

Aus der Klinik für Geburtsmedizin  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Subjektive Erfahrung der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin  
vor (1950 – 1989) und nach (1990 – 2015) der Wiedervereinigung**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Franziska Rupp  
aus Nürnberg

Datum der Promotion: 14.09.2018

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
Vorwort .....	VII
Abstrakt (deutsch).....	VIII
Abstract (englisch).....	IX
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Ziel der Arbeit.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen /-politik zwischen Ost- und West-Berlin in der Gynäkologie und Geburtshilfe vor und nach der Wende .....</b>	<b>2</b>
1.2.1. Gesundheitssystem /-politik in Ost-Berlin in der Gynäkologie und Geburtshilfe.....	2
1.2.2. Gesundheitssystem /-politik in West-Berlin in der Gynäkologie und Geburtshilfe .....	6
1.2.3. Gesundheits-, Familien- und Frauenpolitik der Bundesrepublik Deutschland nach der Wende in der Gynäkologie und Geburtshilfe .....	8
<b>1.3. Stand der Forschung: Einfluss auf das Geburtserlebnis .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4. Fragestellung .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Material und Methoden.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1. Patientenkollektiv .....</b>	<b>15</b>
2.1.1. Studienpopulation .....	15
2.1.2. Verteilung der Bezirke.....	16
2.1.3. Verteilung der Krankenhäuser .....	17
<b>2.2. Aufbau und Ziel des Fragebogens .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3. Durchführung der Datenerhebung .....</b>	<b>19</b>
<b>2.4. Statistische Methoden/Analysen.....</b>	<b>20</b>
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Untersuchungskollektiv.....</b>	<b>21</b>
3.1.1. Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes .....	21
3.1.2. Schulabschluss der Mutter .....	22
3.1.3. Berufliche Stellung der Mutter .....	26
3.1.4. Schulabschluss des Vaters .....	28
3.1.5. Berufliche Stellung des Vaters .....	32
3.1.6. Informationsverhalten vor und während der Schwangerschaft .....	34
3.1.7. Geburtsort .....	38
3.1.8. Entbindungszeitpunkt des Kindes.....	40
3.1.9. Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft.....	41

<b>3.2. Erfahrung unter der Geburt.....</b>	<b>46</b>
3.2.1. Angst vor der Geburt .....	46
3.2.2. Beurteilung der Geburtserfahrung .....	49
3.2.3. Beurteilung der Betreuung unter der Geburt .....	52
3.2.4. Geschlecht des betreuenden Gynäkologen .....	54
3.2.5. Sicherheitsgefühl unter der Geburt .....	57
<b>3.3. Multifaktorielle Beeinflussung der Geburtserfahrung .....</b>	<b>61</b>
3.3.1. Beeinflussung der Geburtserfahrung durch die Betreuung unter der Geburt .....	61
3.3.2. Beeinflussung der Geburtserfahrung durch die Angst vor der Geburt .....	62
3.3.3. Beeinflussung der Geburtserfahrung durch vorangegangene Information über Schwangerschaft und Geburt .....	65
3.3.4. Beeinflussung des Sicherheitsgefühls auf die Geburtserfahrung .....	66
3.3.5. Einfluss eines verfrühten bzw. verspäteten Geburtstermins auf die Geburtserfahrung.....	67
<b>3.4. Multivariate Analyse der “schönen Geburtserfahrung“ .....</b>	<b>69</b>
<b>3.5. Multivariate Analyse der “sehr belastende Geburtserfahrung“.....</b>	<b>71</b>
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>73</b>
4.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	73
4.2. Vergleich mit anderen Studien .....	75
4.3. Implikation für die Gesundheitspolitik.....	79
4.4. Implikation für weitere Forschungen .....	84
4.5. Stärken und Schwächen der Ergebnisse.....	86
4.6. Schlussfolgerung .....	87
<b>5. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>88</b>
<b>6. Anlagen.....</b>	<b>101</b>
6.1. Fragebogen .....	101
6.2. Eidesstattliche Versicherung und Anteilserklärung.....	106
6.2.1. Anteilserklärung an erfolgten Publikationen .....	107
6.3. Lebenslauf.....	108
6.4. Publikationsliste .....	109
6.5. Danksagung .....	110

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wohnbezirk (N=2056) .....	16
Tabelle 2: Verteilung der Entbindungsklinik .....	17
Tabelle 3: Alter der Mutter bei der Geburt des 1. Kindes in 10-Jahresschritten.....	21
Tabelle 4: Schulabschluss der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes (vor / nach 1990) .....	23
Tabelle 5: Schulabschluss der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes (in Dekaden) .....	24
Tabelle 6: Berufliche Stellung der Mutter bei Geburt des ersten Kindes (vor / nach 1990).....	26
Tabelle 7: Berufliche Stellung der Mutter bei Geburt des ersten Kindes (in Dekaden) .....	27
Tabelle 8: Schulabschluss des Vaters (vor / nach 1990) bei der Geburt des ersten Kindes.....	29
Tabelle 9: Schulabschluss des Vaters (in Dekaden) bei Geburt des ersten Kindes .....	30
Tabelle 10: Berufliche Stellung des Vaters (vor / nach 1990) bei Geburt des 1. Kindes .....	32
Tabelle 11: Berufliche Stellung des Vaters (in Dekaden) bei Geburt des ersten Kindes.....	33
Tabelle 12: Information vor der ersten Geburt über Schwangerschaft und Geburt (vor/nach 1990)? .....	34
Tabelle 13: Haben Sie sich vor der Geburt über Schwangerschaft und Geburt informiert (in Dekaden)?.....	35
Tabelle 14: Informationsquelle über Schwangerschaft und Geburt (vor / nach 1990) .....	36
Tabelle 15: Informationsquelle über Schwangerschaft und Geburt (in Dekaden).....	37
Tabelle 16: Geburtsort (vor / nach 1990) beim ersten Kind .....	39
Tabelle 17: Geburtsort (in Dekaden) des ersten Kindes .....	39
Tabelle 18: War die Entbindung des ersten Kindes termingerecht (vor / nach 1990)? .....	41
Tabelle 19: Frühgeburtlichkeit* Ost- und Westberlin (vor / nach 1990) beim ersten Kind .....	41
Tabelle 20: Alkohol und Rauchen während der ersten Schwangerschaft (vor / nach 1990) .....	42
Tabelle 21: Alkohol und Rauchen während der ersten Schwangerschaft (in Dekaden) .....	43
Tabelle 22: Sport während der ersten Schwangerschaft (vor / nach 1990).....	45
Tabelle 23: Sport während der ersten Schwangerschaft (in Dekaden) .....	46
Tabelle 24: Angst vor der ersten Geburt (vor / nach 1990) .....	47
Tabelle 25: Angst vor der ersten Geburt (in Dekaden) .....	48
Tabelle 26: Geburtserfahrung (vor / nach 1990) bei Geburt des ersten Kindes.....	50
Tabelle 27: Geburtserfahrung bei Geburt des ersten Kindes (in Dekaden) .....	51
Tabelle 28: Beurteilung der Betreuung durch die Hebamme unter der ersten Geburt.....	53
Tabelle 29: Beurteilung der Betreuung durch die Hebamme unter der ersten Geburt.....	54
Tabelle 30: Geschlecht des betreuenden Gynäkologen (vor / nach 1990).....	55
Tabelle 31: Geschlecht des Gynäkologen (Dekaden) .....	56
Tabelle 32: Sicherheitsgefühl während der ersten Geburt (vor / nach 1990).....	58

Tabelle 33: Sicherheitsgefühl während der ersten Geburt (Dekaden) .....	59
Tabelle 34: Beeinflussung der Geburtserfahrung durch die Betreuung der Hebamme (von 1950 bis 2010+) .....	61
Tabelle 35: Beeinflussung der ersten Geburtserfahrung durch die Betreuung der Hebamme (vor/nach 1990) .....	62
Tabelle 36: Relation von "Geburtserfahrung" und "Angst- Level vor der ersten Geburt" (von 1950 bis 2010+) .....	63
Tabelle 37: Relation von "erster Geburtserfahrung" und "Angst- Level vor der Geburt" (vor / nach 1990) .....	64
Tabelle 38: Korrelation von Angst-Level, erster Geburtserfahrung, Information und Sport .....	65
Tabelle 39: Relation von erster Geburtserfahrung und Information .....	65
Tabelle 40: Relation erste Geburtserfahrung und Sicherheitsgefühl durch Begleitumstände unter der Geburt.....	66
Tabelle 41: Relation von erster Geburtserfahrung und Sicherheitsgefühl* durch Begleitumstände unter der Geburt (vor / nach 1990) .....	67
Tabelle 42: Entbindungszeitpunkt und Geburtserfahrung .....	68
Tabelle 43: Korrelation von Geburtserfahrung und Entbindungszeitpunkt .....	69
Tabelle 44: Signifikante Korrelationen einer "Schönen Geburtserfahrung" mit verschiedenen Items. ....	69
Tabelle 45: Signifikante Korrelationen von "sehr belastender Geburtserfahrung" mit verschiedenen Items .....	71

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mittelwert Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes .....	22
Abbildung 2: Schulabschluss der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes .....	25
Abbildung 3: Berufliche Stellung der Mutter bei Geburt des ersten Kindes .....	28
Abbildung 4: Schulabschluss des Vaters bei Geburt des ersten Kindes .....	31
Abbildung 5: Berufliche Stellung des Vaters bei Geburt des 1. Kindes .....	34
Abbildung 6: Information vor der ersten Geburt über Schwangerschaft und Geburt? .....	35
Abbildung 7: Informationsquellen über die Geburt .....	38
Abbildung 8: Geburtsort des ersten Kindes .....	40
Abbildung 9: Alkohol während der ersten Schwangerschaft.....	44
Abbildung 10: Rauchen während der ersten Schwangerschaft .....	44
Abbildung 11: Sport während der ersten Schwangerschaft .....	45
Abbildung 12: Angst vor der ersten Geburt .....	49
Abbildung 13: Geburtserfahrung (Mehrfachantworten waren erlaubt) .....	52
Abbildung 14: Beurteilung der Betreuung durch die Hebamme unter der ersten Geburt.....	53
Abbildung 15: Geschlecht des betreuenden Gynäkologen bei der ersten Geburt.....	57
Abbildung 16: Sicherheitsempfinden während der ersten Geburt (Mehrfachantworten erlaubt).....	60

## Abkürzungsverzeichnis

%	Prozentwert
$\chi$	statistischer Test-Wert des Chi2-Tests
CI	Konfidenzintervall (üblicherweise 95 %)
Mean	(arithmetischer) Mittelwert
Med	Median-Wert
N	Fallzahl
OR	Odds-Ratio
p	Signifikanzwert des statistischen Tests
SD	Standardabweichung des arithmetischen Mittelwertes
sig.	signifikant(e)
tv	Statistischer Testwert (z.B. "Z" bei U-Test)

## **Vorwort**

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden bereits veröffentlicht:

Rupp F, Hars O, Arabin B (2017): Subjektive Erfahrung der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin von 1950-1990 und 1990-2010. Abstractband 28. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin. Online verfügbar unter:

[http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17\\_Abstractband.pdf](http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17_Abstractband.pdf)

[27.03.2018].

Arabin B, Rupp F, Hars O (2017): Subjektive Erfahrung von Schwangerschaft und Periode nach der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin von 1959-1990 und 1990-2010. Abstractband 28.

Deutscher Kongress für Perinatale Medizin. Online verfügbar unter:

[http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17\\_Abstractband.pdf](http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17_Abstractband.pdf)

[27.03.2018].

## **Abstrakt (deutsch)**

**Fragestellung:** Im ehemals geteilten Berlin existierten zwischen 1950 und 1990 zwei verschiedene Gesundheitssysteme sowie unterschiedliche soziale und medizinische Normen. Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, inwieweit die unterschiedlichen deutschen Gesundheitssysteme und politische Strukturen in Ost- bzw. West-Berlin die Zufriedenheit bzw. Erfahrung von Erstgebärenden beeinflusst haben und wie lange nach der Wiedervereinigung Unterschiede noch verifizierbar sind. Es sollten gesundheitspolitische Erkenntnisse über verschiedene Sozial- und Versorgungsstrukturen für Mütter und deren Kinder gewonnen werden.

**Methodik:** Direkt nach dem Mauerfall (1990) wurden 1292 Frauen anhand eines standardisierten Fragebogens befragt, die ihr erstes Kind zwischen 1950 und 1990 in Ost-bzw. West-Berlin geboren hatten. Anhand desselben Fragebogens wurden 2015 erneut 764 Frauen befragt, die ihr erstes Kind nach dem Mauerfall (1990 und 2010) in Ost- oder West-Berlin geboren hatten. Die Fragen erfassten überwiegend die subjektive Erfahrung der Mütter (Qualität der Betreuung, Angst, Zufriedenheit etc.) vor, während und nach der Geburt sowie eine anonymisierte Beschreibung der Mutter (Alter bei der Geburt des ersten Kindes, Ausbildung, Beruf, Gesundheitsverhalten etc.) und des ersten Kindes (Geburtsjahr, Entbindungsort etc.). Alle Daten wurden anhand von Zeitanalysen, univariaten und multivariaten Analysen ausgewertet.

**Ergebnisse:** Insgesamt steht ein repräsentativer Datensatz von 943 (46 %) Mütter aus Ost- und 1113 (54 %) aus West-Berlin zur Verfügung. Die signifikant zunehmende Angst ( $p \leq 0,001$ ) vor der ersten Geburt in beiden Stadtteilen nach der Wiedervereinigung, führte zu einem weniger schönen Geburtserlebnis und zeigte sich unabhängig vom Alter oder der Ausbildung der Mütter und des medizinischen Fortschritts. Sportliche Betätigung in der Schwangerschaft erniedrigte den Angstlevel. Vor 1990 fühlten sich unter der Geburt 24 % im Westen, aber nur 7 % im Osten durch Familie und Freunde unterstützt. 22 % der Mütter in Osten, aber nur 15% im Westen erfuhren den technischen Fortschritt als eine Unterstützung. Nach 1990 kam es zu einem hochsignifikanten Anstieg ( $p < 0,001$ ) des Alters der Ostberlinerinnen bei der Geburt des ersten Kindes. Eine logistische Regressionsanalyse zeigte, dass u. a. das Entbindungsjahr, die Qualität von Hebamme und Arzt sowie wenig Information in beiden Teilen der Stadt das Geburtserlebnis positiv beeinflussten. Ein "belastendes Geburtserlebnis" wurde signifikant häufiger ( $p < 0,001$ ) von westlichen Müttern angegeben. Nach der Wende reduzierten sich die Unterschiede an, einige wirken noch nach.

**Schlussfolgerungen:** Anhand der Ergebnisse lässt sich ableiten, dass das ostdeutsche System keine negativen Auswirkungen auf das Geburtserlebnis hatte, sondern eher zu einer Stressreduktion der Mütter geführt hatte. Weder reduzierte die Hochleistungsmedizin noch die umfassende Aufklärung systemunabhängig die Angst vor der Geburt. Das subjektive Geburtserleben ist von vielen weiteren Einflussfaktoren abhängig.

## Abstract (englisch)

**Objective:** In formerly divided Berlin from 1950 to 1990, there were two different health care systems and different social and medical standards. Aims of this study were to evaluate, if satisfaction and experience of primiparous women were influenced by the varying German health care systems and political structures in East and West Berlin, and to analyse, how long these differences were verifiable after the reunification. It was mandatory to gain knowledge about the different social and supply structure.

**Study design:** Directly after the fall of the Berlin Wall (1990), a standardized questionnaire was handed out to 1292 women, who gave birth to their first child between 1950 and 1990 in East and West Berlin. In 2015, 764 women, who delivered their first child in East and West Berlin between 1990 and 2010, were interviewed on the basis of the same questionnaire. The questions included primarily the subjective experience of the mother (e.g. quality of care, anxiety, satisfaction) before, during and after the birth, along with an anonymized description of the mother (age during first birth, education, profession, health behaviour) and of the first child (year and place of birth). All data were evaluated by time analyses, univariate and multivariate analyses.

**Results:** In total, 943 (46 %) mothers from East Berlin and 1113 (54 %) from West Berlin were analyzed (representative). The significantly increasing anxiety ( $p \leq 0.001$ ) before the first birth in both parts of the city after the reunification, led to a less beautiful birth experience, regardless of age and education of the mother or medical advance. Sport activities decreased the level of anxiety. Before 1990, 24 % in West, but only 7 % in East Berlin of mothers felt supported by family and friends. 22 % in East, but only 15 % of mothers experienced technical progress as a support. After 1990, the age of primiparous women increased high significantly ( $p < 0.001$ ) in East Berlin. A logistic regression analysis indicated that e.g. year of birth, expertise of midwife and doctor as well as minimal information influenced the birth experience positively in both parts of the city. An „exhausting experience “was significantly more frequent ( $p < 0.001$ ) in West Berlin. Most differences disappeared after the reunification, some still exist.

**Conclusion:** From results can be derived that the East German system had no negative effects on the birth experience, but rather a stress reduction for mothers. Neither high-performance medicine, nor comprehensive information lowered anxiety separately from the systems. The subjective experience of birth is dependent on many further influencing factors.

# 1. Einleitung

## 1.1. Ziel der Arbeit

Der Vorgang der Geburt ist nicht allein ein physiologisches Phänomen, sondern auch eines der bedeutsamsten Lebensereignisse einer Frau und ihrer Familie und ist sowohl für die Gesellschaft, als auch für das Individuum, existenziell (Villa et al. 2011: 7). Der Übergang in die Mutterrolle durch die Geburt kann durch zahlreiche subjektive und objektive Parameter beeinflusst werden und wird daher von jeder Frau anders wahrgenommen und erlebt. Eigene Erwartungen, wie die Geburtsdauer, medizinische Interventionen, die Unterstützung während der Geburt durch Arzt und Hebamme (Stadlmayr et al. 2001: 46-47) sowie der empfundene Geburtsschmerz, Anwesenheit des Mannes oder nahestehender Personen und vorangegangene Information über die Geburt (Doering et al. 1980: 12; Lavender et al. 1999: 42-44) prägen die subjektive Wahrnehmung und den Grad der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit über das Geburtserlebnis. Brown und Lumley (1994: 7-11) sehen als wichtige Einflussgrößen die vorangegangene Information, medizinische Interventionen während der Geburt und die Geburtsbegleitung durch medizinisches Personal. Doering et al. (1980: 12) untermauern ebenfalls den Einfluss von vorangegangenen Informationen, Geburtsvorbereitung, Unterstützung durch den Kindsvater sowie von dem empfundenen Geburtsschmerz auf das Geburtserleben.

Die Geburt ist von vielen Emotionen begleitet und bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit, Ängsten, Unsicherheit, Schmerzen, Erwartungen und Freude. Die Geburtshilfe steht heute vor der Herausforderung, sich an den Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen der werdenden Mütter zu orientieren und anhand des rahmengebenden Gesundheitssystems sowie der Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe eine möglichst individualisierte Geburt zu ermöglichen. Die Geburt ist auf das Engste mit sozialen, politischen und kulturellen Vorstellungen verknüpft und an vielfältige soziale Praktiken und Rituale gebunden (Villa et al. 2011: 9). Sie ist inzwischen nicht nur ein Forschungsobjekt der Medizin, sondern auch der Kultur- und Sozialwissenschaften (vgl. Hampe 1997; Hodnett 2002). Fragen zum Geburtserlebnis betreffen die Qualität der (vor-) geburtshilflichen Betreuung, das subjektive Erleben während der Geburt, die Gesundheit von Mutter und Kind unter und nach der Geburt sowie den Einfluss von Rahmenbedingungen.

Keine andere Stadt, mit Ausnahme von Berlin, hat im Verlauf der aktuellen Geschichte die Möglichkeit geboten, den Einfluss kontroverser politischer Systeme innerhalb einer Stadt und deren Rückführung in ein einheitliches System systematisch über die Zeit zu verfolgen. Im ehemals

geteilten Berlin existierten zwischen 1950 und 1990 im Westen ein dezentralisiertes Gesundheitswesen mit autonomen Krankenkassen und Selbstkontrolle der Ärzteschaft, im Osten ein zentrales verstaatlichtes Gesundheitssystem mit dem Schwerpunkt auf Prävention. Durch die verschiedenen äußeren Bedingungen etablierten sich unterschiedliche soziale und medizinische Normen. Mit der Öffnung der Berliner Mauer 1989/90 wurden Menschen mit verschiedenen Einstellungen und Erfahrungen zusammengeführt, wobei sich das Gesundheitssystem im Osten an dem System im Westen orientierte. Die Geschichte Berlins ist bis heute noch in der Stadt zu spüren und zum Beispiel anhand der Überreste der Mauer sogar noch erlebbar.

Ziel der Arbeit ist es daher, Unterschiede im Gesundheitssystem und deren Einfluss auf das Geburtserleben am Beispiel von Ost- und West-Berlin vor und nach dem Mauerfall zu untersuchen. Hierzu wurden anhand von Interviews von Müttern, die zwischen 1950 und 2015 ihr erstes Kind zur Welt brachten, verschiedene Faktoren analysiert, die die Geburtserfahrung und Versorgungsqualität innerhalb der beiden Gesundheitssysteme in Ost- und West-Berlin reflektierten. Wir hofften dadurch Erkenntnisse für die Strukturierung und Betreuung von Müttern und ihren Kindern zu gewinnen.

## **1.2. Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen /-politik zwischen Ost- und West-Berlin in der Gynäkologie und Geburtshilfe vor und nach der Wende**

Deutschland hat eine lange Tradition der Sozialfürsorge und des Gesundheitswesens. Grundlegende soziale Reformen, einschließlich eines Gesetzes über die Gesundheitsfürsorge und die gesetzliche Krankenversicherung, wurden bereits 1883 von dem Reichskanzler Bismarck eingeleitet. Diese hatten Vorbildfunktion für andere Länder und beinhalteten bereits Regelungen für Schwangere und Wöchnerinnen. Erst nach dem 2. Weltkrieg kam es zur Entwicklung zweier unterschiedlicher Systeme.

### **1.2.1. Gesundheitssystem /-politik in Ost-Berlin in der Gynäkologie und Geburtshilfe**

Das staatliche Gesundheitssystem in Ost-Berlin war nach sowjetischen Vorbild zentralisiert und wurde von der Regierung, mit der Gründung der DDR am 07.10.1949, kontrolliert. Die Einheitsversicherung wurde eingeführt und die Sicherung im Krankheitsfall wurde über ein staatlich finanziertes Versorgungssystem gedeckt. Die Gesundheitsüberwachung und -erziehung erfolgte durch den Staat und sollte für jeden frei zugänglich sein. Das Recht auf Gesundheit wurde in der Verfassung im Artikel 35 festgelegt: „Jeder Bürger der Deutschen Demokratischen Republik hat

das Recht auf Schutz seiner Gesundheit und seiner Arbeitskraft.“ (Verfassung der DDR 1968, Artikel 35).

Gesundheit, Vor- und Fürsorge von Mutter und Kind sowie Ehe und Familie wurden von Anfang an unter besonderen Schutz und Verantwortung des Staates gestellt (Verfassung der DDR 1968, Artikel 38). Der Gesundheitsschutz für Mutter und Kind war ein von der Verfassung festgelegtes Recht und wurde vom Staat flächendeckend organisiert. Die Frauen- und Familienpolitik wurden in der DDR sehr früh eng miteinander verwoben. Mit der Gründung der DDR wurde in der Verfassung vom 7. Oktober 1949 die Gleichberechtigung von Mann und Frau (Verfassung DDR 1949, Artikel 7) im gesellschaftlichen wie auch im familiären Leben verankert. Kurz nach der Gründung der DDR beschloss der III. Parteitag der SED im Jahr 1950 einen Fünf-Jahresplan zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, wobei die Gesundheitsprävention innerhalb des sozialistischen Gesundheitswesens einen zentralen Stellenwert einnahm. Im September 1950 wurde das Gesetz über den „Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ erlassen (Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau 1950). Die Aussage:

„Nunmehr sind für die Frau die Voraussetzungen gegeben, sich als bewusste Staatsbürgerin im praktischen Leben zum Wohle des ganzen Volkes zu betätigen [...]. Unsere soziale Ordnung hat der Frau nicht nur ihre volle Entfaltung im politischen und wirtschaftlichen Leben ermöglicht, sondern sichert ihr auch eine glückliche Mutterschaft und staatliche Hilfe bei der Erziehung ihrer Kinder.“ (Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau 1950, S.1037)

stand im Mittelpunkt des erlassenen Gesetzes mit dem Ziel, die Frau in den Arbeitsprozess zu integrieren. Dieses Gesetz wurde im weiteren Lauf mehrfach überarbeitet und durch weitere Neuregelungen ergänzt. „Dies hatte nicht nur ideologische Gründe, sondern entsprang auch einer ökonomischen Notwendigkeit“ (Sepp 2016: 1), weibliche Arbeitskräfte zu integrieren. Der Anteil der arbeitenden Frauen Ende der 1980er Jahre lag bei 78 %; die DDR zählte somit zu den weltweiten Spitzenreitern weiblicher Erwerbstätigkeit (Sepp 2016: 1). Um dies aufrechterhalten zu können, wurde die Gesundheit der werdenden Mutter umfassend durch zahlreiche neu erlassene Gesetze und Richtlinien gefördert. Vor- und Fürsorge der Frauen standen im Mittelpunkt des Gesundheitswesens, mit dem Ziel, die Säuglings- und Müttersterblichkeit zu senken (Fritsche et Knopf 1989, Rothe 1981). Ungefähr 190 Beratungsstellen für Schwangere und Mütter offerierten Prämien wie zusätzliche Lebensmittelrationen an Schwangere und Stillende, Wohnungsvermittlung und sorgten mit definierten Richtlinien nicht nur zur Sicherstellung einer frühen systematischen gesundheitlichen Vorsorge, sondern auch zur Evaluation der Qualität dieser Maßnahmen.

Hierzu zählten laut Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau (1950: § 6(2)):

1. Registrierung aller schwangeren Frauen
2. laufende ärztliche Betreuung ihrer Gesundheit
3. hygienische Erziehung der werdenden Mütter
4. Beratung in sozialen und rechtlichen Fragen
5. ärztliche Betreuung der stillenden Mütter
6. ärztliche Beobachtung der Gesundheit und Entwicklung der Kinder bis zum dritten Lebensjahr

Die Anzahl der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Beratungstermine wurden vorgeschrieben. Mütter erhielten eine gestaffelte Beihilfe je nach Anzahl der Kinder, wobei für die Auszahlung dieser Geldbeträge Auflagen erfüllt werden mussten. Zu diesen gehörte ein möglichst früher Besuch einer Schwangerenberatung zu Beginn der Schwangerschaft und der Besitz sogenannter Mütter- und Stillkarten, die nur von Schwangerenberatungsstellen erstellt wurden (vgl. Gesetz zur Änderung des "Gesetzes über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau" 1958: § 2).

Um die Frauen zu entlasten und ein weiteres Nachgehen der beruflichen Tätigkeit zu ermöglichen bzw. sicherzustellen (wörtlich im Gesetztext über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau 1950: § 5: „Um die Heranziehung der Frauen zur gesellschaftlichen schöpferischen Arbeit, zur aktiven Arbeit in den Organen der staatlichen und kommunalen Verwaltungen [...] zu ermöglichen [...]“), wurden nach Paragraph 5 desselben Gesetzes zahlreiche Kindertagesstätten und Kinderrippen installiert. Kinderbetreuungseinrichtungen boten überall in der DDR Betreuungszeiten, die mit dem Alltag normal berufstätiger Frauen kompatibel waren; in größeren Betrieben waren Betriebskindergärten häufig, an höheren Bildungseinrichtungen wie Hochschulen und Universitäten gab es eine Kinderbetreuung vor Ort (Domscheit-Berg 2016).

Das Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau (1950) beinhaltete mit dem Paragraph 10 auch eine Regelung für die „Erholung schwangerer Frauen mit schwacher Gesundheit“. Das Gesetz legte außerdem die Gewährleistung des Schwangerschafts- und Wochenurlaubs von werdenden Müttern sowie die Höhe der Schwangerschafts- und Wochenhilfe fest. Ebenso wurden die Rechte von Frauen gestärkt, die uneheliche Kinder geboren hatten: „Die nicht eheliche Geburt ist kein Makel. Der Mutter eines nicht ehelichen Kindes stehen die vollen

elterlichen Rechte zu, die nicht durch die Einsetzung eines Vormundes für das Kind geschmälert werden dürfen“ (Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau 1950: § 17).

Ab 1960 wurden Klinik-Entbindungen weiter forciert, mit dem Ziel, die Mütter- und die Säuglingssterblichkeit zu senken (Schwittai 2012: 105). Bis Ende der 1960er Jahre achtete man in den Kliniken vor allem auf die strikte Einhaltung der Hygienestandards. Die Neugeborenen schliefen von den Müttern getrennt, der einzige enge Kontakt zur der Mutter bestand für das Kind beim Stillen oder während der Besuchszeiten für die Mütter. Alle anderen Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Wickeln oder Baden der Neugeborenen, wurde von den Krankenschwestern übernommen. Besuche von den Kindsvätern waren nicht erwünscht und wurden erst zögerlich in den 1980er Jahren umgesetzt. Ab dann wurden Väter zur Geburt zugelassen und Rooming-in ermöglicht (vgl. Kraatz 1964).

Die letzten zehn Jahre der DDR waren von einer gezielt eingesetzten Entwicklung auf dem Gebiet der vorgeburtlichen Diagnostik im Rahmen des Wirtschaftswachstums, wie Ultraschall und Kardiotokographie sowie neuer Erkenntnisse in der Betreuung von gefährdeten Schwangeren und ihrer Neugeborenen gekennzeichnet (vgl. Bayer 1989; Ockel 1995), wobei diese Entwicklung langsamer und in kleinerem Umfang erfolgte als in der BRD. Unter der Geburt wurde die Periduralanästhesie z. B. in Westberlin bereit 1972 routinemäßig genutzt, in Ostberlin erst ab 1987 (Arabin et al. 1999: 85). Maßnahmen wie Screening-Programme zur Früherkennung von Diabetes, eine Verlegung von Schwangeren mit Risikoschwangerschaften in ein Krankenhaus mit einer neonatologischen Intensivbetreuung und eine gezielte Unterstützung beim Stillen, wurden früher und schneller eingeführt als in der BRD (Arabin et al. 1999: 85).

Nahezu alle Ärzte waren in staatlichen Polikliniken oder Krankenhäusern tätig; niedergelassene Ärzte /-innen waren vor allem auf ländliche Regionen beschränkt.

„Entscheidend war und ist, dass der Arzt im Sozialismus frei von kommerziellen Belastungen und Interessen, frei vom Einfluss pharmazeutischer und medizintechnischer Konzerne, unabhängig von Versicherungsträgern und Standesorganisationen seinem Beruf [...] nachgehen kann.“ (Bibergeil 1987: 17)

Das Muttersein wurde erleichtert, jedoch bestand meist eine doppelte Belastung mit der Mutterschaft und der Vollzeitberufstätigkeit. Der Artikel *Verordnete Emanzipation im Osten* von Johanna Kutsche (2009) aus der online Ausgabe der Zeit fasst dies zusammen:

„Die Familienpolitik der DDR war auf ein traditionelles Bild der Frau ausgerichtet. Das einzig Neue daran: Frauen mussten nun das Doppelte leisten. Produktion und Reproduktion [...]. Die Frau sollte ihre berufliche und gesellschaftliche Tätigkeit, die immer in Zusammenhang mit dem Aufbau der sozialistischen Gesellschaft stehen musste, mit der Mutterschaft vereinbaren können. Von Vaterschaft ist hingegen nie die Rede.“ (Kutsche 2009: 1)

Das nahezu vollständig verstaatlichte Gesundheitssystem der DDR mit seinen Polikliniken und Pflichtreihenuntersuchungen galt international als vorbildlich, dennoch hatte der relative Mangel an finanziellen Mitteln für moderne Geräte, Analysemethoden und Arzneimittel in der Praxis auch spürbar negative Folgen (vgl. Deutz-Schroeder und Schroeder 2008). In einer groß angelegten Umfrage zum Systemvergleich BRD/DDR innerhalb Deutschlands (mdr fernsehen 2014) bewerteten zwei von drei Ostdeutschen und über 50 % der Westdeutschen das DDR-Gesundheitssystem im Vergleich zum (damaligen und heutigen) Gesundheitssystem der Bundesrepublik positiver (66 % DDR, 52 % BRD).

### **1.2.2. Gesundheitssystem /-politik in West-Berlin in der Gynäkologie und Geburtshilfe**

In West-Berlin und der BRD wurde die grundlegende Struktur des Sozialversicherungssystems mit dem Konzept von Risikogemeinschaften gleicher sozialer Gruppen in der ursprünglichen Vielfalt der autonomen gesetzlichen und privaten Krankenkassen bzw. Versicherungsträgern beibehalten, mit einem unterschiedlichen Leistungsanspruch für gesetzlich oder privat versicherte Patienten. Alle Bürger sind grundsätzlich verpflichtet, sich in einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern, solange der brutto Verdienst unter einem bestimmten Betrag liegt. Liegt er darüber, ist eine private Versicherung möglich. Die gesamte Bevölkerung ist somit pflichtversichert und leistungsberechtigt. Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt sowohl von dem Versicherten selbst als auch vom Arbeitgeber. Die Träger der Krankenkassen sind selbstverwaltende Körperschaften des öffentlichen Rechts, der Staat übt nur eine geringe Kontrolle aus, zusätzlich unterliegt die Ärzteschaft einer Selbstkontrolle. Der freiberufliche Ärztestand wurde gefördert. Die Sorge um die eigene Gesundheit war und ist dem Bürger selbst überlassen. Im Vergleich zur DDR war in der BRD eine kostenintensive therapeutisch orientierte Medizin einer präventiven übergeordnet. Eine vom Staat kontrollierte Gesundheitspolitik im Rahmen der Mutterschaftsfürsorge und Schwangerenversorgung wie in der der DDR gab es nicht.

Das enorme Wirtschaftswachstum begünstigte einen stetigen Ausbau des dezentralisierten Gesundheitssystems und führte zu einer steigenden Zahl von Ärzten und Kliniken. Die stationäre Versorgung der Patienten wurde durch medizintechnische Innovationen geprägt. Die ambulante Versorgung wurde zunehmend von ärztlichen Einzelpraxen übernommen, die fachärztliche

gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung wurde umfassend gefördert und verdrängte die ursprüngliche Primärversorgung durch den Hausarzt, der auch die Funktion des Geburtshelfers besaß. Einzelleistungsvergütung brachten wirtschaftliche Anreize zur weiteren Leistungsausweitung der Praxen; durch den sich verstärkenden ökonomischen Druck begann ein Prozess der Zentralisierung (Schwarz 2008: 26-28), wobei die Medizinbranche zunehmend als „Wirtschaftskraft“ verstanden wurde.

Die Schwangerenvorsorge einer gesunden Schwangeren wurde zunächst nicht als Kassenleistung betrachtet, eine Betreuung während der Schwangerschaft durch eine Hebamme war nicht vorgesehen. Mit dem Inkrafttreten des Mutterschutzgesetzes am 6. Februar 1952 (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1952), wurde Müttern das Recht auf ärztliche Schwangerenvorsorge sowie auf besonderen Mutterschutz im Beruf zugesichert. Die Klinikgeburt mit stationärem Wochenbett wurde erst ab 1968 als kassenärztliche Leistung festgelegt, was zu einer rasanten Zunahme der Klinikgeburten bis zu 99 % führte (Rauskolb 1995: 9-10). Der Sicherheitsaspekt und die Plan- und Kontrollierbarkeit der Geburt sollten maximiert werden, diagnostische Untersuchungen des ungeborenen Kindes ermöglichten und unterstützten dies. Der Begriff der „programmierten Geburt“ gewann sowohl in der BRD als auch in der DDR an Bedeutung (vgl. Hillemanns und Steiner 1978).

Ab 1986 durften Hebammen wieder Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft durchführen und diese mit den Krankenkassen abrechnen (Bundesgesetzblatt 1968). In der BRD wurden bis dahin die Hebammengesetze von 1922 und 1938 nicht umgesetzt. Die Schwangerenvorsorge sowie die Geburt lagen weiterhin vor allem im Verantwortungsbereich von Gynäkologen.

Ein Gleichberechtigungsgesetz wurde erst viel später als in der DDR, im Jahre 1958 umgesetzt (Bundesgesetz 1957). Dieses hob zwar das alleinige Entscheidungsrecht des Mannes auf, die Rolle der Frau als Hausfrau und Mutter blieb aber weiterhin in der „Versorgerehe“ bestehen. Erst in der 68er-Bewegung erfolgte ein Wertewandel bzw. eine Aufweichung dieses klar definierten Rollenbildes, in dessen Mittelpunkt nicht nur der Kampf um eine Reform des Paragraphen 218 stand, der einen Schwangerschaftsabbruch unter Strafe stellte, sondern auch politische, ökonomische und kulturelle Aspekte thematisierte (Sepp 2016: 1). In den 1970er Jahren wurden u. a. das Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch sowie das Ehe- und Familienrecht reformiert. Dadurch erlangten 1977 Frauen eine zunehmende Gleichstellung, z.B. wurde erstmalig ein bezahlter Mutterschaftsurlaub eingeführt, um Beruf und Familie für Frauen besser vereinbaren zu können. Die Emanzipation erfolgte demokratisch, wobei deren Umsetzung sich nur langsam im Laufe der Zeit vollzog.

1961 wurde nach einer Pilotphase der Mutterpass eingeführt, der die bei Schwangeren erhobenen Daten und zusammenfasst (Berufsverband der Frauenärzte e. V.). Die Geburtshilfe wurde ab den 70er Jahren zunehmend individualisiert und führte zu der Entwicklung der „familienorientierenden Geburtshilfe“ und einer selbstbestimmten Geburt, die die Anwesenheit des Vaters bei und nach der Geburt ermöglichte. Mit der Zunahme medizinischer Innovationen stand der individualisierten Geburt die programmierte bzw. planbare Geburt in der Klinik gegenüber, die möglichst risikofrei steuerbar und kalkulierbar sein sollte (Hillemanns und Steiner 1978).

Im Jahre 1985 wurden die Mutterschaftsrichtlinien erlassen, die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen herausgegeben wurden, und legten die Schwangerenvorsorge als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen fest (Mutterschaftsrichtlinien 1985).

Ziel der Mutterschaftsrichtlinien ist die

„Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichende und zweckmäßige und wirtschaftliche ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und Entbindung.“ (Mutterschaftsrichtlinien 1985)

### **1.2.3. Gesundheits-, Familien- und Frauenpolitik der Bundesrepublik Deutschland nach der Wende in der Gynäkologie und Geburtshilfe**

Seit dem Mauerfall in Berlin gelten auf Grund des Einigungsvertrags die Krankenversicherungsrechte aus dem ehemaligen Westdeutschland auch in den neuen Bundesländern (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1990).

Die Schwangerenvorsorge ist nach den Mutterschaftsrichtlinien geregelt und offeriert den werdenden Müttern eine Vielzahl von Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen während der Schwangerschaft mit dem übergeordneten Ziel, frühzeitig Risikoschwangerschaften zu erkennen und die Gesundheit von Mutter und Kind zu erhalten und zu fördern (Mutterschaftsrichtlinien 1985). Jede Schwangere hat einen gesetzlichen Anspruch auf ausreichende medizinische Untersuchung und Beratung. Die Kosten hierfür werden von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Privatkrankenkassen übernommen. **Es besteht die Maßgabe, dass Ärzte, Hebammen und Krankenkassen bei der Aufklärung der Patientin über die ärztliche Betreuung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft während Schwangerschaft, Geburt sowie in der Zeit der Nachsorge zusammenwirken sollen** (Mutterschaftsrichtlinien 1985).

In der Erstuntersuchung und Feststellung der intakten Schwangerschaft durch den zuständigen Gynäkologen bzw. Gynäkologin erfolgt die Ausstellung des Mutterpasses, welcher eine gesetzliche Vorgabe und Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien ist. Es folgen mehrere regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, die bis zur 32. SSW alle vier Wochen und ab der 32. SSW alle zwei Wochen stattfinden und unter anderem drei Ultraschalltermine sowie mehrere serologische Untersuchungen beinhalten (Mutterschaftsrichtlinien 1985). Insgesamt ergeben sich dadurch 10 bis 12 Termine, bei Risikoschwangerschaften oder -geburten findet eine intensivere Betreuung statt.

Außerdem hat sich neben den kassenärztlichen Leistungen ein großer Gesundheitsmarkt entwickelt, der weitere kostenpflichtige Zusatzleistungen wie z. B. Ultraschalldiagnostik und Screening Tests, sogenannte „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL), für Schwangere anbietet. Im Vorfeld des ersten Ultraschallscreenings wird die Schwangere über Ziele, Inhalte und Grenzen sowie mögliche Folgen des Untersuchungsverfahrens in Form einer schriftlichen Patienteninformation aufgeklärt, die den Schwangeren verpflichtend ausgehändigt wird (Mutterschaftsrichtlinien 1985). Es ist vorgesehen, dass die Schwangere ein „Recht auf Nichtwissen“ hat, auch auf ein Nichtwissen im Hinblick auf einzelne Befunde aus den Ultraschalluntersuchungen.

Ambulanter und stationärer Sektor arbeiten relativ unabhängig voneinander, was zu einer insuffizienten Behandlung führen kann (Rita et al. 2001). Vergleicht man die Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern mit Deutschland, lag Deutschland 2016 mit einem Anteil von 10,6 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) an 5. Stelle (OECD 2017). Das Gesundheitssystem in Deutschland zählt somit zu den teuersten der Welt. Die niedergelassenen Ärzte/-innen besitzen ein „Monopol“ auf die ambulante Patientenbehandlung, was dazu führt, dass medizinische Spezialdisziplinen nicht nur an Krankenhäusern, sondern auch in Gestalt von Vertragsarztpraxen, die als Einzelarztpraxen überwiegen, angeboten werden (Gerlinger und Burkhardt 2012).

### **1.3. Stand der Forschung: Einfluss auf das Geburtserlebnis**

Die Geburt ist ein bedeutendes Ereignis im Leben einer Frau, mit emotionalen und körperlichen Auswirkungen, die sowohl kurz- als auch langfristige Folgen haben können (Simkin 1991: 203).

Das Geburtserlebnis kann von vielen Faktoren und Parametern beeinflusst werden und so zu einer positiv oder negativ bewerteten Geburtserfahrung führen (Doering et al. 1980). Diese Multidimensionalität bzw. Komplexität der Geburtserfahrung und des intrapartalem Wohlbefindens spiegelt sich an der umfassenden Studienlage zu dieser Thematik wieder. Ein positives Geburtserlebnis

beeinflusst die Beziehung zwischen Mutter und Kind, das Selbstwörterleben der Mutter sowie die seelische Entwicklung des Kindes (Neises 2004: 579).

Waldenström et al. (2004: 17) fasst die Bedeutung und den Einfluss der Geburtserfahrung zusammen: „Eine Unzufriedenheit mit der Geburtserfahrung kann einen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Mutter haben sowie auf ihre Bereitschaft, ein weiteres Kind zu bekommen“.

Physiologische Parameter wie die Dauer der Geburt, die Lage des Kindes, Größe und Gewicht des Kindes und ein verfrühter Geburtstermin stehen psychischen, psychosozialen bzw. individuellen Faktoren wie z. B. individuellen Wertvorstellungen, Bildung, Erwartungen, Angst und Sicherheitsgefühl gegenüber und könnten das Geburtserlebnis beeinflussen. In jedem System können äußere Faktoren wie Herkunft, Bildung, körperliche Gesundheit der Mutter, Medikamentengabe während und vor der Geburt sowie Familie, Arzt oder Hebamme einen Einfluss auf das Geburtserleben und die damit verbundene Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit haben. In der Literatur finden sich zahlreiche Studien, die die Variablen und Einflussgrößen auf das Geburtserleben untersuchen.

Brown und Lumley (1994), Doering et al. (1980) sowie Christiaens et Bracke (2007) fassen diese vielen verschiedenen Determinanten jeweils in einer Studie zusammen und betrachten ihren Einfluss auf das Geburtserlebnis, was im Vergleich zu anderen Studien, die häufig nur eine Determinante untersuchen, hervorsteicht. Eine multiple Abhängigkeit der Qualität des Geburtserlebnisses wird von Doering et al. (1980) beschrieben. Faktoren, die das Geburtserleben beeinflussen, sind laut Doering u. a. der Geburtsschmerz, die Unterstützung bzw. Anwesenheit des Mannes und die vorangegangene Vorbereitung bzw. Information der werdenden Mutter.

Brown und Lumley (1994) zeigen in einer Untersuchung in Australien einen signifikanten Zusammenhang zwischen mangelhafter Geburtsbegleitung, geringer Integration der Frau in Entscheidungen während der Geburt, Geburtsinterventionen auf der einen Seite und einem negativen Geburtserlebnis auf der anderen. Interessant ist eine hohe Odds-Ratio (OR) für Unzufriedenheit mit dem Geburtserlebnis und dem Wunsch nach mehr Informationen. Alter der Mutter, deren Herkunft, Beziehungsstatus oder Gesundheitszustand hatten keinen Einfluss auf die Geburtserfahrung. Die Autoren beschreiben außerdem, dass die zunehmende Technologie und Invasivität für die Frauen eine erhöhte Unzufriedenheit bzgl. des Geburtserlebnisses darstellen.

Christiaens und Bracke (2007) vergleichen in einer Studie die Einflüsse von verschiedenen Variablen auf die Geburtserfahrung zwischen Belgien und den Niederlanden. Die Gegenüberstellung von zwei Ländern mit vergleichbarer geographischer Lage und Kultur aber mit unterschiedlichen

Gesundheitssystemen zeigte, dass die Geburtserfahrung von der Erfüllung von Erwartungen der werdenden Mutter an die Geburt, vom Geburtsschmerz, dem Geburtsort (Klinik versus Hausgeburt) und von dem subjektiven Gefühl des Kontrollverlustes der Gebärenden abhängt.

Waldenström et al. (1996) zählt die Unterstützung durch die Hebamme, operative Eingriffe, Involviert sein der werdenden Mutter in Entscheidungen während der Geburt, Geburtsdauer und schmerz sowie vorangegangene Erwartungen an die Geburt zu den signifikanten Einflussgrößen der Geburtserfahrung. Diese Studie beschreibt, dass negative und positive Einflussfaktoren und Erlebnisse coexistieren und dem multidimensionalen Erlebnis der Geburt entsprechen (Waldenström et al. 1996: 151). Auch Morgan et al. (1982) bestätigt, dass Schmerz und Zufriedenheit gleichzeitig bestehen können und somit ebenfalls negative und positive Einflussfaktoren coexistieren können.

Stadlmayr et al. (2001) geht von vier Faktorengruppen aus, die die Geburtserfahrung beeinflussen:

- Geburtshilfliche und analgetische Faktoren, wie z. B. Geburtsmodus, Geburtsdauer, medikamentöse Einleitung, intrapartale Medikation, Epiduralanalgesie und Episiotomie
- Beziehungsfaktoren und ihr Einfluss auf die Geburtserfahrung, wie z.B. die Unterstützung durch die Hebamme, die Ärzte und der Partner
- Pränatale Entwicklung, dazu gehören Geburtserwartungen, die Parität, Erwünschtheit bzw. Unerwünschtheit der derzeitigen Schwangerschaft und frühere Abbrüche oder Fehlgeburten
- Intrapartale persönliche Erfahrung, wie z. B. Gefühle des Involviert-Seins, der Partizipation und Kontrolle, der Schmerzwahrnehmung und der Ängstlichkeit

Psychosoziale Faktoren sieht auch Ehlert et al. (2003) als Einflussgröße und beschreibt hier unter anderem den Familienstatus, Berufstätigkeit und frühere Schwangerschaften.

Der Einfluss von Wehen bzw. Schmerzen während der Geburt zeigt unterschiedliche Ergebnisse in der Literatur. Teilweise wird eine schmerzhaftere Geburt mit einer niedrigeren Zufriedenheit bzgl. der Geburtserfahrung assoziiert (Doering et al. 1980, Green 1993, Lowe 2002, Dickinson et al. 2003). Im Gegenzug haben Morgan et al. (1982) gezeigt, dass Frauen trotz schmerzhafter Wehen eine große Zufriedenheit angeben können.

Hodnett (2002) fasst in einer systematischen Übersichtarbeit von 137 Arbeiten zusammen, dass Schmerzen sowie das Alter und der ökonomische Status eine untergeordnete Rolle in der Geburtszufriedenheit spielen. Als Haupteinflussfaktoren fanden sich unter anderem die Unterstützung und Qualität des medizinischen Personals und die Einbeziehung der Frau in die Entscheidungsfindung sowie die persönlichen Erwartungen.

Vorangegangene Erwartungen an die Geburt und deren Erfüllung bzw. Nichterfüllung sehen auch Goodmann et al. (2004) und Green (1993) als Einflussfaktor auf das Geburtserleben. Eine reduzierte mütterliche und perinatale Sterblichkeitsrate führt mittlerweile auch zu höheren Erwartungen und Ansprüchen an die Geburt (Gibb 1994). Vor 50 Jahren lagen die Erwartungen der werdenden Mütter vor allem auf die Gesundheit des Kindes und ihrer selbst, wobei die vitale Bedrohung von Mutter und Kind seit dem letzten Jahrzehnt aufgrund der niedrigen perinatalen Mortalität in Deutschland subjektiv weniger im Fokus während der Geburt steht; ärztliches Eingreifen wird im Gegenzug zunehmend eher als störend empfunden (David und Kentenich 2008: 21). Die Autoren sehen die subjektive Erwartung an die Geburtshilfe und an die Geburtsbegleitung als zeitabhängig und soziokulturell geprägt an. Brucker und MacMullen (1987) bestätigen dies und fassten zusammen, dass mehr Frauen die Erwartung haben, ein positives bzw. bereicherndes Geburtserlebnis zu haben. Waldenström et al. (2004) sieht eine unerfüllte Erwartung an die Geburt als Einflussgröße auf eine negative Geburtserfahrung.

Die erlebte persönliche Kontrolle bzw. Selbstbestimmtheit des Geburtsereignisses durch die werdende Mutter ist einer der stärksten Einflussfaktoren bzgl. eines positiven Geburtserlebnisses (Goodman 2004) und beeinflusst positiv die Zufriedenheit mit dem Geburtsschmerz (McCrea und Wright 1999). Christiaens (2007: 7) fasst zusammen: „Zufriedenheit profitiert davon, persönliche Kontrolle über die Geburt zu haben“.

In der Studie von Waldenström et al. (2004) wurden 2541 Frauen in einer longitudinalen Kohortenstudie befragt, bei der 7 % eine negative Geburtserfahrung angaben. Als Hauptrisikofaktor erwiesen sich unerwartete medizinische Probleme, soziale Faktoren (unerwartete bzw. ungewünschte Schwangerschaft) und wenig Unterstützung durch den Partner. Die Unterstützung durch nahestehende Personen bzw. des Vaters wird in vielen Studien als signifikant wichtig angegeben (Doering et al. 1980; Slade et al. 1993). Die Studie von Lavender et al. (1999) bestätigte, dass der wichtigste Aspekt der Geburt die Unterstützung durch die Hebamme oder nahestehende Freunde/Verwandte ist, um ein schönes Geburtserlebnis zu haben. Ebenso beschreibt diese Studie, dass vorangegangene Informationen und medizinische Geburtsinterventionen Einfluss auf das Geburtserleben haben.

Ein Hauptaugenmerk auf die Forschung der Einflussgrößen auf das Geburtserlebnis liegt auf der peripartalen Zufriedenheitsforschung. Mit Zufriedenheit werden häufig die Dienstleistungen bezeichnet, die eine Frau während des Gebärens erfährt, dabei wird ein hoher Zufriedenheitsscore als Kriterium für die Qualität der Betreuung verwendet (Groß 2003: 321). Die gesamte Geburtserfahrung von Frauen ist wichtig, da sie einen langfristigen Einfluss auf die zukünftige Gesundheit der Frau und ihrer Familie hat, wobei eine positive Geburtserfahrung wahrscheinlicher ist, wenn ein strukturiertes Geburtsvorbereitungsprogramm wahrgenommen wurde und wenn medizinische Eingriffe während der Geburt vermieden wurden (Maimburg 2016: 452-453).

Eine signifikant höhere Zufriedenheit der werdenden Mütter zeigte sich in einer Studie von Ahner et al. (1999), bei denen keine medizinische Intervention erfolgte, die unter anderen auch Schmerzmittel als medizinische Intervention erfasste. Dass geburtshilfliche Interventionen einen negativen Einfluss auf das Geburtserleben haben, wurde in vielen weiteren Studien bestätigt (Green 1990, Waldenström et al. 1996, Salmon et Drew 1992, Schindl et al. 2003).

Vergleichende Studien zur Geburtserfahrung einer Bevölkerung, die innerhalb einer Stadt und unter zwei verschiedenen politischen Systemen lebt, war in der Literatur bis auf die Studie von Arabin et al. (1999), die objektive Statistiken in Berlin vor der Wende betrifft, nicht zu finden.

Schücking (1995: 381-390) vergleicht die Erfahrungen von erstgebärender Frauen innerhalb acht europäischer Länder und sieht als den größten Einflussfaktor auf die Geburtskultur eines europäischen Landes das dort vorliegende Gesundheitswesen. Klußmann (2002: 415) fasst es allgemeiner zusammen: „Die körperliche und seelische Gesundheit der Frau ist abhängig von der sich rasch ändernden Gesellschaft, ihrer Rollenübernahme darin und der Mehrfachbelastung [...].“

## **1.4. Fragestellung**

Die vorliegende Arbeit vergleicht die unterschiedlichen Erfahrungen der Mütter während der Geburt des ersten Kindes mit dem Wohnort von West- und Ost-Berlin zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten:

- 1) Vor der Wende von 1950 bis Ende 1989
- 2) Nach der Wiedervereinigung von 1990 bis 2015.

Ziel ist es, herauszufinden, 1) inwieweit die unterschiedlichen deutschen Gesundheitssysteme und politische Strukturen am Beispiel des ehemals geteilten Berlins die subjektive Geburtserfahrung Erstgebärender beeinflusst haben und 2) wie lange nach der Wiedervereinigung Unterschiede bestehen blieben oder verschwanden. Hierzu gehören etwa das Alter Erstgebärender, die familiäre

und soziale Unterstützung, die technische Ausstattung sowie der Einfluss auf das Geburtserlebnis erfahren wurden. Hypothese der vorliegenden Arbeit ist, dass außer dem Wohnbezirk auch das Alter, der Ausbildungs- und Informationsstand der Eltern, aber auch die Qualität von Hebammen und medizinischem Personal die Geburtserfahrung beeinflussen.

Die Studie soll nicht nur Aufschluss darüber geben, ob und wie lange nach der Wiedervereinigung noch immer Unterschiede in der Betreuung der ärztlichen und sozialen Versorgung werdender Mütter in Ost- und West-Berlin bestanden, sondern auch wie die unterschiedlichen Betreuungssysteme subjektiv erfahren wurden. Übergeordnetes Ziel war, gesundheitspolitische Erkenntnisse über die Nachhaltigkeit verschiedener Sozial- und Versorgungsstrukturen in der Geburtsbetreuung zu gewinnen. Der Nutzen soll zukünftigen Müttern zugutekommen.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1. Patientenkollektiv**

#### **2.1.1. Studienpopulation**

Es wurden zwei Erhebungen durchgeführt. Die erste Gruppe inkludierte Mütter, die ihr erstes Kind zwischen 1950 und 1990 in Ost- oder West-Berlin entbunden haben, die zweite Gruppe umfasste Mütter, die ihr erstes Kind zwischen 1990 und 2015 in Berlin entbunden haben. Die Mütter wurden anhand eines standardisierten Fragebogens befragt. Eingeschlossen in die Datenerhebung wurden ausschließlich Mütter, deren erstes Kind in Berlin geboren wurde und die zum Zeitpunkt der Geburt und der Befragung in Berlin wohnhaft waren.

Die erste Erhebung umfasste 1292 Teilnehmerinnen und wurde 1990 mithilfe eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Die 764 Datensätze der zweiten Erhebung wurden anhand desselben Fragebogens im Jahr 2015 erhoben. Fragebögen, bei denen der Bezirk oder das Entbindungsjahr fehlten, wurden nicht in die Auswertung eingeschlossen.

Insgesamt steht ein repräsentativer Datensatz von 943 (45,9 %) Ost-Berliner sowie 1113 (54,1 %) West-Berliner Frauen für die Analyse zur Verfügung. Die Auswahl der Schwangeren erfolgte jeweils in allen Berliner Bezirken und entsprach einer zufallsbedingten populationsbasierten Erhebung.

### 2.1.2. Verteilung der Bezirke

Tabelle 1 zeigt die Wohnbezirke aller erhobenen Datensätze nach Ost- und West-Berlin aufgeteilt.

**Tabelle 1:** Wohnbezirk (N=2056)

Wohnbezirk	West- Berlin		Ost-Berlin	
	N	%	N	%
Friedrichshain			108	<b>11,5</b>
Hellersdorf			31	<b>3,3</b>
Hohenschönhausen			28	<b>3,0</b>
Köpenick			124	<b>13,1</b>
Lichtenberg			109	<b>11,6</b>
Marzahn			53	<b>5,6</b>
Mitte			110	<b>11,7</b>
Pankow			85	<b>9,0</b>
Prenzlauer Berg			155	<b>16,4</b>
Treptow			97	<b>10,3</b>
Weißensee			43	<b>4,6</b>
Charlottenburg	97	<b>8,7</b>		
Kreuzberg	104	<b>9,3</b>		
Neukölln	141	<b>12,7</b>		
Reinickendorf	108	<b>9,7</b>		
Schöneberg	81	<b>7,3</b>		
Spandau	106	<b>9,5</b>		
Steglitz	92	<b>8,3</b>		
Tempelhof	81	<b>7,3</b>		
Tiergarten	38	<b>3,4</b>		
Wedding	106	<b>9,5</b>		
Wilmerdorf	88	<b>7,9</b>		
Zehlendorf	71	<b>6,4</b>		
Total	1113	<b>100</b>	943	<b>100</b>

### 2.1.3. Verteilung der Krankenhäuser

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der angegebenen Entbindungskliniken und den erhobenen Geburtsort des gesamten Kollektivs.

**Tabelle 2:** Verteilung der Entbindungsklinik

	N	%
Vivantes Neukölln	83	4,0
Charlottenburg	37	1,8
Charité Virchow	158	7,7
Steglitz CBF	36	1,8
Moabit	9	0,4
M. Luther	35	1,7
St. Gertrauden	35	1,7
St. Joseph Tempelhof	126	6,1
Waldfrieden	26	1,3
Humboldt	16	0,8
AVK	27	1,3
Urban	32	1,6
Charité Mitte	78	3,8
Friedrichshain Vivantes	94	4,6
Buch Helios	38	1,8
Kaulsdorf	55	2,7
Scharnh.	18	0,9
Köpenick	31	1,5
Ziethen	49	2,4
Heims	43	2,1
Weißensee	4	0,2
Waldkrankenh.	57	2,8
Lichtenberg SANA Klinikum	22	1,1
KH Mariendorfer Weg	6	0,3
Havelhöhe	6	0,3
Vivantes Hellersdorf	2	0,1
Parksanatorium Dahlem	5	0,2
Pulsklinik	1	0,0
DRK Westend	16	0,8
Friedrichshagen	0	0,0
Ludwigfelde	1	0,0
Hausgeburt	29	1,4
Geburtshaus	39	1,9
Krankenhaus nicht genannt	842	41,0
Gesamtsumme	2056	100,0

## **2.2. Aufbau und Ziel des Fragebogens**

Der Fragebogen (vgl. Anlagen) wurde im Team verschiedener Geburtsmediziner entwickelt und bereits 1990 an Mütter in allen Berliner Bezirken verteilt, um Einflussgrößen auf das Geburtserleben, aber auch das Erleben von Schwangerschaft und dem ersten Jahr post partum in der Zeit zwischen 1950 und 1990 zu erheben. Derselbe Fragebogen wurde auch für die Befragung der Mütter für Geburten im Zeitraum 1990 bis 2015 verwendet.

Die Fragen erfassen vorwiegend die subjektiven Erfahrungen der Mütter im medizinischen und sozialen Bereich. Der Fragebogen enthält eine anonymisierte, standardisierte Beschreibung der Person: Alter bei der Geburt des ersten Kindes, Wohnort bzw. Stadtbezirk in Berlin, Ausbildungsstand von Mutter und Vater, Beruf von Mutter und Vater sowie einige allgemeine Angaben zum ersten Kind wie Geburtsjahr, Geschlecht, termingerechte Geburt und Entbindungsort. Die weiteren Fragen beleuchten die Erfahrung bzw. das subjektive Erleben während der Schwangerschaft, während der Geburt und während der Zeit nach der Geburt. Darüber hinaus werden das Gesundheitsverhalten (z.B. Sport, Anpassung der Ernährung, Medikamenteneinnahme, Nikotin- oder Alkoholabusus) und die genutzten Informationsquellen der Mutter abgefragt.

Im Detail umfasst der zweiseitige Fragebogen insgesamt 25 Fragen und enthält mehrere Rubriken.

### **Rubrik A: Fragen, die das erstgeborene Kind betreffen wie z.B. Gewicht und Geschlecht**

Insgesamt 2 Fragen (Nummer 1 und 2). Frage 1 enthält sowohl Antwortmöglichkeiten, die wörtlich von der Teilnehmerin eingetragen werden können, wie z.B. Gewicht und Geburtsdatum des Kindes als auch vorgegebene Antwortmöglichkeiten.

### **Rubrik B: Fragen, welche die Mutter betreffen**

Insgesamt 4 Fragen (Nummer 3, 3.1., 4 und 5), hier wird von der Mutter das Alter bei der Geburt, Schulabschluss und berufliche Stellung erhoben. Die Fragen sind hier teils vorgegeben (Nummer 3.1. und 5) teils aber auch als Freitext von der Teilnehmerin auszufüllen (Nr. 3 und 4).

### **Rubrik C: Fragen, welche die Eltern betreffen**

Insgesamt 2 Fragen (Nummer 5 und 5.1.), diese Fragen in vorgegebener Antwortform bilden den Schulabschluss und die berufliche Stellung der Teilnehmerin und des Kindsvaters ab.

### **Rubrik D: Fragen über das Empfinden der Mutter während der ersten Schwangerschaft**

Insgesamt 12 Fragen (Nummer 6, 9, 10, 11-13, 17, 20-24), diese geben alle mehrere Antwortmöglichkeiten vor.

### **Rubrik E: Fragen, die das Empfinden der Mutter während der Geburt betreffen**

Insgesamt 4 Fragen (Nummer 7, 14, 18 und 22), diese geben ebenfalls die Antwortmöglichkeit(en) vor.

### **Rubrik F: Fragen, die das Empfinden der Mutter nach der Geburt des betreffen**

Insgesamt 6 Fragen (Nummer 8, 15, 16, 19, 22 und 26) mit jeweils vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

**Die Ethikkommission der Charité hatte der Studie zugestimmt: EA1/ 161/13**

## **2.3. Durchführung der Datenerhebung**

Die Daten der ersten Studienpopulation wurden 1990 in allen Bezirken, jeweils mit Hilfe geschulter Kräfte der Bezirksämter rekrutiert.

Die Daten der zweiten Studienpopulation wurden zwischen 2014 und 2015 gesammelt. Die Datenerhebung erfolgte wieder in allen Bezirken durch geschulte Doktoranden/-innen in Berlin. Bei den Interviews wurden unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien auch Geburtsdaten der Kliniken Vivantes Friedrichshain, Urban und Neukölln, des Sana Klinikums Lichtenberg, der Charité Universitätsmedizin Standort Mitte und Virchow in Wedding, Krankenhaus St. Josef in Tempelhof und des Krankenhaus Westend hinzugezogen. Weitere Interviews wurden in Gesundheitszentren, gynäkologischen und pädiatrischen Arztpraxen, Frauenzentren in Berlin und innerhalb des Berliner Frauenbundes erhoben.

In die Auswertung wurden nur Datensätze aufgenommen, bei denen alle Fragen vollständig beantwortet wurden. Ausgeschlossen wurden Fragebögen, die nicht gemeinsam mit einer unterschriebenen Teilnahme Einwilligung der Probandin abgegeben wurden.

Die Teilnehmerinnen erhielten die Möglichkeit, sich durch ein Informationsblatt vorab über das Forschungsprojekt zu informieren (s. Anlagen). Daraufhin konnten sie in die Befragung einwilligen oder diese ablehnen. Eine schriftliche Teilnahme Einwilligung war zwingend notwendig, bevor der Fragebogen ausgefüllt werden konnte. Die Frauen wurden explizit über die Anonymität und Vertraulichkeit ihrer Angaben aufgeklärt sowie, dass die Befragung keinen Einfluss auf ihre weitere medizinische Behandlung haben würde.

## 2.4. Statistische Methoden/Analysen

Die Angaben aus den Fragebögen wurden im Rahmen der Datenaufbereitung in einer umfangreichen Vorarbeit auf Plausibilität geprüft und per Hand in eine Excel Tabelle übertragen und kodiert. Die Statistiksoftware SPSS (Statistical Product and Service Solutions, IBM; Version 22.0) wurde für die Datenanalyse und alle statistischen Tests verwendet. Für die graphische Darstellung wurde auch Excel 2016 genutzt.

Bei der statistischen Auswertung der einzelnen Fragen wurden verschiedene Auswertungsgruppen gebildet. So wurde jeweils Populationen aus Ost- und West-Berlin gegeneinander sowie der Zeitraum vor und nach 1990 miteinander verglichen. Zusätzlich wurde auch ein differenzierter Vergleich der Daten im Verlauf, getrennt nach Ost- und West-Berlin, in 1- bis 10- Jahresschritten durchgeführt.

Um einen Überblick über die Daten und Verteilungsunterschiede zu gewinnen sowie die Repräsentativität zu verifizieren, wurden zunächst die **Basisdaten** wie Wohnort, Geburtsjahr, Geburtsort, Alter der Mutter, Ausbildung und Beruf von Mutter und Vater statistisch untersucht. Zum Einsatz kam der Chi<sup>2</sup>- Test für Fragestellungen zu Verteilungsunterschieden zwischen Gruppen, z.B. Ost- versus West- Berlin oder vor und nach der Wende sowie Ost-/ West-Berlin jeweils im Verlauf; für kleine Fallzahl wurde der Fisher- Exakt Test verwendet. Als signifikant galten statistische Ergebnisse mit  $p \leq 0,05$ ; der Fehler 2. Art wurde für jeden Test mit  $\beta = 0,8$  festgelegt. Für Gruppenvergleiche mit kontinuierlicher Variablen kam der t-Test nach Student bei hinreichender Normalverteilung bzw. der U-Test nach Mann-Whitney bei nicht hinreichender Normalverteilung (laut Kolmogorov-Smirnov Test) zur Anwendung.

**Zusammenhänge zwischen den Variablen** wurden mittels Korrelation nach Spearman-Rho aufgezeigt und deren Einfluss auf die jeweils abhängige Variable in einer multivariaten Analyse durch eine schrittweise logistische Regression statistisch beurteilt<sup>1</sup>. So geht z.B. die abhängige Variable „schöne Geburtserfahrung“ dichotom in Bezug auf zuvor festgestellten signifikant korrelierenden Items in das Regressions-Modell ein, wobei sowohl das logistische Modell nach der „Einschlussmethode“ (alle Variablen gehen in das Modell ein) als auch der schrittweisen, rückwertigen Methode verwendet wurde. Bei letzterer gehen zunächst alle Items in das Modell ein und anschließend wird jeweils die Variable mit dem schwächsten oder nicht signifikanten Anteil am Modell ausgeschlossen, so lange, bis die Güte des signifikanten Modells sich nicht weiter verbessert lässt.

---

<sup>1</sup> Die logistische Regression dient dem Erkennen, welche Items- bzw. Variablen- Kombinationen einen besonders ausgeprägten Einfluss haben sowie die Berechnung der Wahrscheinlichkeit, dass der Effekt eintritt, in Abhängigkeit durch die logistische Regression gewichteter Einflussgrößen (Backhaus 2000: 104-144).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Untersuchungskollektiv

##### 3.1.1. Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes

Mütter in Ost-Berlin waren in den letzten 20 Jahren vor der Wende im Mittel 4 Jahre jünger bei der Geburt ihres ersten Kindes. Nach 1990 verschwanden diese Unterschiede zunehmend, nach 10 Jahren waren sie nicht mehr signifikant; nach 20 Jahren war der Median des Alters sogar 1 Jahr höher im Osten (Tabelle 3, Abbildung 1).

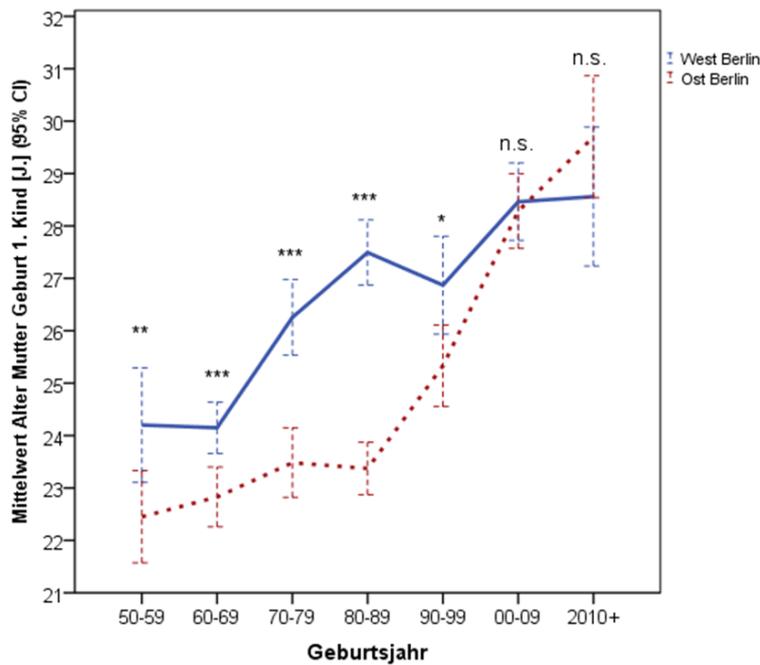
**Tabelle 3:** Alter der Mutter bei der Geburt des 1. Kindes in 10-Jahresschritten

	West-Berlin				Ost-Berlin				U-Test	
	N	Mean	Median	SD	N	Mean	Median	SD	tv	p
50-59	85	24,2	<b>24,0</b>	5,1	62	22,5	<b>21,0</b>	3,5	2,6	0,009
60-69	229	24,1	<b>24,0</b>	3,8	128	22,8	<b>22,0</b>	3,3	3,6	≤0,001
70-79	165	26,3	<b>###26,0</b>	4,7	143	23,5	<b>22,0</b>	4,0	5,8	≤0,001
80-89	215	27,5	<b>##27,0</b>	4,6	196	23,4	<b>23,0</b>	3,6	9,4	≤0,001
90-99	138	26,9	<b>27,0</b>	5,5	127	25,3	<b>\$\$\$25,0</b>	4,4	2,5	0,013
00-09	210	28,5	<b>#29,0</b>	5,4	219	28,3	<b>\$\$\$28,0</b>	5,4	0,63	0,531
2010+	66	28,6	<b>29,0</b>	5,4	64	29,7	<b>\$30,0</b>	4,7	1,4	0,135

Signifikanzniveaus (U-Test zw. Ost-West): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (U-Test zw. Entbindungsjahren Ost-Berlin): §≤0,05; §§≤0,01; \$\$\$≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (U-Test zw. Entbindungsjahren West-Berlin): #≤0,05; ##≤0,01; ###≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



Signifikanzniveaus (U-Test zw. Ost-West): \* $\leq 0,05$ ; \*\* $\leq 0,01$ ; \*\*\* $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 1:** Mittelwert Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes

### 3.1.2. Schulabschluss der Mutter

Im Osten besaßen Mütter vor der Wende häufiger einen höheren Bildungsabschluss als im Westen: 34,8 % hatten einen Fachhochschulabschluss und 8,3 % einen Hochschulabschluss. In West-Berlin hatten 19,7 % der Mütter einen Fachhochschulabschluss und 6,1 % einen Hochschulabschluss (Tabelle 4). Der überwiegende Anteil der Mütter hatte in beiden Stadtteilen einen Hauptschul-/Realschulabschluss; Ost: 43,3 % versus West: 62,0 % (Chi<sup>2</sup>-Test:  $\chi^2=47,7$ ;  $p\leq 0,001$ ).

Nach der Wende (1990) sind die Unterschiede im Bildungsabschluss der Mütter zwischen Ost- und West-Berlin nicht mehr signifikant (Chi<sup>2</sup>-Test:  $\chi^2=5,4$ ;  $p=0,365$ ).

Die Veränderung des Bildungsniveaus war im Osten besonders auffällig. Es erfolgte eine signifikante Veränderung in fast allen Kategorien ( $tv=87,8$ ;  $p\leq 0,001$ ). Nach 1990 nahm im Osten der Anteil der Mütter mit Abitur (+7 %) und Hochschulabschluss (+16 %) signifikant zu. Einen Fachhochschulabschluss besaßen nach der Wende signifikant weniger Erstgebärende (-56 %).

Im Westen nahm nach 1990 der Abiturabschluss (+9 %) und der Hochschulabschluss (+15 %) der Mütter zu ( $tv= 90,1$ ;  $p\leq 0,001$ ) (Tabelle 4).

**Tabelle 4:** Schulabschluss der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes (vor / nach 1990)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
<b>&lt; 1990</b>	Keine Ausbildung	13	<b>2,0</b>	8	<b>1,6</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	406	<b>62,0</b>	220	<b>43,3</b>
	Abitur	67	<b>10,2</b>	61	<b>12,0</b>
	Fachhochschulabschluss	129	<b>19,7</b>	177	<b>34,8</b>
	Hochschulabschluss	40	<b>6,1</b>	42	<b>8,3</b>
<b>≥1990</b>	Keine Ausbildung	18	<b>#4,4</b>	8	<b>2,0</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	177	<b>###43,1</b>	169	<b>41,4</b>
	Abitur	80	<b>##19,5</b>	77	<b>\$18,9</b>
	Fachhochschulabschluss	51	<b>#12,4</b>	54	<b>\$\$\$13,2</b>
	Hochschulabschluss	85	<b>###20,7</b>	100	<b>\$\$24,5</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

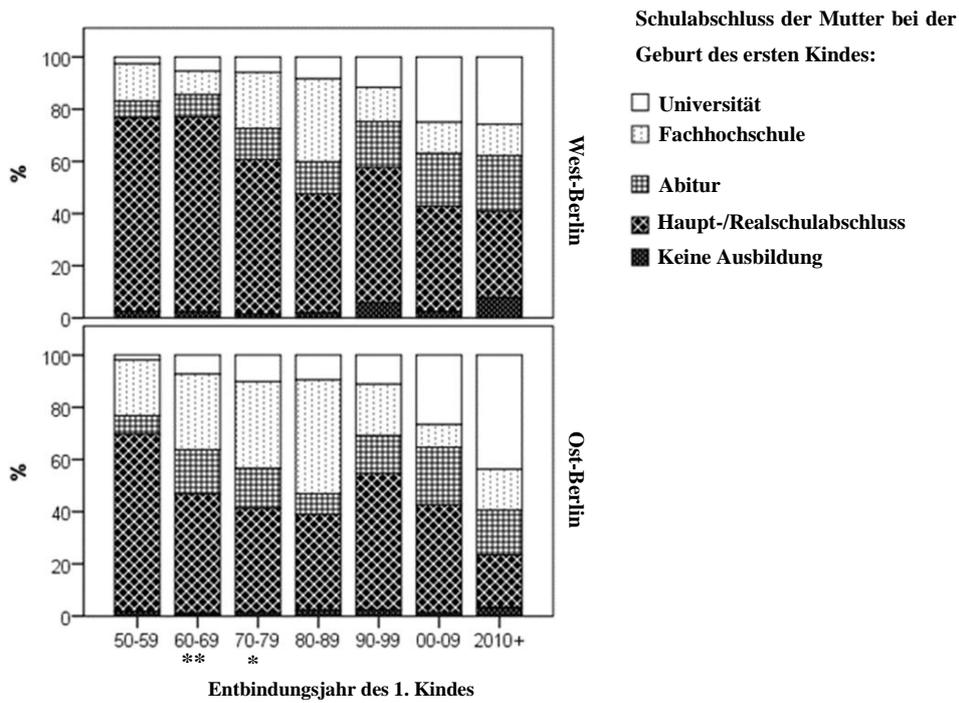
Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>\$\$</sup>≤0,01; <sup>\$\$\$</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): #≤0,05; ##≤0,01; ###≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 5:** Schulabschluss der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes (in Dekaden)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s. 50-59	Keine Ausbildung	2	<b>2,6</b>	1	<b>1,8</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	57	<b>74,0</b>	38	<b>67,9</b>
	Abitur	5	<b>6,5</b>	4	<b>7,1</b>
	Fachhochschulabschluss	11	<b>14,3</b>	12	<b>21,4</b>
	Hochschulabschluss	2	<b>2,6</b>	1	<b>1,8</b>
*** 60-69	Keine Ausbildung	5	<b>2,3</b>	1	<b>0,8</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	165	<b>74,7</b>	57	*** <b>46,0</b>
	Abitur	19	<b>8,6</b>	21	<b>16,9</b>
	Fachhochschulabschluss	20	<b>9,0</b>	36	** <b>29,0</b>
	Hochschulabschluss	12	<b>5,4</b>	9	<b>7,3</b>
* 70-79	Keine Ausbildung	2	<b>1,3</b>	2	<b>1,4</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	91	<b>59,5</b>	55	** <b>39,9</b>
	Abitur	18	<b>11,8</b>	21	<b>15,2</b>
	Fachhochschulabschluss	33	<b>21,6</b>	46	* <b>33,3</b>
	Hochschulabschluss	9	<b>5,9</b>	14	<b>10,1</b>
n.s. 80-89	Keine Ausbildung	4	<b>2,0</b>	4	<b>2,1</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	93	<b>45,6</b>	70	<b>36,8</b>
	Abitur	25	<b>12,3</b>	15	<b>7,9</b>
	Fachhochschulabschluss	65	<b>31,9</b>	83	<b>43,7</b>
	Hochschulabschluss	17	<b>8,3</b>	18	<b>9,5</b>
n.s. 90-99	Keine Ausbildung	8	<b>5,8</b>	3	<b>2,4</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	71	<b>51,8</b>	66	<b>52,4</b>
	Abitur	24	<b>17,5</b>	18	<b>14,3</b>
	Fachhochschulabschluss	18	<b>13,1</b>	25	<b>19,8</b>
	Hochschulabschluss	16	<b>11,7</b>	14	<b>11,1</b>
n.s. 00-09	Keine Ausbildung	5	<b>2,4</b>	3	<b>1,4</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	84	<b>40,4</b>	90	<b>41,3</b>
	Abitur	42	<b>20,2</b>	48	<b>22,0</b>
	Fachhochschulabschluss	25	<b>12,0</b>	19	<b>8,7</b>
	Hochschulabschluss	52	<b>25,0</b>	58	<b>26,6</b>
n.s. 2010+	Keine Ausbildung	5	<b>7,6</b>	2	<b>3,1</b>
	Hauptschul-/Realschulabschluss	22	<b>33,3</b>	13	<b>20,3</b>
	Abitur	14	<b>21,2</b>	11	<b>17,2</b>
	Fachhochschulabschluss	8	<b>12,1</b>	10	<b>15,6</b>
	Hochschulabschluss	17	<b>25,8</b>	28	<b>43,8</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



**Abbildung 2:** Schulabschluss der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes

### 3.1.3. Berufliche Stellung der Mutter

Es zeigten sich weder vor ( $tv=4,2$ ;  $p=0,236$ ), noch nach der Wende ( $tv=3,2$ ;  $p=0,366$ ) signifikante Verteilungsunterschiede im  $\chi^2$ -Test hinsichtlich der beruflichen Stellung der Mutter zwischen Ost- und Westberlin (Tabelle 6).

Der Anteil der Auszubildenden und Selbstständigen nahm nach der Wende im Westen zu, der der Angestellten ab ( $tv=11,2$ ;  $p=0,011$ ). Im Osten war nur die Zunahme der Selbstständigkeit hochsignifikant ( $tv=24,4$ ;  $p \leq 0,001$ ).

**Tabelle 6:** Berufliche Stellung der Mutter bei Geburt des ersten Kindes (vor / nach 1990)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
< 1990	Arbeiterin	55	<b>8,8</b>	49	<b>9,6</b>
	Angestellte	497	<b>79,6</b>	403	<b>79,2</b>
	Selbstständig	12	<b>1,9</b>	3	<b>0,6</b>
	Auszubildende	60	<b>9,6</b>	54	<b>10,6</b>
≥1990	Arbeiterin	27	<b>7,4</b>	23	<b>6,0</b>
	Angestellte	267	<b>#73,6</b>	300	<b>78,1</b>
	Selbstständig	15	<b>#4,1</b>	18	<b>\$\$\$4,7</b>
	Auszubildende	54	<b>#14,9</b>	43	<b>11,2</b>

Signifikanzniveaus ( $\chi^2$ -Test zw. Ost-Westberlin): \* $\leq 0,05$ ; \*\* $\leq 0,01$ ; \*\*\* $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

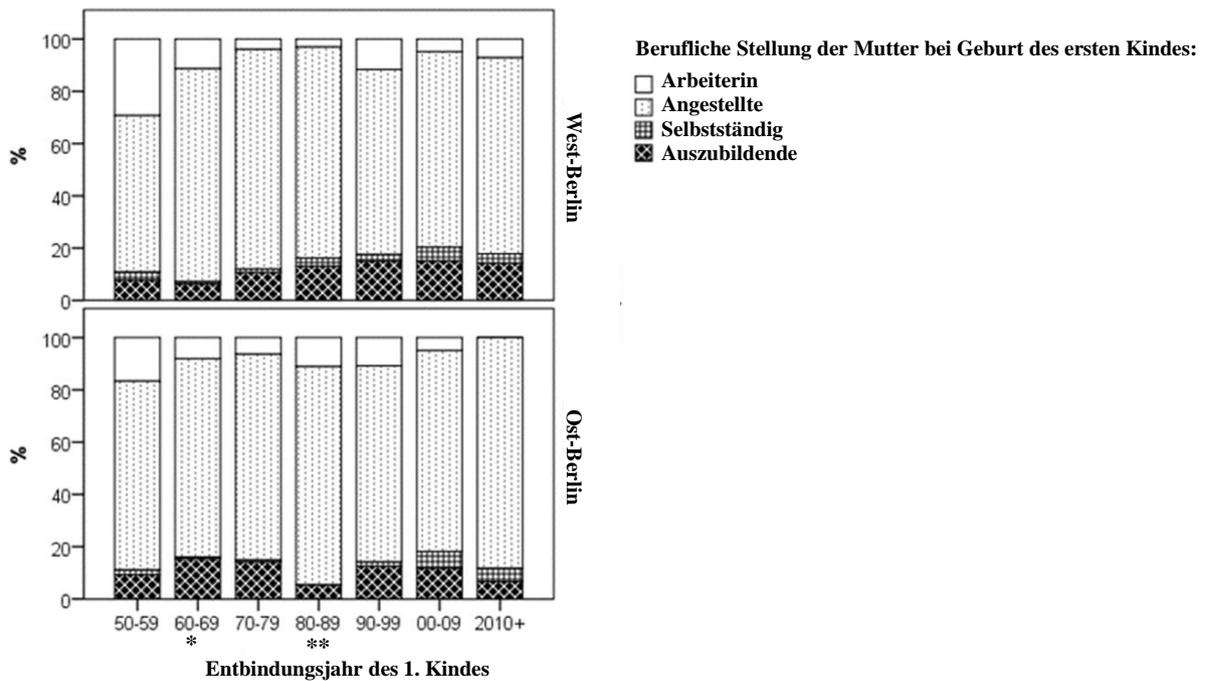
Signifikanzniveaus ( $\chi^2$ -Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin):  $\leq 0,05$ ;  $\leq 0,01$ ;  $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus ( $\chi^2$ -Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin):  $\leq 0,05$ ;  $\leq 0,01$ ;  $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 7:** Berufliche Stellung der Mutter bei Geburt des ersten Kindes (in Dekaden)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s. 50-59	Arbeiterin	19	<b>29,2</b>	9	<b>16,7</b>
	Angestellte	39	<b>60,0</b>	39	<b>72,2</b>
	Selbstständig	2	<b>3,1</b>	1	<b>1,9</b>
	Auszubildende	5	<b>7,7</b>	5	<b>9,3</b>
* 60-69	Arbeiterin	24	<b>11,4</b>	10	<b>8,1</b>
	Angestellte	172	<b>81,5</b>	94	<b>75,8</b>
	Selbstständig	2	<b>0,9</b>	1	<b>0,8</b>
	Auszubildende	13	<b>6,2</b>	19	<b>*15,3</b>
n.s. 70-79	Arbeiterin	6	<b>4,0</b>	9	<b>6,4</b>
	Angestellte	126	<b>84,0</b>	111	<b>78,7</b>
	Selbstständig	2	<b>1,3</b>	1	<b>0,7</b>
	Auszubildende	16	<b>10,7</b>	20	<b>14,2</b>
*** 80-89	Arbeiterin	6	<b>3,0</b>	21	<b>**11,1</b>
	Angestellte	160	<b>80,8</b>	159	<b>83,7</b>
	Selbstständig	6	<b>3,0</b>	0	<b>*0,0</b>
	Auszubildende	26	<b>13,1</b>	10	<b>*5,3</b>
n.s. 90-99	Arbeiterin	14	<b>11,7</b>	13	<b>10,8</b>
	Angestellte	85	<b>70,8</b>	90	<b>75,0</b>
	Selbstständig	3	<b>2,5</b>	2	<b>1,7</b>
	Auszubildende	18	<b>15,0</b>	15	<b>12,5</b>
n.s. 00-09	Arbeiterin	9	<b>4,8</b>	10	<b>4,9</b>
	Angestellte	140	<b>74,9</b>	157	<b>77,0</b>
	Selbstständig	10	<b>5,3</b>	13	<b>6,4</b>
	Auszubildende	28	<b>15,0</b>	24	<b>11,8</b>
n.s. 2010+	Arbeiterin	4	<b>7,1</b>	0	<b>0,0</b>
	Angestellte	42	<b>75,0</b>	53	<b>88,3</b>
	Selbstständig	2	<b>3,6</b>	3	<b>5,0</b>
	Auszubildende	8	<b>14,3</b>	4	<b>6,7</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s

**Abbildung 3:** Berufliche Stellung der Mutter bei Geburt des ersten Kindes

### 3.1.4. Schulabschluss des Vaters

Vor der Wende fanden sich hinsichtlich des Bildungsabschlusses des Vaters keine signifikanten Unterschiede ( $t_v=4,8$ ;  $p=0,311$ ) zwischen West- und Ost-Berlin (Tabelle 8). In beiden Teilen der Stadt besaß der überwiegende Anteil der Väter einen Real- bzw. Hauptschulabschluss (Ost: 51,4 %; West: 51,3 %), gefolgt von einem Fachhochschulabschluss (Ost: 25,7 %; West: 22,3 %).

Nach der Wende (1990) hatte der überwiegende Anteil der Väter ebenfalls einen Real- bzw. Hauptschulabschluss (Ost: 42,3 %; West: 38,0 %) sowie einen Universitätsabschluss (Ost: 25,7 %; West: 24,9 %) inne. Auffällig ist eine deutlich größere Anzahl an Vätern im Westen, die keine Ausbildung besaßen (Ost: 2,3 %; West: 7,3 %).

Die Veränderung des Bildungsniveaus war sowohl im Osten als auch im Westen auffällig. Es erfolgte eine signifikante Veränderung in fast allen Kategorien (West:  $t_v=81,5$ ;  $p\leq 0,001$ ; Ost: ( $t_v=68,2$ ;  $p\leq 0,001$ )). Nach 1990 nahm im Osten der Anteil der Väter mit Abitur (+8,4 %) und Hochschulabschluss (+15,2 %) signifikant zu. Einen Fachhochschulabschluss besaßen nach der Wende signifikant weniger Väter (-14,8 %).

Im Westen nahm nach 1990 der Abiturabschluss (+5 %) und der Hochschulabschluss (+15,1 %) der Väter zu ( $t_v= 90,1$ ;  $p\leq 0,001$ ) (Tabelle 8).

**Tabelle 8:** Schulabschluss des Vaters (vor / nach 1990) bei der Geburt des ersten Kindes

		West- Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
< 1990	Keine Ausbildung	15	<b>2,4</b>	10	<b>2,1</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	324	<b>51,3</b>	250	<b>51,4</b>
	Abitur	89	<b>14,1</b>	50	<b>10,3</b>
	Fachhochschule	141	<b>22,3</b>	125	<b>25,7</b>
	Universität	62	<b>9,8</b>	51	<b>10,5</b>
≥1990	Keine Ausbildung	29	<b>#7,3</b>	9	<b>2,3</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	151	<b>##38,0</b>	163	<b>\$42,3</b>
	Abitur	76	<b>#19,1</b>	72	<b>\$18,7</b>
	Fachhochschule	42	<b>##10,6</b>	42	<b>\$\$10,9</b>
	Universität	99	<b>###24,9</b>	99	<b>\$\$\$25,7</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

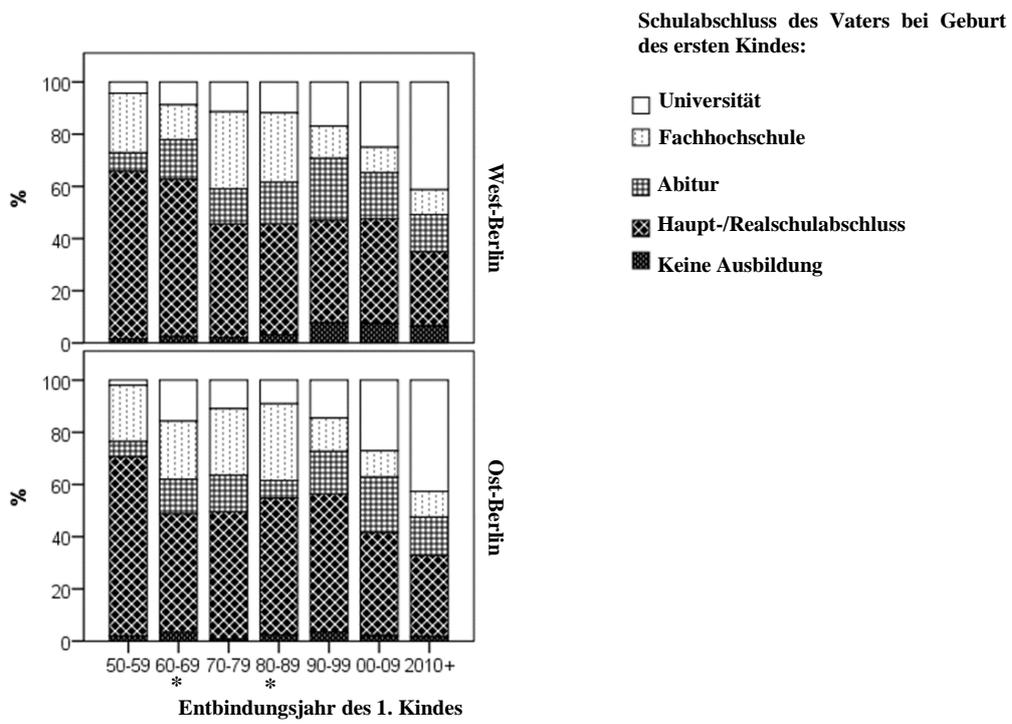
Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>\$\$</sup>≤0,01; <sup>\$\$\$</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): #≤0,05; ##≤0,01; ###≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 9:** Schulabschluss des Vaters (in Dekaden) bei Geburt des ersten Kindes

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s. 50-59	Keine Ausbildung	1	<b>1,4</b>	1	<b>2,0</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	45	<b>64,3</b>	35	<b>68,6</b>
	Abitur	5	<b>7,1</b>	3	<b>5,9</b>
	Fachhochschule	16	<b>22,9</b>	11	<b>21,6</b>
	Universität	3	<b>4,3</b>	1	<b>2,0</b>
* 60-69	Keine Ausbildung	5	<b>2,3</b>	4	<b>3,3</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	131	<b>60,4</b>	55	<b>45,5</b>
	Abitur	33	<b>15,2</b>	16	<b>13,2</b>
	Fachhochschule	29	<b>13,4</b>	27	<b>*22,3</b>
	Universität	19	<b>8,8</b>	19	<b>15,7</b>
n.s. 70-79	Keine Ausbildung	3	<b>2,0</b>	1	<b>0,7</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	65	<b>43,6</b>	67	<b>48,9</b>
	Abitur	20	<b>13,4</b>	19	<b>13,9</b>
	Fachhochschule	44	<b>29,5</b>	35	<b>25,5</b>
	Universität	17	<b>11,4</b>	15	<b>10,9</b>
* 80-89	Keine Ausbildung	6	<b>3,1</b>	4	<b>2,3</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	83	<b>42,6</b>	93	<b>52,5</b>
	Abitur	31	<b>15,9</b>	12	<b>*6,8</b>
	Fachhochschule	52	<b>26,7</b>	52	<b>29,4</b>
	Universität	23	<b>11,8</b>	16	<b>9,0</b>
n.s. 90-99	Keine Ausbildung	10	<b>7,7</b>	4	<b>3,4</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	51	<b>39,2</b>	62	<b>53,0</b>
	Abitur	31	<b>23,8</b>	19	<b>16,2</b>
	Fachhochschule	16	<b>12,3</b>	15	<b>12,8</b>
	Universität	22	<b>16,9</b>	17	<b>14,5</b>
n.s. 00-09	Keine Ausbildung	15	<b>7,4</b>	4	<b>1,9</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	82	<b>40,2</b>	82	<b>39,6</b>
	Abitur	36	<b>17,6</b>	44	<b>21,3</b>
	Fachhochschule	20	<b>9,8</b>	21	<b>10,1</b>
	Universität	51	<b>25,0</b>	56	<b>27,1</b>
n.s. 2010+	Keine Ausbildung	4	<b>6,3</b>	1	<b>1,6</b>
	Haupt-/Realschulabschluss	18	<b>28,6</b>	19	<b>31,1</b>
	Abitur	9	<b>14,3</b>	9	<b>14,8</b>
	Fachhochschule	6	<b>9,5</b>	6	<b>9,8</b>
	Universität	26	<b>41,3</b>	26	<b>42,6</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 4:** Schulabschluss des Vaters bei Geburt des ersten Kindes

### 3.1.5. Berufliche Stellung des Vaters

Vor der Wende waren im Westen deutlich mehr Väter als Selbständige tätig als im Osten (+ 4,3 %) sowie im Osten deutlich mehr Arbeiter im Beschäftigungsverhältnis als im Westen (+10 %) (tv= 24,4;  $p \leq 0,001$ ); (Tabelle 10).

Nach der Wende gibt es keine signifikanten Unterschiede mehr (tv= 4,4;  $p=0,217$ ). Im Osten nahm der Anteil an Arbeitern hochsignifikant ab (-19 %) sowie der Anteil der Selbständigen hochsignifikant zu (+13,5 %) (tv=24,4;  $p \leq 0,001$ ); im Westen zeigte sich eine ähnliche Entwicklung, der Anteil an Arbeitern (-11,8 %) nahm auch hier ab. Eine Zunahme der Selbstständigkeit (+5,3 %) und eine Zunahme der Väter im Angestelltenverhältnis (+7,3 %) war auch im Westen zu verzeichnen.

**Tabelle 10:** Berufliche Stellung des Vaters (vor / nach 1990) bei Geburt des 1. Kindes

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
< 1990	Arbeiter	166	<b>25,7</b>	179	<b>**35,7</b>
	Angestellter	382	<b>59,2</b>	273	<b>54,4</b>
	Selbstständig	37	<b>5,7</b>	7	<b>***1,4</b>
	Auszubildender	60	<b>9,3</b>	43	<b>8,6</b>
≥1990	Arbeiter	53	<b>##13,9</b>	64	<b>\$\$\$16,7</b>
	Angestellter	254	<b>#66,5</b>	232	<b>60,6</b>
	Selbstständig	42	<b>#11,0</b>	57	<b>\$\$\$14,9</b>
	Auszubildender	33	<b>8,6</b>	30	<b>7,8</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \* $\leq 0,05$ ; \*\* $\leq 0,01$ ; \*\*\* $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

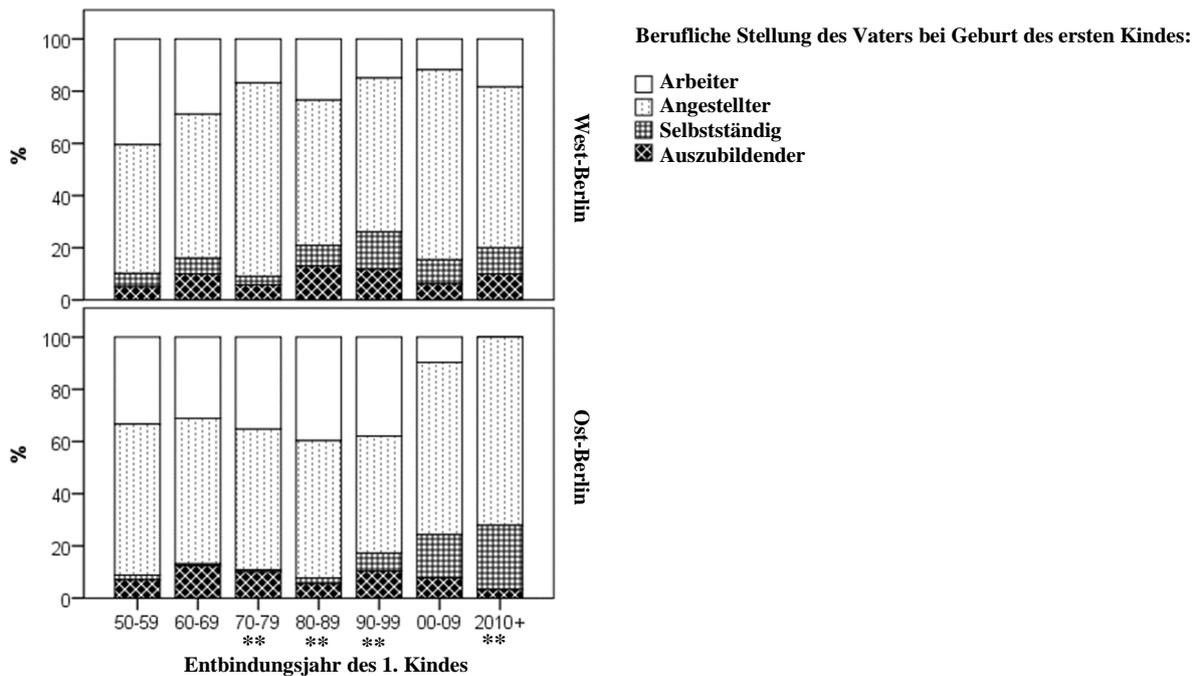
Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup> $\leq 0,05$ ; <sup>§§</sup> $\leq 0,01$ ; <sup>§§§</sup> $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): # $\leq 0,05$ ; ## $\leq 0,01$ ; ### $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 11:** Berufliche Stellung des Vaters (in Dekaden) bei Geburt des ersten Kindes

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s. 50-59	Arbeiter	32	<b>40,5</b>	19	<b>33,3</b>
	Angestellter	39	<b>49,4</b>	33	<b>57,9</b>
	Selbstständig	4	<b>5,1</b>	1	<b>1,8</b>
	Auszubildender	4	<b>5,1</b>	4	<b>7,0</b>
n.s. 60-69	Arbeiter	63	<b>28,8</b>	38	<b>31,1</b>
	Angestellter	121	<b>55,3</b>	68	<b>55,7</b>
	Selbstständig	13	<b>5,9</b>	1	<b>0,8</b>
	Auszubildender	22	<b>10,0</b>	15	<b>12,3</b>
*** 70-79	Arbeiter	26	<b>16,8</b>	49	<b>**35,3</b>
	Angestellter	115	<b>74,2</b>	75	<b>**54,0</b>
	Selbstständig	5	<b>3,2</b>	1	<b>0,7</b>
	Auszubildender	9	<b>5,8</b>	14	<b>10,1</b>
*** 80-89	Arbeiter	45	<b>23,4</b>	73	<b>**39,7</b>
	Angestellter	107	<b>55,7</b>	97	<b>52,7</b>
	Selbstständig	15	<b>7,8</b>	4	<b>*2,2</b>
	Auszubildender	25	<b>13,0</b>	10	<b>*5,4</b>
*** 90-99	Arbeiter	19	<b>15,0</b>	44	<b>**37,9</b>
	Angestellter	75	<b>59,1</b>	52	<b>*44,8</b>
	Selbstständig	18	<b>14,2</b>	8	<b>6,9</b>
	Auszubildender	15	<b>11,8</b>	12	<b>10,3</b>
n.s. 00-09	Arbeiter	23	<b>11,8</b>	20	<b>9,7</b>
	Angestellter	142	<b>72,8</b>	136	<b>66,0</b>
	Selbstständig	18	<b>9,2</b>	34	<b>16,5</b>
	Auszubildender	12	<b>6,2</b>	16	<b>7,8</b>
*** 2010+	Arbeiter	11	<b>18,3</b>	0	<b>**0,0</b>
	Angestellter	37	<b>61,7</b>	44	<b>72,1</b>
	Selbstständig	6	<b>10,0</b>	15	<b>*24,6</b>
	Auszubildender	6	<b>10,0</b>	2	<b>3,3</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>§§</sup>≤0,01; <sup>§§§</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.  
 Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): <sup>#</sup>≤0,05; <sup>##</sup>≤0,01; <sup>###</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s

**Abbildung 5:** Berufliche Stellung des Vaters bei Geburt des 1. Kindes

### 3.1.6. Informationsverhalten vor und während der Schwangerschaft

Vor 1990 informierten sich signifikant häufiger Ost-Berlinerinnen (99,0 %) über die Schwangerschaft und Geburt als West-Berlinerinnen (96,0 %; tv=10,1; p≤0,001) (Tabelle 12).

Nach der Wende war der Unterschied statistisch nicht mehr signifikant (tv=0,18; p=0,742). Sich über Schwangerschaft und Geburt zu informieren, zeigte im zeitlichen Verlauf im Westen keine signifikanten Unterscheide (tv=0,10; p=0,749), während die Abnahme im Osten von 99 % auf 96 % signifikant war (tv=8,8; p=0,003).

**Tabelle 12:** Information vor der ersten Geburt über Schwangerschaft und Geburt (vor/nach 1990)?

		West-Berlin		Ost-Berlin		Total	
		N	%	N	%	N	%
< 1990	ja	656	<b>96,0</b>	513	<b>99,0</b>	1169	<b>97,3</b>
	nein	27	<b>4,0</b>	5	<b>1,0</b>	32	<b>2,7</b>
	Total	683	<b>100,0</b>	518	<b>100,0</b>	1201	<b>**100,0</b>
≥1990	ja	396	<b>95,7</b>	395	<b>96,1</b>	791	<b>95,9</b>
	nein	18	<b>4,3</b>	16	<b>3,9</b>	34	<b>4,1</b>
	Total	414	<b>100,0</b>	411	<b>§§100,0</b>	825	<b>100,0</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

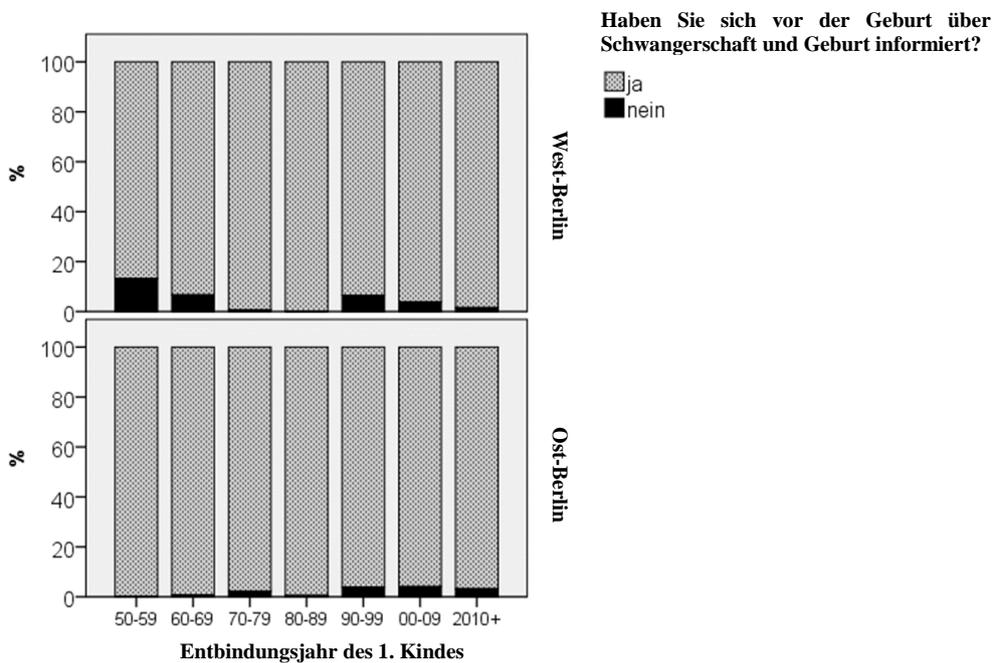
Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): §≤0,05; §§≤0,01; §§§≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): #≤0,05; ##≤0,01; ###≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 13:** Haben Sie sich vor der Geburt über Schwangerschaft und Geburt informiert (in Dekaden)?

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
50-59	ja	72	<b>86,7</b>	62	<b>**100,0</b>
	nein	11	13,3	0	0,0
60-69	ja	210	<b>93,3</b>	121	<b>*99,2</b>
	nein	15	6,7	1	0,8
70-79	ja	162	<b>99,4</b>	135	n.s. <b>97,8</b>
	nein	1	0,6	3	2,2
80-89	ja	212	<b>100,0</b>	195	n.s. <b>99,5</b>
	nein	0	0,0	1	0,5
90-99	ja	130	<b>93,5</b>	124	n.s. <b>96,1</b>
	nein	9	6,5	5	3,9
00-09	ja	201	<b>96,2</b>	210	n.s. <b>95,9</b>
	nein	8	3,8	9	4,1
2010+	ja	65	<b>98,5</b>	61	n.s. <b>96,8</b>
	nein	1	1,5	2	3,2

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



**Abbildung 6:** Information vor der ersten Geburt über Schwangerschaft und Geburt?

Hinsichtlich der genutzten Informationsquellen über die Geburt zeigten sich vor 1990 hochsignifikante Unterschiede zwischen Ost- und West-Berlin ( $t_v=25,2$ ;  $p=0\leq 0,001$ ). Im Osten erfolgte vor der Wende eine niedrigere Nutzung moderner Medien (Fernsehen, Radio, Internet) im Vergleich

zum Westen ( $tv=10,1$ ;  $p\leq 0,001$ ), dies glich sich nach der Wende jedoch an ( $tv=0,18$ ;  $p=0,742$ ). Die Mütter aus Ost- und West-Berlin bezogen vor der Wende ihre Informationen überwiegend vom Arzt (West: 66 %; Ost: 66 %) (Tabelle 14). Nach der Wende nahm der Informationsbezug durch den Arzt ab (West: -10 %; Ost: 16,3 %) ( $tv=17,0$ ;  $p=0,004$ ), wobei im Westen weiterhin ein höherer Informationsbezug durch Ärzte stattfindet.

Bücher und Magazine nahmen als wichtigste Informationsquelle der werdenden Mütter zu (West: +21 %; Ost: +25 %), ebenso ist eine vermehrte Information über die Hebamme (West: +18 %; Ost: +32 %) und Verwandte/Bekanntes (West: +10,1 %; Ost: +13 %) zu verzeichnen.

Die Veränderungen vor und nach der Wende waren sowohl im Westen ( $tv=155,0$ ;  $p\leq 0,001$ ), als auch im Osten ( $tv=198,0$ ;  $p\leq 0,001$ ) hochsignifikant.

**Tabelle 14:** Informationsquelle über Schwangerschaft und Geburt (vor / nach 1990)

		West-Berlin		Ost-Berlin		Total	
		N	%	N	%	N	%
< 1990	Verwandte/Bekanntes	177	<b>29,6</b>	142	<b>29,8</b>	319	<b>29,7</b>
	Hebamme	197	<b>32,9</b>	137	<b>28,7</b>	334	<b>31,1</b>
	Arzt	395	<b>66,1</b>	314	<b>65,8</b>	709	<b>66,0</b>
	moderne Medien	141	<b>23,6</b>	59	<b>12,4</b>	200	<b>**18,6</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	235	<b>39,3</b>	206	<b>43,2</b>	441	<b>41,0</b>
	Total	598	<b>100,0</b>	477	<b>100,0</b>	1075	<b>***100,0</b>
≥1990	Verwandte/Bekanntes	156	<b>39,7</b>	166	<b>43,0</b>	322	<b>41,3</b>
	Hebamme	199	<b>50,6</b>	233	<b>60,4</b>	432	<b>55,5</b>
	Arzt	221	<b>56,2</b>	192	<b>49,7</b>	413	<b>*53,0</b>
	moderne Medien	19	<b>4,8</b>	16	<b>4,1</b>	35	<b>4,5</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	237	<b>60,3</b>	263	<b>68,1</b>	500	<b>64,2</b>
	Total	393	<b>###100,0</b>	386	<b>\$\$\$100,0</b>	779	<b>**100,0</b>

§Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \* $\leq 0,05$ ; \*\* $\leq 0,01$ ; \*\*\* $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

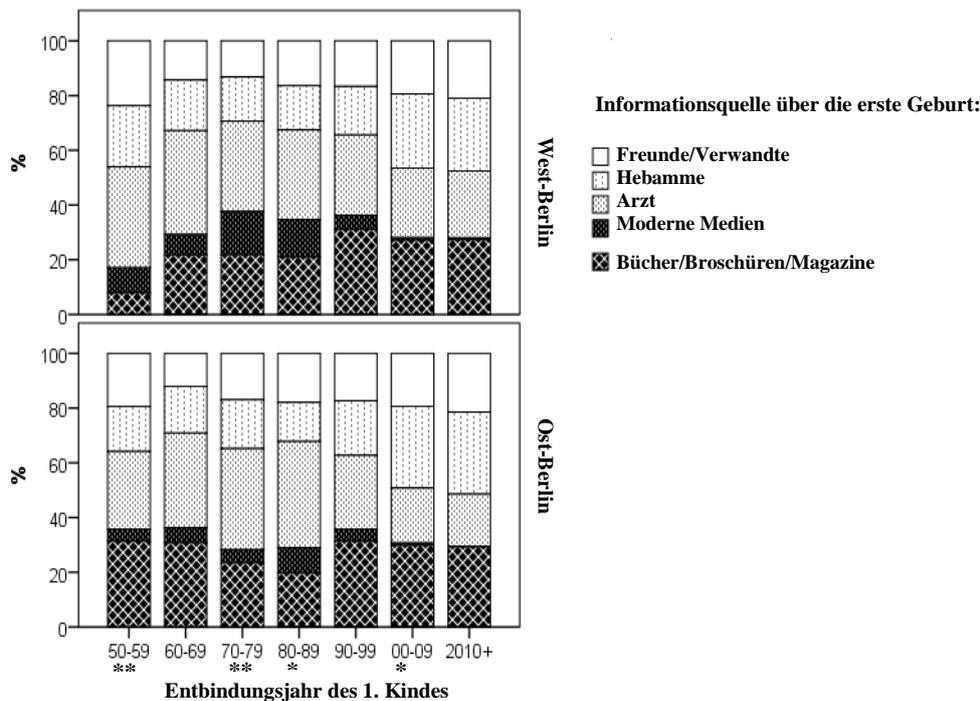
Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): § $\leq 0,05$ ; §§ $\leq 0,01$ ; §§§ $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): # $\leq 0,05$ ; ## $\leq 0,01$ ; ### $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 15:** Informationsquelle über Schwangerschaft und Geburt (in Dekaden)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
**50-59	Verwandte/Bekannte	18	<b>32,7</b>	13	<b>28,3</b>
	Hebamme	17	<b>30,9</b>	11	<b>23,9</b>
	Arzt	28	<b>50,9</b>	19	<b>41,3</b>
	moderne Medien	7	<b>12,7</b>	3	<b>6,5</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	6	<b>10,9</b>	21	<b>45,7</b>
n.s.60-69	Verwandte/Bekannte	44	<b>24,4</b>	22	<b>20</b>
	Hebamme	57	<b>31,7</b>	31	<b>28,2</b>
	Arzt	117	<b>65,0</b>	63	<b>57,3</b>
	moderne Medien	23	<b>12,8</b>	10	<b>9,1</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	69	<b>38,3</b>	56	<b>50,9</b>
***70-79	Verwandte/Bekannte	40	<b>26,1</b>	39	<b>30,0</b>
	Hebamme	49	<b>32,0</b>	41	<b>31,5</b>
	Arzt	100	<b>65,4</b>	85	<b>65,4</b>
	moderne Medien	48	<b>31,4</b>	11	<b>8,5</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	66	<b>43,1</b>	56	<b>43,1</b>
*80-89	Verwandte/Bekannte	75	<b>35,7</b>	68	<b>35,6</b>
	Hebamme	74	<b>35,2</b>	54	<b>28,3</b>
	Arzt	150	<b>71,4</b>	147	<b>77,0</b>
	moderne Medien	63	<b>30,0</b>	35	<b>18,3</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	96	<b>45,7</b>	76	<b>39,8</b>
n.s.90-99	Verwandte/Bekannte	46	<b>35,4</b>	47	<b>38,2</b>
	Hebamme	49	<b>37,7</b>	54	<b>43,9</b>
	Arzt	81	<b>62,3</b>	73	<b>59,3</b>
	moderne Medien	14	<b>10,8</b>	12	<b>9,8</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	96	<b>73,8</b>	98	<b>79,7</b>
*00-09	Verwandte/Bekannte	80	<b>40,0</b>	89	<b>43,4</b>
	Hebamme	113	<b>56,5</b>	137	<b>66,8</b>
	Arzt	105	<b>52,5</b>	92	<b>44,9</b>
	moderne Medien	4	<b>2,0</b>	4	<b>2,0</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	128	<b>64,0</b>	159	<b>77,6</b>
n.s.2010+	Verwandte/Bekannte	30	<b>47,6</b>	30	<b>51,7</b>
	Hebamme	38	<b>60,3</b>	42	<b>72,4</b>
	Arzt	35	<b>55,6</b>	27	<b>46,6</b>
	moderne Medien	1	<b>1,6</b>	0	<b>0</b>
	Bücher / Broschüren / Zeitschriften	42	<b>66,7</b>	47	<b>81</b>

§Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen Signifikanzniveau (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 7:** Informationsquellen über die Geburt

### 3.1.7. Geburtsort

Obwohl der überwiegende Anteil der Mütter vor 1990 (Ost: 97,9 %; West: 98,6 %) im Krankenhaus entbunden wurde, gab es signifikante Verteilungsunterschiede im Chi<sup>2</sup>-Test ( $\chi=6,23$ ;  $p=0,044$ ) (Tabelle 16). Entbindungen in einem Geburtshaus wurden von 0,6 % der Mütter im Westen, aber nicht im Osten, angegeben. Nach 1990 gab es keine signifikanten Verteilungsunterschiede mehr zwischen Ost- und West-Berlin ( $\chi=2,39$ ;  $p=0,300$ ).

Nach wie vor ist die Klinikentbindung zwar sowohl in Ost- als auch in West-Berlin der häufigste Geburtsort, hat aber signifikant abgenommen (Ost: -3 %; West: -5 %). Des Weiteren haben sowohl im Osten (+3 %) als auch im Westen (+5 %) die Geburtshäuser als Entbindungsort signifikant zugenommen ( $\chi=26,6$ ;  $p\leq 0,001$ ) als auch in Ost-Berlin ( $\chi=17,5$ ;  $p\leq 0,001$ ).

**Tabelle 16:** Geburtsort (vor / nach 1990) beim ersten Kind

		West-Berlin		Ost-Berlin		Total	
		N	%	N	%	N	%
< 1990	Zuhause	6	<b>0,9</b>	11	<b>2,1</b>	17	<b>1,4</b>
	Geburtshaus	4	<b>0,6</b>	0	<b>0,0</b>	4	<b>0,3</b>
	Krankenhaus	684	<b>98,6</b>	520	<b>97,9</b>	1204	<b>98,3</b>
	Total	694	<b>100,0</b>	531	<b>100,0</b>	1225	<b>*100,0</b>
≥1990	Zuhause	6	<b>1,5</b>	6	<b>1,5</b>	12	<b>1,5</b>
	Geburtshaus	22	<b>###5,4</b>	13	<b>\$\$3,2</b>	35	<b>4,3</b>
	Krankenhaus	383	<b>##93,2</b>	391	<b>\$95,4</b>	774	<b>94,3</b>
	Total	411	<b>###100,0</b>	410	<b>\$\$\$100,0</b>	821	<b>100,0</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

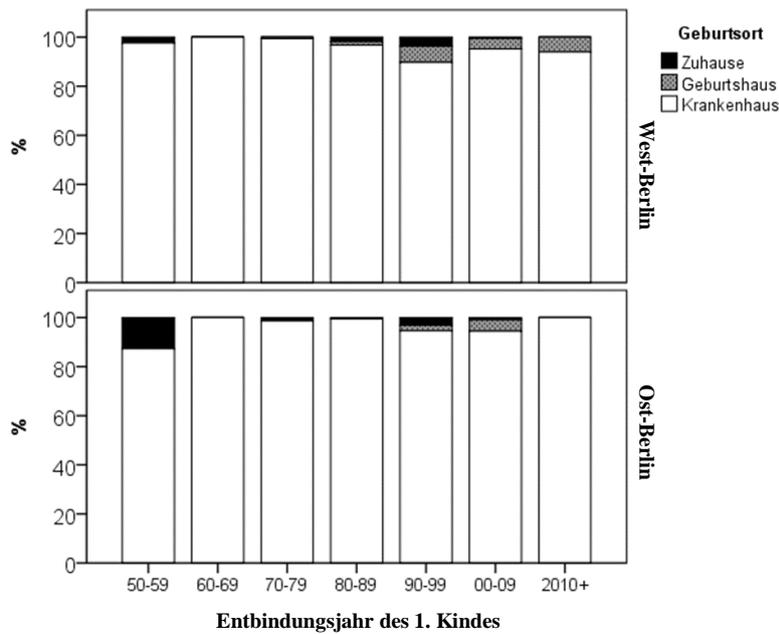
Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>\$\$</sup>≤0,01; <sup>\$\$\$</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): \*≤0,05; ##≤0,01; ###≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 17:** Geburtsort (in Dekaden) des ersten Kindes

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
50-59	Zuhause	2	<b>2,4</b>	8	<b>12,7</b>
	Geburtshaus	0	<b>0,0</b>	0	<b>0,0</b>
	Krankenhaus	83	<b>97,6</b>	55	<b>87,3</b>
60-69	Zuhause	0	<b>0,0</b>	0	<b>0,0</b>
	Geburtshaus	0	<b>0,0</b>	0	<b>0,0</b>
	Krankenhaus	229	<b>100,0</b>	128	<b>100,0</b>
70-79	Zuhause	0	<b>0,0</b>	2	<b>1,4</b>
	Geburtshaus	1	<b>0,6</b>	0	<b>0,0</b>
	Krankenhaus	164	<b>99,4</b>	142	<b>98,6</b>
80-89	Zuhause	4	<b>1,9</b>	1	<b>0,5</b>
	Geburtshaus	3	<b>1,4</b>	0	<b>0,0</b>
	Krankenhaus	208	<b>96,7</b>	195	<b>99,5</b>
90-99	Zuhause	5	<b>3,7</b>	4	<b>3,1</b>
	Geburtshaus	9	<b>6,6</b>	3	<b>2,3</b>
	Krankenhaus	122	<b>89,7</b>	122	<b>94,6</b>
00-09	Zuhause	1	<b>0,5</b>	2	<b>0,9</b>
	Geburtshaus	9	<b>4,3</b>	10	<b>4,6</b>
	Krankenhaus	199	<b>95,2</b>	205	<b>94,5</b>
2010+	Zuhause	0	<b>0,0</b>	0	<b>0,0</b>
	Geburtshaus	4	<b>6,1</b>	0	<b>0,0</b>
	Krankenhaus	62	<b>93,9</b>	64	<b>100,0</b>

Hinweis: Es können keine statistischen Vergleiche zwischen Ost und West berechnet werden, da die erwartete Fallzahl im Chi<sup>2</sup>-Test in allen Zeitabschnitten unter N=5 ist.



**Abbildung 8:** Geburtsort des ersten Kindes

### 3.1.8. Entbindungszeitpunkt des Kindes

Die Verteilung von „Frühgeburten“ und „Übertragungen“ waren in Ost- und West-Berlin, weder vor noch nach 1990 signifikant unterschiedlich (Tabelle 18).

Entbindungen am errechneten Geburtstermin (d. h. +/- 2 bis 3 Wochen) haben in beiden Stadtteilen nach der Wende im Westen um 9 % und im Osten um 15 % zugenommen ( $tv=23,8$ ;  $p\leq 0,001$ ;  $tv=32,7$ ;  $p\leq 0,001$ ).

Entbindungen von > 2 Wochen nach Termin haben in beiden Stadtteilen signifikant abgenommen. Die Anzahl der Frühgeburten < 37. Schwangerschaftswoche (SSW), sind im Befragungskollektiv nach Angaben der Mütter in West-Berlin um 4,2 %, in Ost-Berlin um 1,5 % gestiegen, allerdings bleibt zu vermuten, dass die Terminbestimmung in den 50-er und 60-er Jahren nicht so präzise wie heute möglich war.

**Tabelle 18:** War die Entbindung des ersten Kindes termingerecht (vor / nach 1990)?

Entbindung am Termin?		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
< 1990	ja	177	<b>72,0</b>	135	<b>69,9</b>
	zu früh (≥ 3 Wochen vor der 37.SSW)	9	<b>3,7</b>	11	<b>5,7</b>
	zu spät (> 2 Wochen über dem Entbindungstermin)	60	<b>24,4</b>	47	<b>24,4</b>
≥1990	ja	320	<b>#81,4</b>	341	<b>\$\$\$85,3</b>
	zu früh (≥ 3 Wochen vor der 37.SSW)	31	<b>7,9</b>	29	<b>7,2</b>
	zu spät (> 2 Wochen über dem Entbindungstermin)	42	<b>##10,7</b>	30	<b>\$\$\$7,5</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>§§</sup>≤0,01; <sup>§§§</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): <sup>#</sup>≤0,05; <sup>##</sup>≤0,01; <sup>###</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Weder vor, noch nach der Wende gab es signifikante Unterschiede in der Frühgeburtenrate zwischen Ost- und West-Berlin. Allerdings war die Steigerung von 4,2 % im Befragungskollektiv im Westen nach der Wende signifikant (tv=4,6; p=0,043) (Tabelle 19).

**Tabelle 19:** Frühgeburlichkeit\* Ost- und Westberlin (vor / nach 1990) beim ersten Kind

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
< 1990	nein	237	<b>96,3</b>	182	<b>94,3</b>
	ja	9	<b>3,7</b>	11	<b>5,7</b>
	Total	246	<b>100,0</b>	193	<b>100,0</b>
≥1990	nein	362	<b>92,1</b>	371	<b>92,8</b>
	ja	31	<b>7,9</b>	29	<b>7,2</b>
	Total	393	<b>#100,0</b>	400	<b>100,0</b>

\* ≥3 Wochen vor 37. Schwangerschaftswoche

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>§§</sup>≤0,01; <sup>§§§</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): <sup>#</sup>≤0,05; <sup>##</sup>≤0,01; <sup>###</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

### 3.1.9. Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft

Vor der Wende gab es zwischen Ost und West hochsignifikante Verteilungsunterschiede (tv=24,7; p≤0,001): Im Osten rauchten vor der Wende deutlich weniger Mütter (-7,9 %) während der Schwangerschaft (Tabelle 20) und trieben gleichzeitig mehr Sport (+5,5 %)

Tabelle 22) als im Westen. Dieses gesundheitsbewusstere Verhalten zeigten sich auch in den Verlaufsdaten über die Jahrzehnte (Tabelle 21).

Direkt nach der Wende stieg die Rate von Raucherinnen im Osten zunächst deutlich an, nach 2000 fiel sie wieder (Abbildung 10), im Westen blieb sie nahezu konstant, wohingegen der Alkoholkonsum im Westen signifikant abfiel.

**Tabelle 20:** Alkohol und Rauchen während der ersten Schwangerschaft (vor / nach 1990)

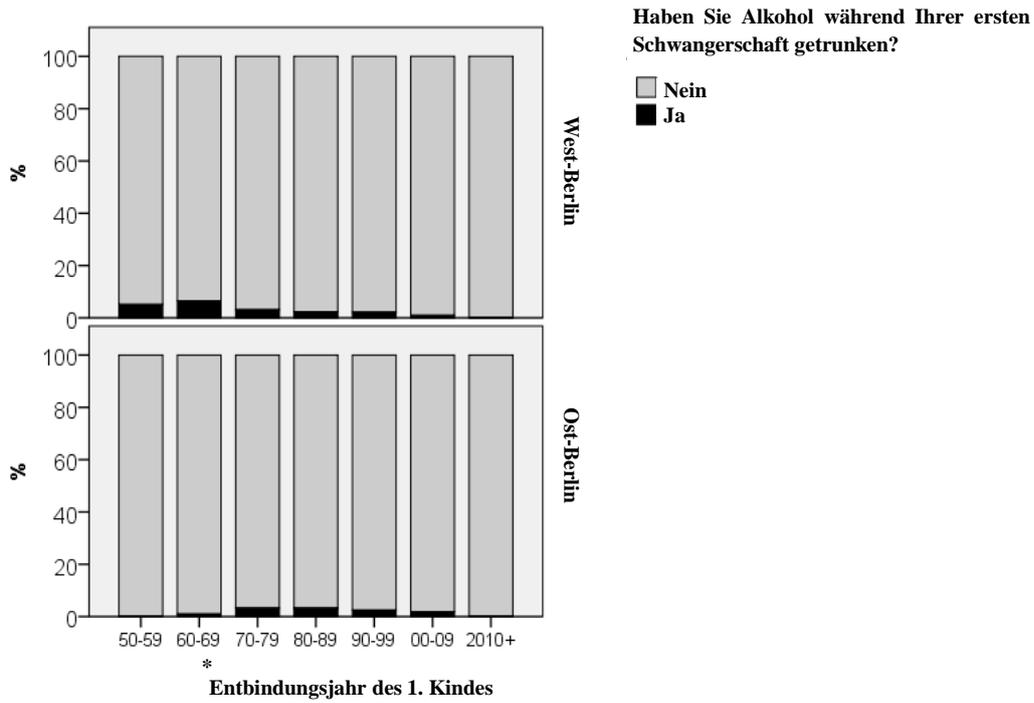
			West-Berlin		Ost-Berlin	
			N	%	N	%
< 1990	n.s. Alkohol	nein	483	95,8	406	97,6
		<b>ja</b>	21	<b>4,2</b>	10	<b>2,4</b>
	**Rauchen	nein	400	79,4	363	87,3
		<b>ja</b>	104	<b>20,6</b>	53	<b>12,7</b>
≥1990	n.s. Alkohol	nein	407	98,8	396	98,3
		<b>ja</b>	5	<b>1,2</b>	7	<b>1,7</b>
	*Rauchen	nein	341	82,8	358	88,8
		<b>ja</b>	71	<b>17,2</b>	45	<b>11,2</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 21:** Alkohol und Rauchen während der ersten Schwangerschaft (in Dekaden)

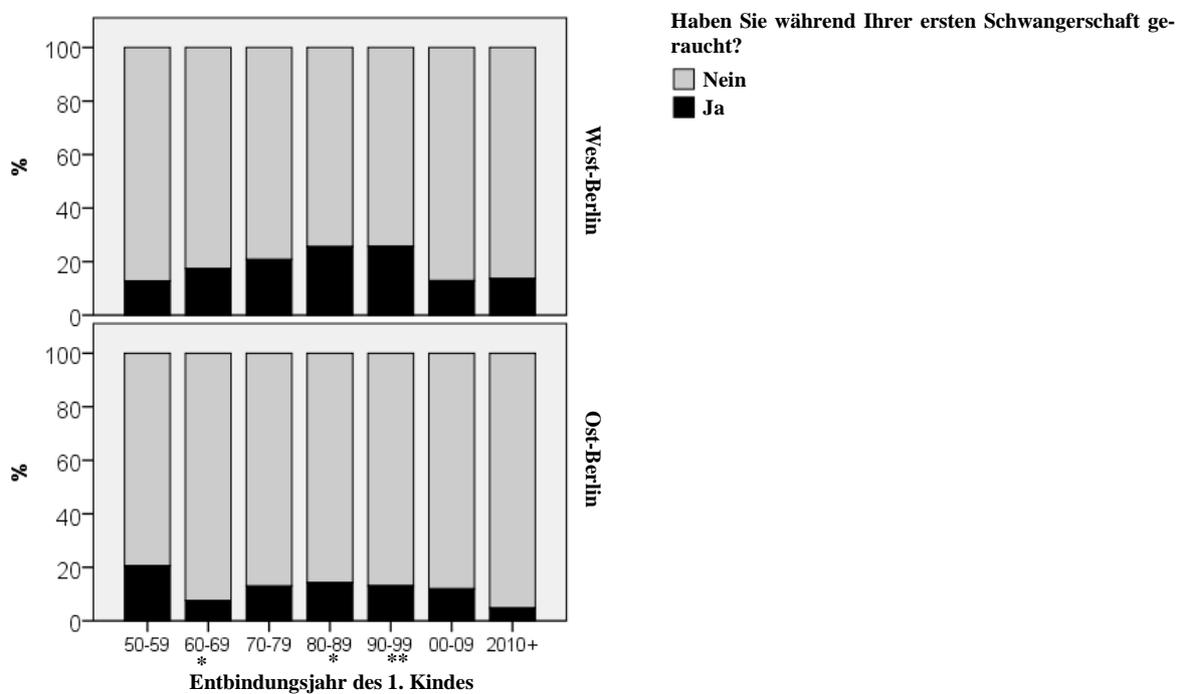
			West-Berlin		Ost-Berlin	
			N	%	N	%
50-59	n.s. Alkohol	nein	37	94,9	34	100,0
		<b>ja</b>	2	<b>5,1</b>	0	<b>0,0</b>
	n.s. Rauchen	nein	34	87,2	27	79,4
		<b>ja</b>	5	<b>12,8</b>	7	<b>20,6</b>
60-69	* Alkohol	nein	156	93,4	104	99,0
		<b>ja</b>	11	<b>6,6</b>	1	<b>1,0</b>
	* Rauchen	nein	138	82,6	97	92,4
		<b>ja</b>	29	<b>17,4</b>	8	<b>7,6</b>
70-79	n.s. Alkohol	nein	126	96,9	119	96,7
		<b>ja</b>	4	<b>3,1</b>	4	<b>3,3</b>
	n.s. Rauchen	nein	103	79,2	107	87,0
		<b>ja</b>	27	<b>20,8</b>	16	<b>13,0</b>
80-89	n.s. Alkohol	nein	164	97,6	149	96,8
		<b>ja</b>	4	<b>2,4</b>	5	<b>3,2</b>
	* Rauchen	nein	125	74,4	132	85,7
		<b>ja</b>	43	<b>25,6</b>	22	<b>14,3</b>
90-99	n.s. Alkohol	nein	133	97,8	119	97,5
		<b>ja</b>	3	<b>2,2</b>	3	<b>2,5</b>
	** Rauchen	nein	101	74,3	106	86,9
		<b>ja</b>	35	<b>25,7</b>	16	<b>13,1</b>
00-09	n.s. Alkohol	nein	208	99,0	214	98,2
		<b>ja</b>	2	<b>1,0</b>	4	<b>1,8</b>
	n.s. Rauchen	nein	183	87,1	192	88,1
		<b>ja</b>	27	<b>12,9</b>	26	<b>11,9</b>
2010+	n.s. Alkohol	nein	66	100,0	63	100,0
		<b>ja</b>	0	<b>0,0</b>	0	<b>0,0</b>
	n.s. Rauchen	nein	57	86,4	60	95,2
		<b>ja</b>	9	<b>13,6</b>	3	<b>4,8</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



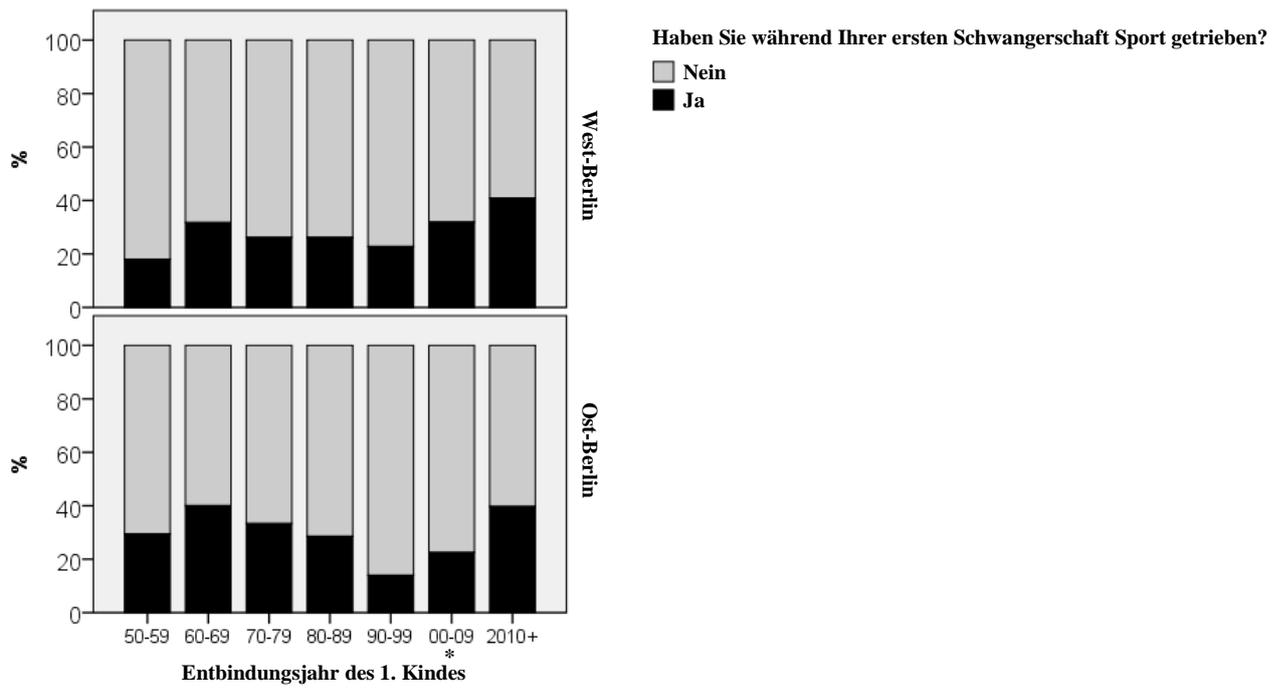
Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \* $\leq 0,05$ ; \*\* $\leq 0,01$ ; \*\*\* $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 9:** Alkohol während der ersten Schwangerschaft



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \* $\leq 0,05$ ; \*\* $\leq 0,01$ ; \*\*\* $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 10:** Rauchen während der ersten Schwangerschaft



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 11:** Sport während der ersten Schwangerschaft

**Tabelle 22:** Sport während der ersten Schwangerschaft (vor / nach 1990)

			West-Berlin		Ost-Berlin	
			N	%	N	%
< 1990	*Sport	nein	366	72,6	279	67,1
		ja	138	<b>27,4</b>	137	<b>32,9</b>
≥1990	*Sport	nein	287	69,7	312	77,4
		ja	125	<b>30,3</b>	91	<b>22,6</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 23:** Sport während der ersten Schwangerschaft (in Dekaden)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s. 50-59	nein	32	82,1	24	70,6
	<b>ja</b>	7	<b>17,9</b>	10	<b>29,4</b>
n.s. 60-69	nein	114	68,3	63	60,0
	<b>ja</b>	53	<b>31,7</b>	42	<b>40,0</b>
n.s. 70-79	nein	96	73,8	82	66,7
	<b>ja</b>	34	<b>26,2</b>	41	<b>33,3</b>
n.s. 80-89	nein	124	73,8	110	71,4
	<b>ja</b>	44	<b>26,2</b>	44	<b>28,6</b>
n.s. 90-99	nein	105	77,2	105	86,1
	<b>ja</b>	31	<b>22,8</b>	17	<b>13,9</b>
* 00-09	nein	143	68,1	169	77,5
	<b>ja</b>	67	<b>31,9</b>	49	<b>22,5</b>
n.s. 2010+	nein	39	59,1	38	60,3
	<b>ja</b>	27	<b>40,9</b>	25	<b>39,7</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s

## 3.2. Erfahrung unter der Geburt

### 3.2.1. Angst vor der Geburt

Zwischen West- und Ost-Berlin bestanden hinsichtlich der Angst vor der Geburt keine Unterschiede, weder vor noch nach der Wende.

Allerdings nahm sowohl im Westen ( $tv=45,9$ ;  $p\leq 0,001$ ) als auch im Osten ( $tv=40,2$ ;  $p\leq 0,001$ ) die Angst vor der Geburt zu (Tabelle 24).

Sowohl im Westen als auch im Osten wurde nach 1990 signifikant seltener „keine Angst“ vor der Geburt angegeben (West: -13 % und Ost: -15 %) aber auch signifikant häufiger „sehr viel Angst“ (West: +8 % und Ost: 5 %) und „viel Angst“ (West: +7 % und Ost: +10 %).

Der Trend innerhalb des zeitlichen Verlaufs zeigt eine Zunahme der Kategorie „sehr große Angst“ und eine Abnahme der Kategorie „keine Angst“ in beiden Teilen der Stadt.

**Tabelle 24:** Angst vor der ersten Geburt (vor / nach 1990)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
< 1990	keine	214	<b>31,1</b>	158	<b>30,1</b>
	wenig	338	<b>49,1</b>	266	<b>50,7</b>
	viel	103	<b>15,0</b>	77	<b>14,7</b>
	sehr viel	33	<b>4,8</b>	24	<b>4,6</b>
	Total	688	<b>100,0</b>	525	<b>100,0</b>
≥1990	keine	75	<b>##18,2</b>	63	<b>\$\$15,5</b>
	wenig	193	<b>46,7</b>	206	<b>50,6</b>
	viel	92	<b>#22,3</b>	101	<b>\$24,8</b>
	sehr viel	53	<b>##12,8</b>	37	<b>\$9,1</b>
	Total	413	<b>###100,0</b>	407	<b>\$\$\$100,0</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>\$\$</sup>≤0,01; <sup>\$\$\$</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

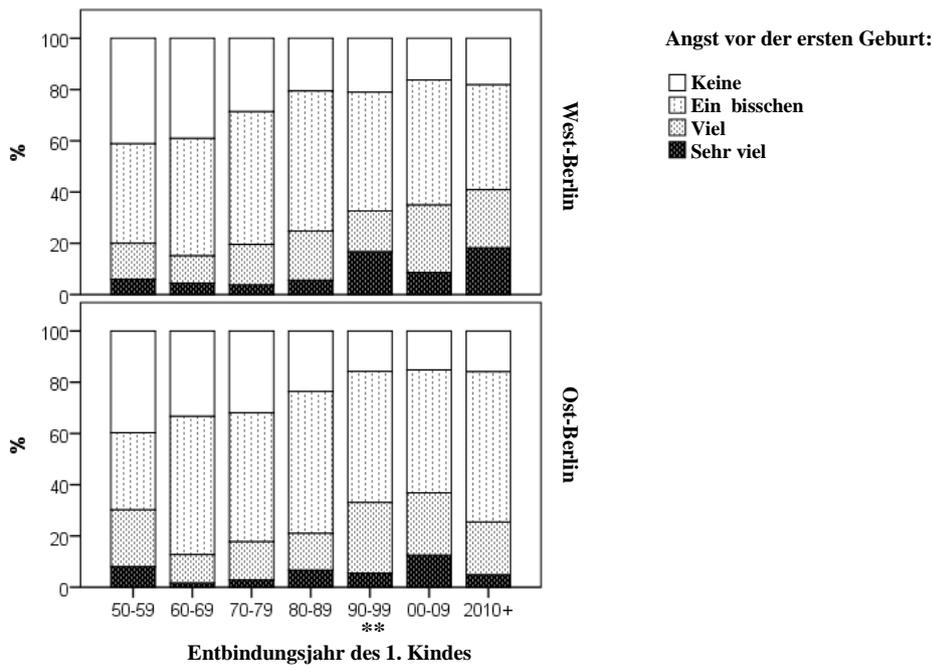
Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): <sup>#</sup>≤0,05; <sup>##</sup>≤0,01; <sup>###</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 25:** Angst vor der ersten Geburt (in Dekaden)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s.50-59	keine	35	<b>41,2</b>	25	<b>39,7</b>
	wenig	33	<b>38,8</b>	19	<b>30,2</b>
	viel	12	<b>14,1</b>	14	<b>22,2</b>
	sehr viel	5	<b>5,9</b>	5	<b>7,9</b>
n.s.60-69	keine	88	<b>39,1</b>	42	<b>33,3</b>
	wenig	103	<b>45,8</b>	68	<b>54,0</b>
	viel	24	<b>10,7</b>	14	<b>11,1</b>
	sehr viel	10	<b>4,4</b>	2	<b>1,6</b>
n.s.70-79	keine	47	<b>28,7</b>	45	<b>31,9</b>
	wenig	85	<b>51,8</b>	71	<b>50,4</b>
	viel	26	<b>15,9</b>	21	<b>14,9</b>
	sehr viel	6	<b>3,7</b>	4	<b>2,8</b>
n.s.80-89	keine	44	<b>20,6</b>	46	<b>23,6</b>
	wenig	117	<b>54,7</b>	108	<b>55,4</b>
	viel	41	<b>19,2</b>	28	<b>14,4</b>
	sehr viel	12	<b>5,6</b>	13	<b>6,7</b>
**90-99	keine	29	<b>21,0</b>	20	<b>15,7</b>
	wenig	64	<b>46,4</b>	65	<b>51,2</b>
	viel	22	<b>15,9</b>	35	<b>*27,6</b>
	sehr viel	23	<b>16,7</b>	7	<b>*5,5</b>
n.s.00-09	keine	34	<b>16,3</b>	33	<b>15,2</b>
	wenig	102	<b>48,8</b>	104	<b>47,9</b>
	viel	55	<b>26,3</b>	53	<b>24,4</b>
	sehr viel	18	<b>8,6</b>	27	<b>12,4</b>
n.s.2010+	keine	12	<b>18,2</b>	10	<b>15,9</b>
	wenig	27	<b>40,9</b>	37	<b>58,7</b>
	viel	15	<b>22,7</b>	13	<b>20,6</b>
	sehr viel	12	<b>18,2</b>	3	<b>*4,8</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Auffallend ist, dass in dem Jahrzehnt nach dem Mauerfall sehr viel häufiger „viel Angst“ von den Ostberlinerinnen vor der Geburt angegeben wurde, im Westen nahm ebenfalls die Kategorie „sehr viel Angst“ deutlich zu (Abbildung 12).



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 12:** Angst vor der ersten Geburt

### 3.2.2. Beurteilung der Geburtserfahrung

Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Beurteilung des Geburtserlebens zeigten sich nur vor der Wende zwischen West- und Ost-Berlin (Tabelle 26).

Vor 1990 empfand der überwiegende Anteil der Frauen sowohl im Westen, als auch im Osten, die Geburt als „anstrengend“ (West: 30 %; Ost: 34 %) oder als „normal“ (West: 29,5 %; Ost: 27,8 %); vgl. Abbildung 13.

Auffällig ist, dass im Westen die Geburt häufiger als große Belastung (25,5 %) erlebt wurde, im Osten gaben dies dagegen nur 19,2 % an; 21,6 % der Ostberlinerinnen empfanden die Geburt als etwas „sehr Schönes“, aber nur 17,7 % der Westberlinerinnen.

Nach der Wende zeigten sich keine signifikanten Verteilungsunterschiede zwischen Ost- und West-Berlin mehr. Im zeitlichen Verlauf nahmen innerhalb der beiden Stadtteile vor allem die Gegenpole zu: die Geburt wurde zunehmend als etwas „sehr Schönes“ (West: +11 %; Ost: +7 %) oder aber als „große Belastung“ (West: +7 %; Ost: +5 %) erlebt.

**Tabelle 26:** Geburtserfahrung (vor / nach 1990) bei Geburt des ersten Kindes

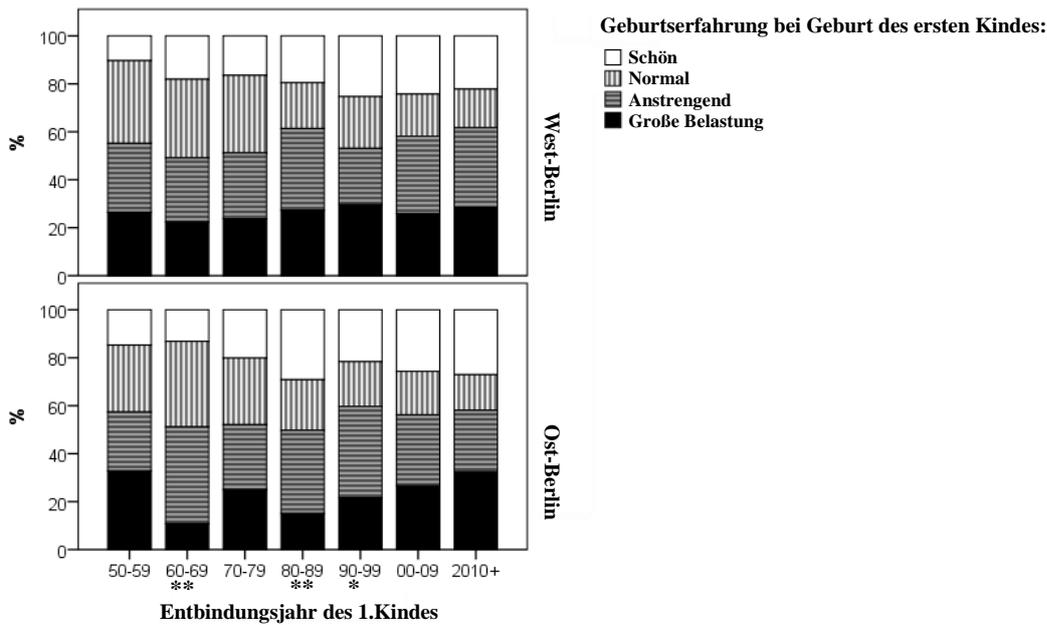
		West-Berlin		Ost-Berlin		Total	
		N	%	N	%	N	%
< 1990	sehr schön	121	<b>17,7</b>	113	<b>21,6</b>	234	<b>19,4</b>
	normal	201	<b>29,5</b>	145	<b>27,8</b>	346	<b>28,7</b>
	anstrengend	207	<b>30,4</b>	175	<b>33,5</b>	382	<b>31,7</b>
	große Belastung	174	<b>25,5</b>	100	<b>19,2</b>	274	<b>22,8</b>
	Total	682	<b>100,0</b>	522	<b>100,0</b>	1204	<b>*100,0</b>
≥1990	sehr schön	117	<b>28,7</b>	113	<b>28,3</b>	230	<b>28,5</b>
	normal	90	<b>22,1</b>	81	<b>20,3</b>	171	<b>21,2</b>
	anstrengend	142	<b>34,8</b>	144	<b>36,1</b>	286	<b>35,4</b>
	große Belastung	133	<b>32,6</b>	119	<b>29,8</b>	252	<b>31,2</b>
	Total	408	<b>100,0</b>	399	<b>100,0</b>	807	<b>100,0</b>

§Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen  
 Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 27:** Geburtserfahrung bei Geburt des ersten Kindes (in Dekaden)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s.50-59	sehr schön	9	<b>10,6</b>	9	<b>14,8</b>
	normal	30	<b>35,3</b>	17	<b>27,9</b>
	anstrengend	25	<b>29,4</b>	15	<b>24,6</b>
	große Belastung	23	<b>27,1</b>	20	<b>32,8</b>
**60-69	sehr schön	42	<b>18,5</b>	17	<b>13,4</b>
	normal	76	<b>33,5</b>	46	<b>36,2</b>
	anstrengend	62	<b>27,3</b>	52	<b>40,9</b>
	große Belastung	52	<b>22,9</b>	14	<b>11,0</b>
n.s.70-79	sehr schön	27	<b>16,8</b>	29	<b>20,6</b>
	normal	53	<b>32,9</b>	40	<b>28,4</b>
	anstrengend	45	<b>28,0</b>	39	<b>27,7</b>
	große Belastung	39	<b>24,2</b>	36	<b>25,5</b>
**80-89	sehr schön	43	<b>20,6</b>	58	<b>30,1</b>
	normal	42	<b>20,1</b>	42	<b>21,8</b>
	anstrengend	75	<b>35,9</b>	69	<b>35,8</b>
	große Belastung	60	<b>28,7</b>	30	<b>15,5</b>
*90-99	sehr schön	41	<b>29,7</b>	29	<b>23,4</b>
	normal	35	<b>25,4</b>	25	<b>20,2</b>
	anstrengend	38	<b>27,5</b>	51	<b>41,1</b>
	große Belastung	48	<b>34,8</b>	29	<b>23,4</b>
n.s.00-09	sehr schön	58	<b>28,0</b>	64	<b>30,3</b>
	normal	42	<b>20,3</b>	45	<b>21,3</b>
	anstrengend	77	<b>37,2</b>	74	<b>35,1</b>
	große Belastung	62	<b>30,0</b>	66	<b>31,3</b>
n.s.2010+	sehr schön	18	<b>28,6</b>	20	<b>31,3</b>
	normal	13	<b>20,6</b>	11	<b>17,2</b>
	anstrengend	27	<b>42,9</b>	19	<b>29,7</b>
	große Belastung	23	<b>36,5</b>	24	<b>37,5</b>

§Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen  
 Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.  
 Hinweis: Da es sich um Mehrfachantworten handelt, können keine Signifikanzen auf Zellebene berechnet werden.



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 13:** Geburtserfahrung (Mehrfachantworten waren erlaubt)

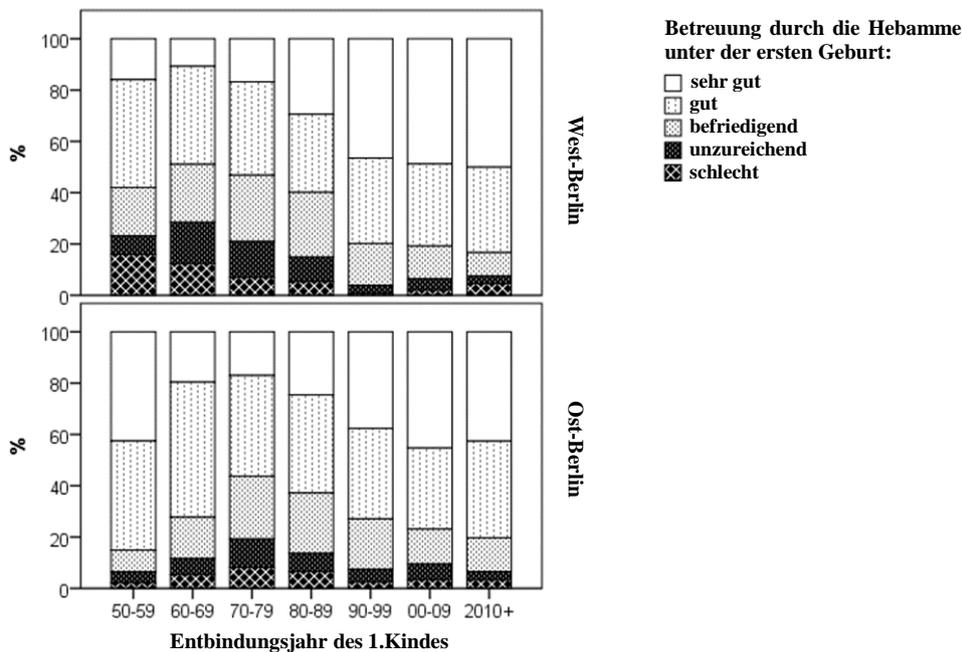
### 3.2.3. Beurteilung der Betreuung unter der Geburt

Vor 1990 gaben im Westen mehr Frauen (12,5 %) eine „unzureichende“ Hebammenbetreuung; im Osten waren es nur 7,8% (tv=15,0; p=0,005). Ebenfalls bewerteten im Westen weniger Frauen die Hebammenbetreuung unter der Geburt als „gut“ oder „sehr gut“ (West: 54,5 %; Ost: 65,4 %). Im zeitlichen Verlauf ergaben sich für West-Berlin (tv=120,3; p≤0,001) und schwächer für Ost-Berlin (tv=39,7; p≤0,001) eine Zunahme der vollen Zufriedenheit (im Osten +19 %, im Westen +29 %). Eine „schlechte“ oder „unzureichende Hebammenbetreuung“ wurde signifikant seltener angegeben (West: -15,9 % und Ost: -5,8 %) (Tabelle 28).

**Tabelle 28:** Beurteilung der Betreuung durch die Hebamme unter der ersten Geburt

		West-Berlin		Ost-Berlin		Total	
		N	%	N	%	N	%
< 1990	sehr gut	110	<b>18,8</b>	110	<b>23,1</b>	220	<b>20,7</b>
	gut	209	<b>35,7</b>	202	<b>42,3</b>	411	<b>38,7</b>
	befriedigend	139	<b>23,8</b>	98	<b>20,5</b>	237	<b>22,3</b>
	unzureichend	73	<b>12,5</b>	37	<b>*7,8</b>	110	<b>10,4</b>
	schlecht	54	<b>9,2</b>	30	<b>6,3</b>	84	<b>7,9</b>
	Total	585	<b>100,0</b>	477	<b>100,0</b>	1062	<b>**100,0</b>
≥ 1990	sehr gut	192	<b>###48,2</b>	168	<b>\$\$\$42,5</b>	360	<b>45,4</b>
	gut	130	<b>32,7</b>	133	<b>\$33,7</b>	263	<b>33,2</b>
	befriedigend	53	<b>##13,3</b>	61	<b>15,4</b>	114	<b>14,4</b>
	unzureichend	15	<b>##3,8</b>	21	<b>5,3</b>	36	<b>4,5</b>
	schlecht	8	<b>##2,0</b>	12	<b>3,0</b>	20	<b>2,5</b>
	Total	398	<b>###100,0</b>	395	<b>\$\$\$100,0</b>	793	<b>100,0</b>

§Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen  
 Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.  
 Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>§§</sup>≤0,01; <sup>§§§</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.  
 Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): <sup>#</sup>≤0,05; <sup>##</sup>≤0,01; <sup>###</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



**Abbildung 14:** Beurteilung der Betreuung durch die Hebamme unter der ersten Geburt

Signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Betreuung durch die Hebamme während der Geburt gab es zwischen West- und Ost-Berlin in den fünfziger und sechziger Jahren, danach nicht mehr (Tabelle 29).

Der zeitliche Verlauf zeigte im Westen eine kontinuierliche Verbesserung in der Wahrnehmung der Betreuungsqualität durch die Hebamme, vor allem von den achtziger auf die neunziger Jahre ( $p \leq 0,001$ ). Der U-Test zeigt, dass die Zufriedenheit mit der Hebamme dann auf einem hohen Plateau bleibt. Im Osten ist der Verlauf anders, die Verbesserung der empfundenen Betreuungsqualität der Hebammen während der Geburt erfolgte hier langsamer und weniger kontinuierlich als im Westen.

**Tabelle 29:** Beurteilung der Betreuung durch die Hebamme unter der ersten Geburt

	West-Berlin				Ost-Berlin				total			
	N	Mean	Median	SD	N	Mean	Median	SD	N	Mean	Median	SD
50-59	69	<b>2,7</b>	2,0	1,3	47	<b>1,8</b>	2,0	0,9	116	*** <b>2,3</b>	2,0	1,2
60-69	186	<b>2,8</b>	3,0	1,2	112	<sup>\$\$</sup> <b>2,2</b>	2,0	1,0	298	*** <b>2,6</b>	2,0	1,2
70-79	143	<b>2,6</b>	2,0	1,1	135	<sup>\$</sup> <b>2,5</b>	2,0	1,1	278	<b>2,6</b>	2,0	1,1
80-89	187	<sup>#</sup> <b>2,3</b>	2,0	1,2	183	<b>2,3</b>	2,0	1,1	370	<b>2,3</b>	2,0	1,1
90-99	129	<sup>###</sup> <b>1,8</b>	2,0	0,9	122	<sup>\$\$</sup> <b>2,0</b>	2,0	1,0	251	<b>1,9</b>	2,0	0,9
00-09	203	<b>1,8</b>	2,0	1,0	212	<b>1,9</b>	2,0	1,1	415	<b>1,8</b>	2,0	1,0
2010+	66	<b>1,8</b>	1,5	1,0	61	<b>1,9</b>	2,0	1,0	127	<b>1,8</b>	2,0	1,0

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \* $\leq 0,05$ ; \*\* $\leq 0,01$ ; \*\*\* $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Entbindungsjahren: Ost-Berlin): <sup>\$</sup> $\leq 0,05$ ; <sup>\$\$</sup> $\leq 0,01$ ; <sup>\$\$\$</sup> $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Entbindungsjahren West-Berlin): <sup>#</sup> $\leq 0,05$ ; <sup>##</sup> $\leq 0,01$ ; <sup>###</sup> $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

### 3.2.4. Geschlecht des betreuenden Gynäkologen

Vor 1990 waren weibliche Gynäkologen im Osten signifikant häufiger (43,5 %) als im Westen (18,8 %) (Tabelle 30).

Nach der Wende blieben Verteilungsunterschiede noch bis 2010 bestehen (Tabelle 31). Der Anteil der weiblichen Gynäkologen stieg nach 1990 auf 69,3 % im Osten (+25,8 %) und auf 56,8 % (+38 %) im Westen ( $p < 0,0001$ ).

**Tabelle 30:** Geschlecht des betreuenden Gynäkologen (vor / nach 1990)

			West-Berlin		Ost-Berlin		Total	
			N	%	N	%	N	%
Jahr	< 1990	männlich	553	<b>81,2</b>	291	<b>56,5</b>	844	<b>70,6</b>
		weiblich	128	<b>18,8</b>	224	<b>43,5</b>	352	<b>29,4</b>
		Total	681	<b>100,0</b>	515	<b>100,0</b>	1196	<b>***100,0</b>
	≥1990	männlich	180	<b>43,2</b>	126	<b>30,7</b>	306	<b>37,0</b>
		weiblich	237	<b>56,8</b>	285	<b>69,3</b>	522	<b>63,0</b>
		Total	417	<b>###100,0</b>	411	<b>\$\$\$100,0</b>	828	<b>***100,0</b>

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: Ost-Berlin): <sup>§</sup>≤0,05; <sup>§§</sup>≤0,01; <sup>§§§</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zu vorhergehendem Zeitraum vor 1990: West-Berlin): <sup>#</sup>≤0,05; <sup>##</sup>≤0,01; <sup>###</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Erst nach 2010 war ein Unterschied zwischen Ost und West in der Geschlechterverteilung der Gynäkologen statistisch nicht mehr nachweisbar, auch wenn im Osten numerisch 4/5 aller Gynäkologen weiblich waren, während es im Westen "nur" 3/4 waren. Vor 2010 wurden in jedem Jahrzehnt, bis auf die 50er Jahre, signifikant mehr weibliche Gynäkologen im Osten, als im Westen genannt (Tabelle 31).

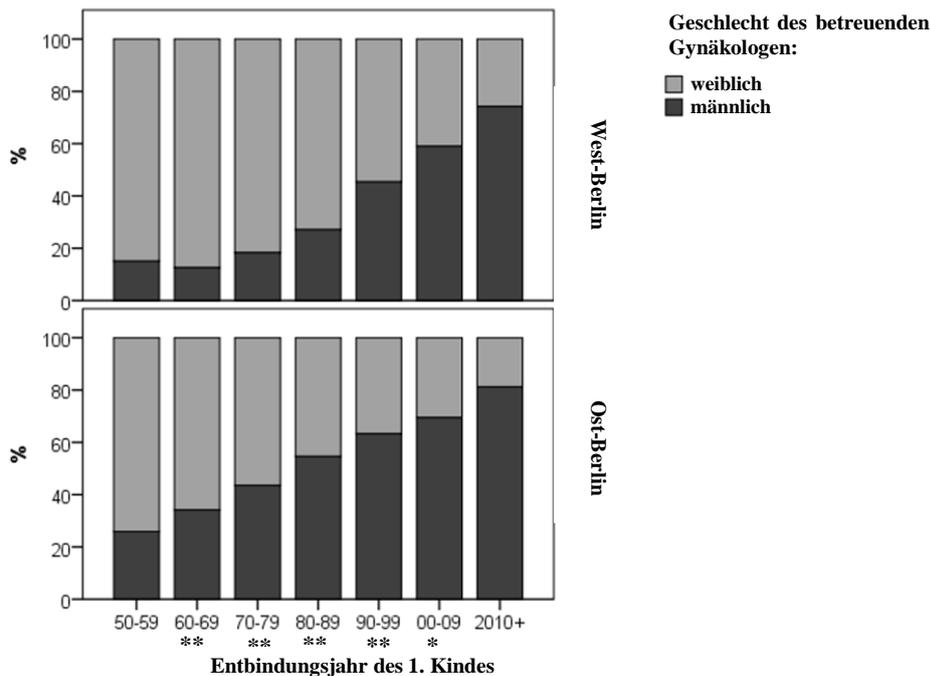
**Tabelle 31:** Geschlecht des Gynäkologen (Dekaden)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s 50-59	männlich	68	85,0	43	74,1
	<b>weiblich</b>	12	<b>15,0</b>	15	<b>25,9</b>
	Total	80	100,0	58	100,0
***60-69	männlich	195	87,4	81	65,9
	<b>weiblich</b>	28	<b>12,6</b>	42	<b>34,1</b>
	Total	223	100,0	123	100,0
***70-79	männlich	134	81,7	79	56,4
	<b>weiblich</b>	30	<b>18,3</b>	61	<b>43,6</b>
	Total	164	100,0	140	100,0
***80-89	männlich	156	72,9	88	45,4
	<b>weiblich</b>	58	<b>27,1</b>	106	<b>54,6</b>
	Total	214	#100,0	194	100,0
**90-99	männlich	76	54,7	47	36,7
	<b>weiblich</b>	63	<b>45,3</b>	81	<b>63,3</b>
	Total	139	###100,0	128	100,0
*00-09	männlich	87	41,0	67	30,6
	<b>weiblich</b>	125	<b>59,0</b>	152	<b>69,4</b>
	Total	212	##100,0	219	100,0
n.s 2010+	männlich	17	25,8	12	18,8
	<b>weiblich</b>	49	<b>74,2</b>	52	<b>81,3</b>
	Total	66	#100,0	64	100,0

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Entbindungsjahren: Ost-Berlin): <sup>s</sup>≤0,05; <sup>ss</sup>≤0,01; <sup>sss</sup>≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Entbindungsjahren West-Berlin): #≤0,05; ##≤0,01; ###≤0,001. Kein "Stern" = n.s.



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Abbildung 15:** Geschlecht des betreuenden Gynäkologen bei der ersten Geburt

### 3.2.5. Sicherheitsgefühl unter der Geburt

Vor der Wende gab es hinsichtlich des Sicherheitsgefühls unter der Geburt hochsignifikante Verteilungsunterschiede zwischen Ost- und West-Berlin ( $tv=130,5$ ;  $p\leq 0,001$ ) (Tabelle 32), die jedoch nach 1990 nicht mehr relevant waren ( $tv=10,2$ ;  $p=0,117$ ). Vor 1990 wurden in West-Berlin vor allem die Anwesenheit nahestehender Menschen (24,1 %) und die Zuwendung der Hebamme (22,5 %) als Sicherheitsfaktor unter der Geburt genannt, aber auch die Zuwendung des Arztes (16 %) sowie die genaue Aufklärung (13 %) spielten eine wesentliche Rolle. Mütter aus Ost-Berlin empfanden vor der Wende an erster Stelle die Zuwendung der Hebamme (26,5 %) und an zweiter Stelle medizinische Errungenschaften (22,4 %) als Sicherheitsfaktor unter der Geburt.

Die Anwesenheit nahestehender Menschen wurde kaum angegeben (6,5 %).

Nach der Wende wurde von Müttern die Anwesenheit nahestehender Menschen als größter Sicherheitsfaktor angegeben (30 % in West- und Ost-Berlin), gefolgt von der Zuwendung der Hebamme (Ost: 24,5 %; West: 26,1 %). Nach 1990 glichen sich die unterschiedlichen Angaben von Ost- und Westberlinerinnen hinsichtlich des Sicherheitsgefühls durch medizinische Errungenschaften an (Ost: 22,9 %; West: 19,8 %). Vorherige Aufklärung bzw. Information war weiterhin

ein eher untergeordneter Aspekt für das Sicherheitsempfinden unter der Geburt (Ost: 7,5 %; West: 7,4 %).

**Tabelle 32:** Sicherheitsgefühl während der ersten Geburt (vor / nach 1990)

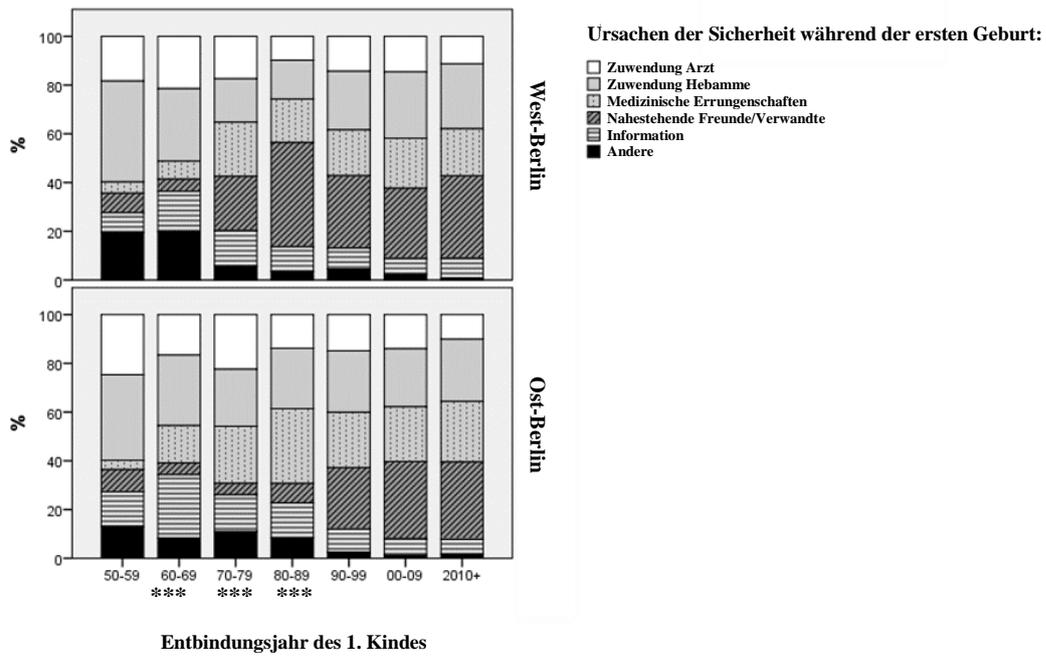
Sicherheitsgefühl unter der Geburt durch:		West-Berlin		Ost-Berlin		Total	
		N	%	N	%	N	%
< 1990	Zuwendung Arzt	145	<b>15,7</b>	130	<b>17,9</b>	275	<b>16,7</b>
	Zuwendung Hebamme	207	<b>22,5</b>	193	<b>26,5</b>	400	<b>24,2</b>
	Medizinische Errungenschaften	139	<b>15,1</b>	163	<b>22,4</b>	302	<b>18,3</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	222	<b>24,1</b>	47	<b>6,5</b>	269	<b>16,3</b>
	Genaue Aufklärung	118	<b>12,8</b>	126	<b>17,3</b>	244	<b>14,8</b>
	andere	91	<b>9,9</b>	69	<b>9,5</b>	160	<b>9,7</b>
	Total	<b>922</b>	<b>100</b>	<b>728</b>	<b>100</b>	<b>1650</b>	<b>***100,0</b>
≥1990	Zuwendung Arzt	105	<b>13,9</b>	109	<b>13,6</b>	214	<b>13,8</b>
	Zuwendung Hebamme	197	<b>26,1</b>	196	<b>24,5</b>	393	<b>25,3</b>
	Medizinische Errungenschaften	149	<b>19,8</b>	183	<b>22,9</b>	332	<b>21,4</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	226	<b>30,0</b>	238	<b>29,8</b>	464	<b>29,9</b>
	Genaue Aufklärung	56	<b>7,4</b>	60	<b>7,5</b>	116	<b>7,5</b>
	andere	21	<b>2,8</b>	13	<b>1,6</b>	34	<b>2,2</b>
	Total	<b>754</b>	<b>100</b>	<b>799</b>	<b>100</b>	<b>1553</b>	<b>100</b>

§Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen  
 Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s

**Tabelle 33:** Sicherheitsgefühl während der ersten Geburt (Dekaden)

		West-Berlin		Ost-Berlin	
		N	%	N	%
n.s.50-59	Zuwendung Arzt	16	<b>20,8</b>	19	<b>31,7</b>
	Zuwendung Hebamme	36	<b>46,8</b>	27	<b>45,0</b>
	Medizinische Errungenschaften	4	<b>5,2</b>	3	<b>5,0</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	7	<b>9,1</b>	7	<b>11,7</b>
	Genaue Aufklärung	7	<b>9,1</b>	11	<b>18,3</b>
	andere	17	<b>22,1</b>	10	<b>16,7</b>
***60-69	Zuwendung Arzt	52	<b>24,8</b>	28	<b>22,8</b>
	Zuwendung Hebamme	72	<b>34,3</b>	49	<b>39,8</b>
	Medizinische Errungenschaften	18	<b>8,6</b>	26	<b>21,1</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	12	<b>5,7</b>	8	<b>6,5</b>
	Genaue Aufklärung	40	<b>19,0</b>	44	<b>35,8</b>
	andere	48	<b>22,9</b>	14	<b>11,4</b>
***70-79	Zuwendung Arzt	43	<b>27,0</b>	43	<b>31,4</b>
	Zuwendung Hebamme	44	<b>27,7</b>	45	<b>32,8</b>
	Medizinische Errungenschaften	55	<b>34,6</b>	45	<b>32,8</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	55	<b>34,6</b>	9	<b>6,6</b>
	Genaue Aufklärung	36	<b>22,6</b>	29	<b>21,2</b>
	andere	14	<b>8,8</b>	21	<b>15,3</b>
***80-89	Zuwendung Arzt	34	<b>16,4</b>	40	<b>21,5</b>
	Zuwendung Hebamme	55	<b>26,6</b>	72	<b>38,7</b>
	Medizinische Errungenschaften	62	<b>30,0</b>	89	<b>47,8</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	148	<b>71,5</b>	23	<b>12,4</b>
	Genaue Aufklärung	35	<b>16,9</b>	42	<b>22,6</b>
	andere	12	<b>5,8</b>	24	<b>12,9</b>
n.s.90-99	Zuwendung Arzt	35	<b>25,4</b>	36	<b>28,6</b>
	Zuwendung Hebamme	59	<b>42,8</b>	61	<b>48,4</b>
	Medizinische Errungenschaften	46	<b>33,3</b>	55	<b>43,7</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	73	<b>52,9</b>	61	<b>48,4</b>
	Genaue Aufklärung	21	<b>15,2</b>	23	<b>18,3</b>
	andere	11	<b>8,0</b>	6	<b>4,8</b>
n.s.00-09	Zuwendung Arzt	56	<b>26,7</b>	60	<b>27,5</b>
	Zuwendung Hebamme	105	<b>50,0</b>	102	<b>46,8</b>
	Medizinische Errungenschaften	79	<b>37,6</b>	96	<b>44,0</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	111	<b>52,9</b>	136	<b>62,4</b>
	Genaue Aufklärung	25	<b>11,9</b>	29	<b>13,3</b>
	andere	9	<b>4,3</b>	5	<b>2,3</b>
n.s.2010+	Zuwendung Arzt	14	<b>21,5</b>	13	<b>20,6</b>
	Zuwendung Hebamme	33	<b>50,8</b>	33	<b>52,4</b>
	Medizinische Errungenschaften	24	<b>36,9</b>	32	<b>50,8</b>
	Nahestehende Freunde/Verwandte	42	<b>64,6</b>	41	<b>65,1</b>
	Genaue Aufklärung	10	<b>15,4</b>	8	<b>12,7</b>
	andere	1	<b>1,5</b>	2	<b>3,2</b>

§Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen  
 Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s  
 Hinweis: da es sich um Mehrfachantworten handelt, können keine Signifikanzen auf Zellebene berechnet werden.



Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s

**Abbildung 16:** Sicherheitsempfinden während der ersten Geburt (Mehrfachantworten erlaubt)

### 3.3. Multifaktorielle Beeinflussung der Geburtserfahrung

#### 3.3.1. Beeinflussung der Geburtserfahrung durch die Betreuung unter der Geburt

Es zeigten sich sowohl in West- als auch in Ost-Berlin hochsignifikante Zusammenhänge zwischen der empfundenen Betreuungsqualität durch die Hebamme und der Beurteilung des Geburtserlebnisses.

Vor der Wende gaben im Westen mehr Frauen eine "unzureichende" Hebammenbetreuung an als im Osten, ebenfalls bewerteten im Westen weniger Frauen die Hebammenbetreuung unter der Geburt als "sehr gut" und "gut", s. Kapitel 3.2.3.

Das Geburtserlebnis wurde in Ost- und West-Berlin vor allem als "schön" erlebt, wenn die Hebammenbetreuung als "sehr gut" eingeschätzt wurde. Eine "unzureichende" oder "schlecht" bewertete Hebammenbetreuung ging in beiden Stadtteilen häufiger mit einer "belastenden" oder "normalen" Geburtserfahrung einher (Tabelle 34).

Im Osten waren diese Effekte besonders signifikant ausgeprägt. Bei einer "sehr guten" Hebammenbetreuung zeigt sich besonders selten ein "belastendes" Geburtserlebnisses und besonders häufig ein "schönes" Geburtserlebnis.

**Tabelle 34:** Beeinflussung der Geburtserfahrung durch die Betreuung der Hebamme (von 1950 bis 2010+)

Hebammen Betreuung während der Geburt		Erlebnis der Geburt							
		große Belastung		normal		schön		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
West- Berlin	sehr gut	137	<b>*26,5</b>	57	<b>*25,0</b>	103	<b>**46,6</b>	297	<b>30,7</b>
	gut	162	<b>*31,3</b>	96	<b>*42,1</b>	75	<b>33,9</b>	333	<b>34,5</b>
	befriedigend	107	<b>20,7</b>	51	<b>22,4</b>	32	<b>14,5</b>	190	<b>19,7</b>
	unzureichend	66	<b>**12,8</b>	16	<b>7,0</b>	6	<b>2,7</b>	88	<b>9,1</b>
	schlecht	45	<b>*8,7</b>	8	<b>3,5</b>	5	<b>2,3</b>	58	<b>6,0</b>
	Total	517	<b>100,0</b>	228	<b>100,0</b>	221	<b>100,0</b>	966	<b>***100,0</b>
Ost- Berlin	sehr gut	102	<b>**23,1</b>	71	<b>35,9</b>	99	<b>**46,5</b>	272	<b>31,9</b>
	gut	170	<b>38,5</b>	87	<b>43,9</b>	70	<b>32,9</b>	327	<b>38,3</b>
	befriedigend	97	<b>*21,9</b>	27	<b>13,6</b>	32	<b>15,0</b>	156	<b>18,3</b>
	unzureichend	40	<b>*9,0</b>	8	<b>4,0</b>	8	<b>3,8</b>	56	<b>6,6</b>
	schlecht	33	<b>*7,5</b>	5	<b>2,5</b>	4	<b>1,9</b>	42	<b>4,9</b>
	Total	442	<b>100,0</b>	198	<b>100,0</b>	213	<b>100,0</b>	853	<b>***100,0</b>

Signifikanzniveaus (Chi2-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 35:** Beeinflussung der ersten Geburtserfahrung durch die Betreuung der Hebamme (vor/nach 1990)

Geburtserlebnis		große Belastung		normal		schön		
		N	%	N	%	N	%	
< 1990	***West-Berlin	sehr gut	51	<b>16,7</b>	25	<b>15,4</b>	32	<b>**29,4</b>
		gut	90	<b>**29,5</b>	71	<b>*43,8</b>	44	<b>40,4</b>
		befriedigend	70	<b>23,0</b>	44	<b>27,2</b>	24	<b>22,0</b>
		unzureichend	53	<b>**17,4</b>	15	<b>9,3</b>	5	<b>*4,6</b>
		schlecht	41	<b>**13,4</b>	7	<b>*4,3</b>	4	<b>*3,7</b>
	***Ost-Berlin	sehr gut	32	<b>**13,6</b>	39	<b>*29,8</b>	37	<b>**36,3</b>
		gut	99	<b>41,9</b>	60	<b>45,8</b>	39	<b>38,2</b>
		befriedigend	57	<b>24,2</b>	21	<b>16,0</b>	19	<b>18,6</b>
		unzureichend	25	<b>*10,6</b>	6	<b>4,6</b>	5	<b>4,9</b>
		schlecht	23	<b>*9,7</b>	5	<b>3,8</b>	2	<b>*2,0</b>
>=1990	**West-Berlin	sehr gut	86	<b>**40,6</b>	32	<b>48,5</b>	71	<b>**63,4</b>
		gut	72	<b>34,0</b>	25	<b>37,9</b>	31	<b>27,7</b>
		befriedigend	37	<b>*17,5</b>	7	<b>10,6</b>	8	<b>*7,1</b>
		unzureichend	13	<b>*6,1</b>	1	<b>1,5</b>	1	<b>0,9</b>
		schlecht	4	<b>1,9</b>	1	<b>1,5</b>	1	<b>0,9</b>
	**Ost-Berlin	sehr gut	70	<b>**34,0</b>	32	<b>47,8</b>	62	<b>**55,9</b>
		gut	71	<b>34,5</b>	27	<b>40,3</b>	31	<b>27,9</b>
		befriedigend	40	<b>*19,4</b>	6	<b>9,0</b>	13	<b>11,7</b>
		unzureichend	15	<b>7,3</b>	2	<b>3,0</b>	3	<b>2,7</b>
		schlecht	10	<b>*4,9</b>	0	<b>0,0</b>	2	<b>1,8</b>

Signifikanzniveaus (Chi2-Test Geburtserfahrung und Betreuung durch die Hebamme): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Es gibt einen hochsignifikanten positiven ( $r=0,23$ ;  $p\leq 0,001$ ) Zusammenhang zwischen „Hebammenbetreuung während der Geburt“ und der empfundenen Geburtserfahrung der werdenden Mutter. Dies bedeutet, je besser die Hebammenbetreuung empfunden wurde, desto wahrscheinlicher war es, dass die Mütter die Geburt als etwas „Schönes“ wahrnahmen.

### 3.3.2. Beeinflussung der Geburtserfahrung durch die Angst vor der Geburt

Sowohl in West- ( $tv=57,2$ ;  $p\leq 0,001$ ) als auch in Ost-Berlin ( $tv=36,4$ ;  $p\leq 0,001$ ) bestimmt der Angst-Level die Beurteilung des Geburtserlebnisses. „Viel Angst“ vor der Geburt führte in beiden

Teilen der Stadt häufiger zu einem “belastenden Geburtserlebnis” und seltener zu einem “schönen Geburtserlebnis“.

Im Westen gaben 23 % der Mütter an, “viel Angst” und 10,7 % “sehr viel Angst” vor der Geburt gehabt zu haben und gleichzeitig die Geburt als ein belastendes Ereignis empfunden zu haben. Im Osten zeigte sich eine ähnliche Verteilung: 26,0 % der Mütter gaben “viel Angst”, 7,5 % “sehr viel Angst” sowie gleichzeitig ein “belastenden Geburtserlebnis“ an.

Ein "schönes Geburtserlebnis" wurde von Müttern in West- und in Ost-Berlin häufiger mit “keine Angst” oder “ein bisschen Angst” in Verbindung gebracht. Bei einem “schönen Geburtserlebnis“ hatten im Westen nur 13,7 % “viel Angst” und 6,4 % “sehr viel” Angst (im Osten: 13,5 %: “viel Angst“ und 5,4 %: “sehr viel Angst“) vor der Geburt. “Ein bisschen Angst” wurde von 47,9 % der West- und von 54,3 % der Ostberlinerinnen gleichzeitig mit einem “schönen Geburtserlebnis“ angegeben (Tabelle 36).

**Tabelle 36:** Relation von “Geburtserfahrung” und “Angst- Level vor der ersten Geburt” (von 1950 bis 2010+)

Angst-Level:		Geburtserfahrung							
		belastend		normal		schön		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
West-Berlin	keine	117	<b>**19,9</b>	90	<b>*35,2</b>	75	<b>32,1</b>	282	26,2
	ein bisschen	273	<b>46,4</b>	134	<b>52,3</b>	112	<b>47,9</b>	519	48,1
	viel	135	<b>**23,0</b>	26	<b>**10,2</b>	32	<b>13,7</b>	193	17,9
	sehr viel	63	<b>*10,7</b>	6	<b>*2,3</b>	15	<b>6,4</b>	84	7,8
	Total	588	100	256	100	234	100	1078	<b>***100</b>
Ost-Berlin	keine	91	<b>*19,1</b>	62	<b>*29,5</b>	60	<b>26,9</b>	213	23,4
	ein bisschen	226	<b>*47,4</b>	116	<b>55,2</b>	121	<b>54,3</b>	463	50,9
	viel	124	<b>**26,0</b>	22	<b>*10,5</b>	30	<b>13,5</b>	176	19,3
	sehr viel	36	<b>7,5</b>	10	<b>4,8</b>	12	<b>5,4</b>	58	6,4
	Total	477	100	210	100	223	100	910	<b>***100</b>

Signifikanzniveaus (Chi2-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 37:** Relation von "erster Geburtserfahrung" und "Angst- Level vor der Geburt" (vor / nach 1990)

Geburtserfahrung		Angst-Level	belastend		normal		schön	
			N	%	N	%	N	%
< 1990	***West-Berlin	keine	87	**23,5	77	**41,6	45	37,8
		ein bisschen	180	48,6	94	50,8	56	47,1
		viel	76	**20,5	12	**6,5	14	11,8
		sehr viel	27	**7,3	2	*1,1	4	3,4
	***Ost-Berlin	keine	65	*24,4	51	36,4	38	34,5
		ein bisschen	123	*46,2	79	56,4	60	54,5
		viel	62	***23,3	7	**5,0	8	*7,3
		sehr viel	16	6,0	3	2,1	4	3,6
>=1990	**West-Berlin	keine	30	*13,8	13	18,3	30	*26,1
		ein bisschen	93	42,7	40	56,3	56	48,7
		viel	59	*27,1	14	19,7	18	*15,7
		sehr viel	36	*16,5	4	5,6	11	9,6
	n.s.Ost-Berlin	keine	26	12,3	11	15,7	22	19,5
		ein bisschen	103	48,8	37	52,9	61	54,0
		viel	62	*29,4	15	21,4	22	19,5
		sehr viel	20	9,5	7	10,0	8	7,1

Signifikanzniveaus (Chi2-Test zw. Geburtserfahrung und Angst-Level): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

Dies zeigte sich auch in der Korrelation zwischen Geburtserlebnis und Angst-Level. Sowohl in West- als auch in Ost-Berlin zeigte sich eine hochsignifikante negative Korrelation zwischen Geburtserlebnis und Angst-Level mit  $r=-0,18$  und  $p\leq 0,001$ ; dies bedeutet, je geringer der Angst-Level, desto wahrscheinlicher war es, dass die Geburt als "schön" empfunden wurde.

Außerdem ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen dem Angstlevel vor der Geburt und folgender Items (Tabelle 38):

Informierte sich die werdende Mutter über Bücher, Broschüren und Magazine über Schwangerschaft und Geburt, führte dies zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit ( $r=,051$ ,  $p\leq 0,05$ ), Angst unter der Geburt zu entwickeln. Ein niedriger Angstpegel vor der Geburt hängt mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit ( $r=-,132$ ,  $p\leq 0,01$ ) zusammen, dass die betreffenden Frauen sich sportlich betätigt haben.

**Tabelle 38:** Korrelation von Angst-Level, erster Geburtserfahrung, Information und Sport

		Geburtserfahrung als "schön"	Information über Schwangerschaft und Geburt	Sport während der Schwangerschaft
Spearman-Rho	Angst Level	r	<b>-,076**</b>	<b>,051*</b>
		p	<b>,001</b>	<b>,031</b>
		N	2008	1831
				1717

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

\* . Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig).

r= Korrelationskoeffizient, N= Fallzahl

### 3.3.3. Beeinflussung der Geburtserfahrung durch vorangegangene Information über Schwangerschaft und Geburt

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in Bezug auf einer der Geburt vorausgegangenen Information der Mutter über Schwangerschaft und Geburt hinsichtlich der Geburtserfahrung (Tabelle 39).

**Tabelle 39:** Relation von erster Geburtserfahrung und Information

			belastend		normal		schön	
			N	%	N	%	N	%
< 1990	n.s. West-Berlin	ja	353	<b>96,2</b>	174	<b>94,6</b>	116	<b>98,3</b>
		nein	14	3,8	10	5,4	2	1,7
	n.s. Ost-Berlin	ja	258	<b>98,9</b>	138	<b>100,0</b>	109	<b>99,1</b>
		nein	3	1,1	0	0,0	1	0,9
≥ 1990	n.s. West-Berlin	ja	210	<b>95,9</b>	68	<b>95,8</b>	110	<b>94,8</b>
		nein	9	4,1	3	4,2	6	5,2
	n.s. Ost-Berlin	ja	204	<b>95,3</b>	67	<b>94,4</b>	112	<b>99,1</b>
		nein	10	4,7	4	5,6	1	0,9

§ Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen  
Signifikanzniveaus (Chi2-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

### 3.3.4. Beeinflussung des Sicherheitsgefühls auf die Geburtserfahrung

Eine schöne Geburtserfahrung erlebten im Westen 28,6 % der Frauen, die als einen Sicherheitsaspekt die Hebamme genannt hatten sowie 27,2 % der Frauen, die als Sicherheitsaspekt Freunde/Verwandte nannten ( $t_v=91,3$ ;  $p \leq 0,001$ ). Im Osten waren die Verteilungsunterschiede weniger unterschiedlich, aber dennoch hochsignifikant ( $t_v=49,7$ ;  $p \leq 0,001$ ):

Eine schöne Geburtserfahrung beschrieben 24,1 % der Frauen, die gleichzeitig die Hebamme und 23,1 % der Frauen, die medizinische Errungenschaften als Sicherheitsaspekt angesehen hatten, wobei im Westen dieser Aspekt nur von 15,0 % der Frauen genannt wurde (Tabelle 40).

**Tabelle 40:** Relation erste Geburtserfahrung und Sicherheitsgefühl durch Begleitumstände unter der Geburt

Sicherheitsgefühl durch:		Geburtserfahrung							
		belastend		normal		schön		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
West-Berlin	Zuwendung Arzt	122	14,6	56	14,6	67	15,7	245	23,5
	Zuwendung Hebamme	180	21,5	100	26,0	122	28,6	402	38,5
	Medizinische Errungenschaften	154	18,4	61	15,9	64	15,0	279	26,7
	Freunde/Verwandte	236	28,2	90	23,4	116	27,2	442	42,4
	Informationen	63	7,5	56	14,6	50	11,7	169	16,2
	andere	81	9,7	21	5,5	7	1,6	109	10,5
	Total	836	100,0	384	100,0	426	100,0	###1646	100,0
Ost-Berlin	Zuwendung Arzt	111	15,2	49	14,7	71	16,4	15	25,9
	Zuwendung Hebamme	178	24,5	102	30,5	104	24,1	26	43,0
	Medizinische Errungenschaften	170	23,4	69	20,7	100	23,1	23	38,0
	Freunde/Verwandte	139	19,1	51	15,3	89	20,6	19	31,2
	Informationen	77	10,6	51	15,3	55	12,7	12	20,5
	andere	53	7,3	12	3,6	13	3,0	5	8,7
	Total	728	100,0	334	100,0	432	100,0	\$\$\$1494	100,0

§Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Ost-Westberlin): \* $\leq 0,05$ ; \*\* $\leq 0,01$ ; \*\*\* $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Entbindungs Jahren: Ost-Berlin): † $\leq 0,05$ ; †† $\leq 0,01$ ; ††† $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

Signifikanzniveaus (Chi<sup>2</sup>-Test zw. Entbindungs Jahren West-Berlin): # $\leq 0,05$ ; ## $\leq 0,01$ ; ### $\leq 0,001$ . Kein "Stern" = n.s.

**Tabelle 41:** Relation von erster Geburtserfahrung und Sicherheitsgefühl\* durch Begleitumstände unter der Geburt (vor / nach 1990)

Geburtserfahrung		Sicherheitsgefühl durch	belastend		normal		schön	
			N	%	N	%	N	%
< 1990	***West-Berlin	Zuwendung Arzt	74	<b>51,7</b>	35	<b>24,5</b>	34	<b>23,8</b>
		Zuwendung Hebamme	87	<b>42,2</b>	68	<b>33,0</b>	51	<b>24,8</b>
		Med. Errungenschaften	75	<b>56,0</b>	35	<b>26,1</b>	24	<b>17,9</b>
		Freunde / Verwandte	115	<b>52,8</b>	58	<b>26,6</b>	45	<b>20,6</b>
		Informationen	45	<b>39,1</b>	41	<b>35,7</b>	29	<b>25,2</b>
		anderes	62	<b>70,5</b>	19	<b>21,6</b>	7	<b>8,0</b>
	n.s.Ost-Berlin	Zuwendung Arzt	62	<b>48,4</b>	32	<b>25,0</b>	34	<b>26,6</b>
		Zuwendung Hebamme	83	<b>43,2</b>	62	<b>32,3</b>	47	<b>24,5</b>
		Med. Errungenschaften	73	<b>45,6</b>	44	<b>27,5</b>	43	<b>26,9</b>
		Freunde / Verwandte	22	<b>46,8</b>	12	<b>25,5</b>	13	<b>27,7</b>
		Informationen	57	<b>46,0</b>	36	<b>29,0</b>	31	<b>25,0</b>
		anderes	43	<b>64,2</b>	12	<b>17,9</b>	12	<b>17,9</b>
>=1990	***West-Berlin	Zuwendung Arzt	48	<b>47,1</b>	21	<b>20,6</b>	33	<b>32,4</b>
		Zuwendung Hebamme	93	<b>47,4</b>	32	<b>16,3</b>	71	<b>36,2</b>
		Med. Errungenschaften	79	<b>54,5</b>	26	<b>17,9</b>	40	<b>27,6</b>
		Freunde / Verwandte	121	<b>54,0</b>	32	<b>14,3</b>	71	<b>31,7</b>
		Informationen	18	<b>33,3</b>	15	<b>27,8</b>	21	<b>38,9</b>
		anderes	19	<b>90,5</b>	2	<b>9,5</b>	0	<b>0,0</b>
	***Ost-Berlin	Zuwendung Arzt	49	<b>47,6</b>	17	<b>16,5</b>	37	<b>35,9</b>
		Zuwendung Hebamme	95	<b>49,5</b>	40	<b>20,8</b>	57	<b>29,7</b>
		Med. Errungenschaften	97	<b>54,2</b>	25	<b>14,0</b>	57	<b>31,8</b>
		Freunde / Verwandte	117	<b>50,4</b>	39	<b>16,8</b>	76	<b>32,8</b>
		Informationen	20	<b>33,9</b>	15	<b>25,4</b>	24	<b>40,7</b>
		anderes	10	<b>90,9</b>	0	<b>0,0</b>	1	<b>9,1</b>

Signifikanzniveaus (Chi2-Test zw. Ost-Westberlin): \*≤0,05; \*\*≤0,01; \*\*\*≤0,001. Kein "Stern" = n.s.

\* Mehrfachnennung, daher keine Signifikanzen auf Zellebene

### 3.3.5. Einfluss eines verfrühten bzw. verspäteten Geburtstermins auf die Geburtserfahrung

Frühgeburten und Übertragungen beeinflussten nicht wesentlich die Geburtserfahrung der Frau, weder vor, noch nach der Wende im Osten oder Westen (Tabelle 42).

**Tabelle 42:** Entbindungszeitpunkt und Geburtserfahrung

Entbindungszeitpunkt < 3 Wochen vor oder < 2 Wochen post partum			Geburtserfahrung					
			belastend		normal		schön	
			N	%	N	%	N	%
< 1990	West-Berlin	ja	71	<b>56,8</b>	37	<b>55,2</b>	30	<b>61,2</b>
		zu früh (≥ 3 Wochen vor der 37.SSW)	18	<b>14,4</b>	17	<b>25,4</b>	9	<b>18,4</b>
		zu spät (> 2 Wochen über dem Entbindungstermin)	36	<b>28,8</b>	13	<b>19,4</b>	10	<b>20,4</b>
		Total	125	<b>100,0</b>	67	<b>100,0</b>	49	<b>100,0</b>
	Ost-Berlin	ja	41	<b>47,1</b>	32	<b>60,4</b>	32	<b>65,3</b>
		zu früh (≥ 3 Wochen vor der 37.SSW)	18	<b>20,7</b>	11	<b>20,8</b>	9	<b>18,4</b>
		zu spät (> 2 Wochen über dem Entbindungstermin)	28	<b>32,2</b>	10	<b>18,9</b>	8	<b>16,3</b>
		Total	87	<b>100,0</b>	53	<b>100,0</b>	49	<b>100,0</b>
≥ 1990	West-Berlin	ja	127	<b>60,8</b>	38	<b>60,3</b>	70	<b>62,5</b>
		zu früh (≥ 3 Wochen vor der 37.SSW)	53	<b>25,4</b>	23	<b>36,5</b>	31	<b>27,7</b>
		zu spät (> 2 Wochen über dem Entbindungstermin)	29	<b>13,9</b>	2	<b>3,2</b>	11	<b>9,8</b>
		Total	209	<b>100,0</b>	63	<b>100,0</b>	112	<b>100,0</b>
	Ost-Berlin	ja	154	<b>73,3</b>	41	<b>59,4</b>	69	<b>63,3</b>
		zu früh (≥ 3 Wochen vor der 37.SSW)	40	<b>19,0</b>	23	<b>33,3</b>	33	<b>30,3</b>
		zu spät (> 2 Wochen über dem Entbindungstermin)	16	<b>7,6</b>	5	<b>7,2</b>	7	<b>6,4</b>
		Total	210	<b>100,0</b>	69	<b>100,0</b>	109	<b>100,0</b>

<sup>§</sup>Mehrfachantworten waren möglich, daher kann absolute Antwortzahl die Fallzahl der Befragten übersteigen

Allerdings zeigte die Korrelation (Tabelle 43) zwischen Geburtserfahrung und Entbindungszeitpunkt, dass die Geburt als etwas “Schönes” empfunden wurde, wenn selten eine “zu späte” Geburt vorlag, während bei einer “zu späten” Geburt überproportional häufig das Geburtserlebnis als belastend beschrieben wurde. Passend hierzu war der Zusammenhang, dass eine fristgerechte Geburt besonders selten als belastend empfunden wurde. Ein verfrühter Geburtstermin hatte keinen Einfluss auf die Geburtserfahrung.

**Tabelle 43:** Korrelation von Geburtserfahrung und Entbindungszeitpunkt

			Termin- gerecht	zu früh ( $\geq 3$ Wochen vor der 37.SSW)	zu spät ( $> 2$ Wochen über dem Entbindungstermin)
Spearman- Rho	Geburtserfahrung "schön"	Korrelations- koeffizient	,035	,035	-,065
		r	,221	,219	<b>,023</b>
		N	1213	1213	1213
	Geburtserfahrung "belastend"	r	-,061	-,002	,072
		p	<b>,034</b>	,940	<b>,012</b>
		N	1224	1213	1213

\*\* Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

\* Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (zweiseitig).

N= Fallzahl

### 3.4. Multivariate Analyse der "schönen Geburtserfahrung"

Die multivariate Analyse des Ereignisses "schöne Geburtserfahrung" ergab folgendes Ergebnis (Tabelle 44):

**Tabelle 44:** Signifikante Korrelationen einer "Schönen Geburtserfahrung" mit verschiedenen Items.

	R	p	N
Entbindungsjahr	0,13	$\leq,001$	2025
Vor/Nach 1990	0,10	$\leq,001$	2025
Zuwendung der Hebamme	0,20	$\leq,001$	1832
Geburtserfahrung: anstrengend	-0,24	$\leq,001$	2025
Geburtserfahrung: normal	-0,27	$\leq,001$	2025
Geschlecht des Gynäkologen	0,08	<b>0,001</b>	1994
Geburtsort: Zuhause	0,07	<b>0,001</b>	2015
Sicherheit durch Information	-0,07	<b>0,003</b>	1987
Information über die Geburt durch die Hebamme	0,07	<b>0,005</b>	1820
Sicherheit durch die Hebamme während der Geburt	0,06	<b>0,005</b>	1987
Alter der Frau bei der Geburt des ersten Kindes	0,06	<b>0,007</b>	2016
Bildungsabschluss des Vaters	0,05	<b>0,020</b>	1884
Geburtsort: Krankenhaus	-0,05	<b>0,029</b>	2015

N= Fallzahl der Mütter, p= Signifikanzwert des statistischen Tests, R= Relationskoeffizient

Die Geburt wurde als "schön" erlebt:

- Mit zunehmendem Entbindungsjahr
- Bei Zuwendung durch die Hebamme während der Geburt
- Wenn der behandelnde Gynäkologe eine Frau war

- Wenn die Geburt zu Hause und nicht in einer Klinik stattfand
- Wenn die Mutter über die Geburt nicht vorab informiert wurde
- Wenn Informationen über Schwangerschaft und Geburt von der Hebamme kamen
- Wenn die Hebamme während der Geburt präsent war
- Wenn die Frauen älter waren
- Bei einem höheren Bildungsabschluss des Vaters

Aus der logistischen Regression, bei der das dichotome Item “schöne Geburtserfahrung“ als Abhängige und die in Tabelle 44 signifikant korrelierenden Items als unabhängige Variablen eingehen, zeigen sich folgende signifikanten Effekte.

Angegeben sind die Odds-Ratio (OR) mit Konfidenzintervallen (CI) und Signifikanzniveaus:

- Eine Geburt außerhalb der Klinik erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Geburt “als etwas Schönes“ erlebt wird, um fast das 5-fache: OR: 4,8 (CI 1,4-16,3)  $p=0,012$ .
- Lag die Geburt vor der Wende, verringert sich die Wahrscheinlichkeit um 40 %, dass die Geburt “als etwas Schönes“ erlebt wurde: OR: 0,6 (CI 0,4-0,9)  $p=0,035$ .
- Mit jedem Jahrzehnt des Geburtsjahres steigt die Wahrscheinlichkeit um das 1,2-fache, die Geburt “als etwas Schönes“ zu erleben: OR: 1,2 (CI 1,0-1,4)  $p=0,020$ .
- Je besser die Betreuung durch die Hebamme während der Geburt empfunden wird (fünfstufige Skala), desto mehr erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Geburt als “etwas Schönes“ empfunden wurde; genauer, mit jeder Skalenstufe um das 1,5-fache: OR: 1,5 (CI 1,3-1,7)  $p\leq 0,001$ .

Alle anderen Parameter waren im logistischen Regressionsmodell nicht mehr signifikant.

Im nächsten Analyseschritt wurde eine schrittweise logistische Regression durchgeführt, bei welcher in jedem Regressionsschritt die Variable mit dem schwächsten Effekt auf die abhängige Variable aus dem Modell, unter Wahrung der Verbesserung des Modells, herausgenommen wurde. Folgende Variablen blieben im Regressionsmodell nach 9 Iterationsschritten als signifikant zurück, dabei waren die als abhängige und unabhängige Variablen verwendeten Items dieselben, wie im zuvor beschriebenen logistischen Regressionsmodell.

- Mit jedem Entbindungsjahrzehnt steigt die Wahrscheinlichkeit um das 1,2-fache, dass die Geburt als “etwas Schönes“ erlebt wird: OR: 1,2 (CI 1,0-1,4)  $p=0,004$ .

- Je positiver die Fürsorge der Hebamme erlebt wurde (fünffach-Skala), desto mehr erhöht sich mit jeder Skalenstufe die Wahrscheinlichkeit, dass die Geburt als "etwas Schönes" erlebt wird; mit jeder Skalenstufe um das 1,5-fache: OR: 1,5 (CI 1,3-1,7)  $p \leq 0,001$ .
- Findet die Geburt außerhalb einer Klinik statt, steigt die Wahrscheinlichkeit um das 3,5 fache, dass die Geburt als "etwas Schönes" erlebt wird: OR: 3,5 (CI 1,5-8,3)  $p=0,005$ .
- Die Wahrscheinlichkeit, die Geburt als etwas "Schönes" zu erleben, sinkt um 52 %, wenn Schwangere vorab als "beruhigende Maßnahme" intensiv über die Geburt informiert wurden: OR: 0,5 (95 % CI 0,2-0,9)  $p=0,041$ .

Alle anderen Parameter waren im schrittweisen logistischen Regressionsmodell nicht mehr signifikant.

### 3.5. Multivariate Analyse der "sehr belastende Geburtserfahrung"

Die Korrelation einer als "sehr belastend" empfundenen Geburt mit anderen Items zeigte folgende Zusammenhänge (Tabelle 45):

**Tabelle 45:** Signifikante Korrelationen von "sehr belastender Geburtserfahrung" mit verschiedenen Items

	r	p	N
Betreuung der Hebamme unter der Geburt	-0,20	<b>0,000</b>	1832
Vor/Nach 1990	0,09	<b>0,000</b>	2025
Entbindungsjahr	0,09	<b>0,000</b>	2025
Wohnbezirk	-0,05	<b>0,020</b>	2025

N= Fallzahl der Mütter, p= Signifikanzwert des statistischen Tests, R= Korrelationskoeffizient

Die Geburt wurde als u. a. als "sehr belastend" erlebt, wenn:

- Die Betreuung durch die Hebamme unter Geburt nicht hilfreich war
- Die Geburt nach 1990 stattfand
- Die Geburt in West-Berlin statt in Ost-Berlin stattfand (vor / nach 1990)

Auch hier wurde eine logistische Regression ausgeführt, bei der die abhängige Variable "Geburt als belastendes Ereignis" dichotom und die signifikant korrelierenden Faktoren aus Tabelle 45 als unabhängige Variablen eingehen.

Dabei ergaben sich folgende signifikante Effekte:

- Geburten nach der Wende wurden um das 2,4-fache häufiger als “besonders belastend“ bezeichnet, als vor der Wende: OR: 2,4 (CI 1,4-4,0)  $p=0,001$ .
- Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Geburt als “besonders belastend“ empfunden wurde, stieg mit jedem Grad der schlechteren Einschätzung der Unterstützung durch die Hebamme (5-stufige Skala) um 50 %: OR: 0,6 (CI 0,5-6)  $p\leq 0,001$ .
- Mütter aus West-Berlin gaben 30 % häufiger an, sowohl vor als auch nach der Wende, dass die Geburt als “belastend“ erlebt wurde: OR: 0,7 (CI 0,6-0,9)  $p=0,030$ .

Bei der schrittweisen logistischen Regression, bei der in jedem Regressionsschritt die Variable mit dem schwächsten Effekt auf die abhängige Variable aus dem Modell, unter Wahrung der Verbesserung des Modells, herausgenommen wurde, blieben folgende Variablen als signifikant zurück, wobei dieselben Variablen in das Modell eingingen, wie beim vorherigen Regressionsmodell:

- Frauen, die nach 1990 geboren haben, erlebten 2,5-fach häufiger die Geburt als “besonders belastend“, als Frauen vor der Wende: OR: 2,5 (CI 1,9-3,3)  $p\leq 0,001$ .
- Mit jeder schlechteren Bewertung der Betreuung durch die Hebamme auf einer 5-stufigen Skala stieg die Wahrscheinlichkeit um 0,6, dass eine Geburt als “belastend“ erlebt wurde: OR: 0,6 (CI 0,5-0,6)  $p\leq 0,001$ .
- Frauen im Westen erlebten mit einer 26 % höheren Wahrscheinlichkeit eine Geburt als besonders “belastend“ als Frauen im Osten: OR: 0,7 (CI 0,6-0,9)  $p=0,030$ .

## 4. Diskussion

### 4.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Ziel der Arbeit war es, Unterschiede im Gesundheitssystem und deren Einfluss auf das Geburtserleben am Beispiel von Ost- bzw. West-Berlin, vor (1950 - 1990) und nach dem Mauerfall (1990 - 2010+) zu ermitteln. Beim "Outcome" standen die Zufriedenheit und subjektive Erfahrung während der Geburt des ersten Kindes im Vordergrund, da hier das Erinnerungsvermögen deutlich ist. Außerdem sollte geklärt werden, inwieweit die differierenden Gesundheitssysteme und politischen Strukturen Einfluss auf das subjektive Geburtserleben nehmen und wie lange dieser nach der Zusammenführung der geteilten Stadt noch nachweisbare Auswirkungen hatten.

Signifikante Unterschiede im Median des **Alters der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes** zeigten sich vor der Wende zwischen West-Berlin (25 Jahre) und Ost-Berlin (22 Jahre), wobei sich diese Unterschiede nach der Wiedervereinigung kontinuierlich angleichen. Es kam zu einem hochsignifikanten Anstieg des Alters der Ostberlinerinnen bei der Geburt des ersten Kindes (+5 Jahre) nach der Wiedervereinigung, wobei das Alter der erstgebärenden Frauen sowohl in Ost- als auch in West-Berlin weiterhin kontinuierlich anstieg. Der Median des Alters betrug 2010 im Westen 29 und im Osten 30 Jahre.

Einen höheren **Bildungsabschluss** besaßen vor der Wende deutlich mehr Mütter aus Ost-Berlin (Fachhochschulabschluss + 16 %, Hochschulabschluss +2,2 %) als Mütter aus West-Berlin. Nach 1990 glichen sich diese Unterscheide an, wobei in beiden Teilen der Stadt deutlich mehr Mütter einen höheren Bildungsabschluss besaßen als vor der Wende.

Die **Klinikentbindung** ist und war sowohl in Ost- als auch in West-Berlin der häufigste Geburtsort, wobei dieser signifikant abgenommen hat (Ost: -3 %; West: -5 %) während sowohl in Ost (+3 %) als auch in West-Berlin (+5 %) die Geburtshäuser als Entbindungsort signifikant zunahmen.

Hinsichtlich der genutzten **Informationsquellen** über die Geburt zeigten sich vor 1990 hochsignifikante Unterschiede zwischen Ost- und West-Berlin. Im Osten erfolgte vor der Wende eine deutlich niedrigere Nutzung moderner Medien (Fernsehen, Radio, Internet: -11 %) als Informationsquelle im Vergleich zum Westen. Mütter aus Ost- und West-Berlin bezogen vor der Wende ihre Informationen überwiegend vom Arzt (West: 66 %; Ost: 66 %). Nach der Wende nahmen Bücher und Magazine als wichtigste Informationsquelle der werdenden Mütter (West: +21 %; Ost: +25 %) zu, ebenso erfolgte eine vermehrte Information über die Hebamme.

Hinsichtlich der **Angst vor der Geburt** zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen West- und Ost-Berlin, weder vor noch nach der Wende. Nach 1990, d. h. im Verlauf der letzten 25 Jahre, nahmen die Angst vor der Geburt und die Erfahrung eines "belastenden Geburtserlebnisses" zu. Sowohl vor, als auch nach der Wende gab es hier keine signifikanten Unterschiede zwischen West- und Ost-Berlin. Der Angstlevel der Mütter vor der Geburt ihres ersten Kindes zeigte sich unabhängig von dem steigenden Alter oder der Ausbildung der Mütter; auch führte die technische Hochleistungsmedizin weder vor noch nach der Wende zu einer Reduktion der Angst vor der Geburt. Dies weist auf eine universelle Erscheinung unabhängig vom deutschen Gesundheitssystem hin. Auffallend ist, dass in dem Jahrzehnt nach dem Mauerfall sehr viel häufiger "viel Angst" von den Ostberlinerinnen vor der Geburt angegeben wurde. Informierte sich die werdende Mutter über Bücher, Broschüren und Magazine über Schwangerschaft und Geburt, führte dies zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, Angst vor der Geburt zu entwickeln. Sportliche Betätigung in der Schwangerschaft erniedrigte den Angstlevel.

Signifikante Unterschiede hinsichtlich des **Geburtserlebens** zeigten sich nur vor der Wende zwischen West- und Ost-Berlin. Vor 1990 empfand der überwiegende Anteil der Frauen in beiden Stadtteilen die Geburt als "anstrengend", wobei auffällig war, dass im Westen die Geburt in 25,5 % als "große Belastung" erlebt wurde. Nach der Wende gab es keine signifikanten Verteilungsunterschiede zwischen Ost- und West-Berlin mehr. Seit 1990 wurde die Geburt zunehmend als etwas "sehr Schönes" (West: +11 %; Ost: +7 %) oder aber als "große Belastung" (West: +7 %; Ost: +5 %) erlebt.

Ein **Sicherheitsgefühl** entstand durch die Begleitumstände. Vor 1990 war im Westen die Anwesenheit nahestehender Freunde oder Verwandte der größte Sicherheitsfaktor, im Osten war es der technische Fortschritt und die Zuwendung der Hebamme, wobei sich die deren Betreuungsqualität ab 1980 - 2000 hochsignifikant verbesserte. Nach der Wende wurde von Müttern beider Stadtteile Berlins die Anwesenheit nahestehender Menschen als größter Sicherheitsfaktor angegeben, gefolgt von der Zuwendung der Hebamme. Vorherige Aufklärung und Information war ein eher untergeordneter Aspekt für das Sicherheitsempfinden während der Geburt (Ost: 7,5 %; West: 7,4 %). Der Arzt trug in beiden Teilen Deutschlands nahezu konstant zum sicheren Erlebnis der Geburt bei. Vor der Wende wurden im Osten signifikant mehr weibliche Gynäkologen (43,5 %) als im Westen (18,8 %) genannt, nach 1990 blieben diese Verteilungsunterschiede noch bis 2010 bestehen. Der Anteil der weiblichen Gynäkologen stieg nach 2010 auf 81,3 % im Osten und auf 74,2 % im Westen.

Die **Wahrscheinlichkeit für ein "schönes Geburtserlebnis"** stieg, wenn der behandelnde Gynäkologe eine Frau war, wenig Informationen vor der Geburt erfolgte, die Geburt außerklinisch stattfand, je älter die Frauen waren und wenn die Sicherheit durch den Arzt sowie die Zuwendung und Präsenz der Hebamme während der Geburt gegeben war. Sowohl in West- als auch in Ost-Berlin zeigte sich eine hochsignifikante negative Korrelation zwischen Geburtserlebnis und Angst-Pegel ( $r=-0,18$  und  $p\leq 0,001$ ). Dies bedeutet, je geringer die Angst, desto wahrscheinlicher war es, dass die Geburt auch als "schön" empfunden wurde. Die Wahrscheinlichkeit eines "schönen Geburtserlebnis" sinkt um 52 %, wenn sich intensiv über die Geburt vorab informiert wurde. "Viel Angst" vor der Geburt führte in beiden Teilen der Stadt häufiger zu einem "belastenden Geburtserlebnis", ebenfalls eine unzureichende Betreuung durch Arzt und Hebamme. Außerdem gaben Mütter aus West-Berlin mit 30 % höherer Wahrscheinlichkeit an, dass die Geburt als "belastend" erlebt wurde. Frauen, die nach 1990 geboren haben, erlebten im historischen Vergleich häufiger die Geburt als "besonders belastend" oder aber auch als "schön".

## **4.2. Vergleich mit anderen Studien**

Es wurden keine vergleichbaren Studienergebnisse hinsichtlich des Einflusses der ehemals unterschiedlichen Gesundheitssysteme auf das Geburtserleben von Müttern zu Zeiten der Teilung Deutschlands gefunden. Ebenfalls fanden sich keine Studien zur Geburtserfahrung im Ost-/ West-Berlin Vergleich bzw. innerhalb eines Landes mit unterschiedlichen politischen Systemen. Die Studie von Christiaens und Bracke (2007) vergleicht zwei Länder mit gleicher Kultur und geographischer Lage auf die Geburtserfahrung (Belgien und die Niederlande). Die Geburtserfahrung hing wesentlich von der Erfüllung der Erwartungen werdender Mütter, vom Geburtsschmerz, dem Geburtsort (Klinik versus Hausgeburt) und von dem subjektiven Gefühl des Kontrollverlustes der Gebärenden ab. Die Studie inkludierte 560 Teilnehmerinnen, die anhand eines Fragebogens in der 30. SSW und 2 Wochen nach der Geburt befragt wurden. Diese Befragung bestätigte die Multidimensionalität der Geburtszufriedenheit bzw. -erfahrung, analysierte aber nicht die Einflüsse der differenten Gesundheitssysteme auf die Geburtserfahrung. Christiaens und Bracke (2007) aber auch weitere Studien (Goodman et al. 2004, Green 1993, Slade et al. 1993) bestätigten, dass Frauen, deren Erwartungen an die Geburt erfüllt wurden, zufriedener waren als Frauen, deren Erwartungen nicht erfüllt wurden. Dies sollte dazu anregen, Erwartungen der werdenden Mütter besser zu erkennen und zu kommunizieren und ggf. zu korrigieren, um sie in die Praxis umsetzen zu können. Der in dieser Arbeit genutzte Fragebogen berücksichtigte nicht die Erwartungen der Mütter an die Geburt und kann diese somit nicht in Bezug zu dem Geburtserleben setzen. Allerdings

wurden vorangehende Empfindungen wie Angstgefühle erhoben. Diese sollte genau wie Erwartungen der Mütter an die Geburt, im Vorfeld frühzeitig erkannt und kommuniziert werden, was zu einem schöneren Geburtserlebnis führen und somit auch die Zufriedenheit der Mutter mit der Geburt erhöhen könnte. Vergleichende Studien fanden sich in der Literaturrecherche hinsichtlich des Einflusses des Gesundheitssystems und der Gesundheitsfürsorge mit dem Fokus auf die Geburtserfahrung werdender Mütter unter zwei verschiedenen politischen Systemen nicht, deswegen beschränkt sich der nachfolgende Teil dieses Kapitels auf den Vergleich einzelner Teilergebnisse dieser Arbeit.

In der Publikation von Arabin et al. (1999) wurde der Einfluss des ehemals unterschiedlichen Gesundheitssystems im geteilten Deutschland auf die Einführung der Perinatalvorsorge in West- bzw. Ost-Berlin beleuchtet. Dabei gingen Mütter-, Perinatal- und Säuglingssterblichkeit in beiden Teilen Berlins bis 1990 zurück ( $p < 0,0001$ ), ohne signifikante Unterschiede zwischen den beiden Teilen Berlins. Die Frühgeburtenrate war in Ost-Berlin trendmäßig niedriger im Vergleich zu West-Berlin ( $p < 0,06$ ). Diese Studie bestätigte auch ein weiteres Teilergebnis der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der Veränderung des Entbindungsortes. Vor 1990 haben in West-Berlin zwischen 1980 und 1990 96 % und in Ost-Berlin 99,6 % der Mütter in Kliniken entbunden, dies ist vergleichbar mit den Zahlen der vorliegenden Arbeit (vgl. Kapitel 3.1.1.). Arabin et al. (1999) zeigten außerdem, dass zwischen 1950 und 1955 das Durchschnittsalter der Mütter bei der Entbindung des ersten Kindes bei 25 Jahren in West-Berlin und bei 24 Jahren in Ost-Berlin lag. Zwischen 1985 und 1990 hatte sich das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes auf 27 Jahre in West-Berlin erhöht, in Ost-Berlin war es auf 23 Jahre zurückgegangen (Arabin et al. 1999). Diese Zahlen zeigten sich auch in der vorliegenden Arbeit. Mütter aus Ost-Berlin waren signifikant jünger bei der Geburt ihres ersten Kindes vor 1990, im Westen hingegen fand ein kontinuierlicher Altersanstieg statt, der im Osten erst nach der Wende zu verzeichnen war (s. Kapitel 3.1.1.). Ebenso beschrieben dies das Statistische Bundesamt (2012) und die Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Im Jahr 1980 waren die Mütter aus West-Berlin bei der Geburt des ersten Kindes durchschnittlich 25 Jahre alt, im Osten 22 Jahre. 2010 stieg das Alter der Erstgebärenden im Westen auf 29 und im Osten auf 27 Jahre.

Smarandache et al. (2016) beschrieben in einer kanadischen Studie, das höhere Alter bei der Geburt des ersten Kindes als den wichtigsten Prädiktor für eine negative Geburtserfahrung. Dies konnte in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden. Hier zeigte sich als Einflussfaktor für eine belastende Geburtserfahrung die zunehmende Angst, eine schlechte Betreuung durch das medizinische Personal, Entbindung in West-Berlin sowie ein Entbindungsjahr nach 1990 (s. Kapitel

3.5.), und nicht das mütterliche Alter. Studienergebnisse, die eine Zunahme der Angst vor der Geburt innerhalb Deutschlands bestätigen, wurden nicht gefunden. Dennoch steht die Angst vor der Geburt immer mehr im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen. Zwischen 5,5 und 10% der werdenden Mütter empfinden Angst vor der Geburt (Heimstad et al. 2006; Saisto et Halmesmaki 2003; Waldenström et al. 2006). Umfassend untersucht wurde der Einfluss von Angst vor der Geburt auf den Geburtsverlauf selbst. Saisto et al. (1999) und Ryding et al. (1998) zeigten, dass häufiger Notfallkaiserschnitte und Vakuumextraktionen bei der Geburt mit vorheriger Angst vor der Geburt assoziiert waren, ebenfalls war ein häufiger Einsatz von Schmerzmitteln notwendig. Dies bestätigten auch Adams et al. (2012) in einer Studie in Norwegen mit 2206 Schwangeren, die eine vaginaler Entbindung beabsichtigten. Diese Untersuchung ergab, dass Angst vor der Geburt auch die Geburtsdauer verlängern kann. Henriksen et al. (2017) sahen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen negativer Geburtserfahrung und vorausgehender Angst, in einer norwegischen Kohorte von 1352 Frauen (Multipara), vor der Geburt. Eine Studie aus Helsinki (Rouhe et al. 2009) zeigte ebenfalls, dass die Angst bei Frauen, die noch nicht geboren hatten, höher war als bei Frauen die schon mehrfach geboren hatten. Eine weitere prospektive Beobachtungsstudie in der Schweiz (Geissbühler et al. 2005) zeigte, dass mit steigender Parität immer weniger Mütter Angst vor der Geburt empfanden. Der verwendete Fragebogen in dieser Studie glich hinsichtlich der Erfassung der Angst dem, der auch in dieser Arbeit verwendet wurde. Die vorliegende Promotionsarbeit inkludierte allerdings ausschließlich erstgebärende Mütter, so dass der Aspekt der Parität nicht untersucht wurde.

Anhand unserer Ergebnisse konnte gezeigt werden, dass neben dem Angstlevel vor der Geburt, der Geburtsort, das Alter der Mutter, auch die Qualität der Betreuung durch die Hebamme bzw. durch den Arzt und der Entbindungsort (Ost-/ West-Berlin) einen Einfluss auf das Geburtserleben hatten. Brown und Lumley (1994) zeigen ebenfalls in einer Untersuchung in Australien einen signifikanten Zusammenhang zwischen mangelhafter Betreuung durch medizinisches Personal während der Geburt. Auch Waldenström et al. (1996) zählt zu den signifikanten Einflussgrößen der Geburtserfahrung unter anderem die Unterstützung durch die Hebamme. Dies bestätigen auch Hognett (2002) sowie Stadlmayr et al. (2001), die die Unterstützung und Qualität des medizinischen Personals als wichtige Einflussgröße auf die Geburtserfahrung beschreiben. Dies bestätigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit. Es zeigten sich sowohl in West- als auch in Ost-Berlin hochsignifikante Zusammenhänge zwischen der empfundenen Betreuungsqualität durch die Hebamme und der Beurteilung des Geburtserlebnisses (s. Kapitel 3.4.). Die in der Literatur zu findenden Einflussfaktoren auf das Geburtserleben wurden bereits im Kapitel 1.3. dargestellt.

Eine außerklinische Geburt erhöht nach unseren Zahlen die Wahrscheinlichkeit für ein schönes „Geburtserlebnis“ um das 5-fache (s. Kapitel 3.4.). Inwieweit dies auch mit einer Präselektion der Mütter, die sich für die außerklinische Geburt entscheiden, zu tun hat, konnten wir nicht analysieren. In einer Studie von MacVicar et al. (1993) wurde ein der Hausgeburt ähnliches Setting (u. a. Entbindungszimmer mit wohnlicher bzw. häuslicher Einrichtung, kontinuierliche Betreuung während der Geburt durch die Hebamme) in der Klinik simuliert und mit den Ergebnissen (u. a. Zufriedenheit, Geburtsdauer, Dammriss, Einsatz von Schmerzmedikamenten) einer normalen Klinikentbindung verglichen. Die Gruppe der Mütter, die in einer Hausgeburt ähnlichen Umgebung unter der Leitung einer Hebamme entbunden haben, zeigten eine signifikant höhere Zufriedenheit.

Auch die hier beschriebene Zunahme der außerklinischen Geburten nach 1990 wurde mit generellen Zahlen verglichen. Aus der Schätzung der Differenz der Gesamtzahl der Geburten und der in Kliniken erfolgten Geburten ergab sich ebenfalls eine leichte Zunahme zwischen 1999 und 2011 (von 10.193 zu 10.829 Geburten) in Deutschland. 2015 zeigte sich allerdings ein Rückgang auf 9.562 außerklinische Geburten (QUAG 2017). In Berlin wurden 2015 472 von insgesamt 38.030 Kindern als außerklinische Geburten registriert (QUAG 2017, Statistisches Bundesamt 2017), das entspricht 1,24 %. Die registrierten außerklinischen Geburten (Zuhause und Geburtshaus) in der vorliegenden Arbeit ergaben in West-Berlin nach der Wende 6,81 %, in Ost-Berlin 4,63 %, was einer deutlich höheren Rate an außerklinischen Geburten entspricht als im Jahr 2015, aber auch durch eine zufällige Überselektion begründet sein könnte.

Ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit ist, dass nach der Wende Frauen während der Geburt vor allem nahestehende Freunde und Verwandte als Sicherheitsfaktor erlebten (s. Kapitel 3.2.5). Die Unterstützung durch nahestehende Personen und vor allem des Partners wird in vielen Studien als signifikant angegeben (Doering et al. 1980; Slade et al. 1993). Die Studie von Lavender et al. (1999) zeigt, dass der wichtigste Aspekt der Geburt, neben der Unterstützung durch die Hebamme, nahestehende Freunde und Verwandte sind, um ein schönes Geburtserlebnis zu haben (s. Kapitel 3.4.). Ebenso beschreibt diese Studie, dass vorangegangene Informationen und medizinische Geburtsinterventionen Einfluss auf das Geburtserleben haben. In unserer Studie sank die Wahrscheinlichkeit eines positiven Geburtserlebnisses um 52 %, wenn intensive Informationen der Geburt vorangingen (s. Kapitel 3.4.). Nach 1990 wurde als Informationsquelle in Ost- und West-Berlin in absteigender Reihenfolge der Arzt, die Hebamme und Broschüren/Zeitschriften genannt. Dies deckte sich mit den Umfragewerten bei 374 Frauen innerhalb Deutschlands (Statista 2017).

### **4.3. Implikation für die Gesundheitspolitik**

Das politische System der DDR bot Müttern und Familien ein umfangreiches soziales Fürsorgesystem sowie zahlreiche soziale Hilfsangebote vor und nach der Geburt (siehe Kapitel 1.2.1). In der DDR wurden Mütter nach der Geburt im Krankenhaus umfassend zum Stillen angeleitet, ebenso fand direkt nach der Geburt eine systematische Wochenbettgymnastik zum Erhalt und Wiederherstellung eines intakten Beckenbodens statt. Im Westen lag der Schwerpunkt weniger auf sozialen Fürsorgesystemen oder präventiven Angeboten, sondern eher auf einem kostenintensiven kurativen therapeutischen Vorgehen. Nach der Wende wurde das zentralisierte ostdeutsche Gesundheitssystem durch das westdeutsche Gesundheitssystem ersetzt. Dadurch sind viele soziale Fürsorgeangebote vor und nach der Geburt sowie perinatale Audits zur Qualitätssicherung (etwa der perinatalen und mütterlichen Mortalität) in den Hintergrund getreten, ebenfalls der präventive Fokus.

Mit Zunahme der Jahre wurde in beiden Stadtteilen Berlins die Geburt zunehmend als „große Belastung“, aber auch als „etwas Schönes“ erlebt (s. Kapitel 3.2.2). Studien zeigten, dass eine negative Geburtserfahrung häufig mit dem Wunsch einhergeht, bei der nächsten Geburt eine elektive Sektio zu wünschen (Waldenström et al. 2004) und sich die Wahrscheinlichkeit einer postpartalen Depression erhöht (Bell et Andersson 2016). Eine weiterführende noch nicht veröffentlichte Publikation bestehender Daten unseres Teams zeigt, dass ebenfalls das erste Jahr nach der Geburt vor der Wende signifikant häufiger im ehemaligen Ost-Berlins als „schön“ erlebt wurde im Vergleich zu West-Berlin. Es könnte ein Gedankenanstoß sein, Müttern ein umfassenderes staatlich getragenes und flächendeckendes soziales Für- und Vorsorgeangebot anzubieten. Ebenfalls sollte die medizinische und psychosoziale Aufmerksamkeit gegenüber der werdenden Mutter nicht mit der Geburt des Kindes enden, sondern weit darüber hinausgehen. Dabei können Probleme angesprochen, internistische Risiken analysiert und präventive Konzepte entwickelt werden, um ein stabiles Sicherheitsnetz zu etablieren, das nicht nur im Vorfeld der steigenden Angst vor der Geburt entgegenwirkt, sondern auch die Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt verbessert (Arabin und Baschat 2017).

Schwangerschaft, Geburt und die Periode nach der Geburt sind ein häufig noch ungenutztes Fenster in die Zukunft von Müttern und Kindern (Arabin und Baschat 2017). Unmittelbar postpartale Beschwerden sind u. a. Depressionen, Rückenschmerzen, Brustprobleme, Inkontinenz, Hämorrhoiden und sexuelle Probleme (MacArthur et al. 1991). Es ist nicht nur ein umfassendes soziales Für- und Vorsorgeangebot notwendig, sondern auch ein Nachsorgeprogramm, das eine anhaltende Betreuung sicherstellt. Weitere Studien bestätigen, dass gesundheitliche Beschwerden der Mütter

deutlich über acht Wochen bis zu über einem Jahr post partum anhalten können (Glazener et al. 1995, Brown und Lumley 1998, Saurel-Cubizolles et al. 2000) und Schwangerschaftskomplikationen wie Gestationsdiabetes oder Präeklampsie auf spätere Gesundheitsrisiken bereits hinweisen.

Informationen beziehen Mütter nach wie vor meist über den Arzt, allerdings nimmt die Selbstbeschaffung der Information über Bücher/Magazine/Broschüren und über das Internet (s. Kapitel 3.1.4) weiterhin zu. Im Jahr 2017 informierten sich 67 % der werdenden Mütter im Internet und 24 % mittels einer App über Schwangerschaft und Geburt (Statista 2017). In einer Studie in Schweden wurden 193 schwangere Frauen hinsichtlich der Nutzung des Internets als Informationsquelle befragt. 95 % der Frauen nutzen das Internet zur Informationsbeschaffung, wobei sich die Mehrheit der Frauen durch die Information besorgt fühlten (Bjelke et al. 2016). Diese Größe und ihr Einfluss sollte mit der weiteren Zunahme der Digitalisierung berücksichtigt werden. Dies könnte auch die zukünftige Plattform sein, um Müttern der neuen Generation mit seriösen und validen Informationen über Schwangerschaft und Geburt schnell und flächendeckend zu erreichen. Wenig vorangegangene Information durch Mediziner, aber Information durch die Hebamme über Schwangerschaft und Geburt erhöhen die Wahrscheinlichkeit für ein "schönes Geburtserlebnis", auch mögen sie nicht immer den realistischen Tatsachen entsprechen (s. Kapitel 3.4.). Es sollte kritisch diskutiert werden, ob eine umfassende Informierung und Risikoaufklärung der werdenden Mütter über Schwangerschaft und Geburt sowie die zunehmend vorgeschlagenen Untersuchungen für diese Entwicklung verantwortlich sein könnten. Mütter werden im Rahmen der festgelegten Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien, umfassend über Schwangerschaft und Geburt aufgeklärt. Vor dem Hintergrund, dass die Wahrscheinlichkeit eines "schönen Geburtserlebnis" steigt, wenn die Information über die Hebamme erfolgt, sollten kooperative Konzepte überlegt werden, wobei Hebammen eine kommunikative Verantwortung erhalten. Zusätzlich sollten natürlich vor allem bei ersten Risikozeichen auch moderne Techniken und medizinisches „Know-how“ involviert werden. Das frühe Erkennen der Ängste der Schwangeren ist notwendig, da diese die weitere Schwangerschaft, die Geburt sowie die Zeit nach der Geburt beeinflussen können und sogar den Schmerzmittelbedarf beeinflussen (Areskog et al. 1983; Alehagen et al. 2001).

Eine frühe Aufklärung darüber, dass Schwangerschaft und Geburt ein natürlicher und meist zu bewältigender Prozess sind, könnte dazu führen, dass Frauen einen Kontrollverlust nicht durch eine vermehrte Aneignung von Information und Aufklärung über mögliche Risiken kompensieren müssen. Ebenso wären frühzeitige schulische Gesundheitserziehungsprogramme sinnvoll, um Risikoverhalten zu reduzieren (Kirby et al 1994).

Die weiterführenden noch nicht veröffentlichten Daten aus dieser Erhebung haben ergeben, dass festgelegte Kontrolluntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien nicht zu einer Reduktion der Angst vor der Geburt in West- und Ost-Berlin geführt haben. Anhand einer Kohorte von 360 schwangeren Frauen berichteten Peterson und Jahn (2017), dass zwei Drittel der Frauen von einem ihnen mitgeteilten auffälligen oder pathologischen Befund in der Vorsorgeuntersuchung berichteten, die in fast der Hälfte der Fälle auf routinemäßige Ultraschalluntersuchungen zurückzuführen war. Im Nachhinein bestätigten sich über 80 % der Fälle nicht, aber 40 % der Frauen waren durch verdächtige Befunde verunsichert. Viele der auffälligen Befunde, die von den Müttern gemeldet wurden, waren sogar nicht in den pränatalen Aufzeichnungen dokumentiert und führten zu einer Beunruhigung der Schwangeren.

Allein der Verdacht einer fetalen Anomalie führt zu einer Zunahme von Angst und eines erhöhten Depressivitätsrisikos (Baillie et al. 1999: 149; Götzmann et al. 2002: 33), die sich selbst durch anschließend negativ befundene Ergebnisse nicht reduzierten (Green et. al 2004: 12; Santalahti et al. 1996: 101). Trotz der Empfehlung der Mutterschutzrichtlinien, kardiotokeographische Untersuchungen nur bei drohender Frühgeburt in der 26. und 27. Schwangerschaftswoche oder Verdacht auf verfrühte Wehentätigkeit durchzuführen, werden viele Untersuchungen häufiger in der Routine durchgeführt. Über 12 Schwangerenvorsorge- bzw. über 5 Ultraschalluntersuchungen erhielten 41,7 % bzw. 21,0 % aller Schwangeren in Deutschland (BQS 2007). Pränatale Betreuung und Vorsorge tragen zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind bei (Fiscella 1995), sie sollten allerdings leitliniengerecht und nicht profitorientiert durchgeführt werden, um eine Überversorgung und Verunsicherung von "low-risk" Schwangeren zu vermeiden.

Eine Risikoschwangerschaft wird durch die bestehenden Einschlusskriterien im Mutterpass, wie u. a. das Alter der Erstgebärenden über 35 Jahre, Schwangerschaftsdiabetes, Diabetes mellitus, schwere Adipositas und geburtshilfliche Risikoanamnese (Mutterschaftsrichtlinien 1985), fast schon zum Normalfall. 2016 traf dies auf 80 % der Schwangeren zu (ZQ 2016), beinhaltet somit zahlreiche zusätzliche (kostenintensive) Kontrolluntersuchungen, weiterführende Tests und Screening Maßnahmen sowie die damit verbundene Aufklärung über diese Untersuchungen. Hinzu kommen eine große Anzahl von IGeL-Leistungen, die Schwangeren angeboten werden und nicht von der Krankenkasse bezahlt werden, wie zum Beispiel die Nackenfaltenmessung, Triple-Test, zusätzliche Wunsch-Ultraschalle, auch „Babyfernsehen“ genannt. Diese Kommerzialisierung und defensives Denken führen zu einer Überinformation und ggf. zu einer Überforderung der Schwangeren, was sich in einer Zunahme von Angst und Unsicherheit widerspiegelt. Dies kann auch

erklären, dass wenig Information die Wahrscheinlichkeit erhöht, ein “schönes Geburtserlebnis“ zu haben (s. Kapitel 3.4.).

Allgemeines Ziel der Geburtsmediziner und Hebammen sollte sein, die Morbidität und Mortalität für Mutter und Kind zu senken. Es ist somit kritisch zu diskutieren, wo der Mittelweg zwischen Risikominimierung und der damit verbundenen Notwendigkeit häufiger Kontrolluntersuchung sowie einem Überangebot an Aufklärung und rechtlicher Absicherung seitens des Arztes, zu finden ist. Laut Jahn (2002) könnte ein Ansatz sein, die Screening-Qualität durch die Modifikation des bisherigen 3-Stufen-Konzepts durch eine höhere Gewichtung der ersten Stufe zu verbessern, da Versäumtes in der 2. oder 3. Stufe kaum mehr korrigierbar ist. Jahn (2002) setzt als Ziel, den Zugang zu hochqualifizierten Untersuchern für alle Schwangere zu ermöglichen sowie eine zentrale Qualitätssicherung sowie die Unterstützung der informierten Entscheidung der Schwangeren durch unabhängige und ergebnisoffene Beratung und Fokussierung der Schwangerenvorsorge zu verbessern.

Ebenso ist es notwendig, ärztliches Personal in der Kommunikation zu schulen, um eine leicht verständliche Information der Schwangeren oder Gebärenden zu ermöglichen, die nicht automatisch zu einer Beunruhigung führt. Informieren anstelle von alarmieren wäre ein Ansatz. Ebenfalls wäre eine bessere Vernetzung der Fachdisziplinen innerhalb der Kliniken zur besseren Kommunikation und zur Vermeidung von Fehldiagnosen anzustreben. Ängste von Ärzten und Hebammen aufgrund der defensiven Medizin oder wegen Unerfahrenheit sollten auch abgebaut werden. Die Etablierung einer individualisierten Geburtshilfe könnte mehr Möglichkeiten eröffnen, Ängste reduzieren und hierdurch “schöneres“ und “weniger belastendes“ Geburtserlebnis für alle Seiten erzielen.

Das Alter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes nahm nach der Wende dramatisch zu. Mütter aus Ost-Berlin waren vor 1990 signifikant jünger im Vergleich zu Müttern aus West-Berlin (s. Kapitel 3.1.1.), wobei nach der Wiedervereinigung das Alter der Mütter signifikant anstieg ( $p < 0.0001$ ) und die Raten junger Erstgebärender drastisch fiel. Eine zunehmende Anzahl von Müttern erhielt nach 1990 einen Abitur- oder Universitätsabschluss (s. Kapitel 3.1.2.). Durch die Übernahme des westdeutschen Gesundheitssystems fielen Betreuungsangebote und soziale Hilfsangebote sowie weitere Anreize, die eine frühe Mutterschaft attraktiv gestalten, im ehemaligen Ostteil der Stadt weg. Die Gesamtfertilität junger Mütter, im Alter von 15 – 49 Jahren, lag 1989 in der DDR bei 1,6 Kindern und bei 1,3 Kindern in der Bundesrepublik und brach nach der Wiedervereinigung drastisch ein; 1994 erreichte sie ihren Tiefpunkt in den neuen Bundesländern von 0,77 (Kröhnert 2010, Statistisches Bundesamt 2018). Es sollte überlegt werden, ob das ehemals

bestehende flächendeckende staatlich organisierte Betreuungsangebot sowie die sozialen Hilfsstrukturen der ehemaligen DDR nicht in das aktuell bestehende System integriert werden könnte, um die junge Mutterschaft wieder als Option für Frauen zu etablieren. Jüngere Mütter haben komplikationslosere Schwangerschaften, da mit zunehmendem Alter die Inzidenzen von kardiovaskulären, metabolischen, renalen und autoimmunologischen Krankheiten zunimmt (Ritzinger et al. 2011: 113), daneben steigt auch die Wahrscheinlichkeit einer chromosomalen Störung (Hook et al. 1983), einiger angeborener Fehlbildungen (Cleary-Goldman et al. 2005, Hollier et al. 2000), von Extrauteringraviditäten (Storeide et al. 1997), Präeklampsie (Paulson et al. 2002) und Gestationsdiabetes (Cleary-Goldman et al. 2005, Berkowitz et al. 1990).

Deutschland liegt inzwischen mit 1,50 Kindern pro Frau unter dem EU-Durchschnitt (Eurostat 2016; Statistisches Bundesamt 2012: 40). Daher sollte ein Schwerpunkt der Familienpolitik auf dem Ausbau und der Stärkung einer unterstützenden Familienpolitik und einer familienorientierten Geburtshilfe liegen. Diese wurde im westdeutschen Gesundheitssystem schon früh etabliert und nach der Wiedervereinigung beibehalten (s. Kapitel 1.2.1.). Vor der Wende gaben Mütter in West-Berlin vor allem die Familie als Sicherheitsfaktor unter der Geburt an, Mütter in Ost-Berlin waren vor der Wende häufiger von technische Errungenschaften überzeugt, wobei vorangegangene Informationen über Schwangerschaft und Geburt damals einen untergeordneten Aspekt (7 %) für das Sicherheitsgefühl während der Geburt einnahmen (s. Kapitel 3.2.5.). In Ostdeutschland waren Väter bzw. nahestehende Verwandte bei der Geburt nur bedingt zugelassen und nicht als notwendig erachtet (s. Kapitel 1.2.1). Nach der Wende beurteilten auch Mütter aus Ost-Berlin die Anwesenheit der Familie oder nahestehender Freunde/Verwandte als den größten Sicherheitsfaktor neben der Hebamme. Der Arzt oder die Hochleistungsmedizin nahmen in der subjektiven Betrachtung nur einen untergeordneten Platz ein (s. Kapitel 3.2.5.). Eine Stärkung der Familie durch eine familienorientierte Geburtshilfe, soll trotz oder gerade wegen modernen Technik und Überwachungsmethoden in der Klinik forciert und ermöglicht werden um die von den Frauen gewünschte Geborgenheit durch die „Anwesenheit von Familie oder nahestehenden Freunden/Verwandten“ zu gewährleisten.

**Zusammenfassend** können wir aus der Geschichte gemäß dem Philosophen Odo Marquard (2003: 1): „*Zukunft braucht Herkunft*“ lernen. Zusätzlich ist ein Blick auf andere Gesundheitssysteme notwendig, um Vor- und Nachteile zu erkennen. Ein stärkerer Fokus auf Prävention, sowie eine Berücksichtigung der Gesetze des „Triple Aims“ darunter Reduktion der Kosten, Steigerung der individuellen Zufriedenheit und der Gesundheit der Bevölkerung könnten hilfreich sein, um neben der Risikominimierung und Therapie von Erkrankungen auch langfristige Gesundheitsziele im

Auge zu behalten (Institute for Healthcare 2009). Berwick und Hackbarth schlagen dazu eine sogenannte „Abfallreduktion“ des amerikanischen Gesundheitssystems vor, um unnötige Kosten zu vermeiden zur Etablierung eines nachhaltigen Gesundheitssystems. Zu den vermeidbaren „Abfallprodukten“ des amerikanischen Gesundheitssystems zählen sie u. a. die Überbehandlung des Patienten, die Verwaltungskomplexität sowie Betrug und Missbrauch durch gefälschte Rechnungen und Dokumentationen dazu; dies verursacht über 20 % der Kosten des amerikanischen Gesundheitssystems (Berwick DM und Hackbarth AD 2012).

Es geht nicht nur über die hohen Kosten unnötiger Untersuchungen und deren Nachhaltigkeit, sondern um die möglichen Folgen für Mutter und Kind einer Überversorgung. Solange ein wirtschaftliches Interesse an einem Einsatz diagnostischer und medizinischer Interventionen (vgl. Otto et Wagner 2013) vorherrscht, wird die Geburtsmedizin nicht die Vorteile der Geburtshilfe an- und übernehmen können. Die Qualität der Versorgung, von Mutter und Kind, sollte nicht vom absoluten Budget eines Gesundheitsfonds abhängen, sondern eher von einem verantwortlichen Resource-Management abhängen (Arabin et al. 1999, Arabin 2017).

#### **4.4. Implikation für weitere Forschungen**

Die hier vorliegende Arbeit kann eine Basis sein, um weitere Studien durchzuführen, aber auch, um die Erkenntnisse in die Praxis einzuführen. Interessant wäre es, offene Interviews zu führen, um von den Erfahrungen Schwangerer selbst zu lernen. Dabei könnten auch Mehrgebärende herangezogen werden.

**Das Geburtserleben** ist von vielen Faktoren abhängig (Neises 2004, Waldenström et al. 1996, Lavender et al. 1999, Stadlmayr et al. 2001), was die vorliegende Arbeit bestätigt. Um das bestehende Versorgungssystem zu verbessern, müssen zunächst die medizinischen Befunde, dann aber auch die Bedürfnisse der Schwangeren berücksichtigt werden. Eine ähnliche Befragung von werdenden bzw. gewordenen Müttern hat innerhalb Deutschlands bislang nicht stattgefunden. Randomisierte Studien mit verschiedener Informationspolitik und Unterstützung sind denkbar, um Erkenntnisse zur Informationspolitik zu gewinnen. Allerdings kann im positiven und negativen Sinne ein subjektiver Faktor der jeweiligen Person, die aufklärt, nie ganz eliminiert werden.

Bei der Einführung der Geburtsmedizin wurden vorwiegend die Lebenserwartung sowie **Mortalitäts- und Morbiditätszahlen** als Maßstab verwendet, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu vergleichen. Der Schwerpunkt weiterer wissenschaftlicher Studien sollte sich auch auf die **Lebensqualität** beziehen.

Ein Schwerpunkt der „**Bedürfnis-Forschung**“ der Mütter sollte auf die steigende Angst (Stress) vor der Geburt gelegt werden. Es stellt sich nicht nur die Frage nach dem Grund der Angst, bzw. deren Auslöser, sondern auch auf die Auswirkung eines hohen Angstlevels auf Mutter und Kind. Hier wären zum einen Studien, die anhand eines Fragebogens in festgelegten Abständen während der Schwangerschaft und nach der Geburt den Angstlevel und den Angstcharakter erfragen notwendig. Zum anderen wären weitere Follow-Up Studien wünschenswert, die das Outcome von Mutter und Kind untersuchen, wenn ein hoher Angstlevel vor der Geburt vorgelegen hat. In der Literatur finden sich dazu einige erste Studien, die zeigten, dass bei Angst und Stress vermehrt das Stresshormon Cortisol ausgeschüttet wird, das planzentagängig ist und den Reifungsprozess des Fötus beeinträchtigen könnte (van den Bergh et al. 2005). Diese Studie zeigte, dass die Entwicklung der HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophyse -Nebennieren-Achse), des limbischen Systems und des präfrontalen Kortex durch vorgeburtlichen mütterlichen Stress und Angstzustände beeinflusst wird. Es gab umfassende Untersuchungen an Tieren, die zeigten, dass eine Belastung und Angst der Mutter während der Schwangerschaft langfristig negative Auswirkungen auf die Aufmerksamkeitsspanne, die Anpassungsfähigkeit in stressauslösenden Situationen des Kindes hat (Schneider et al. 2002, Chapillon 2002). Eine weitere Studie bestätigte, dass Stress während der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für neurobehavioralen Störungen wie Autismus, ADHS, Sucht, Depression oder Schizophrenie zu Folge hat (Grant KA et al. 2015). Brouwers et al (2001) und Huizink et al. (2002) assoziieren mütterlichen Stress bzw. Angst mit einer verlangsamten geistigen Entwicklung des Kindes.

Arabin B und Baschat AA (2017) fassen aus mehreren Studien zusammen:

„Ängste und Stress bei der Mutter können unmittelbare Veränderungen des uterinen Blutflusses, der fetalen Herzfrequenz oder der fetalen Bewegungen hervorrufen und langfristige Veränderungen des fetalen Wachstums, des Stoffwechsels, des Verhaltens und der Kognition hervorrufen.“ (vgl. Van den Bergh BRH et al. 2017, Huizink AC et al. 2017, O'Donnell KJ und Meaney MJ 2017, zitiert von Arabin B und Baschat AA 2017:11.)

Ein Schwerpunkt sollte vor allem auf einer sachlichen, aber emotional wenig belastenden Informationspolitik liegen. Ein weiterer wichtiger Fokus könnte auf die Überprüfung der Mutterschutzrichtlinien gelegt werden. Es ist notwendig, valide zu überprüfen, ob die einzelnen Untersuchungen notwendig sind sowie ob eine umfassende Risikoaufklärung jeglicher Untersuchungen einen Mehrwert für die werdende Mutter hat. Ebenfalls sollten großangelegte Studien erfolgen, die die Nutzung von IGe-Leistungen und deren Einfluss auf das Geburtserlebnis und die Angst vor der Geburt untersuchen. Außerdem sind weiterführende aktuelle Studien und Befragungen zur

Evaluierung der späten Mutterschaft in Deutschland wünschenswert. Anhand dieser Ergebnisse können Anreize entwickelt werden, die eine junge Mutterschaft fördert, welche mit weniger Risiken und Pathologien assoziiert ist (Ritzinger et al. 2011; Elser et Selbmann 1982). Die vorliegende Arbeit hat außerdem gezeigt, dass Sport die Angst vor der Geburt signifikant reduziert. Studien, die die Auswirkungen von Sportprogrammen während der Schwangerschaft sowohl auf die Geburt, als auch auf die Gesundheit der Mutter evaluieren, wären wünschenswert.

#### **4.5. Stärken und Schwächen der Ergebnisse**

Der verwendete Fragebogen und die Durchführung der Befragung stellte die Grundlage der Datengenerierung dar. In die Befragung wurden Mütter inkludiert, die ihr erstes Kind zwischen 1950-1990 und zwischen 1990 und 2010+ in Berlin entbunden hatten. Dies machte eine retrospektive Erhebung erforderlich. Die Fragen wurden vor ihrem Einsatz auf ihre Verwendbarkeit und Reliabilität geprüft, dennoch haben sich folgende Limitation ergeben. Die Befragung der Teilnehmerinnen wurde durch verschiedene Personen durchgeführt. Inwieweit dies die Ergebnisse beeinflusst, wissen wir nicht. Einige Fragebögen wurden falsch ausgefüllt und konnten nicht verwandt werden.

Waren Mehrfachantworten möglich, wurde jede Antwort als gleichgewichtig betrachtet, da retrospektiv nicht mehr evaluiert werden konnte, welche jeweilige Antwort zuerst oder zuletzt von den Teilnehmerinnen genannt wurde. Innerhalb des Fragebogens gab es keine offenen weiterführenden Fragen zu genaueren Differenzierung einzelner subjektiver Parameter. Dies könnte einen Informationsverlust von weiteren Größen bedeuten. Bei der statistischen Auswertung und Korrelation der Antworten aus den Fragebögen zur Geburtszufriedenheit und zum Geburtserleben und der Bildung von Untersuchungsgruppen kam es bei manchen Korrelationen zu kleinen Fallzahlen, die die Auswertung erschwerte.

Eine Stärke ist auf jeden Fall der historisch einmalige vergleichende Ansatz zweier Systeme innerhalb einer Stadt und die Untersuchung eines neuen Faches, das gerade in den Zeiten der deutschen Teilung entstand. Die Daten, die direkt nach der Wende erhoben wurden, bieten das Rohmaterial für weitere Gesundheitsforschung.

## 4.6. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine staatlich gelenkte Politik keine negativen Auswirkungen auf das Geburtserlebnis hatte, sondern eher zu einer Stressreduktion führte. Nach der Wiedervereinigung kam es zu einer starken Senkung des Anteils junger Mütter und insgesamt zu einem Rückgang der Fertilitätsraten im Ostteil der Stadt. Dies hängt u. a. mit der Rückführung sozialer Maßnahmen, möglicherweise auch mit den „Anreizen“ des „freien“ Lebens zusammen. Dass die Geburt zunehmend als etwas „sehr Schönes“ aber auch als „besonders belastend“ erlebt wird, hat innerhalb Deutschlands gleichermaßen zugenommen. Interessant ist, dass die Angst vor der Geburt nach 1990 ebenfalls steigt, ohne dass ein Bezug zum früheren Versorgungssystem in Ost- oder West-Berlin besteht. Dieser Anstieg ist auch unabhängig vom Alter und der Schulbildung der erstgebärenden Mütter. Es zeigte sich, dass Information vor der Geburt die Wahrscheinlichkeit für ein belastendes Geburtserlebnis erhöhen inklusive selbstständig angeeigneter Laieninformation aus Büchern und Magazinen.

Mit Hilfe der logistischen Regressionsanalyse konnten verschiedene Faktoren identifiziert werden, die das Geburtserleben beeinflussten: der Entbindungsort (Ost- vs. West- Berlin und Klinikgeburt vs. Hausgeburt), Qualität der Betreuung durch Arzt/Hebamme während der Geburt, Geschlecht des behandelnden Gynäkologen, Information vor der Geburt und Alter der Frauen. Anhand dieser Ergebnisse ist ableitbar, dass das subjektive Geburtserleben von vielen Einflussfaktoren des Individuums und der Umgebung abhängig ist. Weiterführende prospektive Befragungen der Schwangeren hinsichtlich ihrer Wünsche, Erwartungen und Ängste, aber auch retrospektive Befragungen von Müttern hinsichtlich des Geburtserlebens wären sinnvoll.

Die rasche Übernahme des westdeutschen Gesundheitssystems nach der Wende ohne die Analyse der Stärken und Schwächen der jeweiligen Systeme, hat zu keinem verbesserten subjektivem oder objektivem Outcome geführt. Fast 30 Jahre nach der Öffnung der Mauer sollte es möglich sein, offen über verschiedene Gesundheitssysteme für die geburtshilfliche Versorgung zu diskutieren und diese kritisch auf ihre Limitierung, Errungenschaften und Möglichkeiten zu prüfen. Eine engmaschige Qualitätssicherung der medizinischen Leitlinien und Standards sollte weiter gefördert werden, um sich den verändernden Bedürfnissen der modernen Gesellschaft anzupassen.

Über 25 Jahre nach der Wiedervereinigung ist es möglich, die jeweiligen Vorteile der unterschiedlichen Gesundheitssysteme zu verifizieren bzw. zu diskutieren und uns zu einer qualitativ hochwertigen patientenorientierten Geburtshilfe inspirieren zu lassen, die die Gesundheit von Mutter und Kind fördert sowie langfristig gute Ergebnisse im medizinischen und auch psychosozialen Sinne erzielt.

## 5. Literaturverzeichnis

Adams SS, Eberhard-Gran M, Esklid A (2012): Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery, in: *BJOG* Jg.119, Nr.10, S.1238–1246.

Ahner R, Stokreiter C, Bikas D, Kubista E, Husslein P (1999): Demands on obstetric care in the urban environment: Postpartal survey, in: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* Jg. 20, Nr. 4, S. 191–197.

Alehagen S, Wijma K, Wijma B (2001): Fear during labor, in: *Ostet Gynecol Scand*, Jg. 80, Nr. 4, S. 315–320.

Arabin B (2017): Irresponsible and responsible resource management in obstetric, in: *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Jg. 43, S. 87-106.

Arabin B, Baschat AA (2017): An Appeal for Continuous Family Care and Interdisciplinary Communication, in: Chervenak F, Kupesic Plavsic S, Kurjak A (Hrsg): *Fetus as a Patient*. London, Philadelphia: Jaypee Brothers Verlag, Kapitel 8.

Arabin B, Raum E, Mohnhaupt A, Schwarz F (1999): Two Types of Health Care Systems and Their Influence on the Introduction of Perinatal Care: An Epidemiological Twin Model in Berlin from 1950 to 1990, in: *Maternal and Child Health Journal*, Jg.3, Nr.2, S. 81-90.

Arabin B, Rupp F, Hars O (2017): Subjektive Erfahrung von Schwangerschaft und Periode nach der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin von 1959-1990 und 1990-2010. Abstractband 28. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin, S.17. Online verfügbar unter: [http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17\\_Abstractband.pdf](http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17_Abstractband.pdf) [10.12.2017].

Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B (1983): Experience of deliver in women with and without antenatal fear of childbirth, in: *Gynecol Obstet Invest*, Jg.16, Nr. 1, S. 1–12.

Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R (2000): *Multivariate Analysemethoden*, Berlin: Springer Verlag, S.104-144.

Baillie C, Hewison J, Mason G (1999): Should ultrasound scanning in pregnancy be routine, in: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Jg.17, Nr. 2, S. 149–157.

Bayer H (1989): Zur Entwicklung der Perinatalmedizin unter besonderer Berücksichtigung der Aufgabe der Hebammen, in: *Die Heilberufe*, Jg. 41, Nr. 2, S. 48–51.

Bell A, Andersson E (2016): The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review, in: *Midwifery*, Jg. 39, S. 112–123.

Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL (1990): Delayed childbearing and the outcome of pregnancy, in: *N Engl J Med*, Jg. 322, S. 659-664.

Berufsverband der Frauenärzte e. V.: Entwicklung der Schwangerenvorsorge seit Einführung des Mutterpasses. Online verfügbar unter: [http://www.bvf.de/pdf/aktion/Historie\\_Schwangerenvorsorge.pdf](http://www.bvf.de/pdf/aktion/Historie_Schwangerenvorsorge.pdf) [10.01.2018].

Berwick DM, Andrew DH (2012): Eliminating Waste in US Health Care, in: *JAMA*, Jg. 307, Nr. 14, S. 1513-1516.

Bjelke M, Martinsson AK, Lendahls L, Oscarsson M (2016): Using the Internet as a source of information during pregnancy- A descriptive cross-sectional study in Sweden, in: *Midwifery Journal*, Jg. 40, S. 187–191.

Brucker MC, MacMullen NJ (1987): Delivery scripts: fantasy versus reality, in: *Points of View*, Jg. 24, S. 20–21.

Brouwers EPM, van Baar AL, Pop VJM (2001): Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development, in: *Infant Behavior & Development*, Jg. 24, S. 95-106.

Brown S, Lumley J (1994): Satisfaction with care in labor and birth: Survey of 790 Australian Women, in: *Birth*, Jg. 21, Nr.1, S. 4–13.

Brown S, Lumley J (1998): Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey, in: *Br J Obstet Gynaecol*, Jg. 105, Nr. 2, S. 156–161.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1990): Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands (Einigungsvertrag). Einigungsvertrag vom 31. August 1990 (BGBl. 1990 II S. 889), zuletzt durch Artikel 32 Absatz 3 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert. Online verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/einigvtr/BJNR208890990.html> [10.10.2017].

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1952): Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz - MuSchG). Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I S. 2318), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert. Online verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/muschg/BJNR000690952.html> [10.12.2017].

Bundesgesetz (1957): Gesetz über die Gleichberechtigung von Mann und Frau auf dem Gebiet des bürgerlichen Rechts, Gleichberechtigungsgesetz (GleichberG). Gleichberechtigungsgesetz vom 18. Juni 1957 (BGBl. I S. 609). Inkrafttreten am 1. Juli 1958, zuletzt durch Artikel 127 des Gesetzes vom 19. April 2006 (BGBl. S. 866) geändert, in: Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 26. Online verfügbar unter: [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl157026.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl157026.pdf) [12.12.2017].

Bundesgesetzblatt (1968): Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) vom 28. Oktober 1968, Teil 1, S. 1662, in: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Köln. Online verfügbar unter: [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl186s1662.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl186s1662.pdf) [13.12.2017].

Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter?rl=0.9102784469092609> [14.12.2017].

BQS (2007): BQS-Bundesauswertung 2006 Geburtshilfe, Düsseldorf.

Chapillon P, Patin V, Roy V, Vincent A, Caston J (2002): Effects of pre- and postnatal stimulation on developmental, emotional, and cognitive aspects in rodents: a review, in: *Dev Psychobiol*, Jg. 41, S: 373-387

Christiaens W, Bracke P (2007): Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective, in: *BMC Pregnancy and Childbirth*, Jg. 7, Nr. 26, S. 1-12.

Christian Sepp (2016): Frauenrechte in BRD und DDR. Hg. v. Bayern 2. Online verfügbar unter <http://www.br.de/radio/bayern2/sendungen/radiowissen/geschichte/frauenrechte-emanzipation-brd-ddr-100.html> [26.09.2017].

Cleary-Goldmann J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH et al. (2005): Impact of maternal age on obstetric outcome, in: *Obstet Gynecol*, Jg. 105, Nr. (Teil 1), S. 983–990.

David M, Kentenich H. (2008): Subjektive Erwartungen von Schwangeren a die heutige Geburtsbegleitung, in: *Der Gynäkologe*, Jg. 41, Nr. 1, S. 21–27.

Deutz-Schroeder M, Schroeder K (2008): *Soziales Paradies oder Stasi-Staat? Das DDR-Bild von Schülern, ein Ost-West-Vergleich*, 1. Auflage, Stamsried: Ernst Vögel Verlag.

Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF (2003): Maternal satisfaction with childbirt and intrapartum analgesia in nulliparous labour, in: *Australian & New Zealand Journal of Obstet Gynecol*, Jg. 43, Nr. 6, S. 463–468.

Doering S, Entwisle D, Quinlan D (1980): Modeling the Quality of Women´s Birth Experience, in: *Journal of Health and Social Behavior*, Jg. 21, Nr. 1, S. 12–21.

Domscheit-Berg, A (2016): Familienpolitik in Ost- und Westdeutschland und ihre langfristigen Auswirkungen. Online verfügbar unter: [https://www.boell.de/de/2016/11/09/familienpolitik-Ost-und-westdeutschland-und-ihre-langfristigen-auswirkungen#\\_ftn1](https://www.boell.de/de/2016/11/09/familienpolitik-Ost-und-westdeutschland-und-ihre-langfristigen-auswirkungen#_ftn1) [26.09.2017].

Ehlert, U., Sieber S., Hebisch, G. (2003): Psychologische Faktoren von Schwangerschaft und Geburt, in: *Der Gynäkologe*, Jg.12, S. 1052–1057.

Elser H, Selbmann HK (1982): Der Einfluss von Alter und Parität auf Schwangerschafts-und Geburtsrisiken sowie Sektiofrequenz und perinatale Mortalität, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, Jg. 42, Nr. 3, S. 188-196.

Eurostat (2016): Gesamtfruchtbarkeitsrate, Anzahl der Kinder pro Frau. Online verfügbar unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tsdde220&plugin=1> [26.12.2017].

Fiscella K (1995): Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review, in: *Obstet Gynecol*, Jg. 85, Nr. 3, S. 468-479.

Fritsche U, Knop H. (1989): Stand und Entwicklung der peripartalen Mortalität in der DDR, in: *Zentralblatt für Gynäkologie*, Jg. 111, S. 1161–1168.

Geissbühler V, Zimmermann K, Eberhard J (2005): Geburtsängste in der Schwangerschaft- Frauenfelder Geburtenstudie, in: *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, Jg. 65, Nr. 9, S. 873–880. Online verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2005-872836> [11.12.2017].

Gerlinger T, Wolfram B. (2012): Bismarcks Erbe: Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitssystems. Hg. Von Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72553/deutsche-besonderheiten?p=0> [30.10.2017].

Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau vom 27. September 1950 (1950), in: Gesetzblatt der DDR, 1950, Nr. 111, S. 1037. Online verfügbar unter: <http://www.verfassungen.de/de/ddr/mutterkindgesetz50.htm> [26.09.2017].

Gesetz zur Änderung des "Gesetzes über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau" (1958), § 2, in: Gesetzblatt der DDR 1958, Nr.33, S. 416. Online verfügbar unter: <http://www.verfassungen.de/de/ddr/mutterkindgesetz50.htm> [26.09.2017].

Gibb DMF (1994): Operative delivery in safe practice, in: Clements RV (Hrsg.), *Obstetrics and gynaecology; a medico-legal handbook*, Edinburgh: Churchill Livingstone, S. 223-240.

Glazener CM, Abdalla A, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russel IT (1995): Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment, in: *Br J Obstet Gynaecol*, Jg. 102, Nr. 4, S. 282–287.

Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS (2004): Factors related to childbirth satisfaction, in: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 46, Nr. 2, S. 212–219.

Götzmann L, Schönholzer SM, Kölbl N, Klaghofer R, Scheuer E, Zimmermann R, Huch R, Buddeberg C (2002): Entwicklungsstörung in der Ultraschall-Untersuchung: Auswirkung auf das psychische Befinden schwangerer Frauen, in: *Ultraschall Med*, Jg. 23, Nr. 1, S. 33–40.

Grant KA, Sandman CA, Wing DA, Dmitrieva J, Davis EP (2015): Prenatal Programming of Postnatal Susceptibility to Memory Impairments: A Developmental Double Jeopardy, in: *Psychological science*, Jg. 26, Nr. 7:1054-62.

Green JM (1993): Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study, in: *Birth*, Jg. 20, Nr. 2, S. 65–72.

Green JM, Hewison J, Bekker H, Bryant L, Cuckle H (2004): Psychosocial aspects of genetic screening of pregnant women and newborns: a systematic review, in: *Health Technology Assessment*, Jg. 8, Nr. 33, S.1-109.

Groß MM (2003): Die Geburtserfahrung- eine Übersichtsarbeit, in: *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, Jg. 63, Nr. 4, S. 321-325.

Hampe R (1997): Geburt, in: Wulf C (Hrsg.), *Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie*, Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 341-352.

Heimstadt R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B (2006): Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery, in: *Acta Obstet Gynecol Scand*, Jg. 85, Nr. 4, S. 435–440.

Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M (2017): Factors related to a negative birth experience-A mixed methods study, in: *Midwifery*, Jg. 51, S. 33–39.

HGB a.F. (1985): Handelsgesetzbuch vom 10.5.1897 (RGBl. S. 219) mit allen späteren Änderungen einschließlich der Änderungen durch das Bilanzrichtlinien-Gesetz vom 19.12.1985, in: BGBl. I, S. 2355.

Hillemanns HG, Steiner H (1978): *Die programmierte Geburt*. 1. Freiburger Kolloquium. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hodnett ED (2002): Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review, in: *Am J Obstet Gynecol*, Jg. 186, S. 160–172.

Hollier LM, Leveno KJ, Kelly MA, McIntire DD, Cunningham FG (2000): Maternal age and malformations in singleton birth, in: *Obstet Gynecol*, Jg. 96, S. 701–706.

Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM (1983): Chromosomal abnormality rates at amniocentesis and in live-born infants, in: *JAMA*, Jg. 249, Nr.15, S. 2034–2038.

Huizink AC, De Medina PR, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK (2002): Prenatal maternal stress, HPA axis activity, and postnatal infant development, in: *Int Cong Series*, Nr. 1241 pp. 65-71.

Huizink AC, Menting B, De Moor MHM, Verhage ML, Kunseler FC, Schuengel C, Oosterman M (2017): From prenatal anxiety to parenting stress: a longitudinal study, in: *Archives of women's mental health*, Jg. 20, Nr. 5, S. 663-72.

Institute for Healthcare (2009): The Triple Aim, in: *Healthcare Executive*, S. 64-66. Online verfügbar unter: [http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Documents/Beasley-TripleAim\\_ACHEJan09.pdf](http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Documents/Beasley-TripleAim_ACHEJan09.pdf) [15.01.2017].

Jahn A (2002): Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft: Evidenz und Versorgungswirklichkeit, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung Qualitätssicherung*, Jg. 96, Nr. 10, S. 649–654.

Kirby D, Short L, Collin J, Rugg D, Colbe L, Howard M, Miller B, Sonenstein F, Sabin LS (1994): School-based programs to reduce sexual risk behaviors. A review of effectiveness, in: *Public Health Rep*, Jg.109, Nr. 3, S. 339–360.

Klußmann R (2002): *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. Berlin, New York: Springer Verlag, S. 415.

Kraatz H (1964): Die heutige geburtshilfliche Situation, in: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, Jg. 58, Nr.13, S. 717-732.

Kröhnert S (2010): Bevölkerungsentwicklung in Ostdeutschland. Hg. v. Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Online verfügbar unter: <https://www.berlin-institut.org/?id=728> [15.12.2017].

Kutsche J (2009): Verordnete Emanzipation im Osten. Hg. v. Zeit online, S.1-3. Online verfügbar unter: <http://www.zeit.de/online/2009/22/frauen-ddr-emanzipation> [29.09.2017].

Lavender T, Walkinshwa SA, Walton I, Hon B (1999): A prospective study of women´s view of factors contributing to a positive birth experience, in: *Midwifery*, Jg. 15, Nr. 1, S. 40-46.

Lowe NK (2002): The nature of labor pain, in: *Am J Obstet Gynecol*, Jg. 186, Nr. 5, S. 16–24.

MacArthur C, Lewis M, Knox EG (1991): Health after Childbirth, in: *BJOG*, Jg. 98, Nr. 12, Nr. 1193-1195.

MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J (1993): Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial, in: *BJOG*, Jg. 100, Nr. 4, S. 316-323.

Maimburg RD, Vaeth M, Dahlen H (2016): Women's experience of childbirth - A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial", in: *Women Birth*, Jg. 29, Nr.5, S. 450–454.

McCrea BH, Wright ME (1999): Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour, in: *J Adv Nurs*, Jg. 29, Nr. 4, S. 877–884.

mdr fernsehen (2014): 25 Jahre Mauerfall: Repräsentative Umfrage „25 Jahre Mauerfall: Systemvergleich BRD/DDR“. Online verfügbar unter: <http://www.mdr.de/presse/fernsehen/presseinformation5024.html> [10.12.2017].

Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ (1982): Analgesie and satisfaction in childbirth, in: *Lancet*, Jg. 2, Nr. 8302, S. 808–810.

MuSchG (1952): Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter i.d.F.v. 20.Juni 2002, BGBl. I, S. 2318. Online verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/muschg/BJNR000690952.html> [10.11.2017].

Mutterschaftsrichtlinien (1985): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, in: Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986, zuletzt geändert am 21. April 2016., S. 1-38. Online verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL\\_2016-04-21\\_iK-2016-07-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_iK-2016-07-20.pdf) [28.12.2017].

Neises M (2004): Die Bedeutung eines positiven Geburtserlebnisses für die Frau, in: *Der Gynäkologe*, Jg. 37, S. 579-584.

Odo Marquard (2003): *Zukunft braucht Herkunft*. Ditzingen: Reclam Verlag.

Ockel E (1995): Gesundheit der Frauen und Gesundheitspolitik in der DDR, in *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Band 24, Hamburg: Argument Verlag, S. 105-121. Online verfügbar unter: [http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM\\_Band-24\\_Kapitel09\\_Ockel.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band-24_Kapitel09_Ockel.pdf) [28.12.2017].

O'Donnell KJ, Meaney MJ (2017): Fetal Origins of Mental Health: The Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis, in: *The American journal of psychiatry*, Jg.174, Nr. 4:319-28.

OECD (2017): Health spending (indicator). Online verfügbar unter: <https://data.oecd.org/health-res/health-spending.htm> [28.12.2017].

Otto P, Wagner T (2013): Handlungsbedarf Kaiserschnitt. Ursache der steigenden Kaiserschnitt-raten in Deutschland-Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitt-rate. Ergebnisse der Online-Umfrage und ExpertInnen-Interviews 2012/2013. Online verfügbar unter: [http://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2015/05/KaiserschnittBroschuereEndfassung\\_01.pdf](http://www.akf-info.de/portal/wp-content/uploads/2015/05/KaiserschnittBroschuereEndfassung_01.pdf) [22.12.2017].

Paulson RJ, Boostanfor R, Saadat P, Moe E, Tourgeman DE, Slater CC, Francis MM, Jain JK (2002): Pregnancy in the sixth decade of life: obstetrical outcomes in women of advanced reproductive age, in: *JAMA*, Jg. 288, Nr. 18, S. 2320–2323.

Petersen J, Jahn A (2008): Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers' perspective: a prospective study in Germany, in: *Birth*, Jg. 35, Nr.1, S. 41–49.

QUAG Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (2017): Geburtenzahlen in Deutschland. Online verfügbar unter: <http://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm> [22.12.2017].

Rauskolb R (1995): *15 Jahre Peri-und Neonatalerhebung: Rückblick und Perspektiven*, in: Perinatologische Arbeitsgemeinschaft: NPEXtra- Niedersächsische und Bremer Perinatalerhebung 1994. Hannover, S. 6-19.

Ritzinger P, Dudenhausen JW, Holzgreve W (2011): Späte Mutterschaft und deren Risiken, in: *J. Reproduktionsmed. Endokrinol*, Jg. 8, Nr. 2, S. 112–122.

Rothe J (1981): 30 Jahre Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau und peripartaler – perinataler Gesundheitsschutz, in: *Zentralblatt für Gynäkologie*, Jg. 103, Nr. 10, S.529 - 536.

Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T (2009): Fear of childbirth according to parity, gestinal age and obstetric history, in: *BJOG*, Jg. 116, Nr. 1, S. 67–73.

Ryding EI, Wijma B, Wijma K, Rydhström H (1998): Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cearean sectio, in: *Acta Obstet Gynecol Scand*, Jg. 77, Nr. 5, S. 542-547.

Saisto T, Halmesmäki E (2003): Fear of childbirth: a neglected dilemma, in: *Acta Obstet Gynecol Scand*, Jg. 82, Nr. 3, S. 201–208.

Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E (1999): Factors associated with fear of delivery in second pregnancies, in: *Obstet Gynecol*, Jg. 94, Nr. 5, S. 679–682.

Salmon P, Drew, NC (1992): Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history, in: *J. Psychosom. Res.*, Jg. 36, Nr. 4, S. 317–327.

Santalahti P, Latikka AM, Ryyänen M, Hemminki E (1996): Women's experiences of prenatal serum screening, in: *Birth*, Jg. 23, Nr. 2, S. 101–107.

Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY (2000): Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy, in: *Br J Obstet Gynaecol*, Jg. 107, Nr.10, S. 1202–1209.

Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura EA, Husslein P, Langer M (2003): Elective cesarian section vs. spontaneous delivery: A comparative study of birth experience, in: *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, Jg. 82, Nr. 9, S. 834–840.

Schneider ML, Moore CF, Kraemer GM, Roberst AD, DeJesus OT (2002): The impact of prenatal stress, fetal alcohol exposure, or both on development: perspectives from a primate model, in: *Psychoneuroendocrinology*, Jg. 27, Nr. 1-2, S. 285–298.

Schücking BA (1995): Frauen in Europa - unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt, in: Schiefenhövel W, Sich D, Gottschalk-Batschkus CE (Hrsg.), *Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*, 3. Auflage, Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 381-390

Schwarz C (2008): *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen 1984-1999*. Dissertation, Technische Universität Berlin. Online verfügbar unter [https://depositon.tu-berlin.de/bitstream/11303/2289/3/Dokument\\_46.pdf](https://depositon.tu-berlin.de/bitstream/11303/2289/3/Dokument_46.pdf) [23.12.2017].

Schwittai Y (2012): *Zur Geschichte der Frauenkliniken der Charité in Berlin von 1710 bis 1989 unter besonderer Berücksichtigung baulicher und struktureller Entwicklungen*. Dissertation, Charité – Universitätsmedizin, Berlin.

Simkin P (1991): Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I, in: *Birth*, Jg. 18, Nr. 4, S. 203–210.

Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M (1993): Expectations, experiences and satisfaction with labour, in: *British Journal of Clinical Psychology*, Jg. 32, Nr. 4, S. 469–483.

Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H (2016): Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women, in: *BMC Pregnancy Childbirth*, Jg. 16, Nr. 1, S. 114.

Stadlmayr W, Bitzer J, Hösli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, Simoni H, Bürgin D (2001): Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List, in: *J Psychom Obstet Gynecol*, Jg. 22, Nr. 4, S. 205–214.

Statista n.d. (2017): Wie haben Sie sich vor der Geburt Ihres ersten Kindes über Schwangerschaft und Geburt informiert? Online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/726789/umfrage/umfrage-zu-informationsquellen-vor-der-geburt-des-ersten-kindes-nach-geschlecht/> [23.12.2017].

Statistisches Bundesamt (2012): Geburten in Deutschland, S. 40. Online verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/BroschuereGeburtenDeutschland0120007129004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/BroschuereGeburtenDeutschland0120007129004.pdf?__blob=publicationFile) [22.12.2017].

Statistisches Bundesamt (2017): Anzahl der Geburten in Berlin von 1990-2015. Online verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588890/umfrage/anzahl-der-geburten-in-berlin/> [22.12.2017].

Statistisches Bundesamt (2018): Zusammengefasste Geburtenziffer: Entwicklung der Fertilitätsrate in Deutschland von 1990 bis 2015. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36672/umfrage/anzahl-der-kinder-je-frau-in-deutschland/>.

Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjø P, Sandvei R (1997): The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland County, Norway 1976-1993, in: *Acta Obstet Gynecol Scand.*, Jg. 76, Nr. 4, S. 345–349.

Bibergeil H (1987): Zur Stellung des Arztes in der sozialistischen Gesellschaft, in: Thom Achim (Hrsg.), *Arztpersönlichkeit in der sozialistischen Gesellschaft: Rolle und Aufgaben der Ärzte und Zahnärzte in der medizinischen Grundbetreuung*. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, S. 15-23.

Van den Berg BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V (2005): Antenatal maternal anxiety a stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review, in: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Jg. 29, Nr. 2, S. 237–258.

Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, et al. (2017): Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy, in: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.

Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik (1949): VerfDDR vom 7. Oktober 1949. Inkrafttreten am 7. Oktober 1949, aufgehoben durch Verfassung der DDR vom 6. April 1968 (GB1.I. S. 199). Online verfügbar unter: <http://www.verfassungen.de/de/ddr/ddr49-i.htm> [26.12.2017].

Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik (1968). VerfDDR vom 9. April 1969, geändert durch Gesetz vom 7. Oktober 1974 (Gb1. I. S. 425). Online verfügbar unter: <http://www.verfassungen.de/de/ddr/ddr68.htm> [26.12.2017].

Villa P, Moebius S, Thiessen B (2011): *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. 1. Auflage, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 7-9.

Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Sköld M, Wall S (1996): The childbirth experience: A Study of 295 new mothers., in: *Birth*, Jg. 3, S.144-153.

Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I (2004): A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample, in: *Birth*, Jg. 1, S. 17-27.

Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL (2006): Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth, in: *BJOG*, Jg. 113, Nr. 6, S. 638–643.

ZQ (2016): Geburtshilfe. Jahresauswertung 2016 - Modul 16/1. Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen. Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen, Hannover.



**5) Welche Ausbildung und welchen Beruf hatten Sie und Ihr damaliger Partner?  
Welchen (Schul-) Abschluss hatten Sie und Ihr damaliger Partner?**

Mann	Frau	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keinen Schulabschluss
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Volksschulabschluss
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realschulabschluss
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abitur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hochschulabschluss

**In welcher beruflichen Stellung waren Sie und ihr damaliger Partner?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeiter(In)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angestellte(r)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beamte(r)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstständig(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	in Ausbildung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	arbeitslos

**6) Wie empfanden Sie vorwiegend die erste Schwangerschaft?**

- (a) als etwas sehr Schönes, ich habe mich gefreut
- (b) als etwas Normals, ohne weiter nachzudenken
- (c) Ich habe mir vor Allem Sorgen um die Gesundheit des Kindes gemacht
- (d) Ich habe mir Sorgen wegen eigener Beschwerden / Komplikationen gemacht
- (e) Ich weiß es nicht (mehr)

**7) Wie haben Sie vorwiegend die Geburt erlebt?**

- (a) als etwas sehr Schönes
- (b) als normal, es gab keine großen Probleme
- (c) als anstrengend
- (d) als sehr große Belastung, sehr schmerzhaft
- (e) ich weiß es nicht (mehr)

- 8) Wie haben Sie die Zeit nach der Geburt erlebt?**
- (a) als etwas sehr Schönes
  - (b) als normal, es gab keine großen Probleme
  - (c) als Belastung, vor Allem wegen der Gesundheit des Kindes
  - (d) als Belastung, vor Allem wegen des eigenen Befindens
  - (e) ich weiß nicht (mehr)
- 9) War Ihr betreuender Frauenarzt** (a) ein Mann oder (b) eine Frau ?
- 10) Wie oft haben Sie während der Schwangerschaft Ihren Arzt aufgesucht?**
- (a) nie
  - (b) ca. 1-5 mal
  - (c) ca. 5-10 mal
  - (d) mehr als 10 mal
- 11) Warum suchten Sie während der Schwangerschaft einen Arzt auf?**
- (a) aus eigenem Antrieb
  - (b) wegen Überweisung durch Hausarzt/Hebamme
  - (c) wegen empfohlener Richtlinien von Staat oder Krankenkasse
  - (d) wegen zusätzlicher angebotenen Hilfe bzw. Finanzierung bei regelmäßiger Vorsorge
- 12) Von wem wurden die Kontrollen in der Schwangerschaft durchgeführt?**
- (a) Frauenarzt
  - (b) Praktischer Arzt
  - (c) Arzt für Innere Medizin
  - (d) Personal in der Schwangerenfürsorge
- 13) Wie beurteilten Sie damals die Betreuung durch Ihren (Frauen)Arzt in der Schwangerschaft?**
- (a) sehr gut
  - (b) gut
  - (c) befriedigend
  - (d) unzureichend
  - (e) schlecht
- 14) Wie beurteilten Sie die Betreuung durch die Hebamme unter der Geburt?**
- (a) sehr gut
  - (b) gut
  - (c) befriedigend
  - (d) unzureichend
  - (e) schlecht
- 15) Wie oft haben Sie im 1. Jahr einen Kinderarzt/-ärztin aufgesucht?**
- (a) gar nicht
  - (b) 1-5 mal
  - (c) 6-10 mal
  - (d) mehr als 10 mal

- 16) Wie beurteilen Sie die Betreuung durch den Kinderarzt?**  
 (a) sehr gut    (b) gut    (c) befriedigend    (d) unzureichend    (e) schlecht
- 17) Was hat Ihnen in der Schwangerschaft Sicherheit gegeben?**  
 (a) Zuwendung des Arztes    (b) Zuwendung der Hebamme  
 (c) medizinische Errungenschaften (z.B. Ultraschall)    (d) regelmäßige Vorsorge  
 (e) Aufklärung, die ich mir selbst besorgt habe    (f) Sicherheit in der Familie  
 (g) nichts von alledem
- 18) Was hat Ihnen unter der Geburt Sicherheit gegeben?**  
 (a) Zuwendung des Arztes    (b) Zuwendung der Hebamme  
 (c) medizinische Errungenschaften (z.B. Überwachung von Mutter und Kind)  
 (d) die Anwesenheit nahestehender Menschen    (e) dass ich genau aufgeklärt war  
 (f) nichts von alledem
- 19) Wer hat Ihnen im 1. Jahr mit ihrem Kind geholfen?**  
 (a) Kinderarzt/-ärztin    (b) Sozialdienst/staatliche Stelle    (c) Kindsvater  
 (d) Großeltern/Verwandte    (e) Bekannte    (f) keiner
- 20) Hatten Sie sich vor und während dieser Schwangerschaft über Schwangerschaft und Geburt informiert?**  
 (a) Ja    (b) Nein
- 21) Woher hatten Sie die Informationen?**  
 (a) Verwandte/Bekannte    (b) Hebamme/Kurse    (c) Zeitschrift    (d) Arzt  
 (e) Rundfunk/Fernsehen    (f) Bücher/Broschüren    (g) Internet
- 22) Wie haben Sie diese Informationen verarbeitet?**  
 (a) sie haben mein Wissen gestillt und mich dadurch besser vorbereitet  
 (b) ich war besser informiert, jedoch der Gang der Dinge wurde hierdurch nicht beeinflusst  
 (c) die Informationen waren nur unzureichend  
 (d) im Nachhinein fand ich die Informationen falsch  
 (e) ich weiß es nicht (mehr)

**23) Wie viel Angst hatten Sie vor der Geburt?**

- (a) keine                      (b) wenig                      (c) viel                      (d) sehr viel

**24) Haben Sie während der Schwangerschaft ...**

- (a) geraucht, wenn ja wie viele Zigaretten .....?                      (b) Alkohol getrunken  
(c) Tabletten eingenommen                      (d) Sport getrieben  
(e) Ihre Ernährung angepasst                      (f) nicht davon

**25) Haben Sie gestillt?**

- (a) war nicht möglich      (b) mit Tabletten abgestillt                      (c) gestillt, ca. .... Monat(e)

## 6.2. Eidesstattliche Versicherung und Anteilserklärung

### Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Franziska Rupp, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Subjektive Erfahrung der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin vor (1950-1989) und nach (1990-2015) der Wiedervereinigung“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§ 156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum:

Unterschrift:

### **6.2.1. Anteilserklärung an erfolgten Publikationen**

Franziska Rupp hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

#### **Publikation 1:**

Rupp F, Hars O, Arabin B (2017): Subjektive Erfahrung der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin von 1950-1990 und 1990-2010. Abstractband 28. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin, Berlin. Online verfügbar unter:

[http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17\\_Abstractband.pdf](http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17_Abstractband.pdf)

[27.03.2018].

Beitrag im Einzelnen: Das Abstract und die dazugehörige Poster Präsentation wurde von mir verfasst und auf dem DGPM Kongress 2017 in Berlin vorgetragen. Die gezeigten Daten im Methodenteil des Abstracts bzw. des Posters wurden teilweise von mir erhoben. Die Ergebnisse resultieren aus meiner statistischen Auswertung innerhalb der vorliegenden Arbeit. Im Detail finden sich in der Publikation Ergebnisse und Tabellen aus folgenden Kapiteln: 3.1.1. Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes, 3.1.5. Informationsverhalten vor und während der Schwangerschaft, 3.1.7. Geburtsort, 3.2. Erfahrung unter der Geburt, 3.3. Multifaktorielle Beeinflussung der Geburtserfahrung).

#### **Publikation 2:**

Arabin B, Rupp F, Hars O (2017): Subjektive Erfahrung von Schwangerschaft und Periode nach der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin von 1959-1990 und 1990-2010. Abstractband 28. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin, Berlin. Online verfügbar unter:

[http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17\\_Abstractband.pdf](http://www.dgpm2017.com/wp-content/uploads/2017/11/DGPM17_Abstractband.pdf)

[27.03.2018].

Beitrag im Einzelnen: Die gezeigten Daten im Methodenteil des Abstracts wurden teilweise von mir erhoben. Ein Teil der publizierten Ergebnisse und Tabellen beruhen aus meiner statistischen Auswertung innerhalb der vorliegenden Arbeit. Im Detail finden sich in der Publikation Ergebnisse aus folgenden Kapiteln: 3.1.1. Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes, 3.1.9. Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft, 3.2.4. Geschlecht des betreuenden Gynäkologen, 3.3. Multifaktorielle Beeinflussung der Geburtserfahrung

---

Unterschrift der Doktorandin

### **6.3. Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## 6.4. Publikationsliste

J Grünwald, **F Rupp**, M Beer, S Mamay, J Stupin, R Richter, B Arabin (2015): Effect of the political system on perinatal and neonatal care in Berlin between 1950 and 2010, in: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, S. 219.

M Thiessen, I Koch, S Mcnamara, A M Kaufmann, **F. Rupp**, I Hagemann et al. (2016): Validity testing of cervical sample intended for oncoprotein-based cervical cancer screening. Abstractband International Multidisciplinary Congress, EUROGIN 2016, Salzburg.

**Rupp F**, Hars O, Arabin B (2017): Subjektive Erfahrung der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin von 1950-1990 und 1990-2010. Kongressbeitrag, Abstractband 28. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin.

Arabin B, **Rupp F**, Hars O (2017): Subjektive Erfahrung von Schwangerschaft und Periode nach der Geburt von Müttern in West- und Ost-Berlin von 1959-1990 und 1990-2010. Kongressbeitrag, Abstractband 28. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin.

## **6.5. Danksagung**

Ich danke Frau Prof. Dr. Dr. Arabin, meiner Doktormutter, für die Überlassung des interessanten Themas und der sehr persönlichen Betreuung dieser Arbeit.

Außerdem danke ich Herrn Dr. Hars für die umfassende wissenschaftliche und statistische Beratung.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, Christina und Dr. Werner Rupp, die mir meinen bisherigen Lebensweg ermöglichten und mir während der Anfertigung der Doktorarbeit immerzu unterstützend zur Seite standen. Ich widme Ihnen diese Arbeit.