



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Der Entscheidungsprozess zur Hausgeburt aus
retrospektiver Sicht der Hausgeburtsmütter“

Verfasserin:

Anna Rath, BSc

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

London, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaften

Betreuerin:

PhD Monika Linhart

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel verwendet.

Alle sinngemäß oder wörtlich übernommenen Stellen wurden als solche gekennzeichnet und sind nach den Regeln des wissenschaftlichen Arbeitens zitiert worden.

Diese Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt

Ich bestätige außerdem, dass diese Arbeit mit der digitalen Version, der gedruckten Version und der Version, die der Begutachterin zur Beurteilung vorgelegt wurde, ident ist.

London, Jänner 2013

Anna Rath

Abstract

Background

Although international organisations and numerous studies in well respected journals acknowledge the safety and benefits of homebirths the number of women who decide to deliver at home is very low. The rationale behind it and where the critical points in the decision making process are is widely unknown.

Aim of the study

The aim of this master thesis was to analyse the decision making process women go through on their journey to have a homebirth and how they themselves describe it retrospectively.

Methods

In order to answer the research question the qualitative method the Grounded Theory was chosen. The data was gained from October 2009 to January 2010 using semi structured interviews. From the so originated nine interview transcripts a model of the decision making process for a homebirth was developed. Because it would have gone beyond the timely limit of the master thesis, to follow the process of the Grounded Theory until the saturation of the data would have been reached, a small sample size was chosen and a temporary model was created after the axial coding. The process step of selective coding, which would follow in the Grounded Theory process, was not performed.

Results

Four categories could be identified from the interviews the „Basic requirements“, the „Process steps“ and the „Influencing factors“ as well as the „Strategies“ used in the decision making process. The central themes of the process are „critically analyse“, „research“ and „finding the balance“.

Conclusion

This model provides a first insight into the decision making process for a homebirth from the retrospective view of homebirth mothers. It helps maternity professionals to understand the process and therefore to optimize the support. On inspection of the process it becomes clear that the central part is the transfer of information and the education to enable mothers to be to make an informed decision about the birthplace.

Kurzzusammenfassung

Hintergrund

Obwohl international anerkannte Organisationen und zahlreiche Studien in angesehenen Journalen die Sicherheit und Vorteile der Hausgeburt bestätigen, ist die Zahl der Frauen, die sich entschließen ihr Kind zu Hause zur Welt zu bringen, sehr niedrig. Warum dies so ist beziehungsweise wo die kritischen Stellen im Entscheidungsprozess liegen ist weitgehend nicht bekannt.

Ziel der Studie

Ziel dieser Diplomarbeit war es zu untersuchen, welchen Entscheidungsprozess Frauen auf ihrem Weg zur Hausgeburt durchlaufen und wie sie diesen retrospektiv beschreiben.

Methode

Um diese Fragestellung zu beantworten wurde der qualitative Forschungsansatz der Grounded Theory Methode gewählt. Die Daten wurden im Zeitraum von Oktober 2009 bis Jänner 2010 mittels semistrukturierter Interviews gewonnen. Aus den so entstandenen neun Interview-Transkripte wurde ein Modell zum Entscheidungsprozess zur Hausgeburt abgeleitet. Da es den Rahmen der Diplomarbeit zeitlich überschritten hätte den Prozess der Grounded Theory bis zur Datensättigung fortzuführen, wurde eine kleine Stichprobe gewählt und schon nach dem axialen Codierungsschritt ein vorläufiges Modell erstellt. Der Prozessschritt des selektiven Codierens, der für eine vollständige Grounded Theorie Analyse folgen würde, wurde nicht durchgeführt.

Ergebnisse

Vier Kategorien konnten aus den Interviews herausgearbeitet werden: „Grundvoraussetzungen“, „Prozessschritte“ und „Einflussfaktoren“ sowie „Strategien“ im Bezug auf den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt. Die zentralen Themen des Prozesses sind das „Hinterfragen“, das „Suchen“ und das „Abwägen“.

Schlussfolgerung

Dieses Modell liefert erste Einblicke in den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt aus retrospektiver Sicht von Hausgeburtsmüttern. Es hilft Professionellen aus dem Bereich der Geburtshilfe den Prozess nachzuvollziehen und somit bessere Unterstützung zu ermöglichen. Bei der Betrachtung des Prozesses wird deutlich, dass die zentrale Rolle in der Informationsweitergabe und Aufklärung liegt um werdenden Müttern eine informierte Entscheidung über den Geburtsort ihres Kindes zu ermöglichen.

Danksagung

Alles begann mit einer Idee, einer Fragestellung...diese streute gesteuert durch Euphorie und Phantasie in alle Himmelsrichtungen und wurde riesengroß. Hinzu kam dann meine Ausbildung zur Hebamme, die das Ganze zu einer zeitlichen Herausforderung werden ließ, die aber im Endeffekt diese Arbeit sehr bereichert hat. Streckenweise erschien mir dieser Weg unmöglich und vor allem endlos! Doch dank der geduldigen Unterstützung vieler Menschen habe ich es nun doch geschafft diese Arbeit fertig zu stellen.

Ich möchte hiermit allen jenen danken, die mich unterstützt haben.

Danke an alle Hausgeburtsmütter, die als Interviewpartnerinnen meine Arbeit erst möglich gemacht haben. Dadurch, dass ihr eure Erfahrungen mit mir geteilt habt ist sowohl diese Arbeit entstanden, und auch ich bin als Hebamme daran gewachsen.

Danken möchte ich auch meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Dr. Linhart. Sie hat mich immer wieder aufgebaut und inspiriert, wenn ich nicht weiter wusste. Durch ihre Flexibilität und Geduld hat diese Arbeit eine sehr lange Entstehungsphase und auch mehrere Ortswechsel meinerseits gut überdauert.

Mein Dank gilt weiters allen Hausgeburtshebammen, dem EKIZ Graz und dem Internetforum Luxus Privatgeburt, die mir dabei geholfen haben meine Teilnehmerinnen zu rekrutieren.

Den vielleicht wichtigsten Teil der Unterstützung und emotionalen Begleitung verdanke ich allerdings meiner Familie, meinem Partner, meinen Freunde, und meinen Studien- und inzwischen schon Hebammenkolleginnen, die mich durch diese „protrahierte Geburtsphase“ meiner Diplomarbeit begleitet haben. Danke für eure Geduld und eure offenen Ohren.

Inhalt

Eidesstattliche Erklärung	i
Abstract	iii
Kurzzusammenfassung	v
Danksagung	vii
Inhalt.....	9
1 Einleitung und Fragestellung	13
1.1 Hintergrund und Ausgangslage	13
1.2 Zielsetzung.....	15
1.3 Fragestellung	16
2 Theoretischer Hintergrund.....	17
2.1 Demografische Daten	17
2.2 Begriffsdefinitionen.....	17
2.2.1 Begriffsdefinition: Hausgeburt.....	17
2.2.2 Begriffsdefinition: Entscheidungsprozess.....	18
2.3 Überblick über den bisherigen Forschungsstand.....	18
2.3.1 „Choice in maternity: rhetoric, reality and resistance“ von Mander & Melender (2009)	19
2.3.2 „Maintaining equilibrium: a grounded theory study of the process involved when women make informed choices during pregnancy“ von Levy (1999)	20
2.3.3 „Homebirth as System-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the birthplace“ von Cheyney (2008)	24
2.3.4 Kernelemente der drei relevantesten Studien	24
3 Methodik	27
3.1 Wahl und Begründung der Untersuchungsmethode	27
3.1.1 Begründung der Methodenwahl.....	27

3.1.2	Grounded Theory	28
3.2	Datenerhebung	31
3.2.1	Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie	31
3.2.2	Rekrutierung der Teilnehmer	31
3.2.3	Stichprobenbeschreibung	32
3.2.4	Ethische Aspekte und Informed Consent	33
3.2.5	Durchführung der Datenerhebung	34
3.3	Datenanalyse	35
3.4	Gütekriterien	36
3.4.1	Glaubwürdigkeit	36
3.4.2	Folgerichtigkeit	36
3.4.3	Angemessenheit	36
3.4.4	Reflexivität	37
4	Ergebnisse	39
4.1	Grundvoraussetzungen	39
4.1.1	Positives Bild von Schwangerschaft und Geburt	40
4.1.2	Kritisch und Reflektiert	41
4.1.3	Urvertrauen	41
4.2	Hinterfragen	42
4.2.1	Hinterfragen von Normen	42
4.2.2	Hinterfragen der Krankenhausabläufe	43
4.2.3	Hinterfragen der Sicherheit	45
4.3	Suchen	46
4.3.1	Ablehnung des Krankenhauses	46
4.3.2	Informationssuche	47
4.4	Abwägen	53
4.4.1	Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung	53
4.4.2	Sicherheit und Urvertrauen	56

4.4.3	Aktiv versus Passiv.....	58
4.5	Entscheidung zur Hausgeburt.....	60
4.6	Abweichungen von der Physiologie.....	62
4.7	Den eigenen Weg gehen.....	63
4.8	Einflussfaktoren.....	64
4.8.1	Umfeld des Hausgeburtspaares	64
4.8.2	Partner	71
4.8.3	Die Hebamme.....	75
4.8.4	Der Arzt	78
4.8.5	Kosten	81
4.9	Entstehung von Motiven.....	82
5	Diskussion der Ergebnisse	85
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	85
5.2	Diskussion der gewonnen Ergebnisse mit den Erkenntnissen aus der Literatur	85
5.2.1	Grundvoraussetzungen	86
5.2.2	Kritisches Hinterfragen und Informationssuche.....	86
5.2.3	Abwägen	87
5.2.4	Treffen der Entscheidung	87
5.2.5	Verhalten beim Auftreten von Pathologien.....	87
5.2.6	Einflussfaktoren	87
5.2.7	Entstehung von Motiven	87
6	Implikationen der Ergebnisse	89
6.1	Implikationen für die Praxis	89
6.2	Implikationen für die Forschung	90
7	Grenzen und Schwächen der Studie	91
8	Schlussfolgerungen.....	91
	Literaturverzeichnis.....	93
	Abbildungsverzeichnis	95

Anhang 1: Einverständniserklärung	97
Anhang 2: Interviewleitfaden (erste Version).....	100
Curriculum Vitae	103

1 Einleitung und Fragestellung

1.1 Hintergrund und Ausgangslage

In Österreich finden ca. 2% der Geburten zu Hause statt (Österreichisches Hebammengremium, 2008).

International anerkannte Fachgesellschaften wie zum Beispiel das Royal College of Midwives [RCM] und das Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG] befürworten Hausgeburten für Frauen mit physiologischen Schwangerschaften. Sie sprechen sich dafür aus, low-risk Frauen Hausgeburten anzubieten und betonen, dass eine Hausgeburt für diese Frauen und ihre Familien Vorteile bietet (Royal College of Midwives & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCM & RCOG], 2007). Auch die World Health Organisation [WHO] (1997) stellt in ihrem Bericht „Care in Normal Birth: a practical guide“ die Frage nach dem optimalen Geburtsort und beantwortet sie folgendermaßen:

“...it must be a place where all the attention and care are focused on her needs and safety, as close to home and her own culture as possible.”
(World Health Organisation [WHO], 1997, S. 12).

Diese Empfehlungen stützen sich auf die Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien über die Outcomes von geplanten Hausgeburten mit Hebammenbegleitung. Studien belegen, dass eine geplante Hausgeburt mit einer Hebamme für low-risk Frauen gleich sicher ist wie eine geplante Krankenhausgeburt (Beasley, 1995; Janssen, et al., 2002; Johnson & Daviss, 2005; Olsen, 1997; Toepke & Albers, 1995).

Olsen & Jewell (1998) führten einen Cochrane Review zum Thema “Home vs. hospital birth” durch und kamen zu der Schlussfolgerung, dass es keine starke Evidenz gibt um eine der beiden Geburtsorte für low-risk Frauen zu favorisieren. Sie geben daher die Empfehlung ab, dass in Gebieten in denen es möglich ist, ein Hausgeburtservice mit einem modernen Spitalssystem im Hintergrund (als „Backup“) anzubieten diese Möglichkeit allen low-risk Schwangeren offen stehen sollte und ihnen durch geeignete Aufklärung eine informierte Entscheidung ermöglicht werden muss.

“There is no strong evidence to favour either home or hospital birth for selected, low-risk pregnant women. In countries and areas where it is possible to establish a home birth service backed up by a modern hospital system, all low-risk pregnant women should be offered the possibility of considering a planned home birth and they should be

informed about the quality of the available evidence to guide their choice” (Olsen & Jewell, 1998, S.5).

Neben dem Aspekt der Sicherheit wurden auch Unterschiede im Schmerzempfinden und der Schmerzmedikation beobachtet. Borquez & Wiegers (2006) verglichen das Schmerzempfinden von Frauen, die im Geburtshaus und Frauen, die zu Hause geboren haben und kamen zu der Erkenntnis, dass Hausgeburtsfrauen ein geringeres Schmerzempfinden angaben (Borquez & Wiegers, 2006). Dies spiegelt sich auch in der Schmerzmedikation wider. Ackermann-Liebrich, et al. (1996) und Loytved & Wenzlaff (2007) verglichen den Schmerzmittelbedarf von Hausgeburtsfrauen mit dem von Frauen die im Krankenhaus geboren hatten und stellen einen geringeren Schmerzmittelbedarf in der Hausgeburtsgruppe fest. Borquez & Wiegers (2006) untersuchten die Schmerzmedikation unter der Geburt bei Hausgeburtsmüttern und Geburtshausmüttern und kamen ebenfalls zu der Erkenntnis, dass Hausgeburtsmütter weniger Schmerzmedikamente benötigten.

Ackermann-Liebrich, et al. (1996), Janssen, et al. (2002), Johnson & Daviss (2005) und Olsen (1997) kamen weiters zu dem Ergebnis, dass die Interventionsrate in der Hausgeburtsgruppe geringer war als in der Krankenhausgeburtsgruppe. Auch die Sectionrate ist bei einer geplanten Hausgeburt niedriger als bei einer geplanten Geburt in der Klinik (Janssen, et al., 2002; Loytved & Wenzlaff, 2007; Olsen, 1997; Leonie A.M. van der Hulst, van Teijlingen, Bonsel, Eskes, & Bleker, 2004). Johnson & Daviss (2005) berichten von einer Sectionrate von 3,7% bei Hausgeburten versus 19,0% bei Klinikgeburten.

Des Weiteren wurden auch Veränderungen bezüglich der Zufriedenheit beobachtet. Johnson & Daviss (2005) und Lothian (2006) untersuchten die Zufriedenheit der Hausgeburtsfrauen und kamen zu dem Ergebnis, dass Frauen in der Hausgeburtsgruppe verglichen mit Frauen aus der Krankenhausgruppe zufriedener waren. Weiters berichten Frauen, dass sie mehr Autonomie haben, sowie zufriedener mit der Geburt sind (Johnson & Daviss, 2005; Lothian, 2006; RCM & RCOG, 2007).

Auch finanziell gesehen bietet eine Hausgeburt im Vergleich zur Klinikgeburt Vorteile. Lothian (2006) untersuchten die finanziellen Outcomes und kamen zu dem Schluss, dass eine von einer Hebamme betreute, geplante Hausgeburt mit weniger Kosten verbunden ist als eine Krankenhausgeburt. Laut Anderson & Anderson (1999) kostet

die durchschnittliche unkomplizierte vaginale Geburt zu Hause um 68% weniger als im Krankenhaus.

Diese positiven Outcomes können möglicherweise auf die bei einer Hausgeburt gebotene 1:1 Betreuung zurückgeführt werden. Darunter versteht man, dass eine Frau unter der Geburt von einer Hebamme betreut wird. Die Hebamme betreut in dieser Zeit nur diese eine Frau und bietet ihr kontinuierliche Betreuung. In anderen Geburtssettings ist dies auf Grund von Zeit- und Personalmangel sowie Schichtwechsel oftmals nicht möglich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass internationale Fachorganisationen die Hausgeburt bei low-risk Frauen befürworten. Die Studienlage weist auf gleichwertige beziehungsweise in bestimmten Bereichen auf bessere Outcomes bei geplanten Hausgeburten im Vergleich zu geplanten Krankenhausgeburten hin. Dennoch kommen in Österreich und international gesehen sehr wenige Kinder zu Hause zur Welt.

Es kann eine eindeutige Diskrepanz zwischen Empfehlungen sowie wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Hausgeburtsrate in Österreich (und international) beobachtet werden. Außerdem wurde eine Forschungslücke identifiziert. Morison et al. (1998) beschrieben, dass die Entscheidung zur Hausgeburt keine impulsive sei sondern sorgfältig geplant wird. Wie jedoch der Entscheidungsprozess von der Idee zur Hausgeburt bis zur Geburt des Kindes abläuft, ist bislang wenig erforscht.

Diese Diskrepanz zwischen evidenzbasierten Empfehlungen und der Ist-Situation sowie die gefundene Forschungslücke führte zur Themenwahl dieser Diplomarbeit.

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es mittels qualitativer Interviews neues Wissen im Bereich des Entscheidungsprozesses zur Hausgeburt zu generieren. Dieses Wissen soll, den in der Geburtshilfe Tätigen, den Entscheidungsprozess verständlicher machen, um ihnen zu ermöglichen, Frauen in der Praxis der Pflege- und Hebammenarbeit gezielter und fachgerechter zum Geburtsort beraten und sie in dieser Entscheidung begleiten zu können. Dies ist von grundlegender Bedeutung um Frauen eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Der pflegewissenschaftliche Bezug begründet sich dadurch, dass im Rahmen des nun auch in Österreich entstehenden Feldes der Familien- und Gemeindepflege sowie im

Rahmen der Hebammenarbeit das Wissen über diesen Prozess interdisziplinär genutzt werden kann und Beratungssituationen optimiert werden können. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und das Wissen über den Entscheidungsprozess kann die Qualität der Beratung und Unterstützung der Frauen verbessert werden.

1.3 Fragestellung

Um den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt aufzudecken und besser verstehen zu können, wird in dieser Arbeit folgende Forschungsfrage beantwortet:

„Wie erleben Frauen den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt aus retrospektiver Sicht?“

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt soll die Ist-Situation der Hausgeburtschilfe in Österreich dargestellt werden. Außerdem werden notwendige Begriffsdefinitionen vorgenommen um einen Rahmen für die vorliegende Forschungsarbeit zu schaffen.

2.1 Demografische Daten

Im „Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008“ findet man folgende Zahlen zur Geburtshilfe in Österreich im Bezug auf den Niederkunftsort. Im Jahre 2008 wurden von den 77.752 Lebendgeborenen, 76.625 in Krankenanstalten, 142 im Entbindungsheim, 8 in der Wohnung der Hebamme, 877 in der Wohnung der Mutter, 15 am Transport und 85 an einem sonstigen Niederkunftsort geboren (Statistik Austria, 2009). Zu beachten ist jedoch, dass keine Unterscheidung zwischen geplanten und ungeplanten Geburten in der Wohnung der Mutter getroffen wird.

Das österreichische Hebammengremium [ÖHG] hat 2009 erstmals eine Statistik zur außerklinischen Geburtshilfe in Österreich mit dem Titel „Die außerklinische Geburtshilfe in Österreich- Bericht für die Jahre 2006 und 2007“ veröffentlicht. Die Teilnahme an dieser österreichweiten Erhebung war freiwillig. Es wurden in dem Bericht 407 Geburten ausgewertet die von 19 Hebammen gemeldet wurden.

Dies ist keine Vollerhebung aber kann ein erstes Bild über die Situation der außerklinischen Geburtshilfe in Österreich liefern.

2.2 Begriffsdefinitionen

Die Begriffsdefinitionen von Variablen, die für die Arbeit maßgeblich sind, werden vorgenommen um ihre Bedeutung im Rahmen dieser Arbeit genau festzulegen. Im Bereich der Studien zur Hausgeburtschilfe ist eine genaue Definition essentiell. Häufig werden ungenaue Definitionen verwendet und notwendige Unterscheidungen werden nicht getroffen. Dies kann zu falschen Studienergebnissen führen. Deshalb werden hier die in der Forschungsfrage enthaltenen Begriffe „Hausgeburt“ und „Entscheidungsprozess“ wie folgt definiert.

2.2.1 Begriffsdefinition: Hausgeburt

„Home birth is defined as the birth of a baby in the family home“ (Floyd, 1995, S. 3).

Wichtig sind die Unterscheidungen zwischen den geplanten vs. ungeplanten Hausgeburten und die der professionell betreuten Hausgeburten und denen ohne

Betreuung durch Fachpersonen. Diese Unterscheidung ist ganz besonders in Bezug auf Studien, welche die Sicherheit und Outcomes der Hausgeburt beleuchten, sehr wichtig, da hier eine Unterlassung dieser Trennung zu starken Verzerrungen der Ergebnisse führen kann (RCOG & RCM, 2007). In dieser Arbeit werden nur geplante Hausgeburten mit Hebammenbetreuung betrachtet.

2.2.2 Begriffsdefinition: Entscheidungsprozess

Um eine klare Abgrenzung zu Arbeiten zu treffen, die nur die Entscheidung an sich betrachten, wird in dieser Arbeit der Begriff „Entscheidungsprozess“ verwendet.

Unterschieden wird zwischen den beiden Begriffen „Entscheidung treffen“ („decision-making“) und dem des „Entscheidungsprozesses“ („decision-making-process“) folgendermaßen:

- Beim Entscheidungsprozess geht es um die Schritte und Phasen, die ein Mensch vor, während, und nach dem Treffen der Entscheidung durchläuft.
- Beim „Entscheidungen treffen“ hingegen geht es nur um die Wahl zwischen Alternativen an sich. Das Treffen einer Entscheidung ist somit nur ein Teilbereich des ganzen Entscheidungsprozesses.

Unter dem Entscheidungsprozess wird in dieser Arbeit also nicht nur der Moment des Treffens einer Entscheidung verstanden, sondern der ganze Prozess von der Entstehung der Idee über das Abwägen der verschiedenen Möglichkeiten sowie das Treffen der Entscheidung bis hin zum reflektierten Nachdenken über den Entscheidungsprozess.

2.3 Überblick über den bisherigen Forschungsstand

Im folgenden Kapitel wird der Forschungsstand rund um das Thema Entscheidung, Schwangerschaft und Geburt, der bisher recherchiert wurde, zusammengefasst. Im Laufe der Literaturrecherche ist kein Artikel gefunden worden, der konkret den Entscheidungs**prozess** zur Hausgeburt beleuchtet. Die gefundene Literatur behandelt zum größten Teil eher das Treffen der Entscheidung an sich oder die Motive aber nicht den ganzen Prozess.

Zum Treffen von Entscheidungen liegen verschieden Arbeiten vor. Wie Frauen Entscheidungen in der Schwangerschaft treffen, wird von Jomeen (2006) aus Sicht der Frauen und von Van der Hulst, van Teijlingen, Bonsel, Eskes, Birnie, & Bleker (2007) aus Sicht der Hebammen beleuchtet. Freeman & Griew (2007) hingegen beleuchten das Risiko von verschiedenen Entscheidungen und die damit einhergehenden Entscheidungskompetenzen von Frauen vs. Hebammen.

Zusammenfassend zu diesen Themen weist Jomeen (2006) auf eine gefundene Forschungslücke hin:

„Maternity decisions are clearly complex, but to date there is insufficient research evidence to help understand the decision-making process”
(Jomeen, 2006, S. 192).

Die relevantesten gefundenen Studien zum Thema sind „Choice in maternity: rhetoric, reality and resistance“ von Mander & Melender (2009) sowie die zwei Grounded Theorie Studien „Maintaining equilibrium: a grounded theory study of the process involved when women make informed choices during pregnancy“ von Levy (1999) und „Homebirth as System-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the birthplace“ von Cheyney (2008). Da diese drei Studien sehr eng mit der vorliegenden Arbeit verbunden sind, werden die darin dargestellten Modelle nun einzeln genauer beschrieben.¹

2.3.1 „Choice in maternity: rhetoric, reality and resistance“ von Mander & Melender (2009)

In dieser Studie wurde der Frage nachgegangen, in wie weit Frauen Einfluss auf Entscheidungen im Rahmen der Schwangerschaft haben. Dies wurde aus Sicht der Frauen und der Sicht von Professionellen, die in diesem Bereich arbeiten untersucht. Ziel dieser Studie war es, die Schwangerenvorsorge in Schottland an die Bedürfnisse der Frauen anzupassen. Daher wurden sie zu ihren Erfahrungen befragt. Die abstrakte Frage nach „Choice“ und „decision making“ wurde an Hand des Beispiels der Entscheidung bezüglich des Geburtsortes spezifiziert.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine hermeneutische phänomenologische Studie. Im Jahr 2005 wurden vier Monate lang, in Finnland und Neuseeland semisstrukturierte Interviews geführt. Diese beiden Länder wurden auf Grund des ähnlichen Gesundheitssystems und der Ähnlichkeiten in der Schwangerenvorsorge ausgewählt. Befragt wurden Mütter, Hebammen, Hebammen in Führungspositionen, Politiker im Bereich der Hebammenpolitik und andere Professionelle im Bereich der Schwangerenvorsorge.

Aus den zwölf Interviews, die geführt wurden, konnte das Hintergrundthema „Trusting the system“ gefunden werden. Die Frauen vertrauen dem Gesundheitssystem. Sie sind

¹ Die dabei vorgenommenen Übersetzungen wurden, so wie alle anderen Übersetzungen in dieser Arbeit, von der Autorin selbst durchgeführt.

der Meinung, dass die die im Spital arbeiten ihnen eine Auswahl an Möglichkeiten geben und man sich dann aus denen selbst eine aussuchen könne. Aber es ist nicht unbedingt nötig eine Entscheidung zu treffen. Frauen geben die Entscheidung auch, wenn es ihnen notwendig erscheint, an Professionelle ab. Dies ist häufig die Hebamme.

Ein Unterthema das gefunden wurde war, „Obtaining Information“. Hierbei wurde die Leichtigkeit der Informationssuche betont, welche notwendig ist um die Entscheidungen treffen zu können. Ein oft benütztes Medium zur Informationssuche war das Internet. Es wurde allerdings von den Frauen mit Vorsicht benützt. Sie betonten die Möglichkeit von falschen oder verzerrten Informationen im Internet. Auch die Fachpersonen waren diesbezüglich besorgt. Außerdem komme, so berichteten die Fachpersonen, eine Informationsflut auf die Frauen zu, welche die Entscheidung erschwert. Ein weiteres Unterthema, das gefunden wurde war „making changes“. Hier geht es um einen angenommenen stattfindenden Umbruch im Feld der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe. „Being strong/ courageous“ wurde als weiteres Thema gefunden. Das stark und mutig Sein war besonders bei Entscheidungen über Geburtsorte, die von der Norm abwichen, also Hausgeburten, ein Thema. Die Gründe für die Entscheidung waren immer Risiko und Sicherheit, weshalb dieses Thema „being safe“ genannt wurde. Die angenommene hohe Sicherheit einer Geburt im Krankenhaus war besonders bei den Professionellen ein großes Thema. Das letzte gefunden Thema war „playing the sytem“ in dem es darum ging, dass Frauen berichteten einfach dem normalen Verlauf zu folgen, also einfach bei der Routine mitzumachen.

2.3.2 „Maintaining equilibrium: a grounded theory study of the process involved when women make informed choices during pregnancy“ von Levy (1999)

Levy zeigt in dieser Studie den Prozess auf, der abläuft, wenn Frauen in der Schwangerschaft informierte Entscheidungen treffen. Dazu benützt sie den Ansatz der Grounded Theory. Die Studie wurde in England durchgeführt.

Die „Booking Interviews“ (Erstgespräche mit der Hebamme am Beginn der Schwangerschaft) von 12 Schwangeren wurden beobachtet und auf Tonband aufgenommen. Außerdem wurden Interviews über diese „Booking Interviews“ geführt und analysiert. Später wurde noch zusätzlich theoretisch gesampelt und ein Frau/Hebammen Paar aus der freiberuflichen Praxis wurde in die Studie aufgenommen.

Neben der Hauptkategorie „Maintaining Equilibrium“ (Aufrechterhalten/ Behalten des Gleichgewichts) wurden von den ForscherInnen folgende Kategorien gefunden:

- Regulating information:
avoiding (ausweichen, umgehen, vermeiden), delaying (verzögern), pursuing (fortfahren, fortführen, betreiben, einschlagen)
- Contextualising information:
legitimizing (legitimieren), personalising (personalisieren)
- Actioning:
asserting (behaupten, versichern, feststellen, erklären), handing over (Übergabe), taking it as it comes (es so (hin)nehmen wie es kommt), playing the game (das Spiel mitspielen, so tun als ob)

Diese gefundenen Kategorien werden nun genauer beschrieben.

Als Hauptkategorie wurde „Maintaining Equilibrium“ gefunden, was so viel bedeutet wie Aufrechterhalten/ Behalten des Gleichgewichts. Dieses Gleichgewicht, das es als Schwangere zu behalten gilt, bezieht sich auf die Interessen der Frau, des Babys, des Partners und anderer Personen. Die Geburt eines Kindes bedeutet immer auch einen Umbruch im Leben der Frau. Informationen werden also benötigt um damit umgehen zu können. Manche dieser Informationen können aber eine Bedrohung für das Gleichgewicht darstellen, indem sie Sorgen und Stress aufkommen lassen. Es kann sich verstärken, wenn die Frau denkt, keinen Einfluss auf die Outcomes zu haben oder zu einer Entscheidung gedrängt wird.

Wenn Frauen also informierte Entscheidungen treffen, müssen sie ständig die Balance behalten wie an Hand dieser Grafik dargestellt wird.

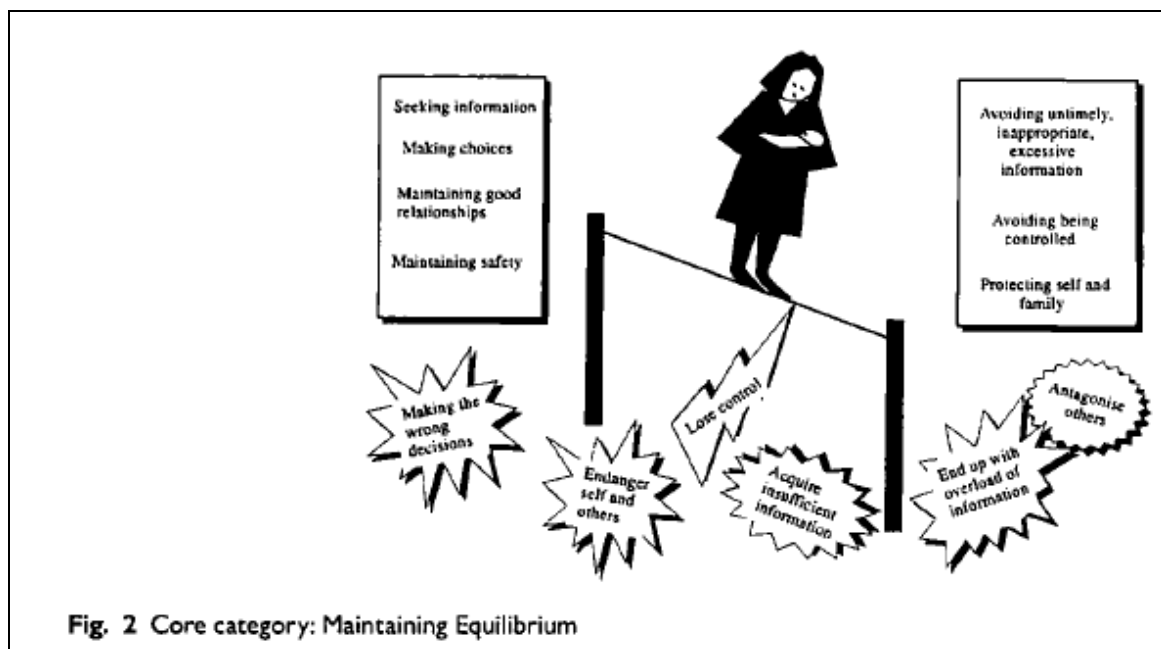


Abbildung 1: (Levy, 1999, p. 112)

Weiters beschreibt Levy (1999) die gefundenen Subkategorien, die sich im Bezug auf den Umgang mit Informationen herauskristallisierten:

2.3.2.1 Regulating information

Diese Kategorie setzt sich zusammen aus

- avoiding (ausweichen, umgehen, vermeiden)

Frauen versuchen Informationen dann auszuweichen, wenn sie diese als irrelevant oder nicht beeinflussbar einstufen. Auch wenn sie diese nicht hören wollen, weil sie eine Änderung der Verhaltensweise der Frauen zur Folge hätten, welche diese nicht möchten (Zum Beispiel Rauchen in der Schwangerschaft).

- delaying (verzögern)

Wenn die Frauen der Meinung sind, dass es noch nicht Zeit ist für bestimmte Informationen oder sie andere für wichtiger erachtet, versucht sie diese zu verzögern.

- pursuing (fortfahren, fortführen, betreiben, einschlagen)

Generell aber berichten die Frauen ein großes Informationsbedürfnis.

2.3.2.2 Contextualising information

Levy stellt außerdem fest, dass Frauen Informationen, die sie erhalten, legitimieren und personalisieren, also in ihren persönlichen Kontext setzten.

- legitimizing (legitimieren)

Beim Legitimieren der Information prüfen sie diese auf deren Richtigkeit. Dabei wird die Aktualität, die Verlässlichkeit, die Genauigkeit und die Übereinstimmung mit anderen Informationen aus anderen Quellen überprüft. Außerdem wird geschaut, welche eigene Meinung und Erfahrung von Seiten der Frau zu diesem Thema besteht.

- personalising (personalisieren)

Die gefundenen Informationen wurden im persönlichen Kontext der Frauen interpretiert. Hierbei war das Gespräch mit der Hebamme oft von zentraler Bedeutung um die Information auf die persönliche Situation umlegen zu können. Je spezifischer die Information war, desto einfacher war es für die Frauen diese zu personalisieren.

2.3.2.3 Actioning

Actioning beschreibt den Prozess den Frauen durchleben nachdem sie die Entscheidung treffen, sie setzten sie in die Tat um. Dabei verfolgen sie verschiedene Strategien:

- asserting (behaupten, versichern, feststellen, erklären)

Wenn Frauen das Gefühl haben, in ihrer Entscheidung respektiert zu werden, ist es ihnen möglich hinter ihrer Entscheidung zu stehen.

- playing the game (das Spiel mitspielen, so tun als ob)

Wenn die Meinung der Frauen mit der Meinung der Hebamme nicht übereinstimmt, ist das Gleichgewicht der Frau in Gefahr. Deshalb wird manchmal die Strategie „Playing the game“ eingeschlagen, bei der die Frau einfach mitspielt und somit ihre eigene Meinung hinten anstellt.

- taking it as it comes (es so (hin)nehmen wie es kommt)

In manchen Fällen bleibt die Entscheidung zwar bei der Frau, aber sie ist der Meinung, sie könne alles nur so hinnehmen wie es kommt.

- handing over (Übergabe)

In einem Notfall oder, wenn sie unwillig sind ihre Meinung zu vertreten, übergeben Frauen die Entscheidung an Andere. Schwierig ist es dann, wenn die Frau den Beteiligten nicht vertraut.

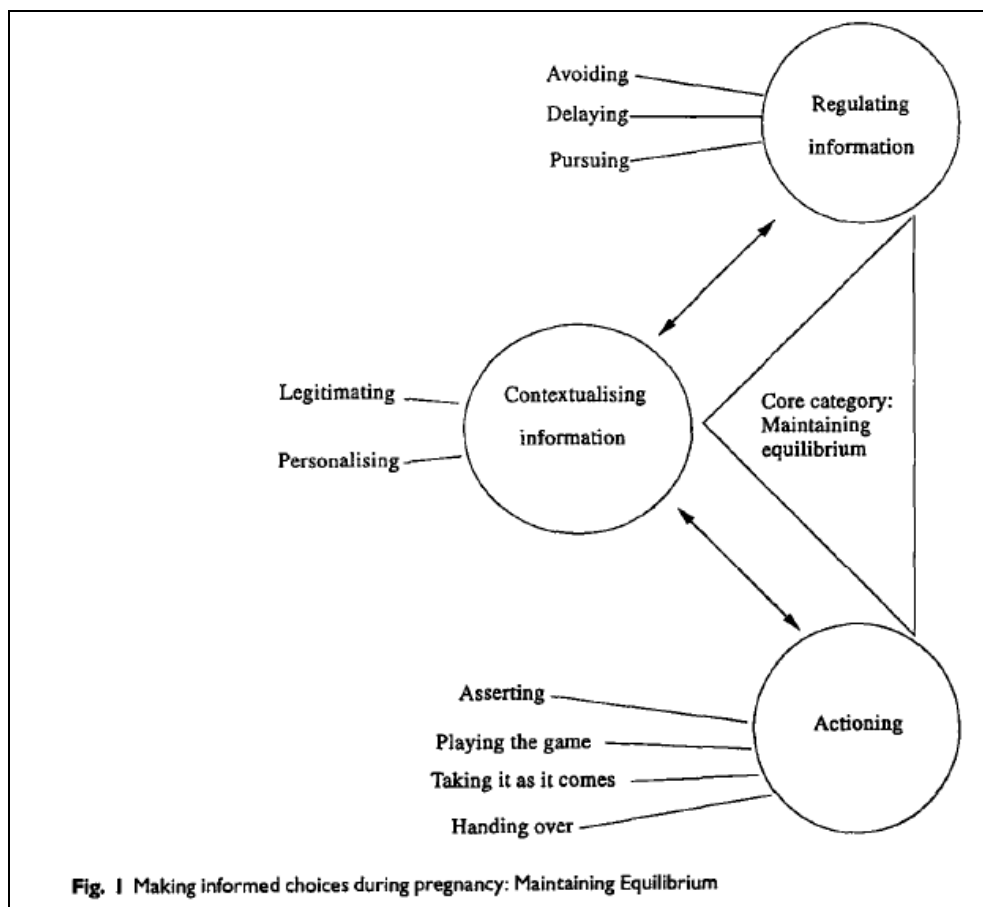


Abbildung 2: (Levy, 1999, p. 111)

2.3.3 „Homebirth as System-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the birthplace“ von Cheyney (2008)

Cheyney (2008) untersucht den Prozess und die Motivation die mitspielen, wenn Frauen in den USA sich gegen das vorherrschende Modell der medizinischen Geburtshilfe im Krankenhaus entscheiden und stattdessen mit einer „direct entry midwife“ zu Hause entbindet. DEMs (direct entry midwives) sind Hebammen, die ohne Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege direkt in ein Trainingsprogramm für Hebammen einsteigen. Wichtig war für die Frauen in dieser Situation das Sammeln von Wissen, vorhandenes Wissen zu hinterfragen und es zu überprüfen sowie der „informed consent“. Außerdem spielte „Power“ eine große Rolle. Sowohl Wissen als Kraft, sowie die Kraft die sie ermächtigte zu gebären als auch die Kraft als (seelische) Heilquelle, waren Themen die gefunden wurden. Ein weiterer zentraler Aspekt war Intimität um sich hingeben und sich öffnen zu können. Auch beleuchtet wurde der Aspekt von Geburt als sexuelles Geschehen.

2.3.4 Kernelemente der drei relevantesten Studien

Zusammengefasst lassen sich in den drei Studien folgende Kernelemente herausfiltern.

- Information/Wissen
- Vertrauen – das Gleichgewicht behalten
- Sicherheit
- Intimität
- Es so hinnehmen wie es kommt
- Stärke

2.3.4.1 Information/Wissen

Allen Studien gemein ist die gefundene Kategorie „Information“. Information suchen und finden, sich neues Wissen aneignen und altes Wissen auf seine Richtigkeit prüfen waren bei allen Studien zentrale Elemente.

2.3.4.2 Vertrauen – das Gleichgewicht behalten

Auch „Vertrauen“ und das „Gleichgewicht behalten“ kam in allen Studien auf verschiedene Arten vor. Bei Mander & Melender (2008) zum Beispiel war das grundlegende Thema „trusting the system“. Levy (1999) fand als Hauptkategorie „Maintaining Equilibrium“, also das Aufrechterhalten/Behalten des Gleichgewichts.

2.3.4.3 Sicherheit

Sicherheit ist besonders bei Mander & Melender (2008) ein wichtiges Thema. Hausgeburtseltern fühlen sich meist zu Hause in dem Sinn sicher(er) als im Krankenhaus, als sie zum Beispiel einen geschützten Rahmen haben, mit Leuten, die sie selbst gewählt haben und sicher sind vor Routinemaßnahmen, die nicht unbedingt notwendig sind.

2.3.4.4 Stärke

Dieser Aspekt taucht als „forestructure: being strong/ courageous“ (Mander & Melender, 2009) sowie als „Acquisition of Personal Power/Agency“, eines der drei Hauptthemen, bei Cheyney (2008) auf. Cheyney (2008) unterscheidet zwischen dem Vertrauen, die Kraft zu haben um gebären zu können und Wissen als Kraft.

2.3.4.5 Es so hinnehmen wie es kommt

„Taking it as it comes“ sowie „playing the game“ wurden von Levy (1999) und „playing the system“ von Mander & Melender (2008) als wichtige Themen entdeckt. Sie stellen Strategien des Handelns dar, wenn kein anderer Weg möglich ist.

2.3.4.6 Intimität

In der Arbeit von Cheyney (2008) war außerdem der Aspekt der Intimität von großer Bedeutung. Die Geburt wird als sexueller Vorgang gesehen, für den ein hohes Maß an Intimität Voraussetzung ist.

3 Methodik

Im folgenden Abschnitt wird nun die verwendete Methode und Vorgehensweise genauer beschrieben. Die Untersuchungsmethode und deren Begründung sowie die Datenerhebung, die Stichprobenbeschreibung, die Analyse der Daten und die Gütekriterien werden dargestellt.

3.1 Wahl und Begründung der Untersuchungsmethode

3.1.1 Begründung der Methodenwahl

Das Ziel dieser Studie ist es, den Entscheidungsprozess von Frauen, die sich für eine Hausgeburt entschieden haben aus retrospektiver Sicht darzustellen. So soll neues Wissen über den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt generiert werden. Der abgelaufene Prozess soll aufgeschlüsselt und sichtbar gemacht werden.

In den Interviews wurde den Fragen nachgegangen, wann den Frauen erstmals die Idee kam, zu Hause gebären zu können, wie sich diese im Verlauf der Schwangerschaft entwickelt hat, wie die Frauen diesen Prozess erleben, wo sie Probleme sehen und wo für sie die Motivationen liegen, was oder wen sie als unterstützend bzw. als hemmend erleben, wann ihre Entscheidung feststand und wie sie diese Entscheidung schließlich retrospektiv beurteilen. Es wurden alle Erfahrungen rund um den Entscheidungsprozess berücksichtigt.

Durch das Kennen dieses Prozesses haben die Pflegepersonen und die Hebammen sowie andere beteiligte Berufsgruppen mehr Möglichkeiten, den Frauen adäquate Unterstützung zu gewährleisten. Es ist wichtig, dass eine so individuelle und persönliche Entscheidung von den werdenden Eltern selbst getroffen wird und sie nicht in eine Richtung gedrängt werden. Um sie allerdings auf dem Weg zu dieser Entscheidung unterstützen zu können und ihnen das Treffen dieser Entscheidung leichter zu machen müssen sie bei dem ablaufenden Prozess bestmöglich unterstützt und begleitet werden.

Um dieses Untersuchungsziel zu erreichen und die Fragestellung beantworten zu können wurde die Grounded Theory als Methode gewählt. Dieser Wahl lagen mehrere Aspekte zu Grunde.

Zu allererst wurde bei der Aufarbeitung der vorhandenen Literatur ersichtlich, dass es zum Thema des Entscheidungsprozesses der Hausgeburt bislang wenig Literatur gibt.

Dies legt die Verwendung einer qualitativen Methode nahe um erste Einblicke in dieses Feld gewinnen zu können. Es geht um Grundlagenforschung und somit um ein induktives Vorgehen.

Die Methode der Grounded Theory eignet sich sehr gut um Fragestellungen zu untersuchen, die sich mit Prozessen beschäftigen. Sie geht nämlich einen Schritt weiter als andere qualitative Forschungsansätze und beschreibt nicht nur die vorgefunden Konzepte sondern stellt diese auch in Beziehung zueinander. Somit wird dem Prozessgeschehen Rechnung getragen.

Im nächsten Kapitel soll nun die Grounded Theory als Methode näher beschrieben werden. Dies dient der genauen Erläuterung der Methode und soll deren Angemessenheit zur Untersuchung dieser Fragestellung untermauern.

3.1.2 Grounded Theory

Die Methode der Grounded Theory wurde in den 60er Jahren von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss entwickelt. Sie wird auch als gegenstandsbezogene Theorie bezeichnet und basiert auf dem symbolischen Interaktionismus (Mayer, 2002).

Auf die Frage „Was ist eine Grounded Theory?“ antworten Strauss und Corbin:

„Eine „Grounded“ Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Am Anfang steht nicht eine Theorie, die anschließend bewiesen werden soll. Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich- was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozeß [sic!] herausstellen“ (Strauss & Corbin, 1996, S.8).

Bei der Grounded Theory geht es also darum durch genaues Kennenlernen der Realität aus dieser heraus eine Theorie zu entwickeln. Es werden also keine theoretischen und vorgefertigten Konzepte übergestülpt sondern es wird induktiv vorgegangen. Anders formuliert könnte man auch sagen, „Data are emerging from the data“ (Linhart, 2009a, S. 8). Dieser Satz verdeutlicht sehr gut worum es geht, nämlich

die induktive Vorgehensweise, die eine Datengewinnung aus der Realität der Betroffenen heraus vorsieht.

Ein weiterer besonderer Punkt der Grounded Theory ist die Reihenfolge des Vorgehens. Die Datensammlung und die Datenauswertung erfolgen nicht linear nacheinander sondern wechseln einander ab (Mayer, 2002). Dieser zyklische Prozess wird von den Daten selbst gesteuert (Linhart, 2009b).

Am Beginn steht die Forschungsfrage. Sie sollte das Forschungsgebiet eingrenzen aber dennoch flexibel genug sein um dem Weg der Daten folgen zu können (Linhart, 2009a). Strauss und Corbin (1996) bezeichnen die anfängliche Fragestellung als „Wegweiser“.

Ein wichtiger Begriff ist der, der Theoretischen Sensibilität. Diese betrifft den Forscher und meint sein Maß an Sensibilität für die Daten und für Vorgänge in den Daten. Sie wird beeinflusst von vorausgehendem Literaturstudium sowie, persönlichen oder beruflichen Erfahrungen und Erfahrungen die im Rahmen der Studie gemacht werden (Strauss & Corbin, 1996).

Die Datenauswertung wird in der Grounded Theory als Kodier-Verfahren oder Coding bezeichnet und in die einzelnen Kodierschritte dem „Offenen Kodieren“, dem „Axialen Kodieren“ und dem „Selektiven Kodieren“ unterteilt.

3.1.2.1 Offenes Kodieren

Strauss und Corbin (1996) definieren das Offene Kodieren folgendermaßen:

„Offenes Kodieren: Der Prozeß [sic!] des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten“
(Strauss & Corbin, 1996, S. 43).

Es geht darum, die Transkripte der Interviews Zeile für Zeile zu lesen, deren Bedeutung zu erfassen und die darin enthaltenen Konzepte zu identifizieren. Die Konzepte, die die Grundbausteine der Theorie darstellen, werden auf ihre Eigenschaften und Dimensionen hin untersucht. Dies geschieht durch das Stellen von Fragen an die Daten und das Suchen von Ähnlichkeiten und Unterschieden. Anschließend werden ähnliche Konzepte zu Kategorien zusammengefasst. Das heißt die Konzepte sind die „Labels“ oder Etiketten die zu den einzelnen Sätzen zugeordnet werden. Diese werden dann auf Gleichheiten und Unterschiede hin untersucht und so zu Kategorien zusammengefasst (Strauss & Corbin, 1996).

3.1.2.2 Axiales Kodieren

Der nächste Schritt ist das axiale Codieren:

„Eine Reihe von Verfahren, mit denen durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf neue Art zusammengesetzt werden. Dies wird durch Einsatz eines Kodier-Paradigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 75).

Es geht darum die gefundenen Kategorien weiter zu entwickeln und sie mit einander in Beziehung zu setzen und Verbindungen zwischen ihnen zu finden. Somit werden Subkategorien zu abstrakteren Kategorien ausgereift (Strauss & Corbin, 1996).

3.1.2.3 Selektives Kodieren

Anschließend folgt das selektive Kodieren, es ist „der Prozeß [sic!] des Auswählens der Kernkategorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien, der Validierung dieser Beziehungen und des Auffüllens von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen“ (Strauss & Corbin, 1996).

Begleitet wird dieser ganze Prozess durch das Verfassen von Memos. Es wird unterschieden zwischen theoretischen, methodischen und persönlichen Memos. Diese Memos dienen als Gedankenstützen und sind wichtig für die Interpretation und das Verfassen des Endberichts (Linhart, 2009c).

Der Prozess der Datenerhebung wird dann beendet wenn die Theoretische Sättigung (theoretical saturation) erreicht wird. Unter der Theoretischen Sättigung versteht man den Punkt an dem keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden können (Linhart, 2009b).

3.2 Datenerhebung

3.2.1 Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie

Die Einschlusskriterien bzw. Ausschlusskriterien waren:

- Die Frau muss mindestens eine Hausgeburt geplant haben
- Voraussetzung war nicht, dass die Geburt auch tatsächlich zu Hause stattfand, somit waren auch Frauen eingeschlossen, die die Erfahrung einer abgebrochenen Hausgeburt gemacht hatten
- Es wurden keine Einschränkungen im Bezug auf die Dauer die die Hausgeburt zurücklag gemacht.
- Ein Wohnsitz in den Bundesländern Wien, Niederösterreich oder der Steiermark (aus organisatorischen Gründen).
- Die Interviewpartnerinnen mussten der deutschen Sprache mächtig sein.
- Die Interviewpartnerinnen nahmen freiwillig an der Studie teil.

3.2.2 Rekrutierung der Teilnehmer

Nachdem das Exposé genehmigt wurde, wurde auf der Grundlage des erworbenen theoretischen Wissens ein Interviewleitfaden entwickelt. Die Untersuchung startete mit einem Probeinterview, das mit einer Hebammenstudentin im Herbst 2009 geführt wurde, die selbst drei Hausgeburten erlebt hat. Mit Hilfe diese Probeinterviews konnte der Interviewleitfaden modifiziert werden und spezielle Fragefloskeln wurden erarbeitet um das Augenmerk noch stärker auf offene Fragestellungen zu legen.

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte durch ein Plakat mit Antwortkarten im Eltern-Kind-Zentrum Graz, durch Anzeigen in einem Internetforum (Luxusprivatgeburtsforum) und durch Kontaktaufnahme mit Hausgeburtshebammen in Graz und Umgebung. Aufgrund der Anzeige in den Internetforen meldeten sich auch Frauen, die nicht aus Wien, Niederösterreich oder der Steiermark kamen, diese konnten aus organisatorischen Gründen leider nicht interviewt werden.

Dadurch, dass Anzeigen geschaltet wurden und die Frauen dazu aufgefordert wurden sich bei Interesse bei der Interviewerin zu melden, kann die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie gewährleistet werden. Die Frauen meldeten sich entweder per Telefon oder per E-Mail. Bei der ersten Kontaktaufnahme wurden Ort und Zeit des Interviews festgelegt.

Zu Beginn wurde gemeinsam mit den Frauen die Einverständniserklärung (siehe Anhang) durchbesprochen und unterschrieben.

3.2.3 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt meldeten sich 18 Frauen (19 inkl. Probeinterview) auf die Anzeigen. Nach dem Probeinterview wurden die acht Frauen interviewt, die sich als erstes gemeldet hatten (fünf Interviewpartnerinnen aus Graz und Umgebung, zwei aus Wien und zwei aus Niederösterreich). Die Hausgeburtserfahrungen lagen unterschiedlich lange zurück (3 Monate, bis zu einigen Jahren) und manche Frauen hatten vorab auch schon Geburtserfahrungen in anderen Settings als der Hausgeburt. Eine Frau hatte auch die Erfahrung einer abgebrochenen Hausgeburt. Es wurden sowohl Primi- wie auch Multipara befragt und die Kinderzahl variierte stark.

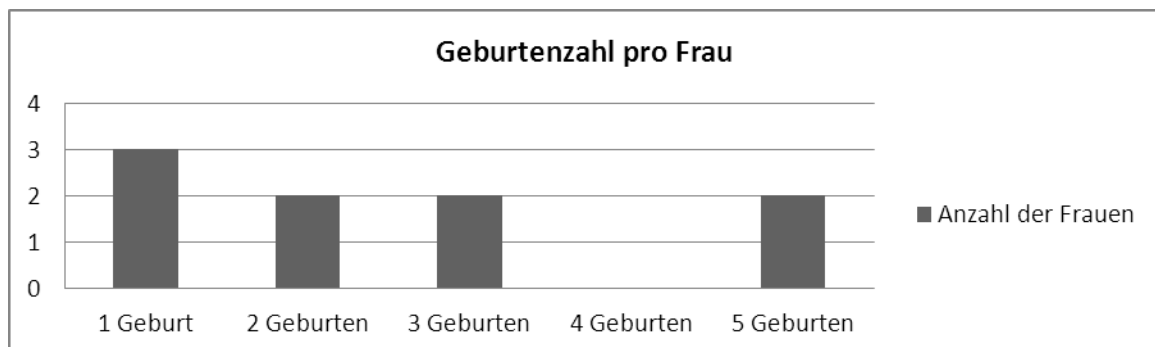


Abbildung 3: Geburtenzahl pro Frau

In dieser Grafik wird ersichtlich, dass die Geburtenzahl pro Frau in der Gruppe der Interviewten Frauen sehr ausgeglichen ist. Erstgebärende sind ebenso vertreten wie Frauen die 5 Kinder geboren haben.

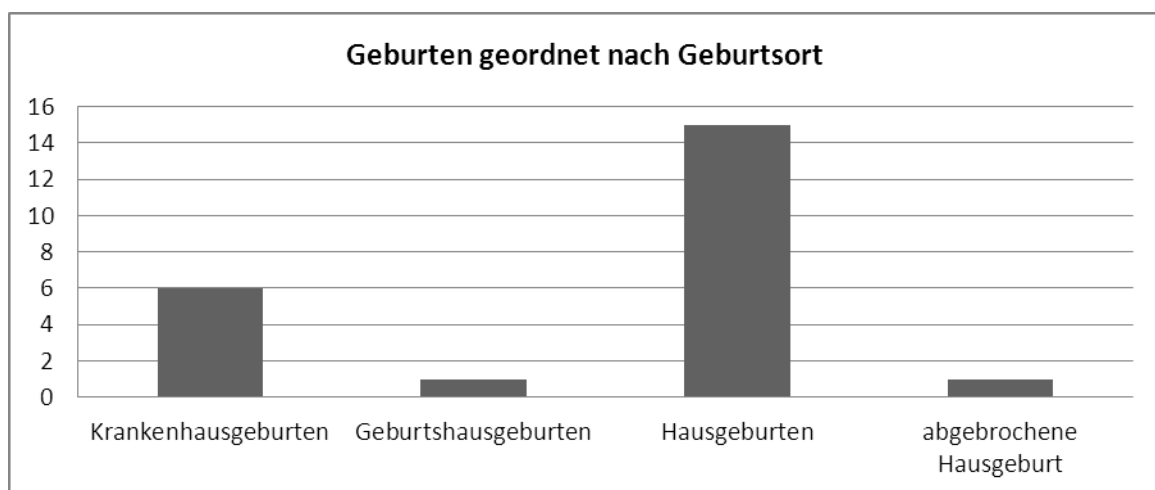


Abbildung 4: Geburten geordnet nach Geburtsort

Diese Grafik macht deutlich, dass die Geburtserfahrungen der Interviewpartnerinnen im Hinblick auf den Ort der Geburt vielfältig waren.

3.2.4 Ethische Aspekte und Informed Consent

Der „informed consent“ beinhaltet laut Mayer (2002) folgende Punkte:

- Die „Bekanntgabe der wesentlichen Informationen über die Studie“ (Mayer, 2002, S. 57).

Bei der ersten Kontaktaufnahme wurden offene Fragen geklärt. Außerdem wurde am Anfang jeden Interviews die Einverständniserklärung genau durchgesprochen und von beiden Seiten unterschrieben. Der Titel der Arbeit wurde auf der Einverständniserklärung und auf dem Informationsmaterial etwas weiter gefasst („Wissenschaftliche Studie zur Hausgeburt“) um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden.

- „Die Person muss die Information verstehen“ (Mayer, 2002, S. 57).

Es wurden nur Personen interviewt die der deutschen Sprache mächtig waren. Fragen zu den besprochenen Punkten waren jeder Zeit möglich.

- „Die Person muss in der Lage sein, ihre Einwilligung zu geben“ (Mayer, 2002, S. 57).

Die Einwilligung wurde mittels Unterschrift der Einverständniserklärung eingeholt und bestätigt.

- Sowie die „freiwillige Zustimmung an der Untersuchung teilzunehmen“ (Mayer, 2002, S. 57).

Durch das Schalten von Anzeigen und Aufhängen von Plakaten mussten die Interviewpartnerinnen selbst Kontakt mit der Interviewerin aufnehmen. Somit wurde verhindert, dass Druck auf die beteiligten Personen ausgeübt wurde und die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde gewährleistet. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass die beteiligten Frauen jederzeit die Teilnahme zurückziehen können.

Die Punkte die an Hand der Einverständniserklärung besprochen wurden waren

- Name der Betreuerin und deren Kontaktdaten
- Studienzweck und Hintergrund
- Vorgehen
- Risiko/ Unbehagen
- Vertraulichkeit der Angaben
- Kosten und Kostenerstattung
- Bezahlung
- Vorgehen bei weiteren Fragen und Kontaktdaten
- Bestätigung der Freiwilligkeit der Teilnahme

Der genaue Wortlaut der Einverständniserklärung ist im Anhang ersichtlich. Nachdem diese unterschrieben wurde verblieb eine Kopie bei der Interviewpartnerin und eine bei der Interviewerin, die diese getrennt von den digitalen Aufnahmen und den Abschriften der Interviews aufbewahrte.

Sämtliche Angaben, die Rückschlüsse auf die Person der Interviewpartnerin zulassen würden, wurden beim Anfertigen der Transkripte anonymisiert.

3.2.5 Durchführung der Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte zwischen Oktober 2009 und Jänner 2010.

Die Interviews wurden teilweise in den Wohnungen der Frauen, in einem Raum in der FH Joanneum und in anderen geeigneten Räumlichkeiten geführt.

Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe von semistrukturierten Interviews. Die Wahl dieser Erhebungsmethode lässt sich wie folgt erklären.

Die Vorteile liegen in der Offenheit und Flexibilität der Methode. Die Reihenfolge und Formulierungen der Fragen können frei gewählt werden. Somit können Formulierungen und Erzählreihenfolgen der Interviewpartnerinnen aufgegriffen werden. Dies schafft Vertrauen und ein guter Erzählfluss kann unterstützt werden. Weiters ermöglicht es der Interviewerin an interessanten Stellen nachzuhaken und tiefergehende Fragen zu stellen. Ein weiterer Vorteil eines Face-to-Face Interviews ist es, dass Gefühlsregungen, sowie Gestik und Mimik der Frauen beobachtet werden können.

Feldnotizen und Memos wurden nach den Interviews verfasst um Beobachtungen und Gedanken in den Auswertungsprozess mit einbeziehen zu können.

Für die halbstrukturierten Interviews wurde ein Interviewleitfaden verwendet, der auf Basis des Exposés und der hierfür recherchierten Literatur erstellt wurde. Um den Erzählfluss der Frauen nicht zu unterbrechen und um sie durch gezielt gestellte Fragen nicht in eine bestimmte Richtung zu drängen wurden die Interviews sehr offen geführt und folgten dem Erzählrhythmus der Frauen. Die Reihenfolge der Fragen sowie deren Formulierungen im Interviewleitfaden sollten nur eine Gedankenstütze darstellen und sind keinesfalls bindend. Die Interviews starteten mit der Initialfrage „Welche Erfahrungen hast du rund um die Hausgeburt gemacht?“ Sie wurde bewusst sehr offen gewählt um die Interviewpartnerinnen nicht in eine bestimmte Richtung zu drängen. Wenn den interviewten Frauen diese Frage zu offen formuliert war und sie um eine

konkretere Frage gebeten haben, wurde die Frage spezifiziert und nach den Erfahrungen rund um den Entscheidungsprozess gefragt und somit ein engerer Erzählrahmen vorgegeben.

In weiterer Folge wurden die Themengebiete „Idee zur Hausgeburt“, „Einstellung zur Geburt“, „Hausgeburten im persönlichen Umfeld sowie Reaktionen des Umfeldes“, „Partner und Hausgeburt“, „Informationssuche und Planung“, „Rahmenbedingungen“ sowie „Reflexion über die Entscheidung und deren Auswirkung“ abgefragt. Die Erstversion des Interviewleitfadens, in dem die genaueren Fragen nachgelesen werden können, befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Im Laufe der Interviews wurde dieser semistrukturierte Leitfaden allerdings immer wieder adaptiert und überarbeitet um der Richtung der Erkenntnisse folgen zu können.

Die Interviewdauer variierte von 23 Minuten bis 138 Minuten. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 76 Minuten.

In weitere Folge wurden die Interviews angehört und transkribiert. Die Transkripte wurden von der Verfasserin noch einmal korrekturgelesen und anonymisiert. Die Aufbewahrung erfolgte an einem sicheren Ort und getrennt von den digitalen Aufnahmen sowie den Einverständniserklärungen.

3.3 Datenanalyse

Die Codierung der Daten erfolgte nach der Methode der Grounded Theory. Begonnen wurde mit dem Offen Codieren. Die Interviews wurden Zeile für Zeile aufgebrochen und die Aussagen der Frauen in den Transkripten zusammengefasst. Die so gewonnenen Codes wurden in Konzepte zusammengefasst und dann in größere Kategorien und Übergruppen geordnet. Erste Skizzen und Modelle entstanden. Begleitet wurde dieser Prozess vom ständigen Verfassen von Memos und Notizen. Die so, aus den einzelnen Interviews, entstandenen Kategorien wurden verglichen, zusammengefasst, geordnet und zu einander in Beziehung gesetzt.

Aus zeitlichen Gründen konnte jedoch nur eine sehr kleine Strichprobe gewählt werden, weshalb nicht bis zur Datensättigung gelangt werden konnte. Das Codieren wurde nach dem axialen Codieren beendet da ein Fortführen des Codierprozesses den Rahmen der Diplomarbeit überschritten hätte. Dennoch konnte ein erstes Erklärungsmodell skizziert werden.

3.4 Gütekriterien

„Gütekriterien (...) sind Maßstäbe die entwickelt wurden um die Qualität von Forschungsergebnissen messen zu können“ (Mayer, 2002, S 78).

Da die weit verbreiteten Gütekriterien der quantitativen Forschung nicht auf die qualitative Forschung angewendet werden können, wurden spezielle Gütekriterien für die qualitative Forschung entwickelt. Diese sind jedoch nicht einheitlich und variieren je nach Autor (Mayer, 2002).

Mayer (2007) beschreibt folgende drei Gütekriterien für qualitative Forschungsarbeiten:

3.4.1 Glaubwürdigkeit

Unter der Glaubwürdigkeit versteht man die Korrektheit der Interpretation im Bezug auf die Realität des Interviewten beziehungsweise die Korrektheit aus der Sicht anderer qualifizierter Forscher.

In der vorliegenden Arbeit wird diesem Aspekt Rechnung getragen indem die Ergebnisse laufend an Hand neuer Interviews überprüft wurden, sie mit der vorhandenen Literatur verglichen wurden und durch die Diskussionen der Ergebnisse mit der Diplomarbeitbetreuerin Frau Dr. Monika Linhart.

3.4.2 Folgerichtigkeit

„Die Folgerichtigkeit zeigt an, ob die Arbeit von der Forschungsfrage bis zur Auswertung nachvollziehbar ist. Dies ist durch genaue Verfahrensdokumentation zu erreichen“ (Mayer, 2007, S. 101).

Auch die genaue Verfahrensdokumentation wurde berücksichtigt um somit die Nachvollziehbarkeit gewährleisten zu können. (siehe Kapitel 3 „Methodik“) In dieser Arbeit werden alle Schritte von der Themenfindung, über die Vorgehensweisen bis hin zu den Ergebnissen genau dargestellt.

3.4.3 Angemessenheit

Unter dem Gütekriterium der Angemessenheit versteht man, wie genau die Beschreibungen der Wirklichkeit sind. Sie muss so ausführlich beschrieben werden, dass die Leser sofort die Relevanz der Thematik für die praktische Arbeit nachvollziehen können (Mayer, 2007).

Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit wurden so genau wie möglich dargestellt und mit Zitaten aus den Interviews hinterlegt. Somit wird die Sprache der Betroffenen gewählt um möglichst authentisch ihre Welt wiederzuspiegeln.

3.4.4 Reflexivität

Außerdem betonen Hall and Callery (2001) ein weiteres Kriterium, das an dieser Stelle sehr relevant ist, die Reflexivität (Reflexivity). Sie beschreiben in ihrem Artikel: "Enhancing the Rigor of Grounded Theory: Incorporating Reflexivity and Relationality", dass jede Vorbereitung, die eigene Einstellung zum Thema und das Verhalten im Allgemeinen die Interviewsituation und somit die Ergebnisse beeinflusst. Dies muss unbedingt im Bewusstsein des Forschers/ der Forscherin Beachtung finden. Durch das Wissen über diese Tatsache und das reflektierte Forschen kann die Validität erhöht werden.

Diesem Aspekt wurde durch die Diskussion der Ergebnisse, das Verfassen von Memos und Notizen sowie sehr gezieltem Literaturstudium nachgekommen.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass den Gütekriterien

- Glaubwürdigkeit,
- Folgerichtigkeit,
- Angemessenheit und
- Reflexivität

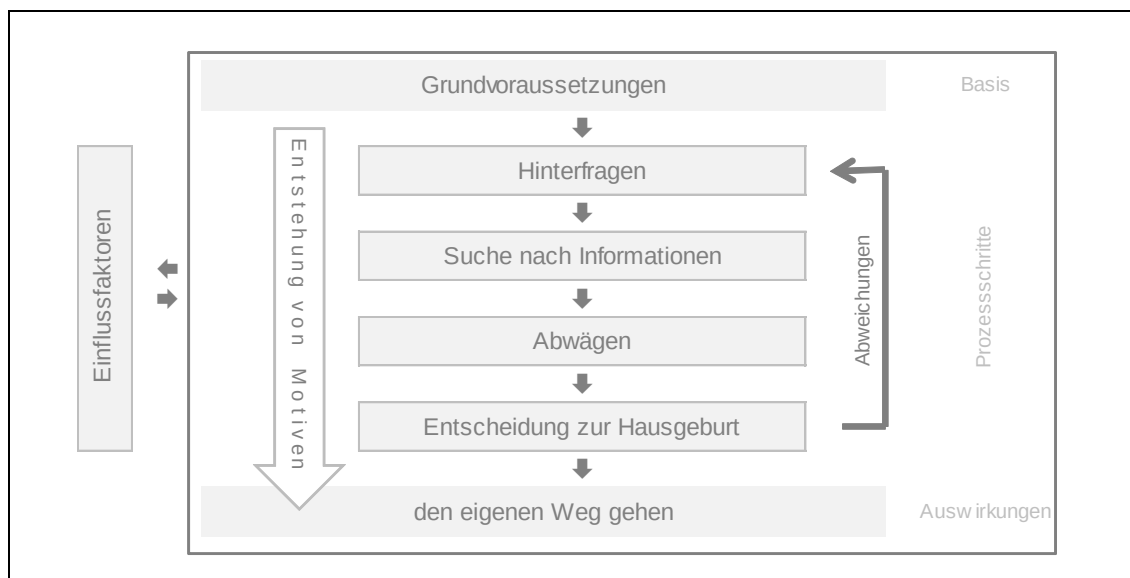
in dieser Diplomarbeit nach bestem Wissen und Gewissen Rechnung getragen wird.

4 Ergebnisse

Die Entscheidung zur Hausgeburt ist in der heutigen Gesellschaft eine eher ungewöhnliche und selten getroffene Wahl. Außerdem ist sie eine sehr individuelle, wie sich aus der Literatur und den Interviews schnell herauslesen ließ. Die Auslöser für diese Entscheidung, die Strategien der Durchführung sowie die Einflussfaktoren sind auf den ersten Blick sehr verschieden, manchmal sogar konträr. Doch mit Hilfe der Grounded Theory, konnte in dieser Diplomarbeit, ein erstes Erklärungsmodell geschaffen werden. Es handelt sich dabei auf Grund der kleinen Stichprobe um eine Theorie geringer Reichweite. Aber dennoch soll es Ansätze liefern um diesen Prozess aufdecken zu können.

Im Folgenden werden nun die gefundenen Kategorien dargestellt, beschrieben und miteinander in Verbindung gesetzt.

Die gefundenen Kategorien „Grundvoraussetzungen“, „Einflussfaktoren“, „Hinterfragen“, „Suchen“, „Abwägen“ und „Treffen der Entscheidung“ werden nun der Reihe nach genau beschrieben und mit Zitaten aus den Interviews belegt.



4.1 Grundvoraussetzungen

Bei allen interviewten Hausgeburtsmüttern wurden in mehr oder weniger ausgeprägter Art und Weise bestimmte Voraussetzungen gefunden, die der Entscheidung zur Hausgeburt vorangingen. Man könnte sie auch als Grundeinstellung bezeichnen. Diese Einstellung betrifft nicht nur die Entscheidung zur Hausgeburt, sondern ist als eine grundlegende Lebenseinstellung zu verstehen. Die drei signifikantesten Themen

waren, dass die Frauen ein positives Bild von Schwangerschaft und Geburt haben, sie kritisch und reflektiert sind und sie ein gewisses Urvertrauen in sich tragen.

4.1.1 Positives Bild von Schwangerschaft und Geburt

Ganz grundlegend haben die Hausgeburtsmütter ein sehr klares Bild von Schwangerschaft und Geburt. Schwangerschaft und Geburt sind in ihren Augen natürliche Prozesse. Eine schwangere Frau bzw. eine Gebärende ist nicht krank und braucht deshalb auch kein Krankenhaus, wenn dieser Prozess physiologisch verläuft. Im Gegenteil, eine Geburt ist etwas, das einen stärkt und als positive Erfahrung betrachtet wird. Geburt und Schwangerschaft sind physiologische Prozesse im Leben einer Frau, das wird in den Interviews oftmals betont.

„Ja uns war immer klar dass das ka Krankheit is und dass ma deswegen in ka Krankenhaus muss“ (Interview X- Zeile 30-31).

„...für mi ghört a Geburt net ins Krankenhaus. (Interviewerin: Warum?)
Ja, weils ka Krankheit is und a ka Operation oder sonst was, was ma eben im Krankenhaus dalebt“ (Interview L- Zeile 118-120).

Die Geburt ist also, für die Hausgeburtsfrauen, ein positiv besetztes und physiologisches Ereignis. Geburt und Schwangerschaft sind keine Krankheiten. Es wird ganz klar zwischen pathologischen und physiologischen Vorgängen differenziert und die Geburt wird klar den physiologischen Prozessen zugeordnet. Diese erfolgt aber nicht unter völligem Ausschluss der Pathologie. Den Frauen ist sehr wohl bewusst, dass es auch zu Abweichungen von der Physiologie und zu Pathologien kommen kann.

„Weil Gebären im Unterschied zu den Sachen, die sonst in Krankenhäusern stattfinden. Ja? Oder die die Gynäkologen lernen, einfach ka Vorgang is der per se pathologisch is. Kanns werden, is es aber (...) Wie kacken. Ein natürlicher Vorgang, KANN pathologisch werden, muss aber nicht. (Lachen) Ja? Is es eigentlich in den wenigsten Fällen. (...) das war a Beispiel, was i oft dann in der Argumentation mit kritischen Leuten bracht hab. Hab i gsagt, jetzt stell da vor du sitzt in an Raum fünf Leute starr’n dich an und die sagen alle „Kack!“. Und jetzt press a bissl da und a bissl dort und jetzt net, jetzt NICHT NICHT NICHT mehr pressen. Ja? Ja Blödsinn, wenn du an Pressdrang hast. Ja? Nicht mehr pressen. Wer das erfunden hat? Ja? Das is sinnlos. Ja? Ähäh Ja? Und ja. Also das sind so Sachen wo halt dann einfach klar wird, dass das so net hin haut“ (Interview K- Zeile 850-860).

Die Geburt wird als positives Ereignis gesehen, das es wert ist bewusst erlebt zu werden. Auch wenn es schmerzhaft ist, ist es doch ein stärkender Prozess.

„...und es is a gutes Erlebnis und wurscht obs weh tut oder net es is a gutes Erlebnis. A Kind zu gebärn is a gutes Erlebnis. Gö? Es is einfach, obs jetzt a schöne oder net so schöne Geburt oder was auch immer aber es is a Erlebnis was es einfach wert is. Ja? Das ma´s erlebt hat. Das ma´s mal mit gmacht hat“ (Interview K- Zeile 648-655).

4.1.2 Kritisch und Reflektiert

Im Lauf der Interviews wurde deutlich, dass die Frauen viele Dinge in ihrem Leben eher kritischer betrachten beziehungsweise sie reflektieren.

„...dass Hausgeburtseltern grundsätzlich, die meisten, nicht alle, aber tendenziell vielleicht auch eine andere Art und Weise haben mit dem Neugeborenen dann umzugehen. Dass sie einfach insgesamt kritischer sind. Also wir ham äh.. keinen Hüftultraschall gemacht, weil erstens wurde sie in den ersten Wochen ohnehin breit gewickelt und zweitens war auch der Befund völlig unauffällig ihrer Geburt, wir haben keinen Hörtest gemacht und ähm die Vitamin K Prophylaxe haben wir weniger gegeben und ich glaub, dass das für so jemanden wie mich, wahnsinnig anstrengend wär da in irgendeinem Krankenhaus, wo ich denke dann doch 90% der Leute diese ganzen Sachen erstens sowieso widerspruchslos machen und du dich dann zweitens ständig mit dem Personal auseinandersetzen musst, das das alles von dir will. Ja? Also für mich wär das glaub ich ein unglaublicher Kampf im Krankenhaus“ (Interview Y- Zeile 799-808).

In diesem Zitat wurde dieses „kritischere“ im Bezug auf den Umgang mit dem Neugeborenen dargestellt und auch die Vermutung geäußert, dass Hausgeburtsfrauen generell kritischer sind. Dieser Eindruck bestätigte sich in den weiteren Interviews. Die Dinge kritisch und reflektiert zu beurteilen spielt eine große Rolle. Es geht darum, sich selbst ein Bild zu machen und die Dinge zu reflektieren. Dies ist eine Grundeinstellung und zieht sich durch mehrere Lebensbereiche. Es ist also nicht nur dem Bereich der Geburt zuzuordnen.

4.1.3 Urvertrauen

Neben diesem kritischen und reflektierten Denken steht aber auch ein gewisses (Ur)Vertrauen. Auffallend war, das Vertrauen in die Geburt und in sich selbst, das sehr stark zum Vorschein kam. Die Sicherheit im Bezug auf die Geburt lässt sich eventuell

vom Bild, dass diese Frauen von der Geburt als physiologischen Prozess haben, ableiten. Dadurch, dass sie davon überzeugt sind, dass die Geburt ein natürlicher Prozess ist, vertrauen sie diesem und gehen davon aus, dass es keine Probleme geben wird. Sie wissen, dass sie gebären können und sind überzeugt, dass es gut gehen wird.

„I war mir immer gaaanz gaaanz sicher, das bei der Geburt ka Problem sein wird. Immer! Da war i ma einfach total sicher. Des woar, i weiß net da hab i immer des drinnen ghabt, das des schon seit tausenden Joahrn kriegen die Frauen Kinder und ham no nie a Krankenhaus dafür braucht und wieso sollts jetzt so sein? Des war ma immer klar eigentlich“ (Interview X- Zeile 194-198).

Aber nicht nur dem Gebären wird Vertrauen entgegen gebracht sondern auch sich selbst und seinem Körper. Das Selbstvertrauen der Hausgeburtsfrauen ist sehr groß. „Frauen können von Natur aus gebären“, das ist ein Satz, der oft in den Interviews auftauchte.

„...es geht einfach wirklich viel um Selbstvertraun das des guat geht gö? Das i sag des kann i und des oder des können wir, i und des Kind, wir können des, weil des haben wir, ham die Frauen immer müssen können“ (Interview Z- Zeile 296-299).

4.2 Hinterfragen

Wie schon bei der Betrachtung der Grundvoraussetzungen deutlich wurde sind Hausgeburtmütter anscheinend eher kritischere und hinterfragende Frauen. Dies spiegelte sich auch im ersten Prozessschritt wieder. Am Beginn zum Entscheidungsprozess zur Hausgeburt stand als zentrales Element das „Hinterfragen“.

4.2.1 Hinterfragen von Normen

Um sich die Option der Hausgeburt wirklich ernsthaft für sich zu überlegen muss die geltende Norm in Frage gestellt werden. Schließlich werden in Österreich 98,6% der Lebendgeborenen im Krankenhaus geboren (Statistik Austria, 2009, S.103). Die Frau, die sich allerdings mit dem Weg der Hausgeburt beschäftigt, muss diese geltende „Norm“ hinterfragen. Aus verschiedenen Gründen lehnt sie das ab, was die meisten anderen Frauen als selbstverständlich betrachten. Sie entschließt sich dazu, es nicht so zu machen „wie Alles es machen“.

Außerdem hinterfragen sie das geltende gesellschaftliche Bild von Schwangerschaft und Geburt, als risikoreiche Vorgänge, da sie ein anderes Bild von Schwangerschaft

und Geburt haben, das außerdem noch mit ihrem Urvertrauen (siehe 1.1.3 „Urvertrauen“) gekoppelt ist.

Die Hausgeburtsmütter hinterfragen also die gängige Norm „Frauen gehen zur Geburt ihres Kindes ins Krankenhaus“.

„Ah es war einmal so ich hab mi, als Jugendliche hats amal so Filme im im Fernseh gegeben da ham sie gezeigt, wie die Mütter im Urwald ihre Kinder auf die Welt bringen und da hab ich amal gsagt hoppala das interessiert mich. Wieso gehen unsere Leute ins Spital? Äh brauch ma ja gar nicht. Es geht ja so auch“ (Interview Z- Zeile 46-50).

Bestehende Normen rund um Geburten und Hausgeburten die in der Gesellschaft vorherrschen werden hinterfragt.

„Also ich hab schon mit so vielen geredet, die sagen na ich darf doch beim ersten Kind gar nicht zu Hause bleiben. Beim ersten MUSS ich doch ambulant entbinden. Falls das überhaupt geht. Also so richtig als wär das gesetzlich geregelt, beim Ersten muss man ins Krankenhaus. Aber man bekommt ´s auch glaub ich vom Arzt so kommuniziert und von der Umgebung, wenn man da nicht dahintersteht und sagt okay ich mach das jetzt, das ist meine Entscheidung, landet man ganz schnell im Krankenhaus“ (Interview P- Zeile 309-316).

4.2.2 Hinterfragen der Krankenhausabläufe

Auch die Krankenhausroutine und die Notwendigkeit von Routineinterventionen im Krankenhaus werden hinterfragt. Dies ist vielleicht auch damit zu begründen, dass auch diese oftmals nicht mit ihrem Bild von Schwangerschaft und Geburt übereinstimmen. Hier wird auf sehr hohem fachlichen Niveau hinterfragt. Die Frauen wissen sehr genau über geburtshilfliche Fakten Bescheid und wissen, welche Interventionen, Untersuchungen, Prophylaxen, u. ä. sie wollen und was nicht. Frauen berichten weiters von ihren Befürchtungen, dass ihre sehr individuellen Vorstellungen sich nicht mit der Krankenhausroutine vereinbaren lassen. Sie sind sich auch der Tatsache bewusst, dass unhinterfragte Routinemaßnahmen im Krankenhaus und eine Atmosphäre in der sie sich nicht wohlfühlen eventuell der Auslöser für Komplikationen ist.

„...also es war ma schon klar, das sicher im Krankenhaus einfach viele Leut mitreden, das sicher viel Sachen passieren, die die für mi net zu ana normalen Geburt ghörn“ (Interview X- Zeile 97-98).

Eine Frau, die beim ersten Kind eine Krankenhausgeburt erlebt hat beschreibt das Erleben der Krankenhausroutine damals sehr plastisch:

„Aber i bin total dankbar für diese Geburt damals eigentlich, weil das so schwarz weiß war (...) als junge Erstgebärende (...) bin i ma vorgekommen also ob i da so in am Einkaufswagerl sitzen würd und durch an Großmarkt durchgeschoben werden und ständig legt ma irgendwer was ins Wagerl was i net brauch und net wü. Und irgendwann war i komplett zua. Also i kann mi erinnern, dass ma ah kurz vor der Geburt drahn's (drehen sie) di no auf die ane Seitn, dann hab i no a a schmerzstillende Spritzen in den Hintern gekriegt und dann drahn's di auf die andere Seitn und spritzens da das Methagin und äh also ununterbrochen is irgendwas gängen, dann wird da a Leitung glegt, weil du hast nix trinken dürfen, dann hast die Traubenzuckerlösung eini kriegt und dann hab i ma dacht also das sind lauter Sachen, die net notwendig wären. (...) es war niie a nur a Minuten a Punkt wo i ma gedacht hab bin i froh, dass i im Spital bin, weil das is jetzt sehr gefährlich, sehr dramatisch. Gö? oder „danke Herr Doktor“ sondern ständig nur so Interventionen“ (Interview M- Zeile 139-154).

Deutlich wird hier, dass viele Interventionen gesetzt werden, deren Notwendigkeit für die Frauen nicht ersichtlich ist und die von den Frauen als unnötig und als störend empfunden werden. Auch vermuten manche Frauen, dass sie ihre Selbstbestimmung einschränken müssten, und vermuten, dass sie nicht bestimmen werden können, wer bei der Geburt dabei sein würde, wenn diese im Krankenhaus stattfinden würde.

„Also wirklich a diese Angst davor, dass irgendwas machen nur weil's es halt immer so machen ohne das es notwendig is. Des war so ganz sicher ganz a großer Punkt und a ganz sicher eben das i wissen wollt wer dabei sein wird“ (Interview X-Zeile 159-162).

„Es war eigentlich eher wirklich so, das ma dieses dieses Krankenhauszeug sparen wollt. I wollt net das man Arzt ruft oder das man irgendwie bei einer Visite plötzlich vier Ärzte, drei Schülerinnen und sonst was im Raum hat. I wollt ah net selber wieder in die Rolle rutschen zu sagen entbindet mich. Ja? Weil zaus kann i die Rolle net ein nehmen, des kann i zaus net. Ja? Und i glaub das das einfach total unterbewusst sehr oft passiert. Dann a ma will ja net, ma will ja net a unguter Patient sein, dann schreit man zum Beispiel net. Ja? Und i, i brauch des aber.

(...) Aber du gibst da halt die Blöße nicht. Ja? Und das geht daheim halt viel leichter. Das geht daheim einfach alles gaanz.. von selber. Da denkst net viel drüber nach. Oder nackt sein is viel angenehmer daheim. Ja? Und i möchte nackt entbinden, weil d das entspricht ma einfach. Ja? Und die Hebamme gut, die kenn ich ja schon länger, kein Problem. Und und gegen, mei mei Mann ja, gut der kennt mi nackt sowieso. Wenns der Vater vom Kind is sollt der das. Und ja, also das, das is halt viel angenehmer. (...) das du einfach als Frau gebären kannst. Ja? Und das da eigentlich alles was Leute meinen, da dazu tun zu müssen stört“ (Interview K- Zeile 437-449).

4.2.3 Hinterfragen der Sicherheit

Auch die Sicherheit, ein Thema an dem keine Hausgeburtsdiskussion vorbei kommt, wird hinterfragt. Dabei kann die Einteilung zwischen objektiver und subjektiver Sicherheit vorgenommen werden.

4.2.3.1 Objektive- statistische Sicherheit

Unter der objektiven- statistischen Sicherheit ist hier die wirklich statistisch erwiesene Sicherheit der Hausgeburt zu verstehen. Also die wissenschaftlichen Daten und Fakten rund um die Hausgeburt.

„NEIN, also für mich war das überhaupt kein Thema, weil.. ich mir erstens.. erstens einfach die Statistik gesehn hab und gesehn hab das „Was-wäre-wenn“ ist zu Hause noch am am wenigsten, das ist da einfach am sichersten und das andere war dann einfach, glaub ich, was womit glaub ich viele Leute ein Problem haben das ist anzuerkennen, dass du die 100%ige Garantie nie hast. Die hast du einfach nicht. (...) und drum war für mich klar, die Garantie hab ich nirgends, die hab ich auch nicht bei der Hausgeburt auch da kann irgendwas schief gehen“ (Interview Y- Zeile 258-266).

Neben der Verwendung der Statistik wird in dem oben genannten Zitat auch sehr deutlich, dass ein Bewusstsein dafür vorhanden ist, dass es eine 100%ige Sicherheit nie geben kann. Eine Geburt ist unabhängig vom Geburtsort nie absolut sicher. Es kann immer zu Komplikationen kommen. Dies wird auch bei der Aussage der folgenden Frau betont.

„Ja. Also ich bin mittlerweile sowieso ein Feind von allen Wahrscheinlichkeiten, weil die Wahrscheinlichkeit von A sagt das, die

Wahrscheinlichkeit von B das, und das is genau umgekehrt also...“
(Interview P- Zeile 276-279).

4.2.3.2 Subjektive- gefühlte Sicherheit

Andere Frauen wiederum legen das Augenmerk eher auf die subjektive beziehungsweise gefühlte Sicherheit.

„Ich hab halt gsagt für mich ist das das Richtige weil ich mich da sicher fühl einfach“ (Interview O- Zeile 239).

4.3 Suchen

Nachdem durch das Hinterfragen dieser vielen Aspekte eine Menge neuer Fragen entstanden sind beginnt nun die Suche. Die Suche nach Informationen und Alternativen. Denn nun weiß die Frau, dass sie einer Geburt im Krankenhaus eher ablehnend gegenübersteht und fragt sich nun in weiterer Folge „...und was nun!?“

4.3.1 Ablehnung des Krankenhauses

Diese Ablehnung des Krankenhauses als Geburtsort basiert sehr stark auf dem Bild von Schwangerschaft und Geburt als physiologischer Vorgang. Sie wird geleitet von der Grundaussage „Ich bin doch nicht krank, warum soll ich dann in ein KRANKENhaus?“

„Und dann war halt die Frage was jetzt tun? Weil wir nicht äh dieses Krankenhauserlebnis in der Schwangerschaft wiederholen wollten. Das war halt einfach so..äh das war so der Entscheidungsprozess auch für mich ganz stark. Ich hab erfahren was es heißt krank zu sein und was Pathologie heißt äh in der Gynäkologie. Und bei der Schwangerschaft will ich das aber nicht. Da hat das nichts damit zu tun, das is jetzt was anderes. Und das war für mich so wichtig, so dieses jetzt passiert da unten in meinem..Unterleib endlich was normales, so wies die Natur vorgesehen hat und so wies gesund ist und wies normal ist und ich will jetzt nicht, dass das jetzt mit mit Risiko und Pathologie und Kontrolle und sonst was zugeschüttet wird. Das war so der erste Effekt, wo ich gsagt hab irgendwie will ich..will ich´s nicht so machen wie alle anderen, weeil ich glaub das is nix für mich“ (Interview Y- Zeile 35-44).

„...hab die Geburt (Anmerkung: Krankenhausgeburt) eigentlich mehr dramatischer als sonst wie in Erfahrung also in in Erinnerung ghabt und dann hab i eben gsagt na i mog da (Anmerkung: ins Krankenhaus) net mehr hin, was mach ma jetzt?“ (Interview Z- Zeile 24-26).

„Also i hab gwusst Krankenhaus is a aus der Diskussion draußen, (Geburtshaushebamme) war a finanzielle Überlegung, weil das doch für mi damals viel Geld war, das es gekostet hat und dann hab i ma überlegt mit den Möglichkeiten die die (Geburtshaushebamme) hat äh also das is das selbe wie a Hausgeburt nur eben nicht zu Hause. Also das is ja net wirklich a Unterschied. Ja? Und damit also nach diesem Ausschlussverfahren is dann nur mehr die Hausgeburt übrig geblieben“ (Interview M- Zeile 125-130).

„Des war von Anfang an klar (...) das i sicher in ka Krankenhaus geh. I hab ma a nieeee a Krankenhaus angeschaut. Also...des war überhaupt ka Thema (...) Ja uns war immer klar das das ka Krankheit is und das ma deswegen in ka Krankenhaus muss“ (Interview X- Zeile 26-31).

4.3.2 Informationssuche

Wie die Informationssuche abläuft unterscheidet sich je nach Vorlieben und dem Typ der Frau. Unterscheiden lassen sich hier die Frauen, die eher „wissenschaftlich“ an die Suche herangehen und Frauen, die sich eher von ihrem Gefühl leiten lassen.

4.3.2.1 Wo wird gesucht?

Die Orte an denen gesucht wird sind sehr vielfältig. Informationen kommen vom Gespräch mit der Hebamme, von Vorträgen, Büchern, Filmen bis hin zu wissenschaftlicher Literatur, Statistiken und Studien. Sowohl deutschsprachige wie aber auch englischsprachige Quellen werden für die Informationssuche herangezogen.

4.3.2.1.1 Die Hebamme als Informant

Die Hebamme, auf deren genaue Rolle etwas später noch eingegangen wird, übernimmt eine grundlegende Rolle bei der Informationsbeschaffung. Durch Gespräche mit ihr können wichtige Informationen aus erster Hand gewonnen werden. Die Informationsgespräche mit der Hebamme sind ein sehr niederschwelliges Angebot, das gleichzeitig auch ein Kennenlernen und den Aufbau einer Beziehung zwischen Hebamme und Frau erlaubt.

Auf die Frage „Wie hast du dich über Hausgeburten informiert?“ antwortet zum Beispiel diese Frau:

„Durch mei Hebamme, die hat ma gsagt was ma brauchen und was ma uns, ja di hama halt dann gfragt was ma wissen wollten“ (Interview X- Zeile 134-135).

Oder:

„...gleich am nächsten Tag hama dann schon einen Termin ausgemacht, i bin mir nimmer ganz sicher, aber i glaub, es is ziemlich schnell gangen. (Interviewerin: Mhm.) Uuund ja also dann hama halt einmal drüber so gsprochen, wie das halt is, also sie hat mir halt alles erklärt“ (Interview O- Zeile 17-20).

4.3.2.1.2 Vortrag

Eine weitere Form, die weit gegriffen auch unter die Kommunikation fällt, ist die Möglichkeit der Informationsgewinnung durch einen Vortrag:

„...und hab dann zufällig in der Zeitung a über Hausgeburt an Vortrag gsehn und hab gsagt du, da geh ma jetzt hin und des schau ma uns an“ (Interview Z- Zeile 26-27).

4.3.2.1.3 Filme, Bücher und Internet

Die wichtigsten Informationsquellen sind allerdings Filme, Bücher und Internet. Hier gewinnen die meisten Frauen die ersten Informationen über Hausgeburten. Sie informieren sich über den möglichen Ablauf, die Sicherheit, die Vorteile und vieles mehr.

„Ja also i hab mi dann ziemlich damit auseinander gsetzt also Statistiken, Studien einglesen so a bissl, was ma halt im Internet so gfunden hat über Sicherheit oder Nicht-Sicherheit, daaann hab i den Film „Orgasmic Birth“ der is da in der Weltgeburtswuche glaufen, den hab i ma angeschaut und des war für mi wie so a.. a Befreiung. (...) uund des Buch von der Gaskin hab i no glesen, des „Selbstbestimmte Geburt“ Wo einfach drinnen steht, Frauen können gebären, die brauchen nichts dazu, sie könnens einfach“ (Interview K- Zeile 14-28).

Wieviele Informationen gesammelt wurden ist ganz unterschiedlich. Neben Frauen, denen das Gespräch mit der Hebamme ausreichend war gab es auch Frauen, die sehr viel und umfangreiche Informationen sammelten.

„Ja, also i glaub i hab alle glesen die da stehen, ich hab die meisten gekauft, fast alle gelesen ähm entscheidend für die erste Hausgeburt war ähm die „Spirituellen Hebammen“ von der Ina May Gaskin also das war die Grundlagen von den meisten Dingen die ich die nächsten zwanzig Jahre getan hab, net nur gebären ähm die Sheila Kitzinger, da hab i a einige Bücher gelesen, der Michel Odent ganz bestimmt, damals hats ja noch nicht diese Auswahl gegeben aber das warn sicher, der

Leboyer, das waren die die so die Wurzeln genährt haben ähm.. ja. Und dann hat sich das eh verselbstständigt“ (Interview M- Zeile 313-320).

Besonders auffallend waren, ein Buch und ein Film, welche wirklich die Mehrheit der befragten Hausgeburtsfrauen kannten. Sehr viele hatten das Buch von Ina May Gaskin „Selbstbestimmte Geburt“ gelesen. Es stellte für viele ein wichtiges Werk in diesem Entscheidungsprozess zur Hausgeburt dar. Besonders betont wurde ihre Aussage darüber, dass Frauen gebären können. Ein weiteres, oft genanntes, Medium war die DVD „Orgasmic Birth“. Auch sie wirkte sehr bestärkend und motivierend auf die Frauen. Auch Familienmitglieder wurden mit Hilfe dieses Filmes über Hausgeburten informiert.

4.3.2.1.4 Gespräche mit Freunden und anderen Hausgeburtsmüttern

Neben Foren und dem Internet wurden natürlich auch Gespräche mit Freunden und anderen Hausgeburtsmüttern gesucht wie dieses Zitat belegt.

„Also ich hab, naja ich hab immer viel in diesem Parents Forum gelesen aber so Geburtsberichte glaub ich vor meinen Geburten wenig. Ah und ich mein ja ich hab einige Freunde und Freundinnen, die ihre Kinder auch eben grad auch daheim gekriegt haben mit denen hama schon viel auch gredet über diese Themen und ja auf einer bestimmten Ebene auch gesprochen also was war, warum und wie is das gegangen und und also ja, sehr wo man sehr viel reflektiert ham einfach auch“ (Interview R- Zeile 202-208).

4.3.2.2 Was wird gesucht?

Wie vorher schon kurz angesprochen, können die Frauen unterteilt werden in die, die sich sehr stark an harten Daten orientieren und die, die sich eher an ihrem Gefühl orientieren. Demnach ist auch die Art der Daten, die bei der Informationssuche gesucht werden, etwas unterschiedlich.

4.3.2.2.1 Wissenschaftliches Wissen

Die eher wissenschaftlich orientierten Frauen brauchen harte Daten und Fakten. Sie suchen nach Statistiken, Studien und anderen wissenschaftlichen Quellen zur Hausgeburt. Hier steht oftmals die Sicherheit der Hausgeburt im Vordergrund. Es konnte beobachtet werden, dass die wissenschaftlich orientierten Frauen oft auch die Akademikerinnen unter den Hausgeburtsfrauen waren.

„Interviewerin: Wie hast du dich so über die Hausgeburt informiert?

Frau: Ahhm Internet also ein paar Statistiken raus und einfach alles Mögliche, so dass ich was unterlegen also irgendwie meine Argumente

untermauern kann, wenn irgendjemand gleich kommt. Ahm Bücher, also ich hab von meiner Mutter noch einige Bücher gehabt also die Ina May Gaskin oder halt so die wirklich ursprünglichen Bücher. Hab auch ca. 300 Schwangerschafts- und Geburtsbücher zu Hause also genug Informationen und ja durch Frauen, die ich dann kennengelernt hab durch meine Hebamme, weil die einfach bei 3000 Frauen hat sie aufgehört zu zählen und das war in den 80iger Jahren also die hat schon alles gehabt an an Geburten und da is ma dann einfach auch da kann man die fragen“ (Interview P- Zeile 192-203).

Das Ziel dieser Informationssuche ist es, die bestmögliche Geburtsform für sich Selbst zu finden.

„Dann hab ich mich halt über Schwangerschaft und Geburt informiert und eigentlich glaub ich schon ziemlich unvoreingenommen, weil ich halt in keine dieser Richtungen so richtig tendier und dann war eigentlich ganz beinhart statistisch gesehen die Hausgeburt die sicherste Alternative. Also wenn da dann unterm Strich herausgekommen ist, wäre ja, der elektive Kaiserschnitt ist die sicherste Geburtsmethode, dann hätt ich den elektiven Kaiserschnitt gemacht, weil das is für mich einfach, jetzt bin ich schwanger und jetzt krieg ich ein Kind und das möchte ich im Rahmen der gesundheitlichen Möglichkeiten, die wir so haben im 21. Jahrhundert auf dem besten, möglichen Weg machen“ (Interview Y- Zeile 63-70).

In diesem Zitat wird auch sehr schön ersichtlich, was im nächsten Punkt beschrieben wird, nämlich die Offenheit der Frauen.

4.3.2.2.2 Alles in Betracht ziehen

Generell sind die Frauen an diesem Punkt aber sehr offen und informieren sich in alle Richtungen. Die Informationssuche bezieht sich nicht nur auf Informationen zur Hausgeburt an sich, sondern auch andere Alternativen und Informationen werden ausgelotet.

„Also ich hatte schon irgendwie so dieses dieses dieses logische Denken, das du dir denkst, das was da im Krankenhaus abläuft, das kann nicht funktionieren. Das kann nicht die beste Methode sein. Es kann doch nicht sein, das wir solche Risikostatistiken haben, das is unlogisch, also das hab ich schon irgendwie mir immer gedacht..und das Informationen beschaffen hat das bestätigt, aber wenn sich da beim

Informationen beschaffen logische Erklärungen gefunden hätten warums so is wies is im Krankenhaus, wärs auch gut gewesen für mich. Ja? Wärs auch völlig okay gewesen und ich hätt gesagt gut, das is halt so und ich geh ins Krankenhaus XY. Ja? Weil, weil dort kö können sie am besten mit solchen Dingen umgehen und und lass mir meinen elektiven Kaiserschnitt machen. Das wär dann auch völlig in Ordnung gewesen. Also das war schon auch nicht nur so eine, so eine ich bin anders als die anderen oder oder.. so irgendwas was Esoterisches. Geburt als weiß ich nicht, als religiöser Prozess oder sowas, also damit hats bei mir weniger zu tun gehabt. Und auch nicht so, das ich, das ich so, keine Ahnung ich vertraue auf Gott, der schon weiß was passieren wird, also das wars bei mir nicht. Sondern es war einfach nur ich hab mit der Medizin jetzt schon meine Erfahrungen gemacht, auch als Patientin und jetzt will ich wissen, was sie mir da bieten kann“ (Interview Y- Zeile 71-85).

Auch Vorträge beziehungsweise Informationsabende im Krankenhaus wurden hin und wieder in Anspruch genommen. Beziehungsweise wurden manchmal auch Krankenhäuser besichtigt, wie zum Beispiel diese Frau erzählt

„Wobei (..) i bin auch ins Krankenhaus gangen und hab mir das vorher alles anschaut, weil i net gwusst hab, angenommen das halt doch Komplikationen kommen und i müsst halt schnell ins Krankenhaus, damit i weiß, wie das dann is, damit i mi drauf einstellen kann (..) das man wenigstens weiß okay wies dort ausschaut also hab i ma das anschaut und auch diesen Informationstag oder damals da am Abend oder so, da bin ich dort gwesen im Krankenhaus und hab ma das einfach mal anghört, was also diesen Vortrag und das Ganze“ (Interview O- Zeile 132-141).

Diese Interviewpartnerin spricht von gefilterten Informationen, an die man kommen muss um sich gut über Hausgeburten informieren zu können.

„...in dem ma gute Geburtsgeschichten hört und indem ma die Möglichkeit eben hat wirklich zu guten Daten Zugang zu haben und ehrliche Informationen und mehr Hebammen, die a gut drüber reden und Kurse, die das als a echte Option hinstellen also i merk das schon immer wieder Frauen umorientiert sind, wenn sie in die Kurse kommen und mit der entsprechenden Information das das erste Mal ernsthaft überlegen, Filme also der „Orgasimc Birth“, (...) Is glaub i etwas, wenn

man sich den vorher ziemlich unbeleckt anschaut, denk man sich nachher naja was sonst Also man muss einfach schauen, dass man an a gefilterte Information kommt ähm und das is halt net sooo einfach“ (Interview M- Zeile 461-470).

4.3.2.2.3 Emotionale Information

Besonders Frauen, die eher „Gefühlsmenschen“ sind, brauchen aber auch Informationen in Form von Erfahrungsberichten und Geburtsgeschichten.

„I hab halt immer wieder so Hausgeburtsberichte glesen und das fasziniert mi so, Hausgeburtsberichte und ah ja und das hat mi dann a wirklich ermutigt“ (Interview L- Zeile 254-256).

4.3.2.3 Warum braucht man diese Informationen?

Mit der Informationssuche verfolgt man meist das Ziel über ein bestimmtes Thema Bescheid zu wissen. Aber nicht immer das Ziel nur informiert zu sein. Es konnten zwei zusätzliche Strategien gefunden werden.

4.3.2.3.1 Suche als Strategie um Verantwortung übernehmen zu können

Hausgeburtsfrauen wollen für ihr Tun die Verantwortung übernehmen. Um das bestmöglich zu können, müssen sie gut informiert sein. Hier ist die Informationssuche also auch als Strategie zu sehen um Verantwortung übernehmen zu können. Gleichzeitig wird von dieser Frau zum Beispiel auch erwähnt, dass sie so geschützt ist vor Falschmeldungen, weil sie sich selbst informiert hat und ungefilterte Information zur Verfügung hat.

„Naja und das war dann so, weil, wenn wenn mir was..passiert dann muss ich immer alles darüber wissen.....weil ich dann einfach das Gefühl hab ähm ich muss selber natürlich für mich verantwortlich sein, und drum will ich die Dinge selber wissen dann kann ma auch niemand was falsches einreden“ (Interview Y- Zeile 48-52).

Um hinter der Entscheidung stehen zu können und um dafür die Verantwortung übernehmen zu können, beziehungsweise um dazu stehen zu können, muss die Frau wirklich ausreichend informiert sein.

„...wenn man da nicht dahintersteht und sagt okay ich mach das jetzt. Das ist meine Entscheidung. Landet man ganz schnell im Krankenhaus. Wenn man sich zum Beispiel zu wenig informiert also ich sag auch immer, wenn eine Frau sagt naja ich weiß nicht ob ich Hausgeburt oder ja oder nein. Dann sag ich immer du musst 100% dahinter stehn, dann

machs, wenn du nicht 100% dahinter stehst, dann mach's bitte nicht, weil dann weiß man eh wie man endet nämlich im Krankenhaus. Naja. Die letzte Instanz ist die Frau“ (Interview P- Zeile 316-323).

4.3.2.3.2 Suche von Wissen als Schutzschild- Wissen als Argumentationsgrundlage

Das vorhergehende Zitat leitet schon zu diesem Punkt über, das Wissen als Argumentationsgrundlage. Gerade bei einer Entscheidung, wie der zur Hausgeburt, die zu vielen Diskussionen führen kann, ist es wichtig, dass die Frauen genug Wissen haben um ihre Meinung und Entscheidung untermauern zu können. Somit können sie in der Interaktion mit ihrem Umfeld die Oberhand behalten. In diesem Bereich stellt das Wissen also sozusagen eine Schutzschicht dar, denn negative Reaktionen im Umfeld können so abgeschwächt und abgewehrt werden.

„...ich versteh das schon, dass manche auch sagen, „bloß niemanden sagen“, ja vielleicht den wichtigsten ein, zwei Menschen sagen und den anderen einfach..irgendein Krankenhaus nennen oder sonst was, ja und dann halt nachher sagen, wir hams zu Hause gemacht, weil was dir die Leut da an an komischen Argumenten entgegen hauen, wieso das schlecht ist, ist schon irr. Also ich glaub, wenn man da nicht so voll gelesen is wie ich, der dann auf das alles eine Antwort weiß, dann lässt man sich ja vielleicht sogar verunsichern“ (Interview Y- Zeile: 121-127).

4.4 Abwägen

Anschließend beginnt der Prozessschritt des Abwägens. Nun haben die Frauen hinterfragt, neue Fragen aufgeworfen und Informationen gesammelt. In weiterer Folge geht es nun darum, selbst aktiv zu werden, selbst abzuwägen, Prioritäten zu setzen und so zur eigenen Antwort zu kommen. Dabei stehen folgende Aspekte im Vordergrund.

4.4.1 Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung

Die Hausgeburtsfrauen wollen selbstbestimmt sein und handeln können. Sie wollen Entscheidungen selber treffen und selbst entscheiden, wann sie was machen. Dies wird ihnen im Rahmen der Hausgeburt meist ermöglicht und somit ist dies ein wichtiges Motiv für Hausgeburtsfrauen. Im Gegenzug dafür sind sie aber auch bereit dafür Verantwortung zu übernehmen. Sie übernehmen die Selbstverantwortung, die Frauen, die ins Krankenhaus gehen, ihrer Meinung nach, an der Kliniktüre gemeinsam mit der Selbstbestimmung in einem gewissen Maß abgeben.

4.4.1.1 Selbstbestimmtheit- Freiheit- Selbst in die Hand nehmen

Die Selbstbestimmtheit scheint ein sehr wichtiger Faktor bei der Entscheidung zur Hausgeburt zu sein. Sie wird in sehr vielen Interviews besonders hervorgehoben.

Diese Frau beschreibt sie sogar als das Ausschlaggebende.

„I hab einfach das Gefühl ghabt dass i die Geburt eigentlich möcht mehr selbst bestimmen können. Das war eigentlich das Ausschlaggebende so dieses selbstbestimmte Geburt“ (Interview L- Zeile 251-253).

„Jaaa du kannst das wieder selber in die Hand nehmen und du kannst selber eben kannst selber überlegen (...) du kannst das daheim machen, wennst eine willst kannst da eine machen, wenn net dann lasst es Ah du kannst dei Duftlampn aufstellen, wennst magst, i mein im Krankenhaus wird des net so gehen nehm i an I hab mein großen Ball ghabt auf dem i a bissl gessen bin und eben i kann einfach raus gehen und sagen, jetzt will i in die frische Luft und jetzt will i da draußen spazieren gehen und na eigentlich hama jetzt noch Lust auf a Wurstsemmel dann geh ma no schnell einkaufen und hol ma uns a Wurst“ (Interview Z- Zeile 584-592).

„...und es is einfach viel selbstbestimmter. Du hast eine Person, die 100% für dich da ist, mindestens eine Person. Du kannst MACHEN was du willst, du kannst HINGEHN wo du willst. Also mir wärs einfach viel zu anstrengend mich ans CTG anhängen zu lassen und jetzt, die eine Hebamme sagt du sollst dich so hinhockl und so hinstellen und das machen. Ich möcht das von mir aus machen oder zumindest wenns die Hebamme sagt bei der Hausgeburt, die weiß wovon sie spricht, die kennt mich die hat mich auch schon vorher gesehn, also, ja. Viel Selbstbestimmter viel freier, viel offener, ja“ (Interview P- Zeile 74-81).

4.4.1.2 (Selbst)Verantwortung übernehmen

Wie auch schon bei der Kategorie des Suchens von Informationen deutlich wurde, ist das Übernehmen von Verantwortung eine wichtige Sache. Dies spielt auch hier im Prozessschritt des Abwägens eine tragende Rolle.

„Aber des san so Sachen, i mein, wennst amal drinnen bist (im Krankenhaus; Anmerkung der Autorin) dann kannst net mehr außa, dann bist da drinn gö? weil dann ham de des Gefühl sie müssen die Verantwortung übernehmen (...) vüle Leut machen dass dann wirklich die ganze Verantwortung abgeben (...) des is miiir halt wichtig, dass i

sag des is was was ich mach und des wo i ah die Verantwortung mitübernehm“ (Interview Z- Zeile 596-602).

4.4.1.2.1 *Eigenverantwortung übernehmen*

Diese Frau beschreibt den Gedankengang, der hinter dem Abwägen von Krankenhausgeburt und somit niedrige Selbstbestimmung und weniger Verantwortung und Hausgeburt und somit hohe Selbstbestimmung und geteilte Verantwortung steht, sehr schön.

„...das man ins Krankenhaus geht. Das würd i ja für mei Kind a net riskieren. Und es war ma schon klar und des find i sollt auch jeder Frau bewusst sein, dass es einige wenige Komplikationen gibt bei denen du einfach im Arsch bist, wennst daheim entbindest. Das gibt's einfach. Aber solange die Krankenhäuser halt arbeiten, so wie sie arbeiten, produzieren sie halt dermaßen viele Komplikationen, dass ma halt a sagt, ja okay wo bist du halt sicher? Welches Risiko nimmst du eher auf dich?“ Ja? Wars für mi dann. Aber es war ma schon klar, dass es a zaus, wenns jetzt Plazentaablösung oder so irgendwas passiert, bis du da im Krankenhaus bist, bist da schossen. Ja? Also zumindest dei Kind lebt nicht mehr. Ja? Das war ma a sehr bewusst. Das war ma schon bewusst. Ja. Und das hat dann aber irgendwie, find i aber eben genau mit dieser Eigenverantwortlichkeit zu tun wieder, die du eigentlich im Krankenhaus immer ab gibst. Ja? Die du aber brauchst zum gebären. Ja? Und die da a, mit der du halt a solche Entscheidungen triffst. Ja? I hab einfach gwusst i will ka Schmerzmittel und ka PDA mehr, weils einfach DANACH wesentlich häufiger zu Kaiserschnitten kommt. Ja? Oder zu Kristellern oder zu sonst irgendwelchen anderen Komplikationen. I hab dacht das will i net. I will, i wills durchlaufen lassen, wies halt passiert. Ja? WÜRDEN die Krankenhäuser anders arbeiten so wie (Geburtshaus) oder so gearbeitet hat. Ja? Könnt i ma's durchaus vorstellen im Krankenhaus zu entbinden. Hätt i jetzt_ also bin jetzt net, ka Gegner von Klinikgeburten, war i nie. I bin a keine, die sagt jede Frau muss zaus entbinden, damit sie a gute Geburt hat. Ja eben, es es hat für mi gepasst, das muss lang net für jede stimmen. Aber halt, ja. Für mi wars halt wichtig. Und es war halt schon a Entscheidung im Bewusstsein der Risiken“ (Interview K- Zeile 511-530).

Weiters spricht diese Frau auch schon vom nächsten Schritt des Abwägens, nämlich dem der Sicherheit.

4.4.2 Sicherheit und Urvertrauen

4.4.2.1 Sicherheit der Entscheidung

Die Sicherheit lässt sich wie schon oben erwähnt in objektive Sicherheit und subjektive Sicherheit unterteilen. Die Frauen sind sich alle dessen bewusst, dass die statistische Sicherheit der Hausgeburt gleich der einer Krankenhausgeburt ist. Gleichzeitig sind sie sich aber auch bewusst, dass es keine 100%ige Sicherheit gibt. Die subjektive Sicherheit der Hausgeburt besteht für sie darin, dass sie geschützt sind vor der Routine. Sie sind geschützt vor nicht individuell gesetzten „unnötigen“ Routinemaßnahmen. Sie sind geschützt vor Fremdbestimmung.

Diese zwei Sicherheitsaspekte zusammengefasst sind sie sich der Sicherheit der Hausgeburt bewusst. Sie wägen selbst ab, wo sie sich am sichersten fühlen.

4.4.2.1.1 Harte Statistik

Immer wenn irgendetwas Unbeabsichtigtes oder Negatives passiert, wird man sich die Frage stellen, ja aber warum habe ich denn nicht doch die andere Wahl getroffen? Dies ist auch ein beliebtes Beispiel bei Hausgeburtseltern.

„Wenn im Krankenhaus also wenn wenn's bei der Hausgeburt was passiert fragen immer alle, ja wieso seid ihr nicht ins Krankenhaus gegangen? Wenn im Krankenhaus was passiert sagt kein Mensch wieso seid ihr denn nicht zu Hause geblieben? Und und das hab ich logisch gefunden“ (Interview Y- Zeile 267 273).

Also dachte sich die interviewte Frau, die vorher auch schon gesagt hatte, dass es keine 100%ige Garantie gibt:

„Da hab ich ma gedacht, ich wähle die Variante, die statistisch die sicherste ist und das jede Statistik Ausreißer in beide Richtungen hat, ist auch klar, und fertig. Vielleicht ist das schon der erste Schritt, dass man möglichst gelassen in die Geburt geht und möglichst nix passiert“ (Interview Y- Zeile 267 273).

4.4.2.1.2 Subjektive Sicherheit- Mein geschützter Rahmen

Aber auch das Gefühl muss stimmen. Die Frau muss auch persönlich ganz davon überzeugt sein, dass eine Hausgeburt das ist was sie gerne möchte und, dass sie sich mit dieser Entscheidung wohlfühlt. Denn genau wie auch bei einer Geburt ist das Wohlfühlen ein wichtiger Punkt dafür, dass alles glatt geht.

„Daheim is daheim, du bist einfach in einem geschützten Rahmen du bist zu Hause, du hast nix Fremdes und des macht sehr viel aus“ (Interview Z- Zeile 43-44).

Diese Frau wägt auch ab und sagt nachher in dem letzten Satz des Zitates, dass wenn sie dies nun alles berücksichtige, sie sich daheim sicherer fühle.

„Und im Endeffekt a (...) gute Krankenhausgeburt wär für mi aber eine wo das Krankenhaus einfach nix macht. Ja? Und dann kannst dich natürlich fragen warum geh i dann überhaupt hin. Ja? Und des is aber für die meisten, is a gute Geburt, wenn das Krankenhaus was macht. (...) Aber.. ja wenn du jetzt eh schon willst, dass niemand was macht. (...) Also da bist irgendwie, wennst das net willst bist daheim sicherer“ (Interview K- Zeile 645-663).

4.4.2.2 Urvertrauen

Die Sicherheit, besonders die subjektive Sicherheit, hat einen starken Bezug zum Urvertrauen, das schon bei den Grundvoraussetzungen beschrieben wurde. Das Urvertrauen stärkt das Sicherheitsgefühl und untermauert es.

„Also i hab bei keiner Geburt a nur a Minute überlegt das das net gut gehen könnt. Da bin i von einer fast gro großen Blauäugigkeit“ (Interview M- Zeile 188-189).

Dieses Urvertrauen hat auch etwas zu tun mit dem Vertrauen in den eigenen Körper und dessen Funktionen. Es wird aber trotzdem so realistisch betrachtet, dass berücksichtigt wird, dass er nicht immer fehlerlos funktionieren kann. Man muss Vertrauen haben, denn auch aus Angst heraus können Probleme entstehen.

„Also i bin ma bewusst, dass die Natur a auf der einen Seite net fehlerlos is aber i kann das integrieren, also für mi is das, wär das auch in Ordnung gewesen ähm festzustellen das net mei Körper nicht immer alles fehlerlos macht, also das hab i ähm theoretisch zumindest äh schon gewusst aber auf der anderen Seite ist die Natur so freundlich zu uns und hat uns so gemacht, dass das funktioniert im Wesentlichen (...) Also mei meine Grundeinstellung zur Natur i weiß einfach so viel über die Physiologie der Geburt das i ma denk also und mit jedem bisschen, das i mehr weiß, denk i ma „Wow is das intelligent, unglaublich“ (...) der ganze Mechanismus is so einzigartig das mei Gehirn da garnet standhalten kann. Also alle Zweifel die von meinem Gehirn kommen würden, san losgelöst von den von dieser Körperweisheit die die i meinem Körper einfach zutrau. Auf der anderen Seit eben, wie gsagt wenn wenn mal was nicht gut gehen würde könnt i das als Schicksalhaft annehmen glaub i. I hab das Glück ghabt das nie irgendwas war aber

wie gesagt das Leben ist lebensgefährlich und i glaub das insgesamt wesentlich mehr passiert aus Übervorsicht als aus Nichtvorsicht. So wenn man sich die Geburtshilfeergebnisse insgesamt anschaut, wär mit a bissal weniger Angst unterm Strich a besseres Outcome da“ (Interview M- Zeile 205-224).

4.4.3 Aktiv versus Passiv

Neben der oben genannten Selbstbestimmung wollen die Frauen aber auch selbst aktiv werden. Sie wollen selber etwas tun können. Sei es nun vor der Geburt zum Beispiel in Form von Planungsarbeiten oder während der Geburt- gebären statt entbunden werden- oder auch im Wochenbett wo sie dann aktiv sein können, wann sie wollen und nicht, wann es der Tagesablauf von ihnen verlangt.

Hier treffen manche Frauen ganz bewusst die Unterscheidung zwischen ihrem Handeln und dem Handeln der „Krankenhausgebärenden“ in dem sie sagen, sie sind selbst aktiv. Sie wollen selbst bestimmen und aktiv teilhaben und sind dafür im Gegenzug auch bereit Verantwortung zu übernehmen. Die Frauen die zur Geburt ins Krankenhaus gehen sind oftmals, laut ihren Aussagen passiver. Sie geben an der Eingangstüre die Verantwortung aber auch ihre Selbstbestimmung ab, weil es im Krankenhaus eh Leute gibt, die ihnen alles abnehmen. Man wird fremdbestimmter. Wenn man hingegen als selbstbestimmte Gebärende ins Krankenhaus geht braucht man viel Durchsetzungsvermögen.

4.4.3.1 Hausgeburtsfrauen machen sich viele Gedanken zur Geburt

Schon allein bei der Entscheidung zur Hausgeburt müssen die Frauen aktiver sein, als die, die ins Krankenhaus gehen. Denn sie weichen von der Norm ab, also gehen sie nicht den Weg des geringsten Widerstandes sondern ihren eigenen.

„Des is, dadurch , das i sowieso net ins Krankenhaus wollt war eh klar, das i so irgendwie alles a bissl...also vielleicht mir a sowieso mehr Gedanken gmacht hab zur, zur Geburt an sich, als jemand, der nur hin geht und sag mach mit mir“ (Interview X- Zeile 62-64).

4.4.3.2 Selber etwas tun können

Diese selbst Tun ist aber nicht behaftet mit Belastung oder Distress sondern es wird als etwas Schönes gesehene als eine Einstimmung auf die Geburt.

„...es is spannend und aufregend, weil du selber was tuan kannst (...) du beschäftigst di damit sicher ganz anders als wennst im, wennst sagst du bist im Spital und die wern schon tuan is a ganz a andere Auseinandersetzung dami und ja i hab des einfach auch spannend

empfinden, wasd da alles zammen tragst no und schau'n das alles daa is und des, mir hat des taugt. Also i hab des i hab des genossen ah“ (Interview Z- Zeile 572-578).

4.4.3.3 Selbst Gebären versus Entbunden werden

Ein sehr zentraler Punkt ist auch das Gebären an sich. Viele der interviewten Frauen, die bei der vorhergehenden Geburt eine Krankenhausgeburt hatten berichten davon, dass sie das Gefühl hatten entbunden zu werden und nicht selbst zu gebären. Dies ist sehr belastend für einige, da sie um ihr Erfolgserlebnis gebracht werden. Sie konnten es nicht selbst tun sondern man musste ihnen helfen.

„...des wird im LKH, also früher wars halt so, des is des wird einem abgenommen du bist, du erleidest mehr die Geburt als dass du das du gebärst, du ja.. du wirst entbunden des is was anders als wenn du gebärst und des kommt im Krankenhaus halt sehr her. Du wirst entbunden, es wird gemacht und net du machst und bist in deiner eigenen Kraft und spürst.. des kannst du und des geht und ja des is schon a großer Unterschied“ (Interview Z- Zeile 75-80).

Frauen beschreiben ihre Vermutung, dass das Krankenhaus dies auf eine unbewusste Art begünstigt, denn wenn man in ein Krankenhaus geht, geht man hin um „braver“, passiver Patient zu sein, sich in sein Bett zu legen und zu warten, bis es vorbei ist. Diese Rolle wird oft ganz unbewusst, von Seiten der Frauen eingenommen und gelebt.

„...wenn ma in ein Krankenhaus geht, dann geht ma normal hin um passiv Patient zu sein. (...) Man geht hin und so bald man die Tür betritt (...) nimmt man die Rolle des braven Patienten ein und es is glaub ich nix einer Geburt abträglicher als die Rolle des braven Patienten. Weil du einfach rein gehst (...) mit der Einstellung (...) ich werde entbunden und nicht ich entbinde. Ja? Und d es sagen a viele ich habe entbunden, sagen a viele Ärzte ich habe ein Kind entbunden oder Hebammen a ich habe das Kind entbunden. Ja? Und es is falsch. Ja? Gebären tut die Frau. Und es kann ihr niemand abnehmen, es kann ihr denn Schmerz niemand nehmen, es kann ihr die Kraft niemand nehmen, es kann ihr aber nachher a niemand des Glück nehmen. Also des is einfach des was für mi dann das, was mir halt dann ganz klar worden is. Das i einfach aktiv sein muss. I muss des Kind kriegen. Und des war ein Gefühl, das i bei der Großen net ghabt hab, weil die hams aus mir raus gedrückt. Ja? I hab nie des Gefühl ghabt das i sie zur Welt bracht hab.

Sondern das war irgendwie a fremdbestimmter Akt. Und des wollt i halt net. Des war halt mein Wunsch, dass es dann anders läuft“ (Interview K- Zeile 28-42).

„Is aber auch wieder was, wenn du in ein Krankenhaus kommst, was machst du? Du legst dich ins Bett und wartest, dass alles vorbei ist. Ja? Oder das die Leute dir helfen. Ja? Äh is a total normale Reaktion. Deswegen legen sich, glaub i, a viele Frauen freiwillig ins Bett (...) Weil’s einfach irgendwie_ es is a automatische Reaktion, wenn du im Krankenhaus bist, nimmst du unbewusst einfach die Rolle ein. Daheim, i wär nie auf die Idee kommen (..) du verlasst dich dann mehr auf dein Gspür und net auf das was die Leut sagen“ (Interview K- Zeile 604-613).

4.5 Entscheidung zur Hausgeburt

Am Ende dieser Prozessschritte steht nun das Treffen der Entscheidung. Da für diese Studie nur Frauen interviewt wurden, die sich für eine Hausgeburt entschieden haben, geht hier der Pfad nun nur in diese eine mögliche Richtung weiter.

4.5.1.1 Offen versus geschlossen

Wie sicher die Hausgeburtsfrauen ihre Entscheidungen treffen war sehr unterschiedlich. Einige waren sich sehr sicher und sehr überzeugt, andere hingegen suchten sich Hebammen mit denen sie auch ins Spital gehen konnten und ließen die Hausgeburtsentscheidung eher offen, als Möglichkeit im Raum stehen.

4.5.1.1.1 Wenn Entscheidung gefallen ist, dann ist das fix

Die, die sehr fix dazu entschlossen waren, wussten sehr genau, warum sie das wollten und für sie stand fest, das wird eine Hausgeburt, wenn alles physiologisch verläuft.

„Im Bezug auf die Hausgeburt, gab’s keine Verunsicherung. Allgemeine Verunsicherungen in der Schwangerschaft oder so ja. Aber das ich mir gedacht hätte na vielleicht eher doch keine Hausgeburt nein. Gab’s keinen einzigen. Es war einfach nach intensiven Entscheidungsfindungsprozess pickt sowas dann bei mir einfach und dann weiß ich was und warum“ (Interview Y- Zeile 1113-1117).

4.5.1.1.2 Möglichkeiten - offen halten

Die, die sich die Entscheidung eher offen halten, betrachten die Hausgeburt als eine Möglichkeit. Diese Möglichkeit wollen sie sich möglichst lange offen halten, weil sie

sich selbst keinen Druck machen wollen und um dann in der Situation selbst entscheiden zu können wo sie sich wohler fühlen.

„ABER im Sinn einer Möglichkeit. Und das war's eigentlich immer. Es war eine Möglichkeit, eine von zwein und wir ham sie uns bis zum Schluss offen gelassen.“ (Interview R- Zeile 44-46)

„des wüll i nimma also wüll i a eigene Hebamme. und die Möglichkeit einer Hausgeburt möchte i ma offen lassen“ (Interview K- Zeile 96-97).

4.5.1.2 Gefühl versus Logik

Ob die Entscheidung jetzt nun schlussendlich mit „Bauch oder Kopf“ getroffen wird ist auch unterschiedlich. Wie schon bei etlichen Punkten soll nun auch hier die Trennung zwischen diesen beiden Kategorien erklärt werden.

Für die Entscheidung verwenden die Frauen einerseits ihr Gefühl und andererseits „Logik“. Für manche Frauen ist das Gefühl primär entschieden. Sie legen sehr viel Wert darauf, dass die Gefühlsebene passt und für sie ihre Entscheidung „stimmig“ ist. Bei den anderen Frauen überwiegt die „Vernunft“. Sie legen sehr viel Wert darauf, dass sie viele Studien und Statistiken zum Thema finden und treffen ihre Entscheidung auf deren Grundlage. Es gibt hier allerdings keine „reinen“ Gefühlsmenschen oder Verstandsmenschen. Jede Interviewpartnerin berichtet von beiden Aspekten. Aber eine Richtung ist stärker ausgeprägt als die andere.

4.5.1.2.1 Gefühlsentscheidung- Bauchentscheidung

Für manche Frauen ist es dann im Endeffekt eher eine Bauchentscheidung. Sie hören auf ihr Gefühl und richten sich nach diesem.

„I mein eben, wennst a bissl ah Gspür hast dann spürst einfach, dass so wies im Krankenhaus läuft net ah richtig jetzt unter Anführungszeichen. Es spürt es spürt sich nicht richtig an. Ah Hausgeburt spürt sich einfach so was von RICHTIG und NORMAL an“ (Interview Z- Zeile 703-705).

„Aber es es für mi wars einfach klar, wir machen des und wahrscheinlich wars a Frage des Gspürs“ (Interview Z- Zeile 526-527).

„Es war für mi irgendwie klar, i weiß net, das war von mir innen is von mir innen heraus kommen. Es ham viele gsagt „Ma das würd i mi nie trauen“ keine Ahnung und es war einfach bei mir so. I kann's schwer beschreiben das is einfach so gwesen, i hab immer so das Gfühl das is genau das Richtige und das is für mi a das Beste. Kann ma schwer sagen das is einfach für mich so“ (Interview O- Zeile 102-107).

4.5.1.2.2 Kopfentscheidung- Logische Entscheidung

Die andere Gruppe geht bei der Entscheidung zur Hausgeburt eher „logisch“ vor. Sie wollen das Wissen und die Gewissheit, dass ihre Entscheidung gut ist und hinterlegen so ihr Gefühl mit Fakten und Daten. So treffen sie eher eine Kopfentscheidung.

„Mir wars halt a wichtig zu wissen das es net gefährlicher is. Net nur „das kann nicht gefährlicher sein“, sondern „das ist nicht gefährlicher“ ja? Als eine Klinikgeburt. Also mir war das das, die Gewissheit da irgendwie wichtiger. Deswegen hab i da halt ganz viel nachglesen dazu“ (Interview K- Zeile 940-943).

„Und ich bin auch überhaupt nicht so dieser esoterische Typ. Ja? Der mit Bachblüten und Geisterbeschwörungen und Engelsfiguren oder sonst was oder Feng Shui ähh so operiert also ich bin schon ein sehr vernunftbegabtes Wesen und würd mich nie für irgendwas Komisches entscheiden, das jetzt wissenschaftlich nicht kosher is“ (Interview Y- Zeile-53-56).

„Also das muss schon auch..die Vernunft muss schon auch stimmen, jetzt nicht nur das Gefühl“ (Interview Y- Zeile 62-63).

4.6 Abweichungen von der Physiologie

Der einzige Grund der in den Interviews ersichtlich wurde um diese Entscheidung noch einmal zu überdenken war, wenn es zur Abweichungen von der Physiologie kam. Wenn im Laufe der Schwangerschaft eine Abweichung von der Physiologie auftrat veranlasste dies die Frauen den Prozess von Neuem zu beginnen. Es wurde wieder hinterfragt, ob dies etwas an der Situation ändere, es wurde nach neuen Informationen und Alternativen gesucht und die neue Situation wurde wieder abgewogen.

Eine Frau beschreibt die von ihr gemachten Erfahrungen in eigenen Worten so:

„Ja also es war dann so „wiegl wagl“ die Hebamme hat dann ah so, na sie muss sich noch informieren und so und hat gsagt na eigentlich dürfte sie die Hausgeburt nicht machen. Ja? Bei Zucker, darf sie sie nicht machen. Äh ich hab ihr dann gsagt was i weiß und sie hat gsagt na sie würd sich drauf einlassen aaber es war halt für sie ah ungut, weil sie halt net abgesichert war“ (Interview K- Zeile 32-36).

„Naja wies dann übern Termin gangen is, also eh mit der Schwangerschaftsdiabetes da bin i a dann wieder grennt um Informationen. I brauch dann immer irgendwas Handfestes. Ja? Und

dann erzählens halt so wild ausm Himmel heraus, so von wegen „Jaaa Epileptische Anfälle, ääähm Bewusstlosigkeit, Atemlähmung“. Ja? Und d das schockiert einem dann. Bis da net irgendwer sagt „Unter diesen Umständen kommts dazu ABER wenn sie´s kontrollieren kanns so weit gar nicht kommen“ Ja? Ähm solche Sachen. Ja? Also des des hat mi dann schon immer wieder etwas verunsichert. Ja? (...) und i hab mir die (Anmerkung: DVD) dann einfach oft anschaut, immer wieder und hab ma dacht na des geht schon. Aso wenn wenns wirklich 30% Kaiserschnitte bräuchte dann hät ma keine Überbevölkerung auf dieser Welt. Das kanns net sein. Ja? Das KANN EINFACH NICHT STIMMEN. DAS GEHT EINFACH JA logischerweise nicht. (...) Uuund was i dann auch so interessant gfunden hab, is ja das ja ab einer Kaiserschnittrate von 15% (...) weder die Säuglingssterblichkeit abnimmt noch die Mütter irgendwie gsünder aus den Geburten raus gehen sondern das das dann ANSTEIGT. Ja? Also das die Kaiserschnitte ja dann an ANSTIEG bewirken. Ja? (...) Das warn halt dann alles immer wieder Gründe wo ich mir dacht hab, na das riskier ma gar net. auf des lass ma uns gar net ein“ (Interview K- Zeile 489-510).

In diesem Zitat lässt sich sehr gut erkennen, wie diese Schleife abläuft. Durch Abweichungen von der Physiologie kommt es zur Verunsicherung der Frau. Darauf reagiert diese indem sie wieder neue Informationen sammelt, und dann wieder neu für sich persönlich abwägt, welchen Weg sie gehen möchte.

4.7 Den eigenen Weg gehen

Somit entschieden sich alle Frauen, die interviewt wurden dazu, ihren eigenen Weg zu gehen und es anders zu machen als die anderen.

„Ja und wir hams einfach anders gmacht. Wir hams wieder auf unserer Art gmacht. So. Nicht so wie alle sagen, sondern wir ham halt, wir ham halt rum gwurschtelt wie wir wollten. Ja? Is so. Das war gut“ (Interview K- Zeile 717-719).

Wenn sie dies reflektiert betrachten sind alle Frauen mit dieser Entscheidung sehr zufrieden und würden beim nächsten Kind auf jeden Fall wieder eine Hausgeburt überlegen und anstreben.

„Jedes Mal denk ich mir ich bin so froh, dass wirs anders gemacht haben (...) ich bin so froh, dass ich rechtzeitig drauf kommen bin und

uns das erspart habe, will das wär nicht schön gewesen. (zum Kind gewandt) Gell? Und das ist das wichtigste. Das wenigstens wirs so gemacht haben wies gut war. Die anderen sehns vielleicht irgendwann. (...) Genau du sagsts ihnen dann, wenn du größer bist. Sagst du ihnen dann wie toll das war“ (Interview Y- Zeile 1440- 1444).

4.8 Einflussfaktoren

Natürlich ist der Entscheidungsprozess zur Hausgeburt kein Prozess der in einem Vakuum stattfindet. Dadurch ist er natürlich einigen Einflussfaktoren ausgesetzt, die nun beschrieben werden.

4.8.1 Umfeld des Hausgeburtspaares

Mit dem Umfeld des Hausgeburtspaares sind alle Personen in deren Umfeld gemeint. Ob es nun gute Freunde, Eltern, Schwiegereltern, entfernte Verwandte, Arbeitskollegen oder Studienkollegen sind, sie alle haben mehr oder weniger Einfluss auf den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt.

4.8.1.1 Reaktion des Umfeldes

Wenn die werdenden Eltern ihrem Umfeld von ihrer Idee erzählen, werden diese mit sehr unterschiedlichen Reaktionen konfrontiert.

4.8.1.1.1 Der „Wenn was passiert“ Reflex

Viele Menschen glauben, dass eine Hausgeburt auch bei komplikationsloser Schwangerschaft wesentlich gefährlicher sei als eine Krankenhausgeburt. Diese Menschen reagieren dann oft mit der Aussage „...und was ist wenn dieses und jenes passiert?“ Diese Reaktion wurde oft beschrieben, aber eine Frau nannte sie im Interview, den „Und-wenn-was-passiert-Reflex“. Dieser Ausdruck beschreibt sehr gut wie diese Aussage getätigt wird.

„In der Umgebung waren sie eigentlich alle so ein bisschen..abwartend..musst eh selber wissen, dann kamen halt, viele haben halt dieses dieses automatisch dieser „Und-wenn-was passiert-Reflex?“ (Interview Y- Zeile 147-149).

4.8.1.1.2 Exotischer Vogel

Öfters hören Hausgeburtsfrauen auch den Ausdruck „exotisch“ oder „exotischer“ Vogel, wie dieses Zitat belegt

„Für die ist das schon eher so der exotische äh Vogl der Glück gehabt hat“ (Interview Y- Zeile 1108).

4.8.1.1.3 Positive Neugier

Aber die überwiegende Mehrzahl der Reaktionen waren überrascht, neugierig und verwundert aber durchwegs positiv.

„Die ham sich des sehr neugierig und offen begutachtet ... also war eigentlich nie woaa jemand der gsagt hat ja um Gottes willen, außer die Ärzte ... die Nachbarn zum Beispiel bei uns die ham des irrsinnig spannend gfunden die ham da dann äh die ham da dann, die ham gwusst aha heute geht's los und die ham da unter uns an Stock tiefer ham die da fest a a Geburtsparty so zusagen gfeiert. I hab mei Kind kriegt und die ham unten feste gefeiert. Aso deas war mhm war eigentlich überall nur positiv. Ja und die war a ganz stolz, dass in ihrem Haus jetzt a Kind auf die Welt kumman is“ (Interview Z- Zeile 232-241).

Viel waren verwundert, dass es überhaupt möglich ist zu Hause zu gebären.

„Sehr positiv. Ja, nein ich hab ich hab ein Umfeld, dass dem sehr positiv gegenüber steht also ich hab glaub ich keine einzige wirklich negative Meldung ghört so und kaum kritische in Richtung aha das hätt ich mich nicht getraut oder oder oje und is das nicht schwierig (...) so welche die mitten drin sind hab ich vielleicht ein paar ghört aber. Interviewerin: Wie war das für dich solche Stimmen zu hören? Frau: Nicht so besonders beeindruckend Also in gewisser Weise sag ich jetzt amal.. ich würd jetzt amal sagen, ich war schon auch sehr Stolz drauf und das hätt, das hatt dann eher diesen diesen Aspekt angefacht oder angefeuert“ (Int R- Zeile 106-115).

4.8.1.1.4 Pfoa...das ist aber mutig

Auch die Reaktion, die Frau als mutig zu bezeichnen war vertreten. Hier war die Reaktion einiger Frauen aber die, dass sie persönlich die anderen Frauen als mutig bezeichneten weil diese ohne eigene Hebamme in ein Krankenhaus gingen. Das würde den Hausgeburtsfrauen mehr Mut kosten.

„War auch immer die erste Reaktion nachher, wenn so „Wo hast du entbunden?“ „Hausgeburt“ „Ah mutig“ Ja? Hab i ma dacht, ja ich hätt mehr Mut gebraucht ins Krankenhaus zu gehen, das wär einfach viel hätt i viel mehr Überwindung, hätt mi viel mehr Überwindung kostet“ (Interview K- Zeile 625-628).

4.8.1.2 Unterscheidung in nahes und fernes Umfeld

Das gesamte Umfeld hat mehr oder weniger Einfluss auf den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt. Hier wird von den Frauen selbst oftmals eine Unterteilung/ Trennung vorgenommen. Sie unterscheiden zwischen weitem und engem Umfeld. Diese Unterteilung erfolgt manchmal unbewusst und manchmal bewusst. Wer wo dazu gehört ist unterschiedlich. Entschieden wird es danach, wie nahe einem die Personen stehen und wie viel man auf deren Meinung setzt.

„Vor allem nicht bei den Leuten, was wichtig ist. Irgendwelche entfernten Bekannten simma ja wurscht. Ja? Aber so der Partner, äh da die Familie, der engste Freundeskreis, wenn du dich da verteidigen müsstest, das wär blöd. Ja? Weil weil mit denen hast du viel Kontakt und da ist dir die Meinung von den Leuten doch wichtig“ (Interview Y- Zeile 225-228).

4.8.1.2.1 Nahes Umfeld

Das Nahe Umfeld sind Leute, die viel Kontakt zu den Frauen haben und die ihnen nahe stehen. Diese Menschen haben auch einen größeren Einfluss auf die Frauen. Ihre Meinung ist ihnen wichtig. Außerdem entstehen hier eher eine Rechtfertigung oder Diskussionen. Wenn Personen aus dem engen Umfeld gegen die Hausgeburtsentscheidung sind, ist das für die Frauen belastender. Dies hängt einerseits mit der räumlichen Nähe zu diesen Personen zusammen- man sieht und trifft sich häufig- und andererseits mit der emotionalen Nähe zu diesen Menschen- es sind Menschen die man sehr gerne hat, deren Meinung man respektiert und deren Gefühle man nicht verletzen möchte.

„War zwar erstaunt aber net wirklich abgeneigt, also i hab, i kann mi net erinnern, dass mi jemand in meinem näheren Umfeld bedrängt hätte (...) aber es hat eigentlich niemand wirklich arg dagegen gredet und das hab i a abschotten können. Also i bin da net so abhängig von der Meinung anderer Leute“ (Interview M- Zeile 80-85).

„Die ah, die nähere Umgebung war Gott sei Dank sehr positiv. Ich glaub aber, dass die mich alle ah für wahnsinnig mutig halten und nicht begreifen, warum ich umgekehrt sie alle für wahnsinnig mutig halt, DASS sie ins Krankenhaus gehen“ (Interview Y- Zeile 180-183).

4.8.1.2.2 Entferntes Umfeld

Im weitem Umfeld sind demnach Personen, die man eher seltener sieht und Personen, denen man nicht besonders nahe steht. Die Meinung dieser Menschen ist den Frauen

nicht so wichtig ist. Das entfernte Umfeld sind entfernte Bekannte und entfernte Verwandte, Arbeitskollegen und alle anderen Personen im Umfeld der Frauen. Sie haben eigentlich keinen Einfluss auf den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt. Auch wenn sie sich kritisch dazu äußern oder negativ auf die Pläne der Hausgeburtsmütter reagieren macht dies keinen Unterschied im Bezug auf die Entscheidung.

„Aber nachdem das alles nur entfernte Bekannte sind war mir das wurscht Interviewerin: Also das hat dir gar nix ausgemacht? Frau: NEIN also nicht wirklich, aber ich bin ein Sturschädl“ (Interview Y- Zeile 251-253).

„Na aber des Umfeld war überall rund herum immer positiv ja. Obwohl wennst viele also wenn es so jetzt jemanden erzähl i hab die Kindern daheim kriegt „Ja um Gottes willen is des nicht gefährlich?“ Des kommt schon manchmal aber des san eher fremde fremde Leute gö?“ (Interview Z- Zeile 252-255).

„Aber Freundeskreis und so alle positiv nur halt die Leut die mich sozusagen eh nicht interessieren. Warn halt dagegen und ja. Interessiert mich nicht“ (Interview P- Zeile 37-40).

4.8.1.3 Interaktion/ Umgang mit dem Umfeld

Auf die Reaktionen des Umfeldes folgt wieder eine Gegenreaktion von Seiten der Frauen. So entsteht eine wechselseitige Interaktion zwischen dem Umfeld und den Hausgeburtswomen. Diese läuft unterschiedlich ab. Das am häufigsten genannte Muster war das Erklären und das „Wissen in die Gesellschaft tragen wollen“.

4.8.1.3.1 Immer und immer wieder Erklären müssen

Die am häufigsten angewandte Gegenreaktion der Frauen ist das Erklären. Da es eine Entscheidung ist, die viel nicht kennen und nur sehr wenige treffen, müssen die Frauen ihren Wunsch immer erklären.

„Ja also erklären wieso du so was tust musst du dich schon ständig. Weils halt einfach was ist, das kaum einer tut, 2% tun das. 1 bis 2% tun das und immer wenn du was anders machst als alle anderen musst du erklären wieso du das tust und und aber meistens hat sich halt einfach nur so den Eindruck ähh dass sie überrascht sind, aber nicht, dass sie's schlecht finden“ (Interview Y- Zeile 210-214).

Teilweise haben die Frauen auch das Gefühl sich rechtfertigen zu müssen. Dies geschieht aber nicht so sehr im negativen Sinn, also als Diskussion oder Verteidigung, sondern eher als Darstellen und Erklären der Entscheidung und der Motive.

„Ja verteidigen musst dich schon irgendwie, aber ich hab wenig das Gefühl ghabt, dass ich mich im negativen Sinne verteidigen muss, eher so du musst dich erklären aber nicht unbedingt, du musst dich groß verteidigen das nicht“ (Interview Y- Zeile 223-225).

Wie viel sie erklären oder wie sehr sich die Frauen auf diese Interaktionen einlassen hängt von ihrer Gemütsstimmung und von der Situation ab.

„...und je nachdem wie ich dann auflegt bin ähh sag ich nix oder oder erkläre mich“ (Interview Y- Zeile 253-254).

„I mein i weiß es net, ob i mi überhaupt auf a auf a Diskussion einlassen würd, das weiß i net, das kommt echt drauf an auf die Situation. I glaub i hätt i gar net so, i mein bei manchen hätt i vielleicht argumentiert und bei manchen hätt i vielleicht einfach mi gar net einglassen auf die Situation, also auf die Diskussion oder so“ (Interview L- Zeile 207-210).

Da ihnen aber schon von Anfang an bewusst ist, dass es eine Entscheidung ist die eher ungewöhnlich ist, macht es ihnen nichts aus, dass sie sich erklären müssen. Wenn es ihnen etwas ausmacht greifen sie eher zu der Strategie des „Nicht-Erzählens“.

„Also so... richtig viel_, ja i glaub schon, dass i viel diskutiert hab in der Schwangerschaft mit den Leuten aber.. na gstört oder so hats mi eigentlich net. Es war ma klar, dass das a Entscheidung is, die auf negative Resonanz stößt, weils einfach sie die Leute nimma vorstellen können ohne Krankenhaus zu entbinden“ (Interview K- Zeile 651-654).

4.8.1.3.2 Wissen in die Gesellschaft tragen-schon fast missionarisch...

Da die Wahl des Geburtsortes im eigenen Zuhause eine sehr unbekannte ist und die Frauen aber sehr viel Argumente und Wissen gesammelt haben, das sehr stark für diese Wahl spricht, wollen sie dieses Wissen in die Gesellschaft hinaustragen. Sie sind meist Feuer und Flamme für diese Geburtsform und wollen auch andere an dieser Entdeckung teilhaben lassen. Sie wollen die Menschen aufklären und Falschaussagen und falsches Wissen, das in der Gesellschaft kursiert, entkräften. Alte Ammenmärchen sollen aufgedeckt und richtiggestellt werden. Nicht nur das Nichtwissen ist hier das Problem. Oftmals ist es erschreckend, wie viel Unwahrheiten über Hausgeburten in der Gesellschaft vorhanden sind. Ziel ist es diese Menschen dazu anzuregen selbst über

diese Möglichkeit nachzudenken. Die meisten Hausgeburtsfrauen wollen ihr Umfeld von ihrem Wissen profitieren lassen.

„Da kommen dann halt einfach auch so Wissensabgründe teilweise, das einfach die Leut glauben, dass Hebammen heute mit Taufwasser und der Bibel zur Geburt kommen und sonst nichts haben, Ja? Wo du den Leuten dann sagen musst, du weißt du auch die Hebamme hat Medikamente und Sauerstoff und darf Verletzungen nähen und dieses und jenes und dann sind immer alle ganz baff, weil weil sich kein Mensch vorstellen kann, dass Hebammen das können und dürfen“ (Interview Y- Zeile: 150-155).

„Das muss i weiter geben das is was, was viel zu viele Frauen net wissen, welches Privileg sie da achtlos verschenken , ja, dass ich dann wirklich hängen geblieben bin und das zu meinem Lebensthema geworden is, das hat natürlich die Wurzeln in meinen eigene Erfahrungen und i wär vielleicht Buchhalterin in der Landesregierung oder so“ (Interview M- Zeile 381-385).

Die Erfahrungen und das erworbene Wissen soll weitergegeben werden um anderen Frauen auch so schöne Geburtserlebnisse zu ermöglichen. Dazu werden auch Bücher und DVDs empfohlen und verschenkt. Die Informationen werden also geteilt.

„Na eigentlich die mei, die meisten ham eigentlich, kennen mi schon gut genug das wenn i was, i ziehs einfach dann durch. Ja? Da könnens sagen was wollen. I diskutier´s zwar lang mächtig aus mit ihnen und erklär ihnen alles was ich dazu in Erfahrung gebracht hab und so. Ja. Aber_ ja i bin da fast missionarisch, gworden so im Endeffekt. (...) manchmal hab ich ma dann dacht okay da red ich das Thema net an, das diskutier i gar net. Ja? Wo i einfach spürt hab äh warn meistens net amal die Leut die weiß Gott wie viel diskutiert ham, sondern wo i einfach gspürt hab, denen macht des Angst. Ja? Weil die ham dann Angst ums Familienmitglied. Ja? Da hab i einfach gsagt okay, muss i ah net, brauch i ah net diskutieren. Und mit den anderen hab ich´s einfach eigentlich ausdiskutiert, weil ich mir eigentlich meiner Sache recht sicher war. I hab dann ah den den Film verteilt in meinem Umfeld so an andere potenzielle, werdende Mütter noch und hab gsagt schauts euch den an, der is wirklich gut. Das solltest ihr gsehn ham und hab dann a die Bücher verschenkt an Schwangere. Die „Selbstbestimmte Geburt“ kriegt

so jede in mein Umfeld, die ma nahe steht, die ich weiß die is schwanger, kriegt das Buch zum lesen, WICHTIG. Musst du wissen, weils einfach so viel Mut macht“ (Interview K- Zeile 629-645).

Auch so mancher Hausgeburtsvater ist so begeistert von dieser Idee, dass sie im Umfeld verbreitet wird.

„...und wenn man ihn heute über Hausgeburten reden hört also is er fast missionarisch“ (Interview M- Zeile 75-76).

4.8.1.4 Das Schutzschild- Erzählen vs. Verschweigen

Aber nicht alle teilen mit allen diese Erfahrungen und Ideen vor der Hausgeburt. Während des Entscheidungsprozesses wird manchmal auch eine Art Schutzschild errichtet um sich vor unnötigen Diskussionen zu schützen. Die Entscheidung zur Hausgeburt ist ja schließlich auch eine sehr private Entscheidung. Deshalb möchten manche diese Privatangelegenheit nicht an die große Glocke hängen. Somit schützen sie sich natürlich vor der Reaktion des Umfeldes. Nach der Geburt sprechen aber alle Interviewpartnerinnen sehr offen über ihre Erlebnisse und alle wollen diese Wissen nach außen tragen und verbreiten.

4.8.1.4.1 Schutzschild - vor Diskussionen

Durch das Verschweigen der Pläne der werdenden Hausgeburtse Eltern ersparen sich diese jede Menge an Diskussionen und Erklärungen.

„...und wir uns dann einfach gedacht ham, na es geht eh kan was an außer uns Also des war jetzt net, dass ma Angst ghabt ham vor irgendwas oder vielleicht schon, das ma gedacht ham, wir wollen mit gar keinem diskutiern drüber. Es is jetzt es is irgendwie nur a Thema für uns und uns hat passt und deswegen, ja“ (Interview X- Zeile 53-57).

„es geht wirklich kann was an und es is eigentlich a Privatangelegenheit“ (Interview X- Zeile 205-206).

4.8.1.4.2 Schutzschild - vor negativen Reaktionen

Ein weiter Nutzen dieser Strategie des Schutzschildes ist es, negative Reaktionen gar nicht erst aufkommen zu lassen. Somit können die Hausgeburtse Eltern negativen Reaktionen vorab entkommen indem sie niemandem oder nur ausgewählten Personen von ihren Plänen im Bezug auf die Hausgeburt erzählen. Dies verhindert eine Verunsicherung der Hausgeburtse Frauen.

„I habs jetzt net äh jedem erzählt also meim Vater zum Beispiel oder wo i ma halt gedacht hab, wo die, das dort a negative Energie kommt oder

irgendwie Zweifel entstehen den hab i das dann net erzählt“ (Interview L- Zeile 29-32).

Andere wiederum drücken sich in ihren Aussagen teilweise so vage aus, dass sie den wahren geplanten Geburtsort verschleiern.

„Ähm ich hätt’s so gemacht wie viele Frauen, es einfach nicht sagen. Also ich sag auch jetzt immer ich entbinde in XY ich wohn halt in XY Weil dann denken halt die Leute ja ich geh ins Krankenhaus, also ich hätt’s dann einfach nur ausgewählten Personen gesagt und dann zum Schluss, nachher, ja, (...) da sagt dann eh niemand mehr, ja, wenns die Umwelt nicht anders akzeptiert muss man’s hinterrucks machen“ (Interview P- Zeile 44-50).

4.8.2 Partner

Im ersten Augenblick mag es etwas komisch erscheinen den Partner als Einflussfaktor zu bezeichnen aber diese Entscheidung wurde bei der Analyse nicht unüberlegt getroffen. Natürlich hat der Partner der Hausgeburtmutter, also der Hausgeburtsvater einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entscheidung der Frauen. Wie stark der Einfluss des werdenden Hausgeburtsvaters ist variiert sehr stark zwischen den einzelnen Interviewpartnerinnen. Generell lässt sich aber sagen, dass der Partner den wahrscheinlich stärksten dieser hier genannten Einflussfaktoren darstellt. Schließlich wird er in den meisten Fällen bei der Hausgeburt anwesend sein und ist somit direkt von dieser Entscheidung betroffen.

Meist kommt die erste Idee zur Hausgeburt von der Frau. Sie ist diejenige, die diese Idee anspricht. Die Reaktion der Männer, wenn sie von der Überlegung ihrer Partnerin erfahren ist unterschiedlich. Viele Männer sagen, dass die Frau sich mit der Entscheidung wohlfühlen soll. Aber auch Zweifel ist eine sehr weit verbreitete Reaktion auf die Wünsche der Frauen.

4.8.2.1 Zweifel des Partners

Männer werden naturgemäß eher seltener mit dem Thema der Schwangerschaft und Geburt konfrontiert. Während Mädchen in der Schule oftmals darüber hören, Filme zu sehen bekommen und in verschiedenen Richtungen dazu aufgeklärt werden, ist dies bei Jungen seltener der Fall. Deshalb ist das Wissen über Geburt und Schwangerschaft schon eher Frauensache. Wenn die Frau nun mit dem Wunsch nach einer Hausgeburt an den Mann herantritt, zweifelt dieser eher an dieser Wahl. Zweifel, Skepsis und Panik sind die am häufigsten beschriebenen Reaktionen. Hier spielt auch eine unklare Vorstellung, wie es bei einer Hausgeburt sein könnte, eine große Rolle. Im

Krankenhaus kann der Mann, genauso wie die Frau, die Verantwortung mehr oder weniger abgeben und daneben stehen und ihre Hand halten. Das ist für ihn ein sehr klares Rollenbild. In der Situation der Hausgeburt kann der Partner, genauso wie die Frau, mehr selbst bestimmen und aktiver sein. Dadurch wird seine Rolle und Bedeutung automatisch größer. Diese Rolle können sich aber viele Männer nicht vorstellen. Dies hat sicherlich auch damit zu tun, dass zum Thema (Haus)Geburt ja wenig Wissen in der Gesellschaft vorhanden ist. Deshalb ist die Strategie der Frauen den Männern Wissen zu vermitteln. Dies geschieht einerseits durch „Informationsweitergabe und Gespräche“ und durch das „Kennenlernen der Hebamme“. Diese zwei Strategien gehen Hand in Hand.

4.8.2.1.1 Strategien um mit Zweifel des Partners umzugehen- Informationsweitergabe und Gespräche

Die Hausgeburtsfrauen sehen ihre Aufgabe darin, dem Partner die Information, die sie schon gesammelt haben in Kurzform weiter zu geben. Erzählungen der Frau, Filme, Bücher, (Geburtsvorbereitungs-)Kurse und Vorträge sind die verwendeten Informationswege. Ziel ist es, den Partner zu informieren und ihm genau erklären zu können, warum sie denkt, dass diese Geburtsform die richtige für sie sei. Motive, Gründe und Gedanken sowie auch Daten und Fakten werden erzählt und besprochen.

„Der war zuerst etwas ä ja der hat die Panik ghabt eigentlich. Um Gottes willen was kann da passiern? Und.. der hat a des Gefühl ghabt da kommt a ganz a Haufen Arbeit auch jetzt zusätzlich. I waß net bei Geburten denkt ma immer an Liter, Tonnen, kübelweise Wasser des zum heiß machen is und was weiß i was alles, was man so im Fernsehen manchmal ghört und geshn ja na? Ah und der hat aber dann nach dem Vortrag, hama dann noch mit der (Hebamme) war des, i waß net hama mit der gesprochen und die hat ihm des aber dann wirklich ganz schnell eigentlich so rüber bracht, dass er gsagt hat ja, des probier ma, des traut er sich auch zu“ (Interview Z- Zeile 160-167).

„(Lachen, dreht sich zum Partner um) Warst du von Anfang an dafür? Warst du von Anfang an für die Hausgeburt? Partner: I hab gsagt du sollst das machen, wos´d dich am wohlsten fühlst. Frau: Ja du warst am Anfang schon sehr skeptisch immer. Also es hat schon a bissl gebraucht. Weil einfach, i mein i hab den Vorsprung mit ihr ghabt, ja, sie hab i ja alleine kriegt uuund i hab ihm dann zu dem Film mit gschleift (zum Partner blickend) zum „Orgasmic Birth“ (...) der Film war dann sehr gut (...) Na da hama drüber gesprochen und dann wars für ihn nimmer

ganz so unrealistisch also das äh ja am Anfang war schon Skepsis da also, weil einfach er hat'si ja noch nie mit dem Thema auseinander gesetzt ghabt. (...) Interviewerin: Und wie weit hat's noch in wie weit hats dann noch Diskussionen geben? Oder? Frau: Net wirklich, i hab's manchmal angredet, weil i gspürt hab das das net so ganz seins is und dann hat er gsagt na lieber wär's IHM schon im Krankenhaus. Aber halt i soll machen, eh wie gsagt, wie ich mich wohlfühl. Und dann hama, ja, im Endeffekt das dann so gmacht. Ich glaub im Endeffekt sima beide recht froh, dass es so gekommen is. Ich glaub, dass das jetzt recht gut passt für uns beide“ (Interview K- Zeile 681-713).

4.8.2.1.2 Strategien um mit Zweifel des Partners umzugehen- Kennenlernen der Hebamme

Auch das Kennenlernen der Hebamme hat das Ziel der Informationsgewinnung. Der Partner und die Frau haben somit gemeinsam die Möglichkeit Fragen zu stellen, die Hebamme auch menschlich kennenzulernen und zu schauen, ob die Chemie zwischen den Beteiligten passt. Die Rolle des Partners kann für ihn gerade auch durch diese meist sehr praxisnahe und realitätsnahe Information und durch das Gespräch klarer werden.

„AH mein Mann war eigentlich ein bisschen unsicher, weil er net genau gwusst hat, weil das ja, naja is a Ausnahmezustand irgendwie a bissl a so Schwangerschaft und und Geburt, i mein Geburtsvorbereitungskurs hama ja alles gmacht und da drum herum und irgendwie so naja also am Anfang hat er schon ein bissl gezweifelt aber wie er dann eben die (Hebamme) kennengelernt hat war das alles irgendwie wie weg. Dann hat er gemerkt sie is sehr kompetent und kennt si guat aus und und hat si dann sicher gfühlt und war dann überzeugt davon das das gut geht. Also das halt passt dann passt a“ (Interview O- Zeile 156-163).

„Interviewerin: Wie war das für dich da am Anfang wie dein Partner so dagegen war? Frau: Ähm also er er hat ganz konkret gsagt er er wird, wenn wenn i mich wirklich entscheide daheim zu gebären wird er um den Häuserblock laufen, er wird nicht dabei sein, (...) und i kann mi erinnern, dass i ma dacht hab naja is vielleicht net so nett, wenns dunkel is oder so aber es war für mi gaaanz klar spürbar, dass das etwas is, was in erster Linie mich und meinem Leib angeht, das mir an die Haut geht und an Leib und Leben im wahrsten Sinne des Wortes und das er eingeladen ist das mit zu tragen und das ma das sehr wichtig is aber

das er ähm Zeuge sein KANN dabei aber das sei Entscheidung dafür, mi niemals niemals davon abgebracht hätte, da jetzt zu dem Zeitpunkt schon, das i wegen ihm oder seinen Empfindungen ins Krankenhaus geh das war für mi ganz klar und er hat dann a sehr schnell umgeschwenkt also es hat der Kontakt mit der Hebamme greicht, also i kann mi erinnern das er so was gsagt hat wie „Naja jetzt hab i die Hebamme kennenglernt und hab erlebt wie du so in deinen Kraft hineinwachst und ähm i hab gspürt ihr macht´s das“ (Interview M- Zeile 32-53).

4.8.2.2 Die Frau muss sich wohlfühlen

Viele Interviewpartnerinnen berichteten, dass der Mann die Entscheidung eigentlich bei ihnen ließ. Besonders nachdem sie informiert wurden und die Beweggründe der Frau besser verstehen konnten, ließen sie die Entscheidung bei der Frau. Die Begründung hierfür war oftmals, dass die Frau sich schließlich ja wohlfühlen können muss um gut gebären zu können. Der Mann ist für alles offen. Einige Male wurde die Vermutung geäußert, dass dies auf keinen Fall selbst verständlich sein und das Männer oftmals gegen eine Hausgeburt sind. Hier wurde angemerkt, dass es sicherlich sehr schwierig ist den Wunsch trotzdem aufrecht zu erhalten und zu erfüllen.

„I mein der (Name des Ehemannes) hat immer gsagt es is dei Entscheidung und du musst di wohl fühl’n“ (Interview X- Zeile 121-122).

„Und mein mein Partner war da eigentlich von Anfang an total dabei. Also ich bin da froh, weil man kriegt dann so von anderen Hausgeburtsmüttern mit, dass da die Männer oft überzeugt werden müssen. Und das das längst nicht selbstverständlich ist. Und für ihn war das eigentlich von Anfang an klar, dass er da eigentlich bei allem mitmachen würd“ (Interview Y- Zeile 44-48).

„Er war von vornherein dabei. Im Gegensatz zu den meisten Männern, wo ich froh bin, weil ich glaub da Überzeugungsarbeit leisten zu müssen ist mühsam. Und irgendwie ausgerechnet der Partner, wenn man dann gegen den ankämpfen muss das is sicher anstrengend. Ich glaub, ich hättts trotzdem durchgezogen, ich hätt dann wahrscheinlich einfach gesagt, gut, geh spazieren (lachen) ich nehm mir wen anderen zur Geburt und du kommst dann wieder aber Gott sei Dank war er da sofort dabei“ (Interview Y- Zeile 98-103).

4.8.2.3 Im Zweifelsfall- Ohne Partner!?

Wenn der Partner trotzdem, nach all der Information und den vielen Gesprächen noch immer dagegen sein würde- was bei keiner der interviewten Frauen der Fall war- würde sich die Frau in manchen Fällen sogar über ihn hinweg setzen und trotzdem zu Hause gebären wollen. Diese gedanklich konstruierte Situation würde mit dem Argument begründet werden, dass ja schließlich die Frau gebären müsse.

„Aber im Zweifelsfall... im schlimmsten Fall hätt ich mich über ihn hinweggesetzt. Auf jeden Fall, weil ich geh nicht, um meinem Mann zu gefallen ins Krankenhaus, wo ich mich nicht wohl fühl, damit wir dann in irgendeiner Risikospirale landen, wo's dann Probleme gibt. Da hat auch keiner was davon. Denk ich mir also, da muss..da Mann schon irgendwie in seiner Meinung zurück stehn, weil der weiß nicht wie sich's anfühlt ein Kind zu kriegen“ (Interview Y- Zeile 112-117).

„I hätt kein Problem ghabt wenn er jetzt wirklich gsagt hätt er möcht net dabei sein, das jetzt ohne das unsere Ehe deswegen in die Krise geraten wäre trotzdem durch zu ziehen aber i hab gmerkt diese Haltung, die er ghabt hat zu sagen „Geburt ist deine Sache äh oder deine Risiko dein also es hat eben mit deinem Körper und mit deinem Empfinden zu tun, du musst das gut hinkriegen und i hab gsehn die Hebamme und du ihr seid's stark miteinander und ihr kriegts des hin.“ Also wie er das dann verstanden hat ähm war das für mich seeehr schön“ (Interview M- Zeile 54-61).

4.8.2.3.1 Nach außen hin eine Einheit bilden- ist einfacher

Das beide Partner mit dieser Entscheidung einverstanden sind ist auch nach außen hin wichtig. Denn der Umgang mit dem Umfeld kann ja durchaus Schwierigkeiten aufwerfen wie vorher schon beschrieben wurde. Wenn man diesen Reaktionen dann gemeinsam entgegentreten kann ist das wesentlich einfacher, als alleine gegen Mann und Umwelt anzukämpfen zu müssen

„Er war da von Anfang an dabei. Das is auch wichtig nach außen glaub ich, weil wir das doch nie verschwiegen haben, dass wir eine Hausgeburt planen“ (Interview Y- Zeile 118-119).

4.8.3 Die Hebamme

Die Hebamme hat natürlich ebenfalls Einfluss auf die Entscheidung zur Hausgeburt. Sie kann die Frau bei der Entscheidungsfindung gut beraten und unterstützen. Außerdem ist es ihre Aufgabe objektive Informationen zur Hausgeburt zu Verfügung zu

stellen. Der Einfluss der Hebamme lässt sich besser erklären, wenn man zuerst versteht, wie die Hausgeburtsfrauen die Hebamme, ihre Rolle und ihre Kompetenzen sieht.

4.8.3.1 Rolle und Bedeutung der Hebamme

4.8.3.1.1 Erfahrung und Unterstützung der Hebamme

Ein wichtiges Kriterium bei der Wahl der Hebammen war, bei den interviewten Frauen, die Erfahrung der Hebamme. Sowohl wie lange sie schon als Hebamme arbeitet als auch wie breit gefächert ihre Erfahrung ist war ein Kriterium.

„Also ich hab mir die Hebamme ausgesucht nach dem Motto, dass sie erfahren sein muss, also dass sie schon viele Jahre Erfahrung haben muss (...) und hab mir dann halt die (Hebamme) gesucht, die jetzt 26 oder 27 Jahre Hebamme ist und das kann. Die auch äh eine dementsprechend gelassene Einstellung einfach hat und das fand ich wichtig“ (Interview Y- Zeile 252-260).

„Mir war klar, dass ich keinen Schritt irgendwo hinsetze ohne sie, weil ich einfach gemerkt hab in der Schwangerschaft, dass das die Hebamme is zu der ich Vertraun hab und das die weiß, was sie tut und das sie so viel Erfahrung hat, dass sie auch viel kann. Und für mich war klar, wenn wir ins Krankenhaus müssen, entweder vorher oder während der Geburt, dann nicht ohne SIE. Nicht ohne, dass sie von vorne bis hinten in den Prozess eingebunden is. Und ich hätte mir sicher, wenns irgendeine Verzögerung oder was gegeben hätte. Von keinem Arzt einen Kaiserschnitt aufdrücken lassen ohne dass die (Hebamme) gesagt hätte ja, das is notwendig. Weil ihre Statistik einfach zeigt, dass sie weiß, wanns notwendig is“ (Interview Y- Zeile 889-896).

4.8.3.1.2 Gleiche Risikoeinschätzung- Vertrauen

Vertrauen ist das Basiselement der Beziehung zwischen der Hebamme und der Frau. Sie kann sich durch die kontinuierliche und langfristige Betreuung sehr gut entwickeln. Sie geht so weit, dass die Beziehung zwischen Hebamme und Frau nicht nur auf das Medizinische reduziert ist. Dadurch fühlen sich die Frauen ganzheitlich verstanden und begleitet.

Frauen betonen, dass die Hebamme und die Frau die gleiche Risikoeinschätzung haben sollten. Das Verständnis von dem, was risikoreich ist und was nicht, muss auf gleicher Ebene angesiedelt sein damit die Beziehung funktioniert.

„Dasss äh ich auf der gleichen Wellenlänge bin mit ihr äh vor allem, was auch die Risikoeinschätzung betrifft (...) das muss für mich irgendwie auf einer ähnlichen auf einem ähnlichen Niveau liegen. (...) wurscht was sie für eine medizinische Maßnahme vorschlagt ich bin überzeugt, dass ich die auch wenn ich jetzt nicht grad äh unter Wehen wär, wo man ja ein bissl eingeschränkt is, äh ich bin sicher, dass es genau richtig is. (...) ich kenn sie doch länger schon und das wie wie sorgfältig sie in der Betreuung is also das sie einen wirklich auch gleichzeitig sehr genaue is, eine die sich nicht fürchtet aber die auch nicht einfach irgendwas übersieht oder verschlampt und das gibt ma einfach a enorme Sicherheit und wenn sie sagt da is eine medizinischen Maßnahme notwendig, dann sag ich ja gut. Also das is_ und das Zweite is schon auch noch so was emotionales. Sie is eine, die emotional einfach zu mir passt“ (Interview R- Zeile 159-179).

4.8.3.2 Auswirkungen

Dieses Verständnis und Bild von der Hebamme hat Auswirkungen auf das Rollenverständnis der Frauen. Es wird von einigen Frauen eine Rollendifferenzierung vorgenommen. Es wird betont, dass der Arzt nicht für die physiologische Schwangerschaft zuständig ist sondern dies der Bereich der Hebamme ist. Der Arzt ist dazu da um Pathologien auszuschließen und gegebenenfalls beim Auftreten von Pathologien einzugreifen und mit der Hebamme zusammenzuarbeiten.

4.8.3.2.1 Rollendefinition/ Rollenaufteilung Hebamme-Arzt

Die interviewten Frauen nehmen eine sehr starke Rollendifferenzierung zwischen Arzt und Hebamme vor. Aufbauend auf dem Bild von Schwangerschaft und Geburt ordnen sie Hebammen die normale physiologische Geburt und Ärzten die Pathologien der Geburt zu. Somit ist die Hebamme für sie die erste und wichtigste Ansprechperson. Im ärztlichen Kontext haben sie immer das Gefühl beweisen zu müssen, dass alles in Ordnung ist. Es wird nach Abweichungen, Komplikationen und Pathologien gefahndet. Es wird eher als ein verunsicherndes Erlebnis empfunden. Die Notwendigkeit einer rein ärztlichen Betreuung wird angezweifelt. In der Hebammenbetreuung geht es eher um eine ganzheitliche Betrachtung. Außerdem richtet sich die Betreuung nicht nur nach strengen Richtlinien sondern geht auch darüber hinaus. Das Verständnis ist umfassender. Es ist ein stärkendes Erlebnis für die Frauen.

„Weil ich glaub auch wenn mein Frauenarzt nicht so ist, tendenziell neigen wahrscheinlich Frauenärzte eher dazu dich zu VERunsichern Ja? Nicht amal mit Absicht aber.. is halt einfach so. Und die Hebamme

neigt aber dazu dich zu sichern, dir ein gutes Gefühl zu geben und beim Frau- Ich hab immer bei jeder Untersuchung und bei jedem Termin den ich irgendwie so mit unter Anführungszeichen dem System hatte, hab ich immer so das Gefühl gehabt, du musst jetzt beweisen, dass eh alles okay ist. Du musst jetzt beweisen, dass eh alles passt und dann erst wenn das dann bewiesen war, wars wieder gut. Ja? Und bei der bei den Terminen mit der Hebamme wars aber immer so, es passt eh alles und jetzt schau wir halt einfach ein paar Dinge nach. Ja? Da wird halt einfach geschaut, wie rum liegt das Kind? Und nicht liegts eh „RICHTIG“ (Interview Y- Zeile 996-1009).

„Ich hab das immer logisch gefunden, dass Hebammen die Berufe für die Geburt sind und Ärzte für die Pathologie“ (Interview Y- Zeile 1021-1022).

„Ärzte sind einfach für die Pathologie da, das is ihr Beruf Das is auch nicht schlecht, im Gegenteil das is ihr Job und das is gut so, der eine machts besser, der andre machts schlechter, aber das is ihre Arbeit nur eine Geburt ist keine Pathologie und eine Schwangerschaft also was hat der Arzt da zu suchen? Den kann ich immer noch holen, wenn was nicht passt und ansonsten ist das, halt in meinen Augen irgendwie Hebammensache“ (Interview Y- Zeile 1023-1028).

„Das kann die Hebamme auch und die Hebamme red´ da aber a Stund mit dir und ma red´ mit der Hebamm´ anders als mit dem Arzt. Weil die einfach vertrauter is. Ja? Irgendwie. Das Vertrauensverhältnis is enger. Es is net so aufs medizinische reduziert, sind auch meistens Frauen und keine Männer. Also das is schon schon auch anders. Ja. Das sind halt Sachen, die i no ganz wichtig find“ (Interview K- Zeile 884-888).

4.8.4 Der Arzt

Die Erfahrungen der Frauen bei der Entscheidung zur Hausgeburt im Bezug auf den Arzt sind sehr unterschiedlich. Gemein ist ihnen aber, dass bei einer negativen Reaktion der Wechsel des Frauenarztes fast immer überlegt beziehungsweise auch durchgeführt wird oder es präventiv sozusagen gar nicht erst angesprochen wird.

4.8.4.1 Erfahrungen mit Ärzten im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt

4.8.4.1.1 Positive Erfahrungen mit Arzt

Es gab einige Frauen, die sehr positive Erfahrungen mit ihrem Gynäkologen gemacht haben. Sie wurden von ihren Frauenärzten bei dieser Entscheidung unterstützt. Besonders positiv wird es von den Frauen gewertet, wenn Hebamme und Arzt zusammenarbeiten und eine wertschätzende Beziehung pflegen.

„Nein, also ich hab relativ positive Erfahrungen mitgekriegt ich hab, mein Frauenarzt hat gesagt, „Wo wollen Sie entbinden?“ ich hab gesagt „Zu Hause.“ Und er hat gesagt „Aha, nächster Punkt“ das war schon amal toll“ (Interview Y- Zeile 130-132).

„Also da hat sie hat sie überhaupt nix negatives erwähnt. Also eben diese Gynäkologin hat in meiner ersten Schwangerschaft wie ich gesagt hab ich entbind mit der (Hebamme) hats gsgat na super, ich mein das is ja quasi die beste Hebamme der Welt also die hat eine sehr hohe Meinung von ihr und das is natürlich angenehm wenn man eine Gynäkologin hat wo... ja wo sich die kennen und verstehen und und von einander eine hohe Meinung haben“ (Interview R- Zeile 315-320).

4.8.4.1.2 Negative Erfahrungen mit Ärzten

Aber so wie alles hat auch diese Erfahrung zwei Seiten und manche Ärzte reagierten sehr negativ. Sie redeten schlecht von der Hausgeburtsilfe und versuchten die Frauen zu verunsichern beziehungsweise sie von dieser Idee abzubringen.

„Die Frauenärzte san jedes Mal fast aus de Patschen gkippt ...und die bei beim (Name des Kindes) war i dann bei einer anderen Ärztin und die war ah die hat glaub i a bissl a Schock ghabt ... und des tät sie nie machen und ähh ja also die hat ma eigentlich nur ab abgeraten und a beim fünften Kind da bin i auch bei ihr gwesen da hat sie auch noch einmal versucht aber dann hats eh nix mehr gesagt Interviewerin: Wie war das für dich? Frau: I hab gwusst i wü des machen also des hat mi überhaupt nicht gstört also des und i hab a Hebamme wo wo wo da das Vertraun da war und dann brauch i da net lang herum tuan“ (Interview Z- Zeile 218-229).

„Die einzige, die mich wirklich.. in Panik versetzen wollte das war die Ärztin beim beim Zuckertest...diese Laborärztin die war total entsetzt. Und und NEIN.. und das kann und und auch aus ihrer und die Hebamme noch in ihrer Turnuszeit und auch die Hebammen im

Krankenhaus, die dann immer sagen, nein Hausgeburt, so was schlechtes und und nein und das würde sie nie und da hab ich mir dann dacht äh, die Frau hat wahrscheinlich ihr Lebtage keine Hausgeburt gesehn. Ja? Und ihren Turnus wahrscheinlich irgendwann gehabt (...) und will mir da jetzt Angst machen und das war ma wurscht, das war eigentlich die einzige negative Erfahrung. Irgend so eine Ärztin, die man zwanzig Minuten lang sieht, da geb ich nix drauf“ (Interview Y- Zeile 170-180).

4.8.4.2 Strategie: Wechsel des Frauenarztes

Wenn die Frau negative Erfahrungen bei der Eröffnung ihrer Idee gemacht haben, ziehen viele der betroffenen Frauen einen Wechsel des Frauenarztes vor. Sie suchen sich dann einen Gynäkologen, der ein möglichst ähnliches Verständnis von Schwangerschaft und Geburt hat wie sie und Hausgeburten gegenüber positiv eingestellt ist.

„Von den Ärzten... her durchwegs negative Erfahrungen bis ich meine Frauenärztin, meine jetzige gefunden hab, die da voll dahinter steht“ (Interview P- Zeile 34-35).

„...und jetzt hab ich eben in der Schwangerschaft gewechselt zu einer die selber auch Hausgeburten hatte und die so ziemlich alle Hausgeburtsmütter betreut also die unterstützt einem dann auch noch“ (Interview P- Zeile 172-174).

4.8.4.3 Strategie: Dem Gynäkologen/ der Gynäkologin nicht gesagt

Eine weitere Strategie ist das nicht Besprechen. Wenn die Frau von vorn herein der Meinung ist, dass ihr betreuender Gynäkologe nicht offen gegenüber Hausgeburten ist, wird ihm diese Entscheidung einfach nicht mitgeteilt. Sie wollen zwar die fachliche Meinung des Arztes hören aber bilden sich trotzdem selber ihr eigenes Bild wie folgendes Zitat belegt.

„Hab i net besprochen mit ihm. (...) Der is Oberarzt im XY. und i mag das eigentlich immer ganz gern, weil i ma dacht hab gut, die Hebammen gehen oft in a sehr.. schon ermutigende Richtung aber manchmal vielleicht a a bissl zu viel. (...) Das is ma z´viel und da hab i ma dacht ja da holst da einfach die extrem andere Meinung vom Schulmediziner“ (Interview K- Zeile 768-777).

„Die Diskussion hab i ma echt gspart. Hab i ma dacht das das kommt einfach, weil i hab Psychologie studiert. Ja? Den Ausschnitt der Realität de er hat, die er hat. Ja? Die Geburten zu denen er kommt. Ja? Bei denen er was tun muss, die sind halt OFT pathologisch. Ja? Da is er halt OFT wirklich da um einzugreifen, was zu tun um ein Kind zu retten. und dadurch kommt vielleicht auch eher die Sicht „Gebären ist gefährlich“. Ja? A Hebamme die von 99 Geburten eine hat die aus´m Ruder läuft. Ja? Die sieht das vermutlich anders. Und das deswegen hab i da, hab i ma dacht na das, also das muss nicht sein. I wollt wissen ob medizinisch alles passt, da war er genau, das hat er ordentlich angeschaut, das war mein Anliegen, das wirklich von Schulmedizinischer Seite her nix gegen a normale Geburt spricht.. gegen a vaginal Geburt das war ma wichtig, das hat er a sehr gewissenhaft gmacht und, ah, ja...der Rest hat gepasst, den hab i mit meiner Hebamme ausgmacht“ (Interview K- Zeile 784-795).

4.8.5 Kosten

Eine Hausgeburt kann mit einer Kassenvertragshebamme oder mit einer privaten Hebamme angestrebt werden. Demnach sind die Kosten sehr unterschiedlich und mehr oder weniger ein Einflussfaktor im Bezug auf die Entscheidung. Da auch nicht alle Kosten von der Krankenkasse übernommen werden, hat die Hausgeburtshilfe oder auch das Mitnehmen einer eigenen Hebamme ins Krankenhaus sozusagen das Image eines unnötigen Luxus. Würden die Kosten voll von der Krankenkasse übernommen werden, so meinen einige Frauen, würde es einen legitimierteren Rahmen annehmen. Außerdem berichten sie auch von Frauen, die sich aus Kostengründen gegen eine Hausgeburt entscheiden mussten.

„Eine Freundin von von uns hat ihr Kind im Krankenhaus gekriegt, schlicht und einfach aus dem Grund, weil sie sich die Hausgeburt nicht leisten konnte, was ja eine Frechheit ist in Österreich“ (Interview Y- Zeile 811-813).

„Ich versteh das voll, wenn Leute zu mir sagen, was 1000 Euro hast du netto für deine Hausgeburt gezahlt, na das würd ich ja nicht Das is nicht wenig Geld. Ja? Und wenn das aber die Kassen übernehmen müssten, so wie in Deutschland, dann würde zumindest für einige Leute das Problem schon weg fallen. Das is ja auch sowas äh was dir die Kassen zahlen, das hat ja so einen legitimierten Eindruck Ja? Na wenn das eh

was is was die Kassen zahlen dann is das eh okay“ (Interview Y- Zeile 1307-1312).

„Das war schon ein Argument also es war uns klar ähm wir machen das und wir ham halt dafür an anderen Dingen gespart“ (Interview Y- Zeile 1322-1323).

„...und i hätt a das Geld damals net ghabt. Das war natürlich auch der Fall. I hätt des Geld net ghabt (...) und als alleinerziehende Studentin hast das Geld einfach nicht Du hast es nicht. Ja? Es gibt dann wohl scheinbar Hebammen, die dann Sozialtarife oder so machen aber so informiert war i damals (vor der ersten Geburt) net“ (Interview K- Zeile 560-566).

4.9 Entstehung von Motiven

Die Motive zur Hausgeburt sind breit gefächert. Da es zu diesem Thema aber schon einiges an Literatur gibt, soll das Hauptaugenmerk in dieser Arbeit nicht so sehr auf die Motive sondern auf deren Entstehung gelegt werden. Die gesammelten Motive entstehen aus der Grundeinstellung der Hausgeburtsfrauen, den Informationen die diese sammeln und aus ihren Erfahrungen.

4.9.1.1 Wachstum über den Entscheidungsprozess hinaus

Die Bildung der Motive für die Hausgeburt ist ein Prozess, der nie abgeschlossen ist. Er beginnt mit der Grundeinstellung, mit den ersten aufgeworfenen Fragen und den ersten erhaltenen Informationen. Die Informationssuche lässt nicht nur den Informationspool der Frauen wachsen sondern auch deren Begeisterung, deren Motive zur Hausgeburt. Dieser Prozess des Wachsens stoppt aber nicht mit dem Treffen der Entscheidung. Er geht immer weiter. Sowohl in der Schwangerschaft wie auch danach entdecken die Frauen immer mehr, warum sie eine Hausgeburt befürworten. Dies reift und gedeiht einerseits durch Information aber auch durch persönliche Erfahrung. Immer wieder gibt es Vorteile, die ihnen vorab nicht bewusst waren und die sie erst im Laufe der Zeit selber entdecken. Ein Beispiel hierfür wäre bei manchen Frauen, die Tatsache, der ersten Nacht im eigenen Bett zu Dritt zu verbringen. Wie schön es sein kann, das Wochenbett zu Hause zu genießen ist manchen oftmals vorher noch gar nicht so bewusst. Das erfahren sie erst, wenn sie es erleben. Somit bestärkt sich auch im Nachhinein der Wunsch zur Hausgeburt und die Entscheidung wird als sehr positiv beurteilt.

„Ja also jetzt seh i´s natürlich no ganz anders als i´s, als i´s früher gesehn hab. Weil, ja. Früher hab i ma nur dacht i mag in ka Krankenhaus und, und und damit war des Thema erledigt, weil es hat, es gibt dann eben eh nimma so vü Möglichkeiten bei uns weil´s ja eben nur die Frau (Geburtschaushebamme) gibt und wenn des net passt und jetzt seh i natürlich einfach jeden Tag, wie guts uns gangen is und (lachen) und no viel mehr wie also an, an Sachen an die wir garnet gedacht haben bewusst, wieso ma uns dafür entschieden ham aba wo i jetzt manchmal mir denk, Gott sei Dank war ma daham und sind dem allen entkommen irgendwie“ (Interview X- Zeile 78-85).

„Eigentlich erst NACH der ersten Hausgeburt bin i drauf gekommen wo die Vorteile liegen, also so richtig, ich hab zwar gwusst i wü i wü a freie Wahl der Geburtsposition und a Hebamme die ich kenne und und die meine Selbstbestimmtheit respektiert aber veeeele andere Dinge sind erst im Laufe der Zeit gekommen Also, was es eben bedeutet die erste Nacht in seinem eigenen Bett zu verbringen, was es bedeutet für die äh Postpartumdepression a, ob man jetzt sei Kind durch a Scheibe betrachtet oder damit kuschelt ähm, fürs Stillen also all ganz viele Dinge bin i dann hab i ma gedacht, das stimmt, das is ja a komplett anders, das is komplett anders, das is komplett anders und ja das is halt immer mehr gewachsen... bis i ma eigentlich nix mehr anderes vorstellen hab können“ (Interview M- Zeile 22-32).

Somit wird ersichtlich, dass dieser Teilschritt des Entscheidungsprozesses zur Hausgeburt, nämlich die Entstehung von Motiven nicht abgeschlossen ist. Auch nach der Hausgeburt erweitern sich die Begeisterung, die Motive und die Gründe der interviewten Frauen wenn sie neue Daten und Fakten zur Hausgeburt kennenlernen.

5 Diskussion der Ergebnisse

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Entscheidungsprozesse zur Hausgeburt sehr individuell ablaufen, sich aber in einigen Punkten sehr ähnlich sind. Der Prozess besteht aus den drei wesentlichen Punkten Hinterfragen, Suchen und Abwägen.

Einige Grundvoraussetzungen konnten ebenfalls dargestellt werden, die diesem Prozess vorgelagert sind. Sie lassen sich unterteilen in das physiologische Bild von Schwangerschaft und Geburt, die kritische und reflektierte Sichtweise der Frauen und deren Urvertrauen.

Beeinflusst wird der Entscheidungsprozess von den Einflussfaktoren: Umwelt, Partner, Hebamme, Arzt, Kosten. Wenn die Entscheidung zur Hausgeburt getroffen wurde, kann diese nur durch auftretende Abweichungen von der Physiologie ins Wanken gebracht werden. In diesem Fall beginnen die drei Schritte des Entscheidungsprozesses erneut. Die neuen Gesichtspunkte werden hinterfragt, Informationen werden eingeholt und die neu gewonnenen Informationen werden wieder abgewogen.

5.2 Diskussion der gewonnen Ergebnisse mit den Erkenntnissen aus der Literatur

Auch wenn sich die Ergebnisse, die im Laufe der Diplomarbeit gefunden wurden, teilweise mit schon vorhandenen Studien überschneiden oder ähnliches Wissen aufdecken, mindert dies nicht die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Forschungsfrage. Denn die Entscheidung ist ein sehr individueller, vielfältiger und komplexer (Galotti, 2000) Prozess, der von verschiedensten Faktoren beeinflusst wird, und demnach nicht weltweit und kulturübergreifend gleich ist.

“Having a baby does not exist in a biological vacuum, but within a social, historical and political context, which inevitably must shape influence how woman experience pregnancy and birth” (Jomeen, 2006, S. 193).

Außerdem, so Levy in ihrer Grounded Theory- Studie: “No grounded theory is ever complete, but may be developed by adding data and new categories as they are discovered (Levy, 1999, S. 117). Die zugrunde liegende Theorie wird dabei nicht „debunked, disproved or discredited“ (Glaser & Strauss, 1967, S. 22) sondern ergänzt und bereichert (Levy, 1999).

Einige Punkte, die in den Interviews gefunden wurden und somit Teil des Modells zum Entscheidungsprozess zur Hausgeburt sind, belegen die schon in der zum Thema vorhandenen Literatur beschriebenen.

5.2.1 Grundvoraussetzungen

Bei den Stereotypen konnten Übereinstimmungen, mit der bereits vorhandenen Literatur, gefunden werden. Ackermann- Liebrich et al. (1996) und Borquez und Wieggers (2006) sprechen von besser gebildeten, feministischeren Frauen, die auch mehr Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen wollen, und selbstbestimmter agieren möchten. Diese Eigenschaften treffen auch auf die im Rahmen dieser Arbeit interviewten Frauen zu. Aus den Interviews konnte ein detaillierteres Bild von den Hausgeburtsfrauen und ihren persönlichen Einstellungen gewonnen werden. Mit den Interviewaussagen wurde belegt, was von Ackermann- Liebrich et al. (1996) und Borquez und Wieggers (2006) schon beschrieben wurde nämlich, dass Hausgeburtsfrauen selbstbestimmt, kritisch und reflektiert handeln. Durch diese Arbeit kann ergänzt werden, dass Frauen, die eine Hausgeburt planen, ein sehr positives Bild von Schwangerschaft und Geburt aufweisen und ein gewisses Urvertrauen in die physiologischen Vorgänge während dieser Lebensphase haben.

5.2.2 Kritisches Hinterfragen und Informationssuche

Wie sich diese kritische, selbstverantwortliche und selbstbestimmte Einstellung auf den Entscheidungsprozess auswirkt, wird in dieser Arbeit genau beschrieben. Die grundlegenden Eigenschaften bilden die Basis für den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt.

Hausgeburtsfrauen hinterfragen und reflektieren geltende gesellschaftliche Normen, routinemäßige Krankenhausabläufe und die Sicherheit der verschiedenen Geburtsorte. Dies führt weiters dazu, dass sie einer Geburt im Krankenhaus kritisch bis ablehnend gegenüberstehen, was wiederum die Suche nach Informationen nach sich zieht. Hier findet sich die größte Überschneidung mit bereits bestehender Literatur. Die Bedeutung der Suche nach Informationen im Entscheidungsprozess wird auch von Mander & Melender (2009), Levy (1999) und Cheyney (2008) als zentrales Element beschrieben. Diese Arbeit erläutert weiters wie die Suche abläuft, was genau gesucht wird und welches Ziel mit der Informationssuche angestrebt wird.

5.2.3 Abwägen

Nach Abschluss der Informationssuche wägen Hausgeburtsfrauen ab. Sie versuchen die Balance zu finden zwischen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, zwischen Sicherheit und Urvertrauen und zwischen aktiven und passiven Verhalten. Dieses Finden und Behalten der Balance wird schon bei Levy (1999) als zentrales Element dargestellt.

5.2.4 Treffen der Entscheidung

Nachdem Prozess des Abwägens wird die Entscheidung zur Hausgeburt getroffen. Diese Entscheidung wird von manchen Frauen eher basierend auf logischen Gesichtspunkten und von anderen Frauen mehr auf emotionaler Ebene getroffen. Außerdem variiert die Verbindlichkeit mit der die Entscheidung getroffen wird.

5.2.5 Verhalten beim Auftreten von Pathologien

Ein weiterer neuer Aspekt der in dieser Arbeit beschrieben wird ist das Verhalten der Frauen beim Auftreten von Pathologien. Dieser Prozessschritt wurde in der Literatur nicht gefunden und stellt somit eine neue Erkenntnis dar.

5.2.6 Einflussfaktoren

Neues Wissen konnte auch im Bereich der Einflussfaktoren generiert werden. Als wesentliche Aspekte wurden das Umfeld, der Partner, die Hebamme, der Arzt und die Kosten identifiziert. Im Ergebnisteil der Arbeit wird außerdem beschrieben wie diese Faktoren den Entscheidungsprozess beeinflussen.

5.2.7 Entstehung von Motiven

Es gibt zahlreiche Studien, die die Motive von Frauen beschreiben, die sich für eine Hausgeburt entscheiden. In dieser Arbeit wird deshalb das Augenmerk mehr auf die Entstehung der Motive gelegt und es wird dargestellt wie diese das Verhalten der Hausgeburtsfrauen beeinflussen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diese Arbeit einerseits einige in der Literatur bereits bekannte Aspekte untermauert aber andererseits auch neue Erkenntnisse zum Wissen rund um den Entscheidungsprozess zur Hausgeburt aufzeigen kann.

6 Implikationen der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Schlussfolgerungen und Implikationen die aus dieser Arbeit schlussgefolgert werden können dargestellt. Sie werden dafür unterteilt in Implikationen für die Praxis und in Implikationen für die weitere Forschung in diesem Bereich.

6.1 Implikationen für die Praxis

Zu einem großen Teil kann es Aufgabe der Hebamme sein Frauen auf ihrem Weg zur Hausgeburt zu unterstützen. Generell sollte aber beachtet werden, dass sie die Frauen nicht in eine bestimmte Richtung drängen sollten. Das Treffen der Entscheidung kann und soll den Frauen nicht abgenommen werden. Es ist wichtig die Wahlmöglichkeit zu erhalten, also die Hausgeburt weiterhin als eine mögliche Geburtsform aufrecht zu erhalten. Aber auch wenn das Treffen der Entscheidung unbedingt von den Frauen selbst durchgeführt werden soll, kann die Hebamme bei bestimmten Punkten in diesem Entscheidungsprozess unterstützend einwirken.

Unterstützt können die Frauen werden, indem allgemein in der Gesellschaft ein normales Bild von Schwangerschaft und Geburt gefördert wird. Das Bild von Schwangerschaft und Geburt soll wieder weg vom technisierten, fehleranfälligen Prozess in Richtung der ursprünglichen Physiologie rücken. Um dies gewährleisten zu können brauchen Frauen Zugang zu guten und richtigen Informationen, die dieses Bild implizieren und unterstützen.

Außerdem sollte das Urvertrauen der Frauen wieder gestärkt werden. Frauenkörper sind dazu gemacht um zu gebären. Frauen haben immer schon seit Anbeginn der Menschheit geboren. Wie sollte man es also verlernen oder nicht mehr können? Frau kann aus eigener Kraft gebären. Dieses Bewusstsein sollte wieder geweckt werden.

Frauen sollten dazu angeregt werden zu hinterfragen. In anderen Bereichen der Medizin und Gesundheit sind „Patienten“ auch sehr informiert und kritisch warum nicht auch in der Geburtshilfe? Auch hier sollten sich die Frauen gut informieren um eine informierte Entscheidung treffen zu können.

Im Bereich der Suche sollte man den Frauen geeignete, evidenzbasierte Informationen zur Verfügung stellen. Denn wie gesagt, nur wer ausreichend informiert ist, kann die

Entscheidung selbst treffen. Die Frauen müssen sich der Tatsache bewusst werden, dass sie eine Wahl haben. Sie müssen wissen, dass sie selbst entscheiden können auf welche Art und Weise sie die Geburt ihres Kindes erleben wollen. Dieses Angebot, der Information über die verschiedenen Wahlmöglichkeiten, muss unbedingt einen aufsuchenden Charakter haben und niederschwellig sein. Es geht also darum, ein sehr breit gefächertes Informationspool mit guten Informationen bereit zu stellen um Frauen über ihre Möglichkeiten zu informieren.

In der Interaktion mit den Einflussfaktoren kann von den Professionellen die Funktion als InformantIn beziehungsweise als VermittlerIn eingenommen werden. Unrichtige und einschüchternde Argumente sollten durch Informationen entkräftet werden.

Das Hinterfragen an sich kann und soll den Frauen beziehungsweise Paaren aber nicht abgenommen werden. Hier muss jede Frau ihren eigenen Weg gehen. Auch das Abwägen, das eine sehr persönliche Angelegenheit ist, kann nur die Frau selbst durchführen.

6.2 Implikationen für die Forschung

Im Bereich der Forschung finden sich bislang sehr wenige Untersuchungen zur Hausgeburtshilfe. Einige Studien beschäftigen sich mit der Sicherheit der Hausgeburt oder den Motiven der Frauen welche Hausgeburten als Geburtsform wählen. Generell kann gesagt werden, dass noch viel Forschungsbedarf in diesem Bereich besteht.

7 Grenzen und Schwächen der Studie

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Diplomarbeit handelt und der zeitliche Rahmen beschränkt war, wurde die Stichprobe begrenzt. Im Normalfall müsste man bei der Grounded Theory bis zur theoretischen Sättigung gehen. Diese wurde hier nicht erreicht. Außerdem wurde der Codingprozess nach dem axialen Codieren beendet. Dennoch konnte ein erstes Erklärungsmodell geliefert werden.

8 Schlussfolgerungen

Es konnte mit dieser Arbeit nun ein erstes Erklärungsmodell zum Entscheidungsprozess zur Hausgeburt geschaffen werden. Es kann uns helfen die Erlebniswelt der betroffenen Hausgeburtsmütter zu verstehen und sie adäquat zu unterstützen. Es soll nicht als Modell übergestülpt werden sondern als grober Rahmen oder Vorschlag gesehen werden. Erste Ideen und Leitlinien dafür, was wir als Professionelle tun können um Frauen in dieser Situation zu unterstützen, konnten aus den Ergebnissen schlussgefolgert werden.

Information scheint das Schlüsselwort zu sein. Also sollten wir als Professionelle unsere Rolle darin verstehen gute, evidenzbasierte Informationen weiterzugeben und Frauen durch entsprechende Aufklärung eine gut informierte Entscheidung zu ermöglichen.

Außerdem muss die Empfehlung für weitere Forschung gegeben werden, da der Entscheidungsprozess zur Hausgeburt ein weitgehend unerforschtes Fachgebiet darstellt.

Literaturverzeichnis

- Ackermann-Liebrich, U., Voegeli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I., Zullig, M., Schindler, C., et al. (1996). Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *BMJ*, 313(7068), 1313-1318.
- Anderson, R. E., & Anderson, D. A. (1999). The cost-effectiveness of home birth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(1), 30-35.
- Beasley, K. (1995). Home birth The delivery of safe and satisfying care to women and their families. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40(6), 463-466.
- Borquez, H. A., & Wieggers, T. A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*(22).
- Cheyney, M. J. (2008). Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace. *Qual Health Res*, 18(2), 254-267.
- Edwards, N. P. (2005). *Birthing Autonomy: Women's Experiences of Planning Home Births*. Oxon: Routledge.
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2006). *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt: Handbuch für Hebammen und Geburtshelfer* (M. Groß, Trans. 2 ed.). Bern: Huber.
- Floyd, L. (1995). Community midwives' views and experience of home birth. *Midwifery*(11), 3-10.
- Freeman, L. M., & Griew, K. (2007). Enhancing the midwife-woman relationship through shared decision making and clinical guidelines. *Women and Birth*, 20(1), 11—15.
- Galotti, K. M., Pierce, B., Reimer, R. L., & Luckner, A. E. (2000). Midwife or doctor: a study of pregnant women making delivery decisions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(4), 320-329.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. New York: Aldine de Gruyter.
- Hall, W. A., & Callery, P. (2001). Enhancing the Rigor of Grounded Theory: Incorporating Reflexivity and Relationality. *Qualitative Health Research*, 11(2), 257-272.
- Janssen, P. A., Lee, S. K., Ryan, E. M., Etches, D. J., Farquharson, D. F., Peacock, D., et al. (2002). Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ*, 166(3), 315-323.
- Johnson, K. C., & Daviss, B.-A. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, 330(1416), 1-7.
- Jomeen, J. (2006). Choices for maternity care are they still "an illusion"? : A qualitative exploration of women's experiences in early pregnancy. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9 (Supplement 2), e191–e200.
- Levy, V. (1999). Maintaining equilibrium: a grounded theory study of the processes involved when women make informed choices during pregnancy. *Midwifery*, 15(2), 109-119.
- Lindgren, H., Hildingsson, I., & Rådestad, I. (2006). A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. *Midwifery* (22), 15–22.
- Linhart, M. (2009a). *Grounded Theory Einführung-Tag 1*. Unpublished manuscript, Wien.
- Linhart, M. (2009b). *Grounded Theory Einführung-Tag 2*. Unpublished manuscript, Wien.
- Linhart, M. (2009c). *Grounded Theory Einführung-Tag 3*. Unpublished manuscript, Wien.

- Lothian, J. A. (2006). Home Birth: The Wave of the Future? *Journal of Perinatal Education*, 15(3), 43-46.
- Loytved, C., & Wenzlaff, P. (2007). *Außerklinische Geburt in Deutschland: German Out-Of-Hospital Birth Study 2000-2004*. Bern: Huber.
- Madi, B. C., & Crow, R. (2003). A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery *Midwifery*(19), 328-336.
- Mander, R., & Melender, H.-L. (2009). Choice in maternity: rhetoric, reality and resistance. *Midwifery*, 25(6), 637-648
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (2. ed.). Wien: Facultas.
- Morison, S., Hauck, Y., Percival, P., & McMurray, A. (1998). Constructing a home birth environment through assuming control. *Midwifery*(14), 233-241.
- Morison, S., Percival, P., Hauck, Y., & McMurray, A. (1999). Birthing at home: the resolution of expectations. *Midwifery*(15), 32-39.
- Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the Safety of Home Birth. *Birth*, 24(1), 4-13.
- Olsen, O., & Jewell, D. (1998). Home versus hospital birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
- Österreichisches-Hebammengremium (2009). *Die außerklinische Geburtshilfe in Österreich: Bericht für die Jahre 2006 und 2007*. Wien: Österreichisches Hebammengremium.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, & Royal College of Midwives (2007). Home Birth- Joint statement No. 2. Retrieved from <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatementHomeBirths2007.pdf>
- Sjöblom, I., Nordström, B., & Edberg, A.-K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*(22), 348–355.
- StatistikAustria (2009). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008*. Wien.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Toepke, M. L., & Albers, L. L. (1995). Neonatal considerations when birth occurs at home. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40(6), 529-533.
- van der Hulst, L. A. M., van Teijlingen, E. R., Bonsel, G. J., Eskes, M., Birnie, E., & Bleker, O. P. (2007). Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery*, 23(3), 279–286.
- van der Hulst, L. A. M., van Teijlingen, E. R., Bonsel, G. J., Eskes, M., & Bleker, O. P. (2004). Does a Pregnant Woman's Intended Place of Birth Influence Her Attitudes Toward and Occurrence of Obstetric Interventions? *Birth*, 31(1), 28-33.
- VandeVusse, L. (1999). Decision Making in Analyses of Women's Birth Stories. *BIRTH*, 26(1), 43-50.
- Vedam, S. (2003). Home Birth versus Hospital Birth: Questioning the Quality of the Evidence on Safety. *Birth*, 30(1), 57-63.
- Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science & Medicine*, 52(7), 1109-1121.
- WHO (1997). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Genf: WHO.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: (Levy, 1999, p. 112)	21
Abbildung 2: (Levy, 1999, p. 111)	23
Abbildung 3: Geburtenzahl pro Frau	32
Abbildung 4: Geburten geordnet nach Geburtsort.....	32

Anhang 1: Einverständniserklärung



UNIVERSITÄT WIEN

INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE

mit dem Titel:

Entscheidungsprozess zur Hausgeburt

Untersucherin:

Anna Rath

XXXX
XXXX
XXXX

Betreuerin:

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)

XXXX
XXXX
XXXX

Studienzweck und Hintergrund

Frau Anna Rath führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung der Entscheidung zur Hausgeburt durch.

Sie sind gefragt worden an dieser Studie teilzunehmen, da Sie eine Hausgeburt hatten bzw. planen.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr ein bis zwei Stunden an einem für Sie angenehmen Ort, wie zum Beispiel in Ihrer Wohnung oder einem anderen Ort Ihrer Wahl mit Frau Rath treffen und zu bestimmten

Themenbereichen unterhalten. Dabei werden Ihnen einige Fragen zu Ihrer Entscheidung zur Hausgeburt gestellt, welche Sie ihr im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko/ Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jeder Zeit weigern eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Anna Rath,
Tel. 0676 4927816

Entscheidung zur Hausgeburt
Diplomarbeit

Seite 1

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Frau Rath jederzeit darum bitten das Tonband, für die Zeit der Beantwortung dieser Frage, auszuschalten. Sie wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz):

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich gehandhabt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Forscherin und Frau Rath werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben. Frau Rath wird das Interview transkribieren, das heißt sie wird alles was Sie ihr erzählt haben in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird sie jegliche Information, die Sie identifizieren könnte, aus dem Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht werden. Ihr Name wird nirgends im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung von Studienergebnissen. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschrank verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, dass in Zukunft, Frauen der Weg zur Hausgeburt erleichtert wird und sie besser und angemessener unterstützt werden können.

Kosten / Kostenerstattung:

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung:

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zu teil.

Fragen:

Die Studie wurde Ihnen von Frau Anna Rath erklärt, und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Frau Rath oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Anna Rath

XXXX
XXXX
XXXX

Dr. Monika Linhart

XXXX
XXXX
XXXX

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an diesem Forschungsprojekt teil zunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile.
Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Datum

Unterschrift der Untersucherin

Anhang 2: Interviewleitfaden (erste Version)

Wie waren Ihre Erfahrungen mit der Hausgeburt?

Was für Erfahrungen haben Sie bei Ihrer Hausgeburt gemacht?

Welche Erfahrungen haben Sie rund um die Hausgeburt gemacht?

Idee zur Hausgeburt

Wann kam dir das erste Mal die Idee einer Hausgeburt?

Ging dieser Gedanke von dir aus? Oder von deinem Partner oder anderen Bekannten oder Verwandten? Oder von den Medien? Oder gab es ein Erlebnis/ Ereignis, dass dich auf die Idee zur Hausgeburt brachte?

Wie ging es nach dieser ersten Idee weiter?

Was hast du getan?

Auseinandersetzung mit dem Thema Geburt

Wann hast du konkret damit begonnen, dich mit dem Thema Geburt auseinander zu setzen? Was ist dir wichtig bei der Geburt deines Kindes?

Was ist dir persönlich bei einer Geburt wichtig? Was eher nicht?

Krankenhausgeburt

Warum wolltest du keine Krankenhausgeburt? Was hätte dich gestört? Was hättest du gerne gehabt?

Was bedeutet für dich Hausgeburt

Was hast du damals mit dem Begriff „Hausgeburt“ assoziiert?

Was bedeutet für dich Hausgeburt? Was ist dir dabei wichtig?

Hausgeburten im Umfeld

Kennst du andere Frauen, die auch eine Hausgeburt hatten? Kanntest du diese auch schon vor der „Geburt der Idee“?

Hat dir das bei deiner Entscheidung geholfen? In welcher Hinsicht?

Partner und Hausgeburt

Wie hat dein Partner auf diese Idee reagiert? Hast du gleich mit ihm darüber gesprochen?

Was hat seine Reaktion bei dir ausgelöst? Hatte er einen Einfluss auf deine Entscheidung? Was hättest du getan, wenn er dagegen gewesen wäre?

Reaktionen im Umfeld

Mit wem hast du darüber gesprochen? Wie haben die Personen darauf reagiert?

Wie hat dein Umfeld auf deinen Wunsch reagiert? Wer hat dich unterstützt? Wie war das Feedback, das du bekommen hast? Gab es Personen, die dich umstimmen wollten? Was hast du ihnen gesagt? Was waren deine Argumente?

Hat sich die Meinung deines Umfeldes im Laufe der Schwangerschaft verändert?

Bist du auf Vorurteile/ Ammenmärchen/ Unverständnis/ Kritik usw. gestoßen? Wie bist du damit umgegangen?

Hast du deine Idee vor jemanden verheimlicht? Wie ging es dir damit? Wie fühltest du dich? Warum hast du deinen Wunsch verheimlicht?

Wo bzw. vom wem bist du in deiner Entscheidung bestärkt worden?

Einzel- oder Gruppenentscheidung

War es eine Einzel-entscheidung von dir? Oder eine Paar-entscheidung? Oder waren noch andere Personen an dieser Entscheidung beteiligt?

Informationssuche

War es dir wichtig Informationen zu haben? Wann hast du begonnen Informationen zur Hausgeburt zu suchen? Wo hast du dir Informationen besorgt?

Hat dir jemand geholfen?

Hast du genug Infos gefunden? War es schwierig an Informationen heranzukommen?

Was waren die nächsten Schritte?

Suche nach Alternativen

Gab es für dich Alternativen zur Hausgeburt? Standen sie von Anfang an fest? Oder hast du sie erst bei der Informationssuche entdeckt?

GynäkologIn und Hausgeburt?

Hast du es deinem/deiner GynäkologIn erzählt? Wie hat er/ sie darauf reagiert?

Was hat das bei dir ausgelöst? Wie hast du dich gefühlt? Wie bist du damit umgegangen?

Planung

Wann hast du konkret mit der Planung der Hausgeburt begonnen? Was war dir dabei wichtiger? Was weniger? Was hast du vorbereitet?

Hebamme

Wann hast du dir eine geeignete Hebamme gesucht? Wie war diese Suche? Hast du lange gebraucht um eine zu finden?

Wie war das erste Treffen mit deiner Hebamme? Was haben die Gespräche mit ihr bei dir ausgelöst?

Wie konnte sie dir helfen? Was blockierte dich?

Unsicherheit

Gab es Phasen, wo du dir nicht sicher warst, dass du die richtige Entscheidung getroffen hast? Wie bist du damit umgegangen? Bist du hin und her geschwankt bei deiner Entscheidung? Wann warst du dir unsicher? Warum warst du dir hier unsicher?

Was hat das bei dir ausgelöst? Was hast du dagegen getan?

Hilfsmittel

Gab es für dich irgendwelche Hilfsmittel, die dich bei deiner Entscheidung unterstützten (z.B. Pro-Contra-Listen, Bücher, Filme, Gespräche,...)?

Motivation

Warum wolltest du eine Hausgeburt? Was war deine Motivation? Hat sich diese im Laufe der Schwangerschaft verändert/ verstärkt/ vermindert?

Verlegung in Krankenhaus

Stand irgendwann einmal die Verlegung in ein Krankenhaus zur Debatte? Wann? Wie hast du dich dabei Gefühlt? Was löste die Vorstellung in ein Krankenhaus zu gehen bei dir aus? Wie fühltest du dich dabei?

Komplikationen

Traten irgendwann in der Schwangerschaft Komplikationen auf, die den Wunsch nach einer Hausgeburt gefährdet haben? Wie hast du das empfunden? Was hast du gefühlt? Wie war das für dich? Dachtest du an diesem Punkt wieder erneut über deine Wahl über den Geburtsort nach?

Anwesende Personen bei der Hausgeburt

Waren noch andere Personen bei der Hausgeburt anwesend? Wie waren deren Einstellungen zur Hausgeburt? Wann hast du sie ausgewählt? War das ein beeinflussender Faktor für dich um dich zur Hausgeburt zu entscheiden? Im Krankenhaus hätten sie ja wahrscheinlich nicht dabei sein können.

Rahmenbedingungen

Welche Rahmenbedingungen beeinflussten deine Wahl (bauliche, organisatorische, finanzielle.....)? Wie stark beeinflussten die deine Entscheidung?

Reflexion über die Entscheidung

Wie beurteilst du nun nach der Geburt deine Entscheidung? Wie zufrieden bist du mit der Entscheidung? Würdest du sich noch einmal so entscheiden?

Wo hättest du gerne mehr Unterstützung gehabt? Mit welchen Bereichen warst du zufrieden?

Von wem hättest du gerne mehr Unterstützung gehabt?

Wie waren die Reaktionen aus deinem Umfeld nach der Geburt? Konntest du „Hausgeburts-Gegner“ aus deinem Umfeld überzeugen?

Erwartungen erfüllt

Wurden deine Erwartungen erfüllt? Die Motive die du hattest um dich zur Hausgeburt zu entscheiden? Bist du mit irgendetwas unzufrieden? Könnte man es deiner Meinung nach in Zukunft verbessern? Wie?

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:	Anna Maria Rath, BSc geboren am 10.07.1986, in Wien österreichische Staatsbürgerin in einer Partnerschaft lebend Römisch katholisch	
Familie:	Robert Rath, Vater Andrea Rath, Mutter Lisa Rath, Schwester	
E-Mail:	anna_r@gmx.at	
Ausbildung:	2008- 2011	Studium der „Hebamme“ an der Fachhochschule Joanneum in Graz
	seit 2005	Studium der „Pflegerwissenschaften“ an der Universität Wien
	2000- 2005	Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik in Wien 10, sowie Zusatzausbildung zur Horterzieherin
	1996- 2000	Gymnasium Untere Bachgasse 8, Mödling
	1992-1996	Volkschule Wiener Neudorf
Zusatzqualifikationen:	Neonatal Live Support (Neugeborenen Reanimation) (London, 2012) Advanced Live Support in Obstetrics (Notfallmanagement in der Geburtshilfe) (London, 2012)	
Berufliches:	seit 2012	angestellte Hebamme im Croydon University Hospital, London (UK)
Publikationen:	Anna M., Rath (2012). Das abwartende Management beim vorzeitigen Blasensprung am Termin. <i>Die Hebamme</i> 25 (1) 29-33. Anna M., Rath (2012). Hebammengeleitete Schwangerenvorsorge im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen. <i>Die Hebamme</i> 25(4) 236-240.	
Vortragstätigkeit:	2011 Vollversammlung des Wiener Hebammengremiums 2011 Vollversammlung des Kärntner Hebammengremiums 2012 Fast Forward For You - FH Joanneum Graz	