

Erfahrungen von Müttern rund um die Geburt Eine Erhebung in den Frühen Hilfen

Wissenschaftlicher Bericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



Erfahrungen von Müttern rund um die Geburt Eine Erhebung in den Frühen Hilfen

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen:

Marion Weigl
Tonja Ofner
Johanna Pilwarsch
Daniela Antony

Projektassistenz:

Alexandra Kühner
Lena Nirschl

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2024

Zitiervorschlag: Weigl, Marion; Ofner, Tonja; Pilwarsch, Johanna; Antony, Daniela (2024): Erfahrungen von Müttern rund um die Geburt. Eine Erhebung in den Frühen Hilfen. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/1/4658

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich sowie der Agenda 2030 bei, insbesondere zu den Nachhaltigkeitszielen (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“, 4 „Hochwertige Bildung“, 5 „Geschlechtergleichheit“, 10 „Weniger Ungleichheiten“ und 16 „Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen“.

Kurzfassung

Hintergrund

Weltweit machen Frauen während der Geburt auch negative Erfahrungen. Dies kann in weiterer Folge zu langfristigen gesundheitlichen Belastungen bei der Frau / den Eltern, aber auch zu negativen Auswirkungen auf die Beziehung und Bindung zum Neugeborenen führen. In Österreich gibt es zu negativen Geburtserlebnissen noch keine systematische Erhebung. Allerdings weisen Initiativen, insbesondere die „Roses Revolution“¹-Bewegung und deren Präsenz auf Social Media, auf die Relevanz der Thematik in Österreich hin. Da das Thema auch aus Sicht der Frühen Hilfen relevant ist, sollten die entsprechenden Wahrnehmungen der Mütter erhoben und aufbereitet werden.

Methode

Eltern, meist Mütter, die an den Feedbackgruppen des NZFH.at teilnehmen, wurden nach ihren Geburtserfahrungen gefragt. Ergänzend wurde eine Online-Erhebung erstellt, die auf validierten Fragebögen (MADM, MOR-G, MIST) aufbaut sowie weitere Fragen zur Geburt, Geburtsvorbereitung und weiterer Unterstützung enthält.

Ergebnisse

Die Studie zeigt, dass Mütter bei der Geburt sowohl positive als auch negative Erfahrungen machen, und gibt Einblick in die Vielfalt der als negativ empfundenen Erlebnisse. Bei der vorliegenden Online-Erhebung überwiegen positive Einschätzungen, wobei auf einzelne Fragen/Aussagen bis zu einem Drittel (eher) negative Beurteilungen abgeben. Negative Erfahrungen betreffen Information und Aufklärung sowie Einbindung in Entscheidungen bzw. Entscheidungsautonomie. Darüber hinaus erleben Mütter in Österreich auch einen wenig respektvollen Umgang bis hin zu nicht leitlinienkonformer Betreuung. Die Frühen Hilfen können eine wichtige Rolle spielen, sowohl in der Vorbereitung als auch bei der Aufarbeitung negativer Erfahrungen bzw. Weitervermittlung spezifischer Unterstützung.

Schlussfolgerungen

Insgesamt ergibt sich ein eher positives Bild, wenngleich einige Mütter auch negative Erfahrungen machen. Da aber gerade jene Mütter, die laut internationalen Studien eher negative Erfahrungen machen, nicht in ausreichendem Ausmaß teilgenommen haben, ist die Situation in Österreich wahrscheinlich weniger positiv, als sie zunächst erscheint. Aufgrund der damit verbundenen möglichen langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen besteht durchaus Handlungsbedarf.

¹ „Roses Revolution“ ist eine weltweite Bewegung gegen Gewalt in der Geburtshilfe. Jährlich am 25. November sind Frauen, die unter der Geburt Gewalt erlebt haben, aufgerufen, eine Rose vor den Krankenhäusern niederzulegen.

Schlüsselwörter

Geburtserfahrungen, informierte Entscheidung, respektvoller Umgang, Gewalt

Summary

Background

All over the world, women also have negative experiences during childbirth. This can subsequently lead to long-term health problems for the woman/parents, but also to negative effects on the relationship and bond with the newborn. In Austria, there is still no systematic survey on negative birth experiences. However, initiatives, in particular the "Roses Revolution" movement and its presence on social media, point to the relevance of the topic in Austria. As the topic is also relevant from the perspective of early help, the corresponding perceptions of mothers should be collected and analysed.

Method

Parents, mostly mothers, who participate in the NZFH.at feedback groups were asked about their birth experiences. In addition, an online survey was created, which is based on validated questionnaires (MADM, MOR-G, MIST) and contains further questions about birth, birth preparation and further support.

Results

The study shows that mothers have both positive and negative experiences during childbirth and provides an insight into the variety of experiences that are perceived as negative. In this online survey, positive assessments predominate, with up to a third of respondents giving (rather) negative assessments to individual questions/statements. Negative experiences relate to information and education as well as involvement in decisions and decision-making autonomy. In addition, mothers in Austria also experience a lack of respectful treatment and even care that does not conform to guidelines. The early childhood intervention networks can play an important role, in the preparation for birth as well as in dealing with negative experiences and organising specific support.

Conclusion

Overall, the picture is rather positive, although some mothers do have negative experiences. However, as those mothers in particular who, according to international studies, tend to have negative experiences, did not participate to a sufficient extent, the situation in Austria is probably less positive than it initially appears. Due to the potential health consequences associated with this, there is a need for action.

Keywords

Birth experiences, informed decision, respectful treatment, violence

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary.....	V
Abbildungen	VII
Abkürzungen.....	VIII
1 Einleitung und Hintergrund	1
2 Methodik	3
3 Ergebnisse der Feedbackgruppen.....	5
4 Ergebnisse der Online-Erhebung.....	10
4.1 Perinatale Daten	10
4.2 Wahrnehmung der Geburtserfahrung	13
4.3 Soziodemografie	26
5 Schlussfolgerungen.....	29
Literatur.....	34

Abbildungen

Abbildung 1: Geburtsvorbereitung	11
Abbildung 2: Geburtsmodus	12
Abbildung 3: Risiken/Komplikationen während Schwangerschaft/Geburt.....	13
Abbildung 4: Mothers' autonomy in decision making (MADM)	14
Abbildung 5: MADM, stratifiziert nach Migrationshintergrund/-erfahrung.....	15
Abbildung 6: MOR-G – Entscheidungen über die Versorgung	16
Abbildung 7: MOR-G – Besprechung von Fragen/Sorgen	17
Abbildung 8: Diskriminierung	18
Abbildung 9: Zitate der Befragten (Auswahl).....	19
Abbildung 10: Mistreatment-Index (MIST-I)	21
Abbildung 11: Reflexion aus heutiger Sicht	24
Abbildung 12: Unterstützung durch Frühe Hilfen im Zusammenhang mit der Geburt.....	25

Tabellen

Tabelle 1: Soziodemografische Daten der Stichprobe.....	26
---	----

Abkürzungen

DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
MADM	Mothers' autonomy in decision making
MH	Migrationshintergrund
MOR-G	Mothers on respect – German
MIST-I	Mistreatment-Index
NZFH.at	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PDA	Periduralanästhesie

1 Einleitung und Hintergrund

Weltweit machen Frauen bei Geburten nicht nur positive Erfahrungen, sondern erleben auch eine Verletzung ihrer Rechte (DGHWi 2020). Frauen, die rund um die Geburt Respektlosigkeit und Gewalt erleben, können die Geburt als traumatisch empfinden. Dies kann in weiterer Folge zu langfristigen gesundheitlichen Belastungen bei der Frau / den Eltern, aber auch zu negativen Auswirkungen auf die Beziehung und Bindung zum Neugeborenen führen. Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) weist daher auf die Verantwortung des geburtshilflichen Personals hin, für eine achtsame, wertschätzende und fürsorgliche Betreuung zu sorgen. Damit geht auch einher, sich bewusst zu sein, dass Handlungen auch unbeabsichtigt respektlos oder gewaltvoll sein können.

Ein systematisches Review von Bohren et al. (2015) identifizierte verschiedene Formen von Gewalt, die Frauen weltweit erleben, darunter: körperliche sowie verbale Gewalt, Demütigung, Erniedrigung, Vernachlässigung bis zu Alleinlassen oder Diskriminierung. Es werden Maßnahmen verwehrt, z. B. zur Schmerzlinderung, Maßnahmen werden ohne Einverständnis der Frau durchgeführt und diese wird nicht in Entscheidungen einbezogen. Auch Angehörige können von Respektlosigkeit betroffen sein, Neugeborene auch von Gewalt. Auch Limmer et al. (2023) zitieren solche Studien aus verschiedensten, darunter auch europäischen Ländern. Die DGHWi und Limmer et al. (2023) erwähnen Studien, die zeigen, dass verschiedene Formen von Respektlosigkeit und Gewalt auch in Deutschland erlebt werden.

Das aktuelle Positionspapier der für den Bereich führenden europäischen Fachgesellschaften (Ayres-de-Campos et al. 2024) setzt sich kritisch mit der Terminologie in diesem Forschungsfeld auseinander. Die Autorinnen und Autoren argumentieren gegen die Verwendung des Begriffs „obstetric violence“ (geburtshilfliche Gewalt), der ursprünglich in Südamerika geprägt wurde und sich global verbreitet hat. Sie empfehlen stattdessen die Verwendung von „substandard and disrespectful care“ (nicht leitliniengerechte und respektlose Betreuung). Das Hauptargument ist, dass der Begriff „Gewalt“ eine Absicht suggeriere, die oft nicht gegeben sei und möglicherweise eine Abwehrreaktion bei Fachpersonen erzeuge.

In Österreich gibt es zu negativen Geburtserlebnissen noch keine systematische Erhebung. Allerdings weisen Initiativen, insbesondere die „Roses Revolution“²-Bewegung und deren Präsenz auf Social Media auf die Relevanz der Thematik in Österreich hin. Die dort dokumentierten Erfahrungsberichte beschreiben nicht nur Übergriffe auf Gebärende, sondern auch respektloses Verhalten gegenüber Angehörigen sowie eine inadäquate Behandlung von Neugeborenen. Zudem zeigt ein aktueller Ländervergleich (Grylka-Baeschlin et al. 2025) zwischen Deutschland, der Schweiz und Österreich Handlungsbedarf in Bezug auf die Qualität der geburtshilflichen Versorgung. Im Vergleich zu den zwei Nachbarländern berichteten Frauen in Österreich häufiger von fehlender Einwilligung bei medizinischen Maßnahmen, mangelnder Kommunikation und würdelloser Behandlung während der COVID-19-Pandemie. Besonders kritisch wurden die Einschränkung der Bewegungsfreiheit während der Geburt, fehlende emotionale Unterstützung und Beschränkungen der Begleitperson wahrgenommen. Die Studie weist auf einen deutlichen Verbesserungsbedarf im Bereich der respektvollen Betreuung und Kommunikation hin.

² „Roses Revolution“ ist eine weltweite Bewegung gegen Gewalt in der Geburtshilfe. Jährlich am 25. November sind Frauen, die unter der Geburt Gewalt erlebt haben, aufgerufen, eine Rose vor den Krankenhäusern niederzulegen.

Verschiedene Studien zeigen, dass Frauen mit Migrations- oder Fluchterfahrung sowie jene mit sozioökonomischer Benachteiligung von negativen Geburtserfahrungen häufiger betroffen sind (Costa et al. 2022; Vedam et al. 2019, zitiert in DGHWi 2020). Borde et al. (2024) ENREF 3 beschreiben außerdem eine unzulängliche Gesundheitsversorgung für schwangere Frauen mit Fluchthintergrund in Deutschland. Als Gründe dafür geben sie die mit verschiedenen Aufenthaltstiteln und nicht einheitlicher Dauer des Asylverfahrens verbundenen unterschiedlichen Ansprüche der Frauen an, aber auch fehlende oder unzureichende Informationsvermittlung, sprachliche Hürden, fehlende oder unzureichende Dolmetschleistungen, fehlende Kenntnisse über das Gesundheitssystem und die Versorgungsangebote sowie die Wohnbedingungen, die zu Isolation und geringer Mobilität führen. Der Fachkräftemangel würde diese Herausforderungen noch verstärken, weil der Zugang zu Hebammen dadurch erschwert sei. Außerdem erwähnen sie, dass schwangere Frauen mit Fluchterfahrung auch kulturelle Barrieren erleben, da sie z. B. keine Behandlung durch männliches Personal wünschen oder bereits negative Erfahrungen mit Gesundheitspersonal gemacht haben oder ein anderes Verständnis haben und daher keine Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. In Bezug auf den für diesen Bericht gewählten inhaltlichen Fokus sind insbesondere die Aspekte der fehlenden oder mangelhaften Informationsvermittlung, aber auch allfällige schlechte Erfahrungen mit geburtshilflichem Personal relevant.

Die Frühen Hilfen haben das Ziel, zu einem gesunden Aufwachsen von Kindern beizutragen. Dazu gehört auch, allfällige Belastungen von Familien vor bzw. nach der Geburt eines Kindes zu reduzieren bzw. im Idealfall durch möglichst frühzeitige Unterstützung zu verhindern. Vor diesem Hintergrund sind daher auch die Erfahrungen ein relevantes Thema – in der individuellen Familienbegleitung, aber auch generell –, die Frauen rund um die Geburt machen. In den Feedbackgruppen, die das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at) gemeinsam mit den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken organisiert, werden nicht nur konkrete Anliegen des NZFH.at besprochen, sondern es gibt auch reichlich Raum, damit die Teilnehmer:innen für sie relevante Themen ansprechen können (Weigl et al. 2024). Die Berichte der Mütter (und auch der Väter) aus den Feedbackgruppen zeigten Situationen auf, in denen sie z. B. zu wenig Informationen erhielten oder das Verhalten betreuender Personen als übergriffig erlebten. Um einen noch besseren Einblick in die Wahrnehmungen der Mütter zu erhalten, wurde daher beschlossen, zusätzlich eine Online-Erhebung durchzuführen. Durch die niederschwellige Arbeit erreichen die Frühen Hilfen in Österreich grundsätzlich auch Frauen, die sozioökonomisch benachteiligt sind oder Migrations- bzw. Fluchterfahrung haben. Daher wurde angenommen, dass durch eine Erhebung bei jenen Müttern, die von den Frühen Hilfen begleitet wurden, ein guter Einblick in die Vielfalt der Geburtserfahrungen möglich ist. Es war nicht das Ziel, Aussagen über Prävalenzen zu machen.

Diese Erhebung soll eine erste Einschätzung zum Thema ermöglichen und die Basis für weitere Untersuchungen bilden.

2 Methodik

Die Entscheidung, die Erhebung zunächst unter jenen Familien durchzuführen, die von den Frühen Hilfen begleitet werden oder wurden, war in erster Linie dadurch begründet, dass dort auch zunehmend belastende Geburtserfahrungen von den Familien angesprochen und den regionalen Netzwerken aufgegriffen wurden bzw. werden. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, haben die Frühen Hilfen naturgemäß aufgrund der potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit von Eltern und Kind ein Interesse an diesem Thema. Von den Frühen Hilfen werden Familien begleitet, die mehrere Belastungen bei gleichzeitig fehlenden kompensierenden Ressourcen aufweisen. Allerdings können diese Belastungen sehr unterschiedlich sein (Haas/Weigl 2023). Es werden daher vielfältige Familien begleitet, darunter auch ein hoher Anteil an armutsgefährdeten Familien oder Familien mit niedriger formaler Bildung (Marbler et al. 2024).

Feedbackgruppen

In den Jahren 2022 bis 2024 fanden insgesamt 29 Feedbackgruppen statt. Im Jahr 2022 haben manche Teilnehmer:innen das Thema belastende Geburtserfahrungen von sich aus angesprochen, weshalb 2023 und 2024 (bis zum Sommer) gezielt nach den Erfahrungen rund um die Geburt gefragt wurde. Ziel war v. a., herauszufinden, welche Art von Erfahrungen von den Müttern als belastend bzw. problematisch erachtet werden.

Online-Erhebung

In einem zweiten Schritt wurde eine Online-Erhebung geplant und durchgeführt. Dazu wurden alle Familien, von denen bis zum Sommer 2024 eine Zustimmungserklärung vorlag, angeschrieben oder per SMS eingeladen, an der Erhebung teilzunehmen. Von 150 der insgesamt 322 Familien lag eine E-Mail-Adresse vor, 121 wurden per SMS kontaktiert, 4 zunächst per SMS und anschließend per E-Mail. Bei 47 Familien lag entweder nur eine Postadresse vor oder die Handynummer bzw. E-Mail-Adresse stellte sich als nicht funktionierend heraus. Der Fragebogen wurde von insgesamt 99 Personen vollständig ausgefüllt.

Zusätzlich wurde der Link zum Fragebogen zusammen mit einem Infoblatt den Familienbegleiterinnen und -begleitern zur Verfügung gestellt mit der Bitte, diese Information an aktuell in Begleitung befindliche Familien weiterzugeben. Die Familienbegleiter:innen hatten keinen Auftrag, zu selektieren. Im Rahmen eines Vernetzungstreffens wurde jedoch berichtet, dass sie den Fragebogen an jene Familien nicht weitergeleitet hatten, die aus ihrer Sicht zu stark belastet schienen und bei denen die sprachliche Herausforderung als zu groß erachtet wurde. Sie haben keine Familie beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützt.

In dem Wissen, dass manche Mütter über dieses Thema lieber persönlich sprechen, wurde angeboten, dass alternativ zum Fragebogen auch ein Telefoninterview geführt werden kann. Dieses Angebot hat jedoch niemand genutzt.

Für diese Erhebung wurden zunächst auf Basis der Erzählungen der Familien in den Feedbackgruppen Fragen formuliert. Parallel dazu wurden bereits validierte Fragebögen (MADM, MORG, MIST-I) identifiziert. Da sich die Themen sehr gut deckten und die Fragen der validierten

Fragebögen von den Familien der Feedbackgruppen im Frühling/Sommer 2024 als verständlich und beantwortbar erachtet wurden, wurde auf diese zurückgegriffen. Ergänzt wurden Fragen zu den Frühen Hilfen, die für das NZFH.at relevant sind und jährlich abgefragt werden (Ofner 2024), aber auch allgemeine Fragen zur Geburt und Geburtsvorbereitung sowie spezielle Fragen zur Unterstützung durch die Frühen Hilfen.

Aufgrund der verfügbaren Ressourcen wurde der Fragebogen nur in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt.

3 Ergebnisse der Feedbackgruppen

Im Rahmen der Feedbackgruppen wurde von den Frauen teilweise im Zusammenhang mit anderen Themen, teilweise auf gezielte Nachfrage von ihren Erfahrungen rund um die Geburt berichtet. Grundsätzlich ist zu sagen, dass diese sehr unterschiedlich sind und von sehr positiv bis sehr belastend reichen. Mütter beschreiben auch unterschiedliche Erfahrungen bei verschiedenen Geburten, je nach Krankenhaus bzw. betreuendem Personal.

In Bezug auf **positive Erfahrungen** wurde meist von einfühlsamer und wertschätzender Kommunikation bzw. einem dementsprechenden Umgang mit den Frauen durch das Personal der Geburtshilfe berichtet sowie davon, gute bzw. ausreichende Informationen erhalten zu haben. Eine Frau erzählte beispielsweise, dass sie die Geburt aufgrund psychischer Belastungen als sehr schwierig empfand, sich aber dem betreuenden Personal gut anvertrauen konnte. Eine andere berichtete davon, dass ihr Nein zum Kristellern akzeptiert wurde bzw. dass ihr in einer Wehenpause behutsam gezeigt wurde, was damit gemeint ist, damit sie eine informierte Entscheidung treffen konnte. Eine weitere Frau sowie ein Vater bestätigten, dass sie auf der Intensivstation eine sehr gute Behandlung erlebten und dass viele Informationen gegeben wurden – es bestehe ein großer Unterschied zu „normalen“ Geburtsstationen. Auch bei kleineren und „familiärerem“ Geburtseinheiten wird angenommen, dass durch die Einzelbetreuung positive Geburtserfahrungen möglich sind. Ein Mann berichtete, dass er aufgrund seiner geringen Deutschkenntnisse Informationen nicht verstanden hatte, aber bei Nachfragen Erklärungen auf Deutsch oder Englisch erhalten hatte. Überhaupt wurden in allen Gruppen immer wieder einzelne Personen hervorgehoben, die besonders empathisch und hilfreich gewesen waren.

Für den vorliegenden Bericht wird der Schwerpunkt jedoch auf jene **Erfahrungen bei der Geburt** gelegt, die als **negativ erlebt wurden**. Diese werden im Folgenden aufgelistet.

Fehlendes Mitspracherecht hinsichtlich Geburtsmodus oder Geburtsort:

- Für Hausgeburten fehlen entsprechende Hebammen bzw. Informationen über die vorhandenen Alternativen.
- Ein Kaiserschnitt wird mancherorts nur als Noteingriff bzw. nach einer psychologischen Untersuchung durchgeführt. Diese Untersuchungen werden jedoch – abhängig von der vorangegangenen Geburt – unter Umständen als belastend bzw. retraumatisierend erlebt. Von einer Frau wurde erzählt, dass sie aufgrund einer vorangegangenen Stillen Geburt Angst hatte, dass ihr jedoch ein Kaiserschnitt verweigert wurde. Im Laufe der Geburt geriet sie dann in Panik, weshalb letztendlich doch noch ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde. Dies führte wiederum zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Eine andere Frau berichtete, dass sie sich aufgrund einer vorangegangenen Schwangerschaftsvergiftung einen Kaiserschnitt gewünscht hatte, dass dieser aber ebenfalls abgelehnt wurde.

Fehlende Kommunikation/Aufklärung bezüglich medizinischer Entscheidungen:

Die Wahl des Geburtsmodus kann auch mit medizinischen Entscheidungen zusammenhängen, wofür zwar Verständnis besteht, was jedoch dennoch zu Belastungen führen kann – die durch wertschätzende Erklärungen reduziert werden könnten:

- Zwei Frauen berichteten, dass bei ihnen jeweils ein ungeplanter Kaiserschnitt durchgeführt worden war und dass damit einerseits Komplikationen verbunden waren bzw. dass sie andererseits dies als psychische Belastung erlebt hatten, die sie anschließend erst verarbeiten mussten. Beide Frauen wiesen darauf hin, dass kurze Erklärungen und Hinweise, wie z. B. „Dem Kind geht es gut, aber wir müssen es aus diesem Grund trotzdem per Kaiserschnitt holen“, entlastend hätten wirken können.
- Bei einer Frau wurde wegen der Steißlage des Kindes ein ungeplanter Kaiserschnitt durchgeführt, was mit einer hausinternen Regelung des Krankenhauses begründet wurde und für sie zwar in Ordnung, aber dennoch fraglich war (weil eine Geburt ohne Kaiserschnitt ihrer Information nach woanders schon möglich gewesen wäre).

Andere belastende Erfahrungen wurden im Zusammenhang mit der **Aufnahme in das Krankenhaus** gemacht:

- Frauen wurden trotz Wehen wieder nach Hause geschickt, weil entsprechende Räumlichkeiten fehlten.
- Beim Empfang im Krankenhaus mussten trotz Wehen Formulare (zur eigenen gesundheitlichen Situation) ausgefüllt werden, die später nicht verwendet wurden.

Von etlichen Müttern wurde berichtet, dass der **Umgang** mit ihnen bei der Geburt als nicht wertschätzend erlebt wurde. Nicht nur der Umgangston wurde thematisiert, sondern auch mangelnde Zeit und Information/Beratung sowie das Nichteinbeziehen in Entscheidungen bzw. gar das „Ignorieren“ von Wünschen wurden berichtet. Wobei in Bezug auf die Zeit durchaus auch Verständnis für die Herausforderungen im öffentlichen Krankenhaus, wo oft mehrere Geburten gleichzeitig stattfinden und betreut werden müssen („wie in einer Fabrik“), geäußert wurde. Auch in diesem Zusammenhang hätten sich die Mütter bei allem Verständnis für die Arbeitssituation einen anderen Umgang mit ihnen (empathischer, menschlicher) gewünscht.

- Einige Mütter fühlten sich mit den Wehen alleingelassen.
- Eine Mutter berichtete, dass ihr die PDA vorenthalten wurde bzw. als Druckmittel eingesetzt wurde („Wenn Sie keinen Katzenbuckel machen, bekommen Sie keine PDA.“).
- Eine Mutter nahm wahr, dass ihre Nichteinwilligung in eine Untersuchung bzw. der Wunsch, zur Geburt eine Doula mitzubringen, bei dem betreuenden Personal Unmut erzeugte.
- Manche Mütter fühlten sich unter Druck gesetzt, die Vorschläge des Personals annehmen zu müssen, auch wenn sie selbst anderer Meinung waren. Andere berichteten, dass Prozeduren ohne vorherige Fragen/Information einfach durchgeführt wurden.
- Eine Mutter fühlte sich nicht ernst genommen und führte das auf ihr Alter zurück (sie war zum damaligen Zeitpunkt 19 Jahre alt). Sie wurde gar nicht gehört und hatte daher auch keine Möglichkeit, Fragen zu stellen oder mitzubestimmen.
- Eine Mutter berichtete, dass sie nicht ernst genommen wurde, als sie die Hebamme über den Blasensprung informierte („Das glaube ich Ihnen nicht.“).
- Eine andere erzählte, sie sei als „fettsüchtig“ beschimpft worden. Daraufhin habe sie keine Fragen mehr gestellt.
- Eine Mutter erwähnte auch, dass neu hinzukommendes Personal nicht vorgestellt wurde, es also unklar blieb, wer warum anwesend war und welche Rolle hatte.
- Das Nichtwahren der Privatsphäre wurde ebenfalls angesprochen, indem z. B. Türen während der Untersuchung offen gelassen wurden, obwohl am Gang Menschen unterwegs waren.

- Ein vorheriger operativer Eingriff (Entfernung einer Genitalwarze) wurde in einem Krankenhaus als ein Hindernis für eine normale Geburt bewertet, in einem anderen jedoch nicht, weshalb die Frau zur Vermeidung eines Kaiserschnitts für die Geburt eine deutlich längere Anfahrt in Kauf genommen hat.
- Mütter würden daher für weitere Geburten Privatspitäler wählen oder haben dies bereits gemacht oder „aufgezahlt“, um als Privatpatientin behandelt zu werden (Sonderklasse). Dadurch sind Einzelzimmer Standard und es gibt Zeit, Fragen zu stellen.
- Mütter – und Väter – berichteten über mangelnde Information bzw. darüber, dass niemand mit ihnen gesprochen hätte. Von einem Vater wurde auch erwähnt, dass er als handelnde Person nicht in die Kommunikation einbezogen wurde, obwohl seine Frau in einem Ausnahmezustand und nicht aufnahmefähig war. Ein anderer wurde nicht darüber informiert, dass seine Frau in der Intensivstation war, weshalb er sie am falschen Ort gesucht und nicht gefunden habe. Auch einige Mütter bestätigten, dass ihre Männer vor Ort keine Informationen erhielten, nicht nur, aber auch in schwierigen Situationen. Daraus könne jedoch ein Gefühl der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit entstehen – aber auch Wut – und das könne die Situation sehr belastend machen. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass die Väter eine große Unterstützung für die Mütter sein können, sofern sie gut eingebunden und informiert werden.

Auch über negative Erfahrungen bzw. Herausforderungen während des **Aufenthalts im Krankenhaus** nach der Geburt wurde berichtet:

- Neugeborene wurden in eine andere Abteilung oder Klinik gebracht, ohne die Eltern vorher bzw. gleich (über den Gesundheitszustand und den Grund für die Verlegung) zu informieren – oder ohne dass diese dem Neugeborenen zuvor die Brust anbieten konnten. Mütter, aber auch Väter hatten Schwierigkeiten, Informationen über den Aufenthaltsort des Kindes – oder auch noch Tage später über den Gesundheitszustand des Kindes – zu erhalten.
- Ein Vater berichtete, dass seine Frau im Krankenhaus mit dem Neugeborenen (aufgrund psychischer Probleme) überfordert war und keine ausreichende Unterstützung erhielt. Er war daher selbst möglichst viel vor Ort und erlebte diese Situation als traumatisierend.
- Eine Mutter, deren Neugeborenes auf der Neonatologie untergebracht wurde, hätte dieses zwischendurch gern bei sich gehabt, um eine Bindung aufbauen zu können, was jedoch sogar noch am Tag der gemeinsamen Entlassung abgelehnt wurde. Sie wies darauf hin, dass eine zufriedenstellende Erklärung, die auf empathische Art und Weise vermittelt wird, hilfreich gewesen wäre.
- Einige Mütter beklagten einen Mangel an Informationen im Krankenhaus nach der Geburt, z. B. zu Rückbildungsangeboten oder zum Thema Gestationsdiabetes. Eine Mutter mit einem sehr frühen Notkaiserschnitt und langem Aufenthalt des Kindes in der Intensivstation, die bereits zwei Kinder zu Hause hatte und daher eine sehr belastende Zeit erlebte, erfuhr erst im 6./7. Monat des Kindes von dem Unterstützungsangebot der Frühen Hilfen. Andere Mütter meinten, dass es nach einer ambulanten Geburt ebenfalls keinerlei Informationen über Unterstützungsangebote gebe. Auch nach einer Hausgeburt bestehe wenig Kontakt zu Gesundheitsfachkräften und damit gebe es wenig Information.
- Manche Mütter berichteten, dass sie Informationen erst auf Nachfrage erhalten haben, was jedoch voraussetzt, die richtigen Fragen stellen zu können.
- Eine Frau berichtete, dass sie nach der Geburt früher nach Hause gehen wollte (alles war in Ordnung), weil sie mehr Ruhe brauchte, und dass ihr daraufhin ein schlechtes Gewissen gemacht wurde.

- Eine Mutter erwähnte, dass zwar die Geburt in Ordnung war, dass sie aber das Personal während der zehn Tage danach als übergriffig erlebte.
- Es wurde auch berichtet, dass die Zuständigen des ständig wechselnden Personals für Mütter unklar waren und dass geäußerte Ängste lächerlich gemacht wurden.
- Als negativ erlebte Aussagen und Umgang des Personals, z. B. nach einer Frühgeburt, führten dazu, dass eine Mutter seither Angst vor Krankenhausaufenthalt hat.
- Die im Krankenhaus erfolgte erste Mutter-Kind-Pass-Untersuchung wurde aufgrund des empathielosen Verhaltens der Ärztin als negativ erlebt.
- Viele Mütter berichteten, dass ihnen keine Möglichkeit zur Nachbesprechung der Geburt gegeben wurde, auch ein Feedbackformular scheint nicht Standard zu sein.

Zum Thema **Stillen** im Krankenhaus wurde von unterschiedlichen Meinungen und (zum Teil sogar widersprüchlichen) Informationen durch das Personal berichtet und davon, dass teilweise Druck auf Mütter ausgeübt wurde. Mütter fühlten sich daher – und auch wegen des Umgangs mit ihnen in diesem Zusammenhang – nicht immer gut aufgehoben.

- Für Mütter, die stillen wollen, entstehen durch die Entfernung zur Neonatologie große Belastungen, insbesondere wenn sie sich selbst noch in einem anderen Krankenhaus befinden oder kleine Kinder zu Hause und keine Kinderbetreuung haben.
- Eine Mutter berichtete, dass sie nach einem Kaiserschnitt Probleme mit dem Stillen hatte. Das Kind wurde daher nicht nach Hause entlassen, was jedoch die Probleme verschärfte. Es war für sie dadurch sehr mühsam, es in dieser Situation doch noch hinzubekommen. Einer anderen Mutter ging es ähnlich, sie verbrachte 4 bis 5 Stunden täglich in der Klinik, um ausreichend Milch abpumpen und zur Verfügung stellen zu können.
- Eine andere Mutter hatte wegen eines verkürzten Zungenbands des Säuglings Stillprobleme, bekam jedoch im Krankenhaus keine Information dazu.
- Angesprochen wurde auch, dass es für Mütter unklar ist, wer für das Thema Stillen die richtige Ansprechperson ist (Pflegepersonal, Stillberater:in, Hebamme).
- Eine Vorbereitung auf das Stillen und allfällige damit verbundene Schwierigkeiten bereits vor der Geburt könnte sich nach Meinung mancher Mütter positiv auswirken.

Weitere thematisch passende Diskussionspunkte waren folgende:

Aufgrund ihrer Erfahrungen wünschen sich Mütter einerseits selbst frühzeitige Informationen (bereits in der Schwangerschaft) über ihre Rechte, andererseits eine Sensibilisierung auch in der Geburtshilfe. Frauen mit Migrationserfahrung kommen unter anderem aus Ländern mit einem anderen System, in dem ein anderes Verständnis ihrer Rechte bzw. Mitbestimmungsmöglichkeiten herrscht, z. B. in Bezug auf den Aufenthalt im Krankenhaus nach der Geburt. Daher benötigen sie Informationen über die Ansprüche und Möglichkeiten, auch in anderen Sprachen.

Informationen über potenziell herausfordernde Situationen sollten z. B. auch in den Geburtsvorbereitungskursen integriert sein, wobei ein Zuviel an Information über potenzielle Komplikationen vermieden werden sollte, um keine Angst zu erzeugen.

Väter sind nach Meinung einer früheren Hebamme oft eingeschüchtert, fühlen sich verloren und hilflos und wissen nicht, was sie tun können. Sie benötigen konkrete Tipps dazu, wie sie sich in solchen Situationen verhalten und was sie fragen können. Ein Vater wies aber auch darauf hin, dass es in seinem Herkunftsland nicht üblich sei, als Vater bei der Geburt dabei zu sein, und dass es wichtig wäre, diesen Wunsch zu akzeptieren.

In Bezug auf Geburtsvorbereitungskurse wurde auch angesprochen, dass es im ländlichen Bereich kaum kostenlose Angebote gebe, die bestehenden Kurse kürzer seien und die Frauen stattdessen Youtube-Videos ansehen würden. Ein persönlicher Austausch wäre jedoch wichtig, auch mit Frauen, die bereits Geburtserfahrungen mitbringen.

Hilfreich zur Vorbeugung gegen belastende Erlebnisse wäre, sich frühzeitig eine Hebamme aussuchen zu können.

Nach einer Totgeburt ist Aufarbeitung im Rahmen einer Psychotherapie bzw. mit einer professionellen Unterstützung wichtig – es braucht daher entsprechende Informationen über verfügbare Angebote aber auch einen sensiblen Umgang durch das Personal. Kommentare wie z.B. „Das war ja nichts“ oder „Leiden Sie etwa noch immer darunter?“ würden nicht helfen.

Für Geschwisterkinder wird nach einer schwierigen Geburt, insbesondere in der Zeit des Krankenhausaufenthalts der Mutter bzw. des Kindes und der damit bedingten häufigen Abwesenheit der Mutter, psychologische Unterstützung benötigt. Aber auch Hilfe für den Alltag zu Hause. Es fehlen jedoch entsprechende Angebote.

Es fehlen psychiatrische Notbetten in Krankenhäusern, weshalb Mütter mit Psychosen in Stationen für Menschen mit Suchterkrankung aufgenommen werden müssen.

Die Bereitschaft, auch über jene Erfahrungen zu reden die nicht so positiv sind/waren, steigt nach Meinung mancher Teilnehmer:innen. Das wird als positiv und hilfreich erachtet, weil es erleichternd wirkt und jenen, die eine Geburt vor sich haben, eine realistischere Vorbereitung ermöglicht. Aber auch im Krankenhaus selbst, sollte es standardmäßig die Möglichkeit geben, die Geburt geben.

Eine Befragung wird als gutes Mittel angesehen, um auf Basis der damit gewonnenen Erkenntnisse Verbesserungen anzustreben. Von manchen Teilnehmerinnen wurde angeboten, den Link zur Befragung auch in ihrem Umfeld zu verbreiten – allerdings müssten sie darum explizit gebeten werden, sonst gehe das unter.

Viele Kliniken haben einen – teilweise umfangreichen – Feedbackbogen. Der ist jedoch oft recht allgemein gehalten und bietet daher wenig Platz für spezifisches Feedback. Außerdem wird der Zeitpunkt als unpassend erachtet, da manche Erfahrungen erst nach einiger Zeit (2–3 Monate) realisiert würden bzw. unter Umständen erst dann die Bereitschaft da sei, diese Erfahrungen zu teilen. Manche Mütter – aber auch Väter – trauen sich aus Angst vor negativen Konsequenzen nicht, ehrliches/negatives Feedback zu geben, solange sie oder das Kind noch im Krankenhaus sind.

Manche Mütter würden ein persönliches Gespräch über ihre Erfahrungen in/mit der Geburtshilfe bevorzugen – sowohl in Bezug auf eine Erhebung als auch im Krankenhaus. Ihrer Ansicht nach werden dabei die mit den Erfahrungen verbundenen Emotionen sichtbarer und es könnte daraufhin auch direkt zu einem passenden Unterstützungsangebot vermittelt werden. Eine Mutter berichtete jedoch, dass sie sich an die Ombudsstelle des Krankenhauses gewandt hat und dort nur darauf hingewiesen wurde, dass medizinisch alles korrekt gelaufen sei, was für sie nicht ausreichend war.

4 Ergebnisse der Online-Erhebung

4.1 Perinatale Daten

Nach dem Fragenblock zu Erfahrungen mit den Frühen Hilfen und zur aktuellen Situation der Befragten wurde in den Erhebungsblock zu Geburtserfahrungen mittels einer Filterfrage („Haben Sie selbst in den letzten fünf Jahren in Österreich ein oder mehrere Kinder auf die Welt gebracht?“) übergeleitet. Von den insgesamt 99 Personen, die an der Online-Erhebung teilnahmen, gaben 86 (87 %) an, in den letzten fünf Jahren selbst eines oder mehrere Kinder in Österreich auf die Welt gebracht zu haben. Die Ergebnisbeschreibung des Kapitels 4 bezieht sich somit auf eine Stichprobe von 86 Personen.

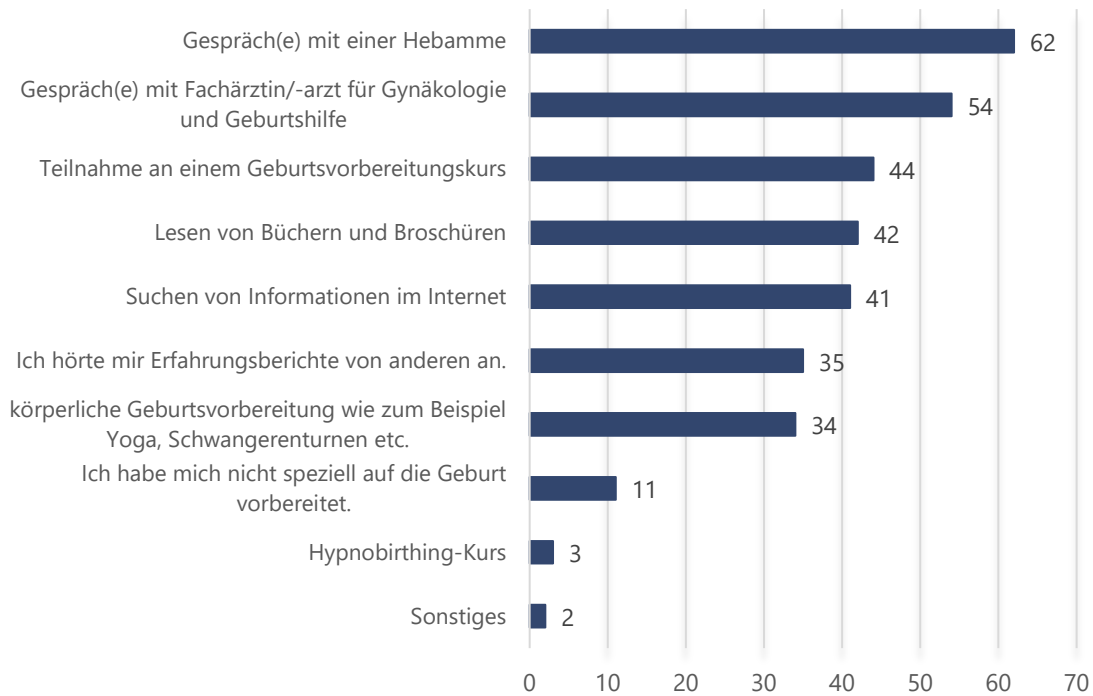
Anzahl der Geburten

Rund 43 Prozent der Befragten gaben an, insgesamt eine Geburt erlebt zu haben, bei einem Drittel (33 %) waren es zwei, bei einem Fünftel (20 %) drei Geburten, gefolgt von vier (2,4 %) bzw. fünf (1,2 %) Geburten. Vor den nächsten Fragen erhielten die Befragten einen Hinweistext mit der Information, dass sich die folgenden Fragen immer auf die letzte in Österreich erlebte Geburt beziehen.

Geburtsvorbereitung

Knapp drei Viertel der Befragten (72 %) gaben an, sich in einem oder mehreren Gesprächen mit einer Hebamme auf die Geburt vorbereitet zu haben, 63 Prozent führten vorweg Gespräche mit Fachärztinnen und -ärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe. An einem Geburtsvorbereitungskurs nahmen 44 Personen teil, Bücher und Broschüren wurden von 42 Befragten gelesen. Die Nutzung verschiedener Angebote der Geburtsvorbereitung ist in Abbildung 1 dargestellt.

Wie haben Sie sich auf die Geburt vorbereitet?



Anzahl Nennungen, Mehrfachantworten möglich

Quelle: GÖG

Geburtsort

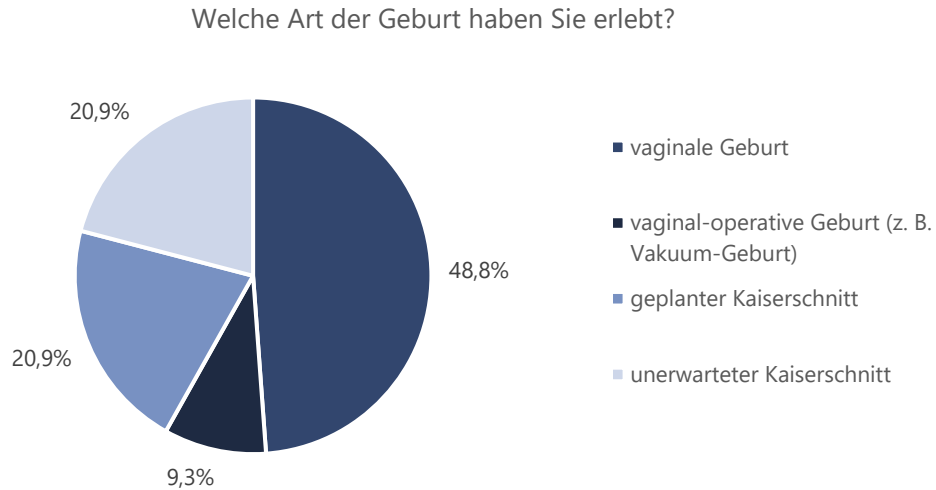
Die letzte Geburt fand bei 96,5 Prozent der Befragten im Krankenhaus statt, weitere 3,5 Prozent gaben eine Hausgeburt an. Der überwiegende Großteil jener Befragten, deren letzte Geburt im Krankenhaus stattfand (91,5 %) gab an, keine private Geburtsbegleitung für die Geburt im Krankenhaus (Beleggeburt) in Anspruch genommen zu haben, weitere 6,1 Prozent nahmen Geburtsbegleitung durch eine Hebamme in Anspruch, 2,4 Prozent durch eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt. Bei rund 90 Prozent der Befragten fand die Geburt am ursprünglich geplanten Ort statt, bei 10 Prozent war dies nicht der Fall. Begründet wurde dies durch die Coronapandemie, Frühgeburten, medizinische Notwendigkeiten (z. B. Notkaiserschnitt, vorzeitige Plazentaablösung, Gefahr einer Präeklampsie) sowie einen zu schnellen Geburtsvorgang, wodurch das Krankenhaus nicht mehr erreicht wurde.

Geburtsmodus

Ungefähr die Hälfte der Befragten (48,8 %) erlebte eine vaginale Geburt, gefolgt von je 21 Prozent, die einen geplanten bzw. unerwarteten Kaiserschnitt erlebten. Weitere 9 Prozent erlebten eine vaginal-operative Geburt. Die Verteilung des Geburtsmodus ist in Abbildung 2 dargestellt. Beim unerwarteten Kaiserschnitt handelte es sich bei 13 Befragten (72,2 %) um einen

Kaiserschnitt, der unerwartet als notwendig erachtet wurde, aber kein Notfall war, bei vier Befragten (22,2 %) um einen Notkaiserschnitt und eine Person konnte es nicht unterscheiden.

Abbildung 2: Geburtsmodus



Quelle: GÖG

Outcomes, Risiken und Komplikationen

Fast alle Befragten (97,7 %) erlebten eine Lebendgeburt, bei zwei Befragten (2,3 %) war die letzte Geburt eine Totgeburt (>500g Geburtsgewicht). 2,4 Prozent der Befragten gaben an, ein Kind mit einer diagnostizierten Behinderung zur Welt gebracht zu haben, bei den restlichen Befragten (97,6 %) war dies nicht der Fall. In Abbildung 3 sind verschiedene Risiken oder Komplikationen dargestellt, die während der Schwangerschaft oder Geburt eintraten. 43 Prozent der Befragten gaben an, dass kein Schwangerschaftsrisiko bzw. keine Komplikation eingetreten sei. Zu den häufigsten Nennungen zählen Frühgeburt (12,8 %), Schwangerschaftsdiabetes (11,6 %) sowie Bluthochdruck während der Schwangerschaft (10,5 %).

Abbildung 3: Risiken/Komplikationen während Schwangerschaft/Geburt



Anzahl Nennungen, Mehrfachantworten möglich

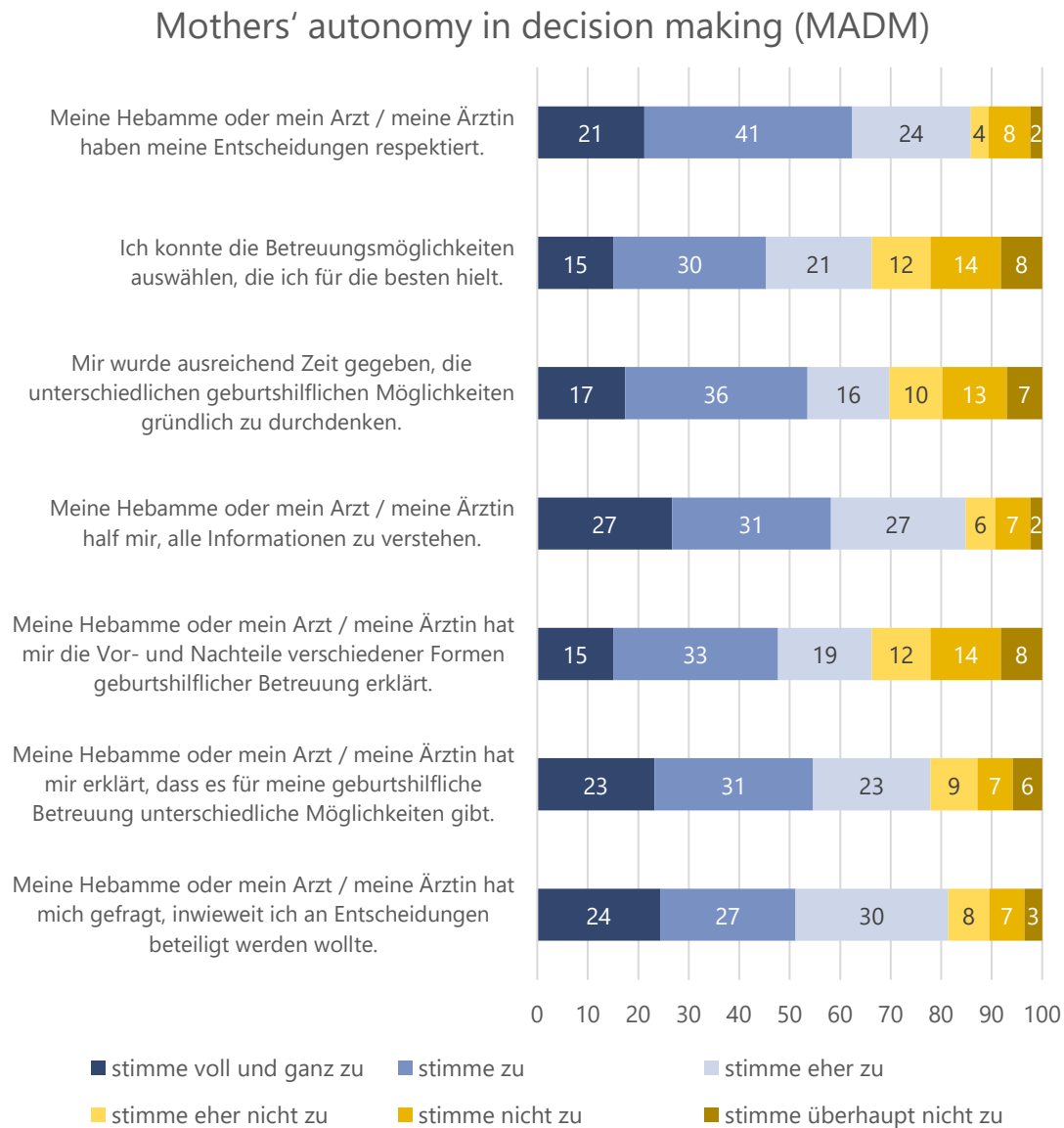
Quelle: GÖG

4.2 Wahrnehmung der Geburtserfahrung

Mothers' autonomy in decision making (MADM)

Die Ergebnisse aus der MADM-Skala zeigen eine großteils positive Bewertung der angeführten Beispiele der Entscheidungsfindung und Betreuung rund um die Geburtserfahrung (siehe Abbildung 4). So stimmen beispielsweise rund 86 Prozent der Aussage „Meine Hebamme oder mein Arzt / meine Ärztin haben meine Entscheidungen respektiert.“ „eher“ bis „voll und ganz“ zu. Etwas weniger Zustimmung zeigt sich hingegen bei folgenden Aussagen: „Ich konnte die Betreuungsmöglichkeiten auswählen, die ich für die besten hielt.“ (66 %), „Meine Hebamme oder mein Arzt / meine Ärztin hat mir die Vor- und Nachteile verschiedener Formen geburts-hilflicher Betreuung erklärt.“ (66 %) und „Mir wurde ausreichend Zeit gegeben, die unterschiedlichen geburtshilflichen Möglichkeiten gründlich zu durchdenken.“ (70 %). Im Gegenzug bedeutet das, dass immerhin 30 bzw. 34 Prozent diesen drei letztgenannten positiven Aussagen „eher nicht“ bis „überhaupt nicht“ zustimmten.

Abbildung 4: Mothers' autonomy in decision making (MADM)

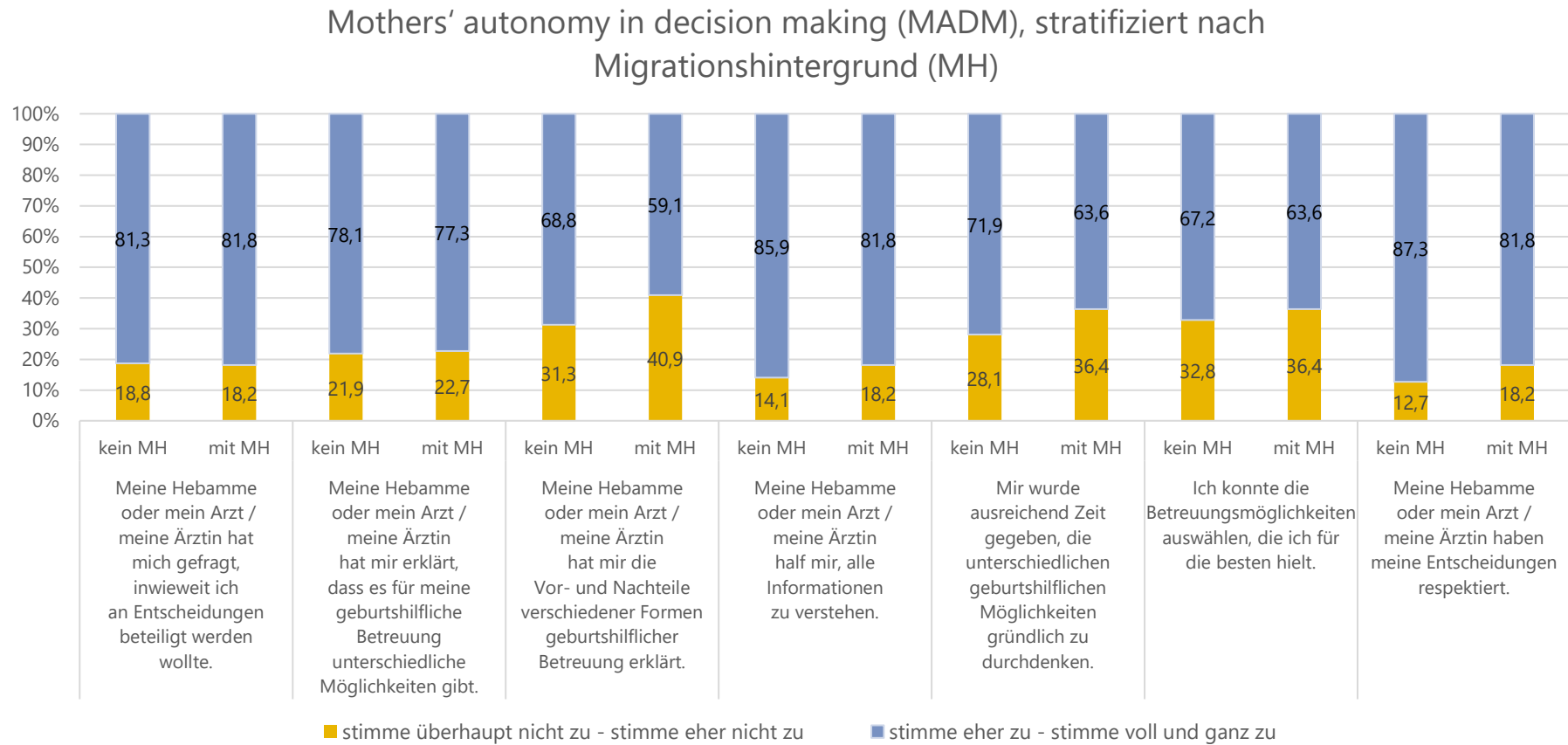


Angabe in Prozent

Quelle: GÖG

Werden die Ergebnisse der MADM-Skala nach Migrationshintergrund/-erfahrung stratifiziert, so zeigen sich geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, wobei jene mit Migrationserfahrung den positiven Aussagen tendenziell seltener zustimmte. Zu beachten ist jedoch, dass es sich um eine sehr kleine Stichprobe handelt und die Ergebnisse nur als Hinweise einzuordnen sind. In Abbildung 5 sind die Ergebnisse dargestellt.

Abbildung 5: MADM, stratifiziert nach Migrationshintergrund/-erfahrung



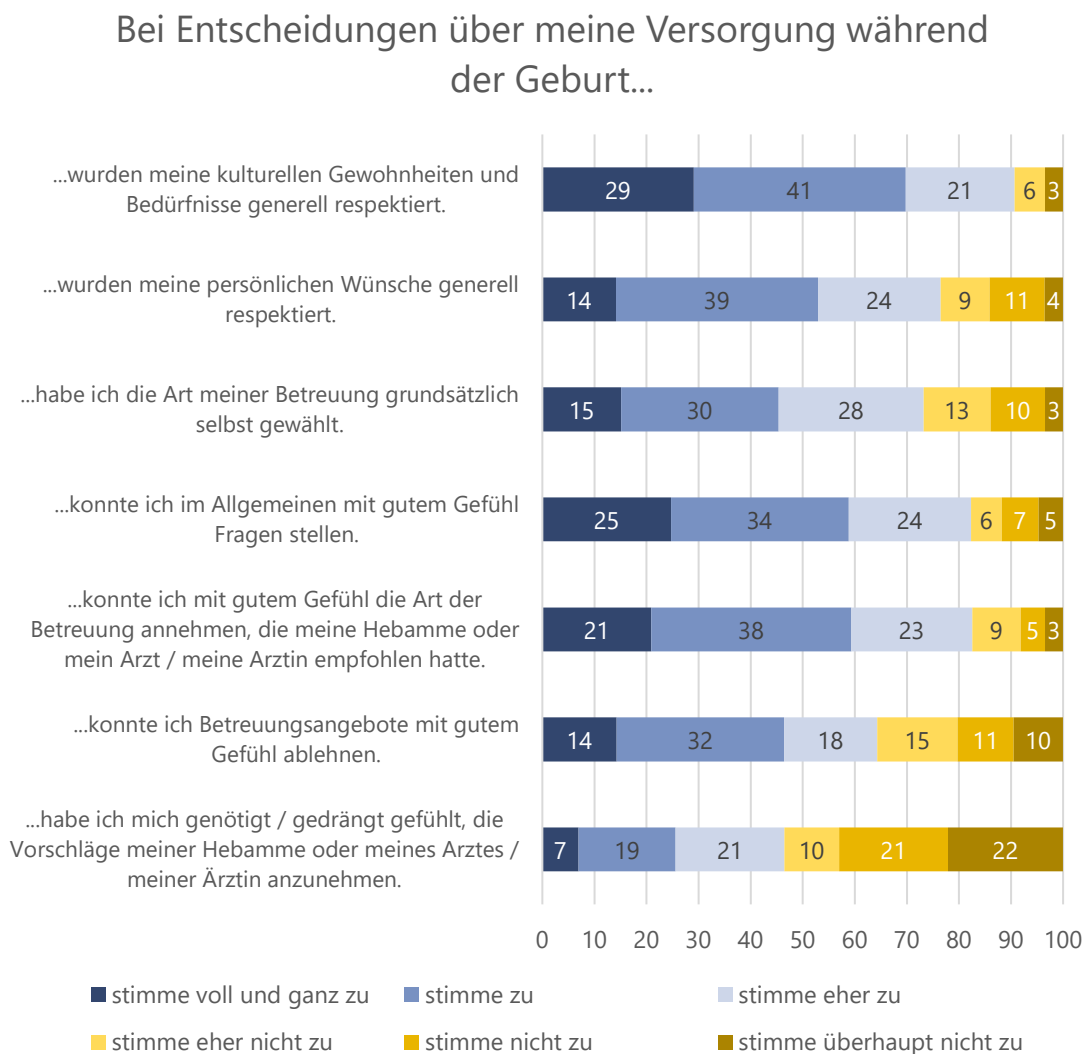
Angabe in Prozent

Quelle: GÖG

Mothers on respect – German (MOR-G)

Im Block MOR-G wurden Erfahrungen zu Entscheidungen über die Versorgung (siehe Abbildung 6) sowie zum Besprechen von Fragen oder Sorgen (siehe Abbildung 7) erfragt. Im ersten Block zeigt sich für die meisten Aussagen ein eher zustimmendes Bild. Etwas weniger Zustimmung fanden die Aussagen „Bei Entscheidungen über meine Versorgung während der Geburt habe ich mich genötigt / gedrängt gefühlt, die Vorschläge meiner Hebamme oder meines Arztes / meiner Ärztin anzunehmen.“ (47 %, Anmerkung: Dieses Item ist als einziges umgekehrt codiert.) und „Bei Entscheidungen über meine Versorgung während der Geburt konnte ich Betreuungsangebote mit gutem Gefühl ablehnen.“ (64 %).

Abbildung 6: MOR-G – Entscheidungen über die Versorgung



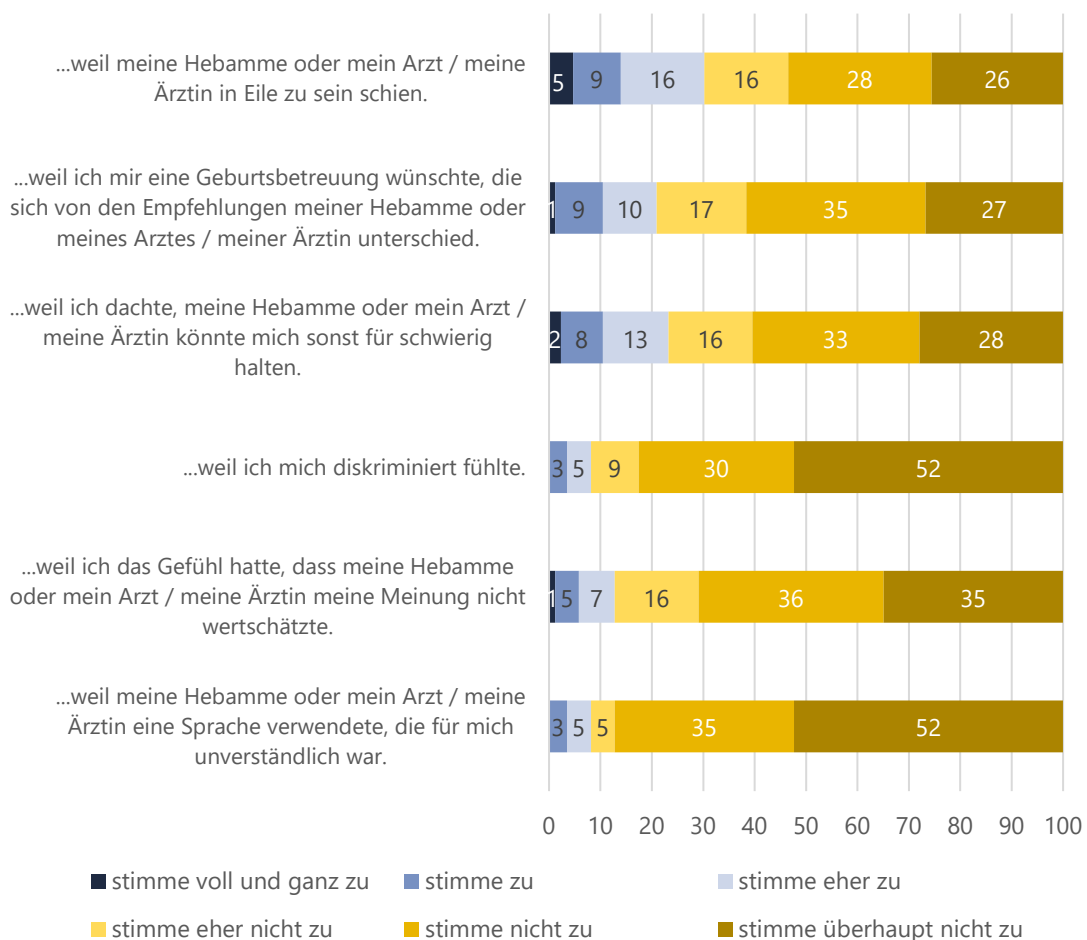
Angabe in Prozent

Quelle: GÖG

Im zweiten Block der MOR-G-Fragen fanden die Aussagen, die im Gegensatz zu den meisten Aussagen oben „negativ“ formuliert sind, nur wenig Zustimmung. Beispielsweise „Während der Geburt hielt ich mich zurück, Fragen zu stellen oder meine Sorgen zu besprechen, weil ich mich diskriminiert fühlte.“ (8 %). Etwas höhere Zustimmungswerte haben folgende drei Aussagen: „Während der Geburt hielt ich mich zurück, Fragen zu stellen oder meine Sorgen zu besprechen, weil meine Hebamme oder mein Arzt / meine Ärztin in Eile zu sein schien.“ (30 %), „Während der Geburt hielt ich mich zurück, Fragen zu stellen oder meine Sorgen zu besprechen, weil ich dachte, meine Hebamme oder mein Arzt / meine Ärztin könnte mich sonst für schwierig halten.“ (23 %), „Während der Geburt hielt ich mich zurück, Fragen zu stellen oder meine Sorgen zu besprechen, weil ich mir eine Geburtsbetreuung wünschte, die sich von den Empfehlungen meiner Hebamme oder meines Arztes / meiner Ärztin unterschied.“ (20 %).

Abbildung 7: MOR-G – Besprechung von Fragen/Sorgen

Während der Geburt hielt ich mich zurück, Fragen zu stellen oder meine Sorgen zu besprechen...



Angabe in Prozent

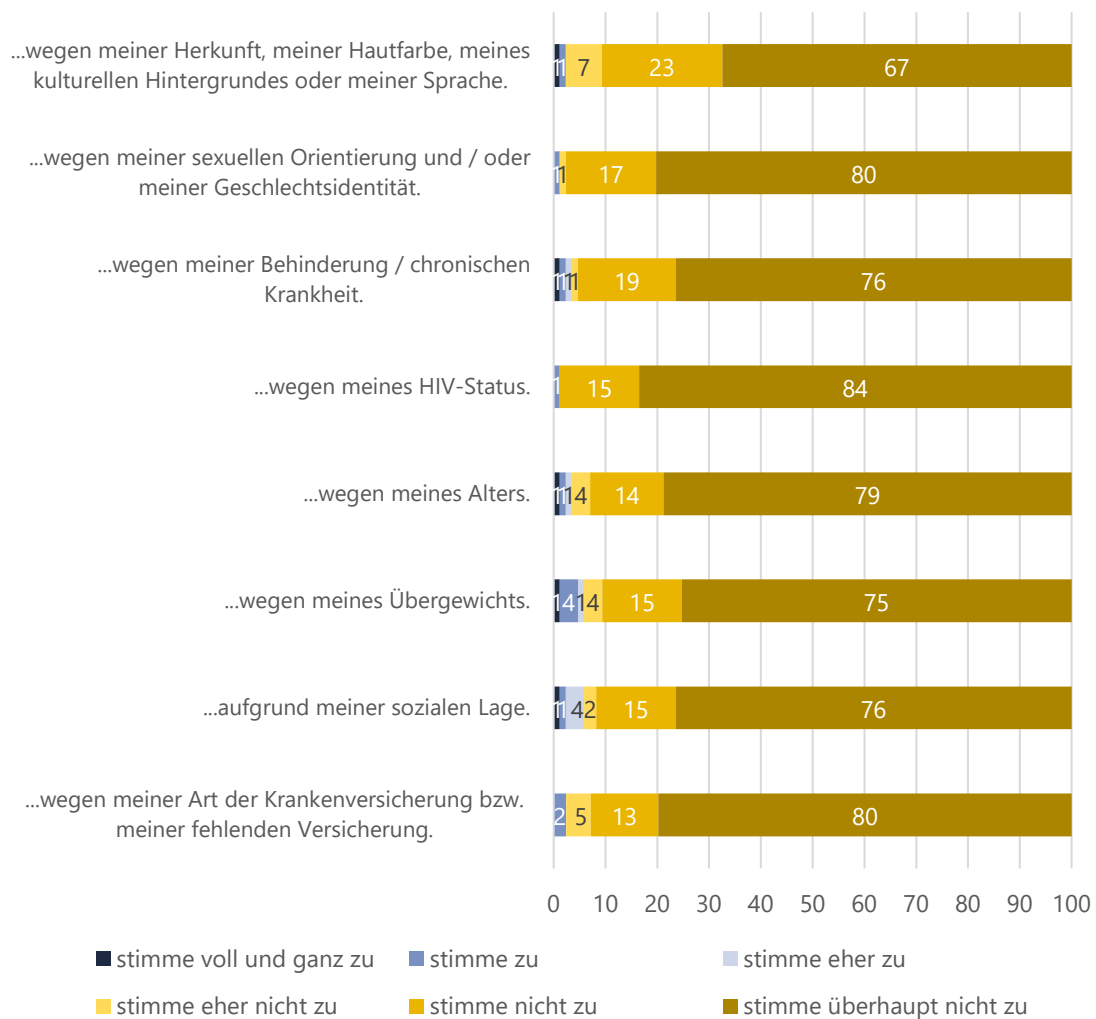
Quelle: GÖG

Diskriminierung

Im Fragebogen wurden verschiedene Diskriminierungsformen laut dem deutschen Antidiskriminierungsgesetz abgefragt. Hier gab es nur sehr vereinzelte Nennungen, die der Aussage zustimmen, die jeweilige Diskriminierungsform erlebt zu haben. In Abbildung 8 sind die Ergebnisse dargestellt.

Abbildung 8: Diskriminierung

Während der Geburt fühlte ich mich von meiner Hebamme oder meinem Arzt/meiner Ärztin schlecht behandelt...



Angabe in Prozent

Quelle: GÖG

Erfahrungsberichte der Befragten

Die Befragten hatten im Freitextfeld die Möglichkeit, ergänzende Informationen zu ihren Erfahrungen zu geben. Zum Thema Betreuung und Begleitung der Frauen und ihrer Begleitpersonen durch Gesundheitsfachkräfte vor, während und nach der Geburt wurden sowohl positive Erfahrungen (z. B. allgemein während der gesamten Geburt, sensibilisierter Umgang nach sexuellem Missbrauch der Mutter im Kindesalter, bei medizinischen Notfällen) als auch als negative Erfahrungen (respektloser Umgang, Herabwürdigung, nicht auf Wünsche und Bitten eingehen, Überredung zu Behandlungen, nicht über Vorgänge oder Eingriffe informieren, gewaltsame Übergriffe) genannt. Nachfolgend (siehe Abbildung 9) finden sich einige ausgewählte Wortmeldungen, um die Bandbreite der Nennungen zu zeigen.

Abbildung 9: Zitate der Befragten (Auswahl)



Zitate im Originalwortlaut

Quelle: GÖG

Mistreatment-Index (MIST-I)

Vor der Frage zum MIST-I wurde ein Hinweis mit einer Triggerwarnung angezeigt:

Hinweis: Bei allen Fragen – und somit auch bei den nächsten Fragen – geht es um Ihre persönliche Wahrnehmung. Wenn Sie etwas als übergriffig/gewaltvoll erlebt haben, so beantworten Sie diese Frage bitte mit „trifft zu“. Falls Sie in diesem Zusammenhang Unterstützung oder Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an

- eine vertraute Person,
- das Hilfetelefon schwierige Geburt (0720 322 077),
- die Telefonseelsorge (Tel.: 142, online unter www.telefonseelsorge.at) oder
- das Kriseninterventionszentrum (01/4069595, online unter <https://kriseninterventionszentrum.at/>).

Auf die Frage „Haben Sie während Ihrer Geburt eine der folgenden Situationen in Ihrer Betreuung erlebt?“ antwortete rund die Hälfte der Befragten (51 %), dass sie „nichts von dem Genannten“ erlebt hätten. Die angeführten Situationen wurden von jeweils drei Prozent („Ihre privaten und persönlichen Informationen wurden anderen Personen ohne Ihr Einverständnis zugänglich gemacht.“) bis zu elf Prozent („Das Betreuungspersonal hat Sie ignoriert, Ihnen Hilfe verweigert oder innerhalb eines angemessenen Zeitraums nicht auf Ihre Bitte um Hilfe reagiert.“) der Befragten als erlebt angegeben. Die einzelnen Situationen und Angaben der Befragten sind in Abbildung 10 ersichtlich.

Abbildung 10: Mistreatment-Index (MIST-I)

Haben Sie während Ihrer Geburt eine der folgenden Situationen in Ihrer Betreuung erlebt?



Anzahl Nennungen, Mehrfachantworten möglich

Quelle: GÖG

Erfahrungsberichte der Befragten

Im Freitextfeld beschrieben 13 Frauen ihre negativen Erfahrungen während der Geburt bzw. in der Nachbehandlung. Die Frauen berichteten u. a., dass ihre Bitten und Wünsche ignoriert wurden (z. B. Lachgasmaske wurde nicht entfernt, obwohl Luftmangel bestand, Durchführung eines zusätzlichen Ultraschalls wurde verweigert, obwohl Verdacht auf falsche Position des Kindes bestand, es wurde nach der Geburt kein Essen zur Verfügung gestellt), dass sie zu schnellen Entscheidungen gedrängt bzw. zu Behandlungen überredet wurden (sowohl für sich selbst als auch für das Neugeborene), dass ihre Schmerzen sowie die Bitte nach schmerzlindernden Mitteln ignoriert wurden (z. B. nochmalige Betäubung beim Nähen nach der Geburt, PDA, Lachgas), dass sie verbal abgewertet und beschimpft wurden (z. B. hinsichtlich des Körpergewichts und der Beweglichkeit beim Sich-auf-eine-Liege-Legen; sich nicht zu beschweren, da ohnehin ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde) sowie dass sie über medizinische Eingriffe bzw. deren mögliche Auswirkungen nicht informiert wurden (z. B. vaginale Untersuchung und absichtliche Öffnung der Fruchtblase). Eine Frau berichtete, dass sie im Kreißaal ungefragt und ohne jegliche Vorbereitung der Gewalt zweier Männer ausgesetzt wurde (z. B. Gesundheitspersonal drückte mit Ellbogen auf den Bauch der schwangeren Frau). Weiters gaben Frauen an, dass sie zum Teil keine Wahl hatten (z. B. aufgrund eines Notfalls), dass sie dachten, dass die gesetzte Handlung normal war, oder dass sich nicht trauten, sich über die Situation oder das Erlebte zu beschweren oder darüber zu sprechen.

Vermeidung der Situation, Nachbesprechung und Hilfsangebote

Jenen Befragten, die beim MIST-I nicht mit „nichts von dem Genannten“ antworteten, wurde anschließend die Frage gestellt: „Haben Sie rückblickend eine Idee, was in diesem Moment bzw. zur Vermeidung dieser Situation geholfen hätte?“. Diese wurde von 20 Personen (57,1 %) mit „Ja“ und von den restlichen Befragten (42,9 %) mit „Nein“ beantwortet. Im Freitext wurden die Befragten um ihre Einschätzung gebeten: Die Betroffenen hätten sich eine offene und transparente Kommunikation mit den Gesundheitsfachkräften gewünscht, um Informationen zu bekommen, diese zu besprechen und nachfragen zu können. Ebenso hätte es den Befragten geholfen, ihre Vorstellungen und Wünsche im Vorhinein zu kommunizieren bzw. kommunizieren zu können. Es wurden die Notwendigkeit eines besseren Personalschlüssels und die Vermeidung einer Unterbesetzung des Personals angegeben. Zusätzlich hätte eine bessere Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte in den erlebten Situationen bzw. zur Vermeidung der Situation geholfen. Dies umfasst für die Befragten u. a. ein Eingehen auf Wünsche der Patientin, einen einfühlsameren Umgang bei Untersuchungen, das Kennenlernen der Hebammen bei Schichtwechsel, mehr Empathie, Wertschätzung und Rücksichtnahme der Gesundheitsfachkräfte.

Dieselbe Subgruppe der Befragten wurde gefragt, ob und mit welchem betreuenden Personal es die Möglichkeit gab, die Geburt und damit in Zusammenhang stehende Ereignisse zu besprechen. Hier gaben 10 Befragte an, eine Nachbesprechung genutzt zu haben, weitere drei Personen hatten die Möglichkeit, nahmen diese aber nicht in Anspruch, während 22 Personen angaben, diese Möglichkeit nicht gehabt zu haben. Die Gespräche fanden in fünf Fällen mit einer Hebamme, je zweimal mit einer Ärztin oder einem Arzt bzw. Pflegepersonal und einmal mit sonstigem Personal statt. Um das Gespräch wurde sechsmal von den Befragten selbst gebeten, bei vier Personen wurde es vom Personal aktiv angeboten. Jene, die angaben, kein Nachgespräch

geführt zu haben (n = 24), wurden gefragt, ob sie das Bedürfnis gehabt hätten, die erlebte Geburt und damit im Zusammenhang stehende Ereignisse mit dem betreuenden Personal nachzubesprechen, 17 der 24 Personen bejahten dies. In einem freien Textfeld erhielten die Befragten die Möglichkeit, darzustellen, mit wem und in welchem Rahmen sie gern darüber gesprochen hätten: Entsprechend den Angaben hätten sie gern mit jenen Gesundheitsfachkräften gesprochen, die sie mit den negativen Erfahrungen in Verbindung setzen, z. B. behandelnde Ärztin, behandelnder Arzt, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal; genannt wurde auch eine Nachbesprechung mit Psychologinnen oder Psychologen sowie der eigenen Frauenärztin bzw. dem eigenen Frauenarzt im Rahmen der Nachuntersuchung.

Weiters wurde dieselbe Subgruppe gefragt, ob stattdessen oder zusätzlich mit einer externen Person gesprochen bzw. ein entsprechendes Hilfsangebot in Anspruch genommen wurde, dies wurde von 23 der 32 Befragten (71,9 %) bejaht. Bei der Nachfrage, mit wem gesprochen bzw. welches Hilfsangebot genutzt wurde, zeigt sich folgendes Bild: 13 Personen gaben an, mit einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten gesprochen zu haben, neun Personen mit einer Hebamme, die sie nicht bei der Geburt betreut hatte, sieben Personen nutzten die Familienberatung und vier Personen sprachen mit einer Frauenärztin bzw. einem Frauenarzt, die bzw. der sie nicht bei der Geburt betreut hatte. Weitere Auswahlmöglichkeiten waren das Hilfetelefon schwierige Geburt sowie eine Gruppe zur Aufbereitung der Geburtserfahrungen, die jedoch nicht von den Befragten genannt wurden. Unter den sieben „sonstigen“ Nennungen wurden die Frühen Hilfen, Elternberatung, Familie und Freundinnen bzw. Freunde genannt. Jene, die die Frage zu zusätzlichen Gesprächs-/Unterstützungsmöglichkeiten verneint hatten (n = 9), wurden nach dem Grund gefragt: Demnach hatten sie aufgrund der Betreuungssituation keine Zeit, es gab kein entsprechendes Angebot bzw. war zu dem Zeitpunkt noch kein Bedürfnis bzw. keine Notwendigkeit dafür gegeben. Drei dieser neun Befragten nutzten die Möglichkeit eines Feedbackformulars (online oder auf Papier) oder eine andere Form von Feedback an das betreuende Personal.

Erhalt von Informationen

Alle Befragten wurden gefragt, ob sie während ihres Aufenthalts im Krankenhaus nach der Geburt, also im Wochenbett, vom Personal die von ihnen benötigten/erwünschten Informationen (z. B. zu ihrem gesundheitlichen Zustand, zum Thema Stillen, zu Nachbetreuungs- oder anderen Unterstützungsangeboten) erhielten. Dies wurde von 77,1 Prozent bejaht bzw. von 22,9 Prozent verneint. In einem freien Textfeld wurde von den Befragten dazu vor allem angegeben, dass sie mehr Informationen zum Stillen (z. B. Stillvorgang allgemein bzw. Umgang mit Problemen wie Hohlwarzen, Verwendung einer Milchpumpe ermöglichen und erklären, Milchstau erkennen und behandeln) sowie psychologische Unterstützung (z. B. im Umgang mit Hormonschwankungen, Depression, richtige Ansprechpersonen bei Frühchen bzw. Schreibabys) benötigt hätten. Ebenso hätten sich die Befragten von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt noch Informationen zu der erlebten Geburtssituation gewünscht (z. B. Noteingriffe, Geburtsverletzungen).

Reflexion aus heutiger Sicht

Auf die Frage, wie es ihnen aus heutiger Sicht mit der letzten Geburtserfahrung geht, antworteten 58 Prozent der Befragten, dass sie stolz darauf seien, was sie geschafft haben, knapp ein Drittel (31,4 %) der Befragten geht es gut damit. Einige Personen gaben jedoch auch an, dass es sie noch belaste (9,3 %), dass es sie wütend mache (7 %) oder dass sie noch immer nicht damit fertig werden würden (5,8 %). Die Nennungen sind in Abbildung 11 ersichtlich. Unter den offenen Nennungen wurden Angst bzgl. einer weiteren Geburt, Traurigkeit sowie der Wunsch genannt, die negative Geburtserfahrung mit den Gesundheitsfachkräften nachbesprechen zu können.

Abbildung 11: Reflexion aus heutiger Sicht



Anzahl Nennungen, Mehrfachantworten möglich

Quelle: GÖG

Vorangegangene Geburtserfahrungen

Jene Personen, die mehr als eine Geburt angaben ($n = 48$), wurden gefragt, ob die vorangegangenen Geburtserfahrungen ähnlich gewesen seien. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51,1 %) bejahte dies, während etwas weniger als die Hälfte (48,9 %) die Frage verneinte. In einem Freitextfeld wurden die Befragten um Erläuterung gebeten, wenn die vorangegangene Geburt anders war. Es wurden folgende Unterschiede genannt: Inanspruchnahme einer Wahlhebamme bei der zweiten Geburt, Geburt in einer Frauenklinik bzw. in einem anderen Setting, jüngeres Alter der Mutter, medizinische Gründe (Frühgeburt, Herzfehler des Kindes, Einlings- bzw. Zwillingsgeburt, Coronapandemie, Beckenendlage), vorhandene Informationen, vaginale bzw. Kaiserschnittgeburt bzw. Notkaiserschnittgeburt, anderes Personal und dadurch andere Behandlung und Betreuung.

Unterstützung durch Frühe Hilfen

Knapp ein Drittel der Befragten (31,8 %) gab an, durch die Familienbegleitung der Frühen Hilfen auch im Zusammenhang mit der Geburt unterstützt worden zu sein, während 68,2 Prozent der Befragten dies verneinten. Zu den Unterstützungsformen zählten beispielsweise die Nachbesprechung der Geburtserfahrungen (n = 20), die Ermutigung, Hilfe in Anspruch zu nehmen (n = 16) sowie die Information über Gesundheitsthemen wie Stillen, Nachbetreuung und andere Unterstützungsangebote. Die Nennungen sind in Abbildung 12 dargestellt. Auf die Frage, ob sich die Befragten weitere Unterstützung von der Frühe-Hilfen-Familienbegleitung in diesem Zusammenhang erwartet hätten, antworteten 10,6 Prozent mit „Ja“ (z. B. Begleitung ins Krankenhaus und zu ärztlichen Untersuchungen, Vorschläge zum Aufarbeitungsgespräch, genauer über die psychische Gesundheit bei Erstgebärenden nachfragen), der überwiegende Teil der Befragten (89,4 %) verneinte dies.

Abbildung 12: Unterstützung durch Frühe Hilfen im Zusammenhang mit der Geburt



Anzahl Nennungen, Mehrfachantworten möglich

Quelle: GÖG

Abschließende Anmerkungen

Einige Befragte gaben noch abschließende Anmerkungen zu ihren Erfahrungen rund um die Geburt, darunter waren u. a. der Wunsch nach mehr Personal im Krankenhaus, mehr Kassenhebammen, kostenlose Geburtsvorbereitungskurse, mehr präventive Informationen zum Thema Gewalt im Krankenhaus und im Kreißaal, eine bessere Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte nach der Geburt, das Bereitstellen von Doulas für alle schwangeren, gebärenden und sich im Wochenbett befindenden Frauen, mehr Information, eine bessere Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte, mehr Empathie der Gesundheitsfachkräfte gegenüber den Frauen, Ermöglichung von Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern und Ermutigung der Frauen, ihre Bedürfnisse selbst ansprechen zu können. Die Familienbegleitung der Frühen Hilfen wurde in den Anmerkungen wertgeschätzt.

4.3 Soziodemografie

In Tabelle 1 werden soziodemografische Merkmale der Befragten dargestellt. Diese bestätigen die bereits beschriebene Erfahrung (siehe Kapitel 2), dass Menschen mit niedrigerer formaler Bildung an Online-Erhebungen zu einem geringeren Anteil teilnehmen.

Tabelle 1: Soziodemografische Daten der Stichprobe

Stichprobe		n	%
Geschlecht/Geschlechtsidentität	Gesamt	99	100 %
	Frau	93	94 %
	Mann	3	3 %
	keine Angabe	2	2 %
	ich weiß es nicht	1	1 %
Alter zum Zeitpunkt der letzten Geburt	22–24	3	3 %
	25–29	10	10 %
	30–34	39	39 %
	35–39	34	34 %
	40–44	10	10 %
	keine Angabe	3	3 %
Bildung	Pflichtschule	4	4 %
	Lehre	19	19 %
	weiterführende Schule ohne Matura	11	11 %
	weiterführende Schule mit Matura	21	21 %
	Universität, Fachhochschule	41	41 %
	keine Angabe	3	3 %
persönliches Nettoeinkommen	<480 Euro	3	3 %
	481–1.000 Euro	26	26 %
	1.001–1.500 Euro	27	27 %
	1.501–2.000 Euro	17	17 %
	2.001–3.000 Euro	11	11 %
	3.001–4.000 Euro	3	3 %
	>4.000 Euro	1	1 %
	kein eigenes Einkommen	5	5 %
	keine Angabe	6	6 %

Haushaltsnettoeinkommen	<480 Euro	0	0 %
	481–1.000 Euro	4	4 %
	1.001–1.500 Euro	5	5 %
	1.501–2.000 Euro	4	4 %
	2.001–3.000 Euro	19	19 %
	3.001–4.000 Euro	29	29 %
	>4.000 Euro	28	28 %
	keine Angabe	10	10 %
Tätigkeit	Vollzeit, unselbstständig berufstätig (mind. 35 h/Woche)	38	38 %
	Teilzeit, unselbstständig berufstätig (weniger als 35 h/Woche)	30	30 %
	selbstständig erwerbstätig	4	4 %
	in Ausbildung (Schule, Lehre, Studium oder Ähnliches)	0	0 %
	in Elternkarenz	13	13 %
	arbeitslos bzw. auf Arbeitssuche	2	2 %
	ausschließlich unbezahlte Arbeit im Haushalt, Kinderbetreuung und/oder Pflege von Angehörigen (ohne eigenes Einkommen)	4	4 %
	in Pension	1	1 %
	Sonstiges	3	3 %
	keine Angabe	4	4 %
Haushaltsgröße	2	9	9 %
	3	35	35 %
	4	30	30 %
	5	14	14 %
	>5	8	8 %
	keine Angabe	3	3 %
Staatsbürgerschaft	nur österreichische Staatsangehörigkeit	83	84 %
	österreichische und eine weitere Staatsangehörigkeit	2	2 %
	eine oder mehrere ausländische Staatsangehörigkeiten	12	12 %
	keine Angabe	2	2 %
Aufenthaltsstatus	österreichische Staatsbürgerschaft	85	86 %
	Daueraufenthalt EU	3	3 %
	Rot-Weiß-Rot-Karte	0	0 %
	subsidiärer Schutz	0	0 %
	Asyl	0	0 %
	Niederlassungsbewilligung	0	0 %
	Familienangehörige:r	0	0 %
	EU-Bürger:in	7	7 %
	anderer	2	2 %
	keine Angabe	2	2 %
Geburtsland	Österreich	81	82 %
	anderes Land	18	18 %
Geburtsland der Eltern	beide Elternteile in Österreich geboren	71	72 %
	beide Elternteile in einem anderen Land geboren	17	17 %
	ein Elternteil in Österreich, ein Elternteil in einem anderen Land geboren	10	10 %
	keine Angabe	1	1 %

Bundesland	Burgenland	1	1 %
	Kärnten	3	3 %
	Niederösterreich	12	12 %
	Oberösterreich	7	7 %
	Salzburg	2	2 %
	Steiermark	5	5 %
	Tirol	31	31 %
	Vorarlberg	32	32 %
	Wien	5	5 %
	keine Angabe	1	1 %
	Krankenversicherung	ÖGK	73
BVAEB		19	19 %
SVS		5	5 %
private Zusatzversicherung		15	15 %
Sonstiges		2	2 %
keine		0	0 %

Quelle: GÖG

5 Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht liefert erste Einblicke in die Geburtserfahrungen von Frauen in Österreich. Die Ergebnisse zeigen ein differenziertes Bild der erlebten Geburtserfahrungen und sollen einen Diskurs zu qualitätsvoller geburtshilflicher Versorgung anstoßen. Über das Ausmaß (Prävalenz) der einzelnen Erfahrungen können aus dieser Erhebung keine Aussagen abgeleitet werden, allenfalls zu Tendenzen.

Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse

Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Feedbackgruppen wurden grundsätzlich sowohl positive als auch negative Erfahrungen berichtet, darunter waren auch Beispiele, wie eine Information auch als Basis für Entscheidungen gut gelingen kann. Es wurden aber auch vielfältige Erfahrungen berichtet, die als negativ oder belastend wahrgenommen wurden. Dazu gehören

- fehlende Aufklärung vor einem medizinischen Eingriff,
- fehlendes Mitspracherecht bzw. fehlende Wahlmöglichkeiten,
- zu wenig Information über den aktuellen Zustand von Mutter und Kind, um allfällige Handlungen verstehen zu können,
- ein wenig empathischer Umgang bis hin zu Beschämung oder Nichtwahrung der Privatsphäre,
- keine Information über Unterstützungsangebote nach der Geburt bzw. widersprüchliche Informationen zum Thema Stillen durch unterschiedliche Personen im Krankenhaus.

Diese Erfahrungen führen dazu, dass sich die Mütter (und Väter) nicht ernst genommen und nicht gut betreut fühlten und manche daher – sofern es ihnen möglich ist – für weitere Geburten Privatspitäler wählen würden oder bereits gewählt haben. Die Möglichkeit für eine persönliche Nachbesprechung wird als hilfreich erachtet, aber genauso wichtig wäre eine gute Vorbereitung, die die Eltern auch darin bestärkt, Fragen zu stellen und Informationen einzufordern. werdende Eltern, die nach Österreich hinzugezogen sind, brauchen darüber hinaus auch Informationen über ihre Rechte.

Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse

In Bezug auf die erfolgten Geburten, auf die sich die Antworten bezogen, zeigen sich kaum Abweichungen der perinatalen Daten dieser Erhebung im Vergleich mit den aktuellsten Daten der Geburtenstatistik von Statistik Austria für das Jahr 2022. So erlebten in der vorliegenden Erhebung 96,5 Prozent eine Geburt in einer Krankenanstalt, in der Geburtenstatistik ist es mit 98,1 Prozent ein sehr ähnlicher Anteil. Auch die Angaben zum Geburtsmodus lassen sich mit Daten aus der österreichweiten Geburtenstatistik vergleichen. Während in der vorliegenden Erhebung 48,8 Prozent eine Spontangeburt erlebten, sind es österreichweit 61 Prozent. Bei der Sectio ist der Anteil in der vorliegenden Erhebung mit insgesamt 41,8 Prozent entsprechend höher, während es österreichweit 31,7 Prozent sind. Der Anteil der primären und sekundären Sectiones innerhalb dieses Segments verhält sich wiederum ähnlich und liegt jeweils bei einem Verhältnis von 1:1. Der insgesamt geringe Anteil an vaginal-operativen Geburten liegt in der vorliegenden Erhebung bei 9,3 Prozent und in der Geburtenstatistik bei 7,3 Prozent. Auch der Anteil

an Lebendgeborenen ist in der vorliegenden Erhebung mit 97,7 Prozent ähnlich wie in der Geburtenstatistik mit 99,7 Prozent. Die Frühgeborenenquote liegt in der vorliegenden Erhebung mit 11 Prozent über dem österreichweiten Wert von 6,9 Prozent (Prammer-Waldhör/Ihle 2024).

Die Ergebnisse zur Geburtsvorbereitung zeigen, dass sich die Frauen auf vielfältige Weise auf eine Geburt vorbereiten, wobei nur rund die Hälfte an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen hat. Unter Umständen spiegelt sich hier wider, was Familienbegleiterinnen berichtet haben: dass nämlich seit der Pandemie weniger Geburtsvorbereitungskurse stattfinden. Allerdings berichteten diese auch, dass solche Kurse verstärkt als Onlineangebot und mit weniger Terminen umgesetzt werden. Es kann daraus nicht geschlossen werden, ob es sich hier um eine spezifische regionale Situation handelt oder einen generellen Trend. Da der Geburtsvorbereitung jedoch ein hoher Stellenwert beigemessen wird, auch in Hinblick auf eine Vorbereitung auf potenziell belastende Entwicklungen während der Geburt und die eigene Sicherheit im Umgang mit dem geburtshilflichen Personal, empfiehlt es sich, bestehende Angebote zu prüfen und allenfalls zu erweitern. Knapp drei Viertel der Befragten (72 %) nutzten Gespräche mit einer Hebamme zur Geburtsvorbereitung. Verglichen mit bundesweiten Evaluationsdaten ist das ein recht hoher Anteil, denn österreichweit wird nur von 40 Prozent der werdenden Mütter das Angebot einer Hebammenberatung in Anspruch genommen (Link 2023).

Die Ergebnisse der Befragung mittels des **MADM-Fragebogens** ergaben ein erstes Bild zur Entscheidungsautonomie während der Geburt. Während die Mehrheit der Befragten (86 %) angab, dass ihre Entscheidungen grundsätzlich respektiert wurden, berichteten nur etwa zwei Drittel (66 %) von ausreichend vorhandener Zeit für die Entscheidungsfindung. 77 Prozent der befragten Frauen wurden über verschiedene Betreuungsmöglichkeiten informiert und lediglich 67 Prozent erhielten eine Aufklärung über Vor- und Nachteile. Dies bedeutet eine Diskrepanz zwischen dem grundsätzlichen Respekt für getroffene Entscheidungen und den Voraussetzungen für eine informierte Entscheidungsfindung (Zeit, Information, Wahlmöglichkeiten). Werden die Daten nach Migrationserfahrung ausgewertet, so zeigt sich eine Tendenz dahingehend, dass Mütter mit Migrationserfahrung sich häufiger als nicht ausreichend informiert und in Entscheidungen eingebunden fühlten.

Zum **MOR-G** ist zusammenfassend festzuhalten, dass 91 Prozent der Befragten empfanden, dass ihre kulturellen Gewohnheiten respektiert wurden, und 77 Prozent, dass ihre persönlichen Wünsche berücksichtigt wurden. Andererseits fühlten sich 47 Prozent der Frauen dazu gedrängt, Vorschläge des geburtshilflichen Personals anzunehmen, und 36 Prozent konnten Betreuungsangebote nicht mit gutem Gefühl ablehnen. Die häufigsten Gründe, warum sich Frauen während der Geburt zurückhielten, Fragen zu stellen, waren, weil Hebamme/Ärztin/Arzt in Eile zu sein schien (30 % stimmten eher bis voll und ganz zu) oder weil Frauen befürchteten, für schwierig gehalten zu werden (23 % stimmten eher bis voll und ganz zu). Der Zeitfaktor könnte auf systemische Ursachen zurückzuführen sein wie Personalmangel oder hohes Aufkommen im Kreißaal. Bei den Fragen des MOR-G ergab die Auswertung nach Migrationserfahrung der Mütter kein eindeutiges Bild. Dies, und auch die besonders große Zustimmung zur Aussage, dass die kulturellen Gewohnheiten respektiert wurden, hängt vermutlich mit der geringen Stichprobengröße v. a. von Müttern mit Migrationserfahrung zusammen und damit, dass insgesamt der Anteil an Müttern, die über eine höhere formale Bildung verfügen, groß war.

In Bezug auf die wahrgenommenen **Diskriminierungserfahrungen** zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten keine explizite Diskriminierung während der Geburt erlebte. Übergewicht und soziale Lage fanden unter den Diskriminierungsgründen am häufigsten Zustimmung (beides 6 % Zustimmung). Diese Ergebnisse stehen im starken Kontrast zu den deutschen Ergebnissen von Limmer et al. (2023) und müssen unter Berücksichtigung der Selektion der Stichprobe betrachtet werden (siehe Limitationen).

Die Befragung zum **Mistreatment-Index** zeigte, dass etwa die Hälfte der Befragten (49 %) mindestens eine Form von nicht leitliniengerechter oder respektloser Betreuung erlebte. Am häufigsten wurde das Ignorieren von Hilfeanfragen (11 %) angegeben, gefolgt von der Anwendung des Kristellerhandgriffs (9 %) und der Androhung einer Behandlungsverweigerung (9 %). Verbale Missachtung in Form von Beschimpfungen oder abfälligen Bemerkungen erlebten je 8 Prozent der Frauen. Von körperlicher Gewalt, wie schmerzhaften vaginalen Untersuchungen oder unzureichender Betäubung berichteten 7 Prozent der Befragten. Wie auch bei den Diskriminierungserfahrungen liegen diese Werte deutlich unter den berichteten Ergebnissen aus Deutschland (Limmer et al. 2023). Ein direkter Vergleich ist aufgrund von methodischen Einschränkungen jedoch nicht sinnvoll (siehe Limitationen). Auch bei diesem Fragenblock ergab die Auswertung nach Migrationserfahrung kein eindeutiges Bild.

In Bezug auf die Frühen Hilfen zeigt sich, dass diese bereits vielfältige Unterstützung in der Vor- und Nachbereitung der Geburt leisten. Es ist davon auszugehen, dass es dabei große Unterschiede gibt, je nach Familie, Familienbegleiter:in oder regionalem Frühe-Hilfen-Netzwerk. Einerseits liegt dies bei einem bedarfsorientiert arbeitenden Angebot und unterschiedlichen regionalen Angebotsspektren in der Natur der Sache. Andererseits scheint es geboten, in jedem Frühe-Hilfen-Netzwerk zu prüfen, wie Familien gut auf die Geburt und allfällig zu treffende Entscheidungen vorbereitet und hinsichtlich einer Nachbearbeitung ihrer Erfahrungen unterstützt werden können. Beides kann je nach regionaler Situation sowohl durch die Familienbegleitung als auch durch Netzwerkpartner:innen wie z. B. Hebammen erfolgen.

Limitationen

Die Interpretation der Ergebnisse muss vor dem Hintergrund einiger methodischer Limitationen erfolgen: Die Stichprobe erreichte (mit $n = 99$ für den gesamten Fragebogen bzw. $n = 86$ für den Fragenblock zu Geburtserfahrungen) keine Repräsentativität und die Selektion traf vermehrt Frauen mit höherer Bildung (41 % mit Universitäts-/FH-Abschluss) und mittlerem bis höherem Haushaltseinkommen (57 % über 3.000 €). Dies, obwohl die Frühen Hilfen grundsätzlich von einem hohen Anteil an Menschen mit niedriger formaler Bildung genutzt werden und eine Erhebung über die Frühen Hilfen daher eine geeignete Methode darstellt. Während im Jahr 2023 beispielsweise 4,7 Prozent der von den Frühen Hilfen neu begleiteten Hauptbezugspersonen (mehrheitlich die Mütter) keinen Bildungsabschluss aufwiesen und 18 Prozent einen Pflichtschulabschluss angaben (Marbler et al. 2024), waren es bei dieser Erhebung deutlich weniger. Die Erfahrungen mit verschiedenen Formaten zeigen aber auch bei den Frühen Hilfen, dass an Online-Erhebungen Familien mit niedriger formaler Bildung zu einem kleineren Anteil teilnehmen und dass diese besser über das Format der Feedbackgruppen erreicht werden (Weigl et al. 2024).

Auch in Bezug auf Migration zeigt sich ein ähnliches Bild: Die Befragung wurde zwar auch von Frauen mit Migrationshintergrund beantwortet (18 % mit ausländischem Geburtsland), von den

Frühen Hilfen werden jedoch eigentlich deutlich mehr erreicht. So wurden z. B. 44 Prozent der im Jahr 2023 neu begleiteten Mütter im Ausland geboren (Marbler et al. 2024). Dies bestätigt, dass mit dem Format einer Onlinebefragung in deutscher Sprache bestimmte vulnerable Gruppen, wie Frauen mit niedriger formaler Bildung oder geringen Deutschkenntnissen, nicht gut einbezogen werden können. Da Studien (Costa et al. 2022; Vedam et al. 2019) darauf hinweisen, dass eine respektlose und nicht leitliniengetreue Betreuung bei Frauen mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status häufiger vorkommt, ist dies in der Gesamtschau zu berücksichtigen.

Während der vorliegende Bericht eher einen explorativen Charakter aufweist, basieren Vergleichsstudien auf repräsentativen Stichprobengrößen (>2.000 Teilnehmende in den USA sowie Deutschland; (Limmer et al. 2023; Vedam et al. 2019)). Dies ermöglicht in den Vergleichsstudien differenziertere Analysen von Subgruppen und Intersektionalität. Aufgrund der fehlenden Generalisierbarkeit der vorliegenden Ergebnisse wird davon Abstand gehalten, Ergebnisse mit Limmer (2023) oder Vedam (2019) zu vergleichen.

Die Ergebnisse der Erhebung wurden im Rahmen eines Netzwerktreffens mit Forscherinnen und Forschern aus anderen europäischen Ländern diskutiert. Studien aus diesen Ländern bestätigen, dass Frauen mit Migrationserfahrung oftmals ihre Ansprüche und das Angebot nicht kennen bzw. diesbezüglich Irrtümern unterliegen und aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen im Herkunftsland andere Erwartungen haben – was unter Umständen sogar mit einer höheren Zufriedenheit einhergeht (z. B. laut PROREF-Studie). Aus diesem Grund wurde empfohlen, eher konkrete Fragen zu verwenden, wie sie in der vorliegenden Erhebung umgesetzt wurden, statt nach Zufriedenheit zu fragen. Unabhängig davon zeigte sich auch dort, dass Frauen mit Migrationserfahrung weniger leicht zur Teilnahme an Studien zu motivieren sind bzw. spezielle methodische Herangehensweisen benötigt werden: Am erfolgversprechendsten sind demnach persönliche Interviews in der jeweiligen Erstsprache. In Bezug auf Maßnahmen zur Verbesserung der Situation für diese Frauen kann aus dem dänischen Projekt MAMA ACT³ berichtet werden, dass beispielsweise gemeinsam mit Frauen mit Migrationserfahrung entsprechendes mehrsprachiges Informationsmaterial zum Thema Geburt erstellt wurde und dass sie für den Einsatz als Peers geschult wurden; außerdem wurde ein Training für Hebammen entwickelt. Für Österreich kann in Bezug auf mehrsprachige Informationen auf die Website für Familien des NZFH.at bzw. auf das geplante Informationsportal für den Eltern-Kind-Pass und hinsichtlich persönlicher Unterstützung neben den Frühen Hilfen auch auf Projekte wie z. B. das Pilotinnenprogramm des Hebammenzentrums Wien⁴ verwiesen werden.

Schlussfolgerung

Die qualitativen Daten der Feedbackgruppen der Frühen Hilfen sowie die begleitende Onlinebefragung weisen darauf hin, dass nicht leitliniengerechte und respektlose Betreuung während der Geburt auch in Österreich ein relevantes Thema darstellt, das einer systematischen Untersuchung bedarf – vor allem deshalb, weil mit negativen Erfahrungen potenziell negative Auswirkungen

³ Mehr Informationen zum Projekt unter: <https://mamaact.ku.dk/english/about-mamaact/> (Zugriff am 24.11.2024)

⁴ Mehr Informationen zum Projekt unter: <https://www.hebammenzentrum.at/pip#:~:text=Hebammen%20betreuen%20Sie%20kostenlos%20w%C3%A4hrend%20der%20Schwangerschaft&text=Finanziell%20wird%20das%20Programm%20vor.Termine%20auch%20als%20Hausbesuch%20m%C3%B6glich> (Zugriff am 24.11.2024)

verbunden sein können, die unter Umständen auch langfristig wirksam sind. Um die Prävalenz und die spezifischen Charakteristika im österreichischen Kontext valide erfassen zu können, empfiehlt sich eine repräsentative quantitative Erhebung unter Verwendung der validierten Messinstrumente. Dabei sollten gezielt vulnerable Gruppen wie Frauen mit Migrations- oder Fluchthintergrund sowie mit geringerem sozioökonomischen Status einbezogen werden, um spezifische Bedürfnisse zu identifizieren. Auch Unterschiede nach Größe des Spitals bzw. der zuständigen Abteilungen, also zwischen kleineren und damit überschaubareren Einheiten und großen, in denen viele Geburten parallel stattfinden, sollten untersucht werden. Wenngleich sich in den qualitativen Analysen schon auch zeigt, dass die Erfahrungen oftmals personenbezogen sind. Darüber hinaus haben die Erzählungen in den Feedbackgruppen auch gezeigt, dass auch die Erfahrungen von Vätern relevant sind und in einem weiteren Schritt ebenfalls erhoben werden sollten.

Unabhängig von allfälligen zukünftigen Erhebungen scheint es jedoch bereits jetzt sinnvoll, bestehende Maßnahmen zur Qualitätssicherung und insbesondere zur Sicherstellung einer guten Information bzw. Kommunikation mit den (werdenden) Eltern in den geburtshilflichen Teams zu überprüfen und allenfalls neue oder weitere zu setzen. Ein weiteres Thema ist die von Familien ebenfalls angeführte, mancherorts aus systemischen Gründen fehlende Wahlmöglichkeit. Auch hier wäre eine Überprüfung – und eventuell Ausweitung – der bestehenden Möglichkeiten sowie eine Kommunikation von Hintergründen und allfälligen Lösungsmöglichkeiten hilfreich.

Um die Qualität der geburtshilflichen Versorgung weiter zu verbessern, ist es essenziell, die Personalstruktur, Zeitressourcen und die resultierende Versorgungsqualität eingehend zu betrachten. Die Personalstruktur spielt eine zentrale Rolle in der Bereitstellung einer umfassenden und individuellen Betreuung während der Geburt. Eine adäquate Besetzung und qualifizierte Weiterbildung des Personals sind notwendig, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten und um den vielfältigen Anforderungen in der Geburtshilfe gerecht zu werden. Zudem ist die verfügbare Zeit ein entscheidender Faktor für die Qualität der Betreuung. Daher sollte geprüft werden, ob Arbeitsabläufe oder Personalstrukturen optimiert werden können, um eine hochstehende, respektvolle Versorgung sicherzustellen.

Für die Frühen Hilfen lässt sich ableiten, dass sie bei Familien, die bereits während der Schwangerschaft begleitet werden, eine wichtige Rolle hinsichtlich der Geburtsvorbereitung spielen können. In diesen Fällen, aber auch wenn die Begleitung erst nach der Geburt startet, können sie außerdem die Eltern motivieren, über ihre Erfahrungen zu sprechen und zu allfälligen negativen Erfahrungen entweder nachträglich Feedback abzugeben oder eine Nachbesprechung einzufordern, sowie bei Bedarf professionelle Unterstützung vermitteln. Das Bereitstellen von Informationen und das Vermitteln zu anderen Unterstützungsangeboten gehört ohnehin zu ihren Aufgaben.

Literatur

- Ayres-de-Campos, Diogo; Louwen, Frank; Vivilaki, Victoria; Benedetto, Chiara; Modi, Neena; Wielgos, Mirosław; Pop Tudose, Melania-Elena; Timonen, Susanna; Reyns, Marlene; Yli, Branka; Stenback, Pernilla; Nunes, Inês; Yurtsal, Burcu; Vayssière, Christophe; Roth, Georges-Emmanuel; Jonsson, Maria; Bakker, Petra; Lopriore, Enrico; Verlohren, Stefan; Jacobsson, Bo (2024): European Association of Perinatal Medicine (EAPM), European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists (EBCOG), European Midwives Association (EMA). Joint position statement: Substandard and disrespectful care in labour – because words matter. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2024/296:205-207
- Bohren, Meghan A.; Vogel, Joshua P.; Hunter, Erin C.; Lutsiv, Olha; Makh, Suprita K.; Souza, João Paulo; Aguiar, Carolina; Saraiva Coneglia, Fernando; Alex Luíz, Diniz Araújo; Tunçal, Özge ; Javadi, Dena; Oladapo, Olufemi T.; Khosla, Rajat; Hindin, Michelle J.; Gülmezoglu, A. Metin (2015): The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. In: *PLoS Med* 12/6:1-32
- Borde, Theda; Buermeyer, Sophia; Ebert, Laura; Haack, Marius; Heuer, Karina; Jakobs, Nicola; Preuss, Maren; Osterle, Lea; Engelhardt, Martha; Finch, Lena; Gaudion, Mathilde; Herschelmann, Birgit; Jakobovics, Johanna; Kuru, Rabia; Mesch, Kerstin; Omoruyi, Paul; Frauke, Raßmann; Schubert, Martina; Wolf, Henritette (2024): *Gesundheit rund um die Geburt für Geflüchtete*. Hg. v. V, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e., Bremen
- Costa, Raquel; Rodrigues, Carina; Dias, Heloísa; Covi, Benedetta; Mariani, Ilaria; Pessa Valente, Emanuelle; Zaigham, Mehreen; Skirnisdottir Vik, Eline; Grylka-Baeschlin, Susanne; Arendt, Maryse; Santos, Teresa; Wandschneider, Lisa; Drglin, Zalka; Drandić, Daniela; Radetic, Jelena; Rozée, Virginie; Elden, Helen; Mueller, Antonia N. ; Barata, Catarina; Miani, Céline; Bohinec, Anja; Ruzicic, Jovana; de La Rochebrochard, Elise; Linden, Karolina; Geremia, Sara; de Labrusse, Claire; Batram-Zantvoort, Stephanie; Mihevc Ponikvar, Barbara; Sacks, Emma; Lazzerini, Marzia; the IMAGiNE EURO study group (2022): Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European region. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 159/51:39-53
- DGHWi (2020): *Position zu Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe*. Hg. v. Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Peine
- Grylka-Baeschlin, Susanne; Gemperle, Michael; Marian, Ilaria; Abderhalden-Zellweger, Alessia; Miani, Céline; Zenzmaier, Christoph; Mueller, Antonia Nathalie; Batram-Zantvoort, Stephanie; Koenig-Bachmann, Martina; De Labrusse, Claire; Arendt, Maryse; Delle Vedove, Stefano; Pfund, Anouck; Simon, Imola; Pessa Valente, Emanuelle; Lazzerini, Marzia; IMAGiNE Euro Study Group (2025): Women 's perception on the quality of maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in German-speaking countries: Findings from the IMAGiNE EURO project comparing data from Germany, Switzerland and Austria. In: *Midwifery* 2025/140:104209

- Haas, Sabine; Weigl, Marion (2023): Frühe Hilfen Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich 2023. Gesundheit Österreich, Wien
- Limmer, Claudia ; Stoll, Kathrin; Vedam, Saraswathi; Leinewber, Julia; Gross, Mechthild (2023): Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. In: Midwifery 2023/126:103809
- Link, Thomas (2023): Hebammenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes. Ergebnisbericht für das Jahr 2021. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- Marbler, Carina; Sagerschnig, Sophie; Scolik, Fiona; Winkler, Petra (2024): Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2023, FRÜDOK Jahresbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Ofner, Tonja (2024): Aktuelle Situation der Familien. Hg. v. Gesundheit Österreich, Wien
- Prammer-Waldhör, Michaela; Ihle, Petra (2024): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2022. Hg. v. Statistik Austria, Wien
- Vedam, Saraswathi; Stoll, Kathrin; Khemet Taiwo, Tanya; Rubashkin, Nicholas; Cheyney, Melissa; Strauss, Nan; McLemore, Monica; Cadena, Micaela; Nethery, Elizabeth; Rushton, Eleanor; Schummers, Laura; Declercq, Eugene; GVtM-US Steering Council (2019): The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. In: Reprod Health 16/77:1-18
- Weigl, Marion; Ofner, Tonja; Scolik, Fiona (2024): Feedbackgruppen des NZFH.at mit Familien in den Jahren 2022–2024. Gesundheit Österreich, Wien