, editors. *Das Hebammenbuch*. 5 ed. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2007b;531-42.
- Martell L. Postpartum women's perceptions of the hospital environment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:478-485.
- Martell LK. Heading toward the new normal: a contemporary postpartum experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30(5):496-506.
- Martin C. How do you count maternal satisfaction? A user-commissioned survey of maternity services. In: Roberts H, editor. *Women's Health Counts*. London: Routledge; 1990;147-66.
- Marut JS, Mercer RT. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nurs Res* 1979;28(5):260-6.
- Maslow AS, Sweeny AL. Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term. *Obstet Gynecol* 2000;95(6 Pt 1):917-22.
- Mazor KM, Clauser BE, Yood RA, Field T, Gurwitz JH. A Demonstration of the Impact of Response Bias on the Results of Patient Satisfaction Surveys. *Health Serv Res* 2002;37(5):1403-17.
- Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sanchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG* 2011;118(4):391-9.
- McCourt C, Hirst J, Page LA. Dimensions and attributes of caring: women's perceptions. In: Page LA, editor. *The New Midwifery. Science and Sensitivity in Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000;269-87.
- McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth* 2007;34(1):65-79.

- McIntire DD, Leveno KJ. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):35-41.
- Meinefeld H. Personalbedarfsermittlung von Hebammen in Kliniken. *Hebammenforum* 2011;5:394-398.
- Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(3):226-32.
- Mollison J, Porter M, Campbell D, Bhattacharya S. Primary mode of delivery and subsequent pregnancy. *BJOG* 2005;112(8):1061-5.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD003519.
- Mühlhauser I, Müller H. Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/165356/Datei/4091/Muehlhauser-Mueller-Patientenrelevante-Endpunkte-2009.pdf>; 2009 [cited 2011 May 27]
- Mulcahy L, Tritter JQ. Pathways, pyramids and icebergs? Mapping the links between dissatisfaction and complaints. *Sociol Health Illn* 1998;20(6):825-847.
- Murphy DJ, Pope C, Frost J, Liebling RE. Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: qualitative interview study. *BMJ* 2003;327(7424):1132.
- Murphy DJ, Stirrat GM, Heron J. The relationship between Caesarean section and subfertility in a population-based sample of 14 541 pregnancies. *Hum Reprod* 2002;17(7):1914-7.
- Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth* 2007;34(3):202-11.
- Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association between rising professional liability insurance premiums and primary cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1264-9.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Caesarean section*. London: RCOG Press; 2011.
- National Collaborating Centre of Women's and Children's Health. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. London: RCOG Press; 2007.
- National Collaborating Centre of Women's and Children's Health. *Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman*. London: RCOG Press; 2008a.
- National Collaborating Centre of Women's and Children's Health. *Induction of labour*. London: RCOG Press; 2008b.
- National Institute for Health and Welfare (THL). *Perinatal statistics in the Nordic countries 2008*. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr14\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr14_10.pdf); 2010 [cited 2011 Jun 11];
- Nelson RL, Furner SE, Westercamp M, Farquhar C. Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(2):CD006756.
- Neugebauer B, Porst R. *Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht*. Mannheim: ZUMA; 2001.

- New Zealand Ministry of Health. Report on Maternity: Maternal and Newborn Information. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/dataandstatistics-subjects-maternity>; 2010 [cited 2011 Jun 11];
- Newsome PRH, Wright GH. Patient Management: A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *Br Dent J* 1999;86(4):161-165.
- Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(7):807-13.
- Nolan M. Evidence-based Practice in Antenatal Education. *Antenatal Education: A Dynamic Approach*. London: Baillière Tindall; 1998;1-11.
- Olden AJ, Jordan ET, Sakima NT, Grass JA. Patients' versus nurses' assessments of pain and sedation after cesarean section. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995;24(2):137-41.
- Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983;6(3-4):185-210.
- Perruccio AV, Badley EM, Hogg-Johnson S, Davis AM. Characterizing self-rated health during a period of changing health status. *Soc Sci Med* 2010;71(9):1636-43.
- Polleit H. Wochenbettbetreuung in der Klinik. In: Harder U, editor. *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zuhause*. 1 Aufl. Stuttgart: Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG; 2003;193-209.
- Porter M, van Teijlingen E., Chi Ying YL, Bhattacharya S. Satisfaction with cesarean section: qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth* 2007;34(2):148-54.
- Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, von DP. Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth* 2007;34(3):228-37.
- Proctor S. What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth* 1998;25(2):85-93.
- Public Health Agency of Canada. *What mothers say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2009.
- Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care* 2001;13(5):385-90.
- Rath W. Thromboembolieprophylaxe in Schwangerschaft und im Wochenbett: Highlights aus aktuellen Leitlinien. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2010;214(6):217-28.
- Rauskolb R, Wenzlaff P. Sectioraten in niedersächsischen Geburtskliniken - eine Zwischenbilanz. <http://www.nestlenutrition.de/WissenschaftlicherDienst/Chefsache/2005> [cited 2011 Jul 14]; 2005 [cited 2011 May 20]
- Read JS, Newell MK. Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4):CD005479.
- Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Stillfrequenz und Stillprobleme - Ergebnisse der Bayerischen Stillstudie. *Gesundheitswesen* 2008;70(S1): 8-12.

- Redshaw M. Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth* 2008;35(1):73-76.
- Redshaw M, Hockley C. Institutional processes and individual responses: women's experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth* 2010;37(2):150-9.
- Redshaw M, Rowe R, Hockley C, Brocklehurst P. Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care 2006. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2007.
- Regan M, Liaschenko J. In the mind of the beholder: hypothesized effect of intrapartum nurses' cognitive frames of childbirth cesarean section rates. *Qual Health Res* 2007;17(5):612-24.
- Riegl GF. Ideale zukunftssichere Geburtsklinik. Klinikstudie zum Image der stationären Geburtshilfe in Deutschland. 1 Aufl. Augsburg: Prof. Riegel & Partner GmbH; 1996.
- Riepl W. Regressionsmodelle. <http://statistik-dresden.de>; 2011 [cited 2012 April 3]
- Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG* 2005;112(2):205-9.
- Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998;49(3):167-80.
- Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J, et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008;35(2):107-16.
- Roberts CL, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *BMJ* 2000;321(7254):137-41.
- Rogler G. Im Spannungsfeld zwischen "Gesundheitsmarkt" und verantwortungsvoller Medizin: Der Patient als Kunde? *Schweizerische Ärztezeitung* 2009;90(25):1009-1013.
- Ros HS, Lichtenstein P, Bellocco R, Petersson G, Cnattingius S. Pulmonary embolism and stroke in relation to pregnancy: how can high-risk women be identified? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(2):198-203.
- Rowan C, Bick D, Bastos MH. Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews Evid Based Nurs* 2007;4(2):97-105.
- Rubertsson C, Waldenstrom U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J.Reprod.Infant Psychol.* 21[21], 13-113. 2003.
- Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. *Midwifery* 2007a;24(4):425-471.
- Rudman A, El-Khoury B, Waldenstrom U. Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *J Adv Nurs* 2007b;59(5):474-87.
- Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res* 2007;7:178.

- Ruprecht TM. Experten fragen, Patienten antworten - Versorgungsqualität aus der Sicht der Betroffenen. *Arbeit und Sozialpolitik* 2002;3(4):36-44.
- Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(4):280-5.
- Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19(3):135-44.
- Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(3):201-8.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001a;80(1):39-45.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmaki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001b;98(5 Pt 1):820-6.
- Sakala C. Vaginal or Cesarean Birth? A Systematic Review to Determine What is at Stake for Mothers and Babies. <http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=279&ck=10164&area=27>; 2006 [cited 2011 May 12]
- Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res* 1992;36(4):317-27.
- Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Isoaho H, Tarkka MT. Parenting self-efficacy after childbirth. *J Adv Nurs* 2009;65(11):2324-36.
- Satzinger W, Raspe H. Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragung von Krankenhauspatienten. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P, editors. *Patientenbefragungen in Krankenhäusern*. St. Augustin: Asgard-Verlag; 2001;41-80.
- Savage W, Francome C. British consultants' attitudes to caesareans. *J Obstet Gynaecol* 2007a;27(4):354-9.
- Savage W, Francome C. The practice of caesarean birth in the UK. *J Obstet Gynaecol* 2007b;27(8):781-6.
- Schäfers R. Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Universität Osnabrück: Dissertationsschrift zur Erlangung des Doktorgrades rer. medic im Fachbereich Humanwissenschaften; 2011.
- Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(9):834-40.
- Schmid L, Thiessat R. Frühdienst am Limit. *Hebammenforum* 2009;3:174-176.
- Schneider H, Husslein P. Sectio caesarea. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM, editors. *Die Geburtshilfe*. Berlin: Springer Verlag; 2010;909-22.
- Schnell MW. Der Patient als Kunde? Genealogische Bemerkungen zu einem ethisch-ökonomischen Zwitter. *Pflege* 1999;4(3):65-68.

- Schnell R, Hill P, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung. 6., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage ed. München: Oldenbourg Verlag; 1999.
- Schücking B. Schweden: Was macht der Vater im Wochenbett? Hebammenforum 2010;11: 951-953.
- Schwappach DL, Blaudszun A, Conen D, Eichler K, Hochreutener MA, Koeck CM. Women's experiences with low-risk singleton in-hospital delivery in Switzerland. Swiss Med Wkly 2004;134(7-8):103-9.
- Schwarz C. Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung - am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen. Berlin: Dissertation an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin; 2008.
- Schwarz C. Weniger eingreifen - aber wie? DHZ 2009;4:22-24.
- Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3. Auflage ed. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2004.
- Schytt E, Green J, Baston H, Waldenström U. A comparison of Swedish and English primiparae's experiences of birth. J Reprod Infant Psychol 2008;26(4):277-294.
- Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. BJOG 2005;112(2):210-7.
- Schytt E, Waldenström U. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. J Womens Health 2007;16(3):390-405.
- Scotland GS, McNamee P, Cheyne H, Hundley V, Barnett C. Women's preferences for aspects of labor management: results from a discrete choice experiment. Birth 2011;38(1):36-46.
- Seguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D. The components of women's satisfaction with maternity care. Birth 1989;16(3):109-13.
- Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, McGinley M, Smith LN. Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. Midwifery 1998;14(2):85-93.
- Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. Clin Perinatol 2008;35(2):361-71.
- Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. Birth 1991;18(4):203-10.
- Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. Birth 1992;19(2):64-81.
- Simoës E, Kunz S, Bosing-Schwenkglenks M, Schwoerer P, Schmahl FW. Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. Untersuchungen auf Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001. Geburtsh Frauenheilk 2003;63:538-545.
- Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RD. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. BJOG 2001;108(1):56-60.

- Singh D, Newburn M. Women's experiences of postnatal care. London: National Childbirth Trust; 2000.
- Singh R, Nath TA. Is the caesarean section rate a performance indicator of an obstetric unit? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24(2):204-7.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45(12):1829-43.
- Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br J Clin Psychol* 1993;32:469-83.
- Slovic P. The perception of risk. London: Earthscan Publications; 2001.
- Small FM, Gyte GM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD007482.
- Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 2002;287(20):2684-90.
- Smith GC, Wood AM, Pell JP, Dobbie R. First cesarean birth and subsequent fertility. *Fertil Steril* 2006;85(1):90-5.
- Smith JF, Hernandez C, Wax JR. Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997;90(3):344-6.
- Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30(1):36-46.
- Sofaer S, Crofton C, Goldstein E, Hoy E, Crabb J. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Serv Res* 2005;40(6):2018-36.
- Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health* 2005;26:513-59.
- Spector PE. Summated rating scale construction. Newbury Park: Sage Publications; 1992.
- Spindler J. Kaiserschnitt und Co: Operationen und Behandlungen in Krankenhäusern. [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2010\\_\\_02/PDF2010\\_\\_02,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2010__02/PDF2010__02,property=file.pdf); 2010 [cited 2011 Jul 14]
- Spong CY, Landon MB, Gilbert S, Rouse DJ, Leveno KJ, Varner MW, et al. Risk of uterine rupture and adverse perinatal outcome at term after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007;110(4):801-7.
- Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10):CD001431.
- Stadlmayr W, Bitzer J, Hosli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, et al. Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22(4):205-14.

- Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Burgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;115(1):43-50.
- Stahl K. Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen in Hamburg durch freiberufliche Hebammen. Eine Untersuchung im Auftrag des Hebammen Verband Hamburg e.V. in Kooperation mit der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz mit Unterstützung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG). Hamburg: Hebammen Verband Hamburg e.V.; 2007.
- Stahl K. Wie zufrieden sind Frauen mit ihrer Geburtsklinik? Z Geburtshilfe Neonatol 2009;213(1):11-7.
- Stahl K. Revalidierung eines Fragebogens zur Zufriedenheit von Wöchnerinnen mit der geburtshilflichen Klinik. Psychother Psychosom Med Psychol 2010;60(9-10):358-67.
- Stahl K, Baumgärtner B. Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der Schwangerenvorsorge? Frankfurt am Main: Mabuse Verlag; 2005.
- Stahl K, Lietz D, Riechmann M, Günther W. Patientenerfahrungen in der Krankenhausversorgung: Revalidierung eines Erhebungsinstruments. Z Med Psychol 2012;21:11-20.
- Stark MA. Is it difficult to concentrate during the 3rd trimester and postpartum? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000;29(4):378-89.
- Statistik Austria. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html); 2011 [cited 2011 Jun 11];
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2004. Fachserie 12/Reihe 6.1.; Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2005.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2005. Fachserie 12/Reihe 6.1.; Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2006.
- Statistisches Bundesamt. Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Fachserie 13/Reihe 1.1.; 2007.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2006. Fachserie 12/Reihe 6.1.; Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2008a.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2007. Fachserie 12/Reihe 6.1.; Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2008b.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit: Personal 2000 - 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Fachserie 12 Reihe 7.3.2.; 2010a.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Fachserie 12/Reihe 6.1.; Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2010b.
- Statistisches Bundesamt. Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2010c.
- Statistisches Bundesamt. Krankenhausstatistik - Grunddaten. Bonn: Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn; 2010d.



- Statistisches Bundesamt. Entbindungen durch Kaiserschnitt (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitliche Lage). [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Thematische Recherche: Gesundheitliche Lage - Frauen und Gesundheit - Entbindungen im Krankenhaus - Dokumentenart Tabellen); 2011a [cited 2011 June 11]
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12/Reihe 6.1.; Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2011b.
- Statistisches Bundesamt. Fast ein Drittel aller Krankenhausentbindungen per Kaiserschnitt. [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/03/PD12\\_098\\_231pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/03/PD12_098_231pdf.pdf?__blob=publicationFile); 2012 [cited 2011 June 11]
- Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor: American College of Healthcare Executives; 1992.
- Sullivan DA, Beeman R. Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice. *Med Care* 1982;20(3):321-30.
- Svensson K, Matthiesen AS, Widstrom AM. Night rooming-in: who decides? An example of staff influence on mother's attitude. *Birth* 2005;32(2):99-106.
- Sword W, Kurtz LC, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG* 2011; 118(8):966-77.
- Tew M. Safer Childbirth? A critical history of maternity care. 2 ed. London: Chapman & Hall; 1998.
- Thompson A, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care* 1995;10:14-22.
- Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002;29(2):83-94.
- Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38(3):259-68.
- Trojan A. Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen. In: Ruprecht TM, editor. Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag; 1998;15-30.
- van Ham MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74(1):1-6.
- van Teijlingen E, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth* 2003;30:75-82.
- Verein zur Unterstützung der WHO/UNICEF-Initiative "Babyfreundliches Krankenhaus" e.V. Adressen "Babyfreundlicher Krankenhäuser". <http://www.babyfreundlich.org/khsuche.html>; 2011 [cited 2011 Apr 28]

- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007 17;335(7628):1025.
- von Rahden O. Eine Alternative in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. *Hebammenforum* 2005; 5:333-336.
- Wagner A, Ramsauer N, Freise D. Untersuchung zur Tauglichkeit von Inhouse-Befragungen. In: Pfaff H, Freise D, Mager G, Schrappe M, editors. *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung der Patienten als Kotherapeuten*. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln; 2001;51-62.
- Waldenström U, Rudman A. Satisfaction with maternity care: how to measure and what to do. *Women Health* 2008; 4(3):211-214.
- Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res* 1999;47(5):471-82.
- Waldenström U. Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth* 2003;30(4):248-54.
- Waldenström U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth* 2004;31(2):102-7.
- Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth* 1996;23(3):144-53.
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31(1):17-27.
- Waldenström U, Nilsson CA. Women's satisfaction with birth center care: a randomized, controlled study. *Birth* 1993;20(1):3-13.
- Waldenström U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73(7):547-54.
- Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(5):551-60.
- Wang BS, Zhou LF, Coulter D, Liang H, Zhong Y, Guo YN, et al. Effects of caesarean section on maternal health in low risk nulliparous women: a prospective matched cohort study in Shanghai, China. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:78.
- Ware J, Hays D. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care* 1988;26(4):393-402.
- Ware JEJ, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann.* 1983;6:247-263.
- Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007;34(1):32-41.

- Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, Singer M, Gordon I, Azulay H, et al. The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health* 2010;13(6):505-13.
- Weiß A. Anwendung der Kano-Analyse auf Instrumente zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Kiel: Masterthesis im Masterstudiengang Hospital Management, Medizinische Fakultät der Christians-Albrecht-Universität zu Kiel in Kooperation mit der Akademie Damp GmbH; 2009.
- Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG* 2009;116(5):700-7.
- Wessel A. Patientenzufriedenheit in einer Spezialklinik für Knochen- und Wirbelsäulenchirurgie - Ergebnisse, Probleme und Perspektiven. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät Hamburg. Hamburg: Institut für Medizin-Soziologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; 2007.
- Westbrook JI. Patient satisfaction: methodological issues and research findings. *Australian Health Review* 1993;16(1):75-88.
- WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):436-7.
- WHO. Care in normal birth: a practical guide. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf); 1996 [cited 2011 Apr 27]
- WHO. Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook. 1 ed. Genf: World Health Organization; 2009.
- Wiener JJ, Westwood J. Fetal lacerations at caesarean section. *J Obstet Gynaecol* 2002;22(1):23-4.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19(2):84-97.
- Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(4):451-6.
- Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* 2008;115(3):324-31.
- Wilcox VL, Kasl SV, Idler EL. Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996;51(2):S96-104.
- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994;38(4):509-16.
- Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998;47(9):1351-9.
- Wüthrich-Schneider E. Patientenzufriedenheit - Wie verstehen? *Schweizerische Ärztezeitung* 2000;81(20):1046-8.
- Yelland J, Krastev A, Brown S. Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals. *Midwifery* 2009;25(4):392-402.

Young D. "Cesarean Delivery on Maternal Request": was the NIH conference based on a faulty premise? *Birth* 2006;33(3):171-4.

ZQ (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen). *Geburtshilfe Jahresauswertung 2010*. Hannover: ZQ; 2010.

zu Sayn-Wittgenstein F. *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Huber Verlag; 2007.

# Eidesstattliche Erklärung

## Erklärung über die Eigenständigkeit der wissenschaftlich erbrachten Leistung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten oder Konzepte sind unter Angaben der Quellen gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung des folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise geholfen:

1. Vom Picker Institut Deutschland gGmbH wurden mir die in der vorliegenden Arbeit analysierten Daten zur Verfügung gestellt.
2. Dr. Harald Weber hat mich hinsichtlich des Vorgehens bei der Datenauswertung methodisch beraten.

Weitere Personen waren an der inhaltlichen materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich hierfür nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift

# **Anlagenband**

zur Dissertationsschrift

## **Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen**

### **Krankenhäusern**

**Konstituierende Dimensionen, Rolle des Geburtsmodus und**

**Gesamtzufriedenheit**

## **Women's satisfaction with maternity care in German hospitals**

**Dimensions of satisfaction, mode of birth and overall satisfaction**

# Inhalt

Anhang 1	Mütterliche und kindliche Morbidität und Mortalität nach Sectio
Anhang 2	Zufriedenheit mit dem Geburtsmodus Sectio – Sichtweisen der Frauen
Anhang 3	Fragebogenitems
Anhang 4	Merkmale der Krankenhäuser (Bundesländer)
Anhang 5	Deskriptive Kennwerte der Items
Anhang 6	Rotierte Komponentenmatrix und Mustermatrix
Anhang 7	Prädiktoren logistische Regression Forschungsfrage 2 und 3
Anhang 8	Forschungsfrage 2.1: Kreuztabellen der Prädiktoren mit Geburtsmodus, Parität bzw. subjektiver Gesundheit
Anhang 9	Hypothese 2.1.A Kreuztabellen
Anhang 10	Hypothese 2.1.B Logistische Regression
Anhang 11	Forschungsfrage 2.2: Kreuztabellen der Prädiktoren mit Geburtsmodus, Parität bzw. subjektiver Gesundheit
Anhang 12	Hypothese 2.2.A Kreuztabellen
Anhang 13	Hypothese 2.2.B Logistische Regression
Anhang 14	Hypothese 3.1.A Kreuztabellen
Anhang 15	Hypothese 3.1.B Logistische Regression
Anhang 16	Hypothese 3.2.A Kreuztabellen
Anhang 17	Hypothese 3.2.B Logistische Regression

## Anhang 1

### Geburtsmodus Sectio

### Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Tab. A1-1 Mütterliche Sterblichkeit nach Geburtsmodus

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Sterblichkeit insgesamt	Sterblichkeit nach Geburtsmodus
BQS 2007, BQS 2008	Perinataldaten Deutschland		Mortalität: 3,8 - 4,3 pro 100.000 LG <sup>a</sup>	
DGGG 2008	Perinataldaten Bayern	492.229		VG <sup>b</sup> Letalität : 0,7 pro 100.000 LG CS <sup>c</sup> Letalität: 2 pro 100.000 LG
Lydon-Rochelle et al. 2001	Retrospektive Kohortenstudie (Lydon-Rochelle et al. 2001a) USA	265.471 Erstgebärende, Einlinge	Schwangerschaftsbedingte Mortalität: 12,1 pro 100.000 LG	VG Schwangerschaftsbedingte Mortalität: 2,4 pro 100.000 LG CS Schwangerschaftsbedingte Mortalität: 10,3 pro 100.000 LG
Guise et al. 2010	12 Kohortenstudien zu Geburt bei Z.n. Sectio  davon 4 Kohortenstudien zu Geburt Z.n. Sectio am Termin	405.657  390.730	Mortalität: 10 pro 100.000 LG	TOL <sup>d</sup> : 3,8 pro 100.000 LG (95% KI 0,9-15,5) ERCS <sup>e</sup> : 13,4 pro 100.000 LG (95% KI 4,3-41,6)  TOL: 1,9 pro 100.000 LG (95% KI 0,4-9,5) ERCS: 9,6 pro 100.000 LG (95% KI 2,1-43,2)

<sup>a</sup> LG: Lebendgeburt

<sup>b</sup> VG: Vaginale Geburt

<sup>c</sup> CS: Kaiserschnitt (caesarean section)

<sup>d</sup> TOL: Geplante vaginale Geburt bei z.n. Sectio (Alfirevic et al. 2006)

<sup>e</sup> ERCS: Geplante Re-Sectio (elective repeat caesarean delivery)



Anhang 1 Geburtsmodus Sectio: Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Tab. A1-2 Mütterliche Frühmorbidität nach Geburtsmodus

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
Guise et al. 2010	HTA-Bericht zu VBAC, 11 Kohortenstudien	409.401	Schwere Blutung, Notwendigkeit einer Bluttransfusion	Schwere Blutung:	
				TOL: 0,6-17%	ERCS: 0,3-29%
				Notwendigkeit Bluttransfusion:	
				TOL: 1,2%	ERCS: 0,8%
Burrows et al. 2004	Kohortenstudie	32.834	Notwendigkeit einer Bluttransfusion	Spontan: 0,2% Vag.-op: 0,4%	Geplante CS: 0,3% Ungeplante CS: 1,1% ERCS: 0,5% Ungeplante RCS: 0,8%
Simpson et al. 2001	Kohortenstudie	335.339	Thromboembolie	Insgesamt: 0,085%	
Liu et al. 2005	Kohortenstudie	900.108		VG: 0,03%	Sectio: 0,07%
Guise et al. 2010	HTA-Bericht zu VBAC, 4 Kohortenstudien	65.124	Uterusruptur	TOL: 0,47%	ERCS: 0,03%
Chauhan et al. 2003	Literaturreview, 72 Artikel	142.075		TOL: 0,62%	ERCS: k.A.
Villar et al. 2007	Prospektive, multizentrische Kohortenstudie	106.546	Hysterektomie	VG: 0,05%	Geplante CS: 0,35% Ungeplante CS: 0,29%
Guise et al. 2010	HTA-Bericht zu VBAC, 8 Kohortenstudien	408.653		TOL: 0,1-0,5%	ERCS: 0-1,7%
Liu et al. 2007	Kohortenstudie low-risk Frauen	900.108		VG: 0,01%	Geplante CS: 0,03%

Anhang 1 Geburtsmodus Sectio: Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Tab. A1-2 Mütterliche Frühmorbidität nach Geburtsmodus (Forts.)

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
NICE 2004	Nationale Leitlinie, Studien 5		Verletzungen der Harnblase bzw. des Harnleiters	VG: 0,001-0,003%	CS: 0,01-1%
Allen et al. 2003	Kohortenstudie, Einleitung vs. geplante Sectio bei Erstgebärenden am Termin	18.435	Intraoperative Verletzungen	VG: 0,06%	CS: 0.14%
Guise et al. 2010	HTA-Bericht zu VBAC, Kohortenstudien 7	72.743	Intraoperative Verletzungen	TOL: 0,1-1,3%	ERCS: 0,3-0,6%
Burrows et al. 2004	Kohortenstudie	32.834	Infektion (Endometritis, Wundinfektion)	Endometritis: VG: 0,4% Vag.-op.: 0,7%	Endometritis: Geplante CS: 3,0% Ungeplante CS: 9,4% ERCS: 2,7% Ungeplante RCS: 4,6%
Chaim et al. 2000	Kohortenstudie	75.947		Endometritis: VG: 0,17%	Endometritis: CS: 2,63%
Guise et al. 2010	6 Studien	43.252		Endometritis TOL: 2,8-8,2%	ERCS: 1,5-8,8%
	3 Studien	316.301		Wundinfektion TOL: 1,3-5,1%	ERCS: 0,47-2,2%
Declercq et al. 2007	Kohortenstudie	470.857	Rehospitalisierung	Geplante VG: 0,75%	Geplante CS: 1,92%
Liu et al. 2005	Kohortenstudie	900.108		VG: 1,5%	CS: 2,7%
Lydon-Rochelle et al. 2000	Kohortenstudie	256.795		VG: 1,0% Vag-op.: 1,2%	CS: 1,7%

Anhang 1 Geburtsmodus Sectio: Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
Declercq et al. 2006	Nationaler Survey	1573	Schmerzen im Dammbereich (Husslein 2000), Schmerzen im Bereich der Sectionaht (Sectio)	Nach 2 Monaten: VG: 48% (stark: 15%, schwach: 33%) Nach 6 Monaten: VG: 2%	Nach 2 Monaten: CS: 79% (stark: 33%, schwach: 45%) Nach 6 Monaten: CS: 18%
				Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten i.d. ersten 2 Monaten: VG Sehr stark: 3% Stark: 8% Mäßig: 17% Wenig: 38% Gar nicht: 34%	Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten i.d. ersten 2 Monaten: CS Sehr stark: 6% Stark: 16% Mäßig: 22% Wenig: 36% Gar nicht: 20%
Lydon-Rochelle et al. 2001	Postal. Survey, 7 Wochen pp, RLQ 59%	971 Erstgebärende		Schmerzen haben Alltagsaktivitäten in den letzten 4 Wochen beeinträchtigt	
				VG: 22%	CS: 40%
Brown et al. 1998	Postal. Survey, 6-7 Monate pp, RLQ 63%	1336		VG: 20,4% Vag.-op.: 53,7%	Geplante CS: 59,2% Ungeplante CS: 62,7%

Tab A1-3 Mütterliche Spät morbidity nach Geburtsmodus

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
Klein et al. 2005	Kohortenstudie	999	Harninkontinenz	VG Erstgebärende leicht: 17,9% schwer: 17,1% Mehrgebärende: 23,8%	CS Erstgebärende leicht: 6,4% schwer: 16,0% Mehrgebärende: 25,0%
Wesnes et al. 2009	Kohortenstudie	12679		Kontinenz i.d. Schwangerschaft VG: 23% Inkontinenz i.d. Schwangerschaft VG: 51%	Kontinenz i.d. Schwangerschaft Geplante CS: 8% Ungeplante CS: 8% Inkontinenz i.d. Schwangerschaft Geplante CS: 20% Ungeplante CS: 30%

Anhang 1 Geburtsmodus Sectio: Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Tab A1-3 Mütterliche Spätmorbidität nach Geburtsmodus (Forts.)

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
Press et al. 2009	6 Querschnittstudien 12 Kohortenstudien		Harninkontinenz	Querschnittstudien	
				VG Stressinkontinenz: 16,3% Drangkontinenz: 3,3%	CS Stressinkontinenz: 9,8% Drangkontinenz: 3,6%
				Kohortenstudien	
				VG Stressinkontinenz: 22% Drangkontinenz: 13%	CS Stressinkontinenz: 10% Drangkontinenz: 5%
Klein et al. 2005	Kohortenstudie	999	Wiederaufnahme sexueller Aktivität, Dyspareunie, sexuelle Probleme	Dyspareunie	
				VG Erstgebärende: 30,7%	CS Erstgebärende: 31,6%
				Unzufrieden mit sexueller Aktivität	
				VG Erstgebärende: 70,1% Mehrgebärende: 64,2%	CS Erstgebärende: 54,5% Mehrgebärende: 71,4%
Barrett et al. 2005	Postal. Survey, RLQ 61%	796		Dyspareunie	
				Nach 3 Monaten: VG: 76% SG: 72% Vag.-op.: 84%	Nach 3 Monaten: CS: 53% Geplante CS: 62% Ungeplante CS: 48%
				Nach 6 Monaten: VG: 44%	Nach 6 Monaten: CS: 39%
				Geschlechtsverkehr wieder aufgenommen	
VG Nach 3 Monaten: 80% Nach 6 Monaten: 89%	CS Nach 3 Monaten: 80% Nach 6 Monaten: 87%				
Brown et al. 1998	Postal. Survey, 6-7 Monate pp, RLQ 63%	1336		Sexuelle Probleme SG: 23,7% Vag.-op.: 39,0%	Sexuelle Probleme Geplante CS: 27,2% Ungeplante CS: 28,8%

Anhang 1 Geburtsmodus Sectio: Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Tab A1-3 Mütterliche Spätmorbidität nach Geburtsmodus (Forts.)

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
Thompson et al. 2002	Kohortenstudie	1295	Wiederaufnahme sexueller Aktivität, Dyspareunie, sexuelle Probleme	Sexuelle Probleme: SG: Nach 2 Monaten: 18% Nach 4 Monaten: 12% Nach 6 Monaten: 18%  Vag.-op.: Nach 2 Monaten: 31% Nach 4 Monaten: 33% Nach 6 Monaten: 28%	Sexuelle Probleme: CS Nach 2 Monaten: 23% Nach 4 Monaten: 23% Nach 6 Monaten: 19%
Sword et al. 2011	Kohortenstudie + postalische Befragung 6 Wochen pp, RLQ 74%	2560	Depression	Kein Zusammenhang zwischen postpartaler Depression und Geburtsmodus	
Thompson et al. 2002	Kohortenstudie	1295		EPDS-Score > 12: SG: Nach 2 Monaten: 10% Nach 4 Monaten: 8% Nach 6 Monaten: 8%  Vag.-op.: Nach 2 Monaten: 10% Nach 4 Monaten: 6% Nach 6 Monaten: 7%	EPDS-Score > 12 CS Nach 2 Monaten: 13% Nach 4 Monaten: 7% Nach 6 Monaten: 8%
Lydon-Rochelle et al. 2001	Postalischer Survey, 7 Wochen pp, RLQ 59%	971 Erstgebärende		Nie niedergeschlagen innerhalb der letzten 4 Wochen VG: 36% CS: 24% Immer glücklich innerhalb der letzten 4 Wochen VG: 10% CS: 4%	
Brown et al. 1998	Postalischer Survey, 6-7 Monate pp, RLQ 63%	1336		EPDS-Score > 12: SG: 18,3% Vag.-op.: 21,3%	EPDS-Score > 12: Geplante CS: 22,4% Ungeplante CS: 24,6%

Anhang 1 Geburtsmodus Sectio: Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Tab A1-4 Bedeutung des Geburtsmodus für Folgeschwangerschaften

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
Lydon-Rochelle et al. 2001	Kohortenstudie	96.975	Plazentationsstörungen (Plazenta previa, vorzeitige Lösung)	Plazenta praevia	
				Z.n. VG: 0,69% Z.n. CS: 0,47% OR 1,4, 95% KI 1,1-1,5	
Getahun et al. 2006	Kohortenstudie	187.577	Plazentationsstörungen (Plazenta previa, vorzeitige Lösung)	Vorzeitige Plazentalösung	
				Z.n. VG: 1,09% Z.n. CS: 1,37% OR 1,3, 95% KI 1,1-1,6	
Mollison et al. 2005	Kohortenstudie	25.371	Fertilität	Plazenta praevia	
				Z.n. VG: 0,38% Z.n. CS: 0,63% OR 1,5, 95% KI 1,3-1,8	
Mollison et al. 2005	Kohortenstudie	25.371	Fertilität	Vorzeitige Plazentalösung	
				Z.n. VG: 0,74% Z.n. CS: 0,95% OR 1,3, 95% KI 1,2-1,5	
Mollison et al. 2005	Kohortenstudie	25.371	Fertilität	Nach SG	
				Keine Schwangerschaft: 26,1% Lebendgeburt: 61,4% Fehlgeburt: 12,6% Zeit zwischen Geburt und Konzeption: 30,4 Monate (95% KI 29,7-31,0)	
Mollison et al. 2005	Kohortenstudie	25.371	Fertilität	Nach CS	
				Keine Schwangerschaft: 33,1% Lebendgeburt: 55,7% Fehlgeburt: 11,1% Zeit zwischen Geburt und Konzeption: 36,3 (95% KI 34,4-38,2)	
Mollison et al. 2005	Kohortenstudie	25.371	Fertilität	Nach Vag.-op.	
				Keine Schwangerschaft: 28,4% Lebendgeburt: 59,8% Fehlgeburt: 11,7% Zeit zwischen Geburt und Konzeption: 31,8 (95% KI 30,7-32,9)	

Anhang 1 Geburtsmodus Sectio: Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Tab A1-4 Bedeutung des Geburtsmodus für Folgeschwangerschaften (Forts.)

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
Murphy et al. 2002	Kohortenstudie	14.541	Fertilität	Nach VG > 1 Jahr bis zur nächsten Konzeption: 7,2% > 3 Jahre bis zur nächsten Konzeption: 1,3%	Nach CS > 1 Jahr bis zur nächsten Konzeption: 11,8% > 3 Jahre bis zur nächsten Konzeption: 2,6%
Bhattacharya et al. 2006	Postalische Befragung	3204		Nach SG Freiwillig kein zweites Kind nach 5-20 Jahren: 71% Geburtserfahrung hat diese Entscheidung beeinflusst: 18%  Nach Vag.-op. Freiwillig kein zweites Kind nach 5-20 Jahren: 72% Geburtserfahrung hat diese Entscheidung beeinflusst: 35%	Nach CS Freiwillig kein zweites Kind nach 5-20 Jahren: 69% Geburtserfahrung hat diese Entscheidung beeinflusst: 32%

Tab A1-5 Neonatale Sterblichkeit nach Geburtsmodus

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Sterblichkeit insgesamt (pro 1000 Geburten)	Sterblichkeit nach Geburtsmodus (pro 1000 Geburten)	
MacDorman et al. 2008	amtliches Geburts- und Sterberegister der USA	8.026.415	Neonatale Mortalität (NM): 0,75 frühe NM: 0,41 späte NM: 0,34	Geplante VG <sup>a</sup> : 0,72 Frühe NM: 0,39 Späte NM: 0,33  Vaginal: 0,63 Frühe NM: 0,33 Späte NM: 0,30  Sekundäre CS <sup>b</sup> : 1,69 Frühe NM: 1,09 Späte NM: 0,60	Geplante CS <sup>b</sup> : 1,73 Frühe NM: 1,08 Späte NM: 0,65

<sup>a</sup> VG: Vaginale Geburt

<sup>b</sup> CS: Kaiserschnitt (caesarean section)

Tab. A1-6 Kindliche Morbidität nach Geburtsmodus

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	
Hansen et al. 2007	Review	60.319 (TTP) 68731 (RP)	Respiratorische Probleme allgemein (RP), transiente Tachypnoe (TTP), Maskenbeatmung (MB)	Transiente Tachypnoe	
				VG: 0,3% - 3%	CS: 0,9% - 12%
Hansen et al. 2008	Kohortenstudie			Respiratorische Morbidität	
				VG: 0,14% - 1,6%	CS: 3,2% 12,4%
Guise et al. 2010	HTA-Bericht, 4 Kohortenstudien	5599		Respiratorische Morbidität	
				VG (Allen et al. 2003)	CS (Allen et al. 2003)
				39.SSW: 1,2% / 1,1%	39.SSW: 2,1% / 2,1%
				40.SSW: 1,6% / 1,6%	40.SSW: 1,6% / 1,5%
Chalmers et al. 2010	Kohortenstudie, Kanada	8244	Stillen	Transiente Tachypnoe	
				TOL:	ERCS:
				8,1%	4,5%
				3%	6%
Chalmers et al. 2010	Kohortenstudie, Kanada	8244	Stillen	Maskenbeatmung	
				TOL:	ERCS:
				5,8%	2,2%
				7,0%	2,0%
Chalmers et al. 2010	Kohortenstudie, Kanada	8244	Stillen	Maskenbeatmung	
				TOL:	ERCS:
				3,3%	2,3%
				3,3%	2,3%
Chalmers et al. 2010	Kohortenstudie, Kanada	8244	Stillen	VG	
				Erstes Anlegen innerhalb der ersten zwei Stunden: 75,2%	Erstes Anlegen innerhalb der ersten zwei Stunden: 47,6%
Chalmers et al. 2010	Kohortenstudie, Kanada	8244	Stillen	Stillen nach Bedarf im Krankenhaus:	
				51,8%	44,2%
Chalmers et al. 2010	Kohortenstudie, Kanada	8244	Stillen	Kind voll gestillt	
				im Krankenhaus: 90,5%	im Krankenhaus: 89,7%
Chalmers et al. 2010	Kohortenstudie, Kanada	8244	Stillen	nach 3 Monaten:	
				53,6%	46,3%
Chalmers et al. 2010	Kohortenstudie, Kanada	8244	Stillen	nach 6 Monaten:	
				15,1%	12,5%



Anhang 1 Geburtsmodus Sectio: Mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität

Tab. A1-6 Kindliche Morbidität nach Geburtsmodus (Forts.)

Autor	Studientyp	Teilnehmer	Komplikation	Häufigkeit nach Geburtsmodus	Autor
Zanardo et al. 2010	Kohortenstudie, Italien	2137		<p>VG</p> <p>Zeit bis zum ersten Anlegen: 3,1h</p> <p>Erstes Anlegen im Kreißsaal: 71,5%</p> <p>Kind voll gestillt</p> <p>Bei Entlassung: 87,8%</p> <p>Nach 7 Tagen: 85,9%</p> <p>Nach 3 Monaten: 69,9%</p> <p>Nach 6 Monaten: 59,0%</p>	<p>CS</p> <p>Zeit bis zum ersten Anlegen: 10,4h</p> <p>Erstes Anlegen im Kreißsaal: 3,5%</p> <p>Kind voll gestillt, geplante CS:</p> <p>Bei Entlassung: 74,4%</p> <p>Nach 7 Tagen: 74,5%</p> <p>Nach 3 Monaten: 55,1%</p> <p>Nach 6 Monaten: 46,6%</p> <p>Kind voll gestillt, ungeplante CS:</p> <p>Bei Entlassung: 73,4%</p> <p>Nach 7 Tagen: 78,5%</p> <p>Nach 3 Monaten: 55,4%</p> <p>Nach 6 Monaten: 42,9%</p>
Chien et al. 2007	Kohortenstudie, Taiwan	2064		<p>SG</p> <p>Erstes Anlegen innerhalb 30min: 19,0%</p> <p>Voll (+teilw.) gestillt</p> <p>Im Krankenhaus: 20,2%(+40,9%)=61,1%</p> <p>nach 1 Monat: 32,6%(+49,5%)=82,1%</p> <p>nach 3 Monaten: 29,8%(+28,4%)=58,2%</p> <p>Vag.-op.</p> <p>Erstes Anlegen innerhalb 30min: 19,1%</p> <p>Voll (+teilw.) gestillt</p> <p>im Krankenhaus: 16,6%(+43,3%)=60,2%</p> <p>nach 1 Monat: 26,9%(+50,3%)=77,2%</p> <p>nach 3 Monaten: 24,1%(+25,0%)=49,1%</p>	<p>CS</p> <p>Erstes Anlegen innerhalb 30min: 7,6%</p> <p>Voll (+teilw.) gestillt</p> <p>Im Krankenhaus: 14,2%(+57,9%)=72,1%</p> <p>nach 1 Monat: 22,4%(Murphy et al. 2002)=66,8%</p> <p>nach 3 Monaten: 20,7%(+26,4%)=47,1%</p>

## Anhang 2

### Geburtsmodus Sectio

#### Sichtweisen der Frauen

Tab. A2-1 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Geburtsmodus ohne Einfluss

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Brown et al. 1998	Querschnittstudie	Zufriedenheit mit intrapartaler Betreuung (Geburtsmodus als Prädiktor)	Erst- und Mehrgebärende	Eigener Fragebogen Gesamtzufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung: "On balance, [...] how would you describe your care in labour and birth?" (Very good/Good/Mixed/Poor/Very poor) Postalische Befragung 6-7 Monate pp	RLQ: 63% (N= 1366) Vag-op. Geburt: 13% Geplante CS: 9% Ungeplante CS: 9% Geburtsmodus hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung, weder bei Erst- noch bei Mehrgebärenden	
Brown et al. 2005	Querschnittstudie	Zufriedenheit mit postpartaler Betreuung (Geburtsmodus als Prädiktor)	Erst- und Mehrgebärende	Eigener Fragebogen Gesamtzufriedenheit postpartalen Betreuung: "On balance, [...] how would you describe your postnatal care?" (Very good/Good/Mixed/Poor/Very poor) Postalische Befragung 5-6 Monate pp	RLQ: 67% (N= 1616) Vag-op. Geburt: 16% Geplante CS: 13% Ungeplante CS: 9% Geburtsmodus hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der postpartalen Betreuung	

Tab. A2-2 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei Spontangeburt / vaginaler Geburt

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Chalmers et al. 2010	Querschnittstudie	Auswirkungen von CS und VG auf verschiedene Aspekte der intra- und postpartalen Geburtsbetreuung	Erst- und Mehrgebärende	Eigener Fragebogen Gesamtzufriedenheit mit der Geburtsbetreuung: Overall, would you describe the experience of labour and birth as ... (5stufige Skala von sehr positiv bis sehr negativ) Telefonische Befragung	RLQ: 78% (N=6421) VG: 73% CS: 26% Geplante CS: 13% Ungeplante CS: 13% Frauen mit VG hatten signifikant positivere Geburtserfahrung: VG: 82% (95% KI 80 – 83%) CS: 76% (95% KI 73- 78%)	
Dunn et al. 2005	Querschnittstudie	Unterschied in der Geburtserfahrung bei VG nach CS und CS nach VG	Mehrgebärende, mit VG bei Z.n. CS und CS bei Z.n. VG	Eigener Fragebogen Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung: VAS 0-10 (complete satisfaction–complete dissatisfaction) Inhouse-Befragung, Interviews 2-3d pp	Rekrutierung nicht eindeutig nachvollziehbar 70 Frauen mit VG nach CS 70 Frauen mit CS nach VG Gesamtzufriedenheit ≥ 8: VG nach CS: 74% CS nach VG: 50%	Zahlreiche Ungereimtheiten hinsichtlich der Zahlenangaben (keine korrekte Aufsummierung, Widersprüche zwischen Text und Tabellen)
Hellmers 2005	Prospektive Längsschnittstudie	Zusammenhang zwischen Geburtsmodus und mütterlichem Wohlbefinden	Erstgebärende	Verschiedene bestehende Instrumente Eigene Frage zur Zufriedenheit mit dem Geburtsmodus T1: in der Schwangerschaft T2: 8-12 Wochen pp	RLQ T1: 51% (N=366) RLQ T2: 93% (N=342) SG: 61% (207) Vag-op. Geburt: 13% (45) CS auf Wunsch: 0,01% (2) Geplante CS: 6% (22) Ungeplante CS: 19% (66) Frauen mit SG waren mit Geburtsmodus signifikant zufriedener als Frauen mit vag.-op., geplanter Cs, ungeplanter CS;Kein Unterschied in der Zufriedenheit zwischen den operativen Geburtsmodi	

Tab. A2-2 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei Spontangeburt / vaginaler Geburt (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Ryding et al. 1998	Längsschnittstudie	Psychologische Auswirkungen verschiedener Geburtsmodi	Erst- und Mehrgebärende	W-DEQ A+B Inhouse- und postalische Befragung 2 MZP: T1: Während des Krankenhausaufenthalts T2: 1 Monat pp	RLQ T1: SG: 97% (N=104) Vag.-op. Geburt: 100 % (N=96) Geplante CS: 94% (N=79) Ungeplante CS: 94% (N=75) RLQ T2: SG: 90% (N=96) Vag.-op. Geburt: 93% (N=89) Geplante CS: 83% (N=70) Ungeplante CS: 89% (N=71) Zunehmend negativere Geburtserfahrung zu beiden Zeitpunkten: SG > geplante CS > vag.-op. Geburt > ungeplante CS	
Saisto et al. 2001	Längsschnittstudie	Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung und das Auftreten einer PPD	Low-Risk-Erst- und Mehrgebärende	Verschiedene bestehende Fragebögen zu Depression, Angst, Partnerschaft Acht Items zur Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (fünfstufige Likert-Skala) 3 Befragungszeitpunkte: Vor der 30.SSW Nach der 30.SSW 2-3 Monate pp	RLQ: 60% (N=211)  Lineare Regression: Geringe Schmerzintensität, ungeplanter Kaiserschnitt und Spontangeburt waren die stärksten Prädiktoren für Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (beta: 0,40, -0,35 bzw. 0,20)	Keine Angaben zur Anzahl der Frauen mit ungeplanter Kaiserschnitt und Spontangeburt

Tab. A2-2 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei Spontangeburt / vaginaler Geburt (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Salmon et al. 1992	Querschnittstudie	Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung	Erstgebärende	SIL Inhouse-Befragung 18-48h pp	<p>RLQ: 95% (N=110) SG: 42 Vag.-op. Geburt: 24 Geplante CS: 24 Ungeplante CS: 20</p> <p>Frauen mit VG haben signifikant positivere Geburtserfahrung als Frauen mit CS, kein Unterschied zwischen SG und vag.-op. sowie geplante und ungeplante CS</p> <p>Frauen mit VG erlebten die Geburt eher als erfüllend als Frauen mit CS, sie erfuhren weniger emotionalen Stress und berichten über mehr körperliche Beschwerden intrapartal.</p>	<p>Sehr kleine Fallzahlen für die durchgeführten multivariaten Analysen Keine Angaben zum Umgang mit fehlenden Werten</p>
Schäfers 2011	Längsschnittstudie	Einflussfaktoren auf die subjektive Gesundheitseinschätzung nach der Geburt	Low-Risk-Erst- und Mehrgebärende	<p>Verschiedene bestehende Fragebögen (subjektive Gesundheitseinschätzung, gesundheitsbezogene Lebensqualität) SIL-Ger12 Zwei Befragungszeitpunkte: T1: 8 Wochen pp T2: 6 Monate pp</p>	<p>RLQ: T1: 94,3% (1168) T2: 91,4% (1040)</p> <p>Frauen mit vaginaler Geburt haben ein über 60% geringeres Risiko für ein negatives Geburtserleben als Frauen mit sekundärer Sectio</p>	

Tab. A2-2 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei Spontangeburt / vaginaler Geburt (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Soet et al. 2003	Querschnittstudie	Einflussfaktoren auf das Erleben der Geburtserfahrung als traumatisch	Erst- und Mehrgebärende	<p>Verschiedene Fragebögen zur Messung der Geburtserfahrung, Symptome der Traumatisierung sowie möglicher Prädiktoren</p> <p>Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung: In general my birth experience was ... very good, good, all right, neither good nor bad, slightly distressing, very distressing, terrifying)</p> <p>2 MZP: Fragebogen in der Schwangerschaft Telefonische Befragung 4 Wochen pp</p>	<p>RLQ: Keine Angaben zu den möglichen Teilnehmerinnen T1: 112 füllten FB aus T2: 103 Telefoninterviews</p> <p>CS ist Einflussfaktor für negative Geburtserfahrung Frauen mit CS hatten häufiger Symptome einer traumatischen Erfahrung</p>	Keine Differenzierung zwischen geplanter und ungeplanter CS
Stadlmayr et al. 2004	Querschnittstudie	Einfluss objektiver geburtshilflicher Variablen auf die vier Dimensionen der Geburtserfahrung	Erst- und Mehrgebärende	SIL-Ger Inhouse-Befragung 48-96h pp	<p>Teilnahmequote: 25% (N=251)</p> <p>Geburtsmodus beeinflusst die Dimension ‚Negative emotionale Erfahrung‘: Scores werden in folgender Reihenfolge der Geburtsmodi zunehmend schlechter: SG &gt; vag.-op. Geburt &gt; geplante CS &gt; ungeplante CS. Frauen mit geplanter CS erfahren weniger körperliche Beschwerden intrapartal als Frauen mit SG, vag.-op. Geburt oder ungeplanter Sectio.</p>	Erstgebärende über- und Frauen mit CS unterrepräsentiert

Tab. A2-2 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei Spontangeburt / vaginaler Geburt (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Waldenström et al. 1996	Längsschnittstudie	Erleben der Geburtserfahrung, Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung	Erst- und Mehrgebärende	Eigener Fragebogen Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung: How was your experience of labour and birth? (7stufige Skala von sehr positiv bis sehr negativ) Inhouse-Befragung 4-7d pp	RLQ: 91% (N=295)  Frauen mit CS sind eher unzufrieden mit der Geburtserfahrung als Frauen mit VG, kein Unterschied zwischen geplanter und ungeplanter CS  Zusammengesetzte Variable 'Chirurgische Intervention' (ungeplante CS, vag.-op. Geburt, Episiotomie) ist signifikanter Einflussfaktor für die Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung	

Tab. A2-3 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Gleiche Zufriedenheit bei Spontangeburt / vaginaler Geburt und geplanter Sectio

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Fawcett et al. 1992	Querschnittstudie	Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung in Abhängigkeit vom Geburtsmodus	Low-Risk-Erst- und Mehrgebärende	Perception of Birth Scale bzw. QMAALD Inhouse-Befragung 1-2d pp	Zustimmung zur Teilnahme: Nicht berichtet  VG: 54% (N=254) Geplante CS: 24% (N=113) Ungeplante CS: 22% (N=106)  Frauen mit VG berichten über signifikant positivere Geburtserfahrung als Frauen mit ungeplanter CS (3,7 vs. 3,4 (maximal möglicher Score: 5)). Kein Unterschied zwischen Frauen mit VG und geplanter CS (3,5 vs. 3,7) sowie Frauen mit geplanter und ungeplanter CS (3,5 vs. 3,7)	Eindimensionalität des Fragebogens eher problematisch Anteil der Frauen mit VG erscheint unterrepräsentiert
Rijnders et al. 2008	Querschnittstudie	Einflussfaktoren auf die Geburtserfahrung	Erst- und Mehrgebärende	Eigener Fragebogen Postalische Befragung 3 Jahre pp Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung: „How do you feel when you look back on your experience of birth in 2000?“  5 Antwortvorgaben: I'm happy / quite happy /quite unhappy / unhappy with the way things went + I have no particular feelings	RLQ: 44% (N=1310)  SG: 76% (991) Vag-op: 11% (146) CS: 13% (172)  Kein Unterschied in der Geburtserfahrung zwischen SG und pCS Frauen mit vag.-op. Geburt und sCS hatten eine signifikant negativere Geburtserfahrung als Frauen mit SG	



Tab. A2-3 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Gleiche Zufriedenheit bei Spontangeburt / vaginaler Geburt und geplanter Sectio (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Waldenström et al. 2004	Längsschnittstudie	Risikofaktoren für Unzufriedenheit mit der Geburtserfahrung	Erst- und Mehrgebärende	Eigener Fragebogen Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung: How was your experience of labour and birth? (7stufige Skala von sehr positiv bis sehr negativ) Postalische Befragung 3 MZP: Spätschwangerschaft (T1), 2 Monate pp (T2), 1 Jahr pp (T3)	RLQ: 78% (2541)  Kein Unterschied in der Geburtserfahrung zwischen Frauen mit SG und geplanter CS Abnehmende Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung in folgender Reihenfolge der Geburtsmodi: SG und geplante CS > vag.op. Geburt > ungeplante CS	
Wiklund et al. 2008	Prospektive Kohortenstudie	Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung nach geplanter vaginaler Geburt und geplanter Sectio	Low-Risk-Erstgebärende	W-DEQ Inhouse und postalische Befragung 2 MZP: T1:Spätschwangerschaft T2:3 Monate pp	Zustimmung zur Teilnahme: nicht berichtet  RLQ: Geplante CS auf Wunsch der Mutter: 47% (49) Geplante CS wegen BEL: 54% (69) VG: 48% (128), davon Vag.-op. Geburt: nicht berichtet Ungeplante CS: nicht berichtet  Frauen mit vag.-op. Geburt und ungeplanter Sectio haben eine signifikant negativere Geburtserfahrung als Frauen mit SG oder geplanter CS auf Wunsch der Mutter oder wegen BEL	

Tab. A2-4 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei geplanter Sectio

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Blomquist et al. 2011	Längsschnittstudie	Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung bei geplanter vaginaler Geburt und geplanter Sectio	Erstgebärende  Ausschlusskriterien: klinische CS-Indikationen (Plazenta praevia, Lageanomalie, Mehrlinge, Z.n. Myektomie, fetale Fehlbildung), Geburt vor der 37+0 SSW	Salmon Item List Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung: VAS 0-100 (completely satisfied – completely dissatisfied) Inhouse und postalische Befragung 3 MZP: Spätschwangerschaft (T1), 4 Tage pp (T2), 8 Wochen pp (T3)	Zustimmung zur Teilnahme: Geplante VG: 55% (N=160) Geplante CS: 39% (N=44) RLQ: T1: 100% T2: 96% (N=196) T3: 82% (N=168), davon geplante VG: 83% (N=132) geplante CS: 82% (N=36) Geplanter Geburtsmodus: Frauen mit geplanter CS sind zufriedener als Frauen mit geplanter VG (T1: 90,9 vs. 81,9, T2: 88,1 vs. 81,8) Tatsächlicher Geburtsmodus: Kein Unterschied in der Zufriedenheit zwischen SG und geplanter CS; Frauen mit vag-op. Geburt und ungeplanter CS sind signifikant unzufriedener als Frauen mit SG oder geplanter CS.	Hohe Ablehnungsquoten, Gründe für die Ablehnung werden nicht berichtet  Kleine Fallzahlen bei der Subgruppenanalyse für vag-op. Geburt und geplante Sectio (geplante CS = 36, ungeplante CS= 48, vag-op. Geburt= 17, SG=95)  Signifikanzniveau wird nicht berichtet  Verschiedene Unstimmigkeiten in der Veröffentlichung zwischen Text und Tabellen

Tab. A2-4 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei geplanter Sectio (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Bryanton et al. 2008	Querschnittstudie	Prädiktoren der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung in Abhängigkeit vom Geburtsmodus	Erst- und Mehrgebärende:  Ausschlusskriterien: aktuell bestehende Erkrankung, Vollnarkose, Totgeburt, Geburt vor der 37. SSW, Geburtsgewicht <2500g, Fehlbildung, Z.n. schwerer Geburtsverletzung ernste Erkrankungen)	QMAALD Inhouse-Befragung 12-48h pp	Zustimmung zur Teilnahme: 54% (N=652) SG: 73% Vag-op. Geburt: 7,7% Geplante CS: 14% Ungeplante CS: 13%  Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (möglicher Score: 29 – 145, je höher die Werte, desto positiver die Geburtserfahrung): VG: 102,6 (SD 13,5) Geplante CS: 103,6 (SD=15,3) Ungeplante CS: 97,4 (SD=10,3)	Eindimensionalität des Fragebogens eher problematisch Enthält mit der Frage „Were you pleased with how your delivery turned out?“ ein Item, das als Gesamtzufriedenheit gewertet werden könnte. Regressionsanalyse in der Subgruppe geplante CS: 22% Datenverlust aufgrund fehlender Werte Weder aus der Publikation noch aus der Durchsicht der Einzelfragen des QMAALD geht hervor, wie die Variable ‚Unterstützung durch die Pflegekräfte‘ (Nursing Support) gemessen wurde, da der QMAALD keine Frage enthält, die die Unterstützung durch Pflegekräfte misst. Die Schlussfolgerung der Autorinnen, dass Frauen mit geplanter CS einen geringeren Zufriedenheitsscore aufweisen als Frauen mit ungeplanter CS oder VG ist anhand der präsentierten Ergebnisse nicht nachzuvollziehen

Tab. A2-4 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei geplanter Sectio (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Schindl et al. 2004	Längsschnittstudie	Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung bei geplanter vaginaler Geburt und geplanter Sectio	Erst- und Mehrgebärende	Salmon Item List, modifizierte deutsche Version (SIL-Ger) Inhouse und postalische Befragung 3 MZP: Spätschwangerschaft (T1), 3 Tage pp (T2), 4 Monate pp (T3)	RLQ: T1: nicht berichtet T2: 59% (N=1050) T3: 24% (N=251) VG: 86% (N=903) Geplante CS ohne medizinische Indikation: 4% (N=44) Geplante CS mit medizinischer Indikation: 10% (N=103) Ungeplante CS: 9% (N=93) Abnehmende Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (berechnet als Itemmittelwert des SIL-Ger) in folgender Reihenfolge der Geburtsmodi: geplante CS ohne medizinische Indikation > geplante CS mit medizinischer Indikation > SG > ungeplante CS > vag.-op. Geburt	Es ist nicht nachzuvollziehen, ob die validierte deutsche Übersetzung des SIL eingesetzt wurde oder eine eigene Version Es wurden, entgegen der Charakteristik des SIL, nicht mit dem multidimensionalen Modell der Geburtserfahrung gearbeitet, sondern ein Gesamtscore über alle items berechnet
Séguin et al. 1989	Querschnittstudie	Prädiktoren der Geburtserfahrung und -betreuung in Abhängigkeit vom Geburtsmodus	Erst- und Mehrgebärende	Eigener Fragebogen Gesamtzufriedenheit mit der Geburtsbetreuung und -erfahrung: Wording und Skala wird nicht berichtet Postalische Befragung 4-7 Monate pp	RLQ: 52% (N=938) Sectio: 18% Dimensionen ‚Geburtserfahrung‘ und ‚Ärztliche Betreuung‘ erklären in der Sectiogruppe einen höheren Anteil der Varianz der Gesamtzufriedenheit im Vergleich zur Gruppe mit vaginaler Geburt (R <sup>2</sup> =45% vs. 52% bzw. 36% vs. 44%)	Gesamtzufriedenheit mit 5 verschiedenen Dimensionen der Geburtserfahrung wird nicht nach Geburtsmodus differenziert berichtet  Keine Differenzierung nach geplanter und ungeplanter CS

Anhang 2 Geburtsmodus Sectio: Sichtweisen der Frauen

Tab. A2-4 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – Höhere Zufriedenheit bei geplanter Sectio (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschlusskriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse	Kommentar
Wiklund et al. 2007	Prospektive Kohortenstudie	Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung bei geplanter vaginaler Geburt und geplanter Sectio	Low-Risk-Erstgebärende	W-DEQ Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung: VAS 0-10 (worst thinkable experience– best thinkable experience) Inhouse und postalische Befragung 3 MZP: Spätschwangerschaft (T1), 2 Tage pp (T2), 3 Monate pp (T3)	Zustimmung zur Teilnahme: Geplante CS: 87% (N=91) Geplante VG: nicht berichtet  RLQ: nicht berichtet Geplante CS auf Wunsch der Mutter: 91 VG: 266, davon Vag.-op. Geburt: 13% (N=36) Ungeplante CS: 11% (N=29)  Die Gesamtzufriedenheit mit der Geburtserfahrung ist in der Gruppe der Frauen mit geplanter CS zu T2 und T3 signifikant höher als in der Gruppe mit VG (T2: 8,3 vs. 6,1; T3: 8,1 vs. 6,6)	Der ‚flow of participants‘ ist nicht eindeutig nachzuvollziehen

Tab. A2-5 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – qualitative Arbeiten

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschluss-kriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse
Murphy et al. 2003	Qualitative Interview-studie	Auswirkungen einer vag.-op. Geburt in CS-Bereitschaft bzw. CS bei vollständig eröffnetem Muttermund	Erst- und Mehrgebärende	Halbstrukturierte Interviews 2 Jahre pp Leitfaden-	<p>Ungeplante CS: 26% (N=7) Vag-op. Geburt in CS-Bereitschaft: 52% (N=15) Ungeplante CS nach fehlgeschlagener vag-op. Geburt: 22% (N=5)</p> <p>Frauen waren im Allgemeinen zufrieden mit Unterstützung und Erklärungen während der Geburt, aber benannten Defizite in der antenatalen und postpartalen Betreuung</p> <p>*Information in der Schwangerschaft Einige sagen, sie hätten vorher gerne mehr Infos gehabt, andere sagen, dass es wichtig ist, offen zu bleiben und die Dinge so zu nehmen wie sie kommen, da es eben anders kommen kann als gedacht.</p> <p>*Verstehen der Indikation Die wenigsten der Befragten kannten den genauen Grund für die operative Geburtsbeendigung.</p> <p>*Nachbesprechung der Geburt Entweder hatte keine Nachbesprechung stattgefunden oder die Frauen erinnerten sich nicht gut an das, was besprochen wurde. Die meisten wünschten sich eine Nachbesprechung der Ereignisse, allerdings zu einem späteren Zeitpunkt, zu dem sie sich von der Geburt erholt und die ersten Aufregungen der neuen Lebenssituation etwas abgeklungen sind.</p>

Tab. A2-5 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – qualitative Arbeiten (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschluss-kriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse
Porter et al. 2007	Sekundäre Freitext-Analyse	Aspekte der Geburts- und Betreuungserfahrung, die Wöchnerinnen als belastend beschreiben	Frauen mit erster Geburt per CS und keine weitere Lebendgeburt in den darauffolgenden 5 Jahren	Eigener Fragebogen *Eine Frage zur Zufriedenheit mit der intrapartalen Betreuung, 5stufige Likert-Skala *Eine Frage, ob es etwas gab, das 'particularly distressing' war *Eine offene Frage Postalische Befragung, eine Erinnerung 7 bis 22 Jahre pp Inhaltsanalyse der Freitext-Angaben	<p>RLQ 75% (N=1238)                      42% (N=521) mit 1136 Freitextangaben                      48% der Frauen mit sCS                      31% der Frauen mit pCS                      34% der Frauen, unsicher ob pCS / sCS                      34% von Frauen mit sehr guter/ guter Erfahrung                      38% von Frauen mit schlechter/ sehr schlechter Erfahrung                      Gute/sehr gute Geburtserfahrung: 58%                      Schlechte/ sehr schlechte Geburtserfahrung: 18%</p> <p>Während der Wehen (N=119):                      *unvorbereitet auf CS, Schock, verstärkt durch unsensibles Verhalten/mangelnde Information durch Personal (35% der Kommentare; 8% der Frauen)                      *Dauer der Wehen vor CS (28%, 6%)                      *Angst um das Kind beim Warten auf angekündigte CS (25%;6%)</p> <p>Geburt (n=236):                      *Anästhesie (43%;20%)                      *Eile/Dringlichkeit und Verhalten/Info durch Personal (22%, 10%)</p> <p>Postpartal (n=376):                      *Komplikationen (Blutverlust, Infektion, Infusionen etc.) (38%; 25%)                      *lange Genesungsphase, Schmerzen, Schwäche, die u. a. Bonding und Stillen beeinträchtigt (40%; 28%)</p> <p>Allgemein (n=342):                      *Mangel an Info, verstärkt Angst (25%,16%)                      *fehlendes Geburtserlebnis, Enttäuschung, Versagen (24%, 15%)</p>

Anhang 2 Geburtsmodus Sectio: Sichtweisen der Frauen

Tab. A2-5 Zufriedenheit mit Geburtsmodus Sectio – qualitative Arbeiten (Forts.)

Autor	Studientyp	Fragestellung	Teilnehmer, Ausschluss-kriterien	Datenerhebung (Instrument, Methode, Zeitpunkt)	Ergebnisse
Redshaw et al. 2010	Sekundäre Freitextanalyse	Geburts- und Betreuungserfahrung bei CS	Erst- und Mehrgebärende mit CS	Eigener Fragebogen 3 offene Fragen: "During labour and the birth of your baby, was there anything that you felt you needed in the way of support, help or information that you did not have?" "If there was anything about your postnatal care in hospital that you could change, what would it be?" "Is there anything else you would like to tell us about your care?" Inhaltsanalyse der Freitext-Angaben Postalische Befragung 3 Monate pp	Frauen mit ungeplanter CS berichten weniger positiv über ihre Geburtserfahrung als Frauen mit geplanter CS, vorherrschende Themen waren bei den erstgenannten 'Angst' und 'Konfrontation mit dem Unerwarteten', 'nicht vorbereitet sein'.  Positive Erfahrung: Diese Frauen betonten fachlich gute Betreuung, erfahrene Unterstützung, erhaltene Erklärungen, die individuelle Betreuung, es wurde zugehört,  Negative Erfahrung: Diese Frauen wünschten sich freundliches, sensibles, aufmerksames und hilfreiches Personal, einheitliche Erklärungen und eine individuelle Betreuung  Insgesamt kleine Anzahl von Frauen, für die der Geburtsmodus an sich auch nach drei Monaten noch eine große psychische Belastung darstellte. Viele jedoch, obwohl sie es bedauerten keine normale Geburt gehabt zu haben, schienen ihren Frieden mit dem Geburtsmodus gemacht zu haben. Die Enttäuschung wurde aufgewogen durch die Betreuung, die sie während der Geburt erfahren hatten.



## Anhang 3 Fragebogenitems

### Anhang 3

#### Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (vor dem Krankenhausaufenthalt)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM123	Passste das, was im Geburtsvorbereitungskurs erzählt wurde, zu dem, was im Krankenhaus dann tatsächlich angeboten wurde?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>	
QM6	War es schwierig, eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung zu finden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <b>Ja, etwas</b> <input type="radio"/> <b>Ja, sehr</b> <input type="radio"/> <i>Ich hatte bereits eine Hebamme</i> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM125	Wenn Sie schon einmal einen Kaiserschnitt hatten, hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt die Möglichkeit einer normalen Geburt für diese Geburt mit Ihnen besprochen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Nein</b>	
QM12	Hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt - bevor Sie ins Krankenhaus kamen - mit Ihnen darüber gesprochen, dass manchmal ein Kaiserschnitt notwendig sein kann?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Nein</b>	

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM23	Gab es eine Hebamme, die für Ihre Geburt zuständig war?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Mehrere Hebammen waren zuständig <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich bin nicht sicher</i>	
QM24	Wenn Sie wichtige Fragen an eine Hebamme stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich hatte keine Fragen</i>	
QM25	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, konnten Sie mit einer Hebamme darüber sprechen?	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> <b>Meistens</b> <input type="radio"/> <b>Selten oder gar nicht</b> <input type="radio"/> <i>Ich hatte keine Befürchtungen/Ängste</i> <input type="radio"/> <i>Ich habe sie mit jemand anderem besprochen</i>	
QM26	Waren Ihr Partner oder andere Begleitpersonen in das Geburtsgeschehen so mit einbezogen wie Sie es sich wünschten?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Partner oder andere Personen waren nicht beteiligt</i>	
QM27	Hatten Sie Vertrauen in die Hebamme/n?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>	

### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM29	Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Hebamme/n?	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mittelmäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b>	
QM30	War/en die Hebamme/n für Sie da, wenn Sie sie brauchten?	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Oft</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Fast nie</b>	
QM63	Wie viel Zeit hat/haben die Hebamme/n während der Geburt mit Ihnen verbracht?	<input type="radio"/> Gerade richtig <input type="radio"/> <b>Unangemessen</b>	
QM31	Gab es eine/n bestimmte Ärztin/Arzt, die/der für Sie zuständig war und sich um Sie kümmerte?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich bin nicht sicher</i>	
QM32	Wenn Sie wichtige Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich hatte keine Fragen</i>	
QM33	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, hat eine Ärztin/ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen?	<input type="radio"/> Ja, ausführlich <input type="radio"/> <b>Ja, kurz</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Keine Befürchtungen/Ängste</i> <input type="radio"/> <i>Mit jemand anderem besprochen</i>	
QM34	Hatten Ihr Partner, Familie oder Freunde ausreichend Gelegenheit, mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt zu sprechen?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Partner, Familie oder Freunde waren nicht beteiligt</i>	
QM35	Hatten Sie Vertrauen in die Ärztinnen bzw. Ärzte, die Sie betreuten?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>	
QM36	Kam es vor, dass Ärztinnen oder Ärzte in Ihrer Gegenwart über Sie sprachen, als ob Sie nicht da wären?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Ja, oft</b>	
QM37	Wie würden Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Ärztinnen und Ärzte beurteilen?	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mittelmäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b>	
QM38	Waren die Ärztinnen/Ärzte für Sie da, wenn Sie sie brauchten?	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Oft</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Fast nie</b>	
QM51	Wurden Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich hatte keine Untersuchungen</i>	

### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM19	Wie organisiert war das Aufnahmeverfahren?	<input type="radio"/> Gut organisiert <input type="radio"/> <b>Einigermäßen organisiert</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht organisiert</b>	
QM57	Hat Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt die Risiken und Vorteile eines Kaiserschnitts verständlich erklärt?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich wollte/brauchte keine Erklärung</i>	
QM46	Konnten Sie bei Ihrer Betreuung, vor allem während der Wehen und Geburt, bei allem so mitbestimmen wie Sie das wollten?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich wollte nicht mitbestimmen</i>	
QM47	Wie gut wurde Ihr Partner oder eine andere Sie begleitende Person während der Geburt informiert?	<input type="radio"/> Gerade richtig <input type="radio"/> <b>Unangemessen</b> <input type="radio"/> <i>Anderer Personen waren nicht beteiligt</i> <input type="radio"/> <i>Nicht nötig</i>	
QM59	Wurden die unterschiedlichen Möglichkeiten der Schmerzkontrolle während der Wehen und der Geburt mit Ihnen besprochen?	<input type="radio"/> Ja, ausführlich <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM60	Konnten Sie bei der Schmerzkontrolle während der Wehen und der Geburt genügend mitbestimmen?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich wollte nicht mitbestimmen</i>	
QM61	Wie viel Betäubungs- oder Schmerzmittel haben Sie während der Wehen und der Geburt erhalten?	<input type="radio"/> Richtige Menge <input type="radio"/> <b>Unangemessen</b> <input type="radio"/> <i>Wollte/brauchte keines</i>	
QM66	Hatten Sie unmittelbar nach der Geburt Zeit zum ungestörten Hautkontakt mit Ihrem Baby?	<input type="radio"/> Ja, so wie ich das wollte <input type="radio"/> <b>Ja, aber zu wenig</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Mein Baby hatte Probleme/wurde verlegt</i> <input type="radio"/> <i>Wollte ich in diesem Moment nicht</i>	
QM69	Konnten Sie Ihr Baby gleich anlegen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Ja, aber Stillen dann nur mit Zufüttern</b> <input type="radio"/> <b>Nein, es ging nicht (z.B. Baby wollte nicht), aber ich hätte gerne gestillt</b> <input type="radio"/> <b>Nein, ich wollte nicht stillen</b>	
QM67	Wo war Ihr Baby untergebracht?	<input type="radio"/> Fast immer in meinem Zimmer, auch nachts <input type="radio"/> <b>Tagsüber im Zimmer, nachts auf der Neugeborenenstation</b> <input type="radio"/> <b>Abwechselnd bei mir und auf der Neugeborenenstation</b> <input type="radio"/> <b>Meistens auf der Neugeborenenstation</b> <input type="radio"/> <b>Auf der Intensivstation</b>	1-4

### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM68	Wie viel Zeit hat Ihr Baby im Krankenhaus insgesamt bei Ihnen verbracht?	<input type="radio"/> Gerade richtig <input type="radio"/> <b>Unangemessen</b>	
QM141	Haben Sie bei der Ernährung Ihres Kindes (Stillen/ Flaschennahrung) einheitliche Informationen erhalten?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b>	5
QM126	Wenn Sie nach einem Schmerzmittel verlangten, wie viele Minuten vergingen in der Regel, bis Sie es bekamen?	<input type="radio"/> Kam sofort <input type="radio"/> Bis zu 5 Minuten <input type="radio"/> 6-10 Minuten <input type="radio"/> 11-15 Minuten <input type="radio"/> 16-30 Minuten <input type="radio"/> <b>Mehr als 30 Minuten</b> <input type="radio"/> <b>Bekam keines, obwohl benötigt</b>	
QM127	Wie viel Schmerzmittel haben Sie insgesamt nach der Geburt Ihres Babys bekommen?	<input type="radio"/> Richtige Menge <input type="radio"/> <b>Unangemessen</b>	
QM128	Hat das Krankenhaus-personal sein Möglichstes getan, um Schmerzen nach der Geburt zu lindern?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>EinigermäÙen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>	
QM52	Wurden geplante Untersuchungen oder Behandlungen pünktlich bei Ihnen durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich hatte keine</i>	
QM121	Wurden Ihnen die Untersuchungen, die bei ihrem Kind im Krankenhaus durchgeführt wurden, verständlich erklärt?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>EinigermäÙen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich brauchte keine Erklärungen</i> <input type="radio"/> <i>Es wurden keine Untersuchungen durchgeführt</i>	4 + 5
QM45	Haben Sie von Pflegekräften, Hebammen und/oder ÄrztInnen widersprüchliche Informationen erhalten?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Ja, oft</b>	
QM48	War es leicht, Krankenhausmitarbeiter zu finden, mit denen Sie über Ihre Anliegen und Sorgen sprechen konnten?	<input type="radio"/> Ja, sehr <input type="radio"/> <b>EinigermäÙen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	1-4
QM39	Wenn Sie wichtige Fragen an das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich hatte keine Fragen</i>	
QM40	Wenn Ihnen die Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen bereitete, hat eine Pflegekraft mit Ihnen darüber gesprochen?	<input type="radio"/> Ja, ausführlich <input type="radio"/> <b>Ja, kurz</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>	1-4
QM41	Hatten Sie Vertrauen in das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation, das Sie betreute?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>	
QM42	Kam es vor, dass das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation in Ihrer Gegenwart über Sie sprach, als ob Sie nicht da wären?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Ja, oft</b>	

## Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM43	Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und das Verständnis des Personals der Wochenbett-/Neugeborenenstation?	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mittelmäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b>	
QM44	War das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation für Sie da, wenn Sie es brauchten?	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Oft</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Fast nie</b>	
QMS93_3	Würde Ihr Bett so oft frisch bezogen, wie Sie das wollten?	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Oft</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM49	Wenn Sie Hilfe brauchten, um zur Toilette zu gehen, haben Sie diese rechtzeitig erhalten?	<input type="radio"/> Ja, immer <input type="radio"/> <b>Ja, manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich brauchte keine Hilfe</i>	
QM50	Wie viele Minuten vergingen in der Regel nach dem Drücken der Klingel, bis Sie die Hilfe bekamen, die Sie brauchten?	<input type="radio"/> Kam sofort <input type="radio"/> Bis zu 5 Minuten <input type="radio"/> 6-10 Minuten <input type="radio"/> <b>11-15 Minuten</b> <input type="radio"/> <b>16-30 Minuten</b> <input type="radio"/> <b>Mehr als 30 Minuten</b> <input type="radio"/> <b>Bekam keine Hilfe, obwohl ich sie brauchte</b> <input type="radio"/> <i>Ich brauchte die Klingel selten oder nie</i>	
QM74	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über die Ernährung, vor allem über das Stillen Ihres Babys erhalten?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM76	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über Bluttests, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Ihr Baby erhalten?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM77	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über die Babypflege erhalten?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM78	Würde Ihnen vor Ihrer Entlassung der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollen, verständlich erklärt?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich brauchte keine Erklärung</i> <input type="radio"/> <i>Ich musste zuhause keine Medikamente nehmen</i>	

### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM79	Wurden Ihnen die Nebenwirkungen dieser Medikamente verständlich erklärt, auf die Sie zu Hause achten sollen?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich brauchte keine Erklärung</i> <input type="radio"/> <i>Ich musste zuhause keine Medikamente nehmen</i>	
QM80	Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie Ihrem Baby zuhause geben sollten, verständlich erklärt (z.B. Fluoride, Vitamin D)?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Ich brauchte keine Erklärung</i> <input type="radio"/> <i>Mein Baby musste zuhause keine Medikamente nehmen</i>	
QM81	Wurde Ihnen verständlich erklärt, auf welche Krankheitszeichen Sie nach Ihrer Entlassung bei sich und Ihrem Baby achten sollten?	<input type="radio"/> Ja, ausführlich <input type="radio"/> <b>Einigermäßen</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM82	Wurde besprochen, wann Sie Ihre gewohnten Aktivitäten wieder aufnehmen können (z.B. Haushalt, Berufstätigkeit)?	<input type="radio"/> Ja, ausführlich <input type="radio"/> <b>Ja, kurz</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM83	Wurde mit Ihnen über Familienplanung gesprochen und darüber, ab wann Sie wieder Geschlechtsverkehr haben können?	<input type="radio"/> Ja, ausführlich <input type="radio"/> <b>Ja, aber zu kurz</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM84	Haben Ihre Angehörigen alle Informationen erhalten, die sie zur Unterstützung Ihrer Erholung brauchten?	<input type="radio"/> Ja, voll und ganz <input type="radio"/> <b>Ja, aber zu wenige</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>Familien/Freunde waren nicht beteiligt</i> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM85	Wussten Sie, an wen Sie sich nach Ihrer Entlassung wenden können, falls Sie noch Hilfe brauchen oder noch Fragen haben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <b>Bin nicht sicher</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM100	Wussten Sie, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie Fragen zur Versorgung und Ernährung Ihres Babys hatten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht notwendig</i>	
QM86	Wurde mit Ihnen besprochen, ob eine Hebamme Sie zu Hause besuchen soll?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	
QM87	Hat Ihr Baby das Krankenhaus mit Ihnen zusammen verlassen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Nein</b>	
QM88	Wurde Ihnen am Anfang Ihres Aufenthalts der Stationsablauf erklärt (z.B. Visiten, Essens- und Besuchszeiten)?	<input type="radio"/> Ja, ausführlich <input type="radio"/> <b>Ja, aber nicht ausreichend</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> <input type="radio"/> <i>War nicht nötig</i>	

## Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM90	Haben Sie während Ihres Aufenthaltes Werbematerial erhalten (z.B. Proben für Säuglingsnahrung, Fläschchen, Broschüren o.ä.)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <b>Sonstiges</b> <input type="radio"/> <b>Broschüren</b> <input type="radio"/> <b>Broschüren, Sonstiges</b> <input type="radio"/> <b>Säuglingsnahrung</b> <input type="radio"/> <b>Säuglingsnahrung, Sonstiges</b> <input type="radio"/> <b>Säuglingsnahrung, Broschüren</b> <input type="radio"/> <b>Säuglingsnahrung, Broschüren, Sonstiges</b>	
QM91_1	Mein Essen kam so wie bestellt ... Mein	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM91_2	Essen berücksichtigte meine Diät ...	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM91_3	Mein Essen war abwechslungsreich ...	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM91_4	Mein Essen war warm ...	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM91_5	Mein Essen hat mir gut geschmeckt ...	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM91_6	Mein Essen wurde ansprechend serviert ...	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	

### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM91_7	Mein Essen war stillfreundlich ...	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM92_1	Mein Zimmer war so sauber, wie ich das erwarde ...	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM92_2	Mein Zimmer war ruhig, zum Erholen ...	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> Meistens <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Nie</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM92_5	Mein Zimmer hatte zu wenig Privatsphäre ...	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Meistens</b> <input type="radio"/> <b>Immer</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM92_6	Mein Zimmer hatte zu viele weitere Wöchnerinnen ...	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Meistens</b> <input type="radio"/> <b>Immer</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM92_7	Mein Zimmer hatte zu viele Besucher/innen ...	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> <b>Selten</b> <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> <b>Meistens</b> <input type="radio"/> <b>Immer</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM93_1	Ich fand die Zimmerausstattung ...	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM93_2	Ich fand die Nasszellen (WC/Bad/Dusche) ...	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	



### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM93_3	Ich fand das Unterhaltungsangebot ...	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM93_4	Ich fand die Möglichkeit zu telefonieren ...	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM93_5	Ich fand mich im Haus zurecht ...	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM93_6	Ich fand die Parkmöglichkeiten ...	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM93_7	Ich fand die Sauberkeit im Allgemeinen ...	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	
QM93_8	Ich fand die Cafeteria/den Kiosk ...	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b> <input type="radio"/> <i>Nicht wichtig</i>	3+4+5
QM94	Wie haben Ärztinnen/Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte Ihrer Meinung nach zusammengearbeitet?	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b>	
QM95	Wie beurteilen Sie insgesamt die Behandlung und Betreuung, die Sie erhalten haben?	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> <b>Mäßig</b> <input type="radio"/> <b>Schlecht</b>	

### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (während des Krankenhausaufenthalts) (Forts.)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM53	Hatten Sie das Gefühl, während Ihres Krankenhausaufenthaltes mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt worden zu sein?	<input type="radio"/> Immer <input type="radio"/> <b>Manchmal</b> <input type="radio"/> Nie	
QM96	Die Dauer meines Krankenhausaufenthaltes war ...	<input type="radio"/> Genau richtig <input type="radio"/> <b>Zu kurz</b> <input type="radio"/> <b>Zu lang</b>	
QM97	Würden Sie diese geburtshilfliche Abteilung bzw. dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihren Freundinnen/Freunden oder Ihrer Familie weiterempfehlen?	<input type="radio"/> Ja, ganz sicher <input type="radio"/> <b>Ja, wahrscheinlich</b> <input type="radio"/> Nein	

Fragen mit Hinweis auf Problemlage (nach dem Krankenhausaufenthalt)			
ID	Frage	Antwortvorgaben fett: Problemlage kursiv: Ersatzskala	Fragebogen- version
QM130	Ist nach Ihrem Krankenhausaufenthalt eine Hebamme zu Ihnen nach Hause gekommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> <b>Nein, aber ich hätte einen Besuch gut gefunden/benötigt</b> <input type="radio"/> Nein, war nicht nötig	
QM131	Waren diese Hausbesuche hilfreich?	<input type="radio"/> Ja, sehr <input type="radio"/> <b>Einigermaßen</b> <input type="radio"/> Nein	
QM107	Mussten Sie selbst nach Ihrer Entlassung nochmals ins Krankenhaus eingeliefert werden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <b>Ja</b>	
QM108	Musste Ihr Baby nach der Entlassung nochmals ins Krankenhaus eingeliefert werden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> <b>Ja</b>	

Fragen zu präpartal wahrgenommenen Betreuungsangeboten			
ID	Frage	Antwortvorgaben	Fragebogen- version
QM1	In welchem Schwangerschaftsmonat haben Sie die Schwangerenversorgung zum ersten Mal in Anspruch genommen?	<input type="radio"/> In den ersten 4 Wochen (1. Monat) <input type="radio"/> 2. - 3. Monat <input type="radio"/> 4. - 6. Monat <input type="radio"/> Im 7. Monat oder später <input type="radio"/> <i>Bin mir nicht mehr sicher</i> <input type="radio"/> Keine Schwangerenversorgung	
QM122	Wer hat den Großteil der Schwangerenversorgung durchgeführt?	<input type="radio"/> Hebamme/Gynäkologin bzw. Gynäkologe im Wechsel <input type="radio"/> Hebamme <input type="radio"/> Gynäkologin bzw. Gynäkologe	
QM3	Haben Sie an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
QM4	Wo fand dieser Geburtsvorbereitungskurs statt?	<input type="radio"/> Geburtsklinik <input type="radio"/> Hebamme(npraxis) <input type="radio"/> Anderswo	

### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen zur geburtsniffllichen Anamnese			
ID	Frage	Antwortvorgaben	Fragebogen- version
QM15	Haben Sie zum ersten Mal geboren?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
QM10	Hatten Sie vor dieser Geburt schon einmal einen Kaiserschnitt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
QM17	Mussten Sie während der Schwangerschaft ins Krankenhaus aufgenommen werden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Fragen zu Geburtsverlauf und Geburtsmodus			
ID	Frage	Antwortvorgaben	Fragebogen- version
QM18	Hatte der Geburtsvorgang (z.B. Wehen, Blasensprung) bereits begonnen, als Sie im Krankenhaus ankamen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>o Ich bin nicht sicher</i>	1-4
QM55	Hatten Sie eine normale Geburt oder einen Kaiserschnitt?	<input type="radio"/> Normale Geburt <input type="radio"/> Kaiserschnitt	
QM56	War der Kaiserschnitt schon vor der Aufnahme ins Krankenhaus geplant?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>o Ich bin nicht sicher</i>	

Fragen zum Kind			
ID	Frage	Antwortvorgaben	Fragebogen- version
QM64	Wann kam ihr Baby zur Welt?	<input type="radio"/> Nach der vollendeten 37.SSW <input type="radio"/> Vor der vollendeten 37.SSW <i>o Ich bin nicht sicher</i>	
QM65	Das Baby wog bei der Geburt ...	Freitextangabe in Gramm	
QM9	Für welche Ernährungsart hatten Sie sich vor der Geburt Ihres Babys entschieden?	<input type="radio"/> Stillen <input type="radio"/> Flaschennahrung <input type="radio"/> Stillen und Flaschennahrung <input type="radio"/> <i>Nicht entschieden</i>	
QM101	Wie ernähren Sie Ihr Baby zu Zeit?	<input type="radio"/> Stillen <input type="radio"/> Stillen und Flaschennahrung <input type="radio"/> Nur Flaschennahrung	
QM102	Mein Baby bekommt nur Flaschennahrung, weil ich ...	<input type="radio"/> zwar stillen wollte, aber nicht mehr konnte <input type="radio"/> mit dem Stillen aufhören wollte <input type="radio"/> von Anfang an nicht stillen wollte	

Fragen zur Unterstützung im Wochenbett			
ID	Frage	Antwortvorgaben	Fragebogen- version
QM99	Wer hat Ihnen unmittelbar nach der Entlassung geholfen, das Baby zu versorgen? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="radio"/> Ehemann oder Partner/in <input type="radio"/> Mutter oder Vater <input type="radio"/> Tochter oder Sohn <input type="radio"/> Freundin oder Freund <input type="radio"/> Nachbarin oder Nachbar <input type="radio"/> Andere <input type="radio"/> Niemand	

### Anhang 3 Fragebogenitems

Fragen zur Person			
ID	Frage	Antwortvorgaben	Fragebogen- version
QM111	Wie würden Sie im Allgemeinen Ihre Gesundheit beurteilen?	<input type="radio"/> Ausgezeichnet <input type="radio"/> Sehr gut <input type="radio"/> Gut <input type="radio"/> Mäßig <input type="radio"/> Schlecht	
QM113	Wie ist Ihre derzeitige familiäre Situation?	<input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Getrennt lebend <input type="radio"/> Verwitwet <input type="radio"/> Single	
QM114	In welchem Jahr sind Sie geboren?	19__	
QM115	Wie sind Sie krankenversichert?	<input type="radio"/> Gesetzlich versichert <input type="radio"/> Privat versichert	
QM116	Welche Schule oder Ausbildungsstätte haben Sie zuletzt besucht?	<input type="radio"/> Volksschule/Hauptschule <input type="radio"/> Mittelschule/Realschule <input type="radio"/> Fachoberschule/ Gymnasium <input type="radio"/> Fachhochschule/ Universität	
QM54	Als Sie ins Krankenhaus kamen, haben Sie mit einer normalen Geburt oder mit einem Kaiserschnitt gerechnet?	<input type="radio"/> Normale Geburt <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> <i>Ich weiß es nicht mehr</i>	1-4
QM98	Wie zuversichtlich waren Sie, mit Ihrem Baby zurecht zu kommen, wenn Sie das erste Mal mit ihr/ihm nach Hause kommen?	<input type="radio"/> Sehr zuversichtlich <input type="radio"/> Ziemlich zuversichtlich <input type="radio"/> Eher weniger zuversichtlich <input type="radio"/> Gar nicht zuversichtlich	1-4
QM132	Wenn Sie sich in der Zeit nach der Geburt deprimiert fühlten, war das ...	<input type="radio"/> Ich fühle mich nicht deprimiert <input type="radio"/> Leicht <input type="radio"/> Mittelschwer <input type="radio"/> Schwer <input type="radio"/> So schwer, dass ich Hilfe in Anspruch nehmen musste	
Filterführungsfrage			
ID	Frage	Antwortvorgaben	Fragebogen- version
QM70	Haben Sie nach der Geburt jemals um Schmerzmittel gebeten?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	

## Anhang 4 Krankenhausmerkmale

Tab A4-1 Geburten nach Bundesland

	Fälle	
	Stichprobe (% (N))	Deutschland (2002 bis 2009 (%)) <sup>a</sup>
<b>Bundesland</b>		
Baden-Württemberg	11% (1802)	14%
Bayern	4% (665)	16%
Berlin	9% (1546)	1-2%
Brandenburg	3% (467)	3%
Bremen	2% (287)	1%
Hamburg	0% (0)	1%
Hessen	2% (376)	8%
Mecklenburg-Vorpommern	1% (125)	2%
Niedersachsen	6% (1048)	11%
Nordrhein-Westfalen	47% (7729)	23-22%
Rheinland-Pfalz	3% (448)	6%
Saarland	2% (251)	1%
Sachsen	2% (256)	5-6%
Sachsen-Anhalt	2% (291)	3%
Schleswig-Holstein	6% (1024)	3%
Thüringen	0% (0)	3%

<sup>a</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt 2002,2003,2004,2005,2006,2007,2008,2009

## Anhang 5

## Deskriptive Kennwerte der Einzelitems

ID	Frage	N	Missing (%)	Ersatz (%)	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	SE	Kurtosis	SE
QM123	Passte das, was im Geburtsvorbereitungskurs erzählt wurde, zu dem, was im Krankenhaus dann tatsächlich angeboten wurde?	3192	2		0	100	12,56	24,409	1,77	0,04	2,30	0,09
QM6	War es schwierig, eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung zu finden?	9929	1,5	36,6	0	100	8,26	22,515	2,79	0,03	7,15	0,05
QM125	Wenn Sie schon einmal einen Kaiserschnitt hatten, hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt die Möglichkeit einer normalen Geburt für diese Geburt mit Ihnen besprochen?	1889	2		0	100	11,43	31,832	2,43	0,06	3,89	0,11
QM12	Hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt - bevor Sie ins Krankenhaus kamen - mit Ihnen darüber gesprochen, dass manchmal ein Kaiserschnitt notwendig sein kann?	15863	2,8		0	100	41,08	49,199	0,36	0,02	-1,87	0,04
QM23	Gab es eine Hebamme, die für Ihre Geburt zuständig war?	15115	5,2	2,2	0	100	18,67	27,896	1,18	0,02	0,40	0,04
QM24	Wenn Sie wichtige Fragen an eine Hebamme stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	14859	0,8	8,1	0	100	5,19	16,859	3,38	0,02	11,53	0,04
QM25	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, konnten Sie mit einer Hebamme darüber sprechen?	10376	1,2	35,2	0	100	18,84	29,480	1,31	0,02	0,68	0,05
QM26	Waren Ihr Partner oder andere Begleitpersonen in das Geburtsgeschehen so mit einbezogen wie Sie es sich wünschten?	15725	0,8	2,8	0	100	7,39	20,713	2,89	0,02	7,97	0,04
QM27	Hatten Sie Vertrauen in die Hebamme/n?	16158	1,0		0	100	8,93	21,092	2,28	0,02	4,57	0,04
QM28	Kam es vor, dass die Hebamme/n in Ihrer Gegenwart über Sie sprach/en, als ob Sie nicht da wären?	16109	1,3		0	100	4,28	15,798	3,93	0,02	16,06	0,04
QM29	Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Hebamme/n?	16144	1,0		0	100	24,56	23,189	0,76	0,02	0,18	0,04
QM30	War/en die Hebamme/n für Sie da, wenn Sie sie brauchten?	16116	1,2		0	100	13,30	20,221	1,80	0,02	3,50	0,04
QM63	Wie viel Zeit hat/haben die Hebamme/n während der Geburt mit Ihnen verbracht? (dichotomisiert)	15811	3,1		0	100	11,52	31,924	2,41	0,02	3,81	0,04

Anhang 5 Deskriptive Kennwerte der Einzelitems

ID	Frage	N	Missing (%)	Ersatz (%)	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	SE	Kurtosis	SE
QM31	Gab es eine/n bestimmte Ärztin/Arzt, die/der für Sie zuständig war und sich um Sie kümmerte?	13777	0,7	14,9	0	100	29,48	45,60	0,90	0,02	-1,19	0,04
QM32	Wenn Sie wichtige Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	14296	0,5	11,8	0	100	10,07	22,21	2,09	0,02	3,67	0,04
QM33	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, hat eine Ärztin/ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen?	9469	0,9	41,1	0	100	25,72	33,23	0,93	0,03	-0,30	0,05
QM34	Hatten Ihr Partner oder andere Ihnen nahe stehende Menschen ausreichend Gelegenheit, mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt zu sprechen?	10500	0,8	34,8	0	100	29,22	36,58	0,83	0,02	-0,69	0,05
QM35	Hatten Sie Vertrauen in die Ärztinnen bzw. Ärzte, die Sie betreuten?	16181	0,8		0	100	12,52	23,82	1,68	0,02	1,92	0,04
QM36	Kam es vor, dass Ärztinnen oder Ärzte in Ihrer Gegenwart über Sie sprachen, als ob Sie nicht da wären?	16165	0,9		0	100	5,96	18,04	3,12	0,02	9,63	0,04
QM37	Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Ärztinnen und Ärzte?	16187	0,8		0	100	32,39	23,15	0,33	0,02	-0,31	0,04
QM38	Waren die Ärztinnen/Ärzte für Sie da, wenn Sie sie brauchten?	16024	1,8		0	100	20,77	23,79	1,21	0,02	1,11	0,04
QM51	Wurden Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?	15497	0,6	4,4	0	100	17,49	27,92	1,34	0,02	0,81	0,04
QM19	Wie organisiert war das Aufnahmeverfahren?	16199	0,7		0	100	9,02	21,88	2,41	0,02	5,23	0,04
QM57	Hat Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt die Risiken und Vorteile eines Kaiserschnitts verständlich erklärt?	4343	0,7	5,3	0	100	14,86	30,38	1,88	0,04	2,24	0,07
QM46	Konnten Sie bei Ihrer Betreuung, vor allem während der Wehen und Geburt, bei allem so mitbestimmen wie Sie das wollten?	14463	2,7	8,7	0	100	21,30	31,35	1,19	0,02	0,29	0,04
QM47	Wie gut wurde Ihr Partner oder eine andere Sie begleitende Person während der Geburt informiert? (dichotomisiert)	12639	2,1	20,3	0	100	12,33	32,88	2,29	0,02	3,26	0,05
QM59	Wurden die unterschiedlichen Möglichkeiten der Schmerzkontrolle während der Wehen und der Geburt mit Ihnen besprochen?	12819	1,1	20,3	0	100	27,30	37,45	0,96	0,02	-0,57	0,04

Anhang 5 Deskriptive Kennwerte der Einzelitems

ID	Frage	N	Missing (%)	Ersatz (%)	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	SE	Kurtosis	SE
QM60	Konnten Sie bei der Schmerzkontrolle während der Wehen und der Geburt genügend mitbestimmen?	14037	5,9	8,1	0	100	22,38	34,39	1,23	0,02	0,14	0,04
QM61	Wie viel Betäubungs- oder Schmerzmittel haben Sie während der Wehen und der Geburt erhalten? (dichotomisiert)	10444	4,7	31,3	0	100	20,20	40,15	1,48	0,02	0,20	0,05
QM66	Hatten Sie unmittelbar nach der Geburt Zeit zum ungestörten Hautkontakt mit Ihrem Baby?	14499	5,1	6,0	0	100	13,79	30,66	2,05	0,02	2,74	0,04
QM69	Konnten Sie Ihr Baby gleich anlegen?	15596	4,4	9,8	0	100	20,07	34,56	1,40	0,02	0,38	0,04
QM67	Wo war Ihr Baby untergebracht?	15604	4,4		0	100	15,32	23,32	1,77	0,02	3,14	0,04
QM68	Wie viel Zeit hat Ihr Baby im Krankenhaus insgesamt bei Ihnen verbracht? (dichotomisiert)	16143	1,1		0	100	9,17	28,87	2,83	0,02	6,00	0,04
QM141	Haben Sie bei der Ernährung Ihres Kindes (Stillen/Flaschennahrung) einheitliche Informationen erhalten?	571	3,4		0	100	14,01	29,41	1,97	0,10	2,65	0,20
QM126	Wenn Sie nach einem Schmerzmittel verlangten, wie viele Minuten vergingen in der Regel, bis Sie es bekamen?	8434	1,0		0	100	14,70	20,81	1,96	0,03	4,01	0,05
QM127	Wie viel Schmerzmittel haben Sie insgesamt nach der Geburt Ihres Babys bekommen? (dichotomisiert)	10458	35,9		0	100	7,33	26,07	3,27	0,02	8,72	0,05
QM128	Hat das Krankenhauspersonal sein Möglichstes getan, um Schmerzen nach der Geburt zu lindern?	12161	25,5		0	100	11,16	24,33	2,12	0,02	3,71	0,04
QM52	Wurden geplante Untersuchungen oder Behandlungen pünktlich bei Ihnen durchgeführt?	13048	0,8	19,2	0	100	16,84	29,55	1,57	0,02	1,36	0,04
QM121	Wurden Ihnen die Untersuchungen, die bei ihrem Kind im Krankenhaus durchgeführt wurden, verständlich erklärt?	7010	1,2	3,0	0	100	21,55	31,14	1,15	0,03	0,22	0,06
QM45	Haben Sie von Pflegekräften, Hebammen und/oder Ärzt/innen widersprüchliche Informationen erhalten?	16204	0,7		0	100	27,77	33,30	0,80	0,02	-0,49	0,04
QM48	War es leicht, Krankenhausmitarbeiter/innen zu finden, mit denen Sie über Ihre Anliegen und Sorgen sprechen konnten?	9866	4,3	35,3	0	100	31,64	35,23	0,66	0,03	-0,78	0,05



## Anhang 5 Deskriptive Kennwerte der Einzelitems

ID	Frage	N	Missing (%)	Ersatz (%)	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	SE	Kurtosis	SE
QM39	Wenn Sie wichtige Fragen an das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	15657	0,6	3,4	0	100	11,17	22,59	1,82	0,02	2,40	0,04
QM40	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, hat das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation mit Ihnen darüber gesprochen?	7146	5,2		0	100	29,55	36,11	0,80	0,03	-0,70	0,06
QM41	Hatten Sie Vertrauen in das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation, das Sie betreute?	16184	0,8		0	100	17,89	26,37	1,08	0,02	0,10	0,04
QM42	Kam es vor, dass das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation in Ihrer Gegenwart über Sie sprach, als ob Sie nicht da wären?	16155	1,0		0	100	3,99	15,43	4,15	0,02	17,92	0,04
QM43	Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und das Verständnis des Personals der Wochenbett-/Neugeborenenstation?	16168	0,9		0	100	32,97	24,31	0,40	0,02	-0,33	0,04
QM44	War das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation für Sie da, wenn Sie es brauchten?	16199	0,7		0	100	18,08	22,44	1,32	0,02	1,52	0,04
QM93_3	Wurde Ihr Bett so oft frisch bezogen, wie Sie das wollten?	12088	17,2	8,7	0	100	31,35	36,70	0,82	0,02	-0,81	0,05
QM49	Wenn Sie Hilfe brauchten, um zur Toilette zu gehen, haben Sie diese rechtzeitig erhalten?	9680	0,5	40,1	0	100	6,99	20,87	3,11	0,03	9,21	0,05
QM50	Wie viele Minuten vergingen in der Regel nach dem Drücken der Klingel, bis Sie die Hilfe bekamen, die Sie brauchten?	10595	2,4	32,7	0	100	11,64	15,26	2,18	0,02	7,50	0,05
QM74	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über die Ernährung, vor allem über das Stillen Ihres Babys erhalten?	13506	0,3	16,9	0	100	31,47	37,53	0,73	0,02	-0,88	0,04
QM76	Haben Sie genügend Informationen über Bluttests, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Ihr Baby erhalten?	14496	0,3	10,8	0	100	41,35	40,08	0,32	0,02	-1,38	0,04
QM77	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über die Babypflege erhalten?	13136	0,3	19,1	0	100	39,04	39,10	0,41	0,02	-1,26	0,04

Anhang 5 Deskriptive Kennwerte der Einzelitems

ID	Frage	N	Missing (%)	Ersatz (%)	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	SE	Kurtosis	SE
QM78	Wurde Ihnen - bevor Sie entlassen wurden – der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollen, verständlich erklärt?	5408	0,5	66,4	0	100	25,95	37,11	1,04	0,03	-0,42	0,07
QM79	Wurden Ihnen die Nebenwirkungen dieser Medikamente verständlich erklärt, auf die Sie zu Hause achten sollen?	4635	1,9	69,7	0	100	60,74	44,48	-0,43	0,04	-1,60	0,07
QM80	Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie Ihrem Baby zu Hause geben sollten, verständlich erklärt (z.B. Fluoride, Vitamin D-Präparate)?	13324	0,4	18,0	0	100	24,34	35,51	1,11	0,02	-0,17	0,04
QM81	Wurde Ihnen verständlich erklärt, auf welche möglichen Krankheitssymptome Sie nach Ihrer Entlassung bei sich und Ihrem Baby achten sollten?	13760	0,4	15,2	0	100	68,56	41,07	-0,78	0,02	-1,08	0,04
QM82	Wurde mit Ihnen besprochen, wann Sie Ihre gewohnten Aktivitäten wieder aufnehmen können (z.B. Haushalt, Berufstätigkeit usw.)?	13441	0,4	17,2	0	100	67,07	39,63	-0,69	0,02	-1,08	0,04
QM83	Wurde mit Ihnen über Familienplanung gesprochen und Ihnen gesagt, ab wann Sie wieder Geschlechtsverkehr haben können?	13627	0,4	16,1	0	100	41,34	44,17	0,34	0,02	-1,63	0,04
QM84	Haben Ihre Familie oder andere Ihnen nahe stehende Menschen vom Krankenhauspersonal alle Informationen erhalten, die sie zur Unterstützung Ihrer Erholung brauchten?	9833	0,6	39,2	0	100	60,35	42,62	-0,41	0,03	-1,50	0,05
QM85	Wussten Sie, an wen Sie sich nach Ihrer Entlassung wenden können, falls Sie Hilfe brauchen oder noch Fragen haben?	15137	0,4	6,8	0	100	7,45	22,63	3,11	0,02	8,83	0,04
QM86	Hat jemand vom Krankenhauspersonal mit Ihnen besprochen, ob eine Hebamme Sie zu Hause besuchen soll?	11595	0,5	28,5	0	100	20,41	40,30	1,47	0,02	0,16	0,05
QM87	Hat Ihr Baby das Krankenhaus mit Ihnen zusammen verlassen?	16195	0,7		0	100	2,30	15,00	6,36	0,02	38,45	0,04
QM88	Wurde Ihnen am Anfang Ihres Aufenthalts der Stationsablauf erklärt (z.B. Visiten, Essens- und Besuchszeiten)?	13559	1,4	15,5	0	100	52,24	45,88	-0,09	0,02	-1,81	0,04

Anhang 5 Deskriptive Kennwerte der Einzelitems

ID	Frage	N	Missing (%)	Ersatz (%)	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	SE	Kurtosis	SE
QM91_1	Mein Essen kam so wie bestellt ...	15217	3,1	3,7	0	100	13,44	23,28	2,07	0,02	4,08	0,04
QM91_2	Mein Essen berücksichtigte meine Diät ...	3630	21,0	56,7	0	100	23,17	33,44	1,29	0,04	0,31	0,08
QM91_3	Mein Essen war abwechslungsreich ...	15117	5,2	2,1	0	100	19,82	23,66	1,25	0,02	1,23	0,04
QM91_4	Mein Essen war warm ...	15647	3,4	0,7	0	100	11,42	18,51	1,88	0,02	3,88	0,04
QM91_5	Mein Essen hat mir gut geschmeckt ...	15730	3,0	0,6	0	100	32,00	27,57	0,70	0,02	-0,20	0,04
QM91_6	Mein Essen wurde ansprechend serviert ...	15033	4,6	3,2	0	100	26,09	27,38	0,99	0,02	0,29	0,04
QM91_7	Mein Essen war stillfreundlich ...	13474	6,7	10,7	0	100	31,69	30,35	0,69	0,02	-0,53	0,04
QM92_1	Mein Zimmer war so sauber, wie ich das erwarte ...	16029	1,5	0,2	0	100	14,21	21,67	1,81	0,02	3,34	0,04
QM92_2	Mein Zimmer war ruhig, zum Erholen ...	15818	2,6	0,5	0	100	28,73	30,03	0,85	0,02	-0,29	0,04
QM92_5	Mein Zimmer hatte zu wenig Privatsphäre ...	14388	5,9	5,9	0	100	35,90	32,75	0,41	0,02	-1,00	0,04
QM92_6	Mein Zimmer hatte zu viele weitere Wöchnerinnen ...	13784	7,2	8,3	0	100	18,42	30,96	1,52	0,02	0,99	0,04
QM92_7	Mein Zimmer hatte zu viele Besucher/innen ...	14390	5,0	6,8	0	100	34,25	33,93	0,53	0,02	-0,96	0,04
QM93_1	Ich fand die Zimmerausstattung ...	15926	1,3	1,1	0	100	41,93	24,91	-0,01	0,02	-0,38	0,04
QM93_2	Ich fand die Nasszellen (WC/Bad/Dusche) ...	16001	1,6	0,4	0	100	46,51	28,36	0,08	0,02	-0,63	0,04
QM93_3	Ich fand das Unterhaltungsangebot ...	11122	3,7	28,1	0	100	51,69	27,13	-0,08	0,02	-0,43	0,05
QM93_4	Ich fand die Möglichkeit zu telefonieren ...	13445	2,1	15,5	0	100	33,42	25,47	0,46	0,02	-0,08	0,04
QM93_5	Ich fand mich im Haus zurecht ...	15231	2,4	4,2	0	100	32,47	22,68	0,22	0,02	-0,32	0,04
QM93_6	Ich fand die Parkmöglichkeiten ...	14747	3,8	5,8	0	100	59,55	30,92	-0,27	0,02	-0,86	0,04
QM93_7	Ich fand die Sauberkeit im Allgemeinen ...	16033	1,4	0,3	0	100	36,25	22,83	0,17	0,02	-0,15	0,04
QM93_8	Ich fand die Cafeteria/den Kiosk ...	9248	17,1	27,2	0	100	41,31	25,32	0,18	0,03	-0,23	0,05
QM94	Wie haben Ärztinnen/Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal Ihrer Meinung nach zusammengearbeitet?	16099	1,3		0	100	38,99	22,85	0,13	0,02	-0,21	0,04
QM95	Wie beurteilen Sie insgesamt die Behandlung und Betreuung, die Sie erhalten haben?	16165	0,9		0	100	33,55	22,72	0,32	0,02	-0,21	0,04

Anhang 5 Deskriptive Kennwerte der Einzelitems

ID	Frage	N	Missing (%)	Ersatz (%)	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	SE	Kurtosis	SE
QM53	Hatten Sie das Gefühl, während Ihres Krankenhausaufenthaltes mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt zu werden?	16102	1,3		0	100	16,04	27,707	1,527	,019	1,365	,039
QM96	Würden Sie sagen, Ihr Krankenhausaufenthalt war ...	16143	1,1		0	100	11,22	24,717	2,150	,019	3,827	,039
QM97	Würden Sie diese geburtshilfliche Abteilung bzw. dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihren Freundinnen/Freunden oder Ihrer Familie weiterempfehlen?	16155	1,0		0	100	19,27	30,146	1,314	,019	,651	,039
QM100	Wussten Sie, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie Fragen zur Versorgung und Ernährung Ihres Babys hatten?	15337	0,5	5,5	0	100	3,01	17,093	5,499	,020	28,238	,040
QM130	Ist nach Ihrem Krankenhausaufenthalt eine Hebamme zu ihnen nach Hause gekommen?	14150	0,4	12,9	0	100	1,82	13,354	7,217	,021	50,095	,041
QM131	Waren diese Hausbesuche der Hebamme hilfreich?	13791	15,5		0	100	7,51	20,161	2,722	,021	7,036	,042
QM107	Mussten Sie selbst nach Ihrer Entlassung nochmals ins Krankenhaus eingeliefert werden?	16213	0,6		0	100	3,16	17,505	5,352	,019	26,646	,038
QM108	Musste Ihr Baby nach der Entlassung nochmals ins Krankenhaus eingeliefert werden?	16221	0,6		0	100	4,35	20,390	4,479	,019	18,060	,038
QM9	Für welche Ernährungsart hatten Sie sich vor der Geburt Ihres Babys entschieden?	15883	0,5	2,2	0	100	13,56	31,971	2,112	,019	2,772	,039
QM101	Wie ernähren Sie Ihr Baby zur Zeit?	16246	0,4		0	100	34,58	43,928	,642	,019	-1,399	,038
QM102	Mein Baby bekommt nur Flaschnahrung, weil ...	2917	2,0		0	100	84,54	36,160	-1,912	,045	1,656	,091
QM54	Als Sie ins Krankenhaus kamen, haben Sie mit einer normalen Geburt oder mit einem Kaiserschnitt gerechnet?	15591	4,1	0,3	0	100	14,21	34,913	2,051	0,02	2,206	0,039
QM70	Haben Sie nach der Geburt jemals um Schmerzmittel gebeten?	16275	0,2		0	100	47,64	49,946	,095	,019	-1,991	,038
QM98	Wie zuversichtlich waren Sie, mit Ihrem Baby zurecht zu kommen, wenn Sie das erste Mal mit ihm nach Hause kommen?	15565	4,6		1	4	1,55	0,67	1,03	0,02	0,83	0,04

Anhang 5 Deskriptive Kennwerte der Einzelitems

ID	Frage	N	Missing (%)	Ersatz (%)	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Schiefe	SE	Kurtosis	SE
QM4	Wo fand der Geburtsvorbereitungskurs statt?	9371	2,0		1	3						
QM10	Hatten Sie vor dieser Geburt einen Kaiserschnitt?	16210	0,6		1	2						
QM18	Hatte der Geburtsvorgang (z.B. Wehen, Blasensprung) bereits begonnen, als Sie im Krankenhaus ankamen?	15633	4,2	1,9	1	3						
QM111	Wie würden Sie im Allgemeinen Ihre Gesundheit beurteilen?	16214	0,6		1	5	2,4	0,86	0,02	0,02	-0,44	0,04
QM132	Wenn Sie sich in der Zeit nach der Geburt deprimiert fühlten, war das ...	14767	9,5		1	5	2,0	1,05	0,74	0,02	-0,44	0,04

## Anhang 6

### Rotierte Komponentenmatrix und Mustermatrix

Tab A6-1 Rotierte Komponentenmatrix und Kommunalitäten

ID	Fragetext	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Komm.
QM81	Hat Ihnen jemand verständlich erklärt, auf welche möglichen Krankheitssymptome Sie nach Ihrer Entlassung bei sich und Ihrem Baby achten sollten?	0,68									0,5
QM76	Haben Sie genügend Informationen über Bluttests, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Ihr Baby erhalten?	0,67									0,5
QM82	Hat jemand mit Ihnen besprochen, wann Sie Ihre gewohnten Aktivitäten wieder aufnehmen können (z.B. Haushalt, Berufstätigkeit usw.)?	0,65									0,5
QM79	Hat Ihnen jemand die Nebenwirkungen dieser Medikamente verständlich erklärt, auf die Sie zu Hause achten sollen?	0,64									0,5
QM77	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über die Babypflege erhalten?	0,64									0,5
QM84	Haben Ihre Familie/ Ihnen nahe stehende Menschen vom Krankenhauspersonal alle Informationen erhalten, die sie zur Unterstützung Ihrer Erholung brauchten?	0,62									0,5
QM80	Hat Ihnen jemand den Zweck der Medikamente, die Sie Ihrem Baby zu Hause geben sollten, verständlich erklärt (z.B. Fluoride, Vitamin D-Präparate)?	0,57									0,4
QM74	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über die Ernährung, vor allem über das Stillen Ihres Babys erhalten?	0,56									0,5
QM78	Hat Ihnen jemand - bevor Sie entlassen wurden - den Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollen, verständlich erklärt?	0,52									0,4
QM83	Hat jemand mit Ihnen über Familienplanung gesprochen und Ihnen gesagt, ab wann Sie wieder Geschlechtsverkehr haben können?	0,48									0,3
QM121	Hat ihnen jemand die Untersuchungen, die bei ihrem Kind im Krankenhaus durchgeführt wurden, verständlich erklärt?	0,43									0,3
QM86	Wurde mit Ihnen besprochen, ob eine Hebamme Sie zu Hause besuchen soll?	0,33									0,2
QM27	Hatten Sie Vertrauen in die Hebamme/n?		0,70								0,5
QM29	Wie würden Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Hebamme/n beurteilen?		0,69								0,6
QM30	War/en die Hebamme/n für Sie da, wenn Sie sie brauchten?		0,68								0,6
QM24	Wenn Sie wichtige Fragen an eine Hebamme stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0,67								0,5
QM25	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, konnten Sie mit einer Hebamme darüber sprechen?		0,67								0,5

Anhang 6 Rotierte Komponentenmatrix und Kommunalitäten

Tab A6-1 Rotierte Komponentenmatrix und Kommunalitäten (Forts.)

ID	Fragetext	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Komm.
QM63	Konnten Sie bei Ihrer Betreuung, vor allem während der Wehen und Geburt, bei allem so mitbestimmen wie Sie das wollten?		0,58								0,4
QM46	Wie viel Zeit hat/haben die Hebamme/n während der Geburt mit Ihnen verbracht?		0,56								0,3
QM60	Konnten Sie bei der Schmerzkontrolle während der Wehen und der Geburt genügend mitbestimmen?		0,54								0,4
QM26	Waren Ihr Partner oder andere Begleitpersonen in das Geburtsgeschehen so mit einbezogen wie Sie es sich wünschten?		0,47								0,2
QM47	Wie gut wurde Ihr Partner oder eine andere Sie begleitende Person während der Geburt informiert?		0,43								0,3
QM61	Wie viel Betäubungs- oder Schmerzmittel haben Sie während der Wehen und der Geburt erhalten?		0,41								0,4
QM59	Hat jemand die unterschiedlichen Möglichkeiten der Schmerzkontrolle während der Wehen und der Geburt mit Ihnen besprochen?		0,42								0,3
QM123	Passte das, was im Geburtsvorbereitungskurs erzählt wurde, zu dem, was im Krankenhaus dann tatsächlich angeboten wurde?		0,39								0,2
QM28	Kam es vor, dass die Hebamme/n in Ihrer Gegenwart über Sie sprach/en, als ob Sie nicht da wären?		0,35								0,2
QM43	Wie würden Sie die Freundlichkeit und das Verständnis des Personals der Wochenbett-/Neugeborenenstation beurteilen?			0,72							0,7
QM44	War das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation für Sie da, wenn Sie es brauchten?			0,72							0,6
QM39	Wenn Sie wichtige Fragen an das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?			0,70							0,6
QM41	Hatten Sie Vertrauen in das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation, das Sie betreute?			0,70							0,6
QM40	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, hat das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation mit Ihnen darüber gesprochen?			0,57							0,5
QM53	Hatten Sie das Gefühl, während Ihres Krankenhausaufenthaltes mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt zu werden?			0,55							0,5
QM49	Wenn Sie Hilfe brauchten, um zur Toilette zu gehen, haben Sie diese rechtzeitig erhalten?			0,47							0,4
QM94	Wie haben Ärztinnen/Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal Ihrer Meinung nach zusammengearbeitet?			0,42							0,5
QM50	Wie viele Minuten vergingen in der Regel nach dem Drücken der Klingel, bis Sie die Hilfe bekamen, die Sie brauchten?			0,42							0,3

Anhang 6 Rotierte Komponentenmatrix und Kommunalitäten

Tab A6-1 Rotierte Komponentenmatrix und Kommunalitäten (Forts.)

ID	Fragetext	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Komm.
QM48	War es leicht, Krankenhausmitarbeiter/innen zu finden, mit denen Sie über Ihre Anliegen und Sorgen sprechen konnten?			0,42							0,3
QM141	Haben Sie bei der Ernährung Ihres Kindes (Stillen/Flaschennahrung) einheitliche Informationen erhalten?			0,38							0,3
QM45	Manchmal kommt es vor, dass eine Ärztin, ein Arzt, eine Hebamme oder eine Pflegeperson etwas sagt, und jemand anderes sagt etwas ganz anderes. Ist Ihnen das passiert?			0,37							0,2
QM42	Kam es vor, dass das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation in Ihrer Gegenwart über Sie sprach, als ob Sie nicht da wären?			0,25							0,4
QM93_1	Ich fand die Zimmerausstattung ...				0,71						0,6
QM93_7	Ich fand die Sauberkeit im Allgemeinen ...				0,71						0,6
QM93_2	Ich fand die Nasszellen (WC/Bad/Dusche) ...				0,68						0,5
QM93_3	Ich fand das Unterhaltungsangebot ...				0,63						0,5
QM93_5	Ich fand mich im Haus zurecht ...				0,61						0,4
QM93_4	Ich fand die Möglichkeit zu telefonieren ...				0,60						0,4
QM93_8	Ich fand die Cafeteria/den Kiosk ...				0,58						0,4
QM93_6	Ich fand die Parkmöglichkeiten ...				0,45						0,2
QM92_1	Mein Zimmer war so sauber, wie ich das erwarte				0,41						0,3
QM32	Wenn Sie wichtige Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?					0,68					0,5
QM37	Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Ärztinnen/Ärzte?					0,67					0,6
QM33	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, hat eine Ärztin/ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen?					0,66					0,5
QM35	Hatten Sie Vertrauen in die Ärztinnen bzw. Ärzte, die Sie betreuten?					0,66					0,5
QM34	Hatten Ihr Partner oder andere Ihnen nahe stehende Menschen ausreichend Gelegenheit, mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt zu sprechen?					0,65					0,6
QM38	Waren die Ärztinnen/Ärzte für Sie da, wenn Sie sie brauchten?					0,61					0,6
QM31	Gab es eine/n bestimmte Ärztin/Arzt, die/der für Sie zuständig war und sich um Sie kümmerte?					0,46					0,2
QM51	Hat Ihnen jemand die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?					0,37					0,4
QM36	Kam es vor, dass Ärztinnen oder Ärzte in Ihrer Gegenwart über Sie sprachen, als ob Sie nicht da wären?					0,30					0,4



Anhang 6 Rotierte Komponentenmatrix und Kommunalitäten

Tab A6-1 Rotierte Komponentenmatrix und Kommunalitäten (Forts.)

ID	Fragetext	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Komm.
QM91_3	Mein Essen war abwechslungsreich ...						0,73				0,6
QM91_5	Mein Essen hat mir gut geschmeckt ...						0,72				0,6
QM91_6	Mein Essen wurde ansprechend serviert ...						0,68				0,6
QM91_4	Mein Essen war warm ...						0,61				0,4
QM91_7	Mein Essen war stillfreundlich ...						0,61				0,4
QM91_1	Mein Essen kam so wie bestellt ...						0,58				0,4
QM91_2	Mein Essen berücksichtigte meine Diät ...						0,56				0,3
QM92_7	Mein Zimmer hatte zu viele Besucher/innen ...							0,81			0,7
QM92_5	Mein Zimmer hatte zu wenig Privatsphäre ...							0,79			0,7
QM92_6	Mein Zimmer hatte zu viele weitere Wöchnerinnen ...							0,77			0,6
QM92_2	Mein Zimmer war ruhig, zum Erholen ...							0,67			0,6
QM67	Wo war Ihr Baby untergebracht?								0,77		0,6
QM87	Hat Ihr Baby das Krankenhaus mit Ihnen zusammen verlassen?								0,74		0,6
QM68	Wie viel Zeit hat Ihr Baby im Krankenhaus insgesamt bei Ihnen verbracht?								0,67		0,5
QM69	<i>Konnten Sie Ihr Baby gleich anlegen?</i>								0,49		0,3
QM66	<i>Hatten Sie unmittelbar nach der Geburt Zeit zum ungestörten Hautkontakt mit Ihrem Baby?</i>								0,42		0,3
QM127	Wie viel Schmerzmittel haben Sie insgesamt <i>nach</i> der Geburt Ihres Babys bekommen?									0,53	0,3
QM128	Hat das Krankenhauspersonal sein Möglichstes getan, um Schmerzen <i>nach</i> der Geburt zu lindern?									0,48	0,4
QM126	Wenn Sie nach einem Schmerzmittel verlangten, wie viele Minuten vergingen in der Regel, bis Sie es bekamen?									0,45	0,3

*Kursiv:* nachträglich auf Grundlage der Reliabilitätsanalyse aus dem Faktor entfernt

Anhang 6 Mustermatrix und Kommunalitäten

Tab. A6-2 Mustermatrix und Kommunalitäten

ID	Fragetext	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Komm.
QM81	Hat Ihnen jemand verständlich erklärt, auf welche möglichen Krankheitssymptome Sie nach Ihrer Entlassung bei sich und Ihrem Baby achten sollten?	0,74									0,4
QM76	Haben Sie genügend Informationen über Bluttests, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für Ihr Baby erhalten?	0,70									0,5
QM82	Hat jemand mit Ihnen besprochen, wann Sie Ihre gewohnten Aktivitäten wieder aufnehmen können (z.B. Haushalt, Berufstätigkeit usw.)?	0,68									0,4
QM79	Hat Ihnen jemand die Nebenwirkungen dieser Medikamente verständlich erklärt, auf die Sie zu Hause achten sollen?	0,66									0,4
QM77	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über die Babypflege erhalten?	0,65									0,5
QM84	Haben Ihre Familie/ Ihnen nahe stehende Menschen vom Krankenhauspersonal alle Informationen erhalten, die sie zur Unterstützung Ihrer Erholung brauchten?	0,63									0,4
QM80	Hat Ihnen jemand den Zweck der Medikamente, die Sie Ihrem Baby zu Hause geben sollten, verständlich erklärt (z.B. Fluoride, Vitamin D-Präparate)?	0,55									0,3
QM74	Haben Sie im Krankenhaus genügend Informationen über die Ernährung, vor allem über das Stillen Ihres Babys erhalten?	0,54									0,4
QM78	Hat Ihnen jemand - bevor Sie entlassen wurden - den Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollen, verständlich erklärt?	0,48									0,3
QM83	Hat jemand mit Ihnen über Familienplanung gesprochen und Ihnen gesagt, ab wann Sie wieder Geschlechtsverkehr haben können?	0,45									0,2
QM121	Hat Ihnen jemand die Untersuchungen, die bei ihrem Kind im Krankenhaus durchgeführt wurden, verständlich erklärt?	0,36									0,3
QM86	Wurde mit Ihnen besprochen, ob eine Hebamme Sie zu Hause besuchen soll?	0,28									0,2
QM27	Hatten Sie Vertrauen in die Hebamme/n?		0,75								0,5
QM29	Wie würden Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Hebamme/n beurteilen?		0,74								0,6
QM30	War/en die Hebamme/n für Sie da, wenn Sie sie brauchten?		0,71								0,5
QM24	Wenn Sie wichtige Fragen an eine Hebamme stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?		0,70								0,4
QM25	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, konnten Sie mit einer Hebamme darüber sprechen?		0,69								0,5

Anhang 6 Mustermatrix und Kommunalitäten

Tab A6-2 Mustermatrix und Kommunalitäten (Forts.)

ID	Fragetext	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Komm.
QM63	Wie viel Zeit hat/haben die Hebamme/n während der Geburt mit Ihnen verbracht?		0,57								0,3
QM46	Konnten Sie bei Ihrer Betreuung, vor allem während der Wehen und Geburt, bei allem so mitbestimmen wie Sie das wollten?		0,55								0,4
QM60	Konnten Sie bei der Schmerzkontrolle während der Wehen und der Geburt genügend mitbestimmen?		0,50								0,3
QM26	Waren Ihr Partner oder andere Begleitpersonen in das Geburtsgeschehen so mit einbezogen wie Sie es sich wünschten?		0,41								0,2
QM47	Wie gut wurde Ihr Partner oder eine andere Sie begleitende Person während der Geburt informiert?		0,39								0,2
QM28	Kam es vor, dass die Hebamme/n in Ihrer Gegenwart über Sie sprach/en, als ob Sie nicht da wären?		0,37								0,2
QM61	Wie viel Betäubungs- oder Schmerzmittel haben Sie während der Wehen und der Geburt erhalten?		0,37								0,2
QM59	Hat jemand die unterschiedlichen Möglichkeiten der Schmerzkontrolle während der Wehen und der Geburt mit Ihnen besprochen?		0,36								0,3
QM123	Passte das, was im Geburtsvorbereitungskurs erzählt wurde, zu dem, was im Krankenhaus dann tatsächlich angeboten wurde?		0,34								0,2
QM43	Wie würden Sie die Freundlichkeit und das Verständnis des Personals der Wochenbett-/Neugeborenenstation beurteilen?			0,86							0,7
QM44	War das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation für Sie da, wenn Sie es brauchten?			0,80							0,6
QM39	Wenn Sie wichtige Fragen an das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?			0,78							0,5
QM41	Hatten Sie Vertrauen in das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation, das Sie betreute?			0,77							0,5
QM40	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, hat das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation mit Ihnen darüber gesprochen?			0,55							0,4
QM53	Hatten Sie das Gefühl, während Ihres Krankenhausaufenthaltes mit Aufmerksamkeit und Rücksicht behandelt zu werden?			0,50							0,4
QM49	Wenn Sie Hilfe brauchten, um zur Toilette zu gehen, haben Sie diese rechtzeitig erhalten?			0,40							0,3
QM94	Wie haben Ärztinnen/Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal Ihrer Meinung nach zusammengearbeitet?			0,34							0,5
QM50	Wie viele Minuten vergingen in der Regel nach dem Drücken der Klingel, bis Sie die Hilfe bekamen, die Sie brauchten?			0,34							0,3

Anhang 6 Mustermatrix und Kommunalitäten

Tab A6-1 Mustermatrix und Kommunalitäten (Forts.)

ID	Fragetext	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Komm.
QM141	Haben Sie bei der Ernährung Ihres Kindes (Stillen/Flaschennahrung) einheitliche Informationen erhalten?			0,33							0,2
QM48	War es leicht, Krankenhausmitarbeiter/innen zu finden, mit denen Sie über Ihre Anliegen und Sorgen sprechen konnten?			0,33							0,2
QM45	Kam es vor, dass das Personal der Wochenbett-/Neugeborenenstation in Ihrer Gegenwart über Sie sprach, als ob Sie nicht da wären?			0,32							0,2
QM42	Haben Sie von Hebammen, Pflegekräften und/oder Ärztinnen bzw. Ärzten widersprüchliche Informationen erhalten?			0,29							0,2
QM93_1	Ich fand die Zimmerausstattung ...				0,76						0,5
QM93_7	Ich fand die Sauberkeit im Allgemeinen ...				0,74						0,6
QM93_2	Ich fand die Nasszellen (WC/Bad/Dusche) ...				0,73						0,5
QM93_3	Ich fand das Unterhaltungsangebot ...				0,61						0,4
QM93_5	Ich fand mich im Haus zurecht ...				0,57						0,3
QM93_4	Ich fand die Möglichkeit zu telefonieren ...				0,56						0,3
QM93_8	Ich fand die Cafeteria/den Kiosk ...				0,54						0,3
QM93_6	Ich fand die Parkmöglichkeiten ...				0,39						0,2
QM92_1	Mein Zimmer war so sauber, wie ich das erwarte				0,36						0,3
QM32	Wenn Sie wichtige Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?					0,74					0,4
QM37	Wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und das Verständnis der Ärztinnen/ Ärzte?					0,74					0,6
QM33	Wenn Sie wegen der Geburt Befürchtungen, Ängste oder Sorgen hatten, hat eine Ärztin/ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen?					0,71					0,5
QM35	Hatten Sie Vertrauen in die Ärztinnen bzw. Ärzte, die Sie betreuten?					0,70					0,4
QM34	Hatten Ihr Partner oder andere Ihnen nahe stehende Menschen ausreichend Gelegenheit, mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt zu sprechen?					0,69					0,5
QM38	Waren die Ärztinnen/Ärzte für Sie da, wenn Sie sie brauchten?					0,63					0,5
QM31	Gab es eine/n bestimmte Ärztin/Arzt, die/der für Sie zuständig war und sich um Sie kümmerte?					0,43					0,2
QM51	Hat Ihnen jemand die Ergebnisse von Untersuchungen verständlich erklärt?					0,32					0,3
QM36	Kam es vor, dass Ärztinnen oder Ärzte in Ihrer Gegenwart über Sie sprachen, als ob Sie nicht da wären?					0,28					0,2

Anhang 6 Mustermatrix und Kommunalitäten

Tab A6-1 Mustermatrix und Kommunalitäten (Forts.)

ID	Fragetext	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Komm.
QM91_3	Mein Essen war abwechslungsreich ...						0,75				0,5
QM91_5	Mein Essen hat mir gut geschmeckt ...						0,74				0,5
QM91_6	Mein Essen wurde ansprechend serviert ...						0,68				0,5
QM91_4	Mein Essen war warm ...						0,57				0,3
QM91_7	Mein Essen war stillfreundlich ...						0,55				0,3
QM91_1	Mein Essen kam so wie bestellt ...						0,51				0,3
QM91_2	Mein Essen berücksichtigte meine Diät ...						0,48				0,2
QM92_7	Mein Zimmer hatte zu viele Besucher/innen ...							0,79			0,6
QM92_5	Mein Zimmer hatte zu wenig Privatsphäre ...							0,76			0,6
QM92_6	Mein Zimmer hatte zu viele weitere Wöchnerinnen ...							0,72			0,5
QM92_2	Mein Zimmer war ruhig, zum Erholen ...							0,58			0,5
QM67	Wo war Ihr Baby untergebracht?								0,71		0,5
QM87	Hat Ihr Baby das Krankenhaus mit Ihnen zusammen verlassen?								0,66		0,4
QM68	Wie viel Zeit hat Ihr Baby im Krankenhaus insgesamt bei Ihnen verbracht?								0,56		0,3
QM69	<i>Konnten Sie Ihr Baby gleich anlegen?</i>								0,34		0,2
QM66	<i>Hatten Sie unmittelbar nach der Geburt Zeit zum ungestörten Hautkontakt mit Ihrem Baby?</i>								0,30		0,2
QM127	Wie viel Schmerzmittel haben Sie insgesamt <i>nach</i> der Geburt Ihres Babys bekommen?									0,54	0,3
QM128	Hat das Krankenhauspersonal sein Möglichstes getan, um Schmerzen <i>nach</i> der Geburt zu lindern?									0,52	0,4
QM126	Wenn Sie nach einem Schmerzmittel verlangten, wie viele Minuten vergingen in der Regel, bis Sie es bekamen?									0,45	0,3

*Kursiv:* nachträglich auf Grundlage der Reliabilitätsanalyse aus dem Faktor entfernt

## Anhang 7 Forschungsfrage 2 und 3 Potenzielle Prädiktoren

### Anhang 7

#### Forschungsfrage 2 und 3 Potenzielle Prädiktoren

<b>Prädiktor</b>	<b>Ausprägungen (kursiv: Referenzkategorie)</b>
Alter	18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre
Schulabschluss	Hauptschule Realschule Gymnasium Universität
Familienstand	Verheiratet / mit Partner Alleinstehend
Versicherungsstatus	Gesetzliche Krankenversicherung Private Krankenversicherung
Parität	Mehrgebärende Einsgebärende
Präpartaler Krankenhausaufenthalt	Nein Ja
Geburt bei Aufnahme bereits begonnen	Ja Nein
Geburtsmodus	Vaginale Geburt Kaiserschnitt <sup>a</sup>
Verweildauer	Genau richtig Zu kurz Zu lang
Krankenhausgröße	< 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten
Beginn Schwangerenvorsorge	Bis zur 12.SSW Nach der 12.SSW
Betreuungsperson in der Schwangerschaft	Gynäkologin, Gynäkologe Gynäkologin, Gynäkologe / Hebamme Hebamme
Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs	Ja Nein
Subjektive Gesundheitseinschätzung	Gut Beeinträchtigt
Zuversicht mit dem Neugeborenen zuhause zurecht zu kommen	Zuversichtlich Nicht zuversichtlich

<sup>a</sup> Hypothese 2.1.B und 3.1.B: geplanter Kaiserschnitt, Hypothese 2.2.B und 3.2.B: ungeplanter Kaiserschnitt

## Anhang 8 Frage 2.1 Kreuztabellen, Geburtsmodus / Parität / Subjektive Gesundheit

### Anhang 8

#### Frage 2.1 Kreuztabellen

Tab A8-1 Kreuztabellen Geburtsmodus und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Gepilante Sectio (N=1948) N (%)	Vaginale Geburt (N=11600) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	692 (11)	5569 (89)	0,07	1,0	1,27-1,55	< 0,001
31-35 Jahre	674 (18)	3673 (85)	0,12	1,40	1,66-2,03	< 0,001
> 36 Jahre	554 (20)	2180 (80)		1,83		
<b>Schulabschluss</b>						
Hauptschule	287 (14)	1680 (85)		0,99	0,87-1,13	0,881
Realschule	627 (14)	3713 (86)		0,99	0,87-1,15	0,976
Gymnasium	418 (15)	2453 (85)		0,99	0,87-1,13	0,900
Universität	557 (15)	3293 (85)				
<b>Familienstand</b>						
Verheiratet / mit Partner	1868 (15)	10957 (85)		0,70	0,55-0,88	0,002
Alleinstehend	64 (10)	565 (90)				
<b>Versicherungstatus</b>						
Privat	1418 (13)	9073 (87)	0,05	1,34	1,23-1,57	<0,001
Gesetzlich	256 (19)	1106 (81)				
<b>Parität</b>						
Mehrgebärende	1112 (17)	5545 (83)	0,07	0,73	0,67-0,80	< 0,001
Einstgebärende	832 (12)	6020 (88)				
<b>Z. n. Sectio</b>						
Ja	801 (55)	665 (45)	0,40	0,17	0,16-0,19	<0,001
Nein	1134 (9)	10873 (91)				
<b>Präpartaler Krankenhausaufenthalt</b>						
Nein	1348 (14)	8404 (86)		1,13	1,03-1,24	0,009
Ja	566 (16)	3064 (84)				
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>						
Ja	234 (3)	8121 (97)	0,44	12,30	10,77-14,04	< 0,001
Nein	1591 (34)	3029 (66)				
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b>						
Bis zur 12. SSW	1718 (14)	10225 (86)		1,06	0,90-1,25	0,459
Nach der 12. SSW	134 (15)	742 (85)				
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>						
Gynäkologin	1786 (15)	10421 (85)		0,87	0,70-1,10	0,213
Gynäkologin/Hebamme	72 (13)	493 (87)	0,03	0,53	0,35-0,80	0,001
Hebamme	21 (8)	251 (92)				
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	873 (11)	6798 (89)	0,10	1,61	1,48-1,75	< 0,001
Nein	1069 (18)	4762 (82)				
<b>Verweildauer Genau richtig</b>						
Zu kurz	976 (83)	205 (17)		1,20	1,05-1,37	0,007
Zu lang	1089 (89)	142 (11)		0,79	0,68-0,93	0,004
<b>Krankenhausgröße</b>						
< 500 Geburten	3713 (85)	663 (15)		0,93	0,84-1,02	0,130
500-1000 Geburten	4769 (86)	781 (14)		0,92	0,83-1,02	0,119
> 1000 Geburten	3118 (86)	504 (14)				
<b>Subjektive Gesundheit</b>						
Gut	940 (13)	6022 (87)		1,13	1,04-1,23	0,004
Beeinträchtigt	992 (15)	5510 (85)				
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>						
Zuversichtlich	1716 (14)	10234 (86)	0,11	1,51	1,44-1,59	0,419
Nicht zuversichtlich	130 (13)	839 (87)				

<sup>a</sup> Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Anhang 8 Frage 2.1 Kreuztabellen, Geburtsmodus / Parität / Subjektive Gesundheit

Tab A8-2 Kreuztabellen Parität und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Mehrgebärende (N=6657) N (%)	Erstgebärende (N=6852) N (%)	Cramer's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	2196 (35)	4046 (65)	0,20	1,58	1,52-1,65	<0,001
31-35 Jahre	2417 (56)	1920 (44)	0,33	2,03	1,95-2,11	<0,001
> 36 Jahre	1942 (71)	782 (29)				
<b>Schulabschluss</b>						
Hauptschule	1162 (59)	801 (41)	0,09	0,84	0,80-0,88	<0,001
Realschule	2147 (50)	2180 (50)	0,13	0,78	0,74-0,82	<0,001
Gymnasium	1320 (46)	1539 (54)	0,13	0,77	0,74-0,81	<0,001
Universität	1757 (46)	2084 (54)				
<b>Familienstand</b>						
Verheiratet / mit Partner	6404 (50)	6383 (50)	0,07	0,67	0,60-0,75	<0,001
Alleinstehend	211 (44)	417 (66)				
<b>Versicherungstatus</b>						
Privat	668 (49)	692 (51)		1,00	0,94-1,06	0,996
Gesetzlich	5137 (49)	5323 (51)				
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b>						
Nein	4926 (51)	4803 (49)	0,05	0,89	0,86-0,93	<0,001
Ja	1636 (45)	1983 (55)				
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>						
Ja	4019 (48)	4314 (52)		1,05	1,02-1,09	0,005
Nein	2342 (51)	2267 (49)				
<b>Geburtsmodus</b>						
Vaginale Geburt	5545 (48)	6020 (52)	0,07	1,19	1,14-1,25	<0,001
Geplanter Kaiserschnitt	1112 (57)	832 (43)				
<b>Beginn Schwangerenvorsorge Bis zur 12.SSW</b>	5956 (50)	5968 (50)		0,91	0,84-0,98	0,009
Nach der 12.SSW	397 (45)	478 (55)				
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>						
Gynäkologin	6038 (50)	6152 (50)		0,92	0,84-1,01	0,059
Gynäkologin/Hebamme	256 (45)	307 (55)		0,94	0,83-1,07	0,322
Hebamme	126 (74)	145 (53)				
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	2599 (34)	5062 (66)	0,35	2,05	1,98-2,12	<0,001
Nein	4042 (69)	1779 (31)				
<b>Verweildauer Genau richtig</b>						
Zu kurz	5493 (50)	5464 (50)		1,08	1,02-1,14	0,011
Zu lang	636 (54)	541 (46)	0,08	0,74	0,68-0,79	<0,001
	457 (37)	780 (63)				
<b>Krankenhausgröße</b>						
< 500 Geburten	2255 (52)	2109 (48)	0,06	0,96	0,93-1,00	0,050
500-1000 Geburten	2751 (50)	2785 (50)		0,89	0,85-0,93	<0,001
> 1000 Geburten	1651 (46)	1958 (54)				
<b>Subjektive Gesundheit</b>						
Gut	3055 (44)	3884 (56)	0,11	1,24	1,20-1,29	<0,001
Beeinträchtigt	3547 (55)	2939 (45)				
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>						
Zuversichtlich	6138 (52)	5777 (48)	0,17	0,36	0,32-0,41	<0,001
Nicht zuversichtlich	180 (19)	788 (81)				

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall



Tab A8-3 Kreuztabellen Subjektive Gesundheit und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Gut (N=6962) N (%)	Beeinträchtigt (N=6502) N (%)	Cramer's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	2962 (47) 2282 (53) 1320 (48)	3275 (53) 2048 (47) 1403 (52)		1,00 0,92	0,98-1,04 0,88-0,97	0,845 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	1051 (54) 2220 (51) 1358 (47) 1623 (42)	905 (46) 2106 (49) 1504 (53) 2218 (58)		1,05 1,14 1,25	0,99-1,11 1,07-1,21 1,18-1,32	0,076 <0,001 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	6136 (48) 294 (47)	6639 (52) 335 (53)		0,90	0,83-0,98	0,010
<b>Versicherungstatus</b> Privat Gesetzlich	816 (60) 5228 (50)	541 (40) 5221 (50)		0,83	0,79-0,87	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Erstgebärende	3055 (46) 3884 (57)	3547 (54) 2939 (43)		0,11 1,23	1,19-1,27	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	646 (44) 6278 (53)	810 (56) 5655 (47)		0,05 1,19	1,12-1,26	<0,001
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Ja Nein	5252 (54) 1635 (45)	4442 (46) 1971 (55)		0,08 0,84	0,80-0,87	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	4434 (53) 2211 (48)	3869 (47) 2384 (52)		0,05 0,90	0,87-0,93	<0,001
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Geplanter Kaiserschnitt	6022 (52) 940 (49)	5510 (48) 992 (51)		1,08	1,03-1,12	0,004
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12.SSW Nach der 12.SSW	6169 (52) 427 (49)	5707 (48) 442 (51)		0,95	0,88-1,01	0,110
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	6304 (52) 281 (48) 142 (53)	5832 (48) 282 (50) 126 (47)		0,96 1,02	0,88-1,05 0,91-1,14	0,345 0,736
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	4147 (54) 2789 (48)	3486 (46) 2998 (52)		0,06 0,89	0,86-0,92	<0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	5098 (47) 471 (40) 618 (50)	5823 (53) 708 (60) 618 (50)		0,08 0,75 0,94	0,70-0,81 0,89-0,99	<0,001 0,027
<b>Krankenhausaufgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	2253 (52) 2776 (50) 1933 (54)	2095 (48) 2738 (50) 1669 (46)		0,97 1,04	0,94-1,01 0,99-1,08	0,146 0,100
<b>Zuversicht mit dem Kind zu Hause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	6306 (53) 331 (34)	5589 (47) 692 (66)		0,10 0,65	0,0-0,71	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)<sup>b</sup> Relatives Risiko<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

### Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

Tab A9-1 Kreuztabellen Hebammenbetreuung im Kreißsaal und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2614) N (%)	>20. Perzentile (N=10929) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	1053 (17)	5206 (83)	0,05	0,95	0,93-0,97	<0,001
31-35 Jahre	915 (21)	3432 (79)	0,07	0,93	0,91-0,95	<0,001
> 36 Jahre	622 (23)	2109 (77)				
<b>Schulabschluss</b>						
Hauptschule	346 (18)	1621 (82)		0,96	0,94-0,99	0,004
Realschule	795 (18)	3544 (82)		0,96	0,94-0,99	0,008
Gymnasium	593 (21)	2277 (79)		0,99	0,97-1,02	0,484
Universität	799 (21)	3050 (79)				
<b>Familienstand</b>						
Verheiratet / mit Partner	2506 (20)	10314 (80)	0,03	1,07	1,03-1,10	<0,001
Alleinstehend	89 (14)	540 (86)				
<b>Versicherungsstatus</b>						
Privat	306 (23)	1054 (78)	0,03	1,05	1,02-1,08	<0,001
Gesetzlich	1947 (19)	8542 (81)				
<b>Partität</b>						
Mehrgebärende	1345 (20)	5308 (80)		1,02	1,01-1,04	0,011
Einsgebärende	1266 (18)	5585 (82)				
<b>Z. n. Sectio</b>						
Ja	271 (19)	1192 (81)		0,99	0,96-1,02	0,427
Nein	2328 (19)	9677 (81)				
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b>						
Nein	1967 (20)	7781 (80)	0,03	1,04	1,02-1,06	<0,001
Ja	622 (17)	3007 (83)				
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>						
Ja	1713 (21)	6642 (79)	0,04	1,04	1,02-1,06	<0,001
Nein	796 (17)	3820 (83)				
<b>Geburtsmodus</b>						
Vaginale Geburt	2309 (20)	9291 (80)	0,04	1,05	1,03-1,08	<0,001
Kaiserschnitt	305 (16)	1638 (84)				
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b>						
Bis zur 12.SSW	2339 (20)	9600 (80)		1,01	0,98-1,05	0,391
Nach der 12.SSW	161 (18)	714 (82)				
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>						
Gynäkologin	2301 (19)	9901 (81)	0,04	0,91	0,87-0,96	<0,001
Gynäkologin/Hebamme	146 (26)	419 (74)		0,92	0,85-0,98	0,004
Hebamme	70 (26)	202 (74)				
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	1555 (20)	6113 (80)		1,03	1,01-1,04	0,001
Nein	1054 (18)	4775 (82)				
<b>Verweildauer</b>						
Genau richtig	2273 (21)	8712 (79)	0,06	1,11	1,08-1,13	<0,001
Zu kurz	146 (12)	1035 (88)	0,05	1,08	1,06-1,11	<0,001
Zu lang	176 (14)	1063 (86)				
<b>Krankenhausgröße</b>						
< 500 Geburten	918 (21)	3456 (79)		1,03	1,01-1,05	0,002
500-1000 Geburten	1028 (19)	4521 (81)		1,03	1,01-1,05	0,005
> 1000 Geburten	668 (18)	2952 (82)				
<b>Subjektive Gesundheit</b>						
Gut	1702 (24)	5260 (76)	0,13	1,14	1,12-1,16	<0,001
Beeinträchtigt	898 (14)	5599 (86)				
<b>Zuversicht mit dem Kind zu Hause zurecht zu kommen</b>						
Zuversichtlich	2418 (20)	9528 (80)	0,07	1,14	1,11-1,16	<0,001
Nicht zuversichtlich	90 (9)	878 (91)				

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

Tab A9-2 Kreuztabellen **Ärztliche Betreuung** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2644) N (%)	>20. Perzentile (N=10897) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1042 (17) 897 (21) 677 (25)	5217 (83) 3446 (79) 2056 (75)	0,05 0,10	0,95 0,90	0,93-0,97 0,88-0,92	<0,001 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	388 (20) 769 (18) 560 (20) 818 (21)	1578 (80) 3569 (82) 2311 (80) 3028 (79)		0,98 1,00 1,03	0,95-1,01 0,97-1,03 1,00-1,05	0,173 0,843 0,056
<b>Familienstand</b> Verheiratet/ mit Partner Alleinstehend	2520 (20) 104 (17)	10298 (80) 525 (83)		1,04	1,00-1,08	0,053
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	331 (24) 1892 (18)	1030 (76) 8595 (82)	0,05	1,08	1,05-1,12	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1349 (20) 1288 (19)	5303 (80) 5562 (81)		1,02	1,00-1,04	0,030
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	328 (22) 2303 (19)	1137 (78) 9698 (81)		1,04	1,01-1,07	0,004
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	1928 (20) 694 (19)	7817 (80) 2936 (81)		1,01	0,99-1,03	0,388
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1606 (19) 949 (21)	6747 (81) 3670 (79)		0,98	0,97-1,00	0,071
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2159 (19) 485 (25)	9436 (81) 1461 (75)	0,06	0,92	0,90-0,95	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2337 (20) 171 (20)	9600 (80) 704 (80)		1,00	0,97-1,03	0,980
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2374 (19) 110 (20) 52 (19)	9828 (81) 453 (80) 220 (81)		1,00 1,00	0,96-1,04 0,95-1,06	0,962 0,889
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1390 (18) 1244 (21)	6278 (82) 4583 (79)	0,04	0,96	0,94-0,98	<0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2355 (21) 142 (12) 128 (10)	8629 (79) 1039 (88) 1110 (90)	0,07 0,08	1,12 1,14	1,09-1,15 1,12-1,17	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	886 (20) 1094 (20) 664 (18)	3490 (80) 4450 (80) 2957 (82)		1,01 1,02	0,99-1,03 1,00-1,05	0,525 0,032
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1688 (24) 936 (14)	5271 (76) 5562 (86)	0,12	1,13	1,11-1,15	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2456 (21) 99 (10)	9491 (79) 870 (90)	0,07	1,13	1,10-1,16	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

Tab A9-3 Kreuztabellen **Betreuung auf der Wochenbettstation** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2707) N (%)	>20. Perzentile (N=10839) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1114 (18) 955 (22) 606 (22)	5147 (82) 3390 (78) 2128 (78)	0,05 0,05	0,95 0,95	0,93-0,97 0,93-0,97	<0,001 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	419 (21) 854 (20) 558 (19) 768 (20)	1548 (79) 3485 (80) 2312 (81) 3082 (80)		1,02 1,02 1,02 1,02	0,99-1,05 0,99-1,05 0,99-1,05	0,226 0,114 0,138
<b>Familienstand</b> Verheiratet/ mit Partner Alleinstehend	2571 (20) 115 (18)	10252 (80) 514 (82)		1,02	0,98-1,06	0,279
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	262 (19) 2090 (20)	1100 (81) 8399 (80)		0,99	0,96-1,02	0,549
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1445 (22) 1255 (18)	5210 (78) 5597 (82)	0,04	1,04	1,03-1,06	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	316 (22) 2382 (20)	1150 (78) 9623 (80)		1,02	0,99-1,05	0,122
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	2050 (21) 633 (17)	7700 (79) 2997 (83)	0,04	1,05	1,03-1,06	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1703 (20) 890 (19)	6651 (80) 3729 (81)		1,01	1,00-1,03	0,128
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2316 (20) 391 (20)	9282 (80) 1557 (80)		1,00	0,97-1,02	0,916
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2394 (20) 172 (20)	9547 (80) 704 (80)		1,01	0,97-1,04	0,768
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2414 (20) 131 (23) 56 (21)	9793 (80) 433 (77) 216 (79)		0,96 0,99	0,91-1,00 0,93-1,05	0,045 0,739
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1459 (19) 1240 (21)	6211 (81) 4590 (79)		0,97	0,96-0,99	0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2427 (22) 127 (11) 125 (10)	8562 (78) 1054 (89) 1115 (90)	0,08 0,09	1,15 1,15	1,12-1,17 1,13-1,18	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	984 (22) 1059 (19) 664 (18)	3392 (78) 4489 (81) 2958 (82)	0,04 0,05	1,04 1,05	1,02-1,07 1,03-1,08	<0,001 <0,001
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1814 (26) 878 (14)	5148 (74) 5622 (86)	0,16	1,17	1,15-1,19	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2504 (21) 81 (8)	9445 (79) 888 (92)	0,08	1,16	1,14-1,18	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

Tab A9-4 Kreuztabellen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2684) N (%)	>20. Perzentile (N=10793) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1153 (18) 882 (20) 613 (23)	5087 (82) 3439 (80) 2098 (77)		0,98 0,95	0,96-1,00 0,93-0,97	0,013 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	561 (29) 885 (20) 510 (18) 589 (15)	1393 (71) 3436 (80) 2343 (82) 3242 (85)	0,16 0,13 0,09	1,19 1,15 1,12	1,15-1,22 1,11-1,19 1,08-1,15	<0,001 <0,001 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	2536 (20) 123 (20)	10221 (80) 504 (80)		1,00	0,96-1,04	0,872
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	208 (15) 2176 (21)	1143 (85) 8267 (79)	0,04	0,94	0,91-0,96	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1757 (27) 919 (13)	4840 (73) 5922 (87)	0,17	1,18	1,16-1,20	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	391 (27) 2270 (19)	1068 (73) 9673 (81)	0,06	1,11	1,07-1,14	<0,001
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	1924 (20) 715 (20)	7771 (80) 2901 (80)		1,00	0,98-1,02	0,926
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1604 (19) 959 (21)	6699 (81) 3643 (79)		0,98	0,96-1,00	0,038
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2290 (20) 394 (20)	9243 (80) 1550 (80)		0,99	0,97-1,02	0,674
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2333 (20) 203 (23)	9544 (80) 671 (77)		0,96	0,92-0,99	0,010
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2397 (20) 109 (19) 60 (22)	9749 (80) 452 (81) 209 (78)		1,00 0,97	0,96-1,05 0,91-1,03	0,859 0,295
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1209 (16) 1461 (25)	6435 (84) 4326 (75)	0,12	0,89	0,87-0,90	<0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2400 (22) 125 (11) 129 (10)	8535 (78) 1050 (89) 1106 (90)	0,08 0,09	1,14 1,15	1,12-1,17 1,12-1,17	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	1034 (24) 1078 (20) 572 (16)	3317 (76) 4442 (80) 3034 (84)	0,05 0,10	1,06 1,10	1,03-1,08 1,08-1,13	<0,001 <0,001
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1604 (23) 1066 (16)	5314 (77) 5410 (84)	0,08	1,09	1,07-1,11	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2494 (21) 57 (6)	9389 (79) 911 (94)	0,10	1,19	1,17-1,21	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

Tab A9-5 Kreuztabellen **Postpartale Schmerzlinderung** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=5665) N (%)	>20. Perzentile (N=3985) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	2543 (57) 1820 (59) 1208 (61)	1920 (43) 1248 (41) 757 (39)	0,04	0,95 0,90	0,90-1,00 0,84-0,96	0,043 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	840 (59) 1864 (60) 1195 (59) 1554 (57)	575 (41) 1231 (40) 833 (41) 1184 (43)		1,06 1,01 0,98	0,99-1,15 0,93-1,10 0,91-1,06	0,107 0,797 0,583
<b>Familienstand</b> Verheiratet/ mit Partner Alleinstehend	5363 (59) 256 (59)	3785 (41) 176 (41)		0,98	0,88-1,11	0,794
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	602 (60) 4339 (59)	402 (40) 3047 (41)		1,03	0,95-1,12	0,463
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	2837 (58) 2807 (59)	2050 (42) 1925 (41)		0,97	0,92-1,02	0,207
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	661 (52) 4972 (60)	605 (48) 3356 (40)	0,05	0,84	0,79-0,90	<0,001
<b>Präpartaler Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	4149 (60) 1444 (54)	2712 (40) 1221 (46)	0,06	1,16	1,10-1,22	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	3394 (61) 2000 (55)	2161 (39) 1616 (45)	0,06	1,15	1,09-1,21	<0,001
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	4738 (61) 927 (48)	2998 (39) 987 (52)	0,10	1,33	1,26-1,40	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	4924 (59) 407 (60)	3465 (41) 272 (40)		0,97	0,88-1,07	0,526
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	5042 (59) 303 (62) 106 (62)	3567 (41) 187 (38) 66 (38)		0,92 0,93	0,82-1,03 0,77-1,12	0,153 0,420
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	3231 (60) 2416 (57)	2148 (40) 1823 (43)		1,08	1,03-1,13	0,002
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	4748 (61) 401 (43) 466 (54)	2989 (39) 542 (57) 404 (46)	0,12 0,05	1,49 1,20	1,40-1,58 1,11-1,30	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	1913 (61) 2344 (58) 1408 (57)	1206 (39) 1706 (42) 1073 (43)	0,05	1,09 1,12	1,03-1,15 1,05-1,19	0,003 <0,001
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	3050 (65) 2572 (53)	1678 (35) 2283 (47)	0,12	1,32	1,26-1,39	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	5048 (60) 324 (45)	3368 (40) 390 (55)	0,08	1,36	1,27-1,47	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0, 1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

Tab A9-6 Kreuztabellen **Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=7885) N (%)	>20. Perzentile (N=5655) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	3437 (55) 2594 (60) 1734 (63)	2821 (45) 1750 (40) 999 (37)	0,05 0,05 0,08	0,89 0,81	0,85-0,94 0,77-0,86	<0,001 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	939 (48) 2372 (55) 1684 (59) 2652 (69)	1028 (52) 1963 (45) 1186 (41) 1197 (31)	0,21 0,11 0,06	0,60 0,79 0,87	0,56-0,63 0,74-0,84 0,82-0,91	<0,001 <0,001 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	7475 (58) 353 (56)	5343 (42) 276 (44)		1,05	0,96-1,15	0,276
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	957 (70) 5880 (56)	404 (30) 4606 (44)	0,09	1,48	1,36-1,61	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	3882 (58) 3982 (58)	2767 (42) 2870 (42)		1,01	0,97-1,05	0,750
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	819 (56) 7019 (58)	647 (44) 4980 (42)		0,94	0,88-1,00	0,054
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	5830 (60) 1954 (54)	3915 (40) 1675 (46)	0,05	1,15	1,10-1,20	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	4932 (59) 2462 (53)	3418 (41) 2157 (47)	0,06	1,14	1,10-1,19	<0,001
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	6834 (59) 1051 (54)	4759 (41) 896 (46)	0,04	1,12	1,06-1,18	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	6970 (58) 501 (57)	4966 (42) 374 (43)		1,03	0,95-1,11	0,510
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	7037 (58) 375 (67) 183 (67)	5167 (42) 186 (33) 89 (33)	0,04	0,78 0,77	0,70-0,88 0,65-0,92	<0,001 0,001
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	4536 (59) 3325 (57)	3131 (41) 2502 (43)		1,05	1,01-1,09	0,014
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	6479 (59) 631 (53) 706 (57)	4508 (41) 550 (47) 534 (43)	0,03	1,14 1,05	1,06-1,21 0,98-1,12	<0,001 0,168
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	2167 (50) 3216 (58) 2502 (69)	2206 (50) 2329 (42) 1120 (31)	0,08 0,20	0,83 0,61	0,80-0,87 0,58-0,65	<0,001 <0,001
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	4277 (61) 3554 (55)	2683 (39) 2943 (45)	0,07	1,18	1,13-1,22	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	6939 (58) 435 (45)	5007 (42) 534 (55)	0,07	1,31	1,24-1,4	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Tab A9-7 Kreuztabellen **Service, Sauberkeit & Komfort** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2466) N (%)	>20. Perzentile (N=10986) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1115 (18) 803 (19) 511 (19)	5106 (82) 3523 (81) 2194 (81)		0,99 0,99	0,97-1,01 0,97-1,01	0,403 0,276
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	379 (19) 771 (18) 446 (16) 770 (20)	1575 (81) 3540 (82) 2401 (84) 3057 (80)	0,05	0,99 1,05 1,02	0,96-1,02 1,02-1,07 0,99-1,05	0,514 <0,001 0,152
<b>Familienstand</b> Verheiratet/ mit Partner Alleinstehend	2334 (18) 114 (18)	10404 (82) 510 (82)		1,00	0,96-1,04	0,973
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	259 (19) 1874 (18)	1097 (81) 8545 (82)		1,01	0,99-1,04	0,316
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1184 (18) 1273 (19)	5414 (82) 5542 (81)		0,99	0,98-1,01	0,272
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	278 (19) 2169 (18)	1185 (81) 9746 (82)		1,01	0,98-1,04	0,456
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	1852 (19) 589 (16)	7830 (81) 3017 (84)	0,03	1,03	1,02-1,05	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1539 (19) 812 (18)	6747 (81) 3786 (82)		1,01	0,99-1,03	0,198
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2122 (18) 344 (18)	9390 (82) 1596 (82)		1,01	0,99-1,03	0,460
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2201 (19) 141 (16)	9660 (81) 727 (84)		1,03	1,00-1,06	0,090
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2218 (18) 108 (19) 57 (21)	9909 (82) 448 (81) 214 (79)		0,99 0,97	0,95-1,03 0,91-1,03	0,499 0,249
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1414 (19) 1044 (18)	6216 (81) 4732 (82)		1,01	0,99-1,02	0,498
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2140 (20) 167 (14) 143 (12)	8808 (80) 1010 (86) 1090 (88)	0,04 0,06	1,07 1,10	1,04-1,09 1,07-1,12	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	808 (19) 901 (16) 757 (21)	3537 (81) 4607 (84) 2842 (79)		1,03 0,97	1,01-1,05 0,95-0,99	0,004 0,007
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1570 (23) 882 (14)	5345 (77) 5575 (86)	0,12	1,12	1,10-1,14	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2208 (19) 128 (13)	9671 (81) 835 (87)	0,04	1,07	1,04-1,09	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)<sup>b</sup> Relatives Risiko<sup>c</sup> Konfidenzintervall



## Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

Tab A9-8 Kreuztabellen **Essen** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2884) N (%)	>20. Perzentile (N=10471) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1268 (21) 973 (23) 594 (22)	4911 (79) 3316 (77) 2097 (78)		0,97 0,98	0,95-0,99 0,96-1,00	0,008 0,099
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	514 (27) 968 (23) 575 (20) 699 (18)	1421 (73) 3309 (77) 2261 (80) 3104 (82)	0,09 0,07 0,04	1,11 1,09 1,05	1,08-1,15 1,05-1,12 1,02-1,09	<0,001 <0,001 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	2723 (22) 134 (22)	9926 (78) 483 (78)		1,00	0,96-1,04	0,910
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	228 (17) 2337 (23)	1121 (83) 8000 (77)	0,04	0,93	0,91-0,96	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1489 (23) 1382 (20)	5049 (77) 5396 (80)	0,03	1,03	1,01-1,05	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	302 (21) 2559 (22)	1151 (79) 9270 (78)		0,99	0,96-1,02	0,458
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	2138 (22) 706 (20)	7474 (78) 2875 (80)		1,03	1,01-1,05	0,002
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1808 (22) 942 (21)	6431 (78) 3610 (79)		1,02	1,00-1,04	0,099
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2525 (22) 359 (19)	8898 (78) 1573 (81)	0,03	1,05	1,02-1,07	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2542 (22) 187 (22)	9235 (78) 674 (78)		1,00	0,96-1,04	0,926
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2611 (22) 112 (20) 64 (24)	9427 (78) 442 (80) 207 (76)		1,02 0,98	0,98-1,06 0,91-1,04	0,410 0,447
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1511 (20) 1359 (24)	6073 (80) 4367 (76)	0,05	0,95	0,94-0,97	<0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2528 (23) 191 (16) 139 (11)	8343 (77) 972 (84) 1085 (89)	0,05 0,09	1,09 1,16	1,06-1,12 1,13-1,18	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	962 (22) 1162 (21) 760 (21)	3357 (78) 4286 (79) 2828 (79)		1,01 1,01	0,99-1,03 0,99-1,04	0,261 0,242
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1633 (24) 1221 (19)	5238 (76) 5185 (81)	0,06	1,06	1,04-1,08	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2592 (22) 149 (16)	9198 (78) 809 (84)	0,04	1,08	1,05-1,11	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 9 Hypothese 2.1.A Kreuztabellen

Tab A9-9 Kreuztabellen **Zimmeratmosphäre** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2973) N (%)	>20. Perzentile (N=10334) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1267 (21) 991 (23) 676 (25)	4900 (79) 3279 (77) 2000 (75)	0,05	0,97 0,94	0,95-0,99 0,92-0,96	0,001 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	453 (24) 834 (20) 623 (22) 954 (25)	1459 (76) 3425 (80) 2206 (78) 2855 (75)	0,05	0,98 1,02 1,05	0,95-1,01 0,99-1,05 1,02-1,08	0,262 0,178 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet/ mit Partner Alleinstehend	2812 (22) 136 (22)	9792 (78) 479 (78)		1,00	0,96-1,05	0,909
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	412 (31) 2067 (20)	935 (69) 8235 (80)	0,08	1,15	1,11-1,19	<0,001
<b>Parität</b> Mehrgebärende Einsgebärende	1507 (23) 1455 (22)	5000 (77) 5306 (78)		1,02	1,00-1,04	0,023
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	354 (24) 2602 (22)	1095 (76) 9184 (78)		1,03	1,00-1,06	0,042
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	2209 (23) 714 (20)	7370 (77) 2851 (80)	0,03	1,04	1,02-1,06	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1845 (22) 986 (22)	6362 (78) 3554 (78)		1,01	0,99-1,03	0,321
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2572 (23) 401 (21)	8805 (77) 1529 (79)		1,02	1,00-1,05	0,074
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2619 (22) 198 (23)	9116 (78) 658 (77)		0,99	0,95-1,03	0,582
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2639 (22) 155 (28) 70 (26)	9358 (78) 397 (72) 197 (74)	0,03	0,92 0,95	0,87-0,97 0,88-1,02	<0,001 0,100
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1639 (22) 1324 (23)	5933 (78) 4365 (77)		0,98	0,96-1,00	0,026
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2606 (24) 165 (14) 192 (16)	8229 (76) 995 (86) 1037 (84)	0,07 0,06	1,13 1,11	1,10-1,16 1,08-1,14	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	968 (23) 1250 (23) 755 (21)	3324 (77) 4199 (77) 2811 (79)		1,00 1,02	0,97-1,02 0,99-1,04	0,652 0,141
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1705 (25) 1252 (20)	5140 (75) 5133 (80)	0,06	1,07	1,05-1,09	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2692 (23) 140 (15)	9067 (77) 810 (85)	0,05	1,11	1,08-1,14	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 10

## Hypothese 2.1.B: Logistische Regression

Methode: Einschluss; abhängige Variable: Vorbereitung auf die Zeit zuhause

## Modellzusammenfassung

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	9802,309 <sup>a</sup>	,072	,113

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

## Variablen in der Gleichung

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,027	,072	,146	1	,703	1,03	0,85	1,24
Alter			7,037	2	,030			
31-35 Jahre	-,081	,061	1,742	1	,187	0,92	0,79	1,08
> 35 Jahre	-,189	,071	7,012	1	,008	0,83	0,69	0,99
<b>Schulabschluss</b>			<b>55,577</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	,351	,071	24,411	1	,000	1,42	1,18	1,71
Gymnasium	,489	,081	36,305	1	,000	1,63	1,32	2,01
Universität	,582	,084	47,591	1	,000	1,79	1,44	2,22
Private Krankenversicherung	,252	,092	7,446	1	,006	1,29	1,01	1,63
Erstgebärende	,635	,058	118,064	1	,000	1,89	1,62	2,19
Keine Geburtsvorbereitung	-,323	,055	34,778	1	,000	0,72	0,63	0,83
Verweildauer			107,887	2	,000			
Zu kurz	,887	,115	59,564	1	,000	2,43	1,81	3,26
Zu lang	,837	,114	54,208	1	,000	2,31	1,72	3,10
Krankenhausgröße			34,495	2	,000			
500-1000 Geburten	,203	,058	12,470	1	,000	1,23	1,06	1,42
> 1000 Geburten	,398	,069	33,266	1	,000	1,49	1,25	1,78
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,550	,052	111,895	1	,000	1,73	1,52	1,98
Keine Zuversicht	1,021	,154	43,810	1	,000	2,78	1,87	4,13
Konstante	,326	,088	13,828	1	,000	1,38		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Versicherungsstatus, Parität, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Hebammenbetreuung im Kreißsaal****Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	9877,462 <sup>a</sup>	,033	,053

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,189	,086	4,772	1	,029	1,21	0,97	1,51
<b>Alter</b>			<b>33,992</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,231</b>	<b>,059</b>	<b>15,403</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,79</b>	<b>0,68</b>	<b>0,92</b>
<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,375</b>	<b>,068</b>	<b>30,611</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,69</b>	<b>0,58</b>	<b>0,82</b>
Alleinstehend	,158	,131	1,447	1	,229	1,17	0,83	1,64
Kein Geburtsbeginn	,093	,060	2,367	1	,124	1,10	0,94	1,28
Private Krankenversicherung	-,055	,077	,502	1	,479	0,95	0,78	1,16
Präpartaler Klinikaufenthalt	,111	,060	3,490	1	,062	1,12	0,96	1,30
<b>Betreuung Schwangerschaft</b>			<b>17,374</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Gynäkolog/in + Hebamme</b>	<b>-,423</b>	<b>,117</b>	<b>13,046</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,66</b>	<b>0,48</b>	<b>0,89</b>
Hebamme	-,358	,161	4,940	1	,026	0,70	0,46	1,06
Keine Geburtsvorbereitung	,101	,052	3,734	1	,053	1,11	0,97	1,27
<b>Verweildauer</b>			<b>38,760</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,569</b>	<b>,110</b>	<b>26,912</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,77</b>	<b>1,33</b>	<b>2,34</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,372</b>	<b>,098</b>	<b>14,450</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,45</b>	<b>1,13</b>	<b>1,86</b>
Krankenhausgröße			9,171	2	,010			
500-1000 Geburten	,170	,059	8,247	1	,004	1,18	1,02	1,38
> 1000 Geburten	,144	,065	4,828	1	,028	1,15	0,98	1,37
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,640</b>	<b>,053</b>	<b>147,980</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,90</b>	<b>1,66</b>	<b>2,17</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,581</b>	<b>,122</b>	<b>22,630</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,79</b>	<b>1,31</b>	<b>2,45</b>
Konstante	1,011	,063	256,707	1	,000	2,75		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Familienstand, Geburtsbeginn, Versicherungsstatus, präpartaler Krankenhausaufenthalt, Betreuungsperson Schwangerschaft, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Betreuung auf der Wochenbettstation**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	11892,144 <sup>a</sup>	,049	,077

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,012	,066	,034	1	,854	1,01	0,85	1,20
<b>Alter</b>			<b>19,184</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,217</b>	<b>,054</b>	<b>16,265</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,81</b>	<b>0,70</b>	<b>0,92</b>
<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,208</b>	<b>,064</b>	<b>10,747</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,81</b>	<b>0,69</b>	<b>0,96</b>
Erstgebärende	,130	,052	6,118	1	,013	1,14	0,99	1,30
Präpartaler Klinikaufenthalt	,116	,053	4,680	1	,031	1,12	0,98	1,29
Keine Geburtsvorbereitung	-,153	,050	9,317	1	,002	0,86	0,75	0,98
<b>Verweildauer</b>			<b>116,618</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,710</b>	<b>,102</b>	<b>48,771</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,03</b>	<b>1,57</b>	<b>2,64</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,894</b>	<b>,104</b>	<b>74,182</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,44</b>	<b>1,87</b>	<b>3,19</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>24,407</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,197</b>	<b>,053</b>	<b>13,816</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,22</b>	<b>1,06</b>	<b>1,40</b>
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>,277</b>	<b>,060</b>	<b>21,226</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,32</b>	<b>1,13</b>	<b>1,54</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,805</b>	<b>,048</b>	<b>277,202</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,24</b>	<b>1,97</b>	<b>2,53</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,762</b>	<b>,123</b>	<b>38,512</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,14</b>	<b>1,56</b>	<b>2,94</b>
Konstante	,821	,068	145,735	1	,000	2,27		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Parität, präpartaler Krankenhausaufenthalt, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, Kranenhausgröße, subj. Gesundheit, Zuversicht

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Service, Komfort & Sauberkeit**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	11739,722 <sup>a</sup>	,019	,030

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,044	,068	,423	1	,516	1,04	0,88	1,24
Präpartaler Klinikaufenthalt	,131	,054	5,872	1	,015	1,14	0,99	1,31
<b>Verweildauer</b>			<b>39,973</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
zu kurz	,246	,090	7,525	1	,006	1,28	1,02	1,61
<b>zu lang</b>	<b>,559</b>	<b>,095</b>	<b>34,653</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,75</b>	<b>1,37</b>	<b>2,23</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,593</b>	<b>,048</b>	<b>151,117</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,81</b>	<b>1,60</b>	<b>2,05</b>
Keine Zuversicht	,254	,100	6,403	1	,011	1,29	1,00	1,67
Konstante	1,122	,034	1064,148	1	,000	3,07		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, präpartaler Klinikaufenthalt, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Ärztliche Betreuung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10337,840 <sup>a</sup>	,037	,060

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	-,322	,067	23,170	1	,000	0,72	0,61	0,86
Alter			36,421	2	,000			
31-35 Jahre	-,198	,058	11,792	1	,001	0,82	0,71	0,95
> 35 Jahre	-,387	,065	35,188	1	,000	0,68	0,57	0,80
Private Krankenversicherung	-,229	,073	9,716	1	,001	0,80	0,66	0,96
Keine Geburtsvorbereitung	-,213	,050	18,010	1	,000	0,81	0,71	0,92
Verweildauer			77,527	2	,000			
Zu kurz	,605	,105	33,056	1	,000	1,83	1,40	2,40
Zu lang	,751	,107	49,140	1	,000	2,12	1,61	2,79
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,639	,051	156,008	1	,000	1,89	1,66	2,16
Keine Zuversicht	,603	,121	24,840	1	,000	1,83	1,34	2,50
Konstante	1,355	,050	742,764	1	,000	3,88		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Versicherung, Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Essen**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10918,792 <sup>a</sup>	,022	,033

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,201	,071	7,985	1	,005	1,22	1,02	1,47
Erstgebärende	,067	,052	1,686	1	,194	1,07	0,94	1,22
<b>Schulabschluss</b>			<b>23,283</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	,160	,069	5,388	1	,020	1,17	0,98	1,40
<b>Gymnasium</b>	<b>,275</b>	<b>,077</b>	<b>12,591</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,32</b>	<b>1,08</b>	<b>1,61</b>
<b>Universität</b>	<b>,352</b>	<b>,078</b>	<b>20,444</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,42</b>	<b>1,16</b>	<b>1,74</b>
Private Krankenversicherung	,243	,086	7,983	1	,005	1,27	1,02	1,59
<b>Keine Geburtvorbereitung</b>	<b>-,185</b>	<b>,052</b>	<b>12,757</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,83</b>	<b>0,73</b>	<b>0,95</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>79,086</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,348</b>	<b>,091</b>	<b>14,487</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,42</b>	<b>1,12</b>	<b>1,79</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,882</b>	<b>,107</b>	<b>68,462</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,42</b>	<b>1,84</b>	<b>3,18</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,286</b>	<b>,049</b>	<b>34,771</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,33</b>	<b>1,17</b>	<b>1,51</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,368</b>	<b>,105</b>	<b>12,365</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,44</b>	<b>1,10</b>	<b>1,89</b>
Konstante	,825	,076	117,976	1	,000	2,28		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Parität, Schulabschluss, Versicherung, Teilnahme Geburtvorbereitung, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.



**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Zimmeratmosphäre**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10261,785 <sup>a</sup>	,021	,033

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,182	,073	6,173	1	,013	1,20	0,99	1,45
Alter			3,452	2	,178			
31-35 Jahre	-,061	,058	1,109	1	,292	0,94	0,81	1,09
> 35 Jahre	-,123	,067	3,338	1	,068	0,88	0,74	1,05
Schulabschluss			14,803	3	,002			
Realschule	,283	,075	14,397	1	,000	1,33	1,10	1,61
Gymnasium	,229	,081	7,898	1	,005	1,26	1,02	1,55
Universität	,200	,081	6,104	1	,013	1,22	0,99	1,50
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,552</b>	<b>,076</b>	<b>53,068</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,58</b>	<b>0,47</b>	<b>0,70</b>
Präpartaler Klinikaufenthalt	,120	,057	4,383	1	,036	1,13	0,97	1,31
Betreuung Schwangerschaft			5,305	2	,070			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,196	,119	2,705	1	,100	0,82	0,61	1,12
Hebamme	-,272	,163	2,789	1	,095	0,76	0,50	1,16
<b>Verweildauer</b>			<b>48,693</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,471</b>	<b>,100</b>	<b>22,262</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,60</b>	<b>1,24</b>	<b>2,07</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,540</b>	<b>,099</b>	<b>29,926</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,33</b>	<b>2,21</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,273</b>	<b>,050</b>	<b>29,677</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,31</b>	<b>1,15</b>	<b>1,50</b>
Keine Zuversicht	,368	,108	11,660	1	,002	1,44	1,09	1,91
Konstante	1,509	,104	211,551	1	,000	4,52		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Versicherung, präpartaler Klinikaufenthalt, Betreuungsperson Schwangerschaft, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	13374,890 <sup>a</sup>	,053	,072

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,094	,066	2,022	1	,155	1,10	0,93	1,30
Alter			6,730	2	,035			
31-35 Jahre	-,027	,048	,314	1	,575	0,97	0,86	1,10
> 35 Jahre	-,147	,057	6,552	1	,010	0,86	0,74	1,00
<b>Schulabschluss</b>			<b>71,157</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	-,204	,062	10,879	1	,001	0,82	0,70	0,96
Gymnasium	-,349	,068	26,495	1	,000	0,71	0,59	0,84
Universität	-,556	,070	63,704	1	,000	0,57	0,48	0,69
Kein Geburtsbeginn bei Aufnahme	,158	,048	10,873	1	,002	1,17	1,04	1,33
<b>Private Krankenversicherung</b>	-,299	,073	<b>16,946</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,74</b>	<b>0,61</b>	<b>0,89</b>
Präpartaler Klinikaufenthalt	,135	,047	8,348	1	,004	1,14	1,01	1,29
Betreuung Schwangerschaft			14,798	2	,002			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,339	,107	10,024	1	,002	0,71	0,54	0,94
Hebamme	-,341	,150	5,182	1	,023	0,71	0,48	1,05
Verweildauer			9,456	2	,009			
Zu kurz	,193	,073	6,970	1	,008	1,21	1,00	1,46
Zu lang	,133	,072	3,379	1	,066	1,14	0,95	1,38
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>177,521</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	-,232	,048	<b>23,786</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,79</b>	<b>0,70</b>	<b>0,90</b>
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	-,735	,056	<b>174,950</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,48</b>	<b>0,42</b>	<b>0,55</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	,180	,042	<b>18,674</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,20</b>	<b>1,08</b>	<b>1,33</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	,507	,078	<b>41,712</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,66</b>	<b>1,36</b>	<b>2,03</b>
Konstante	,123	,067	3,396	1	,065	1,13		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Geburtsbeginn, Versicherung, Präpartaler Klinikaufenthalt, Betreuungsperson Schwangerschaft, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Postpartale Schmerzlinderung****Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	11482,763 <sup>a</sup>	,045	,061

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Geplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,576</b>	<b>,064</b>	<b>81,192</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,78</b>	<b>1,51</b>	<b>2,10</b>
<b>Alter</b>			<b>18,489</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
31-35 Jahre	-,104	,051	4,170	1	,041	0,90	0,79	1,03
<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,257</b>	<b>,060</b>	<b>18,192</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,77</b>	<b>0,66</b>	<b>0,90</b>
Kein Geburtsbeginn bei Aufnahme	-,008	,052	,026	1	,872	0,99	0,87	1,13
Präpartaler Klinikaufenthalt	,186	,050	14,072	1	,002	1,20	1,00	1,37
<b>Verweildauer</b>			<b>87,171</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,658</b>	<b>,075</b>	<b>77,281</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,93</b>	<b>1,59</b>	<b>2,34</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,315</b>	<b>,077</b>	<b>16,723</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,37</b>	<b>1,12</b>	<b>1,67</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>14,631</b>	<b>2</b>	<b>,001</b>			
500-1000 Geburten	,145	,052	7,743	1	,005	1,16	1,01	1,32
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>,215</b>	<b>,059</b>	<b>13,420</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,24</b>	<b>1,07</b>	<b>1,44</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,444</b>	<b>,045</b>	<b>97,593</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,56</b>	<b>1,39</b>	<b>1,75</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,450</b>	<b>,083</b>	<b>29,260</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,57</b>	<b>1,27</b>	<b>1,94</b>
Konstante	-,915	,056	263,242	1	,000	0,40		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Geburtsbeginn, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Vorbereitung auf die Zeit zuhause**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10306,322 <sup>a</sup>	,026	,042
2	10153,501 <sup>b</sup>	,040	,064
3	10039,586 <sup>b</sup>	,051	,080
4	9938,843 <sup>b</sup>	,060	,094
5	9880,378 <sup>c</sup>	,065	,103
6	9848,842 <sup>c</sup>	,067	,107
7	9815,657 <sup>c</sup>	,070	,112

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

c. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)		
							Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 1 <sup>a</sup>	Erstgebärende	,836	,051	273,000	1	,000	2,31	2,03	2,63
	Konstante	1,019	,031	1047,065	1	,000	2,77		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Erstgebärende	,824	,051	261,051	1	,000	2,28	2,00	2,60
	Verweildauer			127,455	2	,000			
	Zu kurz	,985	,113	75,791	1	,000	2,68	2,00	3,58
	Zu lang	,856	,112	58,331	1	,000	2,35	1,76	3,14
	Konstante	,897	,033	746,766	1	,000	2,45		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Erstgebärende	,888	,052	294,933	1	,000	2,43	2,13	2,78
	Verweildauer			115,110	2	,000			
	Zu kurz	,917	,114	65,125	1	,000	2,50	1,87	3,35
	Zu lang	,843	,113	56,097	1	,000	2,32	1,74	3,11
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,540	,051	111,629	1	,000	1,72	1,50	1,96
	Konstante	,629	,041	237,943	1	,000	1,88		
Schritt 4 <sup>d</sup>	Schulabschluss			102,049	3	,000			
	Realschule	,402	,070	32,914	1	,000	1,49	1,25	1,79
	Gymnasium	,567	,079	50,937	1	,000	1,76	1,44	2,16
	Universität	,744	,076	95,379	1	,000	2,10	1,73	2,56
	Erstgebärende	,850	,052	267,078	1	,000	2,34	2,05	2,68
	Verweildauer			114,962	2	,000			
	Zu kurz	,933	,114	66,839	1	,000	2,54	1,89	3,41
	Zu lang	,832	,113	54,239	1	,000	2,30	1,72	3,07
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,569	,051	122,138	1	,000	1,77	1,55	2,02
	Konstante	,180	,065	7,703	1	,006	1,20		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 10 Hypothese 2.1.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>			103,445	3	,000			
Schulabschluss								
Realschule	,408	,070	33,868	1	,000	1,50	1,26	1,80
Gymnasium	,574	,080	52,061	1	,000	1,78	1,45	2,18
Universität	,751	,076	96,620	1	,000	2,12	1,74	2,58
Erstgebärende	,786	,053	223,485	1	,000	2,19	1,92	2,51
Verweildauer			108,732	2	,000			
Zu kurz	,889	,114	60,333	1	,000	2,43	1,81	3,27
Zu lang	,833	,113	54,189	1	,000	2,30	1,72	3,08
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,535	,052	107,100	1	,000	1,71	1,50	1,95
Keine Zuversicht	1,034	,154	45,094	1	,000	2,81	1,89	4,18
Konstante	,172	,065	7,054	1	,008	1,19		
Schritt 6 <sup>f</sup>			83,660	3	,000			
Schulabschluss								
Realschule	,363	,071	26,426	1	,000	1,44	1,20	1,73
Gymnasium	,514	,080	40,855	1	,000	1,67	1,36	2,06
Universität	,686	,077	78,755	1	,000	1,99	1,63	2,42
Erstgebärende	,688	,055	154,656	1	,000	1,99	1,73	2,30
Keine Geburtsvorbereitung	-,303	,054	31,558	1	,000	0,74	0,64	0,85
Verweildauer			112,149	2	,000			
Zu kurz	,906	,115	62,424	1	,000	2,47	1,84	3,32
Zu lang	,846	,113	55,778	1	,000	2,33	1,74	3,12
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,540	,052	108,632	1	,000	1,72	1,50	1,96
Keine Zuversicht	1,033	,154	44,949	1	,000	2,81	1,89	4,18
Konstante	,400	,077	27,100	1	,000	1,49		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 7 <sup>g</sup>								
<b>Schulabschluss</b>			<b>65,393</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
<b>Realschule</b>	<b>,348</b>	<b>,071</b>	<b>24,125</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,42</b>	<b>1,18</b>	<b>1,70</b>
<b>Gymnasium</b>	<b>,482</b>	<b>,081</b>	<b>35,670</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,62</b>	<b>1,32</b>	<b>1,99</b>
<b>Universität</b>	<b>,610</b>	<b>,078</b>	<b>60,519</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,84</b>	<b>1,50</b>	<b>2,25</b>
<b>Erstgebärende</b>	<b>,676</b>	<b>,055</b>	<b>148,545</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,97</b>	<b>1,70</b>	<b>2,27</b>
<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>-,313</b>	<b>,054</b>	<b>33,284</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,73</b>	<b>0,64</b>	<b>0,84</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>108,550</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,884</b>	<b>,115</b>	<b>59,265</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,42</b>	<b>1,80</b>	<b>3,25</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,843</b>	<b>,113</b>	<b>55,169</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,32</b>	<b>1,73</b>	<b>3,11</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>32,944</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,198</b>	<b>,057</b>	<b>11,893</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,22</b>	<b>1,05</b>	<b>1,41</b>
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>,388</b>	<b>,069</b>	<b>31,756</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,47</b>	<b>1,23</b>	<b>1,76</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,542</b>	<b>,052</b>	<b>108,981</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,50</b>	<b>1,97</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>1,020</b>	<b>,154</b>	<b>43,783</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,77</b>	<b>1,86</b>	<b>4,13</b>
<b>Konstante</b>	<b>,270</b>	<b>,081</b>	<b>11,022</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,31</b>		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Parität.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Subjektive Gesundheit.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Schulabschluss.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Zuversicht.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Teilnahme Geburtsvorbereitungskurs.

g. In Schritt 7 eingegebene Variablen: Krankenhausgröße.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Hebammenbetreuung im Kreißaal**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10047,909 <sup>a</sup>	,017	,028
2	9994,960 <sup>b</sup>	,022	,036
3	9956,164 <sup>b</sup>	,026	,042
4	9930,099 <sup>b</sup>	,028	,046
5	9911,103 <sup>b</sup>	,030	,048

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)		
							Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 1 <sup>a</sup>	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,688	,052	177,425	1	,000	1,99	1,74	2,27
	Konstante	1,143	,032	1292,007	1	,000	3,14		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Verweildauer			47,939	2	,000			
	Zu kurz	,625	,109	33,086	1	,000	1,87	1,41	2,47
	Zu lang	,411	,097	17,994	1	,000	1,51	1,18	1,93
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,665	,052	164,734	1	,000	1,94	1,70	2,22
	Konstante	1,075	,033	1052,478	1	,000	2,93		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Alter			38,765	2	,000			
	31-35 Jahre	-,250	,058	18,938	1	,000	0,78	0,67	0,90
	> 35 Jahre	-,381	,066	33,505	1	,000	0,68	0,58	0,81
	Verweildauer			44,471	2	,000			
	Zu kurz	,621	,109	32,522	1	,000	1,86	1,41	2,46
	Zu lang	,374	,097	14,788	1	,000	1,45	1,13	1,87
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,679	,052	170,413	1	,000	1,97	1,72	2,25
	Konstante	1,235	,044	799,723	1	,000	3,44		
Schritt 4 <sup>d</sup>	Alter			35,268	2	,000			
	31-35 Jahre	-,241	,058	17,473	1	,000	0,79	0,68	0,91
	> 35 Jahre	-,363	,066	30,339	1	,000	0,70	0,59	0,82
	Verweildauer			40,683	2	,000			
	Zu kurz	,590	,109	29,195	1	,000	1,80	1,36	2,39
	Zu lang	,366	,097	14,128	1	,000	1,44	1,12	1,85
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,657	,052	158,429	1	,000	1,93	1,69	2,21
	Keine Zuversicht	,582	,122	22,913	1	,000	1,79	1,31	2,45
	Konstante	1,207	,044	751,909	1	,000	3,34		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>								
<b>Alter</b>			<b>35,314</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,241</b>	<b>,058</b>	<b>17,373</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,79</b>	<b>0,68</b>	<b>0,91</b>
<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,364</b>	<b>,066</b>	<b>30,465</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,69</b>	<b>0,59</b>	<b>0,82</b>
<b>Betreuung Schwangerschaft</b>			<b>20,154</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Gynäkolog/in + Hebamme</b>	<b>-,448</b>	<b>,117</b>	<b>14,762</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,64</b>	<b>0,47</b>	<b>0,86</b>
Hebamme	-,396	,161	6,072	1	,014	0,67	0,45	1,02
<b>Verweildauer</b>			<b>41,697</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,593</b>	<b>,109</b>	<b>29,363</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,81</b>	<b>1,36</b>	<b>2,40</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,379</b>	<b>,097</b>	<b>15,095</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,46</b>	<b>1,14</b>	<b>1,88</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,661</b>	<b>,052</b>	<b>160,275</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,94</b>	<b>1,69</b>	<b>2,22</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,578</b>	<b>,122</b>	<b>22,558</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,78</b>	<b>1,30</b>	<b>2,44</b>
Konstante	1,233	,045	767,192	1	,000	3,43		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Subjektive Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Alter.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Keine Zuversicht.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Betreuungsperson Schwangerschaft.



**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Betreuung auf der Wochenbettstation**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	12194,907 <sup>a</sup>	,025	,040
2	12034,485 <sup>b</sup>	,038	,060
3	11971,977 <sup>b</sup>	,043	,067
4	11942,747 <sup>b</sup>	,045	,071
5	11922,634 <sup>b</sup>	,047	,073
6	11905,598 <sup>b</sup>	,048	,075

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,822	,047	304,766	1	,000	2,28	2,02	2,57
Konstante	1,027	,028	1318,167	1	,000	2,79		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Verweildauer			135,307	2	,000			
Zu kurz	,756	,101	56,113	1	,000	2,13	1,64	2,76
Zu lang	,958	,103	86,504	1	,000	2,61	2,00	3,40
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,799	,047	284,397	1	,000	2,22	1,97	2,51
Konstante	,917	,029	970,057	1	,000	2,50		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Verweildauer			126,534	2	,000			
Zu kurz	,714	,101	49,677	1	,000	2,04	1,57	2,65
Zu lang	,944	,103	83,658	1	,000	2,57	1,97	3,35
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,772	,048	263,637	1	,000	2,16	1,92	2,45
Keine Zuversicht	,867	,121	50,954	1	,000	2,38	1,74	3,25
Konstante	,886	,030	890,259	1	,000	2,43		
Schritt 4 <sup>d</sup>								
Erstgebärende	,252	,047	29,113	1	,000	1,29	1,14	1,45
Verweildauer			122,933	2	,000			
Zu kurz	,727	,101	51,356	1	,000	2,07	1,59	2,69
Zu lang	,914	,103	78,107	1	,000	2,49	1,91	3,26
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,806	,048	281,255	1	,000	2,24	1,98	2,54
Keine Zuversicht	,775	,123	39,928	1	,000	2,17	1,58	2,98
Konstante	,754	,038	389,839	1	,000	2,12		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionsko effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>	Erstgebärende	,243	,047	27,112	1	,000	1,28	1,13	1,44
	Verweildauer			120,376	2	,000			
	Zu kurz	,711	,102	49,067	1	,000	2,04	1,57	2,65
	Zu lang	,912	,104	77,681	1	,000	2,49	1,91	3,25
	Krankenhausgröße			20,235	2	,000			
	500-1000 Geburten	,180	,053	11,671	1	,001	1,20	1,05	1,37
	> 1000 Geburten	,249	,060	17,417	1	,000	1,28	1,10	1,50
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,809	,048	282,086	1	,000	2,24	1,98	2,54
	Keine Zuversicht	,771	,123	39,438	1	,000	2,16	1,58	2,96
	Konstante	,623	,048	165,024	1	,000	1,86		
Schritt 6 <sup>f</sup>	<b>Alter</b>			<b>16,963</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,198</b>	<b>,053</b>	<b>13,976</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,82</b>	<b>0,72</b>	<b>0,94</b>
	> 35 Jahre	-,198	,063	9,865	1	,002	0,82	0,70	0,97
	<b>Erstgebärende</b>	<b>,191</b>	<b>,049</b>	<b>15,428</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,21</b>	<b>1,07</b>	<b>1,37</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>115,598</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,704</b>	<b>,102</b>	<b>48,020</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,02</b>	<b>1,56</b>	<b>2,63</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,891</b>	<b>,104</b>	<b>73,816</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,44</b>	<b>1,87</b>	<b>3,18</b>
	<b>Krankenhausgröße</b>			<b>23,213</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,190</b>	<b>,053</b>	<b>12,911</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,21</b>	<b>1,06</b>	<b>1,39</b>
	<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>,271</b>	<b>,060</b>	<b>20,340</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,31</b>	<b>1,12</b>	<b>1,53</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,809</b>	<b>,048</b>	<b>281,590</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,24</b>	<b>1,98</b>	<b>2,54</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,768</b>	<b>,123</b>	<b>39,125</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,16</b>	<b>1,57</b>	<b>2,96</b>
	Konstante	,750	,058	168,541	1	,000	2,12		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Subjektive Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Zuversicht.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Parität.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Krankenhausgröße.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Alter.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Service, Komfort & Sauberkeit**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11799,592 <sup>a</sup>	,014	,023
2	11753,242 <sup>b</sup>	,018	,029

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Subjektive Gesundheit	,625	,048	171,284	1	,000	1,87	1,65	2,11
Konstante	1,229	,030	1723,700	1	0,000	3,42		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
<b>Verweildauer</b>			<b>42,091</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
Zu kurz	,265	,090	8,744	1	,003	1,30	1,03	1,64
<b>Zu lang</b>	<b>,567</b>	<b>,095</b>	<b>35,743</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,76</b>	<b>1,38</b>	<b>2,25</b>
<b>Subjektive Gesundheit</b>	<b>,613</b>	<b>,048</b>	<b>163,528</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,85</b>	<b>1,63</b>	<b>2,09</b>
Konstante	1,168	,031	1436,193	1	0,000	3,22		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Subjektive Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Ärztliche Betreuung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	10580,749 <sup>a</sup>	,016	,026
2	10481,402 <sup>b</sup>	,025	,040
3	10424,109 <sup>b</sup>	,030	,048
4	10396,044 <sup>b</sup>	,032	,052
5	10364,191 <sup>b</sup>	,035	,056
6	10347,318 <sup>b</sup>	,036	,059

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt	Variable	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>	Subjektive Gesundheit	,656	,050	171,236	1	,000	1,93	1,69	2,19
	Konstante	1,159	,031	1381,132	1	,000	3,19		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Verweildauer			86,521	2	,000			
	Zu kurz	,620	,104	35,182	1	,000	1,86	1,42	2,43
	Zu lang	,799	,106	56,474	1	,000	2,22	1,69	2,93
	Subjektive Gesundheit	,633	,050	157,563	1	,000	1,88	1,65	2,14
Schritt 3 <sup>c</sup>	Konstante	1,065	,032	1083,301	1	,000	2,90		
	Alter			57,943	2	,000			
	31-35 Jahre	-,230	,057	16,526	1	,000	0,79	0,69	0,92
	> 35 Jahre	-,477	,063	56,447	1	,000	0,62	0,53	0,73
	Verweildauer			81,049	2	,000			
	Zu kurz	,619	,105	34,918	1	,000	1,86	1,42	2,43
	Zu lang	,763	,107	51,044	1	,000	2,14	1,63	2,82
	Subjektive Gesundheit	,650	,051	164,847	1	,000	1,92	1,68	2,18
Schritt 4 <sup>d</sup>	Konstante	1,239	,043	839,285	1	,000	3,45		
	Geplanter Kaiserschnitt	-,358	,066	29,179	1	,000	0,70	0,59	0,83
	Alter			50,045	2	,000			
	31-35 Jahre	-,215	,057	14,358	1	,000	0,81	0,70	0,93
	> 35 Jahre	-,445	,064	48,762	1	,000	0,64	0,54	0,75
	Verweildauer			81,099	2	,000			
	Zu kurz	,630	,105	36,119	1	,000	1,88	1,43	2,46
	Zu lang	,755	,107	49,905	1	,000	2,13	1,62	2,80
Subjektive Gesundheit	,658	,051	168,289	1	,000	1,93	1,69	2,20	
Konstante	1,279	,044	862,815	1	,000	3,59			

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>	Geplanter Kaiserschnitt	-,357	,066	28,963	1	,000	0,70	0,59	0,83
	Alter			45,750	2	,000			
	31-35 Jahre	-,205	,057	12,989	1	,000	0,81	0,70	0,94
	> 35 Jahre	-,427	,064	44,638	1	,000	0,65	0,55	0,77
	Verweildauer			76,741	2	,000			
	Zu kurz	,600	,105	32,507	1	,000	1,82	1,39	2,39
	Zu lang	,748	,107	48,862	1	,000	2,11	1,60	2,78
	Subjektive Gesundheit	,636	,051	156,177	1	,000	1,89	1,66	2,15
	Keine Zuversicht	,634	,121	27,640	1	,000	1,89	1,38	2,57
	Konstante	1,247	,044	808,014	1	,000	3,48		
Schritt 6 <sup>f</sup>	<b>Geplanter Kaiserschnitt</b>	<b>-,331</b>	<b>,067</b>	<b>24,607</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,72</b>	<b>0,60</b>	<b>0,85</b>
	<b>Alter</b>			<b>45,941</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,223</b>	<b>,057</b>	<b>15,217</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,80</b>	<b>0,69</b>	<b>0,93</b>
	<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,424</b>	<b>,064</b>	<b>43,948</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,65</b>	<b>0,55</b>	<b>0,77</b>
	<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>-,206</b>	<b>,050</b>	<b>16,912</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,81</b>	<b>0,72</b>	<b>0,93</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>77,585</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,610</b>	<b>,105</b>	<b>33,598</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,84</b>	<b>1,40</b>	<b>2,41</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,747</b>	<b>,107</b>	<b>48,687</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,11</b>	<b>1,60</b>	<b>2,78</b>
	<b>Subjektive Gesundheit</b>	<b>,648</b>	<b>,051</b>	<b>161,231</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,91</b>	<b>1,68</b>	<b>2,18</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,604</b>	<b>,121</b>	<b>24,926</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,83</b>	<b>1,34</b>	<b>2,50</b>
	Konstante	1,336	,049	734,771	1	,000	3,80		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Subjektive Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Alter.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Geburtsmodus.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Zuversicht.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Teilnahme Geburtsvorbereitung.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Essen**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11048,334 <sup>a</sup>	,010	,015
2	11005,642 <sup>a</sup>	,014	,021
3	10970,235 <sup>a</sup>	,017	,026
4	10952,122 <sup>a</sup>	,019	,029
5	10937,506 <sup>a</sup>	,020	,031

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Verweildauer			87,751	2	,000			
Zu kurz	,394	,090	18,966	1	,000	1,48	1,17	1,87
Zu lang	,908	,106	73,365	1	,000	2,48	1,89	3,26
Konstante	1,190	,025	2221,365	1	0,000	3,29		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Schulabschluss			42,843	3	,000			
Realschule	,200	,068	8,619	1	,003	1,22	1,02	1,46
Gymnasium	,327	,076	18,425	1	,000	1,39	1,14	1,69
Universität	,454	,073	38,957	1	,000	1,57	1,31	1,90
Verweildauer			86,815	2	,000			
Zu kurz	,404	,091	19,848	1	,000	1,50	1,19	1,89
Zu lang	,898	,106	71,594	1	,000	2,45	1,87	3,23
Konstante	,930	,056	273,888	1	,000	2,53		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Schulabschluss			47,957	3	,000			
Realschule	,205	,068	8,995	1	,003	1,23	1,03	1,46
Gymnasium	,340	,076	19,848	1	,000	1,40	1,15	1,71
Universität	,481	,073	43,470	1	,000	1,62	1,34	1,95
Verweildauer			81,896	2	,000			
Zu kurz	,363	,091	15,962	1	,000	1,44	1,14	1,82
Zu lang	,889	,106	70,054	1	,000	2,43	1,85	3,20
Subjektive Gesundheit	,284	,048	35,183	1	,000	1,33	1,17	1,50
Konstante	,789	,061	168,450	1	,000	2,20		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 4 <sup>d</sup>								
Schulabschluss			36,608	3	,000			
Realschule	,167	,069	5,856	1	,016	1,18	0,99	1,41
Gymnasium	,288	,077	13,861	1	,000	1,33	1,09	1,63
Universität	,425	,074	32,781	1	,000	1,53	1,26	1,85
Keine Geburtsvorbereitung	-,207	,049	18,169	1	,000	0,81	0,72	0,92
Verweildauer			82,469	2	,000			
Zu kurz	,374	,091	16,904	1	,000	1,45	1,15	1,84
Zu lang	,888	,106	69,801	1	,000	2,43	1,85	3,20
Subjektive Gesundheit	,294	,048	37,383	1	,000	1,34	1,19	1,52
Konstante	,915	,068	181,947	1	,000	2,50		
Schritt 5 <sup>e</sup>								
<b>Schulabschluss</b>			<b>36,601</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	,169	,069	5,982	1	,014	1,18	0,99	1,41
<b>Gymnasium</b>	<b>,290</b>	<b>,077</b>	<b>14,062</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,34</b>	<b>1,10</b>	<b>1,63</b>
<b>Universität</b>	<b>,425</b>	<b>,074</b>	<b>32,812</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,53</b>	<b>1,26</b>	<b>1,85</b>
<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>-,194</b>	<b>,049</b>	<b>15,865</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,82</b>	<b>0,73</b>	<b>0,93</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>79,566</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,349</b>	<b>,091</b>	<b>14,607</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,42</b>	<b>1,12</b>	<b>1,79</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,883</b>	<b>,106</b>	<b>68,882</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,42</b>	<b>1,84</b>	<b>3,18</b>
<b>Subjektive Gesundheit</b>	<b>,278</b>	<b>,048</b>	<b>33,251</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,32</b>	<b>1,17</b>	<b>1,49</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,381</b>	<b>,103</b>	<b>13,599</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,46</b>	<b>1,12</b>	<b>1,91</b>
Konstante	,893	,068	171,848	1	,000	2,44		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Verweildauer.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Schulabschluss.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Subjektive Gesundheit.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Teilnahme Geburtsvorbereitung.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Zuversicht.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Zimmeratmosphäre**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	10406,296 <sup>a</sup>	,007	,011
2	10343,287 <sup>a</sup>	,013	,021
3	10308,807 <sup>a</sup>	,017	,026
4	10294,916 <sup>a</sup>	,018	,028

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Private Krankenversicherung	-,596	,068	77,396	1	,000	0,55	0,46	0,66
Konstante	1,985	,082	588,902	1	,000	7,28		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Private Krankenversicherung	-,591	,068	75,627	1	,000	0,55	0,46	0,66
Verweildauer			57,606	2	,000			
Zu kurz	,536	,099	29,304	1	,000	1,71	1,32	2,21
Zu lang	,558	,098	32,381	1	,000	1,75	1,36	2,25
Konstante	1,895	,083	525,650	1	,000	6,65		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Private Krankenversicherung	-,569	,068	69,647	1	,000	0,57	0,47	0,67
Verweildauer			52,741	2	,000			
Zu kurz	,496	,099	24,962	1	,000	1,64	1,27	2,12
Zu lang	,551	,098	31,512	1	,000	1,73	1,35	2,23
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,290	,050	34,245	1	,000	1,34	1,18	1,52
Konstante	1,740	,087	404,466	1	,000	5,70		
Schritt 4 <sup>d</sup>								
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,566</b>	<b>,068</b>	<b>68,820</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,57</b>	<b>0,48</b>	<b>0,68</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>49,546</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,471</b>	<b>,100</b>	<b>22,382</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,60</b>	<b>1,24</b>	<b>2,07</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,544</b>	<b>,098</b>	<b>30,686</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,34</b>	<b>2,22</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,275</b>	<b>,050</b>	<b>30,489</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,32</b>	<b>1,16</b>	<b>1,50</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,386</b>	<b>,107</b>	<b>12,893</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,47</b>	<b>1,12</b>	<b>1,94</b>
Konstante	1,721	,087	394,258	1	,000	5,59		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Versicherung.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Subjektive Gesundheit.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Zuversicht.



**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Rahmenbedingungen Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	13684,823 <sup>a</sup>	,024	,032
2	13540,995 <sup>a</sup>	,038	,051
3	13481,948 <sup>a</sup>	,043	,058
4	13457,818 <sup>a</sup>	,046	,061
5	13436,104 <sup>a</sup>	,048	,064
6	13417,156 <sup>a</sup>	,049	,066
7	13401,999 <sup>a</sup>	,051	,068

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Krankenhausgröße			240,286	2	,000			
500-1000 Geburten	-,257	,047	30,416	1	,000	0,77	0,69	0,87
> 1000 Geburten	-,828	,054	236,485	1	,000	0,44	0,38	0,50
Konstante	,029	,034	,708	1	,400	1,03		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Schulabschluss			141,817	3	,000			
Realschule	-,231	,061	14,267	1	,000	0,79	0,68	0,93
Gymnasium	-,403	,067	36,296	1	,000	0,67	0,56	0,79
Universität	-,716	,065	120,753	1	,000	0,49	0,41	0,58
Krankenhausgröße			173,000	2	,000			
500-1000 Geburten	-,213	,047	20,441	1	,000	0,81	0,72	0,91
> 1000 Geburten	-,714	,055	169,479	1	,000	0,49	0,42	0,56
Konstante	,347	,057	37,445	1	,000	1,41		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Schulabschluss			143,089	3	,000			
Realschule	-,233	,061	14,477	1	,000	0,79	0,68	0,93
Gymnasium	-,405	,067	36,379	1	,000	0,67	0,56	0,79
Universität	-,722	,065	122,032	1	,000	0,49	0,41	0,57
Krankenhausgröße			179,790	2	,000			
500-1000 Geburten	-,221	,047	22,004	1	,000	0,80	0,71	0,90
> 1000 Geburten	-,732	,055	176,447	1	,000	0,48	0,42	0,55
Keine Zuversicht	,592	,077	58,605	1	,000	1,81	1,48	2,20
Konstante	,312	,057	30,062	1	,000	1,37		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 10 Hypothese 2.1.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 4 <sup>d</sup>			135,488	3	,000			
Schulabschluss								
Realschule	-,223	,061	13,132	1	,000	0,80	0,68	0,94
Gymnasium	-,391	,067	33,807	1	,000	0,68	0,57	0,80
Universität	-,702	,066	114,847	1	,000	0,50	0,42	0,59
Kein Geburtsbeginn	,210	,043	24,165	1	,000	1,23	1,11	1,38
Krankenhausgröße			177,467	2	,000			
500-1000 Geburten	-,223	,047	22,162	1	,000	0,80	0,71	0,90
> 1000 Geburten	-,729	,055	174,345	1	,000	0,48	0,42	0,56
Keine Zuversicht	,587	,077	57,485	1	,000	1,80	1,47	2,19
Konstante	,225	,060	14,215	1	,000	1,25		
Schritt 5 <sup>e</sup>			127,528	3	,000			
Schulabschluss								
Realschule	-,220	,061	12,855	1	,000	0,80	0,68	0,94
Gymnasium	-,382	,067	32,169	1	,000	0,68	0,57	0,81
Universität	-,685	,066	108,780	1	,000	0,50	0,43	0,60
Kein Geburtsbeginn	,202	,043	22,251	1	,000	1,22	1,10	1,37
Krankenhausgröße			177,002	2	,000			
500-1000 Geburten	-,227	,047	23,001	1	,000	0,80	0,71	0,90
> 1000 Geburten	-,729	,055	174,223	1	,000	0,48	0,42	0,56
Subjektive Gesundheit	,192	,041	21,714	1	,000	1,21	1,09	1,35
Keine Zuversicht	,552	,078	50,377	1	,000	1,74	1,42	2,12
Konstante	,131	,063	4,303	1	,038	1,14		
Schritt 6 <sup>f</sup>			85,663	3	,000			
Schulabschluss								
Realschule	-,213	,062	12,026	1	,001	0,81	0,69	0,95
Gymnasium	-,370	,067	30,147	1	,000	0,69	0,58	0,82
Universität	-,597	,069	75,875	1	,000	0,55	0,46	0,66
Kein Geburtsbeginn	,201	,043	22,096	1	,000	1,22	1,10	1,37
Private Krankenversicherung	-,310	,072	18,611	1	,000	0,73	0,61	0,88
Krankenhausgröße			177,764	2	,000			
500-1000 Geburten	-,228	,047	23,193	1	,000	0,80	0,70	0,90
> 1000 Geburten	-,732	,055	174,999	1	,000	0,48	0,42	0,55
Subjektive Gesundheit	,188	,041	20,570	1	,000	1,21	1,08	1,34
Keine Zuversicht	,545	,078	49,089	1	,000	1,73	1,41	2,11
Konstante	,141	,063	4,967	1	,026	1,15		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 7 <sup>g</sup>			<b>82,332</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
<b>Schulabschluss</b>								
<b>Realschule</b>	<b>-,208</b>	<b>,062</b>	<b>11,393</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,81</b>	<b>0,69</b>	<b>0,95</b>
<b>Gymnasium</b>	<b>-,362</b>	<b>,068</b>	<b>28,727</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,70</b>	<b>0,59</b>	<b>0,83</b>
<b>Universität</b>	<b>-,586</b>	<b>,069</b>	<b>72,845</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,56</b>	<b>0,47</b>	<b>0,66</b>
<b>Kein Geburtsbeginn</b>	<b>,199</b>	<b>,043</b>	<b>21,528</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,22</b>	<b>1,09</b>	<b>1,36</b>
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,317</b>	<b>,072</b>	<b>19,418</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,73</b>	<b>0,61</b>	<b>0,88</b>
<b>Betreuung Schwangerschaft</b>			<b>14,793</b>	<b>2</b>	<b>,001</b>			
<b>Gynäkolog/in + Hebamme</b>	<b>-,340</b>	<b>,107</b>	<b>10,107</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,71</b>	<b>0,54</b>	<b>0,94</b>
<b>Hebamme</b>	<b>-,337</b>	<b>,149</b>	<b>5,089</b>	<b>1</b>	<b>,024</b>	<b>0,71</b>	<b>0,49</b>	<b>1,05</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>178,303</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>-,231</b>	<b>,047</b>	<b>23,716</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,79</b>	<b>0,70</b>	<b>0,90</b>
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>-,734</b>	<b>,055</b>	<b>175,698</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,48</b>	<b>0,42</b>	<b>0,55</b>
<b>Subjektive Gesundheit</b>	<b>,190</b>	<b>,041</b>	<b>20,997</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,21</b>	<b>1,09</b>	<b>1,34</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,542</b>	<b>,078</b>	<b>48,483</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,41</b>	<b>2,10</b>
<b>Konstante</b>	<b>,157</b>	<b>,063</b>	<b>6,129</b>	<b>1</b>	<b>,013</b>	<b>1,17</b>		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Krankenhausgröße.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Schulabschluss.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Zuversicht.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Geburtsbeginn.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Subjektive Gesundheit.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Versicherung.

g. In Schritt 7 eingegebene Variablen: Betreuungsperson Schwangerschaft.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Postpartale Schmerzlinderung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11759,310 <sup>a</sup>	,015	,020
2	11657,945 <sup>a</sup>	,026	,035
3	11563,207 <sup>a</sup>	,036	,049
4	11529,206 <sup>a</sup>	,040	,054
5	11510,327 <sup>a</sup>	,042	,057
6	11497,476 <sup>a</sup>	,044	,059
7	11482,789 <sup>a</sup>	,045	,061

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,496	,044	128,314	1	,000	1,64	1,47	1,84
Konstante	-,616	,032	372,938	1	,000	0,54		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Verweildauer			100,430	2	,000			
Zu kurz	,699	,074	89,971	1	,000	2,01	1,66	2,43
Zu lang	,322	,076	17,927	1	,000	1,38	1,13	1,68
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,466	,044	111,786	1	,000	1,59	1,42	1,79
Konstante	-,700	,034	436,583	1	,000	0,50		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,534	,055	94,780	1	,000	1,71	1,48	1,96
Verweildauer			102,864	2	,000			
Zu kurz	,704	,074	90,218	1	,000	2,02	1,67	2,45
Zu lang	,349	,076	20,814	1	,000	1,42	1,16	1,73
Gesundheit_dich(1)	,469	,044	111,525	1	,000	1,60	1,43	1,79
Konstante	-,812	,036	514,804	1	,000	0,44		
Schritt 4 <sup>d</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,541	,055	96,851	1	,000	1,72	1,49	1,98
Verweildauer			92,392	2	,000			
Zu kurz	,668	,075	80,369	1	,000	1,95	1,61	2,36
Zu lang	,339	,077	19,577	1	,000	1,40	1,15	1,71
Gesundheit_dich(1)	,447	,045	100,546	1	,000	1,56	1,39	1,75
Keine Zuversicht	,482	,083	33,887	1	,000	1,62	1,31	2,00
Konstante	-,835	,036	535,785	1	,000	0,43		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 10 Hypothese 2.1.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,570	,055	105,636	1	,000	1,77	1,53	2,04
Alter			18,751	2	,000			
31-35 Jahre	-,105	,051	4,290	1	,038	0,90	0,79	1,03
> 35 Jahre	-,257	,060	18,403	1	,000	0,77	0,66	0,90
Verweildauer			90,386	2	,000			
Zu kurz	,669	,075	80,100	1	,000	1,95	1,61	2,37
Zu lang	,321	,077	17,384	1	,000	1,38	1,13	1,68
Gesundheit_dich(1)	,453	,045	102,960	1	,000	1,57	1,40	1,77
Keine Zuversicht	,464	,083	31,355	1	,000	1,59	1,29	1,97
Konstante	-,756	,043	314,029	1	,000	0,47		
Schritt 6 <sup>f</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,565	,056	103,487	1	,000	1,76	1,52	2,03
Alter			16,513	2	,000			
31-35 Jahre	-,094	,051	3,432	1	,064	0,91	0,80	1,04
> 35 Jahre	-,242	,060	16,320	1	,000	0,78	0,67	0,92
Präpartaler Klinikaufenthalt	,177	,049	12,891	1	,000	1,19	1,05	1,36
Verweildauer			90,448	2	,000			
Zu kurz	,670	,075	80,362	1	,000	1,95	1,61	2,37
Zu lang	,318	,077	17,132	1	,000	1,37	1,13	1,68
Gesundheit_dich(1)	,440	,045	96,498	1	,000	1,55	1,38	1,74
Keine Zuversicht	,459	,083	30,575	1	,000	1,58	1,28	1,96
Konstante	-,804	,045	321,545	1	,000	0,45		
Schritt 7 <sup>g</sup>								
<b>Geplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,571</b>	<b>,056</b>	<b>105,497</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,77</b>	<b>1,53</b>	<b>2,04</b>
<b>Alter</b>			<b>18,468</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
31-35 Jahre	-,104	,051	4,156	1	,041	0,90	0,79	1,03
<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,257</b>	<b>,060</b>	<b>18,173</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,77</b>	<b>0,66</b>	<b>0,90</b>
<b>Präpartaler Klinikaufenthalt</b>	<b>,186</b>	<b>,049</b>	<b>14,083</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,20</b>	<b>1,06</b>	<b>1,37</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>87,156</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,658</b>	<b>,075</b>	<b>77,302</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,93</b>	<b>1,59</b>	<b>2,34</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,315</b>	<b>,077</b>	<b>16,698</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,37</b>	<b>1,12</b>	<b>1,67</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>14,639</b>	<b>2</b>	<b>,001</b>			
500-1000 Geburten	,145	,052	7,732	1	,005	1,16	1,01	1,32
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>,216</b>	<b>,059</b>	<b>13,439</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,24</b>	<b>1,07</b>	<b>1,44</b>
<b>Gesundheit_dich(1)</b>	<b>,444</b>	<b>,045</b>	<b>97,574</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,56</b>	<b>1,39</b>	<b>1,75</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,450</b>	<b>,083</b>	<b>29,258</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,57</b>	<b>1,27</b>	<b>1,94</b>
Konstante	-,917	,055	279,273	1	,000	0,40		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Geburtsmodus.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Zuversicht.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Alter.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: präpartaler Klinikaufenthalt.

g. In Schritt 7 eingegebene Variablen: Krankenhausgröße.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Vorbereitung auf die Zeit zuhause**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Quadrat	Quadrat
1	9802,309 <sup>a</sup>	,072	,113
2	9802,455 <sup>a</sup>	,072	,113

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,027	,072	,146	1	,703	1,03	0,85	1,24
Alter			7,037	2	,030			
31-35 Jahre	-,081	,061	1,742	1	,187	0,92	0,79	1,08
> 35 Jahre	-,189	,071	7,012	1	,008	0,83	0,69	0,99
Schulabschluss			55,577	3	,000			
Realschule	,351	,071	24,411	1	,000	1,42	1,18	1,71
Gymnasium	,489	,081	36,305	1	,000	1,63	1,32	2,01
Universität	,582	,084	47,591	1	,000	1,79	1,44	2,22
Private Krankenversicherung	,252	,092	7,446	1	,006	1,29	1,01	1,63
Erstgebärende	,635	,058	118,064	1	,000	1,89	1,62	2,19
Keine Geburtsvorbereitung	-,323	,055	34,778	1	,000	0,72	0,63	0,83
Verweildauer			107,887	2	,000			
Zu kurz	,887	,115	59,564	1	,000	2,43	1,81	3,26
Zu lang	,837	,114	54,208	1	,000	2,31	1,72	3,10
Krankenhausgröße			34,495	2	,000			
500-1000 Geburten	,203	,058	12,470	1	,000	1,23	1,06	1,42
> 1000 Geburten	,398	,069	33,266	1	,000	1,49	1,25	1,78
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,550	,052	111,895	1	,000	1,73	1,52	1,98
Keine Zuversicht	1,021	,154	43,810	1	,000	2,78	1,87	4,13
Konstante	,326	,088	13,828	1	,000	1,38		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>								
Alter			6,919	2	,031			
31-35 Jahre	-,080	,061	1,696	1	,193	0,92	0,79	1,08
> 35 Jahre	-,186	,071	6,894	1	,009	0,83	0,69	1,00
<b>Schulabschluss</b>			<b>55,526</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
<b>Realschule</b>	<b>,351</b>	<b>,071</b>	<b>24,408</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,42</b>	<b>1,18</b>	<b>1,71</b>
<b>Gymnasium</b>	<b>,490</b>	<b>,081</b>	<b>36,338</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,63</b>	<b>1,32</b>	<b>2,01</b>
<b>Universität</b>	<b>,581</b>	<b>,084</b>	<b>47,509</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,79</b>	<b>1,44</b>	<b>2,22</b>
Private Krankenversicherung	,254	,092	7,558	1	,006	1,29	1,02	1,63
<b>Erstgebärende</b>	<b>,635</b>	<b>,058</b>	<b>118,098</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,89</b>	<b>1,62</b>	<b>2,19</b>
<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>-,321</b>	<b>,055</b>	<b>34,651</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,73</b>	<b>0,63</b>	<b>0,83</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>107,941</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,888</b>	<b>,115</b>	<b>59,704</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,43</b>	<b>1,81</b>	<b>3,27</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,837</b>	<b>,114</b>	<b>54,151</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,31</b>	<b>1,72</b>	<b>3,09</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>34,377</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,202</b>	<b>,057</b>	<b>12,379</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,22</b>	<b>1,06</b>	<b>1,42</b>
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>,398</b>	<b>,069</b>	<b>33,161</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,49</b>	<b>1,25</b>	<b>1,78</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,551</b>	<b>,052</b>	<b>112,051</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,73</b>	<b>1,52</b>	<b>1,98</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>1,021</b>	<b>,154</b>	<b>43,819</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,78</b>	<b>1,87</b>	<b>4,13</b>
Konstante	,328	,087	14,138	1	,000	1,39		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Versicherung, Parität, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Hebammenbetreuung im Kreißaal**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	9877,462 <sup>a</sup>	,033	,053
2	9877,961 <sup>a</sup>	,033	,053
3	9879,508 <sup>a</sup>	,033	,053
4	9882,092 <sup>a</sup>	,033	,053

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,189	,086	4,772	1	,029	1,21	0,97	1,51
Alter			33,992	2	,000			
31-35 Jahre	-,231	,059	15,403	1	,000	0,79	0,68	0,92
> 35 Jahre	-,375	,068	30,611	1	,000	0,69	0,58	0,82
Alleinstehend	,158	,131	1,447	1	,229	1,17	0,83	1,64
Kein Geburtsbeginn	,093	,060	2,367	1	,124	1,10	0,94	1,28
Private Krankenversicherung	-,055	,077	,502	1	,479	0,95	0,78	1,16
Präpartaler Klinikaufenthalt	,111	,060	3,490	1	,062	1,12	0,96	1,30
Betreuung Schwangerschaft			17,374	2	,000			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,423	,117	13,046	1	,000	0,66	0,48	0,89
Hebamme	-,358	,161	4,940	1	,026	0,70	0,46	1,06
Keine Geburtsvorbereitung	,101	,052	3,734	1	,053	1,11	0,97	1,27
Verweildauer			38,760	2	,000			
Zu kurz	,569	,110	26,912	1	,000	1,77	1,33	2,34
Zu lang	,372	,098	14,450	1	,000	1,45	1,13	1,86
Krankenhausgröße			9,171	2	,010			
500-1000 Geburten	,170	,059	8,247	1	,004	1,18	1,02	1,38
> 1000 Geburten	,144	,065	4,828	1	,028	1,15	0,98	1,37
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,640	,053	147,980	1	,000	1,90	1,66	2,17
Keine Zuversicht	,581	,122	22,630	1	,000	1,79	1,31	2,45
Konstante	1,011	,063	256,707	1	,000	2,75		

Fortsetzung nächste Seite



Anhang 10 Hypothese 2.1.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,186	,086	4,619	1	,032	1,20	0,96	1,50
Alter			36,860	2	,000			
31-35 Jahre	-,236	,058	16,415	1	,000	0,79	0,68	0,92
> 35 Jahre	-,384	,067	33,038	1	,000	0,68	0,57	0,81
Alleinstehend	,161	,131	1,499	1	,221	1,17	0,84	1,65
Kein Geburtsbeginn	,094	,060	2,461	1	,117	1,10	0,94	1,28
Präpartaler Klinikaufenthalt	,112	,060	3,546	1	,060	1,12	0,96	1,30
Betreuung Schwangerschaft			17,294	2	,000			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,423	,117	13,026	1	,000	0,66	0,48	0,89
Hebamme	-,356	,161	4,874	1	,027	0,70	0,46	1,06
Keine Geburtsvorbereitung	,103	,052	3,845	1	,050	1,11	0,97	1,27
Verweildauer			38,785	2	,000			
Zu kurz	,570	,110	27,035	1	,000	1,77	1,33	2,35
Zu lang	,370	,098	14,361	1	,000	1,45	1,13	1,86
Krankenhausgröße			9,037	2	,011			
500-1000 Geburten	,169	,059	8,169	1	,004	1,18	1,02	1,38
> 1000 Geburten	,141	,065	4,683	1	,030	1,15	0,97	1,36
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,642	,053	149,408	1	,000	1,90	1,66	2,18
Keine Zuversicht	,581	,122	22,637	1	,000	1,79	1,31	2,45
Konstante	1,006	,063	256,913	1	,000	2,74		
Schritt 3 <sup>a</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,182	,086	4,462	1	,035	1,20	0,96	1,50
Alter			37,797	2	,000			
31-35 Jahre	-,241	,058	17,142	1	,000	0,79	0,68	0,91
> 35 Jahre	-,387	,067	33,652	1	,000	0,68	0,57	0,81
Kein Geburtsbeginn	,096	,060	2,566	1	,109	1,10	0,94	1,29
Präpartaler Klinikaufenthalt	,114	,060	3,633	1	,057	1,12	0,96	1,31
Betreuung Schwangerschaft			17,424	2	,000			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,425	,117	13,209	1	,000	0,65	0,48	0,88
Hebamme	-,354	,161	4,825	1	,028	0,70	0,46	1,06
Keine Geburtsvorbereitung	,106	,052	4,112	1	,043	1,11	0,97	1,27
Verweildauer			39,223	2	,000			
Zu kurz	,572	,110	27,261	1	,000	1,77	1,34	2,35
Zu lang	,373	,098	14,594	1	,000	1,45	1,13	1,87
Krankenhausgröße			8,983	2	,011			
500-1000 Geburten	,168	,059	8,106	1	,004	1,18	1,02	1,38
> 1000 Geburten	,141	,065	4,678	1	,031	1,15	0,97	1,36
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,643	,053	149,692	1	,000	1,90	1,66	2,18
Keine Zuversicht	,584	,122	22,877	1	,000	1,79	1,31	2,46
Konstante	1,013	,063	262,091	1	,000	2,75		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 10 Hypothese 2.1.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 4 <sup>a</sup>	Geplanter Kaiserschnitt	,241	,078	9,550	1	,002	1,27	1,04	1,56
	<b>Alter</b>			<b>38,268</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,243</b>	<b>,058</b>	<b>17,433</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,78</b>	<b>0,68</b>	<b>0,91</b>
	<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,389</b>	<b>,067</b>	<b>34,018</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,68</b>	<b>0,57</b>	<b>0,80</b>
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,123	,059	4,311	1	,038	1,13	0,97	1,32
	<b>Betreuung Schwangerschaft</b>			<b>17,560</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Gynäkolog/in + Hebamme</b>	<b>-,427</b>	<b>,117</b>	<b>13,343</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,65</b>	<b>0,48</b>	<b>0,88</b>
	Hebamme	-,354	,161	4,831	1	,028	0,70	0,46	1,06
	Keine Geburtsvorbereitung	,108	,052	4,299	1	,038	1,11	0,97	1,27
	<b>Verweildauer</b>			<b>39,395</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,571</b>	<b>,110</b>	<b>27,128</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,77</b>	<b>1,33</b>	<b>2,35</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,377</b>	<b>,098</b>	<b>14,933</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,46</b>	<b>1,13</b>	<b>1,88</b>
	Krankenhausgröße			9,022	2	,011			
	500-1000 Geburten	,169	,059	8,224	1	,004	1,18	1,02	1,38
	> 1000 Geburten	,139	,065	4,559	1	,033	1,15	0,97	1,36
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,645</b>	<b>,053</b>	<b>150,855</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,91</b>	<b>1,66</b>	<b>2,18</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,586</b>	<b>,122</b>	<b>23,044</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,80</b>	<b>1,31</b>	<b>2,46</b>
	Konstante	1,035	,061	285,992	1	,000	2,81		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Familienstand, Geburtsbeginn, Versicherung, präpartaler Klinikaufenthalt, Betreuungsperson Schwangerschaft, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Betreuung auf der Wochenbettstation**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11892,144 <sup>a</sup>	,049	,077
2	11892,178 <sup>a</sup>	,049	,077

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,012	,066	,034	1	,854	1,01	0,85	1,20
Alter			19,184	2	,000			
31-35 Jahre	-,217	,054	16,265	1	,000	0,81	0,70	0,92
> 35 Jahre	-,208	,064	10,747	1	,001	0,81	0,69	0,96
Erstgebärende	,130	,052	6,118	1	,013	1,14	0,99	1,30
Präpartaler Klinikaufenthalt	,116	,053	4,680	1	,031	1,12	0,98	1,29
Keine Geburtsvorbereitung	-,153	,050	9,317	1	,002	0,86	0,75	0,98
Verweildauer			116,618	2	,000			
Zu kurz	,710	,102	48,771	1	,000	2,03	1,57	2,64
Zu lang	,894	,104	74,182	1	,000	2,44	1,87	3,19
Krankenhausgröße			24,407	2	,000			
500-1000 Geburten	,197	,053	13,816	1	,000	1,22	1,06	1,40
> 1000 Geburten	,277	,060	21,226	1	,000	1,32	1,13	1,54
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,805	,048	277,202	1	,000	2,24	1,97	2,53
Keine Zuversicht	,762	,123	38,512	1	,000	2,14	1,56	2,94
Konstante	,821	,068	145,735	1	,000	2,27		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>								
<b>Alter</b>			<b>19,191</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,216</b>	<b>,054</b>	<b>16,238</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,81</b>	<b>0,70</b>	<b>0,92</b>
<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,207</b>	<b>,063</b>	<b>10,728</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,81</b>	<b>0,69</b>	<b>0,96</b>
Erstgebärende	,130	,052	6,130	1	,013	1,14	0,99	1,30
Präpartaler Klinikaufenthalt	,116	,053	4,705	1	,030	1,12	0,98	1,29
Keine Geburtsvorbereitung	-,152	,050	9,295	1	,002	0,86	0,75	0,98
<b>Verweildauer</b>			<b>116,605</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,710</b>	<b>,102</b>	<b>48,803</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,03</b>	<b>1,57</b>	<b>2,64</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,893</b>	<b>,104</b>	<b>74,154</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,44</b>	<b>1,87</b>	<b>3,19</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>24,378</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,197</b>	<b>,053</b>	<b>13,792</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,22</b>	<b>1,06</b>	<b>1,40</b>
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>,277</b>	<b>,060</b>	<b>21,202</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,32</b>	<b>1,13</b>	<b>1,54</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,805</b>	<b>,048</b>	<b>277,310</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,24</b>	<b>1,97</b>	<b>2,53</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,762</b>	<b>,123</b>	<b>38,522</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,14</b>	<b>1,56</b>	<b>2,94</b>
Konstante	,822	,068	146,797	1	,000	2,28		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Service, Komfort & Sauberkeit**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11739,722 <sup>a</sup>	,019	,030
2	11740,148 <sup>a</sup>	,019	,030

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt	Variable	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>	Geplanter Kaiserschnitt	,044	,068	,423	1	,516	1,04	0,88	1,24
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,131	,054	5,872	1	,015	1,14	0,99	1,31
	Verweildauer			39,973	2	,000			
	Zu kurz	,246	,090	7,525	1	,006	1,28	1,02	1,61
	Zu lang	,559	,095	34,653	1	,000	1,75	1,37	2,23
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,593	,048	151,117	1	,000	1,81	1,60	2,05
	Keine Zuversicht	,254	,100	6,403	1	,011	1,29	1,00	1,67
	Konstante	1,122	,034	1064,148	1	,000	3,07		
Schritt 2 <sup>a</sup>	Präpartaler Klinikaufenthalt	,132	,054	5,953	1	,015	1,14	0,99	1,31
	<b>Verweildauer</b>			<b>39,873</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,247</b>	<b>,090</b>	<b>7,587</b>	<b>1</b>	<b>,006</b>	<b>1,28</b>	<b>1,02</b>	<b>1,61</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,557</b>	<b>,095</b>	<b>34,505</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,75</b>	<b>1,37</b>	<b>2,23</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,593</b>	<b>,048</b>	<b>151,515</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,81</b>	<b>1,60</b>	<b>2,05</b>
	Keine Zuversicht	,253	,100	6,374	1	,012	1,29	0,99	1,67
	Konstante	1,128	,033	1148,501	1	,000	3,09		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Ärztliche Betreuung****Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	10337,840 <sup>a</sup>	,037	,060

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Geplanter Kaiserschnitt</b>	<b>-,322</b>	<b>,067</b>	<b>23,170</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,72</b>	<b>0,61</b>	<b>0,86</b>
<b>Alter</b>			<b>36,421</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,198</b>	<b>,058</b>	<b>11,792</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,82</b>	<b>0,71</b>	<b>0,95</b>
<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,387</b>	<b>,065</b>	<b>35,188</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,68</b>	<b>0,57</b>	<b>0,80</b>
Private Krankenversicherung	-,229	,073	9,716	1	,002	0,80	0,66	0,96
<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>-,213</b>	<b>,050</b>	<b>18,010</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,81</b>	<b>0,71</b>	<b>0,92</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>77,527</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,605</b>	<b>,105</b>	<b>33,056</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,83</b>	<b>1,40</b>	<b>2,40</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,751</b>	<b>,107</b>	<b>49,140</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,12</b>	<b>1,61</b>	<b>2,79</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,639</b>	<b>,051</b>	<b>156,008</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,89</b>	<b>1,66</b>	<b>2,16</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,603</b>	<b>,121</b>	<b>24,840</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,83</b>	<b>1,34</b>	<b>2,50</b>
Konstante	1,355	,050	742,764	1	,000	3,88		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Versicherung, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Essen**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10918,792 <sup>a</sup>	,022	,033
2	10920,478 <sup>a</sup>	,021	,033

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt	Variable	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>	Geplanter Kaiserschnitt	,201	,071	7,985	1	,005	1,22	1,02	1,47
	Erstgebärende	,067	,052	1,686	1	,194	1,07	0,94	1,22
	Schulabschluss			23,283	3	,000			
	Realschule	,160	,069	5,388	1	,020	1,17	0,98	1,40
	Gymnasium	,275	,077	12,591	1	,000	1,32	1,08	1,61
	Universität	,352	,078	20,444	1	,000	1,42	1,16	1,74
	Private Krankenversicherung	,243	,086	7,983	1	,005	1,27	1,02	1,59
	Keine Geburtsvorbereitung	-,185	,052	12,757	1	,000	0,83	0,73	0,95
	Verweildauer			79,086	2	,000			
	Zu kurz	,348	,091	14,487	1	,000	1,42	1,12	1,79
	Zu lang	,882	,107	68,462	1	,000	2,42	1,84	3,18
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,286	,049	34,771	1	,000	1,33	1,17	1,51
	Keine Zuversicht	,368	,105	12,365	1	,000	1,44	1,10	1,89
	Konstante	,825	,076	117,976	1	,000	2,28		
Schritt 2 <sup>a</sup>	Geplanter Kaiserschnitt	,198	,071	7,790	1	,005	1,22	1,02	1,46
	<b>Schulabschluss</b>			<b>23,711</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
	Realschule	,162	,069	5,549	1	,018	1,18	0,98	1,41
	<b>Gymnasium</b>	<b>,278</b>	<b>,077</b>	<b>12,871</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,32</b>	<b>1,08</b>	<b>1,61</b>
	<b>Universität</b>	<b>,355</b>	<b>,078</b>	<b>20,833</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,43</b>	<b>1,17</b>	<b>1,74</b>
	Private Krankenversicherung	,240	,086	7,828	1	,005	1,27	1,02	1,59
	<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>-,207</b>	<b>,049</b>	<b>17,934</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,81</b>	<b>0,72</b>	<b>0,92</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>80,566</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,348</b>	<b>,091</b>	<b>14,456</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,42</b>	<b>1,12</b>	<b>1,79</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,890</b>	<b>,106</b>	<b>70,029</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,44</b>	<b>1,85</b>	<b>3,20</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,280</b>	<b>,048</b>	<b>33,592</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,32</b>	<b>1,17</b>	<b>1,50</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,388</b>	<b>,103</b>	<b>14,068</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,47</b>	<b>1,13</b>	<b>1,92</b>
	Konstante	,868	,069	160,369	1	,000	2,38		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Parität, Schulabschluss, Versicherung, Geburtsvorbereitung, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Zimmeratmosphäre**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	10261,785 <sup>a</sup>	,021	,033
2	10265,223 <sup>a</sup>	,021	,032
3	10270,334 <sup>a</sup>	,020	,032

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Variable	Regressionsko- effizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	Geplanter Kaiserschnitt	,182	,073	6,173	1	,013	1,20	0,99	1,45
	Alter			3,452	2	,178			
	31-35 Jahre	-,061	,058	1,109	1	,292	0,94	0,81	1,09
	> 35 Jahre	-,123	,067	3,338	1	,068	0,88	0,74	1,05
	Schulabschluss			14,803	3	,002			
	Realschule	,283	,075	14,397	1	,000	1,33	1,10	1,61
	Gymnasium	,229	,081	7,898	1	,005	1,26	1,02	1,55
	Universität	,200	,081	6,104	1	,013	1,22	0,99	1,50
	Private Krankenversicherung	-,552	,076	53,068	1	,000	0,58	0,47	0,70
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,120	,057	4,383	1	,036	1,13	0,97	1,31
	Betreuung Schwangerschaft			5,305	2	,070			
	Gynäkolog/in + Hebamme	-,196	,119	2,705	1	,100	0,82	0,61	1,12
	Hebamme	-,272	,163	2,789	1	,095	0,76	0,50	1,16
	Verweildauer			48,693	2	,000			
	Zu kurz	,471	,100	22,262	1	,000	1,60	1,24	2,07
	Zu lang	,540	,099	29,926	1	,000	1,72	1,33	2,21
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,273	,050	29,677	1	,000	1,31	1,15	1,50
	Keine Zuversicht	,368	,108	11,660	1	,001	1,44	1,09	1,91
	Konstante	1,509	,104	211,551	1	,000	4,52		

Fortsetzung nächste Seite



Anhang 10 Hypothese 2.1.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,170	,073	5,439	1	,020	1,19	0,98	1,43
Schulabschluss			14,569	3	,002			
Realschule	,280	,075	14,114	1	,000	1,32	1,09	1,60
Gymnasium	,221	,081	7,392	1	,007	1,25	1,01	1,54
Universität	,177	,080	4,907	1	,027	1,19	0,97	1,47
Private Krankenversicherung	-,569	,075	57,421	1	,000	0,57	0,47	0,69
Präpartaler Klinikaufenthalt	,125	,057	4,727	1	,030	1,13	0,98	1,31
Betreuung Schwangerschaft			5,287	2	,071			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,193	,119	2,643	1	,104	0,82	0,61	1,12
Hebamme	-,274	,163	2,832	1	,092	0,76	0,50	1,16
Verweildauer			49,946	2	,000			
Zu kurz	,471	,100	22,299	1	,000	1,60	1,24	2,07
Zu lang	,550	,098	31,191	1	,000	1,73	1,34	2,23
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,267	,050	28,514	1	,000	1,31	1,15	1,49
Keine Zuversicht	,379	,108	12,368	1	,000	1,46	1,11	1,93
Konstante	1,495	,103	210,527	1	,000	4,46		
Schritt 3 <sup>a</sup>								
Geplanter Kaiserschnitt	,174	,073	5,688	1	,017	1,19	0,99	1,44
Schulabschluss			14,188	3	,003			
Realschule	,276	,075	13,716	1	,000	1,32	1,09	1,60
Gymnasium	,215	,081	7,013	1	,008	1,24	1,01	1,53
Universität	,168	,080	4,460	1	,035	1,18	0,96	1,45
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,564</b>	<b>,075</b>	<b>56,497</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,57</b>	<b>0,47</b>	<b>0,69</b>
Präpartaler Klinikaufenthalt	,127	,057	4,878	1	,027	1,14	0,98	1,32
<b>Verweildauer</b>			<b>49,130</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,470</b>	<b>,100</b>	<b>22,149</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,60</b>	<b>1,24</b>	<b>2,07</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,543</b>	<b>,098</b>	<b>30,450</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,34</b>	<b>2,22</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,266</b>	<b>,050</b>	<b>28,219</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,30</b>	<b>1,15</b>	<b>1,48</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,382</b>	<b>,108</b>	<b>12,593</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,46</b>	<b>1,11</b>	<b>1,93</b>
Konstante	1,480	,103	207,375	1	,000	4,39		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Versicherung, präpartaler Klinikaufenthalt, Betreuungsperson Schwangerschaft, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	13374,890 <sup>a</sup>	,053	,072
2	13376,911 <sup>a</sup>	,053	,071

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	,094	,066	2,022	1	,155	1,10	0,93	1,30
Alter			6,730	2	,035			
31-35 Jahre	-,027	,048	,314	1	,575	0,97	0,86	1,10
> 35 Jahre	-,147	,057	6,552	1	,010	0,86	0,74	1,00
Schulabschluss			71,157	3	,000			
Realschule	-,204	,062	10,879	1	,001	0,82	0,70	0,96
Gymnasium	-,349	,068	26,495	1	,000	0,71	0,59	0,84
Universität	-,556	,070	63,704	1	,000	0,57	0,48	0,69
Kein Geburtsbeginn	,158	,048	10,873	1	,001	1,17	1,04	1,33
Private Krankenversicherung	-,299	,073	16,946	1	,000	0,74	0,61	0,89
Präpartaler Klinikaufenthalt	,135	,047	8,348	1	,004	1,14	1,01	1,29
Betreuung Schwangerschaft			14,798	2	,001			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,339	,107	10,024	1	,002	0,71	0,54	0,94
Hebamme	-,341	,150	5,182	1	,023	0,71	0,48	1,05
Verweildauer			9,456	2	,009			
Zu kurz	,193	,073	6,970	1	,008	1,21	1,00	1,46
Zu lang	,133	,072	3,379	1	,066	1,14	0,95	1,38
Krankenhausgröße			177,521	2	,000			
500-1000 Geburten	-,232	,048	23,786	1	,000	0,79	0,70	0,90
> 1000 Geburten	-,735	,056	174,950	1	,000	0,48	0,42	0,55
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,180	,042	18,674	1	,000	1,20	1,08	1,33
Keine Zuversicht	,507	,078	41,712	1	,000	1,66	1,36	2,03
Konstante	,123	,067	3,396	1	,065	1,13		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 10 Hypothese 2.1.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>			6,199	2	,045			
Alter								
31-35 Jahre	-,023	,048	,233	1	,629	0,98	0,86	1,11
> 35 Jahre	-,140	,057	5,994	1	,014	0,87	0,75	1,01
<b>Schulabschluss</b>			<b>71,126</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
<b>Realschule</b>	<b>-,203</b>	<b>,062</b>	<b>10,767</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,82</b>	<b>0,70</b>	<b>0,96</b>
<b>Gymnasium</b>	<b>-,348</b>	<b>,068</b>	<b>26,241</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,71</b>	<b>0,59</b>	<b>0,84</b>
<b>Universität</b>	<b>-,556</b>	<b>,070</b>	<b>63,658</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,57</b>	<b>0,48</b>	<b>0,69</b>
<b>Kein Geburtsbeginn</b>	<b>,188</b>	<b>,043</b>	<b>19,037</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,21</b>	<b>1,08</b>	<b>1,35</b>
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,294</b>	<b>,073</b>	<b>16,427</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,75</b>	<b>0,62</b>	<b>0,90</b>
Präpartaler Klinikaufenthalt	,134	,047	8,255	1	,004	1,14	1,01	1,29
Betreuung Schwangerschaft			14,909	2	,001			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,339	,107	10,004	1	,002	0,71	0,54	0,94
Hebamme	-,345	,150	5,319	1	,021	0,71	0,48	1,04
Verweildauer			9,551	2	,008			
Zu kurz	,196	,073	7,203	1	,007	1,22	1,01	1,47
Zu lang	,130	,072	3,243	1	,072	1,14	0,95	1,37
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>178,289</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>-,234</b>	<b>,048</b>	<b>24,341</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,79</b>	<b>0,70</b>	<b>0,89</b>
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>-,737</b>	<b>,056</b>	<b>175,878</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,48</b>	<b>0,41</b>	<b>0,55</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,181</b>	<b>,042</b>	<b>18,784</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,20</b>	<b>1,08</b>	<b>1,33</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,505</b>	<b>,078</b>	<b>41,437</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,66</b>	<b>1,35</b>	<b>2,03</b>
Konstante	,123	,067	3,410	1	,065	1,13		

a. In Schritt 1 eingeebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Geburtsbeginn, Versicherung, präpartaler Klinikaufenthalt, Betreuungsperson Schwangerschaft, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Postpartale Schmerzlinderung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11482,763 <sup>a</sup>	,045	,061
2	11482,789 <sup>a</sup>	,045	,061

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt	Variable	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>	Geplanter Kaiserschnitt	,576	,064	81,192	1	,000	1,78	1,51	2,10
	Alter			18,489	2	,000			
	31-35 Jahre	-,104	,051	4,170	1	,041	0,90	0,79	1,03
	> 35 Jahre	-,257	,060	18,192	1	,000	0,77	0,66	0,90
	Kein Geburtsbeginn	-,008	,052	,026	1	,872	0,99	0,87	1,13
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,186	,050	14,072	1	,000	1,20	1,06	1,37
	Verweildauer			87,171	2	,000			
	Zu kurz	,658	,075	77,281	1	,000	1,93	1,59	2,34
	Zu lang	,315	,077	16,723	1	,000	1,37	1,12	1,67
	Krankenhausgröße			14,631	2	,001			
	500-1000 Geburten	,145	,052	7,743	1	,005	1,16	1,01	1,32
	> 1000 Geburten	,215	,059	13,420	1	,000	1,24	1,07	1,44
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,444	,045	97,593	1	,000	1,56	1,39	1,75
	Keine Zuversicht	,450	,083	29,260	1	,000	1,57	1,27	1,94
Konstante	-,915	,056	263,242	1	,000	0,40			
Schritt 2 <sup>a</sup>	<b>Geplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,571</b>	<b>,056</b>	<b>105,497</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,77</b>	<b>1,53</b>	<b>2,04</b>
	<b>Alter</b>			<b>18,468</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,104</b>	<b>,051</b>	<b>4,156</b>	<b>1</b>	<b>,041</b>	<b>0,90</b>	<b>0,79</b>	<b>1,03</b>
	<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,257</b>	<b>,060</b>	<b>18,173</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,77</b>	<b>0,66</b>	<b>0,90</b>
	<b>Präpartaler Klinikaufenthalt</b>	<b>,186</b>	<b>,049</b>	<b>14,083</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,20</b>	<b>1,06</b>	<b>1,37</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>87,156</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,658</b>	<b>,075</b>	<b>77,302</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,93</b>	<b>1,59</b>	<b>2,34</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,315</b>	<b>,077</b>	<b>16,698</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,37</b>	<b>1,12</b>	<b>1,67</b>
	<b>Krankenhausgröße</b>			<b>14,639</b>	<b>2</b>	<b>,001</b>			
	500-1000 Geburten	,145	,052	7,732	1	,005	1,16	1,01	1,32
	> 1000 Geburten	,216	,059	13,439	1	,000	1,24	1,07	1,44
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,444	,045	97,574	1	,000	1,56	1,39	1,75
	Keine Zuversicht	,450	,083	29,258	1	,000	1,57	1,27	1,94
	Konstante	-,917	,055	279,273	1	,000	0,40		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Geburtsbeginn, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

## Anhang 11

## Frage 2.2 Kreuztabellen

Tab A11-1 Kreuztabellen Geburtsmodus und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Ungeplante Sectio (N=2614) N (%)	Vaginale Geburt (N=11600) N (%)	Cramér's $V^e$	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1146 (17) 840 (19) 573 (21)	5569 (83) 3673 (81) 2180 (79)	0,04	1,09 1,22	1,01-1,18 1,12-1,33	0,035 <0,001
<b>Schulabschluss</b> <i>Hauptschule</i> Realschule Gymnasium Universität	365 (18) 830 (18) 563 (19) 781 (19)	1680 (82) 3713 (82) 2453 (81) 3293 (81)		1,02 1,05 1,07	0,92-1,14 0,93-1,18 0,96-1,20	0,681 0,460 0,211
<b>Familienstand</b> <i>Verheiratet / mit Partner</i> Alleinstehend	2460 (18) 131 (19)	10957 (82) 565 (81)		1,03	0,88-1,20	0,746
<b>Versicherungsstatus</b> <i>Privat</i> Gesetzlich	2007 (18) 259 (19)	9073 (82) 1106 (81)		1,05	0,93-1,18	0,437
<b>Parität</b> <i>Mehrgebärende</i> Erstgebärende	740 (12) 1861 (24)	5545 (88) 6020 (76)	0,15	2,01	1,85-2,17	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	446 (40) 2143 (16)	665 (60) 10873 (84)	0,17	0,41	0,38-0,45	<0,001
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> <i>Nein</i> Ja	1795 (18) 781 (20)	8404 (82) 3064 (80)	0,03	1,15	1,07-1,24	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1390 (15) 1124 (27)	8121 (85) 3029 (73)	0,15	1,85	1,73-1,99	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> <i>Bis zur 12.SSW</i> Nach der 12.SSW	2268 (18) 191 (20)	10225 (82) 742 (80)		1,13	0,99-1,29	0,078
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> <i>Gynäkologin</i> Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2291 (18) 128 (21) 64 (20)	10421 (82) 493 (79) 251 (80)		1,14 1,13	0,98-1,34 0,90-1,41	0,102 0,296
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1799 (21) 795 (14)	6798 (79) 4762 (86)	0,08	0,68	0,63-0,74	<0,001
<b>Verweildauer</b> <i>Genau richtig</i> Zu kurz Zu lang	1981 (17) 268 (22) 332 (23)	9402 (83) 976 (78) 1098 (77)	0,03 0,05	1,24 1,33	1,11-1,39 1,20-1,48	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausaufgröße</b> <i>&lt; 500 Geburten</i> 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	819 (18) 1077 (18) 718 (19)	3713 (82) 4769 (82) 3118 (81)		1,02 1,04	0,94-1,11 0,95-1,13	0,646 0,447
<b>Subjektive Gesundheit</b> <i>Gut</i> Beeinträchtigt	1339 (18) 1259 (19)	6022 (82) 5510 (81)		1,02	0,95-1,10	0,531
<b>Zuversicht mit dem Kind</b> <i>zu Hause zurecht zu kommen</i> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2286 (18) 215 (20)	10234 (82) 839 (80)		1,12	0,99-1,27	0,085

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)<sup>b</sup> Relatives Risiko<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 11 Frage 2.2 Kreuztabellen, Geburtsmodus / Parität / Subjektive Gesundheit

Tab A11-2 Kreuztabellen Parität und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Mehrgebärende (N=) N (%)	Erstgebärende (N=) N (%)	Cramer's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	2101 (31) 2299 (51) 1787 (65)	4592 (69) 2201 (49) 954 (35)	0,20 0,31	1,63 2,08	1,56-1,70 1,99-2,17	<0,001 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	1115 (55) 2006 (44) 1232 (41) 1676 (41)	924 (45) 2523 (56) 1772 (59) 2383 (59)	0,10 0,14 0,13	0,81 0,75 0,76	0,77-0,85 0,71-0,80 0,72-0,80	<0,001 <0,001 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	6027 (45) 219 (32)	7344 (55) 475 (68)	0,06	0,70	0,63-0,78	<0,001
<b>Versicherungstatus</b> Privat Gesetzlich	607 (45) 4480 (44)	745 (55) 6161 (56)		0,99	0,93-1,06	0,779
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	4650 (46) 1549 (40)	5520 (54) 2284 (60)	0,05	0,88	0,85-0,92	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	4281 (45) 1752 (42)	5204 (55) 2388 (58)		0,94	0,90-0,98	0,002
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Geplanter Kaiserschnitt	5545 (48) 740 (28)	6020 (52) 1861 (72)	0,15	0,59	0,56-0,63	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12.SSW Nach der 12.SSW	5617 (45) 376 (40)	6854 (55) 556 (60)		0,90	0,83-0,97	0,005
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	5658 (45) 257 (42) 134 (43)	7036 (55) 362 (58) 180 (57)		0,93 0,96	0,85-1,03 0,84-1,09	0,135 0,504
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	2619 (31) 3649 (66)	5965 (69) 1897 (34)	0,35	2,16	2,08-2,24	<0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	5167 (46) 587 (47) 458 (32)	6177 (54) 653 (53) 967 (86)	0,09	1,04 0,71	0,98-1,11 0,65-0,76	0,203 <0,001
<b>Krankenhausausröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	2102 (47) 2621 (45) 1562 (41)	2413 (53) 3209 (55) 2259 (59)	0,06	0,97 0,88	0,93-1,01 0,84-0,92	0,105 <0,001
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	2896 (39) 3344 (50)	4440 (61) 3402 (50)	0,10	1,26	1,21-1,30	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	5815 (47) 164 (16)	6663 (53) 888 (84)	0,17	0,34	0,29-0,39	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Anhang 11 Frage 2.2 Kreuztabellen, Geburtsmodus / Parität / Subjektive Gesundheit

Tab A11-3 Kreuztabellen Subjektive Gesundheit und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Gut (N=7361) N (%)	Beeinträchtigt (N=6769) N (%)	Cramér <sup>a</sup> s V <sup>b</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	3502 (52) 2410 (54) 1355 (49)	3186 (48) 2087 (46) 1389 (51)		1,02 0,94	0,99-1,06 0,90-0,99	0,202 0,008
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	929 (46) 2220 (49) 1581 (53) 2349 (59)	1104 (54) 2314 (51) 1420 (47) 1671 (41)	0,07 0,13	1,07 1,15 1,29	1,01-1,13 1,09-1,22 1,22-1,36	0,014 <0,001 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	6996 (52) 333 (48)	6371 (48) 363 (52)		0,91	0,85-0,99	0,021
<b>Versicherungstatus</b> Privat Gesetzlich	835 (61) 5551 (50)	526 (39) 5484 (50)	0,07	0,82	0,78-0,86	<0,001
<b>Parität</b> Mehrgebärende Erstgebärende	2869 (46) 3402 (43)	3344 (54) 4440 (57)	0,10	1,22	1,18-1,26	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	483 (44) 6100 (47)	622 (56) 6838 (53)	0,05	1,21	1,13-1,30	<0,001
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Ja Nein	5513 (54) 1769 (46)	4629 (46) 2052 (54)	0,07	0,85	0,82-0,89	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	5075 (54) 1987 (48)	4383 (46) 2144 (52)	0,05	0,90	0,86-0,93	<0,001
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Geplanter Kaiserschnitt	5510 (48) 1339 (52)	6022 (52) 1259 (48)		1,01	0,97-1,06	0,531
<b>Begleitn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12.SSW Nach der 12.SSW	6508 (52) 462 (50)	5921 (48) 463 (50)		0,95	0,89-1,02	0,156
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	6633 (52) 308 (50) 167 (54)	6011 (48) 311 (50) 143 (46)		0,95 1,03	0,88-1,03 0,93-1,14	0,189 0,623
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	4668 (55) 2663 (48)	3890 (45) 2852 (52)	0,06	0,89	0,86-0,92	<0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	6075 (54) 510 (41) 715 (50)	5239 (46) 733 (59) 711 (50)	0,08	0,76 0,93	0,71-0,82 0,88-0,99	<0,001 0,011
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	2355 (52) 2935 (51) 1748 (46)	2150 (48) 2871 (49) 2071 (54)		0,97 1,04	0,93-1,00 1,00-1,08	0,082 0,075
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	6673 (54) 367 (35)	5791 (46) 679 (65)	0,09	0,66	0,60-0,71	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 12 Hypothese 2.2.A Kreuztabellen

### Anhang 12

#### Hypothese 2.2.A Kreuztabellen

Tab A12-1 Kreuztabellen Hebammenbetreuung im Kreißsaal und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2666) N (%)	>20. Perzentile (N=11548) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	1096 (16)	5619 (84)	0,06	0,95	0,93-0,96	<0,001
31-35 Jahre	938 (21)	3575 (79)	0,07	0,93	0,91-0,95	<0,001
> 36 Jahre	604 (22)	2149 (78)				
<b>Schulabschluss</b>						
Hauptschule	344 (17)	1701 (83)		0,99	0,97-1,01	0,363
Realschule	806 (18)	3737 (82)		0,96	0,93-0,98	0,001
Gymnasium	615 (20)	2401 (80)		0,96	0,94-0,98	0,001
Universität	824 (20)	3250 (80)				
<b>Familienstand</b>						
Verheiratet / mit Partner	2547 (19)	10870 (81)		1,06	1,02-1,09	0,002
Alleinstehend	100 (14)	596 (86)				
<b>Versicherungsstatus</b>						
Privat	299 (22)	1066 (78)	0,03	1,05	1,02-1,08	<0,001
Gesetzlich	1985 (18)	9095 (82)				
<b>Partität</b>						
Mehrgewährnde	1254 (20)	5031 (80)		1,03	1,01-1,04	0,001
Eisgebährnde	1407 (18)	6474 (82)				
<b>Z. n. Sectio</b>						
Ja	191 (17)	920 (83)		0,98	0,95-1,01	0,163
Nein	2459 (19)	10557 (81)				
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b>						
Nein	2004 (20)	8195 (80)	0,03	1,04	1,02-1,06	<0,001
Ja	638 (17)	3207 (83)				
<b>Geburt bei Aufnahme</b>						
bereits begonnen	1875 (20)	7636 (80)	0,04	1,04	1,02-1,06	<0,001
Ja	693 (17)	3460 (83)				
<b>Geburtsmodus</b>						
Vaginale Geburt	2309 (20)	9291 (80)	0,06	1,08	1,06-1,10	<0,001
Kaiserschnitt	357 (14)	2257 (86)				
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b>						
Bis zur 12.SSW	2375 (19)	10118 (81)		1,01	0,98-1,04	0,608
Nach der 12.SSW	171 (18)	762 (82)				
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>						
Gynäkologin	2314 (18)	10398 (82)	0,04	0,90	0,86-0,95	<0,001
Gynäkologin/Hebamme	162 (26)	459 (74)	0,03	0,90	0,84-0,96	<0,001
Hebamme	84 (27)	231 (73)				
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	1700 (20)	6897 (80)	0,03	1,03	1,01-1,05	<0,001
Nein	960 (17)	4597 (83)				
<b>Verweildauer</b>						
Genau richtig	2323 (20)	9060 (80)	0,07	1,12	1,09-1,14	<0,001
Zu kurz	139 (11)	1105 (89)	0,06	1,09	1,07-1,12	<0,001
Zu lang	184 (13)	1246 (87)				
<b>Krankenhaushausgröße</b>						
< 500 Geburten	915 (20)	3617 (80)		1,03	1,01-1,04	0,010
500-1000 Geburten	1063 (18)	4783 (82)		1,03	1,01-1,05	0,009
> 1000 Geburten	688 (18)	3148 (82)				
<b>Subjektive Gesundheit</b>						
Gut	1746 (24)	5615 (76)	0,13	1,14	1,12-1,15	<0,001
Beschränkt	907 (13)	5862 (87)				
<b>Zuversicht mit dem Kind</b>						
zuversichtlich	2474 (20)	10046 (80)	0,08	1,14	1,12-1,17	<0,001
Nicht zuversichtlich	88 (8)	966 (92)				

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall



Anhang 12 Hypothese 2.2.A Kreuztabellen

Tab A12-2 Kreuztabellen **Ärztliche Betreuung** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20.Perzentile (N=2657) N (%)	>20.Perzentile (N=11552) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1072 (16) 913 (20) 644 (23)	5642 (84) 3597 (80) 2108 (77)	0,05 0,09	0,95 0,91	0,93-0,97 0,89-0,93	<0,001 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	380 (19) 780 (17) 558 (19) 834 (20)	1664 (81) 3761 (83) 2458 (81) 3238 (80)		1,02 1,00 0,98	0,99-1,04 0,97-1,03 0,95-1,00	0,163 0,936 0,080
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	2522 (19) 116 (17)	10890 (81) 580 (83)		1,03	0,99-1,06	0,159
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	311 (23) 1917 (17)	1053 (77) 9160 (83)	0,04	1,07	1,04-1,10	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1244 (20) 1404 (18)	5037 (80) 6476 (82)		1,02	1,01-1,04	0,003
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	239 (22) 2401 (18)	872 (78) 10610 (82)		1,04	1,01-1,07	0,012
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	1920 (19) 718 (19)	8274 (81) 3127 (81)		1,00	0,98-1,02	0,828
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1801 (19) 770 (19)	7708 (81) 3382 (81)		1,00	0,99-1,02	0,587
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2159 (19) 498 (19)	9436 (81) 2116 (81)		0,99	0,97-1,02	0,610
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12.SSW Nach der 12.SSW	2346 (19) 172 (18)	10143 (81) 760 (82)		1,00	0,97-1,04	0,804
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin GynäkologIn/Hebamme Hebamme	2352 (19) 124 (20) 65 (21)	10357 (81) 495 (80) 250 (79)		0,98 0,97	0,94-1,02 0,92-1,03	0,341 0,337
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1542 (18) 1101 (20)	7053 (82) 4453 (80)		0,98	0,96-0,99	0,005
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2349 (21) 147 (12) 138 (10)	9031 (79) 1097 (88) 1290 (90)	0,07 0,09	1,11 1,14	1,09-1,14 1,12-1,16	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	881 (19) 1079 (18) 697 (18)	3651 (81) 4763 (82) 3138 (82)		1,01 1,02	0,99-1,03 0,99-1,04	0,211 0,141
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1717 (23) 922 (14)	5641 (77) 5845 (86)	0,12	1,13	1,11-1,14	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2465 (20) 99 (9)	10052 (80) 955 (91)	0,07	1,13	1,10-1,15	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Anhang 12 Hypothese 2.2.A Kreuztabellen

Tab A12-3 Kreuztabellen **Betreuung auf der Wochenbettstation** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2782) N (%)	>20. Perzentile (N=11430) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1170 (17) 975 (22) 604 (22)	5545 (83) 3536 (78) 2149 (78)	0,05 0,05	0,95 0,95	0,93-0,97 0,92-0,97	<0,001 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	417 (20) 866 (19) 596 (20) 794 (19)	1628 (80) 3676 (81) 2419 (80) 3280 (81)		1,02 1,01 1,01 1,01	0,99-1,04 0,98-1,04 0,98-1,04	0,209 0,587 0,404
<b>Familienstand</b> Verheiratet/ mit Partner Alleinstehend	2636 (20) 125 (18)	10779 (80) 571 (82)		1,02	0,99-1,06	0,273
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	261 (19) 2146 (19)	1104 (81) 8932 (81)		1,00	0,97-1,02	0,825
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1361 (22) 1414 (18)	4922 (78) 6467 (82)	0,05	1,05	1,03-1,07	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	243 (22) 2527 (19)	868 (78) 10487 (81)		1,03	1,00-1,07	0,048
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	2091 (21) 671 (17)	8106 (79) 3174 (83)	0,03	1,04	1,02-1,06	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1896 (20) 780 (19)	7614 (80) 3372 (81)		1,01	1,00-1,03	0,119
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2316 (20) 466 (18)	9282 (80) 2148 (82)		1,03	1,01-1,05	0,013
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2442 (20) 186 (20)	10049 (80) 747 (80)		1,00	0,96-1,03	0,775
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2460 (19) 136 (22) 68 (22)	10252 (81) 484 (78) 247 (78)		0,97 0,97 0,97	0,93-1,01 0,92-1,03	0,113 0,322
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1634 (19) 1137 (20)	6962 (81) 4419 (80)		0,98	0,97-1,00	0,033
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2487 (22) 124 (10) 140 (10)	8896 (78) 1120 (90) 1290 (90)	0,09 0,09 0,09	1,15 1,15 1,15	1,13-1,18 1,13-1,18	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	1000 (22) 1084 (19) 698 (18)	3532 (78) 4760 (81) 3138 (82)	0,04 0,05	1,05 1,05	1,02-1,07 1,03-1,07	<0,001 <0,001
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1862 (25) 905 (13)	5499 (75) 5862 (87)	0,15	1,16	1,14-1,18	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2574 (21) 89 (8)	9945 (79) 965 (92)	0,08	1,15	1,13-1,18	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Anhang 12 Hypothese 2.2.A Kreuztabellen

Tab A12-4 Kreuztabellen Vorbereitung auf die Zeit zuhause und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20.Perzentile (N=2706) N (%)	>20.Perzentile (N=11436) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1192 (18) 882 (20) 599 (22)	5506 (82) 3602 (80) 2129 (78)		0,98 0,95	0,96-1,00 0,93-0,97	0,012 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	546 (27) 894 (20) 518 (17) 614 (15)	1486 (73) 3631 (80) 2479 (83) 3440 (85)	0,08 0,12 0,14	1,10 1,13 1,16	1,06-1,13 1,10-1,17 1,13-1,19	<0,001 <0,001 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	2543 (19) 139 (20)	10805 (81) 555 (80)		0,99	0,95-1,03	0,523
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	198 (15) 2191 (20)	1156 (85) 8840 (80)	0,04	0,94	0,92-0,96	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1650 (27) 1048 (13)	4574 (73) 6822 (87)	0,17	1,18	1,16-1,20	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	285 (26) 2398 (19)	817 (74) 10555 (81)	0,05	1,10	1,06-1,14	<0,001
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	1931 (19) 733 (19)	8209 (81) 3099 (81)		1,00	0,98-1,02	0,909
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1762 (19) 835 (20)	7694 (81) 3301 (80)		0,98	0,96-1,00	0,034
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2290 (20) 416 (16)	9243 (80) 2193 (84)	0,04	1,05	1,03-1,07	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12.SSW Nach der 12.SSW	2341 (19) 205 (22)	10086 (81) 725 (78)		0,96	0,93-0,99	0,016
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin GynäkologIn/Hebamme Hebamme	2398 (19) 116 (19) 70 (22)	10252 (81) 501 (81) 242 (78)		1,00 0,96	0,96-1,04 0,90-1,02	0,923 0,122
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1348 (16) 1345 (24)	7218 (84) 4171 (76)	0,11	0,90	0,88-0,91	<0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2400 (21) 130 (11) 140 (10)	8930 (79) 1107 (89) 1284 (90)	0,08 0,09	1,14 1,14	1,11-1,16 1,12-1,17	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	1034 (23) 1085 (19) 587 (15)	3471 (77) 4732 (81) 3233 (85)	0,05 0,10	1,06 1,10	1,03-1,08 1,08-1,12	<0,001 <0,001
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1619 (22) 1073 (16)	5698 (78) 5669 (84)	0,08	1,08	1,06-1,10	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2519 (20) 62 (6)	9932 (80) 991 (94)	0,10	1,18	1,16-1,20	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

Tab A12-5 Kreuztabellen **Postpartale Schmerzlinderung** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=5937) N (%)	>20. Perzentile (N=4315) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	2712 (56) 1918 (60) 1205 (61)	2166 (44) 1304 (40) 766 (39)	0,04 0,05	0,91 0,88	0,86-0,96 0,82-0,93	<0,001 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	867 (58) 1909 (58) 1267 (59) 1674 (57)	616 (42) 1358 (42) 898 (41) 1275 (43)		1,00 1,00 1,04	0,93-1,08 0,92-1,08 0,97-1,12	0,985 0,971 0,281
<b>Familienstand</b> Verheiratet/ mit Partner Alleinstehend	5600 (58) 289 (58)	4077 (42) 208 (42)		0,99	0,89-1,10	0,902
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	609 (61) 4558 (58)	396 (39) 3366 (42)		1,08	0,99-1,17	0,063
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	2639 (59) 3274 (57)	1862 (41) 2437 (43)		1,03	0,99-1,08	0,185
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	474 (52) 5429 (59)	433 (48) 3848 (41)	0,04	0,87	0,81-0,93	<0,001
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	4343 (60) 1522 (53)	2926 (40) 1334 (47)	0,06	1,16	1,11-1,22	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	3900 (59) 1776 (57)	2761 (41) 1357 (43)		1,04	0,99-1,10	0,082
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	4738 (61) 1199 (48)	2998 (39) 1317 (52)	0,12	1,35	1,29-1,42	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	5146 (58) 428 (58)	3737 (42) 304 (42)		0,99	0,90-1,08	0,776
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin GynäkologIn/Hebamme Hebamme	5251 (58) 328 (60) 116 (55)	3806 (42) 218 (40) 94 (45)		0,95 1,07	0,85-1,06 0,91-1,24	0,335 0,427
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	3661 (58) 2251 (57)	2598 (42) 1696 (43)		1,04	0,99-1,08	0,145
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	4920 (61) 423 (43) 536 (51)	3164 (39) 571 (57) 520 (49)	0,12 0,07	1,47 1,26	1,38-1,56 1,18-1,35	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	1971 (61) 2444 (57) 1522 (57)	1285 (39) 1873 (43) 1157 (43)	0,04	1,10 1,09	1,04-1,16 1,03-1,16	<0,001 0,004
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	3249 (64) 2647 (52)	1842 (36) 2447 (48)	0,12	1,33	1,27-1,39	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	5277 (59) 359 (45)	3651 (41) 432 (55)	0,08	1,34	1,25-1,43	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)<sup>b</sup> Relatives Risiko<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 12 Hypothese 2.2.A Kreuztabellen

Tab A12-6 Kreuztabellen **Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=8179) N (%)	>20. Perzentile (N=6027) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	3607 (54)	3106 (46)	0,06	0,87	0,83-0,91	<0,001
31-35 Jahre	2693 (60)	1817 (40)	0,09	0,79	0,75-0,83	<0,001
> 36 Jahre	1747 (63)	1005 (37)				
<b>Schulabschluss</b>						
<i>Hauptschule</i>	962 (47)	1083 (53)	0,06	0,88	0,84-0,93	<0,001
Realschule	2422 (53)	2117 (47)	0,11	0,79	0,75-0,84	<0,001
Gymnasium	1748 (58)	1266 (42)	0,21	0,59	0,55-0,63	<0,001
Universität	2805 (69)	1268 (31)				
<b>Familienstand</b>						
<i>Verheiratet / mit Partner</i>	7724 (58)	5686 (42)		1,02	0,93-1,11	0,715
Alleinstehend	396 (57)	300 (43)				
<b>Versicherungstatus</b>						
<i>Privat</i>	962 (71)	402 (29)	0,10	1,51	1,39-1,65	<0,001
Gesetzlich	6139 (55)	4937 (45)				
<b>Partität</b>						
<i>Mehrfachgebärende</i>	3669 (58)	2609 (42)		1,04	1,00-1,08	0,068
Ersitzgebärende	4485 (57)	3395 (43)				
<b>Z. n. Sectio</b>						
Ja	622 (56)	489 (44)		0,96	0,90-1,03	0,260
Nein	7509 (58)	5499 (42)				
<b>Präparatler Krankenhausaufenthalt</b>						
Ja	6037 (59)	4154 (41)	0,06	1,16	1,11-1,20	<0,001
Nein	2033 (53)	1812 (47)				
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>						
Ja	5526 (58)	3979 (42)	0,05	1,14	1,09-1,18	<0,001
Nein	2179 (52)	1973 (48)				
<b>Geburtsmodus</b>						
<i>Vaginale Geburt</i>	6834 (59)	4759 (41)	0,06	1,18	1,13-1,24	<0,001
Kaiserschnitt	1345 (51)	1268 (49)				
<b>Beginn Schwangerenversorgung</b>						
<i>Bis zur 12.SSW</i>	7193 (58)	5292 (42)		1,01	0,93-1,09	0,822
Nach der 12.SSW	534 (57)	399 (43)				
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>						
<i>Gynäkologin</i>	7242 (57)	5467 (43)	0,04	0,78	0,70-0,87	<0,001
Gynäkologin/Hebamme	410 (66)	207 (34)		0,80	0,68-0,93	0,002
Hebamme	207 (66)	108 (34)				
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	5038 (59)	3555 (41)		1,06	1,02-1,11	0,002
Nein	3108 (56)	2445 (44)				
<b>Verweildauer Genau richtig</b>						
Zu kurz	6638 (58)	4743 (42)	0,03	1,12	1,05-1,20	<0,001
Zu lang	662 (53)	582 (47)		1,05	0,99-1,12	0,105
802 (56)	628 (44)					
<b>Krankenhausgröße</b>						
<i>&lt; 500 Geburten</i>	2206 (49)	2322 (51)	0,08	0,83	0,80-0,87	<0,001
500-1000 Geburten	3342 (57)	2500 (43)	0,20	0,61	0,58-0,65	<0,001
> 1000 Geburten	2631 (69)	1205 (31)				
<b>Subjektive Gesundheit</b>						
<i>Gut</i>	4472 (61)	2886 (39)	0,07	1,17	1,13-1,22	<0,001
Beeinträchtigt	3660 (54)	3105 (46)				
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>						
Zuversichtlich	7197 (58)	5318 (42)	0,07	1,29	1,22-1,37	<0,001
Nicht zuversichtlich	475 (45)	579 (55)				

<sup>a</sup> Kursiv: Referenzkategorie

<sup>b</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>c</sup> Relatives Risiko

<sup>d</sup> Konfidenzintervall

Tab A12-7 Kreuztabellen **Service, Komfort & Sauberkeit** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=2526) N (%)	>20. Perzentile (N=11594) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1171 (18) 808 (18) 503 (18)	5509 (82) 3682 (82) 2220 (82)		0,99 0,99 0,99	0,98-1,01 0,97-1,01 0,97-1,01	0,527 0,279
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	376 (19) 767 (17) 493 (16) 793 (20)	1655 (81) 3750 (83) 2502 (84) 3257 (80)		1,02 1,03 0,99	0,99-1,04 1,00-1,05 0,96-1,01	0,131 0,059 0,319
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	2386 (18) 123 (18)	10948 (82) 567 (82)		1,00	0,97-1,04	0,964
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	243 (18) 1932 (18)	1115 (82) 9080 (82)		1,00	0,98-1,03	0,750
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1093 (18) 1422 (18)	5133 (82) 6424 (82)		0,99	0,98-1,01	0,382
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	210 (19) 2293 (18)	897 (81) 10633 (82)		1,02	0,99-1,05	0,305
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	1887 (19) 617 (16)	8243 (81) 3203 (84)	0,03	1,03	1,01-1,05	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	1701 (18) 715 (17)	7740 (82) 3419 (83)		1,01	0,99-1,03	0,312
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2122 (18) 404 (15)	9390 (82) 2204 (85)	0,03	1,04	1,02-1,06	<0,001
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2245 (18) 144 (16)	10166 (82) 783 (84)		1,03	1,00-1,06	0,050
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2257 (18) 113 (18) 65 (21)	10375 (82) 500 (82) 249 (79)		0,99 0,97	0,96-1,03 0,91-1,02	0,721 0,196
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1555 (18) 960 (17)	7004 (82) 4541 (83)		1,01	0,99-1,02	0,279
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2173 (19) 173 (14) 161 (11)	9170 (81) 1067 (86) 1264 (89)	0,04 0,06	1,06 1,10	1,04-1,09 1,07-1,12	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	806 (18) 922 (16) 798 (21)	3697 (82) 4881 (84) 3016 (79)	0,04	1,02 0,96	1,01-1,04 0,94-0,98	0,007 <0,001
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1615 (22) 897 (13)	5699 (78) 5829 (87)	0,11	1,11	1,10-1,13	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2261 (18) 135 (13)	10190 (82) 914 (87)	0,04	1,06	1,04-1,09	<0,001

Kursiv: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)<sup>b</sup> Relatives Risiko<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 12 Hypothese 2.2.A Kreuztabellen

Tab A12-8 Kreuztabellen **Essen** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=3038) N (%)	>20. Perzentile (N=10986) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1360 (20) 1002 (23) 628 (23)	5276 (80) 3450 (77) 2086 (77)		0,97 0,97 0,97	0,96-0,99 0,94-0,99	0,011 0,005
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	528 (26) 1009 (23) 606 (20) 764 (19)	1486 (74) 3474 (77) 2378 (80) 3260 (81)	0,07 0,08	1,05 1,08 1,10	1,02-1,08 1,05-1,11 1,07-1,13	0,001 <0,001 <0,001
<b>Familienstand</b> Verheiratet/ mit Partner Alleinstehend	2858 (22) 151 (22)	10389 (78) 531 (78)		0,99	0,95-1,03	0,726
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	225 (17) 2453 (22)	1127 (83) 8476 (78)	0,04	0,93	0,91-0,95	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1425 (23) 1600 (20)	4745 (77) 6206 (80)	0,03	1,03	1,02-1,05	<0,001
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	232 (21) 2784 (22)	866 (79) 10056 (78)		0,99	0,96-1,03	0,669
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	2247 (22) 751 (20)	7813 (78) 3047 (80)		1,03	1,01-1,05	0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	2053 (22) 846 (21)	7339 (78) 3246 (79)		1,02	1,00-1,03	0,124
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2525 (22) 513 (20)	8898 (78) 2088 (80)		1,03	1,01-1,05	0,008
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2673 (22) 190 (21)	9656 (78) 729 (79)		1,01	0,98-1,05	0,475
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2726 (22) 126 (21) 74 (24)	9818 (78) 485 (79) 240 (76)		1,01 0,98	0,97-1,06 0,92-1,04	0,516 0,436
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1734 (20) 1291 (24)	6776 (80) 4164 (76)	0,04	0,96	0,94-0,98	<0,001
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2618 (23) 211 (17) 181 (13)	8649 (77) 1016 (83) 1234 (87)	0,04 0,08	1,08 1,14	1,05-1,11 1,11-1,16	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	1006 (22) 1201 (21) 831 (22)	3475 (78) 4542 (79) 2969 (78)		1,02 1,01	1,00-1,04 0,98-1,03	0,061 0,325
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1736 (24) 1272 (19)	5535 (76) 5404 (81)	0,06	1,06	1,05-1,08	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2712 (22) 171 (16)	9650 (78) 873 (84)	0,04	1,07	1,04-1,10	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 12 Hypothese 2.2.A Kreuztabellen

Tab A12-9 Kreuztabellen **Zimmeratmosphäre** und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	≤20. Perzentile (N=3084) N (%)	>20. Perzentile (N=10879) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b> 18-30 Jahre 31-35 Jahre > 36 Jahre	1376 (21) 1011 (23) 660 (25)	5246 (79) 3418 (77) 2031 (75)	0,04	0,97 0,95	0,95-0,99 0,93-0,98	0,010 <0,001
<b>Schulabschluss</b> Hauptschule Realschule Gymnasium Universität	448 (23) 866 (19) 636 (21) 1024 (25)	1535 (77) 3598 (81) 2340 (79) 3006 (75)		1,04 1,02 0,96	1,01-1,07 0,99-1,05 0,94-0,99	0,003 0,308 0,017
<b>Familienstand</b> Verheiratet / mit Partner Alleinstehend	2914 (22) 145 (21)	10276 (78) 534 (79)		1,01	0,97-1,05	0,651
<b>Versicherungsstatus</b> Privat Gesetzlich	415 (31) 2164 (20)	933 (69) 8720 (80)	0,08	1,16	1,12-1,20	<0,001
<b>Parität</b> Mehrfgebärende Einsgebärende	1404 (23) 1668 (21)	4730 (77) 6113 (79)		1,02	1,00-1,04	0,040
<b>Z. n. Sectio</b> Ja Nein	252 (23) 2811 (22)	843 (77) 9972 (78)		1,01	0,98-1,05	0,433
<b>Präparater Krankenhausaufenthalt</b> Nein Ja	2300 (23) 736 (20)	7721 (77) 3038 (80)	0,04	1,04	1,03-1,06	<0,001
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b> Ja Nein	2079 (22) 867 (21)	7272 (78) 3208 (79)		1,01	0,99-1,03	0,218
<b>Geburtsmodus</b> Vaginale Geburt Kaiserschnitt	2572 (23) 512 (20)	8805 (77) 2074 (80)		1,04	1,01-1,06	0,002
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b> Bis zur 12. SSW Nach der 12. SSW	2702 (22) 211 (23)	9571 (78) 706 (77)		0,99	0,95-1,02	0,484
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b> Gynäkologin Gynäkologin/Hebamme Hebamme	2706 (22) 167 (27) 83 (27)	9784 (78) 441 (73) 229 (73)	0,03	0,93 0,94	0,88-0,97 0,88-1,00	<0,001 0,037
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b> Ja Nein	1840 (22) 1230 (23)	6654 (78) 4179 (77)		0,99	0,97-1,00	0,135
<b>Verweildauer</b> Genau richtig Zu kurz Zu lang	2670 (24) 180 (15) 219 (15)	8553 (76) 1041 (85) 1201 (85)	0,06 0,06 0,06	1,12 1,11	1,09-1,15 1,08-1,14	<0,001 <0,001
<b>Krankenhausgröße</b> < 500 Geburten 500-1000 Geburten > 1000 Geburten	994 (22) 1282 (22) 808 (21)	3451 (78) 4461 (78) 2967 (79)		1,00 1,01	0,98-1,02 0,99-1,04	0,962 0,295
<b>Subjektive Gesundheit</b> Gut Beeinträchtigt	1802 (25) 1267 (19)	5436 (75) 5381 (81)	0,07	1,08	1,06-1,10	<0,001
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b> Zuversichtlich Nicht zuversichtlich	2778 (23) 162 (16)	9542 (77) 874 (84)	0,04	1,09	1,06-1,12	<0,001

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall



**Anhang 13**

**Hypothese 2.2.B Logistische Regression**

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Vorbereitung auf die Zeit zuhause**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10097,841 <sup>a</sup>	,065	,105

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Ungeplanter Kaiserschnitt	,027	,069	,153	1	,696	1,03	0,86	1,23
Alter			5,457	2	,065			
31-35 Jahre	-,077	,060	1,642	1	,200	0,93	0,79	1,08
> 35 Jahre	-,164	,071	5,362	1	,021	0,85	0,71	1,02
<b>Schulabschluss</b>			<b>45,413</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	,296	,071	17,475	1	,000	1,35	1,12	1,61
Gymnasium	,427	,081	27,808	1	,000	1,53	1,24	1,89
Universität	,529	,083	40,364	1	,000	1,70	1,37	2,10
Private Krankenversicherung	,239	,093	6,599	1	,010	1,27	1,00	1,61
Erstgebärende	,666	,057	134,421	1	,000	1,95	1,68	2,26
Keine Geburtsvorbereitung	-,254	,054	21,700	1	,000	0,78	0,67	0,89
Verweildauer			102,450	2	,000			
Zu kurz	,786	,111	50,508	1	,000	2,20	1,65	2,92
Zu lang	,811	,106	58,218	1	,000	2,25	1,71	2,96
Krankenhausgröße			32,538	2	,000			
500-1000 Geburten	,201	,057	12,380	1	,000	1,22	1,06	1,42
> 1000 Geburten	,380	,068	31,273	1	,000	1,46	1,23	1,74
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,523	,052	102,837	1	,000	1,69	1,48	1,93
Keine Zuversicht	,960	,147	42,691	1	,000	2,61	1,79	3,81
Konstante	,344	,088	15,199	1	,000	1,41		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Versicherung, Parität, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Hebammenbetreuung im Kreißaal****Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	9903,818 <sup>a</sup>	,036	,059

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,434</b>	<b>,074</b>	<b>34,317</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,54</b>	<b>1,28</b>	<b>1,87</b>
<b>Alter</b>			<b>19,387</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,199</b>	<b>,061</b>	<b>10,859</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,82</b>	<b>0,70</b>	<b>0,96</b>
<b>&gt; 35 Jahre</b>	<b>-,295</b>	<b>,072</b>	<b>16,701</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,74</b>	<b>0,62</b>	<b>0,90</b>
Schulabschluss			3,585	3	,310			
Realschule	,062	,081	,586	1	,444	1,06	0,86	1,31
Gymnasium	-,059	,087	,458	1	,498	0,94	0,75	1,18
Universität	,053	,088	,360	1	,548	1,05	0,84	1,32
Kein Geburtsbeginn	,077	,058	1,764	1	,184	1,08	0,93	1,25
Private Krankenversicherung	-,079	,083	,920	1	,338	0,92	0,75	1,14
Erstgebärende	,040	,059	,477	1	,490	1,04	0,90	1,21
Präpartaler Klinikaufenthalt	,093	,060	2,408	1	,121	1,10	0,94	1,28
<b>Betreuung Schwangerschaft</b>			<b>25,518</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Gynäkolog/in + Hebamme</b>	<b>-,431</b>	<b>,112</b>	<b>14,658</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,65</b>	<b>0,49</b>	<b>0,87</b>
<b>Hebamme</b>	<b>-,516</b>	<b>,149</b>	<b>12,028</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,60</b>	<b>0,41</b>	<b>0,88</b>
<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>,193</b>	<b>,058</b>	<b>11,109</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,21</b>	<b>1,04</b>	<b>1,41</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>53,069</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,640</b>	<b>,111</b>	<b>33,072</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,90</b>	<b>1,42</b>	<b>2,52</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,471</b>	<b>,097</b>	<b>23,663</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,60</b>	<b>1,25</b>	<b>2,05</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,612</b>	<b>,053</b>	<b>133,622</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,84</b>	<b>1,61</b>	<b>2,11</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,646</b>	<b>,124</b>	<b>27,068</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,91</b>	<b>1,39</b>	<b>2,63</b>
Konstante	1,020	,095	115,893	1	,000	2,77		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Geburtsbeginn, Versicherung, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt, Betreueungsperson Schwangerschaft, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Betreuung auf der Wochenbettstation**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	12388,087 <sup>a</sup>	,047	,074

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Ungeplanter Kaiserschnitt	,039	,060	,425	1	,515	1,04	0,89	1,22
<b>Alter</b>			<b>16,162</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,187</b>	<b>,052</b>	<b>12,940</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,83</b>	<b>0,73</b>	<b>0,95</b>
> 35 Jahre	-,194	,062	9,718	1	,002	0,82	0,70	0,97
Erstgebärende	,184	,048	14,478	1	,002	1,10	1,01	1,26
Präpartaler Klinikaufenthalt	,076	,052	2,123	1	,145	1,08	0,94	1,23
<b>Verweildauer</b>			<b>133,524</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,752</b>	<b>,101</b>	<b>55,776</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,12</b>	<b>1,64</b>	<b>2,75</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,904</b>	<b>,098</b>	<b>85,323</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,47</b>	<b>1,92</b>	<b>3,18</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>25,430</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,204</b>	<b>,052</b>	<b>15,325</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,23</b>	<b>1,07</b>	<b>1,40</b>
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>,273</b>	<b>,059</b>	<b>21,568</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,31</b>	<b>1,13</b>	<b>1,53</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,771</b>	<b>,047</b>	<b>264,210</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,16</b>	<b>1,91</b>	<b>2,44</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,727</b>	<b>,117</b>	<b>38,405</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,07</b>	<b>1,53</b>	<b>2,80</b>
Konstante	,737	,059	155,074	1	,000	2,09		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Service, Komfort & Sauberkeit**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	12119,854 <sup>a</sup>	,022	,036

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,194</b>	<b>,062</b>	<b>9,767</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,21</b>	<b>1,03</b>	<b>1,42</b>
Präpartaler Klinikaufenthalt	,083	,053	2,467	1	,116	1,09	0,95	1,25
<b>Verweildauer</b>			<b>46,386</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
Zu kurz	,267	,089	9,059	1	,003	1,31	1,04	1,64
<b>Zu lang</b>	<b>,572</b>	<b>,090</b>	<b>40,095</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,77</b>	<b>1,40</b>	<b>2,24</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>41,911</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
500-1000 Geburten	,146	,055	6,996	1	,008	1,16	1,00	1,33
<b>&gt; 1000 Geburten</b>	<b>-,217</b>	<b>,058</b>	<b>14,133</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,80</b>	<b>0,69</b>	<b>0,93</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,586</b>	<b>,048</b>	<b>151,113</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,80</b>	<b>1,59</b>	<b>2,03</b>
Keine Zuversicht	,258	,097	6,992	1	,008	1,29	1,01	1,66
Konstante	1,141	,048	576,538	1	,000	3,13		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Ärztliche Betreuung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	10574,712 <sup>a</sup>	,032	,053

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	<b>Alter</b>			<b>34,755</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,224</b>	<b>,058</b>	<b>14,946</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,80</b>	<b>0,69</b>	<b>0,93</b>
	<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,385</b>	<b>,068</b>	<b>32,247</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,68</b>	<b>0,57</b>	<b>0,81</b>
	Private Krankenversicherung	-,187	,075	6,259	1	,012	0,83	0,68	1,01
	Erstgebärende	-,002	,053	,001	1	,974	1,00	0,87	1,14
	<b>Verweildauer</b>			<b>86,377</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,544</b>	<b>,103</b>	<b>28,129</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,32</b>	<b>2,24</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,832</b>	<b>,104</b>	<b>63,444</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,30</b>	<b>1,76</b>	<b>3,01</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,616</b>	<b>,051</b>	<b>144,986</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,85</b>	<b>1,62</b>	<b>2,11</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,626</b>	<b>,119</b>	<b>27,528</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,87</b>	<b>1,38</b>	<b>2,54</b>
	Konstante	1,274	,056	511,345	1	,000	3,57		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Versicherung, Parität, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Essen**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11350,028 <sup>a</sup>	,019	,029

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Ungeplanter Kaiserschnitt	,118	,063	3,495	1	,062	1,13	0,96	1,33
<b>Schulabschluss</b>			<b>21,348</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	,179	,069	6,829	1	,009	1,20	1,00	1,43
<b>Gymnasium</b>	<b>,283</b>	<b>,077</b>	<b>13,524</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,33</b>	<b>1,09</b>	<b>1,62</b>
<b>Universität</b>	<b>,330</b>	<b>,077</b>	<b>18,597</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,39</b>	<b>1,14</b>	<b>1,70</b>
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>,296</b>	<b>,086</b>	<b>11,808</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,34</b>	<b>1,08</b>	<b>1,68</b>
Erstgebärende	,064	,051	1,579	1	,209	1,07	0,93	1,22
Keine Geburtsvorbereitung	-,116	,052	5,051	1	,025	0,89	0,78	1,02
Präpartaler Klinikaufenthalt	,108	,054	3,999	1	,046	1,11	0,97	1,28
<b>Verweildauer</b>			<b>67,842</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,298</b>	<b>,088</b>	<b>11,356</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,35</b>	<b>1,07</b>	<b>1,69</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,738</b>	<b>,095</b>	<b>60,198</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,09</b>	<b>1,64</b>	<b>2,67</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,290</b>	<b>,048</b>	<b>36,842</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,34</b>	<b>1,18</b>	<b>1,51</b>
Keine Zuversicht	,303	,099	9,350	1	,002	1,35	1,05	1,75
Konstante	,775	,077	102,602	1	,000	2,17		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Schulabschluss, Versicherung, Parität, Teilnahme Geburtsvorbereitung, präpartaler Kinikaufenthalt, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Zimmeratmosphäre****Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11007,488 <sup>a</sup>	,021	,033

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Ungeplanter Kaiserschnitt	,165	,064	6,542	1	,011	1,18	1,00	1,39
Alter			1,049	2	,592			
31-35 Jahre	-,042	,055	,594	1	,441	0,96	0,83	1,10
>35 Jahre	-,059	,065	,838	1	,360	0,94	0,80	1,11
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,580</b>	<b>,069</b>	<b>69,987</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,56</b>	<b>0,47</b>	<b>0,67</b>
Betreuung Schwangerschaft			7,619	2	,022			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,183	,113	2,649	1	,104	0,83	0,62	1,11
Hebamme	-,339	,148	5,238	1	,022	0,71	0,49	1,04
Präpartaler Klinikaufenthalt	,161	,056	8,372	1	,004	1,17	1,02	1,36
<b>Verweildauer</b>			<b>49,413</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,405</b>	<b>,094</b>	<b>18,403</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,50</b>	<b>1,18</b>	<b>1,91</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,534</b>	<b>,091</b>	<b>34,790</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,71</b>	<b>1,35</b>	<b>2,15</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,305</b>	<b>,048</b>	<b>39,683</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,36</b>	<b>1,20</b>	<b>1,54</b>
Keine Zuversicht	,315	,100	9,849	1	,002	1,37	1,06	1,78
Konstante	1,133	,045	621,917	1	,000	3,11		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Versicherung, Betreuung Schwangerschaft, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	14040,804 <sup>a</sup>	,057	,076

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Variable	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,268</b>	<b>,053</b>	<b>25,972</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,31</b>	<b>1,14</b>	<b>1,50</b>
	Alter			13,076	2	,002			
	31-35 Jahre	-,062	,047	1,755	1	,185	0,94	0,83	1,06
	>35 Jahre	-,204	,056	13,075	1	,000	0,82	0,70	0,94
	<b>Schulabschluss</b>			<b>88,855</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
	Realschule	-,180	,061	8,877	1	,003	0,84	0,71	0,98
	Gymnasium	-,335	,067	25,347	1	,000	0,72	0,60	0,85
	Universität	-,594	,068	76,412	1	,000	0,55	0,46	0,66
	Kein Geburtsbeginn	,116	,045	6,815	1	,009	1,12	1,00	1,26
	<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,296</b>	<b>,072</b>	<b>16,647</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,74</b>	<b>0,62</b>	<b>0,90</b>
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,122	,046	7,147	1	,008	1,13	1,00	1,27
	<b>Betreuung Schwangerschaft</b>			<b>17,392</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Gynäkolog/in + Hebamme</b>	<b>-,368</b>	<b>,102</b>	<b>13,074</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,69</b>	<b>0,53</b>	<b>0,90</b>
	Hebamme	-,304	,139	4,808	1	,028	0,74	0,52	1,05
	Verweildauer			7,622	2	,022			
	Zu kurz	,182	,071	6,515	1	,011	1,20	1,00	1,44
	Zu lang	,090	,067	1,763	1	,184	1,09	0,92	1,30
	<b>Krankenhausgröße</b>			<b>175,801</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>500-1000 Geburten</b>	<b>-,246</b>	<b>,047</b>	<b>27,879</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,78</b>	<b>0,69</b>	<b>0,88</b>
	<b>1000 Geburten</b>	<b>-,714</b>	<b>,054</b>	<b>174,201</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,49</b>	<b>0,43</b>	<b>0,56</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,183</b>	<b>,041</b>	<b>20,209</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,20</b>	<b>1,08</b>	<b>1,33</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,444</b>	<b>,075</b>	<b>34,883</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,56</b>	<b>1,28</b>	<b>1,89</b>
	Konstante	,167	,066	6,450	1	,011	1,18		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Geburtsbeginn, Versicherung, präpartaler Klinikaufenthalt, Betreuung Schwangerschaft, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.



**Methode: Einschluss; abhängige Variable: Postpartale Schmerzlinderung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	12284,658 <sup>a</sup>	,048	,065

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,565</b>	<b>,049</b>	<b>130,479</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,76</b>	<b>1,55</b>	<b>2,00</b>
<b>Alter</b>			<b>20,020</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
31-35 Jahre	-,140	,049	8,047	1	,005	0,87	0,77	0,99
<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,247</b>	<b>,059</b>	<b>17,837</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,78</b>	<b>0,67</b>	<b>0,91</b>
Präpartaler Klinikaufenthalt	,171	,048	12,917	1	,000	1,19	1,05	1,34
<b>Verweildauer</b>			<b>90,847</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,633</b>	<b>,073</b>	<b>75,880</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,88</b>	<b>1,56</b>	<b>2,27</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,342</b>	<b>,070</b>	<b>23,565</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,41</b>	<b>1,17</b>	<b>1,69</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>13,650</b>	<b>2</b>	<b>,001</b>			
500-1000 Geburten	,159	,051	9,843	1	,002	1,17	1,03	1,33
<b>1000 Geburten</b>	<b>,186</b>	<b>,057</b>	<b>10,703</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,20</b>	<b>1,04</b>	<b>1,39</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,481</b>	<b>,043</b>	<b>122,880</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,62</b>	<b>1,45</b>	<b>1,81</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,375</b>	<b>,079</b>	<b>22,486</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,46</b>	<b>1,19</b>	<b>1,78</b>
Konstante	-,914	,054	290,316	1	,000	0,40		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjektive Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Vorbereitung auf die Zeit zuhause**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	10545,906 <sup>a</sup>	,027	,043
2	10403,696 <sup>b</sup>	,039	,063
3	10300,299 <sup>b</sup>	,048	,077
4	10215,060 <sup>b</sup>	,055	,089
5	10159,396 <sup>b</sup>	,060	,096
6	10129,249 <sup>b</sup>	,062	,100
7	10108,898 <sup>b</sup>	,064	,103

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)		
							Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 1 <sup>a</sup>	Erstgebärende	,847	,049	294,068	1	,000	2,33	2,05	2,65
	Konstante	1,026	,032	1000,288	1	,000	2,79		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Erstgebärende	,824	,050	274,310	1	,000	2,28	2,01	2,59
	Verweildauer			120,961	2	,000			
	Zu kurz	,885	,109	65,959	1	,000	2,42	1,83	3,21
	Zu lang	,827	,105	62,090	1	,000	2,29	1,74	3,00
	Konstante	,910	,034	727,018	1	,000	2,48		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Erstgebärende	,884	,050	307,167	1	,000	2,42	2,13	2,76
	Verweildauer			109,585	2	,000			
	Zu kurz	,823	,109	56,474	1	,000	2,28	1,72	3,02
	Zu lang	,813	,105	59,595	1	,000	2,25	1,72	2,96
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,510	,051	101,389	1	,000	1,67	1,46	1,90
	Konstante	,656	,041	250,744	1	,000	1,93		
Schritt 4 <sup>d</sup>	Schulabschluss			85,977	3	,000			
	Realschule	,343	,070	24,069	1	,000	1,41	1,18	1,69
	Gymnasium	,498	,079	39,359	1	,000	1,65	1,34	2,02
	Universität	,681	,076	81,016	1	,000	1,98	1,63	2,40
	Erstgebärende	,849	,051	279,825	1	,000	2,34	2,05	2,66
	Verweildauer			111,317	2	,000			
	Zu kurz	,836	,110	57,961	1	,000	2,31	1,74	3,06
	Zu lang	,818	,106	60,002	1	,000	2,27	1,73	2,97
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,545	,051	113,840	1	,000	1,72	1,51	1,97
	Konstante	,252	,065	14,836	1	,000	1,29		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 13 Hypothese 2.2.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>	Schulabschluss			87,362	3	,000			
	Realschule	,347	,070	24,548	1	,000	1,42	1,18	1,70
	Gymnasium	,504	,080	40,087	1	,000	1,65	1,35	2,03
	Universität	,688	,076	82,320	1	,000	1,99	1,64	2,42
	Erstgebärende	,789	,051	236,717	1	,000	2,20	1,93	2,51
	Verweildauer			103,819	2	,000			
	Zu kurz	,787	,110	51,006	1	,000	2,20	1,65	2,92
	Zu lang	,812	,106	58,977	1	,000	2,25	1,72	2,96
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,512	,051	99,492	1	,000	1,67	1,46	1,90
	Keine Zuversicht	,970	,147	43,699	1	,000	2,64	1,81	3,85
	Konstante	,248	,066	14,304	1	,000	1,28		
Schritt 6 <sup>f</sup>	Schulabschluss			69,130	3	,000			
	Realschule	,336	,070	22,811	1	,000	1,40	1,17	1,68
	Gymnasium	,478	,080	35,829	1	,000	1,61	1,31	1,98
	Universität	,618	,077	64,385	1	,000	1,85	1,52	2,26
	Erstgebärende	,781	,051	231,786	1	,000	2,18	1,91	2,49
	Verweildauer			101,041	2	,000			
	Zu kurz	,768	,110	48,325	1	,000	2,15	1,62	2,86
	Zu lang	,811	,106	58,700	1	,000	2,25	1,71	2,96
	Krankenhausgröße			29,938	2	,000			
	500-1000 Geburten	,183	,057	10,354	1	,001	1,20	1,04	1,39
	1000 Geburten	,366	,068	29,145	1	,000	1,44	1,21	1,72
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,512	,051	99,392	1	,000	1,67	1,46	1,91
	Keine Zuversicht	,959	,147	42,653	1	,000	2,61	1,79	3,81
	Konstante	,118	,072	2,685	1	,101	1,12		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 7 <sup>a</sup>								
<b>Schulabschluss</b>			<b>54,444</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
<b>Realschule</b>	<b>,296</b>	<b>,071</b>	<b>17,449</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,34</b>	<b>1,12</b>	<b>1,61</b>
<b>Gymnasium</b>	<b>,423</b>	<b>,081</b>	<b>27,440</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,53</b>	<b>1,24</b>	<b>1,88</b>
<b>Universität</b>	<b>,559</b>	<b>,078</b>	<b>51,169</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,75</b>	<b>1,43</b>	<b>2,14</b>
<b>Erstgebärende</b>	<b>,704</b>	<b>,054</b>	<b>169,575</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,02</b>	<b>1,76</b>	<b>2,32</b>
<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>-,244</b>	<b>,054</b>	<b>20,427</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,78</b>	<b>0,68</b>	<b>0,90</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>103,520</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,782</b>	<b>,111</b>	<b>50,080</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,19</b>	<b>1,64</b>	<b>2,91</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,819</b>	<b>,106</b>	<b>59,635</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,27</b>	<b>1,73</b>	<b>2,98</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>31,188</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,197</b>	<b>,057</b>	<b>11,875</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,22</b>	<b>1,05</b>	<b>1,41</b>
<b>1000 Geburten</b>	<b>,371</b>	<b>,068</b>	<b>29,960</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,45</b>	<b>1,22</b>	<b>1,73</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,516</b>	<b>,051</b>	<b>100,530</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,68</b>	<b>1,47</b>	<b>1,91</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,960</b>	<b>,147</b>	<b>42,669</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,61</b>	<b>1,79</b>	<b>3,81</b>
<b>Konstante</b>	<b>,292</b>	<b>,082</b>	<b>12,738</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,34</b>		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Parität.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: subjekt. Gesundheit.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Schulabschluss.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Zuversicht.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Krankenhausgröße.

g. In Schritt 7 eingegebene Variablen: Teilnahme Geburtsvorbereitung.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Hebammenbetreuung im Kreißsaal**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10129,895 <sup>a</sup>	,016	,026
2	10053,816 <sup>b</sup>	,023	,037
3	10017,668 <sup>b</sup>	,026	,042
4	9982,860 <sup>b</sup>	,029	,047
5	9952,580 <sup>b</sup>	,032	,052
6	9925,736 <sup>b</sup>	,034	,056
7	9913,473 <sup>b</sup>	,036	,057

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)		
							Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 1 <sup>a</sup>	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,661	,052	164,197	1	,000	1,94	1,70	2,21
	Konstante	1,186	,032	1402,177	1	,000	3,27		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Verweildauer			67,854	2	,000			
	Zu kurz	,709	,110	41,401	1	,000	2,03	1,53	2,70
	Zu lang	,533	,096	31,078	1	,000	1,70	1,33	2,18
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,637	,052	151,084	1	,000	1,89	1,65	2,16
Schritt 3 <sup>c</sup>	Konstante	1,100	,033	1106,503	1	,000	3,00		
	Ungeplanter Kaiserschnitt	,419	,072	33,810	1	,000	1,52	1,26	1,83
	Verweildauer			62,852	2	,000			
	Zu kurz	,691	,110	39,278	1	,000	2,00	1,50	2,65
	Zu lang	,506	,096	27,889	1	,000	1,66	1,30	2,12
Schritt 4 <sup>d</sup>	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,640	,052	151,858	1	,000	1,90	1,66	2,17
	Konstante	1,035	,035	893,089	1	,000	2,81		
	Ungeplanter Kaiserschnitt	,416	,072	33,260	1	,000	1,52	1,26	1,83
	Verweildauer			56,534	2	,000			
	Zu kurz	,648	,111	34,246	1	,000	1,91	1,44	2,54
	Zu lang	,492	,096	26,238	1	,000	1,63	1,28	2,09
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,615	,052	139,593	1	,000	1,85	1,62	2,12
	Keine Zuversicht	,669	,122	29,891	1	,000	1,95	1,42	2,68
	Konstante	1,010	,035	838,300	1	,000	2,75		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 13 Hypothese 2.2.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,432	,072	35,585	1	,000	1,54	1,28	1,86
	Alter			30,193	2	,000			
	31-35 Jahre	-,239	,057	17,312	1	,000	0,79	0,68	0,91
	>35 Jahre	-,327	,067	24,020	1	,000	0,72	0,61	0,86
	Verweildauer			53,183	2	,000			
	Zu kurz	,649	,111	34,285	1	,000	1,91	1,44	2,55
	Zu lang	,457	,096	22,553	1	,000	1,58	1,23	2,02
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,624	,052	142,985	1	,000	1,87	1,63	2,14
	Keine Zuversicht	,642	,123	27,417	1	,000	1,90	1,39	2,61
	Konstante	1,154	,045	662,995	1	,000	3,17		
Schritt 6 <sup>f</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,441	,073	37,035	1	,000	1,55	1,29	1,87
	Alter			29,292	2	,000			
	31-35 Jahre	-,236	,058	16,824	1	,000	0,79	0,68	0,92
	>35 Jahre	-,322	,067	23,278	1	,000	0,72	0,61	0,86
	Betreuung Schwangerschaft			28,636	2	,000			
	Gynäkolog/in + Hebamme	-,453	,112	16,329	1	,000	0,64	0,48	0,85
	Hebamme	-,546	,148	13,524	1	,000	0,58	0,40	0,85
	Verweildauer			54,410	2	,000			
	Zu kurz	,650	,111	34,293	1	,000	1,92	1,44	2,55
	Zu lang	,472	,097	23,900	1	,000	1,60	1,25	2,06
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,629	,052	144,663	1	,000	1,88	1,64	2,15
	Keine Zuversicht	,639	,123	27,135	1	,000	1,90	1,38	2,60
	Konstante	1,185	,045	683,173	1	,000	3,27		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 7 <sup>g</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,460	,073	40,048	1	,000	1,58	1,31	1,91
Alter			28,055	2	,000			
31-35 Jahre	-,221	,058	14,695	1	,000	0,80	0,69	0,93
>35 Jahre	-,323	,067	23,375	1	,000	0,72	0,61	0,86
Betreuung Schwangerschaft			26,021	2	,000			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,436	,112	15,058	1	,000	0,65	0,48	0,86
Hebamme	-,518	,149	12,123	1	,000	0,60	0,41	0,87
Keine Geburtsvorbereitung	,186	,053	12,143	1	,000	1,20	1,05	1,38
Verweildauer			53,744	2	,000			
Zu kurz	,639	,111	33,075	1	,000	1,90	1,42	2,52
Zu lang	,477	,097	24,404	1	,000	1,61	1,26	2,07
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,618	,052	139,140	1	,000	1,86	1,62	2,12
Keine Zuversicht	,664	,123	29,176	1	,000	1,94	1,42	2,67
Konstante	1,110	,050	494,303	1	,000	3,03		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: subj. Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Geburtsmodus.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Zuversicht.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Alter.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Betreuung Schwangerschaft.

g. In Schritt 7 eingegebene Variablen: Teilnahme Geburtsvorbereitung.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Betreuung auf der Wochenbettstation**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	12706,686 <sup>a</sup>	,023	,037
2	12518,845 <sup>b</sup>	,037	,059
3	12458,463 <sup>b</sup>	,042	,066
4	12429,226 <sup>b</sup>	,044	,069
5	12407,391 <sup>b</sup>	,045	,072
6	12390,721 <sup>b</sup>	,047	,074

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,793	,046	293,119	1	,000	2,21	1,96	2,49
Konstante	1,067	,028	1481,067	1	0,000	2,91		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Verweildauer			157,599	2	,000			
Zu kurz	,814	,100	66,280	1	,000	2,26	1,75	2,92
Zu lang	,973	,097	100,180	1	,000	2,65	2,06	3,40
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,769	,047	272,195	1	,000	2,16	1,91	2,43
Konstante	,945	,029	1068,362	1	,000	2,57		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Verweildauer			146,448	2	,000			
Zu kurz	,768	,100	58,490	1	,000	2,16	1,66	2,79
Zu lang	,955	,097	96,187	1	,000	2,60	2,02	3,34
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,743	,047	252,160	1	,000	2,10	1,86	2,37
Keine Zuversicht	,819	,116	49,883	1	,000	2,27	1,68	3,06
Konstante	,915	,029	984,293	1	,000	2,50		
Schritt 4 <sup>d</sup>								
Erstgebärende	,247	,046	29,238	1	,000	1,18	1,04	1,34
Verweildauer			141,502	2	,000			
Zu kurz	,776	,100	59,548	1	,000	2,17	1,68	2,81
Zu lang	,925	,098	89,864	1	,000	2,52	1,96	3,24
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,775	,047	269,136	1	,000	2,17	1,92	2,45
Keine Zuversicht	,734	,117	39,320	1	,000	2,08	1,54	2,82
Konstante	,774	,039	399,797	1	,000	2,17		

Fortsetzung nächste Seite



Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>								
Erstgebärende	,240	,046	27,311	1	,001	1,17	1,03	1,33
Verweildauer			139,219	2	,000			
Zu kurz	,759	,101	56,899	1	,000	2,14	1,65	2,77
Zu lang	,926	,098	90,025	1	,000	2,53	1,96	3,25
Krankenhausgröße			22,021	2	,000			
500-1000 Geburten	,195	,052	14,073	1	,000	1,22	1,06	1,39
1000 Geburten	,248	,058	18,028	1	,000	1,28	1,10	1,49
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,777	,047	269,843	1	,000	2,17	1,93	2,46
Keine Zuversicht	,732	,117	38,984	1	,000	2,08	1,54	2,81
Konstante	,636	,049	170,141	1	,000	1,89		
Schritt 6 <sup>f</sup>								
<b>Alter</b>			<b>16,612</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,189</b>	<b>,052</b>	<b>13,320</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,83</b>	<b>0,72</b>	<b>0,95</b>
>35 Jahre	-,195	,062	9,891	1	,002	0,82	0,70	0,97
Erstgebärende	,192	,048	16,194	1	,002	1,11	1,02	1,27
<b>Verweildauer</b>			<b>134,673</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,755</b>	<b>,101</b>	<b>56,207</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,13</b>	<b>1,64</b>	<b>2,76</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,907</b>	<b>,098</b>	<b>86,017</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,48</b>	<b>1,93</b>	<b>3,19</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>25,032</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,204</b>	<b>,052</b>	<b>15,300</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,23</b>	<b>1,07</b>	<b>1,40</b>
<b>1000 Geburten</b>	<b>,270</b>	<b>,059</b>	<b>21,076</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,31</b>	<b>1,13</b>	<b>1,52</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,776</b>	<b>,047</b>	<b>268,535</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,17</b>	<b>1,92</b>	<b>2,45</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,728</b>	<b>,117</b>	<b>38,562</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,07</b>	<b>1,53</b>	<b>2,80</b>
Konstante	,759	,058	173,968	1	,000	2,14		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: subj. Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Zuversicht.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Parität.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Krankenhausgröße.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Alter.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Service, Komfort & Sauberkeit**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	12237,499 <sup>a</sup>	,013	,022
2	12181,821 <sup>b</sup>	,018	,029
3	12140,492 <sup>b</sup>	,021	,034

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt	Variable	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,621	,047	173,531	1	,000	1,86	1,65	2,10
	Konstante	1,262	,029	1894,169	1	0,000	3,53		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Verweildauer			50,335	2	,000			
	Zu kurz	,280	,088	10,131	1	,001	1,32	1,05	1,66
	Zu lang	,591	,090	43,154	1	,000	1,81	1,43	2,28
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,608	,047	165,105	1	,000	1,84	1,63	2,07
Schritt 3 <sup>c</sup>	Konstante	1,195	,030	1554,374	1	0,000	3,30		
	<b>Verweildauer</b>			<b>51,016</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,294</b>	<b>,088</b>	<b>11,092</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,34</b>	<b>1,07</b>	<b>1,68</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,591</b>	<b>,090</b>	<b>43,020</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,81</b>	<b>1,43</b>	<b>2,28</b>
	<b>Krankenhausgröße</b>			<b>41,684</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	500-1000 Geburten	,147	,055	7,037	1	,008	1,16	1,00	1,33
	<b>1000 Geburten</b>	<b>-,215</b>	<b>,058</b>	<b>13,941</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,81</b>	<b>0,69</b>	<b>0,94</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,601</b>	<b>,047</b>	<b>160,843</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,82</b>	<b>1,61</b>	<b>2,06</b>
Konstante	1,203	,045	726,549	1	,000	3,33			

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: subjekt. Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Krankenhausgröße.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Ärztliche Betreuung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	10778,352 <sup>a</sup>	,015	,025
2	10663,102 <sup>b</sup>	,025	,041
3	10613,180 <sup>b</sup>	,029	,048
4	10580,865 <sup>b</sup>	,032	,052

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt	Variable	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,658	,050	172,496	1	,000	1,93	1,70	2,20
	Konstante	1,224	,031	1574,233	1	0,000	3,40		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Verweildauer			98,705	2	,000			
	Zu kurz	,584	,102	32,823	1	,000	1,79	1,38	2,33
	Zu lang	,879	,104	71,708	1	,000	2,41	1,84	3,15
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,637	,050	159,626	1	,000	1,89	1,66	2,15
	Konstante	1,120	,032	1214,930	1	,000	3,06		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Alter			50,150	2	,000			
	31-35 Jahre	-,253	,056	20,389	1	,000	0,78	0,67	0,90
	>35 Jahre	-,433	,064	45,779	1	,000	0,65	0,55	0,76
	Verweildauer			92,597	2	,000			
	Zu kurz	,585	,102	32,834	1	,000	1,79	1,38	2,33
	Zu lang	,842	,104	65,360	1	,000	2,32	1,77	3,04
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,647	,051	163,991	1	,000	1,91	1,68	2,18
	Konstante	1,290	,042	929,123	1	,000	3,63		
Schritt 4 <sup>d</sup>	<b>Alter</b>			<b>46,064</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,244</b>	<b>,056</b>	<b>18,938</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,78</b>	<b>0,68</b>	<b>0,91</b>
	<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,415</b>	<b>,064</b>	<b>41,949</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,66</b>	<b>0,56</b>	<b>0,78</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>86,669</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,547</b>	<b>,102</b>	<b>28,494</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,73</b>	<b>1,33</b>	<b>2,25</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,830</b>	<b>,104</b>	<b>63,337</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,29</b>	<b>1,75</b>	<b>3,00</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,625</b>	<b>,051</b>	<b>151,637</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,87</b>	<b>1,64</b>	<b>2,13</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,626</b>	<b>,118</b>	<b>28,038</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,87</b>	<b>1,38</b>	<b>2,53</b>
	<b>Konstante</b>	<b>1,260</b>	<b>,043</b>	<b>872,804</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>3,52</b>		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: subjekt. Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Alter.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Zuversicht.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Essen**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11468,495 <sup>a</sup>	,008	,012
2	11435,836 <sup>a</sup>	,011	,017
3	11393,885 <sup>a</sup>	,015	,023
4	11380,880 <sup>a</sup>	,016	,025
5	11368,961 <sup>a</sup>	,017	,026

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Verweildauer			78,946	2	,000			
Zu kurz	,349	,087	15,989	1	,000	1,42	1,13	1,78
Zu lang	,776	,095	67,488	1	,000	2,17	1,70	2,77
Konstante	1,204	,025	2315,182	1	0,000	3,33		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Verweildauer			74,929	2	,000			
Zu kurz	,314	,088	12,866	1	,000	1,37	1,09	1,72
Zu lang	,769	,095	66,083	1	,000	2,16	1,69	2,75
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,267	,047	32,457	1	,000	1,31	1,16	1,47
Konstante	1,084	,032	1134,196	1	,000	2,96		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Schulabschluss			42,262	3	,000			
Realschule	,214	,068	10,040	1	,002	1,24	1,04	1,48
Gymnasium	,329	,075	19,002	1	,000	1,39	1,14	1,69
Universität	,448	,072	39,108	1	,000	1,57	1,30	1,88
Verweildauer			74,601	2	,000			
Zu kurz	,319	,088	13,218	1	,000	1,38	1,10	1,73
Zu lang	,766	,095	65,448	1	,000	2,15	1,69	2,75
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,293	,047	38,462	1	,000	1,34	1,19	1,51
Konstante	,805	,061	176,574	1	,000	2,24		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 4 <sup>d</sup>								
Schulabschluss			41,662	3	,000			
Realschule	,212	,068	9,841	1	,002	1,24	1,04	1,47
Gymnasium	,327	,076	18,690	1	,000	1,39	1,14	1,68
Universität	,445	,072	38,535	1	,000	1,56	1,30	1,88
Verweildauer			71,272	2	,000			
Zu kurz	,293	,088	11,076	1	,001	1,34	1,07	1,68
Zu lang	,758	,095	63,905	1	,000	2,13	1,67	2,72
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,278	,047	34,512	1	,000	1,32	1,17	1,49
Keine Zuversicht	,342	,098	12,205	1	,000	1,41	1,09	1,81
Konstante	,793	,061	170,610	1	,000	2,21		
Schritt 5 <sup>e</sup>								
<b>Schulabschluss</b>			<b>27,545</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	,206	,068	9,278	1	,002	1,23	1,03	1,46
<b>Gymnasium</b>	<b>,316</b>	<b>,076</b>	<b>17,484</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,37</b>	<b>1,13</b>	<b>1,67</b>
<b>Universität</b>	<b>,367</b>	<b>,075</b>	<b>23,941</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,44</b>	<b>1,19</b>	<b>1,75</b>
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>,291</b>	<b>,086</b>	<b>11,487</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,34</b>	<b>1,07</b>	<b>1,67</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>71,880</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,297</b>	<b>,088</b>	<b>11,324</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,35</b>	<b>1,07</b>	<b>1,69</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,761</b>	<b>,095</b>	<b>64,324</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,14</b>	<b>1,68</b>	<b>2,73</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,283</b>	<b>,047</b>	<b>35,774</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,33</b>	<b>1,18</b>	<b>1,50</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,346</b>	<b>,098</b>	<b>12,532</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,41</b>	<b>1,10</b>	<b>1,82</b>
Konstante	,786	,061	167,312	1	,000	2,19		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Verweildauer.
- b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: subj. Gesundheit.
- c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Schulabschluss.
- d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Zuversicht.
- e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Versicherung.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Zimmeratmosphäre**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	11156,011 <sup>a</sup>	,008	,012
2	11089,478 <sup>a</sup>	,014	,021
3	11043,755 <sup>a</sup>	,018	,028
4	11031,980 <sup>a</sup>	,019	,029

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)		
							Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 1 <sup>a</sup>									
	Private Krankenversicherung	-,636	,067	90,256	1	,000	0,53	0,45	0,63
	Konstante	1,407	,026	3043,603	1	0,000	4,08		
Schritt 2 <sup>b</sup>									
	Private Krankenversicherung	-,632	,067	88,502	1	,000	0,53	0,45	0,63
	Verweildauer			61,124	2	,000			
	Zu kurz	,480	,094	26,257	1	,000	1,62	1,27	2,06
	Zu lang	,565	,090	39,496	1	,000	1,76	1,40	2,22
	Konstante	1,319	,027	2324,263	1	0,000	3,74		
Schritt 3 <sup>c</sup>									
	Private Krankenversicherung	-,603	,067	79,955	1	,000	0,55	0,46	0,65
	Verweildauer			55,890	2	,000			
	Zu kurz	,440	,094	21,947	1	,000	1,55	1,22	1,98
	Zu lang	,556	,090	38,124	1	,000	1,74	1,38	2,20
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,324	,048	45,319	1	,000	1,38	1,22	1,56
	Konstante	1,172	,034	1166,459	1	,000	3,23		
Schritt 4 <sup>d</sup>									
	<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,601</b>	<b>,067</b>	<b>79,192</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,55</b>	<b>0,46</b>	<b>0,65</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>52,190</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,414</b>	<b>,094</b>	<b>19,278</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,51</b>	<b>1,19</b>	<b>1,93</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,547</b>	<b>,090</b>	<b>36,832</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,73</b>	<b>1,37</b>	<b>2,18</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,309</b>	<b>,048</b>	<b>41,002</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,36</b>	<b>1,20</b>	<b>1,54</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,333</b>	<b>,100</b>	<b>11,059</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,40</b>	<b>1,08</b>	<b>1,81</b>
	Konstante	1,158	,035	1124,080	1	,000	3,18		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Versicherung.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Verweildauer.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: subj. Gesundheit.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Zuversicht.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	14406,192 <sup>a</sup>	,024	,032
2	14226,823 <sup>a</sup>	,040	,054
3	14173,491 <sup>a</sup>	,045	,060
4	14142,397 <sup>a</sup>	,048	,064
5	14119,350 <sup>a</sup>	,050	,067
6	14098,143 <sup>a</sup>	,052	,069
7	14079,055 <sup>b</sup>	,053	,072
8	14064,334 <sup>b</sup>	,055	,073

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

b. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Krankenhausgröße			252,473	2	,000			
500-1000 Geburten	-,280	,046	37,744	1	,000	0,76	0,67	0,85
1000 Geburten	-,827	,052	249,815	1	,000	0,44	0,38	0,50
Konstante	,065	,034	3,646	1	,056	1,07		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Schulabschluss			176,253	3	,000			
Realschule	-,204	,060	11,543	1	,001	0,82	0,70	0,95
Gymnasium	-,389	,066	35,177	1	,000	0,68	0,57	0,80
Universität	-,758	,064	141,729	1	,000	0,47	0,40	0,55
Krankenhausgröße			173,822	2	,000			
500-1000 Geburten	-,231	,046	25,046	1	,000	0,79	0,70	0,89
1000 Geburten	-,700	,053	171,549	1	,000	0,50	0,43	0,57
Konstante	,377	,056	45,654	1	,000	1,46		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Schulabschluss			176,309	3	,000			
Realschule	-,207	,060	11,918	1	,001	0,81	0,70	0,95
Gymnasium	-,392	,066	35,394	1	,000	0,68	0,57	0,80
Universität	-,762	,064	142,420	1	,000	0,47	0,40	0,55
Krankenhausgröße			179,574	2	,000			
500-1000 Geburten	-,236	,046	25,969	1	,000	0,79	0,70	0,89
1000 Geburten	-,715	,054	177,260	1	,000	0,49	0,43	0,56
Keine Zuversicht	,538	,074	52,990	1	,000	1,71	1,42	2,07
Konstante	,343	,056	37,319	1	,000	1,41		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 13 Hypothese 2.2.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)		
							Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 4 <sup>d</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,288	,052	31,149	1	,000	1,33	1,17	1,52
	Schulabschluss			179,143	3	,000			
	Realschule	-,209	,060	12,120	1	,000	0,81	0,69	0,95
	Gymnasium	-,392	,066	35,387	1	,000	0,68	0,57	0,80
	Universität	-,770	,064	144,844	1	,000	0,46	0,39	0,55
	Krankenhausgröße			179,438	2	,000			
	500-1000 Geburten	-,235	,046	25,715	1	,000	0,79	0,70	0,89
	1000 Geburten	-,715	,054	177,042	1	,000	0,49	0,43	0,56
	Keine Zuversicht	,533	,074	51,789	1	,000	1,70	1,41	2,06
	Konstante	,293	,057	26,634	1	,000	1,34		
Schritt 5 <sup>e</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,288	,052	31,120	1	,000	1,33	1,17	1,52
	Schulabschluss			167,159	3	,000			
	Realschule	-,206	,060	11,662	1	,001	0,81	0,70	0,95
	Gymnasium	-,381	,066	33,364	1	,000	0,68	0,58	0,81
	Universität	-,748	,064	135,826	1	,000	0,47	0,40	0,56
	Krankenhausgröße			179,040	2	,000			
	500-1000 Geburten	-,240	,046	26,735	1	,000	0,79	0,70	0,89
	1000 Geburten	-,716	,054	176,976	1	,000	0,49	0,43	0,56
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,194	,040	23,049	1	,000	1,21	1,09	1,35
	Keine Zuversicht	,498	,074	44,745	1	,000	1,65	1,36	1,99
	Konstante	,195	,060	10,411	1	,001	1,22		
Schritt 6 <sup>f</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,288	,052	30,981	1	,000	1,33	1,17	1,52
	Schulabschluss			113,787	3	,000			
	Realschule	-,198	,060	10,833	1	,001	0,82	0,70	0,96
	Gymnasium	-,369	,066	31,194	1	,000	0,69	0,58	0,82
	Universität	-,659	,067	97,003	1	,000	0,52	0,44	0,61
	Private Krankenversicherung	-,327	,072	20,787	1	,000	0,72	0,60	0,87
	Krankenhausgröße			179,627	2	,000			
	500-1000 Geburten	-,241	,046	26,897	1	,000	0,79	0,70	0,89
	1000 Geburten	-,718	,054	177,569	1	,000	0,49	0,42	0,56
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,188	,040	21,643	1	,000	1,21	1,09	1,34
	Keine Zuversicht	,493	,074	43,794	1	,000	1,64	1,35	1,98
Konstante	,204	,060	11,379	1	,001	1,23			

Fortsetzung nächste Seite



Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 7 <sup>g</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,294	,052	32,180	1	,000	1,34	1,17	1,53
Schulabschluss			109,304	3	,000			
Realschule	-,192	,060	10,154	1	,001	0,83	0,71	0,96
Gymnasium	-,359	,066	29,487	1	,000	0,70	0,59	0,83
Universität	-,646	,067	92,977	1	,000	0,52	0,44	0,62
Private Krankenversicherung	-,334	,072	21,595	1	,000	0,72	0,60	0,86
Betreuung Schwangerschaft			18,617	2	,000			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,382	,102	14,162	1	,000	0,68	0,53	0,89
Hebamme	-,309	,138	4,966	1	,026	0,73	0,51	1,05
Krankenhausgröße			179,777	2	,000			
500-1000 Geburten	-,243	,046	27,381	1	,000	0,78	0,70	0,88
1000 Geburten	-,719	,054	177,858	1	,000	0,49	0,42	0,56
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,191	,040	22,277	1	,000	1,21	1,09	1,34
Keine Zuversicht	,490	,075	43,198	1	,000	1,63	1,35	1,98
Konstante	,219	,061	13,049	1	,000	1,24		
Schritt 8 <sup>h</sup>								
<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,301</b>	<b>,052</b>	<b>33,698</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,35</b>	<b>1,18</b>	<b>1,54</b>
<b>Alter</b>			<b>14,662</b>	<b>2</b>	<b>,001</b>			
31-35 Jahre	-,076	,046	2,670	1	,102	0,93	0,82	1,04
<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,215</b>	<b>,056</b>	<b>14,572</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,81</b>	<b>0,70</b>	<b>0,93</b>
<b>Schulabschluss</b>			<b>95,060</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	-,192	,060	10,118	1	,001	0,83	0,71	0,96
Gymnasium	-,351	,066	28,003	1	,000	0,70	0,59	0,84
Universität	-,614	,068	82,376	1	,000	0,54	0,45	0,64
Private Krankenversicherung	-,304	,072	17,593	1	,000	0,74	0,61	0,89
Betreuung Schwangerschaft			18,254	2	,000			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,379	,102	13,925	1	,000	0,68	0,53	0,89
Hebamme	-,304	,139	4,828	1	,028	0,74	0,52	1,05
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>175,924</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>-,239</b>	<b>,047</b>	<b>26,480</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,79</b>	<b>0,70</b>	<b>0,89</b>
<b>1000 Geburten</b>	<b>-,712</b>	<b>,054</b>	<b>173,945</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,49</b>	<b>0,43</b>	<b>0,56</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,200</b>	<b>,041</b>	<b>24,326</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,22</b>	<b>1,10</b>	<b>1,36</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,473</b>	<b>,075</b>	<b>40,185</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,61</b>	<b>1,32</b>	<b>1,95</b>
Konstante	,262	,062	17,572	1	,000	1,30		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Krankenhausgröße.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Schulabschluss.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Zuversicht.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Geburtsmodus.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: subjekt. Gesundheit.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Versicherung.

g. In Schritt 7 eingegebene Variablen: Betreuung

h. In Schritt 8 eingegebene Variablen: Alter.

**Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Postpartale Schmerzlinderung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	12601,561 <sup>a</sup>	,016	,021
2	12466,609 <sup>a</sup>	,030	,040
3	12357,695 <sup>a</sup>	,041	,055
4	12331,329 <sup>a</sup>	,044	,059
5	12310,548 <sup>a</sup>	,046	,061
6	12298,363 <sup>a</sup>	,047	,063

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)		
							Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 1 <sup>a</sup>	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,511	,042	146,236	1	,000	1,67	1,49	1,86
	Konstante	-,586	,030	369,556	1	,000	0,56		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,567	,049	134,570	1	,000	1,76	1,55	2,00
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,530	,043	154,774	1	,000	1,70	1,52	1,90
	Konstante	-,738	,034	482,256	1	,000	0,48		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,557	,049	128,321	1	,000	1,75	1,54	1,98
	Verweildauer			108,084	2	,000			
	Zu kurz	,678	,072	88,971	1	,000	1,97	1,64	2,37
	Zu lang	,379	,070	29,427	1	,000	1,46	1,22	1,75
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,504	,043	138,139	1	,000	1,66	1,48	1,85
	Konstante	-,830	,035	556,254	1	,000	0,44		
Schritt 4 <sup>d</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,557	,049	127,777	1	,000	1,74	1,54	1,98
	Verweildauer			96,739	2	,000			
	Zu kurz	,643	,072	78,947	1	,000	1,90	1,58	2,29
	Zu lang	,366	,070	27,321	1	,000	1,44	1,20	1,73
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,486	,043	126,947	1	,000	1,63	1,45	1,82
	Keine Zuversicht	,404	,079	26,297	1	,000	1,50	1,22	1,83
	Konstante	-,848	,035	573,215	1	,000	0,43		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>e</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,570	,049	133,280	1	,000	1,77	1,56	2,01
	Alter			20,708	2	,000			
	31-35 Jahre	-,145	,049	8,734	1	,003	0,87	0,76	0,98
	>35 Jahre	-,247	,058	18,099	1	,000	0,78	0,67	0,91
	Verweildauer			93,636	2	,000			
	Zu kurz	,643	,072	78,798	1	,000	1,90	1,58	2,29
	Zu lang	,342	,070	23,628	1	,000	1,41	1,17	1,69
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,489	,043	128,164	1	,000	1,63	1,46	1,82
	Keine Zuversicht	,386	,079	23,893	1	,000	1,47	1,20	1,80
	Konstante	-,755	,042	328,340	1	,000	0,47		
Schritt 6 <sup>f</sup>	<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,565</b>	<b>,049</b>	<b>130,591</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,76</b>	<b>1,55</b>	<b>2,00</b>
	<b>Alter</b>			<b>18,003</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	31-35 Jahre	-,133	,049	7,313	1	,007	0,88	0,77	0,99
	<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,233</b>	<b>,058</b>	<b>15,960</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,79</b>	<b>0,68</b>	<b>0,92</b>
	<b>Präpartaler Klinikaufenthalt</b>	<b>,166</b>	<b>,048</b>	<b>12,218</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,18</b>	<b>1,04</b>	<b>1,34</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>93,590</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,644</b>	<b>,073</b>	<b>78,820</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,90</b>	<b>1,58</b>	<b>2,29</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,341</b>	<b>,070</b>	<b>23,540</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,41</b>	<b>1,17</b>	<b>1,69</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,478</b>	<b>,043</b>	<b>122,035</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,61</b>	<b>1,44</b>	<b>1,80</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,380</b>	<b>,079</b>	<b>23,107</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,46</b>	<b>1,19</b>	<b>1,79</b>
	Konstante	-,803	,044	333,876	1	,000	0,45		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: subjekt. Gesundheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Geburtsmodus.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Verweildauer.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Zuversicht.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Alter.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: präpartaler Klinikaufenthalt.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Vorbereitung auf die Zeit zuhause**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	10097,841 <sup>a</sup>	,065	,105
2	10097,994 <sup>a</sup>	,065	,105
3	10103,326 <sup>a</sup>	,065	,104

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	Alter	,027	,069	,153	1	,696	1,03	0,86	1,23
	31-35 Jahre			5,457	2	,065			
	>35 Jahre	-,077	,060	1,642	1	,200	0,93	0,79	1,08
	Schulabschluss	-,164	,071	5,362	1	,021	0,85	0,71	1,02
	Realschule			45,413	3	,000			
	Gymnasium	,296	,071	17,475	1	,000	1,35	1,12	1,61
	Universität	,427	,081	27,808	1	,000	1,53	1,24	1,89
	Private Krankenversicherung	,529	,083	40,364	1	,000	1,70	1,37	2,10
	Erstgebärende	,239	,093	6,599	1	,010	1,27	1,00	1,61
	Keine Geburtsvorbereitung	,666	,057	134,421	1	,000	1,95	1,68	2,26
	Verweildauer	-,254	,054	21,700	1	,000	0,78	0,67	0,89
	Zu kurz			102,450	2	,000			
	Zu lang	,786	,111	50,508	1	,000	2,20	1,65	2,92
	Krankenhausgröße	,811	,106	58,218	1	,000	2,25	1,71	2,96
	500-1000 Geburten			32,538	2	,000			
	1000 Geburten	,201	,057	12,380	1	,000	1,22	1,06	1,42
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,380	,068	31,273	1	,000	1,46	1,23	1,74
	Keine Zuversicht	,523	,052	102,837	1	,000	1,69	1,48	1,93
	Konstante	,960	,147	42,691	1	,000	2,61	1,79	3,81
		,344	,088	15,199	1	,000	1,41		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 13 Hypothese 2.2.B Logistische Regression

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>								
Alter			5,358	2	,069			
31-35 Jahre	-,076	,060	1,604	1	,205	0,93	0,79	1,08
>35 Jahre	-,162	,071	5,264	1	,022	0,85	0,71	1,02
Schulabschluss			45,336	3	,000			
Realschule	,296	,071	17,424	1	,000	1,34	1,12	1,61
Gymnasium	,427	,081	27,726	1	,000	1,53	1,24	1,89
Universität	,529	,083	40,313	1	,000	1,70	1,37	2,10
Private Krankenversicherung	,239	,093	6,592	1	,010	1,27	1,00	1,61
Erstgebärende	,670	,057	138,900	1	,000	1,95	1,69	2,26
Keine Geburtsvorbereitung	-,254	,054	21,803	1	,000	0,78	0,67	0,89
Verweildauer			103,080	2	,000			
Zu kurz	,788	,111	50,693	1	,000	2,20	1,65	2,92
Zu lang	,813	,106	58,590	1	,000	2,25	1,71	2,96
Krankenhausgröße			32,525	2	,000			
500-1000 Geburten	,201	,057	12,360	1	,000	1,22	1,06	1,42
1000 Geburten	,380	,068	31,266	1	,000	1,46	1,23	1,74
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,523	,052	103,033	1	,000	1,69	1,48	1,93
Keine Zuversicht	,959	,147	42,637	1	,000	2,61	1,79	3,81
Konstante	,346	,088	15,519	1	,000	1,41		
Schritt 3 <sup>a</sup>								
<b>Schulabschluss</b>			<b>41,928</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
<b>Realschule</b>	<b>,292</b>	<b>,071</b>	<b>16,933</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,34</b>	<b>1,12</b>	<b>1,61</b>
<b>Gymnasium</b>	<b>,415</b>	<b>,081</b>	<b>26,394</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,51</b>	<b>1,23</b>	<b>1,86</b>
<b>Universität</b>	<b>,497</b>	<b>,082</b>	<b>36,751</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,64</b>	<b>1,33</b>	<b>2,03</b>
Private Krankenversicherung	,215	,092	5,430	1	,020	1,24	0,98	1,57
<b>Erstgebärende</b>	<b>,708</b>	<b>,054</b>	<b>171,091</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,03</b>	<b>1,77</b>	<b>2,33</b>
<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>-,243</b>	<b>,054</b>	<b>20,276</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,78</b>	<b>0,68</b>	<b>0,90</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>104,161</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,786</b>	<b>,111</b>	<b>50,474</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,19</b>	<b>1,65</b>	<b>2,92</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,821</b>	<b>,106</b>	<b>59,933</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,27</b>	<b>1,73</b>	<b>2,99</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>31,414</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,197</b>	<b>,057</b>	<b>11,970</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,22</b>	<b>1,05</b>	<b>1,41</b>
<b>1000 Geburten</b>	<b>,373</b>	<b>,068</b>	<b>30,175</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,45</b>	<b>1,22</b>	<b>1,73</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,519</b>	<b>,051</b>	<b>101,812</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,68</b>	<b>1,47</b>	<b>1,92</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,963</b>	<b>,147</b>	<b>42,952</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,62</b>	<b>1,79</b>	<b>3,82</b>
Konstante	,284	,082	12,054	1	,001	1,33		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Versicherung, Parität, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjekt. Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Hebammenbetreuung im Kreißaal**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	9903,818 <sup>a</sup>	,036	,059
2	9904,295 <sup>a</sup>	,036	,059
3	9905,191 <sup>a</sup>	,036	,059
4	9908,429 <sup>a</sup>	,036	,058
5	9910,230 <sup>a</sup>	,036	,058
6	9913,473 <sup>a</sup>	,036	,057

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	Alter	,434	,074	34,317	1	,000	1,54	1,28	1,87
	31-35 Jahre			19,387	2	,000			
	>35 Jahre	-,199	,061	10,859	1	,001	0,82	0,70	0,96
	Schulabschluss	-,295	,072	16,701	1	,000	0,74	0,62	0,90
	Realschule			3,585	3	,310			
	Gymnasium	,062	,081	,586	1	,444	1,06	0,86	1,31
	Universität	-,059	,087	,458	1	,498	0,94	0,75	1,18
	Kein Geburtsbeginn	,053	,088	,360	1	,548	1,05	0,84	1,32
	Private Krankenversicherung	,077	,058	1,764	1	,184	1,08	0,93	1,25
	Erstgebärende	-,079	,083	,920	1	,338	0,92	0,75	1,14
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,040	,059	,477	1	,490	1,04	0,90	1,21
	Betreuung Schwangerschaft	,093	,060	2,408	1	,121	1,10	0,94	1,28
	Gynäkolog/in + Hebamme			25,518	2	,000			
	Hebamme	-,431	,112	14,658	1	,000	0,65	0,49	0,87
	Keine Geburtsvorbereitung	-,516	,149	12,028	1	,001	0,60	0,41	0,88
	Verweildauer	,193	,058	11,109	1	,001	1,21	1,04	1,41
	Zu kurz			53,069	2	,000			
	Zu lang	,640	,111	33,072	1	,000	1,90	1,42	2,52
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,471	,097	23,663	1	,000	1,60	1,25	2,05
	Keine Zuversicht	,612	,053	133,622	1	,000	1,84	1,61	2,11
	Konstante	,646	,124	27,068	1	,000	1,91	1,39	2,63
		1,020	,095	115,893	1	,000	2,77		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionsko effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,441	,073	36,067	1	,000	1,55	1,29	1,88
	Alter			23,636	2	,000			
	31-35 Jahre	-,209	,059	12,593	1	,000	0,81	0,70	0,94
	>35 Jahre	-,310	,069	20,107	1	,000	0,73	0,61	0,88
	Schulabschluss			3,606	3	,307			
	Realschule	,063	,081	,617	1	,432	1,07	0,87	1,31
	Gymnasium	-,056	,087	,415	1	,520	0,95	0,76	1,18
	Universität	,057	,087	,432	1	,511	1,06	0,85	1,33
	Kein Geburtsbeginn	,077	,058	1,769	1	,183	1,08	0,93	1,25
	Private Krankenversicherung	-,079	,083	,903	1	,342	0,92	0,75	1,14
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,095	,060	2,514	1	,113	1,10	0,94	1,28
	Betreuung Schwangerschaft			25,576	2	,000			
	Gynäkolog/in + Hebamme	-,430	,112	14,649	1	,000	0,65	0,49	0,87
	Hebamme	-,518	,149	12,098	1	,001	0,60	0,41	0,87
	Keine Geburtsvorbereitung	,179	,054	10,866	1	,001	1,20	1,04	1,38
	Verweildauer			53,412	2	,000			
	Zu kurz	,640	,111	33,095	1	,000	1,90	1,42	2,53
	Zu lang	,474	,097	24,010	1	,000	1,61	1,25	2,06
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,609	,053	133,312	1	,000	1,84	1,61	2,11
	Keine Zuversicht	,657	,123	28,427	1	,000	1,93	1,40	2,65
	Konstante	1,050	,084	154,660	1	,000	2,86		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 3 <sup>a</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,441	,073	36,022	1	,000	1,55	1,29	1,88
Alter			25,142	2	,000			
31-35 Jahre	-,214	,059	13,282	1	,000	0,81	0,69	0,94
>35 Jahre	-,317	,069	21,352	1	,000	0,73	0,61	0,87
Schulabschluss			3,259	3	,353			
Realschule	,062	,081	,582	1	,445	1,06	0,86	1,31
Gymnasium	-,059	,087	,458	1	,499	0,94	0,75	1,18
Universität	,036	,084	,179	1	,672	1,04	0,83	1,29
Kein Geburtsbeginn	,079	,058	1,842	1	,175	1,08	0,93	1,26
Präpartaler Klinikaufenthalt	,095	,060	2,532	1	,112	1,10	0,94	1,28
Betreuung Schwangerschaft			25,307	2	,000			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,429	,112	14,571	1	,000	0,65	0,49	0,87
Hebamme	-,513	,149	11,885	1	,001	0,60	0,41	0,88
Keine Geburtsvorbereitung	,179	,054	10,857	1	,001	1,20	1,04	1,38
Verweildauer			53,485	2	,000			
Zu kurz	,641	,111	33,245	1	,000	1,90	1,43	2,53
Zu lang	,473	,097	23,942	1	,000	1,60	1,25	2,06
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,611	,053	134,224	1	,000	1,84	1,61	2,11
Keine Zuversicht	,657	,123	28,493	1	,000	1,93	1,41	2,65
Konstante	1,050	,084	154,607	1	,000	2,86		
Schritt 4 <sup>a</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,442	,073	36,298	1	,000	1,56	1,29	1,88
Alter			26,305	2	,000			
31-35 Jahre	-,214	,058	13,649	1	,000	0,81	0,70	0,94
>35 Jahre	-,314	,067	22,055	1	,000	0,73	0,61	0,87
Kein Geburtsbeginn	,077	,058	1,789	1	,181	1,08	0,93	1,25
Präpartaler Klinikaufenthalt	,096	,060	2,593	1	,107	1,10	0,94	1,28
Betreuung Schwangerschaft			25,389	2	,000			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,430	,112	14,615	1	,000	0,65	0,49	0,87
Hebamme	-,513	,149	11,914	1	,001	0,60	0,41	0,88
Keine Geburtsvorbereitung	,180	,053	11,332	1	,001	1,20	1,04	1,37
Verweildauer			53,497	2	,000			
Zu kurz	,641	,111	33,211	1	,000	1,90	1,43	2,53
Zu lang	,473	,097	23,985	1	,000	1,61	1,25	2,06
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,610	,053	135,106	1	,000	1,84	1,61	2,11
Keine Zuversicht	,657	,123	28,510	1	,000	1,93	1,41	2,65
Konstante	1,067	,053	401,665	1	,000	2,91		

Fortsetzung nächste Seite



## Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionsko effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,455	,073	39,044	1	,000	1,58	1,31	1,90
	Alter			26,674	2	,000			
	31-35 Jahre	-,216	,058	13,944	1	,000	0,81	0,69	0,94
	>35 Jahre	-,316	,067	22,283	1	,000	0,73	0,61	0,87
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,106	,059	3,209	1	,073	1,11	0,95	1,30
	Betreuung Schwangerschaft			25,712	2	,000			
	Gynäkolog/in + Hebamme	-,433	,112	14,856	1	,000	0,65	0,49	0,87
	Hebamme	-,515	,149	12,004	1	,001	0,60	0,41	0,88
	Keine Geburtsvorbereitung	,182	,053	11,584	1	,001	1,20	1,05	1,38
	Verweildauer			53,560	2	,000			
	Zu kurz	,639	,111	33,032	1	,000	1,89	1,42	2,52
	Zu lang	,476	,097	24,251	1	,000	1,61	1,25	2,06
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,613	,052	136,346	1	,000	1,85	1,61	2,11
	Keine Zuversicht	,659	,123	28,692	1	,000	1,93	1,41	2,65
Konstante	1,084	,052	438,084	1	,000	2,96			
Schritt 6 <sup>a</sup>	<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,460</b>	<b>,073</b>	<b>40,048</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,58</b>	<b>1,31</b>	<b>1,91</b>
	<b>Alter</b>			<b>28,055</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,221</b>	<b>,058</b>	<b>14,695</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,80</b>	<b>0,69</b>	<b>0,93</b>
	<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,323</b>	<b>,067</b>	<b>23,375</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,72</b>	<b>0,61</b>	<b>0,86</b>
	<b>Betreuung Schwangerschaft</b>			<b>26,021</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Gynäkolog/in + Hebamme</b>	<b>-,436</b>	<b>,112</b>	<b>15,058</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,65</b>	<b>0,48</b>	<b>0,86</b>
	<b>Hebamme</b>	<b>-,518</b>	<b>,149</b>	<b>12,123</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,60</b>	<b>0,41</b>	<b>0,87</b>
	<b>Keine Geburtsvorbereitung</b>	<b>,186</b>	<b>,053</b>	<b>12,143</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,20</b>	<b>1,05</b>	<b>1,38</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>53,744</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,639</b>	<b>,111</b>	<b>33,075</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,90</b>	<b>1,42</b>	<b>2,52</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,477</b>	<b>,097</b>	<b>24,404</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,61</b>	<b>1,26</b>	<b>2,07</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,618</b>	<b>,052</b>	<b>139,140</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,86</b>	<b>1,62</b>	<b>2,12</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,664</b>	<b>,123</b>	<b>29,176</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,94</b>	<b>1,42</b>	<b>2,67</b>
	<b>Konstante</b>	<b>1,110</b>	<b>,050</b>	<b>494,303</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>3,03</b>		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Geburtsbeginn, Versicherung, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt, Betreuung Schwangerschaft, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, subjekt. Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Betreuung auf der Wochenbettstation**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	12388,087 <sup>a</sup>	,047	,074
2	12388,514 <sup>a</sup>	,047	,074
3	12390,721 <sup>a</sup>	,047	,074

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt	Variable	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	,039	,060	,425	1	,515	1,04	0,89	1,22
	Alter			16,162	2	,000			
	31-35 Jahre	-,187	,052	12,940	1	,000	0,83	0,73	0,95
	>35 Jahre	-,194	,062	9,718	1	,002	0,82	0,70	0,97
	Erstgebärende	,184	,048	14,478	1	,001	1,10	1,02	1,26
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,076	,052	2,123	1	,145	1,08	0,94	1,23
	Verweildauer			133,524	2	,000			
	Zu kurz	,752	,101	55,776	1	,000	2,12	1,64	2,75
	Zu lang	,904	,098	85,323	1	,000	2,47	1,92	3,18
	Krankenhausgröße			25,430	2	,000			
	500-1000 Geburten	,204	,052	15,325	1	,000	1,23	1,07	1,40
	1000 Geburten	,273	,059	21,568	1	,000	1,31	1,13	1,53
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,771	,047	264,210	1	,000	2,16	1,91	2,44
	Keine Zuversicht	,727	,117	38,405	1	,000	2,07	1,53	2,80
Konstante	,737	,059	155,074	1	,000	2,09			
Schritt 2 <sup>a</sup>	Alter			15,849	2	,000			
	31-35 Jahre	-,185	,052	12,722	1	,000	0,83	0,73	0,95
	>35 Jahre	-,191	,062	9,444	1	,002	0,83	0,70	0,97
	Erstgebärende	,189	,048	15,766	1	,002	1,06	1,02	1,25
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,077	,052	2,191	1	,139	1,08	0,94	1,23
	Verweildauer			134,264	2	,000			
	Zu kurz	,754	,101	56,034	1	,000	2,12	1,64	2,75
	Zu lang	,906	,098	85,764	1	,000	2,47	1,92	3,18
	Krankenhausgröße			25,425	2	,000			
	500-1000 Geburten	,204	,052	15,324	1	,000	1,23	1,07	1,40
	1000 Geburten	,273	,059	21,562	1	,000	1,31	1,13	1,53
	Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,771	,047	264,510	1	,000	2,16	1,91	2,44
	Keine Zuversicht	,726	,117	38,318	1	,000	2,07	1,53	2,80
	Konstante	,739	,059	156,480	1	,000	2,09		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 3 <sup>a</sup>								
<b>Alter</b>			<b>16,612</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,189</b>	<b>,052</b>	<b>13,320</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,83</b>	0,72	0,95
>35 Jahre	-,195	,062	9,891	1	,002	0,82	0,70	0,97
Erstgebärende	,192	,048	16,194	1	,002	1,06	1,01	1,27
<b>Verweildauer</b>			<b>134,673</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,755</b>	<b>,101</b>	<b>56,207</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,13</b>	1,64	2,76
<b>Zu lang</b>	<b>,907</b>	<b>,098</b>	<b>86,017</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,48</b>	1,93	3,19
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>25,032</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>500-1000 Geburten</b>	<b>,204</b>	<b>,052</b>	<b>15,300</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,23</b>	1,07	1,40
<b>1000 Geburten</b>	<b>,270</b>	<b>,059</b>	<b>21,076</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,31</b>	1,13	1,52
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,776</b>	<b>,047</b>	<b>268,535</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,17</b>	1,92	2,45
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,728</b>	<b>,117</b>	<b>38,562</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,07</b>	1,53	2,80
Konstante	,759	,058	173,968	1	,000	2,14		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Parität, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjekt. Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Service, Komfort & Sauberkeit**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	12119,854 <sup>a</sup>	,022	,036
2	12122,342 <sup>a</sup>	,022	,036

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,194	,062	9,767	1	,002	1,21	1,03	1,42
Präpartaler Klinikaufenthalt	,083	,053	2,467	1	,116	1,09	0,95	1,25
Verweildauer			46,386	2	,000			
Zu kurz	,267	,089	9,059	1	,003	1,31	1,04	1,64
Zu lang	,572	,090	40,095	1	,000	1,77	1,40	2,24
Krankenhausgröße			41,911	2	,000			
500-1000 Geburten	,146	,055	6,996	1	,008	1,16	1,00	1,33
1000 Geburten	-,217	,058	14,133	1	,000	0,80	0,69	0,93
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,586	,048	151,113	1	,000	1,80	1,59	2,03
Keine Zuversicht	,258	,097	6,992	1	,008	1,29	1,01	1,66
Konstante	1,141	,048	576,538	1	,000	3,13		
Schritt 2 <sup>a</sup>								
<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,197</b>	<b>,062</b>	<b>10,111</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,22</b>	<b>1,04</b>	<b>1,43</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>46,768</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
Zu kurz	,268	,089	9,138	1	,003	1,31	1,04	1,64
<b>Zu lang</b>	<b>,574</b>	<b>,090</b>	<b>40,417</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,78</b>	<b>1,41</b>	<b>2,24</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>42,774</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
500-1000 Geburten	,146	,055	6,957	1	,008	1,16	1,00	1,33
<b>1000 Geburten</b>	<b>-,221</b>	<b>,058</b>	<b>14,647</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,80</b>	<b>0,69</b>	<b>0,93</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,590</b>	<b>,048</b>	<b>154,108</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,80</b>	<b>1,60</b>	<b>2,04</b>
Keine Zuversicht	,262	,097	7,204	1	,007	1,30	1,01	1,67
Konstante	1,161	,046	642,167	1	,000	3,19		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjekt. Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Ärztliche Betreuung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	10574,712 <sup>a</sup>	,032	,053
2	10574,712 <sup>a</sup>	,032	,053
3	10574,713 <sup>a</sup>	,032	,053

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	-,001	,065	,000	1	,993	1,00	0,84	1,18
Alter			34,755	2	,000			
31-35 Jahre	-,224	,058	14,946	1	,000	0,80	0,69	0,93
>35 Jahre	-,385	,068	32,247	1	,000	0,68	0,57	0,81
Private Krankenversicherung	-,187	,075	6,259	1	,012	0,83	0,68	1,01
Erstgebärende	-,002	,053	,001	1	,974	1,00	0,87	1,14
Verweildauer			86,377	2	,000			
Zu kurz	,544	,103	28,129	1	,000	1,72	1,32	2,24
Zu lang	,832	,104	63,444	1	,000	2,30	1,76	3,01
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,616	,051	144,986	1	,000	1,85	1,62	2,11
Keine Zuversicht	,626	,119	27,528	1	,000	1,87	1,38	2,54
Konstante	1,274	,056	511,345	1	,000	3,57		
Schritt 2 <sup>a</sup>								
Alter			35,025	2	,000			
31-35 Jahre	-,224	,058	14,994	1	,000	0,80	0,69	0,93
>35 Jahre	-,385	,068	32,486	1	,000	0,68	0,57	0,81
Private Krankenversicherung	-,187	,075	6,259	1	,012	0,83	0,68	1,01
Erstgebärende	-,002	,052	,001	1	,972	1,00	0,87	1,14
Verweildauer			86,566	2	,000			
Zu kurz	,544	,102	28,156	1	,000	1,72	1,32	2,24
Zu lang	,832	,104	63,526	1	,000	2,30	1,76	3,01
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,616	,051	145,028	1	,000	1,85	1,62	2,11
Keine Zuversicht	,626	,119	27,535	1	,000	1,87	1,38	2,54
Konstante	1,274	,056	513,456	1	,000	3,57		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 3 <sup>a</sup>								
<b>Alter</b>			<b>37,677</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>31-35 Jahre</b>	<b>-,223</b>	<b>,057</b>	<b>15,440</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,80</b>	<b>0,69</b>	<b>0,93</b>
<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,385</b>	<b>,065</b>	<b>34,734</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,68</b>	<b>0,58</b>	<b>0,81</b>
Private Krankenversicherung	-,187	,074	6,289	1	,012	0,83	0,68	1,01
<b>Verweildauer</b>			<b>86,679</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,544</b>	<b>,102</b>	<b>28,157</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,32</b>	<b>2,24</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,832</b>	<b>,104</b>	<b>63,658</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,30</b>	<b>1,76</b>	<b>3,01</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,616</b>	<b>,051</b>	<b>146,946</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,85</b>	<b>1,62</b>	<b>2,11</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,626</b>	<b>,118</b>	<b>28,018</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,87</b>	<b>1,38</b>	<b>2,53</b>
Konstante	1,273	,043	876,291	1	,000	3,57		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Versicherung, Parität, Verweildauer, subjekt. Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Essen**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	11350,028 <sup>a</sup>	,019	,029
2	11351,605 <sup>a</sup>	,018	,029

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,118	,063	3,495	1	,062	1,13	0,96	1,33
Schulabschluss			21,348	3	,000			
Realschule	,179	,069	6,829	1	,009	1,20	1,00	1,43
Gymnasium	,283	,077	13,524	1	,000	1,33	1,09	1,62
Universität	,330	,077	18,597	1	,000	1,39	1,14	1,70
Private Krankenversicherung	,296	,086	11,808	1	,001	1,34	1,08	1,68
Erstgebärende	,064	,051	1,579	1	,209	1,07	0,93	1,22
Keine Geburtsvorbereitung	-,116	,052	5,051	1	,025	0,89	0,78	1,02
Präpartaler Klinikaufenthalt	,108	,054	3,999	1	,046	1,11	0,97	1,28
Verweildauer			67,842	2	,000			
Zu kurz	,298	,088	11,356	1	,001	1,35	1,07	1,69
Zu lang	,738	,095	60,198	1	,000	2,09	1,64	2,67
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,290	,048	36,842	1	,000	1,34	1,18	1,51
Keine Zuversicht	,303	,099	9,350	1	,002	1,35	1,05	1,75
Konstante	,775	,077	102,602	1	,000	2,17		
Schritt 2 <sup>a</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,128	,063	4,170	1	,041	1,14	0,97	1,34
<b>Schulabschluss</b>			<b>21,772</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	,182	,069	7,027	1	,008	1,20	1,01	1,43
<b>Gymnasium</b>	<b>,286</b>	<b>,077</b>	<b>13,841</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,33</b>	<b>1,09</b>	<b>1,62</b>
<b>Universität</b>	<b>,333</b>	<b>,077</b>	<b>18,959</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,40</b>	<b>1,15</b>	<b>1,70</b>
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>,293</b>	<b>,086</b>	<b>11,600</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,34</b>	<b>1,07</b>	<b>1,67</b>
Keine Geburtsvorbereitung	-,137	,049	7,852	1	,005	0,87	0,77	0,99
Präpartaler Klinikaufenthalt	,112	,054	4,352	1	,037	1,12	0,97	1,28
<b>Verweildauer</b>			<b>69,263</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,298</b>	<b>,088</b>	<b>11,392</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,35</b>	<b>1,07</b>	<b>1,69</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,746</b>	<b>,095</b>	<b>61,625</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,11</b>	<b>1,65</b>	<b>2,69</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,284</b>	<b>,048</b>	<b>35,670</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,33</b>	<b>1,18</b>	<b>1,50</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,322</b>	<b>,098</b>	<b>10,741</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,38</b>	<b>1,07</b>	<b>1,78</b>
Konstante	,815	,070	136,425	1	,000	2,26		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Schulabschluss, Versicherung, Parität, Teilnahme Geburtsvorbereitung, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, subjekt. Gesundheit, Zuversicht

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Zimmeratmosphäre**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	11007,488 <sup>a</sup>	,021	,033
2	11008,537 <sup>a</sup>	,021	,033

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,165	,064	6,542	1	,011	1,18	1,00	1,39
Alter			1,049	2	,592			
31-35 Jahre	-,042	,055	,594	1	,441	0,96	0,83	1,10
>35 Jahre	-,059	,065	,838	1	,360	0,94	0,80	1,11
Private Krankenversicherung	-,580	,069	69,987	1	,000	0,56	0,47	0,67
Betreuung Schwangerschaft			7,619	2	,022			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,183	,113	2,649	1	,104	0,83	0,62	1,11
Hebamme	-,339	,148	5,238	1	,022	0,71	0,49	1,04
Präpartaler Klinikaufenthalt	,161	,056	8,372	1	,004	1,17	1,02	1,36
Verweildauer			49,413	2	,000			
Zu kurz	,405	,094	18,403	1	,000	1,50	1,18	1,91
Zu lang	,534	,091	34,790	1	,000	1,71	1,35	2,15
Subj. Gesundheit beeinträchtigt	,305	,048	39,683	1	,000	1,36	1,20	1,54
Keine Zuversicht	,315	,100	9,849	1	,002	1,37	1,06	1,78
Konstante	1,133	,045	621,917	1	,000	3,11		
Schritt 2 <sup>a</sup>								
Ungeplanter Kaiserschnitt	,162	,064	6,336	1	,012	1,18	1,00	1,39
<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,596</b>	<b>,068</b>	<b>77,712</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,55</b>	<b>0,46</b>	<b>0,66</b>
Betreuung Schwangerschaft			7,756	2	,021			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,185	,113	2,682	1	,101	0,83	0,62	1,11
Hebamme	-,342	,148	5,345	1	,021	0,71	0,48	1,04
Präpartaler Klinikaufenthalt	,164	,055	8,770	1	,003	1,18	1,02	1,36
<b>Verweildauer</b>			<b>50,392</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,405</b>	<b>,094</b>	<b>18,420</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,50</b>	<b>1,18</b>	<b>1,91</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,540</b>	<b>,090</b>	<b>35,797</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,36</b>	<b>2,17</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,303</b>	<b>,048</b>	<b>39,230</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,35</b>	<b>1,20</b>	<b>1,53</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,320</b>	<b>,100</b>	<b>10,156</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,38</b>	<b>1,06</b>	<b>1,78</b>
Konstante	1,110	,039	829,610	1	,000	3,03		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Versicherung, Betreuung Schwangerschaft, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, subjekt. Gesundheit, Zuversicht.



**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	14040,804 <sup>a</sup>	,057	,076

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Variable	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
	<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	,268	,053	25,972	1	,000	1,31	1,14	1,50
	<b>Alter</b>			13,076	2	,001			
	31-35 Jahre	-,062	,047	1,755	1	,185	0,94	0,83	1,06
	<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,204</b>	<b>,056</b>	<b>13,075</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,82</b>	<b>0,70</b>	<b>0,94</b>
	<b>Schulabschluss</b>			88,855	3	,000			
	Realschule	-,180	,061	8,877	1	,003	0,84	0,71	0,98
	<b>Gymnasium</b>	<b>-,335</b>	<b>,067</b>	<b>25,347</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,72</b>	<b>0,60</b>	<b>0,85</b>
	<b>Universität</b>	<b>-,594</b>	<b>,068</b>	<b>76,412</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,55</b>	<b>0,46</b>	<b>0,66</b>
	Kein Geburtsbeginn	,116	,045	6,815	1	,009	1,12	1,00	1,26
	<b>Private Krankenversicherung</b>	<b>-,296</b>	<b>,072</b>	<b>16,647</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,74</b>	<b>0,62</b>	<b>0,90</b>
	Präpartaler Klinikaufenthalt	,122	,046	7,147	1	,008	1,13	1,00	1,27
	<b>Betreuung Schwangerschaft</b>			17,392	2	,000			
	<b>Gynäkolog/in + Hebamme</b>	<b>-,368</b>	<b>,102</b>	<b>13,074</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,69</b>	<b>0,53</b>	<b>0,90</b>
	Hebamme	-,304	,139	4,808	1	,028	0,74	0,52	1,05
	Verweildauer			7,622	2	,022			
	Zu kurz	,182	,071	6,515	1	,011	1,20	1,00	1,44
	Zu lang	,090	,067	1,763	1	,184	1,09	0,92	1,30
	<b>Krankenhausgröße</b>			175,801	2	,000			
	<b>500-1000 Geburten</b>	<b>-,246</b>	<b>,047</b>	<b>27,879</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,78</b>	<b>0,69</b>	<b>0,88</b>
	<b>1000 Geburten</b>	<b>-,714</b>	<b>,054</b>	<b>174,201</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,49</b>	<b>0,43</b>	<b>0,56</b>
	<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,183</b>	<b>,041</b>	<b>20,209</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,20</b>	<b>1,08</b>	<b>1,33</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,444</b>	<b>,075</b>	<b>34,883</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,56</b>	<b>1,28</b>	<b>1,89</b>
	Konstante	,167	,066	6,450	1	,011	1,18		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, Schulabschluss, Geburtsbeginn, Versicherung, präpartaler Klinikaufenthalt, Betreuung Schwangerschaft, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjekt. Gesundheit, Zuversicht.

**Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Postpartale Schmerzlinderung**

**Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
1	12284,658 <sup>a</sup>	,048	,065

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionsko- effizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Ungeplanter Kaiserschnitt</b>	<b>,565</b>	<b>,049</b>	<b>130,479</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,76</b>	<b>1,55</b>	<b>2,00</b>
<b>Alter</b>			<b>20,020</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
31-35 Jahre	-,140	,049	8,047	1	,005	0,87	0,77	0,99
<b>&gt;35 Jahre</b>	<b>-,247</b>	<b>,059</b>	<b>17,837</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,78</b>	<b>0,67</b>	<b>0,91</b>
<b>Präpartaler Klinikaufenthalt</b>	<b>,171</b>	<b>,048</b>	<b>12,917</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,19</b>	<b>1,05</b>	<b>1,34</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>90,847</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,633</b>	<b>,073</b>	<b>75,880</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,88</b>	<b>1,56</b>	<b>2,27</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,342</b>	<b>,070</b>	<b>23,565</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,41</b>	<b>1,17</b>	<b>1,69</b>
<b>Krankenhausgröße</b>			<b>13,650</b>	<b>2</b>	<b>,001</b>			
500-1000 Geburten	,159	,051	9,843	1	,002	1,17	1,03	1,33
<b>1000 Geburten</b>	<b>,186</b>	<b>,057</b>	<b>10,703</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>1,20</b>	<b>1,04</b>	<b>1,39</b>
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,481</b>	<b>,043</b>	<b>122,880</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,62</b>	<b>1,45</b>	<b>1,81</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,375</b>	<b>,079</b>	<b>22,486</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,46</b>	<b>1,19</b>	<b>1,78</b>
Konstante	-,914	,054	290,316	1	,000	0,40		

a. In Schritt 1 eingeebene Variablen: Geburtsmodus, Alter, präpartaler Klinikaufenthalt, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjekt. Gesundheit, Zuversicht.

## Anhang 14 Hypothese 3.1.A Kreuztabellen

### Anhang 14

#### Hypothese 3.1.A Kreuztabellen

Tab A14-1 Kreuztabellen Gesamtzufriedenheit und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Unzufrieden (N=5591) N (%)	Zufrieden (N=7827) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	2844 (46)	3558 (54)	0,08	0,83	0,79-0,87	<0,001
31-35 Jahre	1638 (38)	2681 (62)	0,08	0,80	0,76-0,85	<0,001
> 36 Jahre	995 (37)	1706 (63)				
<b>Schulabschluss</b>						
Hauptschule	838 (43)	1105 (57)		1,05	0,99-1,12	0,088
Realschule	1952 (45)	2343 (55)		0,96	0,90-1,03	0,260
Gymnasium	1180 (41)	1664 (59)	0,07	0,83	0,78-0,89	<0,001
Universität	1370 (36)	2461 (64)				
<b>Familienstand</b>						
Verheiratet / mit Partner	5261 (41)	7449 (59)		1,12	1,03-1,22	0,012
Alleinstehend	289 (47)	333 (53)				
<b>Versicherungstatus</b>						
Privat	4455 (43)	5937 (57)	0,04	0,85	0,79-0,91	<0,001
Gesetzlich	492 (36)	860 (64)				
<b>Partität</b>						
Mehrfgebärende	2718 (41)	3870 (59)		1,02	0,98-1,06	0,358
Erstgebärende	2855 (42)	3936 (58)				
<b>Z. n. Sectio</b>						
Ja	582 (40)	872 (60)		1,05	0,98-1,12	0,170
Nein	4983 (42)	6907 (58)				
<b>Geburtsmodus</b>						
Vaginale Geburt	4769 (42)	6689 (58)		0,99	0,93-1,04	0,603
Geplanter Kaiserschnitt	795 (41)	1138 (59)				
<b>Präpartaler Krankenhausaufenthalt</b>						
Nein	3955 (41)	5707 (59)		1,05	1,01-1,10	0,021
Ja	1552 (43)	2044 (57)				
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>						
Ja	3388 (41)	4888 (59)		1,06	1,01-1,10	0,014
Nein	1979 (43)	2605 (57)				
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b>						
Bis zur 12. SSW	4878 (41)	6945 (59)		1,03	0,95-1,12	0,475
Nach der 12.SSW	369 (42)	500 (58)				
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>						
Gynäkologin	5065 (42)	7029 (58)		0,87	0,77-0,97	0,008
Gynäkologin/Hebamme	201 (36)	354 (64)		0,93	0,80-1,08	0,301
Hebamme	105 (39)	166 (61)				
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	3067 (40)	4538 (60)		1,08	1,03-1,12	<0,001
Nein	2503 (43)	3264 (57)	0,03			
<b>Verweildauer</b>						
Genau richtig	4128 (38)	6833 (62)		1,57	1,49-1,57	<0,001
Zu kurz	693 (59)	479 (41)	0,13	1,58	1,50-1,66	<0,001
Zu lang	732 (59)	499 (41)	0,13			
<b>Krankenhausaufenthaltsdauer</b>						
< 500 Geburten	1743 (40)	2592 (60)		1,03	0,95-1,12	0,004
500-1000 Geburten	2365 (43)	3122 (57)		1,03	0,97-1,08	0,351
> 1000 Geburten	1483 (41)	2113 (59)				
<b>Subjektive Gesundheit</b>						
Gut	2120 (31)	4793 (69)		1,74	1,67-1,82	<0,001
Beeinträchtigt	3438 (53)	2995 (47)	0,23			
<b>Zufriedenheit mit dem Kind</b>						
zu Hause zurecht zu kommen	4752 (40)	7125 (60)	0,12	1,54	1,46-1,63	<0,001
Zufrieden	595 (62)	369 (38)				
Nicht zufrieden						

<sup>a</sup> Kursiv: Referenzkategorie

<sup>b</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>c</sup> Relatives Risiko

<sup>d</sup> Konfidenzintervall

## Anhang 15

## Hypothese 3.1.B Logistische Regression

Methode: Einschluss; abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit

## Modellzusammenfassung

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	7408,080 <sup>a</sup>	,294	,396

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

## Variablen in der Gleichung

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
<b>Vorbereitung auf die Zeit zuhause</b>	,668	,089	55,960	1	,000	1,95	1,55	2,46
<b>Hebammenbetreuung im Kreißsaal</b>	,708	,093	58,013	1	,000	2,03	1,60	2,58
<b>Betreuung auf der Wochenbettstation</b>	2,513	,154	265,626	1	,000	12,35	8,30	18,37
<b>Service, Komfort &amp; Sauberkeit</b>	,815	,093	76,706	1	,000	2,26	1,78	2,87
<b>Ärztliche Betreuung</b>	1,075	,098	119,804	1	,000	2,93	2,28	3,78
<b>Essen</b>	,292	,078	13,917	1	,000	1,34	1,09	1,64
<b>Zimmeratmosphäre</b>	,413	,077	28,483	1	,000	1,51	1,24	1,84
Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	,032	,058	,304	1	,581	1,03	0,89	1,20
<b>Postpartale Schmerzlinderung</b>	,529	,058	83,333	1	,000	1,70	1,46	1,97
Geplanter Kaiserschnitt	-,069	,072	,918	1	,338	0,93	0,77	1,12
Private Krankenversicherung	,055	,095	,335	1	,562	1,06	0,83	1,35
Alter			11,127	2	,004			
31-35 Jahre	-,222	,067	11,123	1	,001	0,80	0,67	0,95
> 35 Jahre	-,106	,080	1,769	1	,183	0,90	0,73	1,10
<b>Schulabschluss</b>			23,172	3	,000			
Realschule	,031	,088	,123	1	,725	1,03	0,82	1,30
Gymnasium	-,062	,097	,413	1	,520	0,94	0,73	1,21
<b>Universität</b>	-,335	,099	11,412	1	,001	0,72	0,55	0,92
Keine Geburtsvorbereitung	,165	,059	7,830	1	,005	1,18	1,01	1,37
<b>Verweildauer</b>			50,907	2	,000			
<b>Zu kurz</b>	,475	,095	25,053	1	,000	1,61	1,26	2,05
<b>Zu lang</b>	,550	,098	31,362	1	,000	1,73	1,35	2,23
<b>Subj. Gesundheit beeinträchtigt</b>	,632	,058	120,357	1	,000	1,88	1,62	2,18
<b>Keine Zuversicht</b>	,490	,105	21,570	1	,000	1,63	1,24	2,14
Konstante	-6,560	,232	799,572	1	,000	0,00		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Versicherung, Alter, Schulabschluss, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, subjekt. Gesundheit, Zuversicht, Hebammenbetreuung im Kreißsaal, Ärztliche Betreuung, Betreuung auf der Wochenbettstation, Vorbereitung auf die Zeit zuhause, Postpartale Schmerzlinderung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt, Service, Komfort &amp; Sauberkeit, Essen, Zimmeratmosphäre.

**Hypothese 3.1.B Logistische Regression****Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit****Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	8615,133 <sup>a</sup>	,168	,226
2	8285,712 <sup>a</sup>	,205	,275
3	8067,589 <sup>a</sup>	,228	,307
4	7902,151 <sup>a</sup>	,245	,330
5	7759,546 <sup>a</sup>	,260	,349
6	7675,359 <sup>a</sup>	,268	,361
7	7606,309 <sup>a</sup>	,275	,370
8	7538,734 <sup>a</sup>	,282	,379
9	7502,676 <sup>a</sup>	,285	,384
10	7466,386 <sup>a</sup>	,289	,388
11	7443,206 <sup>a</sup>	,291	,391
12	7428,865 <sup>a</sup>	,292	,393

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Anhang 15: Hypothese 3.1.B

Variablen in der Gleichung

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	99% Konfidenzintervall für EXP(B)		
							Unterer Wert	Oberer Wert	
Schritt 1 <sup>a</sup>	Betreuung auf der Wochenbettstation	,390	,149	516,661	1	,000	29,67	20,21	43,57
	Konstante	-3,343	,147	517,984	1	,000	0,04		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Betreuung auf der Wochenbettstation	3,099	,150	424,646	1	,000	22,17	15,05	32,66
	Ärztliche Betreuung	1,510	,091	272,552	1	,000	4,53	3,58	5,73
	Konstante	-4,392	,166	699,381	1	,000	0,01		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Beeinträchtigte Gesundheit	,788	,054	214,822	1	,000	2,20	1,92	2,53
	Betreuung auf der Wochenbettstation	3,010	,151	397,468	1	,000	20,29	13,75	29,93
	Ärztliche Betreuung	1,427	,093	237,216	1	,000	4,17	3,28	5,29
	Konstante	-4,665	,168	767,028	1	,000	0,01		
Schritt 4 <sup>d</sup>	Beeinträchtigte Gesundheit	,743	,055	185,217	1	,000	2,10	1,83	2,42
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,877	,152	360,430	1	,000	17,77	12,03	26,25
	Ärztliche Betreuung	1,392	,094	221,279	1	,000	4,02	3,16	5,12
	Postpartale Schmerzlinderung	,699	,055	163,777	1	,000	2,01	1,75	2,31
	Konstante	-4,797	,170	798,438	1	,000	0,01		
Schritt 5 <sup>e</sup>	Beeinträchtigte Gesundheit	,711	,055	165,808	1	,000	2,04	1,77	2,35
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,763	,152	329,502	1	,000	15,84	10,71	23,45
	Service, Komfort & Sauberkeit	1,016	,089	131,158	1	,000	2,76	2,20	3,47
	Ärztliche Betreuung	1,324	,095	195,832	1	,000	3,76	2,95	4,80
	Postpartale Schmerzlinderung	,668	,055	146,305	1	,000	1,95	1,69	2,25
	Konstante	-5,486	,185	881,309	1	,000	0,00		
Schritt 6 <sup>f</sup>	Beeinträchtigte Gesundheit	,706	,056	161,385	1	,000	2,03	1,76	2,34
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,768	,086	80,344	1	,000	2,16	1,73	2,69
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,666	,153	303,999	1	,000	14,38	9,70	21,33
	Service, Komfort & Sauberkeit	,981	,089	120,084	1	,000	2,67	2,12	3,36
	Ärztliche Betreuung	1,240	,096	168,170	1	,000	3,46	2,70	4,42
	Postpartale Schmerzlinderung	,607	,056	118,000	1	,000	1,83	1,59	2,12
	Konstante	-5,923	,195	917,890	1	,000	0,00		
Schritt 7 <sup>g</sup>	Beeinträchtigte Gesundheit	,684	,056	149,580	1	,000	1,98	1,72	2,29
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,738	,086	73,097	1	,000	2,09	1,68	2,61
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,743	,092	65,873	1	,000	2,10	1,66	2,66
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,591	,153	285,211	1	,000	13,34	8,99	19,80
	Service, Komfort & Sauberkeit	,953	,090	112,013	1	,000	2,59	2,06	3,27
	Ärztliche Betreuung	1,151	,097	141,659	1	,000	3,16	2,46	4,05
	Postpartale Schmerzlinderung	,584	,056	108,111	1	,000	1,79	1,55	2,07
	Konstante	-6,354	,207	942,139	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 15: Hypothese 3.1.B

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 8 <sup>h</sup>			66,092	2	,000			
Verweildauer								
Zu kurz	,531	,093	32,248	1	,000	1,70	1,34	2,16
Zu lang	,619	,097	40,896	1	,000	1,86	1,45	2,38
Beeinträchtigte Gesundheit	,679	,056	145,128	1	,000	1,97	1,70	2,28
Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,692	,087	63,578	1	,000	2,00	1,60	2,50
Hebammenbetreuung im Kreißaal	,736	,092	64,224	1	,000	2,09	1,65	2,65
Betreuung auf der Wochenbettstation	2,558	,154	277,318	1	,000	12,90	8,69	19,17
Service, Komfort & Sauberkeit	,947	,090	109,745	1	,000	2,58	2,04	3,25
Ärztliche Betreuung	1,127	,097	135,252	1	,000	3,09	2,41	3,96
Postpartale Schmerzlinderung	,557	,057	96,513	1	,000	1,74	1,51	2,02
Konstante	-6,349	,207	941,782	1	,000	0,00		
Schritt 9 <sup>i</sup>			60,874	2	,000			
Verweildauer								
Zu kurz	,515	,094	30,164	1	,000	1,67	1,31	2,13
Zu lang	,593	,097	37,282	1	,000	1,81	1,41	2,32
Beeinträchtigte Gesundheit	,674	,056	142,316	1	,000	1,96	1,70	2,27
Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,660	,087	57,194	1	,000	1,93	1,55	2,42
Hebammenbetreuung im Kreißaal	,723	,092	61,547	1	,000	2,06	1,63	2,61
Betreuung auf der Wochenbettstation	2,540	,154	272,965	1	,000	12,68	8,53	18,84
Service, Komfort & Sauberkeit	,871	,092	90,578	1	,000	2,39	1,89	3,02
Ärztliche Betreuung	1,114	,097	131,332	1	,000	3,05	2,37	3,91
Zimmeratmosphäre	,453	,076	35,638	1	,000	1,57	1,29	1,91
Postpartale Schmerzlinderung	,544	,057	91,447	1	,000	1,72	1,49	1,99
Konstante	-6,576	,212	962,673	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 15: Hypothese 3.1.B

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 10 <sup>l</sup>	Schulabschluss			36,143	3	,000			
	Realschule	-,008	,087	,008	1	,928	0,99	0,79	1,24
	Gymnasium	-,132	,095	1,925	1	,165	0,88	0,69	1,12
	Universität	-,407	,091	20,051	1	,000	0,67	0,53	0,84
	Verweildauer			61,000	2	,000			
	Zu kurz	,514	,094	29,878	1	,000	1,67	1,31	2,13
	Zu lang	,599	,098	37,686	1	,000	1,82	1,42	2,34
	Beeinträchtigte Gesundheit	,646	,057	129,014	1	,000	1,91	1,65	2,21
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,709	,088	64,681	1	,000	2,03	1,62	2,55
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,719	,092	60,488	1	,000	2,05	1,62	2,60
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,549	,154	273,986	1	,000	12,79	8,60	19,02
	Service, Komfort & Sauberkeit	,853	,092	86,371	1	,000	2,35	1,85	2,97
	Ärztliche Betreuung	1,094	,097	125,980	1	,000	2,99	2,32	3,84
	Zimmeratmosphäre	,433	,076	32,195	1	,000	1,54	1,27	1,88
	Postpartale Schmerzlinderung	,557	,057	95,068	1	,000	1,75	1,51	2,02
	Konstante	-6,417	,221	843,897	1	,000	0,00		
Schritt 11 <sup>k</sup>	Schulabschluss			37,199	3	,000			
	Realschule	-,007	,087	,006	1	,937	0,99	0,79	1,24
	Gymnasium	-,129	,095	1,836	1	,175	0,88	0,69	1,12
	Universität	-,413	,091	20,525	1	,000	0,66	0,52	0,84
	Verweildauer			56,783	2	,000			
	Zu kurz	,484	,094	26,196	1	,000	1,62	1,27	2,07
	Zu lang	,591	,098	36,675	1	,000	1,81	1,40	2,32
	Beeinträchtigte Gesundheit	,630	,057	122,176	1	,000	1,88	1,62	2,18
	Keine Zuversicht	,496	,105	22,437	1	,000	1,64	1,25	2,15
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,684	,088	60,038	1	,000	1,98	1,58	2,49
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,713	,093	59,381	1	,000	2,04	1,61	2,59
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,539	,154	272,012	1	,000	12,66	8,52	18,83
	Service, Komfort & Sauberkeit	,857	,092	86,633	1	,000	2,36	1,86	2,99
	Ärztliche Betreuung	1,086	,098	123,770	1	,000	2,96	2,30	3,81
	Zimmeratmosphäre	,428	,076	31,409	1	,000	1,53	1,26	1,87
	Postpartale Schmerzlinderung	,547	,057	91,158	1	,000	1,73	1,49	2,00
	Konstante	-6,397	,221	838,441	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite



Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 12 <sup>l</sup>			<b>39,118</b>		<b>3</b>	<b>,000</b>		
<b>Schulabschluss</b>								
Realschule	-,009	,087	,010	1	,922	0,99	0,79	1,24
Gymnasium	-,134	,095	1,981	1	,159	0,87	0,68	1,12
<b>Universität</b>	<b>-,425</b>	<b>,091</b>	<b>21,672</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,65</b>	<b>0,52</b>	<b>0,83</b>
<b>Verweildauer</b>			<b>54,538</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,483</b>	<b>,095</b>	<b>26,028</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,62</b>	<b>1,27</b>	<b>2,07</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,573</b>	<b>,098</b>	<b>34,386</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,77</b>	<b>1,38</b>	<b>2,28</b>
<b>Beeinträchtigte Gesundheit</b>	<b>,633</b>	<b>,057</b>	<b>122,925</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,88</b>	<b>1,63</b>	<b>2,18</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,487</b>	<b>,105</b>	<b>21,598</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,63</b>	<b>1,24</b>	<b>2,13</b>
<b>Vorbereitung auf die Zeit zuhause</b>	<b>,656</b>	<b>,089</b>	<b>54,704</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,93</b>	<b>1,53</b>	<b>2,42</b>
<b>Hebammenbetreuung im Kreißaal</b>	<b>,715</b>	<b>,093</b>	<b>59,579</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,04</b>	<b>1,61</b>	<b>2,60</b>
<b>Betreuung auf der Wochenbettstation</b>	<b>2,521</b>	<b>,154</b>	<b>267,787</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>12,44</b>	<b>8,37</b>	<b>18,50</b>
<b>Service, Komfort &amp; Sauberkeit</b>	<b>,815</b>	<b>,093</b>	<b>77,108</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,26</b>	<b>1,78</b>	<b>2,87</b>
<b>Ärztliche Betreuung</b>	<b>1,071</b>	<b>,098</b>	<b>119,936</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,92</b>	<b>2,27</b>	<b>3,76</b>
<b>Essen</b>	<b>,294</b>	<b>,078</b>	<b>14,272</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,34</b>	<b>1,10</b>	<b>1,64</b>
<b>Zimmeratmosphäre</b>	<b>,404</b>	<b>,077</b>	<b>27,748</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,50</b>	<b>1,23</b>	<b>1,83</b>
<b>Postpartale Schmerzlinderung</b>	<b>,533</b>	<b>,057</b>	<b>86,058</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,70</b>	<b>1,47</b>	<b>1,98</b>
Konstante	-6,519	,224	845,095	1	,000	0,00		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Betreuung auf der Wochenbettstation.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Ärztliche Betreuung.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: subjekt. Gesundheit.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Postpartale Schmerzlinderung.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Service, Komfort & Sauberkeit.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Vorbereitung auf die Zeit zuhause.

g. In Schritt 7 eingegebene Variablen: Hebammenbetreuung im Kreißaal.

h. In Schritt 8 eingegebene Variablen: Verweildauer.

i. In Schritt 9 eingegebene Variablen: Zimmeratmosphäre.

j. In Schritt 10 eingegebene Variablen: Schulabschluss.

k. In Schritt 11 eingegebene Variablen: Zuversicht.

l. In Schritt 12 eingegebene Variablen: Essen.

**Hypothese 3.1.B Logistische Regression****Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit****Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	7408,080 <sup>a</sup>	,294	,396
2	7408,385 <sup>a</sup>	,294	,396
3	7408,695 <sup>a</sup>	,294	,396
4	7409,524 <sup>a</sup>	,294	,396

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

**Variablen in der Gleichung**

Schritt 1 <sup>a</sup>	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Geplanter Kaiserschnitt	-,069	,072	,918	1	,338	0,93	0,77	1,12
Private Krankenversicherung	,055	,095	,335	1	,562	1,06	0,83	1,35
Alter			11,127	2	,004			
31-35 Jahre	-,222	,067	11,123	1	,001	0,80	0,67	0,95
> 35 Jahre	-,106	,080	1,769	1	,183	0,90	0,73	1,10
Schulabschluss			23,172	3	,000			
Realschule	,031	,088	,123	1	,725	1,03	0,82	1,30
Gymnasium	-,062	,097	,413	1	,520	0,94	0,73	1,21
Universität	-,335	,099	11,412	1	,001	0,72	0,55	0,92
Keine Geburtsvorbereitung	,165	,059	7,830	1	,005	1,18	1,01	1,37
Verweildauer			50,907	2	,000			
Zu kurz	,475	,095	25,053	1	,000	1,61	1,26	2,05
Zu lang	,550	,098	31,362	1	,000	1,73	1,35	2,23
Beeinträchtigte Gesundheit	,632	,058	120,357	1	,000	1,88	1,62	2,18
Keine Zuversicht	,490	,105	21,570	1	,000	1,63	1,24	2,14
Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,668	,089	55,960	1	,000	1,95	1,55	2,46
Hebammenbetreuung im Kreißaal	,708	,093	58,013	1	,000	2,03	1,60	2,58
Betreuung auf der Wochenbettstation	2,513	,154	265,626	1	,000	12,35	8,30	18,37
Service, Komfort & Sauberkeit	,815	,093	76,706	1	,000	2,26	1,78	2,87
Ärztliche Betreuung	1,075	,098	119,804	1	,000	2,93	2,28	3,78
Essen	,292	,078	13,917	1	,000	1,34	1,09	1,64
Zimmeratmosphäre	,413	,077	28,483	1	,000	1,51	1,24	1,84
Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	,032	,058	,304	1	,581	1,03	0,89	1,20
Postpartale Schmerzlinderung	,529	,058	83,333	1	,000	1,70	1,46	1,97
Konstante	-6,560	,232	799,572	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 15: Hypothese 3.1.B

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient		Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
		B	Standardfehler					Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>	Geplanter Kaiserschnitt	-,067	,072	,872	1	,350	0,93	0,78	1,13
	Private Krankenversicherung	,053	,095	,311	1	,577	1,05	0,83	1,35
	Alter			11,219	2	,004			
	31-35 Jahre	-,223	,067	11,212	1	,001	0,80	0,67	0,95
	> 35 Jahre	-,107	,080	1,826	1	,177	0,90	0,73	1,10
	Schulabschluss			23,653	3	,000			
	Realschule	,028	,088	,101	1	,750	1,03	0,82	1,29
	Gymnasium	-,066	,097	,471	1	,493	0,94	0,73	1,20
	Universität	-,340	,099	11,888	1	,001	0,71	0,55	0,92
	Keine Geburtsvorbereitung	,165	,059	7,791	1	,005	1,18	1,01	1,37
	Verweildauer			51,217	2	,000			
	Zu kurz	,477	,095	25,262	1	,000	1,61	1,26	2,06
	Zu lang	,550	,098	31,476	1	,000	1,73	1,35	2,23
	Beeinträchtigte Gesundheit	,633	,058	121,359	1	,000	1,88	1,62	2,18
	Keine Zuversicht	,494	,105	21,988	1	,000	1,64	1,25	2,15
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,667	,089	55,817	1	,000	1,95	1,55	2,45
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,708	,093	58,055	1	,000	2,03	1,60	2,58
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,513	,154	265,557	1	,000	12,34	8,30	18,36
	Service, Komfort & Sauberkeit	,816	,093	76,925	1	,000	2,26	1,78	2,87
	Ärztliche Betreuung	1,076	,098	119,808	1	,000	2,93	2,28	3,78
Essen	,291	,078	13,842	1	,000	1,34	1,09	1,64	
Zimmeratmosphäre	,415	,077	28,900	1	,000	1,51	1,24	1,85	
Postpartale Schmerzlinderung	,530	,058	83,620	1	,000	1,70	1,46	1,97	
Konstante	-6,545	,230	807,380	1	,000	0,00			

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 15: Hypothese 3.1.B

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 3 <sup>a</sup>	Geplanter Kaiserschnitt	-,066	,072	,829	1	,363	0,94	0,78	1,13
	Alter			10,982	2	,004			
	31-35 Jahre	-,220	,066	10,979	1	,001	0,80	0,68	0,95
	> 35 Jahre	-,103	,079	1,698	1	,193	0,90	0,74	1,11
	Schulabschluss			24,583	3	,000			
	Realschule	,029	,088	,109	1	,741	1,03	0,82	1,29
	Gymnasium	-,065	,097	,454	1	,500	0,94	0,73	1,20
	Universität	-,326	,095	11,703	1	,001	0,72	0,56	0,92
	Keine Geburtsvorbereitung	,165	,059	7,790	1	,005	1,18	1,01	1,37
	Verweildauer			51,083	2	,000			
	Zu kurz	,476	,095	25,135	1	,000	1,61	1,26	2,05
	Zu lang	,550	,098	31,451	1	,000	1,73	1,35	2,23
	Beeinträchtigte Gesundheit	,633	,057	121,114	1	,000	1,88	1,62	2,18
	Keine Zuversicht	,492	,105	21,876	1	,000	1,64	1,25	2,15
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,669	,089	56,054	1	,000	1,95	1,55	2,46
	Hebammenbetreuung im Kreißsaal	,708	,093	58,049	1	,000	2,03	1,60	2,58
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,514	,154	265,977	1	,000	12,36	8,31	18,39
	Service, Komfort & Sauberkeit	,816	,093	76,898	1	,000	2,26	1,78	2,87
	Ärztliche Betreuung	1,074	,098	119,535	1	,000	2,93	2,27	3,77
	Essen	,292	,078	14,012	1	,000	1,34	1,10	1,64
	Zimmeratmosphäre	,411	,077	28,596	1	,000	1,51	1,24	1,84
	Postpartale Schmerzlinderung	,530	,058	83,593	1	,000	1,70	1,46	1,97
	Konstante	-6,544	,230	807,172	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

## Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 4 <sup>a</sup>	Alter			11,557	2	,003			
	31-35 Jahre	-,225	,066	11,528	1	,002	0,80	0,67	0,95
	> 35 Jahre	-,111	,079	2,007	1	,157	0,89	0,73	1,10
	<b>Schulabschluss</b>			<b>24,388</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
	Realschule	,029	,088	,109	1	,741	1,03	0,82	1,29
	Gymnasium	-,066	,097	,463	1	,496	0,94	0,73	1,20
	<b>Universität</b>	<b>-,324</b>	<b>,095</b>	<b>11,610</b>	<b>1</b>	<b>,001</b>	<b>0,72</b>	<b>0,57</b>	<b>0,92</b>
	Keine Geburtsvorbereitung	,160	,059	7,409	1	,006	1,17	1,01	1,37
	<b>Verweildauer</b>			<b>51,472</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,476</b>	<b>,095</b>	<b>25,135</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,61</b>	<b>1,26</b>	<b>2,05</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,554</b>	<b>,098</b>	<b>31,882</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,74</b>	<b>1,35</b>	<b>2,24</b>
	<b>Beeinträchtigte Gesundheit</b>	<b>,633</b>	<b>,057</b>	<b>121,217</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,88</b>	<b>1,62</b>	<b>2,18</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,493</b>	<b>,105</b>	<b>21,987</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,64</b>	<b>1,25</b>	<b>2,15</b>
	<b>Vorbereitung auf die Zeit zuhause</b>	<b>,669</b>	<b>,089</b>	<b>56,095</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,95</b>	<b>1,55</b>	<b>2,46</b>
	<b>Hebammenbetreuung im Kreißaal</b>	<b>,705</b>	<b>,093</b>	<b>57,616</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,02</b>	<b>1,59</b>	<b>2,57</b>
	<b>Betreuung auf der Wochenbettstation</b>	<b>2,515</b>	<b>,154</b>	<b>266,098</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>12,37</b>	<b>8,32</b>	<b>18,40</b>
	<b>Service, Komfort &amp; Sauberkeit</b>	<b>,817</b>	<b>,093</b>	<b>77,055</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,26</b>	<b>1,78</b>	<b>2,88</b>
	<b>Ärztliche Betreuung</b>	<b>1,078</b>	<b>,098</b>	<b>120,905</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,94</b>	<b>2,28</b>	<b>3,79</b>
	<b>Essen</b>	<b>,291</b>	<b>,078</b>	<b>13,906</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,34</b>	<b>1,09</b>	<b>1,64</b>
	<b>Zimmeratmosphäre</b>	<b>,409</b>	<b>,077</b>	<b>28,338</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,51</b>	<b>1,24</b>	<b>1,84</b>
	<b>Postpartale Schmerzlinderung</b>	<b>,524</b>	<b>,058</b>	<b>82,809</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,69</b>	<b>1,46</b>	<b>1,96</b>
	Konstante	-6,551	,230	809,284	1	,000	0,00		

a. In Schritt 1 eingeebene Variablen: Geburtsmodus, Versicherung, Alter, Schulabschluss, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Verweildauer, subjekt. Gesundheit, Zuversicht, Hebammenbetreuung im Kreißaal, Ärztliche Betreuung, Betreuung auf der Wochenbettstation, Vorbereitung auf die Zeit zuhause, Postpartale Schmerzlinderung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt, Service, Komfort & Sauberkeit, Essen, Zimmeratmosphäre.

## Anhang 16 Hypothese 3.2.A Kreuztabellen

### Anhang 16

#### Hypothese 3.2.A Kreuztabellen

Tab. A16-1 Kreuztabelle Gesamtzufriedenheit und mögliche Einflussvariablen

Merkmal	Unzufrieden (N=5895) N (%)	Zufrieden (N=8186) N (%)	Cramér's V <sup>a</sup>	RR <sup>b</sup>	99% KI <sup>c</sup>	p
<b>Alter</b>						
18-30 Jahre	3047 (46)	3607 (54)	0,08	0,83	0,79-0,87	<0,001
31-35 Jahre	1700 (38)	2783 (62)	0,08	0,81	0,77-0,86	<0,001
> 36 Jahre	1014 (37)	1706 (63)				
<b>Schulabschluss</b>						
Hauptschule	916 (45)	1103 (55)		1,00	0,94-1,06	0,997
Realschule	2040 (45)	2456 (55)		0,90	0,85-0,96	0,002
Gymnasium	1224 (41)	1763 (59)	0,09	0,79	0,74-0,84	<0,001
Universität	1458 (36)	2598 (64)				
<b>Familienstand</b>						
Verheiratet / mit Partner	5531 (42)	7768 (58)		1,11	1,02-1,21	0,018
Alleinstehend	317 (46)	370 (54)				
<b>Versicherungstatus</b>						
Privat	4723 (43)	6256 (57)	0,04	0,85	0,79-0,92	<0,001
Gesetzlich	497 (37)	856 (63)				
<b>Partität</b>						
Mehrfgebärende	2574 (41)	3646 (59)		1,02	0,98-1,06	0,315
Ersgebärende	3299 (42)	4514 (58)				
<b>Z. n. Sectio</b>						
Ja	459 (42)	644 (58)		1,01	0,94-1,08	0,852
Nein	5402 (42)	7490 (58)				
<b>Geburtsmodus</b>						
Vaginale Geburt	4769 (42)	6689 (58)		1,01	0,97-1,07	0,591
Geplanter Kaiserschnitt	1099 (42)	1497 (58)				
<b>Präpartaler Krankenhausaufenthalt</b>						
Nein	4136 (41)	5975 (59)		1,07	1,03-1,12	0,002
Ja	1670 (44)	2138 (56)				
<b>Geburt bei Aufnahme bereits begonnen</b>						
Ja	3892 (41)	5538 (59)		1,05	1,01-1,09	0,029
Nein	1782 (43)	2335 (57)				
<b>Beginn Schwangerenvorsorge</b>						
Bis zur 12. SSW	5153 (42)	7227 (58)		0,98	0,91-1,07	0,679
Nach der 12.SSW	379 (41)	547 (59)				
<b>Betreuungsperson in der Schwangerschaft</b>						
Gynäkologin	5315 (42)	7283 (58)	0,03	0,84	0,76-0,94	0,001
Gynäkologin/Hebamme	217 (36)	394 (64)		0,88	0,76-1,01	0,063
Hebamme	116 (37)	198 (63)				
<b>Geburtsvorbereitungskurs</b>						
Ja	3414 (40)	5116 (60)	0,05	1,12	1,07-1,16	<0,001
Nein	2543 (45)	3038 (55)				
<b>Verweildauer</b>						
Genau richtig	4259 (38)	7097 (62)		1,62	1,54-1,70	<0,001
Zu kurz	749 (61)	487 (39)	0,14	1,58	1,50-1,66	<0,001
Zu lang	841 (59)	579 (41)	0,14			
<b>Krankenhausausröße</b>						
< 500 Geburten	1785 (40)	2703 (60)	0,04	1,11	1,06-1,16	<0,001
500-1000 Geburten	2552 (44)	3229 (56)	0,01	1,03	0,96-1,08	0,309
> 1000 Geburten	1558 (41)	2254 (59)				
<b>Subjektive Gesundheit</b>						
Gut	2268 (31)	5040 (69)	0,23	1,73	1,66-1,80	<0,001
Beeinträchtigt	3593 (54)	3108 (46)				
<b>Zuversicht mit dem Kind zuhause zurecht zu kommen</b>						
Zuversichtlich	5000 (40)	7447 (60)	0,11	1,51	1,43-1,60	<0,001
Nicht zuversichtlich	636 (61)	411 (39)				

*Kursiv*: Referenzkategorie

<sup>a</sup> Für 2x2-Kontingenztabellen gelten Werte von 0,1 bis 0,3 als gering, 0,3 bis 0,5 als mittel und 0,5 und höher als hoch (Cohen 1992)

<sup>b</sup> Relatives Risiko

<sup>c</sup> Konfidenzintervall

**Anhang 17****Hypothese 3.2.B Logistische Regression****Methode: Einschluss; abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit****Modellzusammenfassung**

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	7659,495 <sup>a</sup>	,288	,388

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Anhang 17: Hypothese 3.2.B

Variablen in der Gleichung

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>								
<b>Vorbereitung auf die Zeit zuhause</b>	<b>,647</b>	<b>,090</b>	<b>51,304</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,91</b>	<b>1,51</b>	<b>2,41</b>
<b>Hebammenbetreuung im Kreißaal</b>	<b>,721</b>	<b>,093</b>	<b>60,211</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,06</b>	<b>1,62</b>	<b>2,61</b>
<b>Betreuung auf der Wochenbettstation</b>	<b>2,505</b>	<b>,153</b>	<b>269,093</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>12,24</b>	<b>8,26</b>	<b>18,14</b>
<b>Service, Komfort &amp; Sauberkeit</b>	<b>,771</b>	<b>,093</b>	<b>69,542</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,16</b>	<b>1,70</b>	<b>2,75</b>
<b>Ärztliche Betreuung</b>	<b>1,083</b>	<b>,101</b>	<b>114,062</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,95</b>	<b>2,27</b>	<b>3,83</b>
Essen	,204	,077	7,112	1	,008	1,23	1,01	1,49
<b>Zimmeratmosphäre</b>	<b>,358</b>	<b>,076</b>	<b>22,154</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,43</b>	<b>1,18</b>	<b>1,74</b>
Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	,099	,057	2,978	1	,084	1,10	0,95	1,28
<b>Postpartale Schmerzlinderung</b>	<b>,540</b>	<b>,057</b>	<b>89,609</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,48</b>	<b>1,99</b>
Ungeplanter Kaiserschnitt	-,192	,065	8,661	1	,003	0,83	0,70	0,98
Private Krankenversicherung	,055	,096	,334	1	,563	1,06	0,83	1,35
Alter			4,746	2	,093			
31-35 Jahre	-,138	,066	4,410	1	,036	0,87	0,74	1,03
> 35 Jahre	-,019	,079	,057	1	,811	0,98	0,80	1,20
<b>Schulabschluss</b>			<b>27,901</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
Realschule	-,114	,088	1,670	1	,196	0,89	0,71	1,12
Gymnasium	-,200	,097	4,268	1	,039	0,82	0,64	1,05
<b>Universität</b>	<b>-,462</b>	<b>,099</b>	<b>21,929</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,63</b>	<b>0,49</b>	<b>0,81</b>
Keine Geburtsvorbereitung	,141	,060	5,559	1	,018	1,15	0,99	1,34
Betreuung Schwangerschaft			1,964	2	,375			
Gynäkolog/in + Hebamme	-,169	,125	1,837	1	,175	0,84	0,61	1,16
Hebamme	-,083	,202	,168	1	,682	0,92	0,55	1,55
<b>Verweildauer</b>			<b>76,439</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
<b>Zu kurz</b>	<b>,575</b>	<b>,094</b>	<b>37,546</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,78</b>	<b>1,40</b>	<b>2,26</b>
<b>Zu lang</b>	<b>,626</b>	<b>,091</b>	<b>47,777</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,87</b>	<b>1,48</b>	<b>2,36</b>
Krankenhausgröße			7,744	2	,021			
500-1000 Betten	,165	,066	6,303	1	,012	1,18	1,00	1,40
> 1000 Betten	,020	,075	,072	1	,788	1,02	0,84	1,24
<b>Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,599</b>	<b>,057</b>	<b>112,305</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,82</b>	<b>1,57</b>	<b>2,11</b>
<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,407</b>	<b>,102</b>	<b>15,972</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,50</b>	<b>1,16</b>	<b>1,95</b>
Konstante	-6,405	,231	766,458	1	,000	0,00		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Versicherung, Alter, Schulabschluss, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Betreuung Schwangerschaft, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjekt. Gesundheit, Zuversicht, Hebammenbetreuung im Kreißaal, Ärztliche Betreuung Betreuung auf der Wochenbettstation, Vorbereitung auf die Zeit zuhause, Postpartale Schmerzlinderung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt, Service, Komfort & Sauberkeit, Essen, Zimmeratmosphäre.



**Hypothese 3.2.B Logistische Regression****Methode: Vorwärtsselektion; abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit**

Modellzusammenfassung			
Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	8887,115 <sup>a</sup>	,162	,218
2	8563,607 <sup>a</sup>	,197	,265
3	8337,243 <sup>a</sup>	,221	,297
4	8163,581 <sup>a</sup>	,239	,321
5	8033,312 <sup>a</sup>	,252	,339
6	7925,345 <sup>a</sup>	,262	,353
7	7846,549 <sup>a</sup>	,270	,363
8	7791,863 <sup>a</sup>	,275	,371
9	7743,801 <sup>a</sup>	,280	,377
10	7718,771 <sup>a</sup>	,282	,380
11	7702,096 <sup>a</sup>	,284	,382

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Anhang 17: Hypothese 3.2.B

		Variablen in der Gleichung						EXP(B)	
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 <sup>a</sup>	Betreuung auf der Wochenbettstation	3,349	,148	514,418	1	,000	28,47	19,46	41,65
	Konstante	-3,320	,145	521,165	1	,000	0,04		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Betreuung auf der Wochenbettstation	3,066	,149	424,315	1	,000	21,46	14,62	31,48
	Ärztliche Betreuung	1,531	,094	263,778	1	,000	4,62	3,63	5,90
	Konstante	-4,411	,166	702,077	1	,000	0,01		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,787	,053	222,794	1	,000	2,20	1,92	2,52
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,997	,149	402,236	1	,000	20,03	13,63	29,43
	Ärztliche Betreuung	1,451	,095	231,009	1	,000	4,27	3,34	5,46
	Konstante	-4,694	,169	771,531	1	,000	0,01		
Schritt 4 <sup>d</sup>	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,741	,054	191,881	1	,000	2,10	1,83	2,41
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,860	,150	363,118	1	,000	17,46	11,86	25,71
	Ärztliche Betreuung	1,393	,097	208,411	1	,000	4,03	3,14	5,17
	Postpartale Schmerzlinderung	,703	,054	172,056	1	,000	2,02	1,76	2,32
	Konstante	-4,810	,170	799,033	1	,000	0,01		
Schritt 5 <sup>e</sup>	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,710	,054	172,109	1	,000	2,03	1,77	2,34
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,752	,151	333,505	1	,000	15,68	10,63	23,11
	Service, Komfort & Sauberkeit	,969	,088	120,202	1	,000	2,63	2,10	3,31
	Ärztliche Betreuung	1,340	,097	188,936	1	,000	3,82	2,97	4,91
	Postpartale Schmerzlinderung	,660	,054	148,595	1	,000	1,94	1,68	2,22
	Konstante	-5,474	,185	874,065	1	,000	0,00		
Schritt 6 <sup>f</sup>	Verweildauer			105,145	2	,000			
	Zu kurz	,684	,092	55,917	1	,000	1,98	1,57	2,51
	Zu lang	,690	,088	61,328	1	,000	1,99	1,59	2,50
	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,705	,055	166,676	1	,000	2,02	1,76	2,33
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,702	,151	320,352	1	,000	14,91	10,11	22,00
	Service, Komfort & Sauberkeit	,953	,089	115,303	1	,000	2,59	2,06	3,26
	Ärztliche Betreuung	1,304	,098	176,888	1	,000	3,68	2,86	4,74
	Postpartale Schmerzlinderung	,619	,055	127,932	1	,000	1,86	1,61	2,14
	Konstante	-5,507	,185	881,753	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 17: Hypothese 3.2.B

Variablen in der Gleichung (Forts.)

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 7 <sup>g</sup>			99,083	2	,000			
Verweildauer								
Zu kurz	,656	,092	50,911	1	,000	1,93	1,52	2,44
Zu lang	,685	,089	59,540	1	,000	1,98	1,58	2,49
Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,680	,055	152,716	1	,000	1,97	1,71	2,27
Hebammenbetreuung im Kreißaal	,786	,091	74,420	1	,000	2,19	1,74	2,77
Betreuung auf der Wochenbettstation	2,632	,151	302,092	1	,000	13,90	9,41	20,52
Service, Komfort & Sauberkeit	,913	,090	104,115	1	,000	2,49	1,98	3,14
Ärztliche Betreuung	1,196	,099	145,208	1	,000	3,31	2,56	4,27
Postpartale Schmerzlinderung	,596	,055	116,940	1	,000	1,81	1,57	2,09
Konstante	-5,974	,198	914,946	1	,000	0,00		
Schritt 8 <sup>h</sup>			89,449	2	,000			
Verweildauer								
Zu kurz	,626	,092	46,047	1	,000	1,87	1,47	2,37
Zu lang	,654	,089	53,835	1	,000	1,92	1,53	2,42
Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,677	,055	150,376	1	,000	1,97	1,71	2,27
Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,636	,088	52,637	1	,000	1,89	1,51	2,37
Hebammenbetreuung im Kreißaal	,758	,092	68,444	1	,000	2,13	1,69	2,70
Betreuung auf der Wochenbettstation	2,548	,152	281,115	1	,000	12,78	8,64	18,90
Service, Komfort & Sauberkeit	,892	,090	98,189	1	,000	2,44	1,93	3,08
Ärztliche Betreuung	1,127	,100	126,651	1	,000	3,09	2,39	4,00
Postpartale Schmerzlinderung	,544	,056	95,414	1	,000	1,72	1,49	1,99
Konstante	-6,313	,206	937,129	1	,000	0,00		
Schritt 9 <sup>i</sup>			47,761	3	,000			
Schulabschluss								
Realschule	-,137	,086	2,526	1	,112	0,87	0,70	1,09
Gymnasium	-,253	,094	7,223	1	,007	0,78	0,61	0,99
Universität	-,535	,090	35,663	1	,000	0,59	0,46	0,74
Verweildauer			89,392	2	,000			
Zu kurz	,631	,093	46,547	1	,000	1,88	1,48	2,39
Zu lang	,653	,089	53,285	1	,000	1,92	1,53	2,42
Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,634	,056	129,531	1	,000	1,89	1,63	2,18
Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,693	,089	60,977	1	,000	2,00	1,59	2,51
Hebammenbetreuung im Kreißaal	,751	,092	66,795	1	,000	2,12	1,67	2,68
Betreuung auf der Wochenbettstation	2,558	,152	282,468	1	,000	12,91	8,72	19,11
Service, Komfort & Sauberkeit	,872	,090	93,348	1	,000	2,39	1,90	3,02
Ärztliche Betreuung	1,110	,100	122,119	1	,000	3,03	2,34	3,93
Postpartale Schmerzlinderung	,554	,056	97,865	1	,000	1,74	1,51	2,01
Konstante	-6,056	,215	795,360	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 10 <sup>i</sup>	Schulabschluss			44,212	3	,000			
	Realschule	-,149	,087	2,959	1	,085	0,86	0,69	1,08
	Gymnasium	-,253	,094	7,179	1	,007	0,78	0,61	0,99
	Universität	-,525	,090	34,174	1	,000	0,59	0,47	0,75
	Verweildauer			84,576	2	,000			
	Zu kurz	,620	,093	44,744	1	,000	1,86	1,46	2,36
	Zu lang	,633	,090	49,791	1	,000	1,88	1,49	2,37
	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,630	,056	127,244	1	,000	1,88	1,63	2,17
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,665	,089	55,709	1	,000	1,94	1,55	2,45
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,741	,092	64,629	1	,000	2,10	1,65	2,66
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,537	,152	277,361	1	,000	12,64	8,54	18,72
	Service, Komfort & Sauberkeit	,816	,091	80,250	1	,000	2,26	1,79	2,86
	Ärztliche Betreuung	1,099	,101	119,067	1	,000	3,00	2,32	3,89
	Zimmeratmosphäre	,374	,075	24,813	1	,000	1,45	1,20	1,76
	Postpartale Schmerzlinderung	,545	,056	94,329	1	,000	1,72	1,49	1,99
	Konstante	-6,241	,219	810,717	1	,000	0,00		
Schritt 11 <sup>k</sup>	<b>Schulabschluss</b>			<b>44,912</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
	Realschule	-,151	,087	3,025	1	,082	0,86	0,69	1,08
	Gymnasium	-,253	,095	7,177	1	,007	0,78	0,61	0,99
	<b>Universität</b>	<b>-,531</b>	<b>,090</b>	<b>34,726</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,59</b>	<b>0,47</b>	<b>0,74</b>
	<b>Verweildauer</b>			<b>78,531</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,586</b>	<b>,093</b>	<b>39,404</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,80</b>	<b>1,41</b>	<b>2,28</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,624</b>	<b>,090</b>	<b>48,393</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,87</b>	<b>1,48</b>	<b>2,35</b>
	<b>Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,615</b>	<b>,056</b>	<b>120,362</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,85</b>	<b>1,60</b>	<b>2,14</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,408</b>	<b>,101</b>	<b>16,282</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,50</b>	<b>1,16</b>	<b>1,95</b>
	<b>Vorbereitung auf die Zeit zuhause</b>	<b>,644</b>	<b>,089</b>	<b>52,197</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,90</b>	<b>1,51</b>	<b>2,40</b>
	<b>Hebammenbetreuung im Kreißaal</b>	<b>,735</b>	<b>,092</b>	<b>63,470</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,08</b>	<b>1,64</b>	<b>2,64</b>
	<b>Betreuung auf der Wochenbettstation</b>	<b>2,533</b>	<b>,152</b>	<b>276,419</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>12,59</b>	<b>8,51</b>	<b>18,64</b>
	<b>Service, Komfort &amp; Sauberkeit</b>	<b>,818</b>	<b>,091</b>	<b>80,343</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,26</b>	<b>1,79</b>	<b>2,86</b>
	<b>Ärztliche Betreuung</b>	<b>1,089</b>	<b>,101</b>	<b>116,742</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,97</b>	<b>2,29</b>	<b>3,85</b>
	<b>Zimmeratmosphäre</b>	<b>,369</b>	<b>,075</b>	<b>24,194</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,45</b>	<b>1,19</b>	<b>1,75</b>
	<b>Postpartale Schmerzlinderung</b>	<b>,535</b>	<b>,056</b>	<b>90,616</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,71</b>	<b>1,48</b>	<b>1,97</b>
	Konstante	-6,218	,219	805,211	1	,000	0,00		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Betreuung auf der Wochenbettstation.

b. In Schritt 2 eingegebene Variablen: Ärztliche Betreuung.

c. In Schritt 3 eingegebene Variablen: Subjekt. Gesundheit.

d. In Schritt 4 eingegebene Variablen: Postpartale Schmerzlinderung.

e. In Schritt 5 eingegebene Variablen: Service, Komfort & Sauberkeit.

f. In Schritt 6 eingegebene Variablen: Verweildauer.

g. In Schritt 7 eingegebene Variablen: Hebammenbetreuung im Kreißaal.

h. In Schritt 8 eingegebene Variablen: Vorbereitung auf die Zeit zuhause.

i. In Schritt 9 eingegebene Variablen: Schulabschluss.

j. In Schritt 10 eingegebene Variablen: Zimmeratmosphäre.

k. In Schritt 11 eingegebene Variablen: Zuversicht.

**Hypothese 3.2.B Logistische Regression****Methode: Rückwärtsselektion; abhängige Variable: Gesamtzufriedenheit**

Modellzusammenfassung			
Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Quadrat
1	7659,495 <sup>a</sup>	,288	,388
2	7659,829 <sup>a</sup>	,288	,388
3	7661,858 <sup>a</sup>	,288	,387
4	7666,322 <sup>a</sup>	,287	,387
5	7669,588 <sup>a</sup>	,287	,386

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 6, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Anhang 17: Hypothese 3.2.B

		Variablen in der Gleichung						EXP(B)	
		Regressionskoeffizient	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Unterer Wert	Oberer Wert
		B							
Schritt 1 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	-,192	,065	8,661	1	,003	0,83	0,70	0,98
	Private Krankenversicherung	,055	,096	,334	1	,563	1,06	0,83	1,35
	Alter			4,746	2	,093			
	31-35 Jahre	-,138	,066	4,410	1	,036	0,87	0,74	1,03
	> 35 Jahre	-,019	,079	,057	1	,811	0,98	0,80	1,20
	Schulabschluss			27,901	3	,000			
	Realschule	-,114	,088	1,670	1	,196	0,89	0,71	1,12
	Gymnasium	-,200	,097	4,268	1	,039	0,82	0,64	1,05
	Universität	-,462	,099	21,929	1	,000	0,63	0,49	0,81
	Keine Geburtsvorbereitung	,141	,060	5,559	1	,018	1,15	0,99	1,34
	Betreuung Schwangerschaft			1,964	2	,375			
	Gynäkolog/in + Hebamme	-,169	,125	1,837	1	,175	0,84	0,61	1,16
	Hebamme	-,083	,202	,168	1	,682	0,92	0,55	1,55
	Verweildauer			76,439	2	,000			
	Zu kurz	,575	,094	37,546	1	,000	1,78	1,40	2,26
	Zu lang	,626	,091	47,777	1	,000	1,87	1,48	2,36
	Krankenhausgröße			7,744	2	,021			
	500-1000 Betten	,165	,066	6,303	1	,012	1,18	1,00	1,40
	> 1000 Betten	,020	,075	,072	1	,788	1,02	0,84	1,24
	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,599	,057	112,305	1	,000	1,82	1,57	2,11
	Keine Zuversicht	,407	,102	15,972	1	,000	1,50	1,16	1,95
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,647	,090	51,304	1	,000	1,91	1,51	2,41
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,721	,093	60,211	1	,000	2,06	1,62	2,61
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,505	,153	269,093	1	,000	12,24	8,26	18,14
	Service, Komfort & Sauberkeit	,771	,093	69,542	1	,000	2,16	1,70	2,75
	Ärztliche Betreuung	1,083	,101	114,062	1	,000	2,95	2,27	3,83
	Essen	,204	,077	7,112	1	,008	1,23	1,01	1,49
	Zimmeratmosphäre	,358	,076	22,154	1	,000	1,43	1,18	1,74
	Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	,099	,057	2,978	1	,084	1,10	0,95	1,28
	Postpartale Schmerzlinderung	,540	,057	89,609	1	,000	1,72	1,48	1,99
	Konstante	-6,405	,231	766,458	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 17: Hypothese 3.2.B

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 2 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	-,193	,065	8,735	1	,003	0,82	0,70	0,98
	Alter			4,585	2	,101			
	31-35 Jahre	-,134	,065	4,214	1	,040	0,87	0,74	1,03
	> 35 Jahre	-,014	,078	,032	1	,858	0,99	0,81	1,21
	Schulabschluss			28,717	3	,000			
	Realschule	-,113	,088	1,636	1	,201	0,89	0,71	1,12
	Gymnasium	-,199	,097	4,212	1	,040	0,82	0,64	1,05
	Universität	-,448	,096	21,925	1	,000	0,64	0,50	0,82
	Keine Geburtsvorbereitung	,140	,060	5,550	1	,018	1,15	0,99	1,34
	Betreuung Schwangerschaft			2,023	2	,364			
	Gynäkolog/in + Hebamme	-,171	,124	1,876	1	,171	0,84	0,61	1,16
	Hebamme	-,088	,202	,190	1	,663	0,92	0,54	1,54
	Verweildauer			76,374	2	,000			
	Zu kurz	,574	,094	37,418	1	,000	1,77	1,39	2,26
	Zu lang	,626	,091	47,845	1	,000	1,87	1,48	2,36
	Krankenhausgröße			7,751	2	,021			
	500-1000 Betten	,166	,066	6,314	1	,012	1,18	1,00	1,40
	> 1000 Betten	,020	,075	,073	1	,786	1,02	0,84	1,24
	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,599	,057	112,102	1	,000	1,82	1,57	2,11
	Keine Zuversicht	,406	,102	15,926	1	,000	1,50	1,15	1,95
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,648	,090	51,422	1	,000	1,91	1,51	2,41
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,720	,093	60,105	1	,000	2,05	1,62	2,61
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,506	,153	269,470	1	,000	12,26	8,27	18,17
	Service, Komfort & Sauberkeit	,772	,093	69,573	1	,000	2,16	1,70	2,75
	Ärztliche Betreuung	1,081	,101	113,814	1	,000	2,95	2,27	3,83
	Essen	,206	,076	7,271	1	,007	1,23	1,01	1,50
	Zimmeratmosphäre	,354	,076	21,852	1	,000	1,43	1,17	1,73
	Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	,098	,057	2,902	1	,088	1,10	0,95	1,28
	Postpartale Schmerzlinderung	,540	,057	89,596	1	,000	1,72	1,48	1,99
	Konstante	-6,403	,231	766,162	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

Anhang 17: Hypothese 3.2.B

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient		Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
		B	Standardfehler					Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 3 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	-,194	,065	8,805	1	,003	0,82	0,70	0,97
	Alter			4,464	2	,107			
	31-35 Jahre	-,133	,065	4,128	1	,042	0,88	0,74	1,04
	> 35 Jahre	-,016	,078	,040	1	,842	0,98	0,80	1,20
	Schulabschluss			29,037	3	,000			
	Realschule	-,115	,088	1,702	1	,192	0,89	0,71	1,12
	Gymnasium	-,203	,097	4,400	1	,036	0,82	0,64	1,05
	Universität	-,451	,096	22,264	1	,000	0,64	0,50	0,81
	Keine Geburtsvorbereitung	,144	,060	5,879	1	,015	1,16	0,99	1,35
	Verweildauer			76,365	2	,000			
	Zu kurz	,575	,094	37,673	1	,000	1,78	1,40	2,26
	Zu lang	,624	,090	47,586	1	,000	1,87	1,48	2,36
	Krankenhausgröße			7,726	2	,021			
	500-1000 Betten	,166	,066	6,326	1	,012	1,18	1,00	1,40
	> 1000 Betten	,022	,075	,082	1	,775	1,02	0,84	1,24
	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,597	,057	111,551	1	,000	1,82	1,57	2,10
	Keine Zuversicht	,407	,102	16,012	1	,000	1,50	1,16	1,95
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,646	,090	51,160	1	,000	1,91	1,51	2,41
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,728	,093	61,724	1	,000	2,07	1,63	2,63
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,506	,153	269,463	1	,000	12,26	8,27	18,16
	Service, Komfort & Sauberkeit	,771	,092	69,470	1	,000	2,16	1,70	2,74
	Ärztliche Betreuung	1,083	,101	114,211	1	,000	2,95	2,27	3,83
	Essen	,207	,076	7,347	1	,007	1,23	1,01	1,50
	Zimmeratmosphäre	,356	,076	22,039	1	,000	1,43	1,17	1,73
	Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	,101	,057	3,115	1	,078	1,11	0,95	1,28
	Postpartale Schmerzlinderung	,540	,057	89,503	1	,000	1,72	1,48	1,99
	Konstante	-6,421	,231	773,321	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite



Anhang 17: Hypothese 3.2.B

Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 4 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	-,196	,065	9,054	1	,003	0,82	0,70	0,97
	Schulabschluss			34,853	3	,000			
	Realschule	-,120	,088	1,865	1	,172	0,89	0,71	1,11
	Gymnasium	-,217	,097	5,072	1	,024	0,80	0,63	1,03
	Universität	-,476	,094	25,898	1	,000	0,62	0,49	0,79
	Keine Geburtsvorbereitung	,150	,059	6,349	1	,012	1,16	1,00	1,35
	Verweildauer			78,047	2	,000			
	Zu kurz	,576	,094	37,788	1	,000	1,78	1,40	2,26
	Zu lang	,634	,090	49,415	1	,000	1,89	1,49	2,38
	Krankenhausgröße			7,846	2	,020			
	500-1000 Betten	,166	,066	6,317	1	,012	1,18	1,00	1,40
	> 1000 Betten	,018	,075	,057	1	,811	1,02	0,84	1,24
	Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt	,595	,056	111,482	1	,000	1,81	1,57	2,10
	Keine Zuversicht	,413	,102	16,485	1	,000	1,51	1,16	1,96
	Vorbereitung auf die Zeit zuhause	,649	,090	51,692	1	,000	1,91	1,52	2,41
	Hebammenbetreuung im Kreißaal	,728	,093	61,779	1	,000	2,07	1,63	2,63
	Betreuung auf der Wochenbettstation	2,515	,153	271,411	1	,000	12,36	8,34	18,32
	Service, Komfort & Sauberkeit	,766	,092	68,674	1	,000	2,15	1,70	2,73
	Ärztliche Betreuung	1,081	,101	114,090	1	,000	2,95	2,27	3,83
	Essen	,212	,076	7,674	1	,006	1,24	1,01	1,50
	Zimmeratmosphäre	,355	,076	21,980	1	,000	1,43	1,17	1,73
	Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt	,103	,057	3,268	1	,071	1,11	0,96	1,28
	Postpartale Schmerzlinderung	,542	,057	90,385	1	,000	1,72	1,48	1,99
	Konstante	-6,463	,229	795,382	1	,000	0,00		

Fortsetzung nächste Seite

## Variablen in der Gleichung (Forts.)

		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 5 <sup>a</sup>	Ungeplanter Kaiserschnitt	-,190	,065	8,553	1	,003	0,83	0,70	0,98
	<b>Schulabschluss</b>			<b>37,790</b>	<b>3</b>	<b>,000</b>			
	Realschule	-,127	,088	2,085	1	,149	0,88	0,70	1,10
	Gymnasium	-,229	,096	5,637	1	,018	0,80	0,62	1,02
	<b>Universität</b>	<b>-,494</b>	<b>,093</b>	<b>28,213</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>0,61</b>	<b>0,48</b>	<b>0,78</b>
	Keine Geburtsvorbereitung	,149	,059	6,276	1	,012	1,16	1,00	1,35
	<b>Verweildauer</b>			<b>78,978</b>	<b>2</b>	<b>,000</b>			
	<b>Zu kurz</b>	<b>,581</b>	<b>,094</b>	<b>38,561</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,79</b>	<b>1,41</b>	<b>2,28</b>
	<b>Zu lang</b>	<b>,636</b>	<b>,090</b>	<b>49,677</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,89</b>	<b>1,50</b>	<b>2,38</b>
	Krankenhausgröße			7,886	2	,019			
	500-1000 Betten	,160	,066	5,926	1	,015	1,17	0,99	1,39
	> 1000 Betten	,004	,075	,003	1	,957	1,00	0,83	1,22
	<b>Subjekt. Gesundheit beeinträchtigt</b>	<b>,599</b>	<b>,056</b>	<b>113,253</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,82</b>	<b>1,57</b>	<b>2,10</b>
	<b>Keine Zuversicht</b>	<b>,423</b>	<b>,101</b>	<b>17,436</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,53</b>	<b>1,18</b>	<b>1,98</b>
	<b>Vorbereitung auf die Zeit zuhause</b>	<b>,647</b>	<b>,090</b>	<b>51,392</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,91</b>	<b>1,51</b>	<b>2,41</b>
	<b>Hebammenbetreuung im Kreißaal</b>	<b>,730</b>	<b>,093</b>	<b>62,037</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,07</b>	<b>1,63</b>	<b>2,63</b>
	<b>Betreuung auf der Wochenbettstation</b>	<b>2,512</b>	<b>,153</b>	<b>270,969</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>12,33</b>	<b>8,32</b>	<b>18,27</b>
	<b>Service, Komfort &amp; Sauberkeit</b>	<b>,768</b>	<b>,092</b>	<b>69,117</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,16</b>	<b>1,70</b>	<b>2,73</b>
	<b>Ärztliche Betreuung</b>	<b>1,084</b>	<b>,101</b>	<b>114,657</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>2,96</b>	<b>2,28</b>	<b>3,84</b>
	Essen	,209	,076	7,509	1	,006	1,23	1,01	1,50
	<b>Zimmeratmosphäre</b>	<b>,364</b>	<b>,076</b>	<b>23,168</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,44</b>	<b>1,18</b>	<b>1,75</b>
	<b>Postpartale Schmerzlinderung</b>	<b>,544</b>	<b>,057</b>	<b>91,335</b>	<b>1</b>	<b>,000</b>	<b>1,72</b>	<b>1,49</b>	<b>2,00</b>
	Konstante	-6,415	,227	795,664	1	,000	0,00		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Geburtsmodus, Versicherung, Alter, Schulabschluss, Teilnahme Geburtsvorbereitung, Betreuung Schwangerschaft, Verweildauer, Krankenhausgröße, subjekt. Gesundheit, Zuversicht, Hebammenbetreuung im Kreißaal, Ärztliche Betreuung, Betreuung auf der Wochenbettstation, Vorbereitung auf die Zeit zuhause, Postpartale Schmerzlinderung, Rahmenbedingungen Mutter-Kind-Kontakt, Service, Komfort & Sauberkeit, Essen, Zimmeratmosphäre.