



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

*„Die Entscheidung zur Hausgeburt als deviantes Verhalten - guter Start
oder unnötiges Risiko für Mutter und Kind?“*

Wie sich Frauen in Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt für eine Hausgeburt
entscheiden

Verfasserin

Magdalena Hoher, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, Juli 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt: Soziologie

Betreuer: Doz. Dr. Karl Krajcic

Dank

10 Jahre Soziologiestudium und 2 Kinder später finde auch ich endlich zu einem Abschluss. An dieser Stelle möchte ich jenen Menschen von Herzen danken die mich in dieser Lebensphase besonders unterstützt haben.

Meinen Eltern, dass sie mir das richtige Maß an Freiheit im Leben zur Verfügung gestellt, mich in meinen Interessen unterstützt und mir das Studieren ermöglicht haben.

Jakob für das „Freischaufeln“ von Wochenenden, deine Art die Dinge aus der richtigen Perspektive zu sehen und deine mentale Unterstützung in den unsicheren Momenten.

Meinem Vater und Carina für die unzähligen Stunden der Kinderbetreuung, ohne die ich noch immer nicht fertig wäre.

Maya und Oskar für die Erfahrungen ohne denen das Thema der vorliegenden Arbeit nicht von mir umgesetzt worden wäre und fürs schreiben lassen.

Meinem Betreuer Dr. Krajic für die Ausdauer während der langjährige Betreuung des für die Soziologie unüblichen Themas und das kritische Hinterfragen meiner Sichtweisen, mir ist bewusst dass es nicht immer leicht war.

Den befragten Frauen für ihre Bereitschaft zu Interviews - ihre Offenheit war maßgeblich für die Qualität der Ergebnisse.

Den Hebammen des Geburtshauses „von Anfang an“ für das Vermitteln der Kontakte.

Carina, Phillip, Elena, Ulli, Marina, Ghadi und Nick für das gewissenhafte Korrekturlesen und die konstruktiven Überarbeitungsvorschläge.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	9
1.1	Forschungsfrage, Forschungsinteresse und Erkenntnisziele	10
2	Theoretische Rahmung von Geburt und Schwangerschaft.....	14
2.1	Schwangerschaft und Geburt als Übergangspassage	14
2.2	Zugang der Philosophischen Anthropologie	16
2.3	Hausgeburt als Wahl zwischen Alternativen	18
2.4	Die Medikalisierung des weiblichen Körpers	24
2.4.1	Normierung	25
2.4.2	Pathologisierung	25
2.4.3	Regulierung	26
2.5	AkteurInnen im Medikalisierungsprozess	29
2.5.1	Die pharmazeutische und medizintechnische Industrie.....	29
2.5.2	Der Arzt/ die Ärztin	30
2.5.3	Die Patientinnen	33
3	Wandel von Schwangerschaft und Geburt.....	36
3.1	Historische Entwicklung der Geburtshilfe in Mitteleuropa.....	36
3.2	Die Verlagerung der Geburt ins Spital	37
3.3	Aktueller Diskurs über Schwangerschaft und Geburt	40
3.3.1	Risikoreduktion.....	40
3.3.2	„Re-Naturalisierung“	40
3.3.3	„Ritualisierung“	41
3.3.4	Natürlichkeit versus Risikoreduktion.....	42
3.3.5	Selbstbestimmung	42
3.4	Entwicklungen in der Eigengestaltung von Geburt.....	43
3.4.1	Geburt als dramatisches Ereignis im Leben.....	43
3.4.2	Projekt „Geburt“	45
4	Hausgeburt im internationalen Vergleich	47
4.1	Klinische Studien zum Thema Geburt	47
4.2	Internationale Ergebnisse zum Thema Hausgeburt	49
4.2.1	Der Ausnahmefall Niederlande	49
4.2.2	Hausgeburt und Sicherheit	50
4.3	Forschungsergebnisse von qualitativen Studien	53
5	Österreichischer Forschungskontext	58

5.1	Historische Entwicklung der Hausgeburt in Österreich	58
5.2	Studien zu österreichischen Hausgeburten	59
5.3	Rahmenbedingungen und finanzielle Kosten für eine Hausgeburt	60
5.4	Der Kontakt zur Hebamme	62
5.5	Die Position der Hebammen.....	63
6	Methodisches Forschungsdesign	65
6.1	Qualitative Sozialforschung	65
6.2	Beschreibung des Feldes und Feldzugang	66
6.3	Erhebungs- und Auswertungsmethoden	67
6.3.1	Leitfadeninterviews	67
6.3.2	Qualitative Inhaltsanalyse	68
6.3.2.1	Die inhaltliche Strukturierung	70
7	Ergebnisse	73
7.1	Persönliches Wissen und Fähigkeiten (Können)	73
7.1.1	Informationsquellen und Vorbereitung auf die Geburt	73
7.1.2	Intuition und Ängste	75
7.2	Persönliche Ziele und Präferenzen (Wollen)	75
7.2.1	Beeinflussung durch Risikodiskussion im sozialen Umfeld	76
7.2.2	Ideologische Überzeugungen	76
7.2.3	Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen	77
7.2.4	Selbstbestimmung	79
7.2.5	Wollen versus Realität	81
7.2.6	Abläufe und Infrastruktur im Spital versus eigene Wünsche	82
7.2.7	Einstellung zum schulmedizinischen System	82
7.3	Situative Infrastrukturen und Ressourcen (Möglichkeiten)	83
7.3.1	Möglichkeiten bei Hausgeburt versus andere Geburtsorte.....	83
7.3.2	Finanzieller Aufwand	84
7.3.3	Kontaktaufnahme mit der Hebamme.....	85
7.3.4	Absicherungsstrategien	85
7.4	Situative Werte und Normen (Sollen).....	86
7.4.1	Familial weitergegebene Präferenz	86
7.4.2	Auseinandersetzung mit dem privaten Umfeld	87
7.4.3	Auseinandersetzung mit dem medizinisch/ geburtshilflichen Umfeld	89
7.4.4	Risikoeinstufung in der Schwangerschaft	91
7.4.5	Sozialer Widerstand	92

7.4.6	Bilder von Geburt in der Gesellschaft	94
8	Reflexion des Forschungsverlaufs	98
9	Resümee	100
10	Anhang	103
10.1	Interviewleitfaden.....	103
10.2	Z-Regeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, Mayring (2010).....	105
11	Literaturverzeichnis	107
	Zusammenfassung	114
	Abstract.....	116
	Lebenslauf	118

1 Einleitung

Im Jahr 2012 sind in Österreich 78.952 Kinder lebend zu Welt gekommen, davon wurden 98,5% in Krankenhäusern entbunden. Ein geringer Prozentsatz von 1,5% der Kinder wurde an einem anderen Ort¹ zur Welt gebracht, das entspricht 1.199 Kindern. Von den knapp 1.200 Kindern wurden 2012 931 Kinder bzw. 1,18% der Lebendgeborenen in der Wohnung der Mutter geboren (vgl. Statistik Austria 2013a: 176). Innerhalb der Gesellschaft steht vor allem die (sinkende) Zahl der Lebendgeborenen in den westlichen Industrienationen im Mittelpunkt der Diskussionen. Das Thema der Geburt an sich, obgleich ein existentielles für die Gesellschaft, stellt innerhalb der Soziologie einen blinden Fleck dar, was möglicherweise mit der Einordnung von Geburt als „natürlichem“ biologischem Vorgang zu tun hat (vgl. Villa et al. 2011: 7). Der Vergleich mit den Zahlen aus den Niederlanden, 2004 haben dort 30% der Geburten zu Hause stattgefunden (vgl. EURO-PERISTAT 2008: 260), unterstreicht jedoch, dass die Entwicklung in Österreich zum Krankenhaus als fast ausschließlichem Geburtsort keine natürlich vorgegebene, sondern eine kulturell bzw. sozial geprägte Entwicklung darstellt. Die marginale Hausgeburtenrate ist in Österreich, wie auch in anderen westlichen Industrieländern, durch einen rasanten gesellschaftlichen Wandel zustande gekommen, welcher sich innerhalb weniger Jahrzehnte vollzogen hat. Waren Ende des 19. Jahrhunderts Hausgeburten noch die Regel, sind sie Mitte des 20. Jahrhunderts schon die klare Ausnahme. Die Entscheidung für eine Hausgeburt stellt in Österreich nicht die Norm dar und wird nicht gefördert, wenn nicht gar stigmatisiert. Die Ambivalenz gegenüber Hausgeburt wird in der Beschaffenheit der Diskussion rund um das Thema widerspiegelt, welche oftmals als normativer Diskurs geführt wird und stark polarisiert (vgl. Duden 1998; Walsh 2009; Nove et al. 2012). Deshalb steht die Hausgeburt als eine von der Gesellschaft deviant gesehene Entscheidung im Fokus der vorliegenden Masterarbeit. Da die Entscheidung für eine Hausgeburt auch positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind haben kann (vgl. Hollowell et al. 2011), kann diese deviante Wahl des Geburtsortes² jedoch auch als ein Gesundheitsförderungsaspekt interpretiert werden.

¹ Weitere Orte stellen dar: Entbindungsheim, die Wohnung der Mutter, die Wohnung der Hebamme, am Transport geboren und sonstiger Niederkunftsort.

² Der Begriff des „Geburtsorts“ wird in der vorliegenden Arbeit nicht nur als lokalisierbarer physischer Ort, sondern als Sammelsurium von Ansichten, Werthaltungen und damit verbunden auch Handlungen gefasst. Siehe dazu auch Kuntner (2000).

1.1 Forschungsfrage, Forschungsinteresse und Erkenntnisziele

Die Geburt eines Kindes stellt für die Eltern eine einprägsame und einzigartige Erfahrung dar, welche nicht nur als punktuellere Ereignis zu sehen ist, sondern als längerer Prozess. Eine Art der Ausgestaltung dieser Erfahrung, die geplante Hausgeburt nicht nur auf individueller Ebene, sondern aus soziologischer Perspektive zu beleuchten, ist Thema der vorliegenden Masterarbeit. Gerade in der soziologischen Fachliteratur findet sich jedoch wenig zum Phänomen Geburt. Noch seltener sind Beiträge zum Thema Hausgeburt zu finden, was durch deren marginales Vorkommen in den meisten westlichen Industrieländern in der Realität begründet sein kann.

Durch das Ausgesetztsein des weiblichen Körpers und die gesellschaftliche Kontrolle während der Schwangerschaft (bspw. in Form von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) stellt sich der Themenkomplex als wichtig für die Sozialwissenschaften dar und sollte nicht der medizinischen Forschung alleine überlassen werden. Vor allem das soziale Umfeld und die vorherrschenden Normen einer Gesellschaft tragen grundlegend zum Verständnis von Geburt und Geburtsorten bei (vgl. Duden 1998). Die statistischen Daten verdeutlichen, dass die Entscheidung für eine Hausgeburt in unserer Gesellschaft nicht mehr naheliegend ist. Innerhalb der Geburtsmedizin wird die Hausgeburt oftmals als unsichere und risikoreiche Entbindungsvariante dargestellt, trotz Studien die für niedrig Risikoschwangerschaften³ kein erhöhtes Risiko im perinatalen Outcome sehen (vgl. De Jonge et al. 2009; Johnson/ Daviss 2005). Wenn eine Handlungsalternative schon durch die vorliegenden sozialen Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Ansichten sehr unwahrscheinlich wird, stellt sich die Frage, warum sie trotz allem existent bleibt bzw. wie sich Einzelindividuen doch für diese Handlungsoption entscheiden. Wie kommen schwangere Frauen zu der Entscheidung eine geplante Hausgeburt durchzuführen? Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit einem Teilaspekt im Rahmen des Komplexes Geburt und untersucht die Forschungsfrage:

Wie entscheiden sich Frauen in Österreich in Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt für eine Hausgeburt?

Das „Wie“ bezieht sich auf die Einflüsse und Möglichkeiten, aber auch die Einschränkungen und Risiken, mit denen sich schwangere Frauen auseinandersetzen müssen, um zur Entscheidung für eine Hausgeburt zu kommen, da das eigene Zuhause ja meist nicht die konventionelle Umgebung in Österreich darstellt, um sein Kind zur

³ Niedrig Risikoschwangerschaften exkludieren hier: Geburten vor der 37. und nach der 42. Schwangerschaftswoche, Mehrlingsschwangerschaften, andere Geburtslagen des Kindes als Schädellage, vorangegangenen Kaiserschnitt, frühzeitiger Blasensprung ohne Wehen (mehr als 24 Stunden vor der Geburt), Totgeburten und Kinder mit angeborenen Missbildungen.

Welt zu bringen. Hierbei spielen die subjektiven Motivationen und Vorstellungen der Frauen eine Rolle, aber auch die Unterstützung bzw. der Widerstand, der vom sozialen Umfeld ausgeübt wird, ebenso wie die Möglichkeiten und Ressourcen, welche den Betroffenen zur Verfügung stehen. Das soziale Umfeld ist in diesem Zusammenhang als weitläufig zu betrachten; angefangen beim eigenen Partner und der (Groß)familie bis hin zum medizinischen und geburtshilflichen Fachpersonal⁴, welches während der Schwangerschaft durch die obligatorischen Vorsorgeuntersuchungen einen wichtigen Platz einnimmt. Auch Peergroup und freundschaftliche Beziehungen stellen einen bedeutenden Bezugspunkt bei der Auseinandersetzung mit dem gewünschten Entbindungsort dar.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde die vorliegende Arbeit folgendermaßen strukturiert:

Kapitel 2, der theoretische Rahmen dieser Arbeit, startet mit der ethnologischen Beschreibung von Geburt als „Übergangspassage“ nach Van Gennep (1999) und dem Ansatz der Philosophischen Anthropologie nach Plessner (1975), um sowohl die gesellschaftlichen Strukturen, als auch das Zusammenspiel von körperlichen und sozialen Aspekten genauer zu erfassen. Die Rituale und gesellschaftlichen Regeln innerhalb der unterschiedlichen Phasen bei Van Gennep sind für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, da diese Strukturen mit beeinflussen, ob die Wahl einer Hausgeburt potentiell in Frage kommt oder nicht. Die konzeptuelle Verknüpfung von Norm und Handeln, sowie das Spannungsfeld von Natur und Sozialem bei Plessner zeigen die Spielräume auf, welche die Hausgeburt als Handlungsebene möglich machen.

Für die Bearbeitung der Fragestellung wird unter Bezugnahme auf ein bei Pelikan und Halbmayr (1999) beschriebenes Modell zur Analyse von Handlungen Hausgeburt als Handlung in Folge von „persönlicher und situativer Möglichkeitsstruktur und Selektionskultur“ (Pelikan/ Halbmayr 1999: 18) analysiert. Die persönlichen sowie die in der Situation vorhandenen Möglichkeitsstrukturen, genauso wie die existierenden individuellen und situationsbezogene Selektionskulturen stellen Bedingungen für die Entscheidung für eine Hausgeburt dar und werden im Abschnitt 2.3 genauer erläutert.

Hausgeburt bringt das Thema Risikoschwangerschaft und -geburt mit sich. Da die Reduktion der Risiken für Mutter und Kind während der Geburt eines der Hauptargumente für die Verlagerung der Geburt ins Krankenhaus war, stellt sich die Frage, was als Risiko gesehen wird und wer dieses als solches definiert. Deswegen muss

⁴ An dieser Stelle beziehe ich mich auf GynäkologInnen genauso wie auf Hebammen, aber auch auf andere Personen, die im medizinischen Bereich tätig sind.

bei der Betrachtung von Hausgeburt die Medikalisierung des weiblichen Körpers als eine grundlegende Tendenz in der Medizin unterstrichen werden. Der Begriff der Medikalisierung beschreibt einen Prozess, der vormals „normale“ körperliche Zustände (oftmals in Umbruchsituationen) normiert, pathologisiert und im Anschluss reguliert. Dadurch wird klarer, welche Mechanismen eine einst normale Handlungsalternative zu abweichendem Verhalten innerhalb der Gesellschaft werden lassen können. Dabei nehmen die verschiedenen AkteurInnen⁵ mehr oder weniger machtvoll Positionen ein und werden mit unterschiedlichen Problemen konfrontiert, welche in einem weiteren Kapitel genauer erläutert werden.

Anschließend an den theoretischen Rahmen wird in Kapitel 3 der gesellschaftliche Wandel von Geburt und Schwangerschaft genauer erörtert. Um das Thema Hausgeburt zum heutigen Zeitpunkt besser verstehen zu können, wird zu Beginn die Entwicklung der Geburtshilfe in Mitteleuropa nachgezeichnet, welche darin mündete, dass in den meisten europäischen Ländern die Hausgeburtshilfe eine Ausnahmeerscheinung wurde. Erst durch diese geschichtliche Darstellung wird klar, welche gesellschaftlichen Mechanismen den medizinischen und sozialen Wandel beeinflusst haben. Dieser Wandel und die Medikalisierung innerhalb der Geburtshilfe hängen eng mit dem folgenden Abschnitt „Die Verlagerung der Geburt ins Spital“ zusammen, in welchem auf die Grundlagen eingegangen wird, durch die das Krankenhaus das eigene Zuhause als Geburtsort abgelöst hat. Neben der Verlagerung von Geburt ins Spital sind weitere Begriffe wie Risikoreduktion, „Re-Naturalisierung“, Ritualisierung und Selbstbestimmung von charakteristischer Bedeutung für die heutige Geburtshilfe. Mit dem Wandel der Geburtshilfe haben sich Gestaltungsmöglichkeiten ergeben, die historisch gesehen neu sind. Da die Kinderzahl in den westlichen Industrienationen immer weiter sinkt, wird die Geburt des einen Kindes oder der meist maximal zwei Kinder zu einem seltenen Erlebnis im Leben der Eltern, welches oftmals stilisiert oder auch als Projekt inszeniert wird. Diese Aspekte werden in den Abschnitten „Aktueller Diskurs über Schwangerschaft und Geburt“ und „Entwicklungen in der Eigengestaltung von Geburt“ genauer erörtert. Begriffe wie „Natürlichkeit“ und „Risiko“ werden gerade im Zusammenhang mit Hausgeburt häufig gebraucht und spielen oftmals eine wichtige Rolle bei der Ausgestaltung der Geburt des eigenen Kindes.

⁵ Um der genderneutralen Schreibweise gerecht zu werden, wurde bei fast allen Begriffen die Schreibweise mit Binnen-I gewählt, um den Lesefluss zu erleichtern. Zwei Bezeichnungen bilden hierbei die Ausnahme der Regel: bei den Begriffen Arzt/ Ärztin und Facharzt/ Fachärztin wurde auf die Schreibweise mit Schrägstrichen zurückgegriffen, da die Begriffe durch die Umlaute in der Pluralform nicht mit Binnen-I geschrieben werden können.

Die empirische Datenlage zum Thema Hausgeburt in Österreich ist sehr beschränkt. In Kapitel 4 wird deshalb vor allem auf internationale Studien Bezug genommen. Speziell das marginale Vorkommen von Hausgeburten sowie die grundlegende Problematik im Vorgehen von klinischen Studien zum Thema Geburt führen dazu, dass der Vergleich der Ergebnisse quantitativ angelegter Studien nur unter Vorbehalten möglich ist. Deshalb wird auch auf die Ergebnisse von qualitativen Studien mit teilweise kleineren Samplegrößen eingegangen. Um wieder den Bezug zur vorliegenden Arbeit herzustellen, werden die konkrete Lage und die Rahmenbedingungen für eine Hausgeburt in Österreich in Kapitel 5 beleuchtet, dabei wird auch die Position der Hebamme genauer beschrieben, da diese während der Planung und Durchführung der Hausgeburt eine Schlüsselrolle als Vermittlerin einnimmt.

Das Kapitel 6 geht detailliert auf die methodische Vorgehensweise ein, beginnend mit dem Forschungsfeld hin zur Erhebungs- sowie Auswertungsmethode. Die Leitfadeninterviews wurden mit Frauen durchgeführt, bei denen die Geburt ihres Kindes zum Zeitpunkt des Interviews nicht länger als ein Jahr zurückgelegen ist. Diese Aufzeichnungen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (1990; 2010) ausgewertet und die Ergebnisse in Bezug zur bisherigen Forschung, sowie zu den eigenen Arbeitsthese gestellt.

Die Ergebnisse der Auswertungen werden in Kapitel 7 entsprechend dem Konzept von Pelikan und Halbmayr (1999) den vier Kategorien persönliches Wissen und Fähigkeiten (Können), persönliche Ziele und Präferenzen (Wollen), situative Infrastrukturen und Ressourcen (Möglichkeiten) und situative Werte und Normen (Sollen) zugeordnet. Dabei werden die Ergebnisse in Bezug zur Theorie gestellt.

In Kapitel 8 wird der Forschungsverlauf, das methodische Vorgehen und die Ergebnisse reflektiert. Abschließend werden in Kapitel 9 die Ergebnisse kritisch hinterfragt und die offen gebliebenen Fragen innerhalb der vorliegenden Masterarbeit aufgezeigt.

2 Theoretische Rahmung von Geburt und Schwangerschaft

Die Frage, wie sich Frauen in Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt noch oder wieder für eine Hausgeburt entscheiden, kann erst genauer erörtert werden, wenn Geburt im Allgemeinen genauer beleuchtet wird, und somit der Themenkomplex eine Rahmung auf Metaebene bekommt. Um Geburt in einen sozialwissenschaftlichen Erkenntniszusammenhang zu stellen, werden zu Beginn die Ansätze von Van Gennep (1999) und Plessner (1975) genauer beschrieben; Ersterer Ansatz dient vor allem der theoretischen Einbettung von gesellschaftlichen Funktionen während Schwangerschaft und Geburt, welche kulturell und sozial geprägt sind. Gleichzeitig stellen Geburten jedoch ein körperliches Ereignis dar, das nicht alleine durch sozio-kulturelle Aspekte zu erklären ist. Daher wird der Blickwinkel durch den Ansatz der Philosophischen Anthropologie erweitert, welcher die Geburt stärker in den Zusammenhang von Norm und Handeln stellt und als physiologisches Ereignis erfasst, das durch das soziale Handeln des Menschen innerhalb der Normen ausgehandelt wird. Diese theoretischen Ansätze machen deutlich, dass es sich bei der Geburt von Kindern nicht um ein punktuelles Ereignis in der menschlichen Biografie handelt, sondern diese Erfahrung in soziale Handlungen und Riten eingebettet ist und sich über den physiologischen Vorgang der Geburt hinweg erstreckt. Anschließend wird durch den Ansatz von Pelikan und Halbmayer (1999) Hausgeburt in den Kontext der Auswahl zwischen verschiedenen Handlungsalternativen gestellt, wobei sowohl das persönliche als auch das situative Moment der Entscheidung für eine Hausgeburt genauer erörtert werden. Zum Schluss wird das Thema Medikalisierung und ihre AkteurInnen beschrieben, um grundlegende gesellschaftliche Tendenzen innerhalb des Gesundheitswesens auf die Geburtshilfe umzulegen.

2.1 Schwangerschaft und Geburt als Übergangspassage

Van Gennep befasste sich bereits zum Zeitpunkt der beginnenden Medikalisierung bzw. dem Rückgang der Hausgeburten in den westlichen Gesellschaften theoretisch mit dem Thema Schwangerschaft. Die Aktualität seines Ansatzes zeigt sich darin, dass die von ihm aufgezeigten Rituale in der Auseinandersetzung mit „Bio-psycho-sozialen Prozessen“ (Nadig 2011: 39) von grundlegender Bedeutung sind, da auf Van Genneps Erkenntnissen aufgebaut wird (vgl. Nadig 2011). Van Gennep beschreibt in seinem erstmals 1908 veröffentlichten Buch „Les rites de passage“ (dt. „Übergangsriten“) Schwangerschaft und Geburt als einen Lebensübergang, welcher mithilfe von Ritualen

bewältigt wird. Dabei unterteilt er drei Abschnitte, welche der Reihe nach durchlaufen werden und je nach Kultur und Gesellschaft mit unterschiedlichen Ritualen verbunden sind. In den verschiedenen Passagen wird immer wieder die Hilfe von VermittlerInnen (im Falle der Geburt kommt diese Rolle der Hebamme zu) in Anspruch genommen. Im Folgenden werden die drei Abschnitte auf das konkrete Beispiel der Geburt und Schwangerschaft hin beschrieben, Van Gennep beschreibt diese Rituale für verschiedene Übergangspassagen in unterschiedlichen Lebenslagen.

1. *Abtrennungsrituale* („*rites de séparation*“), welche die werdende Mutter von der sonstigen sozialen Gemeinschaft trennen und ihr eine neue Position bzw. Rolle zuweisen. In unserer Gesellschaft wird dies beispielsweise durch Verbote der Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel ersichtlich. Aber auch die sonstige Lebensführung wird mit gewissen Ver- und Geboten für die schwangere Frau belegt (vgl. Van Gennep 1999: 47ff).
2. Anschließend führen *Schwellen- oder Umwandlungsrituale* („*rites de marge*“) durch die liminale Phase, die Geburt. Turner konnte im Anschluss an Van Gennep aufzeigen, dass in dieser Phase vor allem „Anti-Struktur“ und Mehrdeutigkeit zum Tragen kommen. Die gebärenden Frauen werden zu Grenzgängerinnen, welche sich in eine Situation begeben, die sowohl als anziehend, als auch als riskant angesehen wird (Turner 1989: 95f).
„*Schwellenwesen sind weder hier noch da; sie sind weder das eine noch das andere, sondern befinden sich zwischen den vom Gesetz, der Tradition, der Konvention und dem Zeremonial fixierten Positionen.*“ (Turner 1989: 95).
Beim Durchleben dieser Phase sind sogenannte „Communitas“ von großer Bedeutung. Diese Gruppen von Menschen, welche sich in Schwellenzuständen formieren, zeichnen sich im Gegensatz zur herkömmlichen Gesellschaftsstruktur durch verstärkte Unstrukturiertheit bzw. Undifferenziertheit aus (vgl. Turner 1989: 96f).
3. Durch *Angliederungsrituale* („*rites d'agrégation*“) wie die Wochenbettzeit in unserer Gesellschaft werden die Mutter und das Neugeborene wieder in die bestehende Gemeinschaft eingegliedert und dadurch die symbolische Ordnung wiederhergestellt. Auch die Taufe oder ähnliche religiöse Riten können in diesem Kontext als wichtige Rituale gesehen werden. Mit Hilfe dieser Bräuche wird auch die familiäre Konstituierung gefestigt, welche vor allem beim ersten Kind eine wichtige Rolle spielt.
(vgl. Van Gennep 1999: 47ff)

Bei allen Übergangsritualen ist es wichtig, dass die beteiligten Personen an deren Wirksamkeit und Richtigkeit glauben. Dieser Glaube kann Erfahrungen manchmal erst zugänglich machen bzw. zu neuen Werten und Kategorien führen (vgl. Villa et al. 2011: 10).

Van Gennep verdeutlicht eindringlich die Kontrollfunktion, Exklusion und teilweise Stigmatisierung der schwangeren Frau sowie die Ritualisierung von Geburt. Geburt und Schwangerschaft stellen gesellschaftliche Prozesse dar, die in ihren Abläufen nicht rein natürlich vorgegeben sind, sondern durch vorherrschende gesellschaftliche Normen geprägt werden. Somit stellt sich die Frage, wie einzelne Frauen trotz der vorherrschenden Meinung des Spitals als geeignetem Geburtsort zum Entschluss kommen, selbst eine Hausgeburt vorzuziehen. Das Zusammenspiel von Handeln und Norm macht nun im folgenden Kapitel die Philosophische Anthropologie deutlich.

2.2 Zugang der Philosophischen Anthropologie

Durch Van Gennep werden vor allem die sozialen Regeln und Rituale in Bezug auf Geburt thematisiert, doch stellen Geburt und Schwangerschaft gleichzeitig auch einen körperlichen Ausnahmezustand dar. Obwohl es aus soziologischer Sicht ungewöhnlich erscheinen mag, muss in Bezug auf den Geburtsvorgang auch dieser körperliche biologische Aspekt in die Betrachtung mit einbezogen werden, da es sich bei Geburten immer auch um einen physischen Vorgang handelt. Das bedeutet nicht, dass damit die „Legitimation des Biologischen“ Einzug halten kann, sondern es soll darauf hingewiesen werden, dass die Erfahrungen des Menschen zur gleichen Zeit physisch, psychisch, sozial sowie lokal geprägt sind. Die Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Faktoren soll den Blickwinkel von alltäglichen Geschlechterstereotypen auf die Erklärung von unterschiedlichen Verhaltensweisen durch eben diese vielfältigen Einflüsse schärfen und klarmachen, dass Geburt weder als rein physiologisches noch als rein sozial geprägtes Ereignis zu deuten ist (vgl. Nadig 2011: 41). Weiters ermöglicht das Grundverständnis der Philosophischen Anthropologie einen guten Einblick in das Zusammenspiel von Norm und Handeln, wobei Plessner einen Schwerpunkt auf den Handlungsaspekt setzt (vgl. Kröll 2009: 108f).

Die Denkrichtung der Philosophischen Anthropologie versucht durch Anknüpfung an die Evolutionsbiologie in Verbindung mit sozialen Aspekten des menschlichen Lebens den Brückenschlag zwischen „Natürlichkeit“ und „Sozialem“ zu schaffen (vgl. Fischer 2011: 28). Zentral ist der von Plessner geprägte Begriff der *exzentrischen Positionalität* (Plessner 1975: 288ff). Mit dem Begriff der Positionalität bezeichnet Plessner die allen

Lebewesen gemeine Tatsache des *Gesetzseins* innerhalb bestimmter Grenzen in einer Umwelt. Mit dieser Umwelt stehen die Lebewesen in Kontakt, dabei wird zwischen *offener* (Pflanzen) und *geschlossener* Positionalität (Tiere) unterschieden. Pflanzen und Tiere werden weiters bei Plessner der *konzentrischen Positionalität* zugeordnet, welche über ihre Sinnesorgane innerhalb der Umwelt agieren. Der Mensch hingegen ist laut Plessner positional dem Leben ausgesetzt, gleichzeitig aber in Abstand dazu exzentrisch versetzt (vgl. Fischer 2011: 28f). Die Positionalität existiert nicht einfach als Gegebenheit und Eigenschaft des Menschen, sie entsteht erst durch einen „Vollzug oder eine Setzung“ (Plessner 1975: 290). Gleichzeitig können Menschen diese Positionalität auch nicht verlassen, sondern „müssen diese Spannung durch eigene Setzungen, Konstruktionen ausbalancieren, stabilisieren und zum Ausdruck bringen“ (Fischer 2011: 29).

Die Menschen sind nach Plessner zum Handeln gezwungen. Durch die Setzungen, welche von den Entscheidungen des/ der jeweiligen AkteurIn abhängig sind, kommt jedoch ein soziales Moment in die Theorie, da diese nicht natürlich vorgegeben sind, sondern vom Menschen getätigt werden und soziale Handlungen darstellen. Die Abwesenheit des Zwangs, durch die Instinkte geleitet zu werden, führt dazu, dass dem Menschen ein größerer Handlungsspielraum zur Verfügung steht, welcher kreativ und individuell ausgestaltet werden kann. Diese Formung entsteht innerhalb des Wechselspiels von Handeln und Norm sowie Interaktion und Kommunikation, dadurch werden Symbolwelten neu geschaffen, wie schon vorhandene auch bestätigt (vgl. Kröll 2009: 115ff).

Fischer sieht in der Begrifflichkeit des *Gesetzseins* ein grundlegendes Merkmal von Schwangerschaft und Geburt wiedergegeben. Die seiner Meinung nach ein sehr passives Element miteinschließen, da es sich um Prozesse handelt, die eine Verselbstständigung des Körpers beinhalten und trotzdem als sinnhaft erfahren werden. Begriffe wie jene des „doings“ und des „Handelns“ stellen sich an dieser Stelle seiner Meinung nach als nicht treffend heraus, da bei der Geburt vor allem eine abwartende Haltung eingenommen wird (vgl. Fischer 2011: 29f). Es ist aber wichtig festzuhalten, dass die jeder Gesellschaft eigenen Geburtsrituale zusätzlich die Geburt als soziales Ereignis formen und prägen (vgl. Nadig 2011: 41).

Die Prozesse, die in der Tierwelt durch Instinkte geregelt werden, sind beim Menschen durch die kulturspezifischen sozialen Normen, welche im Laufe des Lebens erlernt werden, gekennzeichnet. Beim Menschen kompensieren die sozialen Normen und deren Anwendung durch Handlungen die Minimierung der Instinktsteuerung, wodurch das

menschliche Verhalten einen größeren Handlungsspielraum und mehr Variationsbreite aufweist; menschliches Handeln ist nicht natürlich vorgegeben, wie weiter oben schon erläutert, sondern kann aktiv verändert und gestaltet werden (vgl. Kröll 2009: 110ff).

Die Schwierigkeit im Erkennen von und des Umgangs mit sozialen Normen zeigt sich, wenn diese als natürlich gegeben erachtet werden, und ihr sozialer Charakter verkannt wird. Da soziale Normen über Generationen hinweg weitergegeben werden, neigt die Gesellschaft dazu, diese als Naturgesetze anzusehen: „Sie gewinnen Geltungsmacht über die Individuen“ (Kröll 2009: 114). Gerade die in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt stark hervortretende Dualität von Körper und Sozialem stellt eine große Herausforderung für die Sozialwissenschaften dar. Die Praxis, dass die biologischen Ähnlichkeiten von Geburt und Schwangerschaft auf körperlicher Ebene über gesellschaftliche Grenzen hinweg auf verschiedene Weise wahrgenommen und interpretiert werden, deutet darauf hin, dass sowohl die physiologischen Aspekte als auch die soziale Interpretation von Schwangerschaft und Geburt eine wichtige Rolle spielen. Und so soll der Versuch unternommen werden „das ernstzunehmen, was unabweislich in der sozialen Praxis vorhanden ist, die körperhafte Natur der Subjektivität“ (Nadig 2011: 41) und damit eine umfassendere Analyse von körperlichem Prozess und sozialer Praxis zu erlangen.

Durch die hier beschriebenen theoretischen Ausführungen wird deutlich, dass der Mensch sich mit einem Spannungsfeld von Sozialem/Normen und Natur/Körperlichkeit auseinandersetzen muss, was im Fall einer Schwangerschaft und Geburt verstärkt zum Tragen kommt.

In einem nächsten Schritt wird der Frage nachgegangen, wie dieses Phänomen die Entscheidung von Frauen beeinflussen. Deshalb muss an dieser Stelle expliziert werden, wie Entscheidungen zustande kommen, wenn es mehrere Alternativen gibt.

2.3 Hausgeburt als Wahl zwischen Alternativen

Die Beschäftigung mit der Frage nach dem Geburtsort von Kindern zeigt, dass es sich um eine Entscheidung zwischen verschiedenen Optionen handelt, da die Spitalsgeburt nicht natürlich vorgegeben ist. Die empirischen Daten zeigen, dass nur noch ein verschwindend geringer Prozentsatz von Frauen in Österreich sich zu einer Hausgeburt entschließt und machen dadurch deutlich, dass die Hausgeburt nicht unbedingt die offensichtlichste Wahl darstellt, und dennoch stellt sie rein hypothetisch eine von mehreren Optionen für eine schwangere Frau dar. Mittels der theoretischen Herangehensweise von Pelikan und Halbmayer wird Hausgeburt als mögliche

Handlungsalternative sichtbar und für diese Masterarbeit auf Mikroebene analysierbar. Besonders durch das Thematisieren des Spannungsverhältnisses gesellschaftlicher Normen und subjektiver Präferenzen und Möglichkeiten einer Frau bietet sich das Konzept von Pelikan und Halbmayer (1999) als theoretische Grundlage für diese Masterarbeit an.

Die Basis für das Konzept stellen der Rational-Choice Ansatz nach James Coleman und die Feldtheorie nach Kurt Lewin dar. Coleman vertritt in seiner theoretischen Konstruktion die Meinung, dass Menschen das Recht auf die Kontrolle der eigenen Handlungen auf andere AkteurInnen übertragen. Die Personen orientieren sich an den Vorstellungen und Erwartungen anderer, geben jedoch nicht gänzlich die eigenen Ansichten auf (vgl. Schneider 2005: 147f). An der theoretischen Herangehensweise von Lewin ist charakteristisch, dass er das Verhalten einer Person als Funktion eines Feldes sieht, welches aus einer konkreten Situation entsteht und durch die Vergangenheit beeinflusst wird. Die Umgebung und deren konkrete Ausformung wirken je nach den Wünschen und Erwartungen der individuellen AkteurInnen auf das Verhalten ein (vgl. Bongaerts 2008: 83f).

Pelikan und Halbmayer (1999) beschreiben in ihrem Ansatz, dass das Verhalten von Personen durch das Zusammenspiel von persönlichen und situativen Aspekten zustande kommt. Durch die Kombination der Definition von Lewin („Verhalten ist eine Funktion von Person und Situation $V=f(P, S)$ “) und der Theorie James Colemans zum kollektiven Handeln kommen Pelikan und Halbmayer zu einem Erklärungsschema, welches zu begründen versucht, wie bestimmte Handlungsoptionen wahrscheinlicher werden. Dabei werden von den Autoren „Möglichkeitsstrukturen, die bestimmte Handlungsoptionen ermöglichen/zulassen, von Präferenzstrukturen, die die Auswahl bestimmter aus allen möglichen Optionen determinieren“ (Pelikan/ Halbmayer 1999: 18) unterschieden.

<i>Verhalten/Handeln einer Person hängt ab von</i>	Möglichkeitsstruktur	Selektionskultur
Person	Persönliches Wissen und Fähigkeiten (Können)	Persönliche Ziele und Präferenzen (Wollen)
Situation	Situative Infrastrukturen und Ressourcen (Möglichkeiten)	Situative Werte und Normen* (Sollen)

*mit entsprechenden positiven Incentives bzw. negativen Sanktionen (Pelikan/ Halbmayer 1999: 19)

Die Autoren verstehen Handeln nicht als einen punktuellen Aspekt von diesen vier Faktoren, sondern als wechselhaftes Zusammenspiel aller vier Zellen, wobei sich diese nicht linear beeinflussen, sondern als komplexer Zusammenhang begriffen werden müssen. Weiters sind die verschiedenen Faktoren auch einem zeitlichen Wandel unterworfen und können sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Pelikan/ Halbmayr 1999: 18).

Die Steuerung von Gesundheit bzw. Krankheit wird von Pelikan und Halbmayr vor allem an der Schnittstelle zwischen Person und Situation gesehen und stellt sich eher als unbeabsichtigtes Nebenprodukt des Verhaltens ein. Erst in zweiter Instanz kann durch die Vermittlung und das bewusste Handeln innerhalb des Gesundheitssystems (z.B. Spital, ÄrztInnen etc.) die Entstehung/Erhaltung von Gesundheit und Vermeidung von Krankheit beeinflusst werden. Festzuhalten ist, dass die Bewahrung bzw. Förderung von Gesundheit nicht durch eine singuläre Maßnahme erreicht werden kann. Vielmehr kann der Versuch gestartet werden, das Handeln der betroffenen Personen durch Einwirken auf die vier oben angeführten Aspekte zu verändern (vgl. Pelikan/ Halbmayr 1999: 19).

Ob und inwieweit ein spezielles Angebot innerhalb des Gesundheitssystems von den relevanten Personen angenommen wird, hängt wiederum von unterschiedlichen Faktoren ab. Unter anderem muss der Leidensdruck groß genug sein und die Vorteile die Kosten für den betroffenen Menschen überwiegen. Die Kosten können gesellschaftspolitisch beeinflusst werden (wie sich am Beispiel Hausgeburt deutlich zeigt⁶). Eine weitere Möglichkeit der Beeinflussung stellen gesetzliche Vorschriften dar, wobei ihre Effektivität vor allem davon abhängt, dass entweder genügend positive Anreize vorhanden sind oder eine starke soziale Kontrolle durch negative Sanktionen ausgeübt wird (vgl. Pelikan/ Halbmayr 1999: 22).

Durch diesen Ansatz wird Hausgeburt als eine mögliche Option unter mehreren Handlungsalternativen sichtbar gemacht. Frauen müssen in erster Instanz wissen, dass Hausgeburt eine Möglichkeit der Entbindungsform darstellt. Erst durch dieses Bewusstsein kann die Handlung eine Option werden. Dabei ist das soziale Umfeld von großer Bedeutung; kennen die werdenden Eltern andere Personen, die ihr Kind zur Hause zur Welt gebracht haben, steigt die Wahrscheinlichkeit, das Kind selbst auch zu Hause zu gebären. In diesem Zusammenhang kann man von einer eigenen Vorstellungs- und Handlungskultur der Hausgeburt sprechen, welche durch die Hausgeburtselftern

⁶ Siehe dazu genauer den Absatz „Rahmenbedingungen und finanzielle Kosten für eine Hausgeburt“.

weitergegeben wird und die Geburt in einen eigenen, von der Gesellschaft nicht mehrheitlich geteilten, Kontext stellt. Auch die Unterstützung bzw. die prinzipielle Akzeptanz der Gesellschaft spielt eine wichtige Rolle, da zum Beispiel GynäkologInnen und die durch sie vertretene Meinung einen starken Einfluss auf die Ansichten der werdenden Mütter (und Väter) haben. Werden bei Vorsorgeuntersuchungen vor allem die Risiken der Geburt und Schwangerschaft betont, wird auf diesem Weg die Hausgeburt als Option unwahrscheinlicher gemacht. Weiters muss eine Infrastruktur gegeben sein, welche eine Hausgeburt durchführbar macht. In manchen Teilen Österreichs gibt es Engpässe bei der Betreuung durch Hebammen, welche Hausgeburten begleiten. Auf persönlicher Ebene stellen die eigene Einstellung und das Wollen einflussreiche Faktoren dar; fühlt sich eine Frau zu Hause beispielsweise nicht sicher bzw. wohl, wird die Hausgeburt keine relevante Alternative für sie darstellen. Die unterschiedlichen Einflussfaktoren werden zur Beantwortung der Forschungsfrage folgendermaßen eingeteilt:

1) „*persönliches Wissen und Fähigkeiten (Können)*“

- Informieren sich die Frauen/ Paare im Vorhinein? Und wenn ja, woher beziehen sie die Informationen? Es stellt sich als sehr wichtig dar, genau zu beobachten, welche Art von Informationsquellen für die Entscheidung von z.B. Kaiserschnitt oder Vaginalgeburt als ausschlaggebend betrachtet wird (vgl. Beckett 2005: 269, zit. nach Walsh 2009: 496).
- In Zusammenhang mit der oben angeführten Art des Wissensbezuges steht auch die Frage, ob bzw. wie Risiken und Möglichkeiten von den verschiedenen Geburtsorten in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden? Welche Risiken und Möglichkeiten werden in Zusammenhang mit Hausgeburt gebracht, und auf welchem Fundament steht dieses Wissen?
- Weiters ist von Interesse, ob die befragten Frauen Angst vor der Geburt und deren Komplikationen im Allgemeinen haben.

2) „*persönliche Ziele und Präferenzen (Wollen)*“

- Stellt die Diskussion über mögliche Risiken (in der Schwangerschaft und während der Geburt) einen Einflussfaktor für die Frauen dar?
- Stellen die eigenen ideologischen Überzeugungen (z.B. ob sich eine Frau selbst als Individualistin oder Konformistin sieht) einen in ihren Augen zu erfüllenden

Maßstab dar? Wie gehen die Frauen mit den an sie herangetragenen und den selbst gestellten Ansprüchen um?

- Hat die Frau im Vorfeld konkrete Vorstellungen und Wünsche zum Ablauf der Geburt? Wird an die Geburt mit einer bestimmten Erwartungshaltung herangegangen?
- Setzt die Frau ihre Wünsche und Vorstellungen zum Ablauf der Geburt auch um?
- Entsprechen die Erwartungen und Wünsche der Frau der erlebten Realität bei der Geburt/ den Geburten? Werden die eigenen durchgesetzten Vorstellungen in der Realität als positive Erfahrung durch die Frau gewertet, oder haben sich bestimmte Vorstellungen in Bezug auf den Geburtsablauf als negatives Erlebnis während der Geburt herausgestellt?
- Kollidieren die eigenen Vorstellungen über den Ablauf der Geburt mit den Routinen im Krankenhaus, und wird dadurch die Hausgeburt als Präferenz gestärkt? Werden die eigenen Wünsche und Vorstellungen zum Ablauf der Geburt durch die Frauen als wichtiger eingestuft als die Anpassung an die Norm „Spitalsgeburt“?
- Wird eine allgemeine Abneigung gegenüber dem System „Krankenhaus“ bzw. eine Abneigung gegenüber Ärzten/ Ärztinnen von den Frauen thematisiert? Handelt es sich bei der Entscheidung für eine Hausgeburt um eine gezielt abwehrende Reaktion gegenüber der Norm des Gesundheitssystems?

3) „*situative Infrastrukturen und Ressourcen (Möglichkeiten)*“

- Sind die im Spital vorhandenen technischen Möglichkeiten und die Art der Betreuung ein Einflussfaktor für die Entscheidung für die Hausgeburt gewesen? Wird möglicherweise erst durch das Kennenlernen einer Geburtsstation in einem Krankenhaus die Option einer Hausgeburt wahrscheinlicher?
- Welchen Einfluss hat die finanzielle Lage bzw. das Vorhandensein von finanziellen Ressourcen der werdenden Eltern?⁷

⁷ Die Durchführung einer Hausgeburt ist mit finanziellen Kosten verbunden, welche zwar zu einem Teil rückerstattet werden, jedoch von den werdenden Eltern zuerst selbst ausgelegt werden müssen.

- Hat die Frau eine frühe oder späte Kontaktaufnahme mit der Hebamme?⁸

4) „situative Werte und Normen (Sollen)“

- Gibt es so etwas wie eine familiär geprägte Präferenz für die Wahl des Geburtsortes? Wird die Wahl einer Hausgeburt wahrscheinlicher, wenn beispielsweise die eigene Mutter oder eine andere Frau in der näheren Verwandtschaft eine Hausgeburt gemacht hat?
- Wird der Vater des Kindes/ Partner/ Ehemann und das soziale Umfeld (Familie, Freunde, Bezugspersonen etc.) in den Entscheidungsprozess mit einbezogen und wenn ja, wie?⁹
- Werden die Frauen von ihrer Frauenärztin/ ihrem Frauenarzt oder ihrer Hebamme bei der Wahl des Geburtsortes beeinflusst (positiv wie negativ)?¹⁰
- Hat es eine Risikoeinstufung der Schwangerschaft durch den/ die Facharzt/ Fachärztin gegeben (wenn ja, welcher Art), oder war es eine Schwangerschaft mit „normalem“/ komplikationslosem Verlauf?
- Bekommt die Frau Widerstand oder Unterstützung vom sozialen Umfeld zu spüren, und wie geht sie damit um?¹¹
- Gibt es eine Annahme über den gesellschaftlich erwünschten Geburtsort von Seiten der Frauen?¹²
- Nehmen die Frauen ein dominierendes kulturelles Klima in der sozialen Umwelt wahr, welches die Entscheidung für den Geburtsort beeinflusst?

Wichtig ist zu beachten, dass die Einteilung der einzelnen Einflussfaktoren unter den Theoriekategorien nicht immer trennscharf möglich ist, und diese durchaus auch zwei oder mehr Kategorien zugeordnet werden können. Somit stellt die getroffene Einteilung eine von mehreren subjektiven Möglichkeiten dar. Ziel der Erhebung ist es,

⁸ Der Blick auf die Geburt, welcher sich durch den Hebammenberuf ergibt, unterscheidet sich grundlegend von dem der meisten Gynäkologinnen, welche Schwangerschaft und Entbindung oftmals als Risiko wahrnehmen und Hausgeburten als unnötige Gefahr für Mutter und Kind einstufen.

⁹ Die Familie, aber auch Freunde und Bekannte können die eigene Entscheidung positiv oder negativ beeinflussen.

¹⁰ Auch die Einstellung der Fachärztin/ des Facharztes kann bei den Kontrollbesuchen einen Einfluss auf die Entscheidung der Frauen haben.

¹¹ Wie weiter unten beschrieben, hat sich in der schwedischen Untersuchung von Sjöblom et al. (2011) gezeigt, dass die Frauen sich den gegenläufigen Meinungen entzogen haben und im Gegenzug die Bestätigung bei Gleichgesinnten gesucht haben.

¹² Da in Österreich nur ein verschwindend geringer Prozentsatz der Kinder zu Hause auf die Welt kommt, kann davon ausgegangen werden, dass die Spitalsgeburt als vorherrschende Normalität wahrgenommen wird, was die Wahl der Hausgeburt wiederum unwahrscheinlicher macht.

eine genauere Beschreibung der Entscheidungsprozesse der Frauen und der dabei involvierten Faktoren zu liefern. Das hier vorgestellte Konzept von Pelikan und Halbmayr dient in der empirischen Auswertung der beeinflussenden Faktoren als Grundlage zur systematischen Ordnung der Ergebnisse sowie zur Zuordnung der Leitfragen bei den Interviews.

Bevor an dieser Stelle auf genauere Aspekte der Hausgeburt eingegangen wird, stellt es sich als wichtig dar, die Strukturen, welche die Handlungen innerhalb des Gesundheitssystems mit beeinflussen, genauer zu beleuchten. Dabei ist die Art des Umgangs mit und der Zugang zu Wissen von fundamentaler Bedeutung. Das Wissen oder auch nicht (vorhandene) Wissen, das unser Handeln beeinflusst bzw. erst möglich macht, kann in Verbindung mit der Handlungsfreiheit der Einzelindividuen der Gesellschaft gesetzt werden. Gerade in Bezug auf ein Thema, welches vor allem Frauen betrifft, stellt der Medialisierungsprozess auf struktureller Ebene einen wichtigen Faktor dar, da dieser starken Einfluss auf die Handlungsfreiheit der Akteurinnen ausübt.

2.4 Die Medikalisierung des weiblichen Körpers

Gerade im Gesundheitswesen und der Medizin gibt es nicht konstant „eine richtige“ Handlungsmöglichkeit, da physiologische Vorgänge des menschlichen Körpers nicht immer rein linear zu betrachten sind. Nicht immer führt ein festgestellter Parameter A zu Problem B. Auch die Behandlung unterschiedlicher PatientInnen stellt die Medizin immer wieder vor Herausforderungen, während PatientIn X ein Medikament gut verträgt, kann dasselbe Präparat für PatientIn Y negative Nebenwirkungen zeigen. Dadurch wird oftmals verdeckt, dass die vorherrschende Ansicht und auch Behandlungsweise nur eine Möglichkeit unter mehreren darstellt. Anhand der Geburtshilfe wird in der vorliegenden Arbeit der schrittweise Prozess von Normierung, Pathologisierung und Regulierung, welcher das strukturelle Phänomen der Medikalisierung beschreibt, offen gelegt.

Der Begriff der Medikalisierung bezieht sich auf einen Prozess, der sich aus mehreren strukturellen Elementen zusammensetzt und seine Anfänge Ende des 18. Jahrhunderts hat: Das Erfahrungswissen, welches in der Krankenbehandlung bis dahin die Basis darstellte, wurde verschult, und in weiterer Folge die Hebammen bzw. Geburtshelferinnen, welche aufgrund meist mündlichen Überlieferungen und Praxis ihr Wissen gewonnen hatten, verdrängt. Im weiteren historischen Verlauf hat sich medizinisches Spezialwissen herausgebildet und die Ärzteschaft als Berufstand

professionalisiert, während auf staatlicher Ebene die Gesundheitspolitik in den Fokus rückte und institutionell verankert wurde. Dadurch wurde sowohl im privaten, als auch im öffentlichen Bereich der Gesellschaft Hygiene wichtiger. Kolip weist darauf hin, dass auch Männer dem Medikalierungsprozess unterworfen werden, Frauen jedoch in einem weitaus höheren Maße Interventionen durch die Schulmedizin ausgesetzt sind. Der Spezialfall der Medikalierung des weiblichen Körpers und seiner Funktionen stellt sich als komplexes Zusammenwirken von Professionalisierungsstrategien der Medizin verbunden mit der historisch lang andauernden Abwertung von Weiblichkeit dar (vgl. Kolip 2000: 10ff).

Kolip hat in ihrem Beitrag „Frauenleben in Ärztehand“ (2000) Medikalierung in der westlichen Gesellschaft allgemein und der Frauengesundheit im Speziellen nachgezeichnet. Dabei stellt sie drei Schritte als zentrale Angelpunkte in den Fokus: Normierung, Pathologisierung und Regulierung.

2.4.1 Normierung

Die Normierung bzw. Standardisierung von Abläufen hat in der Schulmedizin eine zentrale Stellung. Dabei wird zumeist ein statistischer Mittelwert berechnet, auf den bezogen sich dann die vorhandene oder fehlende Abweichung in der Krankengeschichte des jeweiligen Patienten/ der jeweiligen Patientin feststellen lassen. Dadurch ergeben sich anzustrebende Werte, welche nur von einer geringen Zahl von Personen erreicht werden. Als ein Beispiel bringt Kolip den weiblichen Menstruationszyklus mit einem statistischen Durchschnittswert von 28 Tagen, welcher oftmals als das anzustrebende Ideal gehandelt wird. Diese Orientierung am empirischen Durchschnitt kann zur Folge haben, dass hier die Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ verschwimmen (vgl. Kolip 2000: 18f).

Eine weitere Variante in der Schulmedizin, um die Grenze zwischen normal und abnorm zu definieren, stellt die Festlegung von medizinischen Grenzwerten dar. Es gilt wiederum die Idealwerte, welche vom Medizinsystem festgelegt werden, zu erreichen. Dadurch wird normiert, was als gesund angesehen wird und auch der erste Schritt zur Pathologisierung getan (vgl. Kolip 2000: 19).

2.4.2 Pathologisierung

Historisch wurde der Frauenkörper in seiner Gesamtheit als Abweichung gegenüber dem männlichen Körper angesehen. Diese bipolare Aufteilung verstärkt sich im 19. Jahrhundert und Frauen werden zunehmend durch die Gebärfunktion definiert (vgl. Honegger 1983: 203ff).

Durch die oben beschriebene Grenzziehung zwischen normalen und anormalen Werten wird der zweite Schritt in der Medikalisierung begünstigt: die Pathologisierung. Es wird dabei die Abweichung vom angenommenen Durchschnitt als therapiebedürftig und pathogen definiert. Es werden jedoch manchmal auch an sich normale Vorgänge oder auch Lebensabschnitte, wie Kolip an den Beispielen Klimakterium und Schwangerschaft aufzeigt, als abweichend definiert und damit der Medizin zugänglich gemacht. Sich dieser Pathologisierung entgegenzustellen heißt oft, das Unverständnis des medizinischen Personals auf sich zu ziehen (vgl. Kolip 2000: 19). In der Geburtshilfe ist etwa die Deutung von CTG-Aufzeichnungen immer wieder umstritten, aber auch die Betrachtung von Ultraschallaufnahmen ist nicht immer eindeutig zu interpretieren, wie weiter unten beschrieben.

2.4.3 Regulierung

Als letzten Schritt der Medikalisierung beschreibt Kolip die Regulierung, welche an die Pathologisierung anschließt. Durch medizinische Maßnahmen und Eingriffe wird versucht, den angenommenen Normzustand wieder herzustellen. An manchen Stellen wird jedoch erst durch die Pathologisierung von körperlichen Zuständen ein Behandlungsbedarf geschaffen (vgl. Kolip 2000: 20).

Kolip weist an dieser Stelle darauf hin, dass nicht das Anbieten der Behandlungsmöglichkeiten an sich zu kritisieren ist, sondern zum einen die Monopolstellung der Schulmedizin, welche alternative Behandlungsmethoden oftmals ausschließt. Ein weiterer Kritikpunkt in ihren Augen ist, dass manche körperlichen Zustände keine Behandlung notwendig machen würden, wenn nicht der jeweilige Zustand als krankhaft definiert worden wäre. Und schlussendlich stellt sie zur Diskussion, ob die immer stärkere Ausdehnung der medizinischen Normierung und Regulierung gerechtfertigt ist. Vor allem am Beispiel der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen lässt sich aufzeigen, dass die Erhöhung der Untersuchungshäufigkeit keinen signifikanten Einfluss auf etwaige Geburtskomplikationen hat (vgl. Kolip 2000: 20f). Als klassisches Beispiel in der Schwangerenbetreuung lässt sich hier die routinemäßige Kardiotokographie (CTG), bei der gleichzeitig der Herzschlag des ungeborenen Kindes und die Wehentätigkeit der Mutter gemessen werden, anführen. Die Kritik fokussiert darauf, dass die standardmäßige Aufzeichnung weder in der Schwangerschaft noch während der Geburt das Outcome verbessert. Im Gegenteil, durch die schwierige Interpretation von CTGs werden oftmals mehr Eingriffe verursacht, als notwendig wären (vgl. Enkin et al. 2006, zit. nach Schwarz/ Stahl 2011: 9).

Wie so viele Aspekte des menschlichen Lebens ist auch die Medikalisierung ein Phänomen, welches nur im jeweiligen kulturellen und historischen Kontext sinnvoll verstanden werden kann. Gerade im medizinischen Bereich lässt sich ein hierarchisches System mit eigenen Rollenbildern und spezifischem Geschlechterverhältnis feststellen. Daher sollte laut Kolip Medikalisierung nicht losgelöst von diesem Beziehungsgefüge interpretiert werden. Unter den praktizierenden GynäkologInnen kann eine ungleiche Verteilung der Geschlechter festgestellt werden: Auf zwei niedergelassene Frauenärzte kommt eine Frauenärztin in Deutschland; beim leitenden Spitalpersonal sinkt der Anteil der Frauen sogar auf knapp 5% (vgl. Kolip 2000: 21ff).

Durch die drei Teilprozesse Normierung, Pathologisierung und Regulierung wird der Medikalisierungsprozess systematisch beschrieben und soziologisch zugänglich gemacht. Schwangerschaft und Geburt wurden im Medikalisierungsprozess immer stärker zu behandlungsbedürftigen Zuständen, welche ins Spital verlagert wurden. Barbara Duden spricht in diesem Zusammenhang von der „Symbolkraft der Technik“ (Duden 1998: 160) und beschreibt, welchem Wandel „Geburt“ unterworfen worden ist; die Gefahren, welche in Zusammenhang mit Geburt gebracht werden, wurden immer stärker zum Risiko umgedeutet, welches sich durch die Berechnung von Wahrscheinlichkeiten ergibt. Durch diese Einschätzung von Geburt wurde in weiterer Folge die Betreuung von schwangeren Frauen maßgeblich verändert. Perinatale Eingriffe werden nicht mehr nur in akuten Gefahrensituationen angewendet, sondern sollen berechnete Risiken vermeiden (vgl. Duden 1998: 160ff) und werden somit auch in Situationen durchgeführt, in denen das berechnete Risiko als „zu hoch“ gilt. Dabei gelten die so genannten Normwerte der Schulmedizin, welche wiederum berechnet und als Durchschnittswerte anzusehen sind, als handlungsweisend.

Durch den Prozess der Medikalisierung wird die schwangere Frau auf „natürliche“ Weise als problematisch und behandlungsbedürftig gesehen. Dabei beschreibt Kolip (2000) drei wichtige Folgen dieses Prozesses. Erstens schafft die Medizin durch die Medikalisierung weitere Bereiche, für deren Behandlung wiederum das medizinische Fachpersonal notwendig ist. Die gesamte Pränataldiagnostik kann hier als Beispiel angeführt werden. Zweitens führt der Prozess zur Stigmatisierung und Verunsicherung von den betroffenen Frauen, welche in weiterer Folge mit dem Label „Risikoschwangerschaft“ umgehen müssen. Und schlussendlich verursacht die Medikalisierung von ursprünglich „normalen“ Lebensphasen enorme Kosten innerhalb des Krankenbehandlungssystems um gleichzeitig durch eben jene engmaschige Kontrollen in anderen Bereichen Ausgaben zu minimieren. Dabei ist nicht immer klar, welchen Nutzen die behandelten Frauen davon haben (vgl. Kolip 2000: 11f). Auch in

der Hausgeburtshilfe finden heute immer mehr technische Hilfsmittel Anwendung, beispielsweise mobile CTG-Geräte oder Sauerstoffflaschen für die Behandlung bei Atemnot des Kindes. Doch sind viele der zusätzlichen Interventionsmöglichkeiten in der Geburtshilfe an die Anwesenheit von medizinischem Fachpersonal und die Infrastruktur eines Krankenhauses gebunden und sind somit vor allem dort anzutreffen. Weiters sind die Anschaffungskosten nicht zu unterschätzen und nur durch eine große Institution leistbar. Dadurch ergibt sich für die Hausgeburtshilfe ein nicht so hoher Grad der Medikalisierung während des Geburtsvorganges. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass Frauen, welche eine Hausgeburt planen, trotzdem in der Schwangerschaft ein hohes Maß an medizinischen Untersuchungen durchführen lassen.

Barbara Duden (1998) sieht die heutigen Techniken der Geburtshilfe, welche die Medikalisierung vorangetrieben haben, auch als Rituale an, die das Denken über Geburt neu definiert haben. Durch die angebotenen und meist auch angenommenen Untersuchungen in der Schwangerschaft wird die Angst bei Frauen geschürt. Untersuchungen zeigen mehr und mehr Risikofaktoren auf, denen die betroffenen Frauen oftmals hilflos gegenüberstehen. Gleichzeitig wird suggeriert, dass die Durchführung der Untersuchungen das Risiko eindämmen kann. Auf den Punkt gebracht beschreibt sie den heutigen Geburtsvorgang:

„Geburt ist nicht mehr etwas, das Frauen können, sondern etwas, wozu sie in einem verwaltenden sozialen Vorgang gebraucht werden. Nicht ein selbstbewußtes Tun, sondern eine Lebenskrise, die nur durch Dienstleistungskonsum zu überstehen ist.“ (Duden 1998: 167f).

Unter diesem Blickwinkel tritt die Hausgeburt als mögliche Handlungsalternative in den Hintergrund, da die technischen Möglichkeiten bei einer Hausgeburt nicht an jene der Spitalsgeburt heranreichen.

Länderspezifische Ausprägungen der Rollen der verschiedenen AkteurInnen während der Geburt stellen einen wichtigen Einflussfaktor dar, wie am Beispiel der Niederlande aufgezeigt werden konnte. Der auffallendste Unterschied zwischen der österreichischen und der niederländischen Geburtshilfe ist die Zuständigkeit zu Beginn der Schwangerschaft. Als erste Ansprechperson wird in den Niederlanden die Hebamme gesehen, wogegen die erste Untersuchung in Österreich von einem/ einer GynäkologIn durchgeführt wird. Die schwangeren Frauen verbleiben in den Niederlanden auch in weiterer Folge in Obhut der Hebammen, solange keine Risikofaktoren auftreten. Die Autonomie der Hebammen in den Niederlanden ist somit gänzlich anders gelagert als in Österreich und kann als ein Faktor für die Stärkung des Hausgeburtsystems

angenommen werden. Auch Kolip weist auf die kulturelle Prägung hin, welche innerhalb des Medikalisierungsprozesses zum Tragen kommt (vgl. Kolip 2000: 22).

Um die verschiedenen Interessen aber auch Machtpositionen innerhalb des Medikalisierungsprozesses darzustellen, werden im folgenden Kapitel die verschiedenen AkteurInnen und ihre Rollen genauer erläutert. Dabei werden die allgemeinen Strukturen der Medikalisierung auf den „Spezialfall“ Hausgeburt umgelegt.

2.5 AkteurInnen im Medikalisierungsprozess

Die Entscheidung zu einer Hausgeburt wird in letzter Instanz von den werdenden Eltern getroffen, doch ist es wichtig zu beachten, dass auch andere AkteurInnen Einfluss nehmen können. Da diese Personen und Institutionen nicht getrennt von der subjektiven Entscheidung der werdenden Eltern betrachtet werden können, soll an dieser Stelle genauer darauf eingegangen werden, welche Position der Arzt/ die Ärztin und die Pharmaindustrie neben der der werdenden Mutter (bzw. auch der des Vaters) einnehmen.

Die drei HauptakteurInnen der Medikalisierung lassen sich vor allem durch jeweils eigene Anliegen und Absichten kennzeichnen, welche sich teilweise überschneiden, jedoch auch zu Spannungen führen können (vgl. Kolip 2000: 23). Dabei handelt es sich um ein vielschichtiges Interaktionsgefüge, und die hier angeführten Positionen und Aspekte erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

2.5.1 Die pharmazeutische und medizintechnische Industrie

Die Interessen der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie lassen sich am konkretesten benennen; es geht vor allem um den Verkauf der Produkte und die Gewinnung von neuen Absatzmärkten. Um den Umsatz zu steigern, stellen viele Firmen ein großes Budget für Werbemaßnahmen zur Verfügung, wobei Kolip darauf hinweist, dass sich nur ein geringer Teil dieser Ausgaben direkt an die Konsumenten/ Konsumentinnen richtet, sondern vielmehr in die Überzeugung der Ärzteschaft investiert wird, um so das Verhalten beim Verschreiben von Medikamenten durch Ärzte/ Ärztinnen direkt zu beeinflussen (vgl. Kolip 2000: 24f). Die Pharmaindustrie kann auch bei der Planung einer Hausgeburt Einfluss nehmen. Es liegen jedoch noch keine Untersuchungen vor, welche sich mit dem Thema beschäftigen, ob Frauen mit geplanter Hausgeburt weniger oder mehr Produkte bzw. Untersuchungen der medizintechnischen Industrie in der Schwangerschaft konsumieren als Frauen, die eine

Spitalsgeburt planen. Während der Geburt allerdings stehen zu Hause nicht annähernd dieselben Geräte zur Verfügung wie bei einer Spitalsgeburt.

2.5.2 Der Arzt/ die Ärztin

Die Interaktion zwischen der Patientin/ dem Patienten und dem Arzt/ der Ärztin wird durch mehrere Aspekte geprägt, welche für den Medikalierungsprozess von Bedeutung sind. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier einige wichtige genannt.

Informationsflut

Die medizinische Fachwelt und das Handeln innerhalb dieser sind gekennzeichnet durch eine immer stärkere Spezialisierung und ein immer genaueres Wissen über die Pathogenese und Behandlung von Krankheiten. Dabei den Überblick über alle aktuellen Daten zu den verschiedenen Spezialgebieten zu behalten, stellt eine schwierige bis unmögliche Aufgabe dar. Diese Lücke wird von Pharmaunternehmen bei manchen Aspekten insofern genutzt, als sie Teilinformationen für Ärzte/ Ärztinnen so aufbereiten, dass diese als eindeutig angenommen werden, was wiederum die Verkaufszahlen der Produkte von Pharmaunternehmen ankurbelt (vgl. Langbein et al. 1983, zit. nach Kolip 2000: 26).

Die oftmals einseitige Darstellung von Daten zum Thema Geburt zugunsten der technischen Errungenschaften der Schulmedizin lässt sich am Beispiel der Analysen der britischen Statistikerin Marjorie Tew (2007) gut nachvollziehen. Dabei wird offensichtlich, dass das Hauptargument der Risikovermeidung durch die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung und Interventionen während der Geburt nicht immer haltbar ist, wenn die Daten statistisch geprüft werden.¹³ Gerade diese Information findet aber wenig Verbreitung, was dadurch deutlich wird, dass die

Risikoeinstufung in der Schwangerschaft und die steigenden Interventionen in der Geburtshilfe rasant zugenommen haben (vgl. BQS 2009; STATISTIK AUSTRIA 2013a).¹⁴

¹³ Siehe dazu auch das Kapitel „Die Verlagerung der Geburt ins Spital“.

¹⁴ Der Datenzugang für die Zahl der Risikoschwangerschaften ist in Österreich besonders schwierig, deshalb soll an dieser Stelle beispielhaft auf jene aus Deutschland verwiesen werden. Aber auch für Österreich kann ein Anstieg der geburtshilflichen Interventionen festgestellt werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die zunehmende rechtliche Absicherung durch den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin stellt einen nicht zu vernachlässigenden Aspekt in der Art der Beziehung zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen dar. Es wird immer versucht, mit Hilfe der „sichersten“ Methode zu behandeln. Dass die „Sicherheit“ dabei oftmals daran gemessen wird, ob es sich um eine invasivere Behandlung handelt, zeigt sich auch am Beispiel der zunehmenden Kaiserschnittraten (vgl. Kolip 2000: 26). Hierbei wird offensichtlich, dass Abwarten als negativ oder unprofessionell gilt, und die Option einer Operation als aktives Handeln mit positiver Konnotation versehen sind. Dazu kommt, dass die Angst vor Schadensersatzklagen bei den Ärzten/ Ärztinnen zunimmt. Deshalb wird das aktive Eingreifen in das Geburtsgeschehen durch beispielsweise einen Kaiserschnitt als positiver bewertet als die Unterstützung der Geburt ohne die Methoden der Schulmedizin (Tew 2007: 337f). Aktuell hat sich für die übrig gebliebenen frei praktizierenden Hebammen in Deutschland die Lage zugespitzt, da sich die zwei verbleibenden Versicherungsträger nicht mehr bereit erklären, die Haftpflichtversicherungen von freiberuflichen Hebammen ab Sommer 2015 weiter zu übernehmen. Bereits zuvor hatte ein drastischer Anstieg der Versicherungsprämien dazu geführt, dass die Zahl der Hebammen, die sich die Ausübung ihres Berufes noch leisten konnten, stetig geschrumpft war. Diese Lücke könnte zu einem Verschwinden der Hausgeburt in Deutschland führen, da Hebammen ohne Versicherung auch keine Geburten oder Wochenbettbegleitungen übernehmen dürfen (vgl. BfHD 2014). In Österreich sind die Beträge der Versicherungen deutlich niedriger, insbesondere da seit 1997 eine kostengünstige Gruppenversicherung für Hebammen besteht (vgl. Österreichisches Hebammengremium 2013).

Ökonomische Zwänge

Auch im medizinischen Betrieb unterliegen Behandlungen zum Teil ökonomischen Zwängen. Die vorhandenen Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung müssen an genügend Personen angewandt werden, um ihre Existenzberechtigung zu behalten. Bei einer Hausgeburt hingegen fließt nur an die begleitende Hebamme Geld und nicht an die Spitäler und die dort arbeitenden Ärzte/ Ärztinnen. Weiters werden Geburten mit Eingriffen und damit oftmals längerem Spitalsaufenthalt deutlich besser vergütet.¹⁵ In Zeiten des immer stärker werdenden Druckes der Existenzberechtigung von

¹⁵ Genauere Daten zu den Kosten finden sich im Kapitel „Rahmenbedingungen und finanzielle Kosten für eine Hausgeburt“.

Spezialabteilungen in Krankenhäusern kann dies dazu führen, dass die Hausgeburt als Konkurrenz im Werben um „Patientinnen“ gesehen wird.

Machbarkeitsvorstellungen

Die verstärkte Technikorientierung kann in der Behandlung durch MedizinerInnen, aber auch in den Vorstellungen von PatientInnen zur Ansicht führen, dass vieles möglich oder machbar ist. Deutlich sichtbar wird dieser Aspekt bspw. bei der Thematik der Reproduktionsmedizin, wobei an dieser Stelle nicht auf die komplexe Diskussion rund um dieses Themengebiet eingegangen werden kann. Der verstärkte Einsatz von Technik und die damit oftmals verbundenen, stark steigenden Ausgaben wurde vielfach kritisiert (vgl. Kolip 2000: 27). Weiters wies schon Charles Perrow 1965 darauf hin, dass das Vorhandensein von Technologien in komplexen Organisationen zu einem Wandel in Werten und Strukturen führen kann (vgl. Perrow 1965: 914). Auf die konkrete Thematik angewandt führen Entwicklungen in der Geburtsmedizin zu einem nachhaltigen Wandel der Werte und Anschauungen über Geburt und Schwangerschaft. Beispiel dafür ist etwa der Kaiserschnitt, welcher früher als Notmaßnahme mit vielen Risiken gesehen wurde und heute in Österreich eine häufig angewandte Geburtsvariante darstellt.¹⁶ Gerade die Technik steht bei einer Hausgeburt jedoch im Hintergrund und ist im Vergleich zu Spitalsgeburten nur bedingt vorhanden, wodurch die Geburt im Krankenhaus für viele Frauen (und auch Männer) als „sicherer“ erscheint.

Kulturelle Einflüsse

Kolip verweist auf den starken Einfluss von kulturellen Vorstellungen innerhalb der Interaktion zwischen Arzt/ Ärztin und Patienten/ Patientinnen. Die stereotypen Ansichten in Bezug auf Geschlecht, die Art des Umgangs mit Risiken oder die Denkweise über körperliche Prozesse sind gesellschaftlich geprägt und müssen in diesem Rahmen interpretiert werden. Oftmals wird dieser Einfluss von MedizinerInnen unterschätzt oder gar negiert, obwohl medizinsoziologische Studien aufgezeigt haben, dass Frauen und Männer trotz gleicher Symptomatik unterschiedliche Behandlungen erfahren (Ayanian/ Epstein 1991; Wenger et al. 1993, zit. nach Kolip 2000: 27). Frauen bekommen verhältnismäßig öfter eine Diagnose, welche auf die psychischen Seiten von Krankheiten fokussieren. Die Vermutung liegt somit nahe, dass die Vorstellungen von Geschlechtsstereotypen den Medikalierungsprozess maßgeblich beeinflussen (vgl. Kolip 2000: 27). Auf die Geburtshilfe umgelegt zeigen sich deutliche Unterschiede in

¹⁶ In Österreich sind 2013 29,3% der Lebendgeborenen per Kaiserschnitt zur Welt gekommen (vgl. Statistik Austria 2013b).

den allgemeinen Ansichten über Schwangerschaft und Geburt bei GynäkologInnen und jenen von Hebammen. Die deutlich risikoprägte Vorstellung von schwangeren Frauen als Patientinnen steht dabei den Bedürfnissen der werdenden Mutter, welche der Begleitung jedoch nicht grundsätzlich einer Behandlung bedarf, gegenüber.

2.5.3 Die Patientinnen

Die Frauen als Patientinnen im medizinischen System sind nicht als passive Opfer der Maschinerie zu sehen, sondern tragen aktiv zur Medikalisierung bei. Kolip stellt die Frage in den Raum, welchen Bedürfnissen durch den Wunsch nach medizinischer Behandlung Genüge getan werden (vgl. Kolip 2000: 28).

Wunsch nach Bestätigung von Normalität

Die Normierungen in der Medizin führen zu einer Grenzziehung zwischen Normalität und Abweichung. Sind nun die eigenen Daten außerhalb der Norm, setzt oftmals das tief verankerte Bedürfnis ein, wieder innerhalb die vorgegebene Normalität zu kommen, da mit der Abweichung auch die Angst vor Diskriminierungen einhergehen kann. Die Bestätigung für die angestrebte Normalität wird, wenn möglich, durch den Besuch beim Arzt/ der Ärztin eingeholt, da diese in den Augen der Gesellschaft die Experten/ Expertinnen darstellen (vgl. Kolip 2000: 28). Dass die gewünschte Normalität bzw. eine risikofreie Schwangerschaft nach schulmedizinischer Definition nicht mehr die Regel darstellt, belegen die Daten aus Deutschland, wonach 71,6 % der schwangeren Frauen im Jahr 2008 als Risikoschwangere eingestuft wurden (vgl. BQS 2009: 1.2).¹⁷ Durch diese Einordnung wird eine Hausgeburt weit weniger wahrscheinlich, da für eine Frau mit Risikoschwangerschaft eine Hausgeburt nicht empfohlen wird. Dabei ist es egal, aufgrund welchen (medizinischen) Aspekts die Risikoschwangerschaft zugeschrieben wurde; die vier häufigsten Faktoren (wobei Mehrfachnennungen möglich sind) stellen Allergien, familiäre Belastungen (z.B. Diabetes, Hypertonie), Schwangere über 35 Jahren und die körperliche Verfassung nach Kaiserschnitt dar (vgl. BQS 2009: 1.2).

Der Wunsch nach Normalität kann auch ein Faktor dafür sein, dass die Wahl einer Hausgeburt nicht die Norm in Österreich darstellt. Dadurch wird die werdende Mutter oftmals mit Fragen und Ansichten der sozialen Umwelt konfrontiert, welche die Entscheidung nicht immer unterstützen, siehe dazu den Ergebnissteil Kapitel 7.

¹⁷ Der Bericht des BQS erfasst 658.316 Datensätze (zur Berechnung der Risikoschwangerschaften wurden 658.200 Datensätze verwendet). Insgesamt hat es 2008 682.514 Lebendgeborene in der BRD gegeben.

Fehlende Rituale

In unserer Gesellschaft lässt sich das Fehlen von gesellschaftlichen Ritualen beim Übergang in eine neue Lebensphase konstatieren (vgl. Villa et al. 2011: 13; Kolip 2000: 28). Der erste Besuch von jungen Frauen beim/bei der GynäkologIn kann beispielsweise als eine Ersatzhandlung für das Übertreten in das Erwachsenenleben als Frau angesehen werden. Dem liegt hier die Annahme zugrunde, dass ursprüngliche Rituale subjektiv vermisst und durch andere ersetzt werden (vgl. Kolip 2000: 28f). Wie oben ausgeführt hat Van Gennep (1999) gezeigt, dass die unterschiedlichen Rituale eine wertvolle soziologische Funktion haben, welche für die sozialen Abläufe Sicherheit vermitteln können. Die leichtere Umsetzung von individuellen Ritualen ist ein besonderes Kennzeichen bei einer Hausgeburt, wogegen die Spitalsabläufe solche individuell ausgeformten Rituale weniger möglich machen und ihnen teilweise zuwider laufen.

Suche nach Sicherheit

Schließlich trägt Unsicherheit in Bezug auf den eigenen Körper zur Zunahme an medizinischen Untersuchungen bei. Der Zweifel an den eigenen Körperprozessen und -vorgängen wird in Phasen des Übergangs oftmals besonders deutlich. An diesem Punkt werden dann Untersuchungen und Mittel, welche Sicherheit suggerieren oder auch versprechen, gerne angenommen (vgl. Kolip 2000: 29). In der Geburtshilfe sind vor allem der Einsatz von Ultraschall und die Aufzeichnung der kindlichen Herztöne (CTG) Sicherheit suggerierende Maßnahmen.¹⁸ Aber auch die Bereitstellung der Infrastruktur für einen operativen Eingriff während der Geburt steigert das Sicherheitsempfinden vieler schwangerer Frauen.

Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Weiblichkeitsbilder

In den westlichen Industrienationen gilt der Erhalt der Jugendlichkeit und Schönheit vor allem für Frauen als zu erreichende Maxime. Damit diese Jugendlichkeit auch äußerlich erhalten werden kann, wird immer mehr auf die Möglichkeiten der Medizin zurückgegriffen (vgl. Kolip 2000: 29f).

¹⁸ Dass der übermäßige Einsatz von Ultraschall nicht signifikant zum besseren Outcome bei Geburten beiträgt und die Interpretation der Ultraschall und CTG-Aufnahmen nicht immer eindeutig sind, zeigen verschiedene Untersuchungen (vgl. Tew 2007: 192; 253f, Enkin et al. 2006, zit. nach Schwarz/ Stahl 2011: 9).

Abgeben von Verantwortung

Der verstärkt instrumentalisierte Umgang von Frauen mit ihrem Körper hat dazu geführt, dass körperliche Veränderungen als unangenehme Erscheinungen wahrgenommen werden, welche lieber der fachlichen Betreuung von MedizinerInnen überlassen werden. Gleichzeitig wird aber auch von Seite der Ärzte/Ärztinnen versucht, die Grenzen der Verantwortung auszuweiten (vgl. Kolip 2000: 30). Innerhalb der Spitalsstrukturen gibt es viele Personen, welche die Verantwortung, aber auch die Entscheidungen für eine Schwangere übernehmen, wohingegen bei einer Hausgeburt die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung sich selbst und dem Kind gegenüber eine große Rolle spielt.

Die beschriebenen Teilaspekte machen die verschiedenen individuellen Blickwinkel deutlich und zeigen das multifaktorielle Zusammenspiel auf der Ebene der Medikalisierung auf. Doch ist nicht nur die Medikalisierung und die dahinter liegenden Strukturen für die Wahl des Geburtsortes von Bedeutung, sondern Geburt und Schwangerschaft sind innerhalb der Gesellschaft heute nicht mehr, wie noch 1940/50, als häufig vorkommender „Zustand“ zu sehen, wie die sinkenden Geburtenzahlen in Österreich deutlich machen. Sie sind deswegen auch mit eigenen Ritualen und Normen verbunden. Im folgenden Abschnitt soll dieser soziale Wandel, welcher einen markanten gesellschaftlichen Umbruch darstellt, auf historischer Ebene nachgezeichnet werden.

3 Wandel von Schwangerschaft und Geburt

3.1 Historische Entwicklung der Geburtshilfe in Mitteleuropa

Um die Sonderstellung von Hausgeburten in unserer Gesellschaft zu verstehen, ist es notwendig, den historischen Wandel vom 18. Jahrhundert bis zum Ende des 19. Jahrhunderts genauer zu betrachten. Die Unterstützung und Hilfe bei der Geburt lag bis ins 18. Jahrhundert in Frauenhänden, das Können rund um die Geburt wurde bis dahin als Erfahrungswissen unter den Hebammen oder „Wehemütter“ weitergegeben. Hebammen hatten im Bereich von Schwangerschaft eine Monopolstellung, waren jedoch auch Teil eines größeren professionellen heilkundlichen Systems (vgl. Huerkamp 1980, zit. nach Kolip 2000: 13). Mit dieser Art der Betreuung war verbunden, dass die Geburt meistens im eigenen Zuhause oder im Heim der Hebamme stattfand. Dieses traditionelle System war bis in die 1930er Jahre vorherrschende Normalität der Geburtshilfe (vgl. Kuntner 2002: 134). Jedoch machten sich schon vorher Zeichen des Wandels bemerkbar.

Das Konzept der Geburtshilfe wurde im historischen Verlauf durch die Professionalisierungstendenzen der Medizin in diesen Bereich stark beeinflusst und verändert (vgl. Kuntner 2002: 134). Im 17. und 18. Jahrhundert wurden in Europa die ersten Hebammenschulen gegründet, welche die Standards der Geburtshilfe verbessern sollten. Während der Reformen des Medizinwesens in dieser Zeit kam es auch zu einer einschneidenden Veränderung in der Ausbildung der Hebammen; diese musste nun anatomische Grundkenntnisse beinhalten, welche in Österreich und Deutschland nur von Ärzten gelehrt werden durften, was wiederum der Ärzteschaft einen machtvollen Zugriff auf das Hebammenwesen gewährte (vgl. Kolip 2000: 14; Horn 1998:23). In Wien wurde etwa der verpflichtende Besuch des Unterrichts beim kaiserlichen Chirurgen Molinari für Hebammen 1748 eingeführt (vgl. Horn 1998:23).

Zusätzlich zu den Hebammenschulen wurden Geburtshäuser ¹⁹, sogenannte Accouchieranstalten, errichtet, die sich bei nachträglicher Betrachtung als risikoreicher Aufenthaltsort für Gebärende herausstellten, da sich dort aufgrund mangelnder hygienischer Vorsorge verstärkt Infektionen ausbreiteten. Die Accouchieranstalten wurden vor allem von Frauen der städtischen Unterschicht in

¹⁹ Diese Geburtshäuser sind nicht mit jenen der heutigen Zeit zu vergleichen, da der Anspruch, den sie erfüllen sollten, ein gänzlich anderer war. Im Gegensatz zu den Accouchieranstalten steht bei den Geburtshäusern heute stark das Wohlergehen der gebärenden Frau und ihrem Kind im Vordergrund (vgl. Kolip 2000: 14).

Anspruch genommen und gleichzeitig zu Forschungseinrichtungen für Mediziner, welche durch diese Einrichtungen Zugang zur Geburtshilfe erlangten. Die dadurch angestrebte (und erreichte) Professionalisierung der Geburtshilfe hat in Mitteleuropa einen wesentlichen Beitrag zur Entstehung der medizinisch dominierten Geburtshilfe geleistet. Ausnahmen dieser Entwicklung in Europa stellten Frankreich und Großbritannien dar, da in diesen beiden Ländern die Entbindungsstationen andere Strukturen und Zwecke aufwiesen, und dadurch die männlich dominierte Ärzteschaft weniger Einfluss auf die Geburtshilfe hatte (vgl. Kolip 2000: 14; Schlumbohm 2004: 64f).

Schon bald nach Eröffnung der ersten Geburtsstationen wurden kritische Stimmen laut und stellten die stark erhöhte Müttersterblichkeit in den Anstalten zur Diskussion. Die Mehrzahl der Ärzte machten dafür die schlechte Luft verantwortlich und weniger ihr eigenes Können (Schlumbohm 2004: 65ff). Jedoch wagten auch Mediziner wie White kritische Aussagen gegenüber dem zunehmenden Einflussbereich der Ärzte. White vertrat die Meinung, dass ärztliche Geburtshelfer sowohl in Geburtsstationen als auch in privater Praxis im Gegensatz zu Hebammen ein schlechteres Ergebnis bei der Betreuung von Geburten aufwiesen (White 1773: 138, zit. nach Schlumbohm 2004: 70).

Trotz der Kritik an den Gebäuhäusern²⁰ wurden durch die fortschreitende Professionalisierung in der Geburtshilfe Hebammen im 19. Jahrhundert zunehmend verdrängt, während Ärzte ihre Monopolstellung bei der medizinischen Versorgung ausweiteten. Verstärkte Auflagen und Restriktionen in Bezug auf Heilberufe führten dazu, dass auch Hebammen in ihrem Tätigkeitsfeld eingeschränkt wurden. Als sich Ende des 19. Jahrhunderts die Gynäkologie und Geburtshilfe als eigenständige Fachrichtung herausbildete, wurden damit die Fachärzte zu Hauptverantwortlichen in Geburtsfragen erklärt (vgl. Kolip 2000: 15), was dazu führte, dass die Geburt heute in den meisten Industrienationen im Spital zu verorten ist.

3.2 Die Verlagerung der Geburt ins Spital

Eines der Hauptargumente für die Verlagerung des Geburtsortes ins Krankenhaus Ende des 19. bzw. zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Reduktion der Risiken für Mutter und Kind während der Geburt. Die gleichzeitige Entwicklung von steigender Spitalsgeburtenzahl und sinkender Sterblichkeitsrate bei Mutter und Kind legte den

²⁰ Zur genaueren Debatte zu dieser Thematik siehe: Schlumbohm, Jürgen, 2004: Hat die Medikalisierung der Geburt die Müttersterblichkeit reduziert? Debatten und Daten aus dem 18. und 19. Jahrhundert zu verschiedenen europäischen Ländern. In: Dorffner, Gabriele; Horn, Sonia (Hg.), *Aller Anfang. Geburt - Birth - Naissance*. Verlagshaus der Ärzte: Wien, 63-79.

Schluss nahe, dass diese beiden Faktoren in ursächlichem Zusammenhang stünden. Tatsächlich zeigen die Analysen von Marjorie Tew (1985; 2007), dass vor allem die Verbesserung von Lebensbedingungen und Gesundheitszustand der schwangeren Frauen im späten 19. Jahrhundert dazu beigetragen haben, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu senken. Zusätzlich stellt die Statistikerin fest, dass die Müttersterblichkeit in den 1930er Jahren international in den westlichen Ländern höher lag als 15 bis 20 Jahre davor, obwohl zu diesem Zeitpunkt die Schulmedizin zunehmend relevant für die Geburtshilfe wurde. Erst durch die medikamentöse Behandlung von Puerperalfieber und Präeklampsie nach der Geburt wurde ab Mitte der 1930er Jahre ein deutlicher Rückgang der Müttersterblichkeit sichtbar (vgl. Tew 2007: 376; 386f).

Vor allem für Großbritannien konnte Tew (1985) schon in den 1980er Jahren aufzeigen, dass Hausgeburten sogar bei Risikoschwangerschaften (aller Stufen ausgenommen der höchsten Risikostufe) noch eine niedrigere perinatale Sterblichkeitsrate aufweisen als Spitalsgeburten. Diese Tatsache ist auch unter Rücksichtnahme darauf zu sehen, dass MedizinerInnen Schwangerschaft und Geburt zumeist unter dem Blick von Risikofaktoren betrachten. Dadurch wird nicht selten eine Interventionskaskade in Gang gesetzt, welche immer mehr Eingriffe zur Folge hat und somit zu einem schlechteren Outcome beitragen kann. Von Ärzteseite/ Ärztinnenseite wird dabei oftmals der eigene Beitrag zu diesem Dominoeffekt unterschätzt oder gar negiert (vgl. Goer 1995: 332; World Health Organisation 1996: 10).

Mit der Verstärkung des medizinischen Blickwinkels und dem Wandel der der Geburtsmedizin zur Verfügung stehenden Technologien drängt sich der Kaiserschnitt auf. Dieser stellt eine der nicht immer nur positiv gesehenen medizinischen Möglichkeiten dar, sondern eine Möglichkeit, in der auch negative Nebeneffekte für die Gesundheit von Mutter und Kind vermutet werden (vgl. EURO-PERISTAT 2008: 74). Welcher Art die Auswirkungen auf Mutter und Kind sowie auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind sind, ist nicht eindeutig feststellbar. Festhalten kann man an dieser Stelle jedoch, dass es sich bei der Sectio caesarea um einen operativen Eingriff handelt, welcher immer ein gewisses Risiko für die Gesundheit von Mutter und Kind darstellt. Gleichzeitig soll die Bedeutung und der Nutzen des Kaiserschnittes in Situationen, welche für Mutter und/ oder Kind kritisch sind, nicht geschmälert werden.

Die steigenden und im europäischen Vergleich sehr unterschiedlichen Kaiserschnittsraten lassen jedoch die Vermutung zu, dass der Einsatz des Kaiserschnittes von verschiedenen Parametern abhängig gemacht wird und in manchen Fällen

möglicherweise nicht notwendig wäre. Die World Health Organisation (WHO) hält seit 1985²¹ fest, dass keine medizinische Veranlassung für eine Kaiserschnitttrate höher als 10 - 15% besteht (vgl. World Health Organisation 1985). Auch in einer vergleichenden Studie zu Kaiserschnitttraten wurde festgehalten, dass bei Sektioraten über 15% die durch die Operation geschaffenen Risiken die Vorteile des Eingriffes überwiegen (vgl. Betrán et al. 2007: 104).

Die Zufriedenheit und das subjektive Wohlbefinden der gebärenden Frau stellen weitere wichtige Komponenten für den Verlauf einer komplikationslosen Geburt dar, wie eine Arbeitsgruppe der WHO in „Care in a normal birth: a practical guide“ (1996) festhält. Diese Aspekte sind jedoch gerade im Spitalsalltag nicht immer leicht zu gewährleisten und werden vor allem durch wechselnde Betreuungspersonen, verstärkte Überprüfung von Mutter und Kind und die unruhige Umgebung bzw. die vielen anwesenden fremden Menschen verschlechtert (vgl. Hodnett/ Osborn 1989). Die heute erhöhten medizinischen Eingriffe während der Geburt ziehen vielfach weitere medizinisch intendierte Maßnahmen nach sich. Dieser Prozess wird als Interventionskaskade bezeichnet, die durch immer mehr medizinische Eingriffe gekennzeichnet ist (vgl. Baumgärtner/ von Rahden 2010: 97f).

Die Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt wird immer stärker als Dienstleistung im Kontext einer globalisierten Marktwirtschaft betrachtet und durch diese Ansicht geprägt. Sorgo (2008) schreibt, dass für die Etablierung der Geburtshilfe als Dienstleistung zwei Voraussetzungen notwendig sind; einerseits muss die Wahrnehmung der Menschen und ihrer Gefühle kulturell geprägt sein, wobei sich explizites und implizites Wissen vermischen, und somit der Vorgang der Geburt in einen gesellschaftlich akzeptierten Rahmen versetzt wird. Und andererseits muss eine Notwendigkeit in der Versorgung durch andere bestehen. Es muss also das eigene Wissen über Geburt gering und die Hilfskräfte spärlich vorhanden sein. Der medizinische Markt suggeriert in weiterer Folge den werdenden Eltern, dass die angebotenen Leistungen notwendig für Mutter und Kind sind und deswegen in Anspruch genommen werden müssen. Für die Inanspruchnahme der Leistungen ist wiederum die Verordnung durch einen Arzt/ eine Ärztin notwendig, wodurch das Machtmonopol der Schulmedizin in unserer Gesellschaft klar unterstrichen wird (vgl. Sorgo 2008: 3ff).

²¹ Diese Position wurde seitdem weder revidiert, noch in einem aktuelleren offiziellen Dokument überarbeitet herausgegeben.

Im folgenden Abschnitt soll nun ein Überblick über die wichtigsten aktuellen Aspekte, welche mit Schwangerschaft und Geburt in Zusammenhang stehen, gegeben werden, um die historisch entwickelte Ausformung zum heutigen Zeitpunkt zu beleuchten.

3.3 Aktueller Diskurs über Schwangerschaft und Geburt

An dieser Stelle werden die für den heutigen Kontext markantesten Merkmale der gesellschaftlichen Thematisierung von Schwangerschaft und Geburt dargestellt, wie sie in einem kultursoziologischen Beitrag von Rose und Schmied-Knittel (2011) in einem Sammelband zur Soziologie der Geburt aufgezeigt werden. Diese Merkmale stellen eine Auswahl dar, es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, sondern im Diskurs häufig aufkommende Aspekte sollen kurz erläutert werden, um die Möglichkeiten der Beeinflussung rund um die Entscheidung für einen Geburtsort besser verorten zu können.

3.3.1 Risikoreduktion

Die Wahrnehmung von Risiken in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt hat sich mit der weiter oben beschriebenen Verlagerung des Geburtsortes Anfang des 20. Jahrhunderts hin zur Klinikgeburt massiv verändert. Mit der Medikalisierung der Geburt wurden nun auch die Schwangerschaftsabläufe einem medizinischen Risikobegriff unterworfen: *„Schwangerschaft und Geburt wurden zu einer in klinischen Kriterien beschreib- und bewältigbaren Problemlage, was in der Praxis die quasi standardmäßige Anwendung vorbeugender und intervenierender medizinischer Maßnahmen bedeutete“* (Rose/ Schmied-Knittel 2011: 77).

Dieses „Risikodispositiv“ (Rose/ Schmied-Knittel 2011: 76) zeigt sich in der Extremform einer „programmierten Geburt“ und wird in der Zunahme der präventiven Vorkehrungsmaßnahmen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt sichtbar.

3.3.2 „Re-Naturalisierung“

Durch die von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen geübte Kritik der 1970er Jahre hat im darauffolgenden Jahrzehnt wieder ein Umschwung in Richtung „natürliche Geburt“ stattgefunden, wobei der Fokus verstärkt auf die Beziehungsgefüge und sinnlichen Wahrnehmungen während der Schwangerschaft und Geburt gerichtet wurde. Hierbei sind vor allem die kritischen Stellvertreter der Ärzteschaft Dick-Read (1950), Leboyer (1974) und Odent (1979) zu nennen. Aber auch die Frauengesundheitsbewegung hat vor allem in Bezug auf die Kritik der

Medikalisierung der Geburt einen wichtigen Beitrag geleistet (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 78).

Auf struktureller Ebene haben sich durch diese Kritik die Geburtszimmer und Angebote der Krankenhäuser verändert. Rooming-in und die Ausstattung der Geburtszimmer beispielsweise mit Gebärwannen, oder aber auch das Angebot aus unterschiedlichen Richtungen alternativer Medizin gelten mittlerweile in einer großen Anzahl der Kliniken als Standard (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 79). Die Autorinnen sehen diese Entwicklung als starken Kontrast zur Medikalisierung von Geburt, es bleibt jedoch an dieser Stelle offen, ob sich die Veränderungen möglicherweise nur auf der Ebene der Infrastruktur und des vorhandenen Angebotes vollzogen haben, bzw. inwieweit diese Möglichkeiten auch an die schwangeren bzw. gebärenden Frauen herangetragen und in weiterer Folge, ob diese genutzt werden.

Rose und Schmied-Knittel stellen die Frage nach den Bezugsquellen der Forderung nach einer „natürlichen Geburt“ und kritisieren an dieser Stelle, dass die damit verbundenen Vorstellungen vor allem von Ratgeberliteratur und weniger von empirischen Abhandlungen vermittelt werden. Weiters stellen die beiden Autorinnen in Frage, inwieweit die „natürliche Geburt“ noch natürlich zu sehen ist im Kontext unserer Gesellschaft, welche einen hohen Grad an Wissen und Bewusstsein über alle Lebensbereiche für sich beansprucht (Rose/ Schmied-Knittel 2011: 80f).

3.3.3 „Ritualisierung“

Bei der Frage nach den Geburtsritualen gehen die aktuellen Meinungen in den Texten auseinander. Wird bei Rose und Schmied-Knittel (2011) eine Zunahme „mythischer Vorstellungen und magischer Rituale“ (Rose/ Schmied-Knittel 2011: 81) konstatiert, stellen Villa et al. die These auf, dass es „derzeit kaum Rituale oder soziale (Anerkennungs-)Räume“ (Villa et al. 2011: 13) für das Ereignis der Geburt gibt. Nadig (1997) hält fest, dass der soziale Raum für *Communitas*²², welche das Entstehen und Durchführen von Ritualen begünstigt, bei Hausgeburten leichter zustande kommt als bei Klinikgeburten. Die rituellen Handlungen im Spital stellen dabei weniger Rituale im sozialen Sinn dar, sondern fungieren als zeitliche Ordnungsmechanismen (vgl. Nadig 1997: 59).

²² Zur Erläuterung des Begriffs der *Communitas* siehe den Abschnitt „Schwangerschaft und Geburt als Übergangspassage“.

3.3.4 Natürlichkeit versus Risikoreduktion

Die oben angeführten Konzepte von Risikoreduktion einerseits und andererseits Re-Naturalisierung von Geburt stehen eigentlich in Gegensatz zueinander, werden aber heute verstärkt nebeneinander gefordert (vgl. Kneuper 2003: 120; Neuhaus 2001: 150, zit. nach Rose/ Schmied-Knittel 2011: 83). Die Autorinnen halten fest, dass die Geburt mittlerweile auch von den werdenden Müttern selbst als mögliches Risiko wahrgenommen wird, und dadurch das Spital als übliches Umfeld der Risikovermeidung bzw. -minimierung gewählt wird. Infolge dieser Risikovermeidungsstrategie steigt die Zahl der schwangeren Frauen, welchen eine Risikoschwangerschaft attestiert wird, kontinuierlich an. Daher werden diese Risikoschwangerschaften und -geburten zur Normalität. Nicht zu vernachlässigende Aspekte in diesem Zusammenhang stellen dabei auch der demografische Wandel und das höhere Alter der (Erst-)Gebärenden dar (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 84f).

3.3.5 Selbstbestimmung

Durch die oben genannte Kritik in den 1970er Jahren ist ein weiterer Aspekt in der Geburtshilfe gefordert und gefördert worden: die Autonomie der Gebärenden. Dieser Individualisierungsschub hat für die Frauen eine Menge an Fragen und Entscheidungen mit sich gebracht, wobei sie die dabei entstehenden Handlungsspielräume auch aktiv nutzen müssen. Es ist somit eine neue Art der Verantwortung auf die schwangeren Frauen übertragen worden, dies suggerieren etwa unterschiedliche Ratgeber. Dadurch werden die werdenden Eltern als zentrale DarstellerInnen hervorgehoben, die Geburt wird von ihnen „als Handlungszentrum, als Planungsbüro“ (Beck 1986; 216f, zit. nach Rose/ Schmied-Knittel 2011: 87) verwaltet. Für die Selbstbestimmung in Bezug auf die Gestaltung der Schwangerschaft und den Geburtsablauf ist es notwendig, dass sich die werdenden Eltern informieren, um verschiedene Möglichkeiten kennenzulernen. Erst durch das Einholen der Informationen werden Entscheidungen möglich, welche sonst von den anderen beteiligten Personen (Facharzt/ Fachärztin, Hebamme etc.) getroffen werden. Die Wahrnehmung der eigenen Selbstbestimmung während Schwangerschaft und Geburt bringt gleichzeitig ein großes Maß an Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen für die Frau bzw. die werdenden Eltern mit sich, da sie selbst über die Qualität des Geburtsablaufes bestimmen (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 86f).

Die Selbstbestimmung von schwangeren Frauen in der Geburtshilfe ist jedoch in einem größeren Zusammenhang der Veränderung des Verhältnisses zwischen Arzt/ Ärztin und Patienten/ Patientinnen zu sehen. Die Beziehung der beiden Positionen steht nicht mehr nur in dem klassisch hierarchischen Verhältnis, in dem der Arzt/ die Ärztin eine

überlegene Stellung eingenommen hat, sondern wird immer mehr durch „informed choice“ oder auch von der Wahrnehmung des Gesundheitswesens als Anbieter von Dienstleistungen für die Patienten/ Patientinnen abgelöst (vgl. Dierks et al. 2001: 5ff, zit. nach Tegethoff 2011: 102).

Auch die evidenzbasierte Betreuung ist hier als neuere Strömung anzuführen. Dabei steht das Zusammenspiel von drei Aspekten im Zentrum: Das theoretische Fachwissen wird mit Erfahrungswissen und den persönlichen Wünschen der Patienten/ Patientinnen verbunden, um so eine Entscheidung über die Art der Betreuung oder das weitere Vorgehen zu treffen (vgl. Schwarz/ Stahl 2011: 8). Dieses Konzept ist nicht unumstritten, vor allem die Frage nach der Art und Qualität der Informationen ist immer kritisch zu hinterfragen (vgl. Schwarz/ Stahl 2011: 6ff).

Für die weitere Vorgehensweise stellt sich die Frage, ob die hier angeführten Aspekte für die Frauen subjektiv von unterschiedlicher Relevanz sind, und möglicherweise einzelne Merkmale mehr oder weniger Einfluss auf die Wahl des Geburtsortes haben können. Je nachdem, welchen Aspekten eine Frau oder das werdende Elternpaar mehr Platz einräumt, gestalten sich die Schwangerschaft und Geburt. Auf dieses Zusammenspiel wird im folgenden Abschnitt genauer eingegangen.

3.4 Entwicklungen in der Eigengestaltung von Geburt

3.4.1 Geburt als dramatisches Ereignis im Leben

Die oben angeführten Aspekte und deren Wandel haben dazu beigetragen, dass die Geburt eines Kindes/ von Kindern zu einem ganz besonderem Ereignis im Leben der Eltern wird. Das bringt auch eine Neuverhandlung der jeweiligen Positionen der werdenden Eltern innerhalb der Partnerschaft mit sich (Rose/ Schmied-Knittel 2011: 88). Dazu kommen die gesteigerten Erwartungen an die Frühförderung von Kindern, welche den Eltern große Verantwortung bezüglich des Werdegangs ihres Nachwuchses zuspricht und auch abverlangt (Beck-Gernsheim 1990, zit. nach Rose/ Schmied-Knittel 2011: 88).

Auch die sinkenden Geburtenzahlen (in Österreich 1,43 Kinder pro Frau) bewirken eine ansteigende Bewertungsaufladung der Geburt, da dieses Ereignis oftmals nur einmal im Leben des Paares stattfindet. Dieser Umstand führt für viele Frauen und Paare dazu, dass die Geburt den Anspruch eines Erlebnisses besonderer Art erfüllen soll. Damit verbunden kommt es aber auch zu verstärkten Ängsten, dass diese Erwartungen

enttäuscht werden oder auch höherem Erfolgsdruck (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 88f).

Die Autorinnen Rose/ Schmied-Knittel (2011) sehen in diesen Veränderungen Zeichen dafür, dass „die Geburt nicht nur biografisch dramatisiert, exklusiviert und eventisiert, sondern auch radikal *ent-selbstverständlich* und *entnormalisiert*“ (Rose/ Schmied-Knittel 2011: 89) wird. Diese Deutung steht im Widerspruch zu Konzepten der „natürlichen Geburt“, spiegelt jedoch genauso typische Strukturelemente der postmodernen Gesellschaften wider (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 89).

Auch die Ausführungen von Gabriele Sorgo (2008) können in diesem Spannungsverhältnis von Widersprüchen betrachtet werden. Sie zeigt auf, dass Gebären in Konsumgesellschaften immer mehr zu einer Dienstleistung wird. An diesen Anspruch haben sich auch die Geburtsabteilungen mit ihrem Angebot anpassen müssen; von speziellen Gebärbetten über Akupunktur, bis hin zu den zahlreichen medizinischen Vorsorgeuntersuchungen reicht das Angebot, mit welchem die Spitäler, aber auch andere Einrichtungen zusätzliche Verdienste verzeichnen. Dabei stellt sich die Frage, ob die Angebote tatsächlich zu einer Verbesserung des Zustandes der werdenden Mutter bzw. für das Outcome bei der Geburt beitragen. Weiters stellt sich die Frage, ob schwangere Frauen nur mit Hilfe von zusätzlichen Kursen und Untersuchungen die notwendigen Fähigkeiten für einen positiven Geburtsverlauf erlangen? Um Geburt als eine Dienstleistung zu etablieren, waren nach Sorgo (2008) zwei Voraussetzungen notwendig: erstens die Ansicht, dass das soziale Geschehen und die Selbstwahrnehmung des Menschen kulturell geprägt sind, und somit die Geburt zu einem gestaltbaren Ereignis wird, welches durch eine Mischung aus implizitem, - oftmals aus familiären Erfahrungen gespeistem, und explizitem medizinischem Wissen geprägt ist. Die zweite Voraussetzung stellt die Knappheit von Gütern, in diesem Fall von Wissen und dem unterstützenden Personal, dar. Dabei ist vor allem von Belang, dass die Gebärkompetenz, welche im weiblichen Körper evolutionär vorgegeben ist, von Medizin und auch Frauen immer mehr in Frage gestellt wird, und somit die Unterstützung durch spezialisierte Berufsgruppen immer stärker gefragt wird (vgl. Sorgo 2008: 173ff).

Die Kehrseite der Entwicklung zur verstärkten Selbstbestimmung und Eigengestaltung des Geburtsvorgangs und der Schwangerschaft sehen Rose und Schmied-Knittel (2011) im Nachlassen der traditionellen Strukturen und den damit verbundenen Sicherheiten. Sie sehen in diesem Kontext folgenden Zusammenhang: „Das Verlangen nach

Anweisungen, die die Entbindung beherrschbar machen, wird umso heftiger, je stärker dieses Geschehen individualisiert wird“ (Rose/ Schmied-Knittel 2011: 90).

3.4.2 Projekt „Geburt“

Villa et al. werfen die Frage auf, ob „sich derzeit diskursive Verschiebungen ausmachen, durch die die Geburt - sei es nun Klinikgeburt, Geburt im Geburtshaus oder Hausgeburt - immer mehr einen projektförmigen Charakter annimmt?“ (Villa et al. 2011: 11f). Auch Rose und Schmied-Knittel (2011) schreiben, dass eine Geburt mittlerweile als ein Ereignis gilt, für welches die werdenden Eltern bestmöglich vorbereitet sein sollen, und welches auch organisatorisch optimal vorbereitet werden sollte. Dazu „muss“ sich das Paar in Sachen Geburt und Schwangerschaft Wissen aneignen und selbst zu ExpertInnen werden. Auch die Gebärkompetenz der Frauen muss nach diesem Konzept geschult werden, wobei das Angebot von körperlichen Aktivitäten bis hin zu speziellen Geburtstechniken reicht. Da in den letzten Jahrzehnten in Westeuropa immer stärker auch die werdenden Väter in das Geburtsgeschehen mit einbezogen werden, sollten auch sie sich als Beistand der Gebärenden weiterbilden. (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 91f).

Eine Geburt wird als Projekt gesehen, nach Parametern wie Kosten und Nutzen, Risiken und Optimierung kalkuliert. Dahinter steht ein (unbewusstes) Konzept von „guter“ und „sicherer“ Geburt. Die „gute“ Geburt wird hier als eine mit Risiken behaftete Geburt wahrgenommen, diese Risiken gilt es in weiterer Folge zu minimieren. Der Wunsch Risiken zu reduzieren, wird nicht mehr nur von Ärzteseite/ Ärztinnenseite gefördert, sondern auch von den werdenden Eltern gefordert. Deshalb sehen die AutorInnen Villa et al. in Bezug auf empirische Ergebnisse die Zunahme der Maßnahmen beispielsweise im Bereich der Präventionsmedizin während der Schwangerschaft nicht mehr nur als Fremdbestimmung durch die Schulmedizin, sondern vor allem als gewünschte Maßnahmen von Seiten der schwangeren Frauen (vgl. Villa et al. 2011:12f). Sie interpretieren diese Tatsache dahingehend, dass bei steigender Risikowahrnehmung versucht wird, die Kontrolle bzw. die Handlungsmacht als Individuum zu erhalten (vgl. Villa et al. 2011: 13). Doch die Entscheidungen, die dabei getroffen werden müssen, setzen wiederum ein hohes Maß an Wissen und auch einen Verhandlungsprozess zwischen den werdenden Eltern voraus (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 92).

Die Übernahme der Ansicht, dass Geburt per definitionem ein Risiko darstellt und die daraus folgende Wissensaneignung führen zu einer Verstärkung der Selbstkontrolle, wo vormals Fremdkontrolle vorherrschte. Kontrastierend zu diesen Überlegungen soll an

dieser Stelle auf die Ausführungen von Kolip (2000) über die „Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen“²³ hingewiesen werden, welche eine Vermischung von Selbst- und Fremdbestimmung aufzeigen, und die diese Entwicklung nicht nur als einseitige Konsequenz der Wünsche von schwangeren Frauen sehen, sondern auch als eine Entwicklung von Seiten des Medizinsystems.

Das folgende Kapitel soll auf die Rezeption und den Umgang mit Studien zum Thema Geburt und Hausgeburt vorbereiten, und auf die methodologischen Herausforderungen, welche sich in dem Forschungsfeld ergeben, aufmerksam machen.

²³ Siehe dazu genauer den Abschnitt „Die Medikalisierung des weiblichen Körpers“.

4 Hausgeburt im internationalen Vergleich

Der Umgang mit Zahlen zum Thema Geburt und Hausgeburt ist herausfordernd und bedarf der systematischen Betrachtung, welche Daten wie erhoben und auf welche Art und Weise ausgewertet wurden. Gerade ein Vergleich über Ländergrenzen hinweg stellt sich als schwierig dar, weil die Betreuungssysteme stark differieren. Die Diskussion rund um Hausgeburt wird des Weiteren in vielen Regionen als normativer Diskurs in der Gesellschaft geführt, welcher stark polarisiert, wobei die Basis der Argumentationen wissenschaftliche Untersuchungen aus unterschiedlichen Ländern bilden. Der Aufbau und die Art der Analyse der Studien, auf welchen diese Diskussion aufbaut, entscheiden darüber, ob die Möglichkeit von „informed choice“ für schwangere Frauen, das medizinische Fachpersonal, aber auch den Rest der Gesellschaft besteht (vgl. Nove et al. 2012).

Im folgenden Abschnitt wird auf wichtige Aspekte hingewiesen, die mögliche Schwierigkeiten und Schwachstellen bei Studiendesigns bedingen, um Forschungsergebnisse zum Thema Geburt und Hausgeburt differenziert betrachten zu können.

4.1 Klinische Studien zum Thema Geburt

Wie auch bei anderen Themen sind die Ergebnisse von empirischen Studien zum Thema Geburt kritisch zu hinterfragen und die Art der Durchführung genauer zu betrachten. Henci Goer (2011) hat in einem Beitrag die Probleme aufgelistet, welche sich beim Untersuchen der Geburt in einem Spital ergeben können:

- Verzerrung durch den/ die ForscherIn
- die Betreuungspersonen als Störgröße
- von der Physiologie abweichende Betreuungsroutinen
- erhebliches Crossover der Studienteilnehmerinnen
- Unterschiede zwischen den Gruppen werden durch das medizinisch-technologische Betreuungsmodell verwischt
- von außen bestimmte Norm
- physiologische Betreuung wird als „Intervention“ gewertet und muss sich gegen andere Eingriffe beweisen, bevor sie zum Einsatz kommen darf
- begrenzte Vorstellung davon, welches Ergebnis wirklich wichtig ist

- es werden nur Ausschnitte untersucht, das System als Ganzes wird vernachlässigt
(vgl. Goer 2011: 83).

Nach Goer stellt das medizinische Modell, welches in vielen Studien als Basis dient, kein adäquates Hilfsmittel zur Erforschung der physiologischen Abläufe dar. Oftmals lassen sich Einflussfaktoren nicht messen oder werden in die Betrachtung des Problems gar nicht erst mit einbezogen, beispielsweise können die subjektiven Annahmen der betreuenden Personen und die räumliche Umgebung die Ergebnisse maßgeblich beeinflussen, werden aber oftmals nicht beachtet (vgl. Goer 2011: 84; 1995: 332). Die unterschiedlichen Ansätze der Schulmedizin und der physiologischen Betreuung stellen einen weiteren Grund für die verschiedenen Interpretationen dar. Goer (2011: 85) stellt sie folgendermaßen gegenüber:

Medikalisiertes Geburtsmanagement	Physiologische Betreuung
Morbidität und Mortalität verhindern	Gesundheit und Wohlbefinden erhalten
Aktives Management	Optimale Geburt*
„Nur um sicher zu gehen“ = Häufig intervenieren, um Schaden abzuwenden	„Nur um sicher zu gehen“ = Interventionen vermeiden, um Schaden abzuwenden
Körper = Maschine	Kontext der Betreuung und Beziehungsebene sind wichtig
Sehr begrenzte Vorstellung, was ein „gutes Outcome“ bedeutet	Sehr weitgehende Vorstellung, was ein „gutes Outcome“ bedeutet

*das bestmögliche perinatale Outcome mit der minimal nötigen Intervention im Kontext der sozialen, medizinischen und geburtshilflichen Vorgeschichte der Frau (Kennedy 2006, zit. nach Goer 2011: 85)

Durch die verschiedenen Herangehensweisen in der Betrachtung der Forschungsergebnisse kann es dazu kommen, dass unterschiedliche Aspekte als wichtig erachtet werden. Beispielsweise steht die subjektive Zufriedenheit von Patienten/ Patientinnen bei quantitativen Studien mit medikalisiertem Geburtsmanagement als theoretischer Hintergrund nicht im Zentrum des Interesses, da der Fokus stärker auf quantifizierbare Daten gelegt wird (vgl. Goer 2011: 85).

Gerade für den Kontext von Geburt und deren Erleben hat Chalmers schon 1989 festgestellt: „sometimes, what really counts, cannot be counted“ (Chalmers et al. 1989, zit. nach Walsh 2007: 4). Diese Feststellung honoriert die Tatsache, dass das Erleben von Geburt in vielfacher Weise durch Aspekte beeinflusst wird, die nicht alleine durch quantifizierte Daten wiedergegeben werden können, sondern der Durchführung von qualitativ angelegten Untersuchungen bedürfen.

4.2 Internationale Ergebnisse zum Thema Hausgeburt

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, sollten empirische Studien zum Thema Hausgeburt (oder auch Geburt allgemein) immer kritisch betrachtet werden. Für die vorliegende Masterarbeit wurde eine Auswahl an Studien herangezogen, die die Bandbreite zu dem Thema aufzeigen soll, jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Bei der Auswahl der Untersuchungen wurde vor allem auf die Aktualität und die Konsistenz der Daten Wert gelegt. Kein Kriterium der Selektion stellte hingegen die statistische Repräsentativität dar, denn das hätte die Auswahl der Studien auf ein Minimum reduziert, da in den meisten Ländern nur noch eine geringe Anzahl an Hausgeburten stattfindet. Als viel wichtiger stellt sich die oben schon beschriebene Tatsache dar, dass gerade in Bezug auf das Erleben von Geburt nicht alles in quantifizierten Daten wiedergegeben werden kann.

4.2.1 Der Ausnahmefall Niederlande

Trotz Medikalisierung und Professionalisierung stellen die Niederlande eine Ausnahme im europäischen Vergleich dar, da sie eine sehr niedrige Kaiserschnitttrate und gleichzeitig eine hohe Hausgeburtenrate haben. Während im Jahr 2004 in Österreich 23,5% der Kinder mit Hilfe eines Kaiserschnitts auf die Welt gekommen sind, war dieser Eingriff in den Niederlanden nur bei 15,1% der Geburten notwendig (vgl. EURO-PERISTAT 2008: 241), obwohl die Möglichkeit in ein Krankenhaus zu fahren auch bei den Hausgeburten in den Niederlanden gegeben ist, da eine der Voraussetzungen für eine Hausgeburt die Erreichbarkeit einer Klinik innerhalb von 45 Minuten ist (vgl. Brockman/ Reichard 2000: 70). Noch deutlicher wird der Unterschied zwischen den beiden Ländern im Hinblick auf die Hausgeburtenrate, diese lag 2004 in Österreich bei 1,2%, in den Niederlanden dagegen bei 30% (vgl. EURO-PERISTAT 2008: 260). Der im internationalen Vergleich hohe Hausgeburtenanteil (wobei in den Niederlanden nur Frauen mit niedrigem Schwangerschaftsrisiko für Hausgeburten in Frage kommen) kann als ein Einflussfaktor auf die Höhe der Kaiserschnitttrate gesehen werden, da bei Geburten im Kontext Krankenhaus eine höhere Interventionsrate als bei außerklinischen Geburten zu beobachten ist, wie eine Studie aus England aufzeigt (vgl. Hollowell et al. 2011: 21). Gleichzeitig kommen mittlerweile einige wissenschaftliche Arbeiten zu einem Schluss, der die Sicherheit von geplanten Hausgeburten bei normal verlaufender Schwangerschaft ohne Risikofaktoren nahe legt (vgl. De Jonge et al. 2009; Johnson/ Daviss 2005; Schweizerischer Hebammenverband 1993).

4.2.2 Hausgeburt und Sicherheit

Diskussionen zum Thema Hausgeburt drehen sich oftmals stark um den Aspekt der Sicherheit von Hausgeburten, welche mit der Sicherheit von Spitalsgeburten verglichen wird. Der Versuch, die Daten zu den verschiedenen Geburtsorten zu vergleichen, stellt jedes ForscherInnenteam vor methodologische Herausforderungen, vor allem beim Untersuchen der perinatalen Sterblichkeit. Die Entscheidungen für die Inklusion oder Exklusion von Daten(-sätzen) bzw. Fällen müssen genau überlegt und methodisch durchdacht getroffen werden. Gerade die wenigen Hausgeburtsfälle und die statistische Seltenheit von perinatalen Sterbefällen innerhalb eines Landes schmälern die Aussagekraft statistischer Analysen oftmals (vgl. Nove et al. 2012).

Die Studie von De Jonge et al. (2009) stellt eine der wenigen aktuellen empirischen Untersuchungen zum Thema Sicherheit von Hausgeburten dar, welche eine große Population mit konsistenter Auswahl der Fälle aufweisen kann. Dabei wurden insgesamt 529.688 Niedrig-Risikogeburten, welche mit Begleitung einer Hebamme stattgefunden haben²⁴, nach unterschiedlichen Kriterien untersucht. Die Gruppe der geplanten Hausgeburten zeigte dabei im Vergleich mit der Gruppe der geplanten Spitalsgeburten keine erhöhten Risiken der perinatalen Sterblichkeit sowie der Säuglingssterblichkeit während der Geburt und der neonatalen Sterblichkeit innerhalb der ersten sieben Tage (vgl. De Jonge et al. 2009: 1179). Von KritikerInnen wird oftmals die erhöhte perinatale Sterblichkeitsrate in den Niederlanden in Zusammenhang mit der hohen Hausgeburtenrate gebracht. Diesen Vorwurf räumen die AutorInnen der Studie jedoch aus, indem sie auf den Zusammenhang zwischen dem Alter sowie dem sozioökonomischen Status der Mutter und der perinatalen Sterblichkeit hinweisen. In den Niederlanden sind etwa 20% der werdenden Mütter älter als 35 Jahre, des Weiteren ist die Rate der Mütter, welche nicht in den Niederlanden geboren sind, sehr viel höher als etwa in Schweden oder Dänemark. Ein Faktum, mit dem oftmals ein schlechterer sozioökonomischer Status einhergeht (vgl. Buitendijk/ Nijhuis 2004; Stichting Perinatale Registratie Nederland 2008; Achterberg 2005, zit. nach De Jonge et al. 2009: 1182).

Zu einem anderen Schluss als die ForscherInnen in den Niederlanden kommen die AutorInnen einer Studie aus der Türkei, welche die Hausgeburt als sehr kritisches Ereignis einschätzen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass das Untersuchungsgebiet der türkischen Studie sich auf die ländliche Umgebung in der Nähe von medizinischen

²⁴ In den Niederlanden haben Frauen die Wahl, die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen von einer Hebamme oder einem/einer GynäkologIn machen zu lassen, solange keine Risikofaktoren in der Schwangerschaft auftreten.

Einrichtungen beschränkt, und zusätzlich die Rate der Hausgeburten, welche nicht von einem/ einer geschulten MedizinerIn oder Hebamme betreut wurden, sehr hoch lag. Bei etwa einem Drittel der Hausgeburten haben Nachbarinnen bei der Entbindung geholfen (vgl. Kukulü/ Öncel 2006: 33f). Auf dieser Ebene sind die Ergebnisse der Studie aus der Türkei mit den Ergebnissen aus Holland, Schweden und Großbritannien nicht zu vergleichen, da es sich bei Ersteren eher um ein traditionelles Phänomen handelt. Die Unterscheidung zwischen „Hausgeburt als traditionelles Verhalten“ und „Hausgeburt als bewusste Entscheidung und Auswahl“ stellt somit einen wichtigen Faktor bei der Betrachtung von Hausgeburt dar. Weiters zeigt die Studie bei den sozioökonomischen Merkmalen der Frauen starke Abweichungen von jenen in westeuropäischen Studien. In Holland, England und Schweden waren es vor allem besser ausgebildete Frauen, welche eine Hausgeburt durchführten (vgl. De Jonge et al. 2009: 1180; Hollowell et al. 2011: 60; Hildingsson et al. 2010: 291). Im Gegensatz dazu konnten in der türkischen Studie 35,5% der Frauen weder lesen noch schreiben, und 98% waren erwerbslos (vgl. Kukulü/ Öncel 2006: 34). Der sozioökonomische Status der Frauen, aber auch die unterschiedliche Art der Betreuung legen nahe, dass die Ergebnisse der verschiedenen Studien nicht zu vergleichen sind und auch sehr unterschiedliche Implikationen mit sich bringen. In der türkischen Studie stehen stärker die nachteiligen Effekte der Hausgeburt im Vordergrund, welche unter anderem durch die Betreuung der schwangeren Frauen von nicht geschulten Personen zustande kommen. Dagegen sehen die AutorInnen der westeuropäischen Studien Hausgeburt als eine gleichwertige Alternative zur Spitalsgeburt für Frauen mit Schwangerschaften, in denen wenig oder gar keine Risikofaktoren auftreten (vgl. De Jonge et al. 2009; Hollowell et al. 2011; Hildingsson et al. 2010). Bei dieser Perspektive erscheint Hausgeburt nicht als Rückkehr zu traditionellen Verhaltensmustern, sondern als Erweiterung des Geburtshilfesystems.

Die schwedischen Daten von Hildingsson et al. 2010 zeigen Ergebnisse einer Gruppe von Frauen mit geplanter Hausgeburt im Vergleich zu einer Gruppe von Frauen mit geplantem Kaiserschnitt. Die Gruppe der Frauen mit Hausgeburten wird dabei als zufriedener mit der Geburt an sich beschrieben. Obwohl die Frauen der Hausgeburtsguppe den Geburtsschmerz als intensiver angegeben haben, hatten sie auch in diesem Bereich ein positiveres Erlebnis als jene Frauen mit Kaiserschnitt. Betont wird auch die höhere Zufriedenheit der Frauen mit Hausgeburt bei der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit während der Geburt und der Unterstützung durch die Hebamme. Interessant ist der Aspekt des Bedürfnisses nach mehr Kontrolle, welcher in beiden Gruppen auftaucht, aber auf sehr unterschiedliche Art von den

Frauen ausgelegt wird. In der Gruppe der Hausgeburten wird das Konzept von „in der Kontrolle der Geburt“ zu sein betont, wogegen die Frauen mit Kaiserschnitt die Kontrolle durch das chirurgische Team erfahren. Auch in dieser Kategorie waren die Frauen mit Hausgeburt zufriedener mit der Art der Kontrolle als jene der Vergleichsgruppe (vgl. Hildingsson et al. 2010: 291ff).

Die Ergebnisse des “Ontario choice of birthplace survey” (Murray-Davis et al. 2014) halten fest, dass das soziale Umfeld, vor allem der Partner, einen wichtigen Einflussfaktor in der Entscheidung für oder gegen eine Hausgeburt darstellt. Bei der Studie wurden Frauen, welche sich für die Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung durch eine Hebamme entschieden haben, zu ihren Motiven für die Wahl eines Geburtsorts befragt. Die Einstellungen und Werte der Frauen stellten ein wichtiges Fundament für die Entscheidungsfindung dar, wobei die Frauen unabhängig vom geplanten Geburtsort die Vorstellung teilten, dass die Geburt eines Kindes ein natürlicher Prozess ist. Diese Einstellung kann somit einen Rückschluss auf die Art der Betreuung (durch eine Hebamme) ermöglichen und weniger auf den Geburtsort. Als weiteren wichtigen Einflussfaktor in beiden Gruppen stellten die Autorinnen die Sicherheit während der Geburt fest, wobei die Auslegung des Begriffs in den verschiedenen Gruppen variierte; während die Hausgeburtsgruppe die Geburt in den eigenen vier Wänden als prinzipiell sichere Alternative bewertete, wurde das Krankenhaus als Ort definiert, an dem andere Eingriffe und Komplikationen wahrscheinlicher auftreten werden. Die Krankenhausgeburtsgruppe dagegen sah in der Infrastruktur des Spitals die Sicherheit, während der Geburt adäquat auf Komplikationen reagieren zu können. In allen untersuchten Gruppen wurde der Wunsch nach alternativer Geburtsbegleitung abseits von Haus- und Spitalsgeburten formuliert, dabei herrschten jedoch viele falsche Vorstellungen, welche Leistungen in einem Geburtshaus geleistet werden würden, vor (vgl. Murray-Davis 2014).

Vergleiche von unterschiedlichen Versorgungs- und Betreuungssystemen sind immer mit Vorsicht zu genießen, wie der australische Autor Keirse betont. Doch auch die Unterschiedlichkeit der Daten und die verschiedenen Definitionen, welche erst bei genauerer Betrachtung offensichtlich werden, machen Metaanalyse oftmals unmöglich (vgl. Keirse 2010: 345). Doch auch wenn internationale Vergleiche immer nur im Verhältnis zum Betreuungssystem des jeweiligen Landes gesehen werden können, sollen doch auch einige ausgewählte qualitative Ergebnisse aus verschiedenen Ländern an dieser Stelle angeführt werden, da sie trotz allem einen möglichen Anschluss für die methodische Vorgehensweise und die Interpretation der gesammelten Daten der vorliegenden Masterarbeit bieten.

4.3 Forschungsergebnisse von qualitativen Studien

Die Artikel von Sjöblom et al. (2011) und Lindgren/ Erlandsson (2010) beschäftigen sich mit demselben Datensatz, jedoch mit unterschiedlichen Fragestellungen. Während bei Sjöblom et al. die Frage nach den Reaktionen der Umwelt auf die Entscheidung Hausgeburt im Mittelpunkt steht, gehen Lindgren und Erlandsson der Frage nach dem Empowerment durch eine Hausgeburt in Schweden nach. In Schweden sind Hausgeburten ein verschwindend geringes Phänomen (weniger als 1 von 1000 Geburten findet zu Hause statt). Trotzdem, oder gerade deswegen, haben die Autorinnen der Studien, die Untersuchungen durchgeführt und einzelne Fragen mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundman (2004) ausgewertet.

Gerade weil Hausgeburt in Schweden keine große Gruppe betrifft, stellt sich die Frage, welchen Reaktionen der sozialen Umwelt auf zu Hause gebärende Frauen zukommen. Sjöblom et al. (2011) haben als allgemeines Thema die Kategorie „To be met with fear for life and death“ entwickelt. Diese bezieht sich darauf, dass die Frauen vor allem mit den Risiken, welche sie durch eine Hausgeburt möglicherweise eingehen, von ihrer sozialen Umwelt konfrontiert wurden. Das Hauptthema setzt sich aus vier Kategorien mit wiederum neun Unterkategorien zusammen. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sind, dass die Frauen das Gefühl haben als verantwortungslose Personen gesehen zu werden, welche eine unnötige Gefahr für das Kind und sich selbst eingehen. Weiters wurden die Teilnehmerinnen bei der Diskussion mit anderen Personen mit emotionalen Argumenten und nicht mit fundiertem Wissen konfrontiert, was als „ignorance“ und „strong feelings“ zusammengefasst wird. Die dritte Kategorie beschreibt die wahrgenommene Beeinflussung der Frauen, sich doch noch für eine Spitalsgeburt zu entscheiden, wobei diese Beeinflussung oftmals über Einschüchterungen stattgefunden hat, was bei einigen Frauen das Gefühl weniger wert zu sein hervorgerufen hat. Die letzte Kategorie umfasst das Gefühl der Entfremdung („alienation“) bzw. das Gefühl, einen anderen Lebensstil gewählt zu haben. Die Autorinnen weisen darauf hin, dass die Reaktionen der Umwelt für die Frauen in Kontrast zu ihrer eigenen Wahrnehmung von Hausgeburt stehen, da sie diese vor allem als natürliches und stärkendes Erlebnis sehen. Dieses Problem wurde von vielen Frauen so gelöst, dass sie sich in der Schwangerschaft verstärkt an Personen gewandt haben, von denen sie wussten, dass sie eine positive Einstellung zu Hausgeburten haben und dadurch den negativen bzw. konträren Meinungen aus dem Weg gegangen sind (vgl. Sjöblom et al. 2011: e13ff). Die Frauen suchen quasi Bestätigung in ihrer Peergroup und vermeiden andere Positionen um ihre Entscheidung zu stärken. Dieses Ergebnis ist von besonderer Bedeutung für die

Forschungsfrage der vorliegenden Masterarbeit, da durch die positive Bestärkung innerhalb der Peergroup die Vermeidung von anderen Meinungen in den Fokus gerückt wird und weniger die Auseinandersetzung mit diesen gegenläufigen Ansichten. Einerseits wird durch dieses Ergebnis ersichtlich, dass die Entscheidung für eine Hausgeburt in dieser Stichprobe nicht unbedingt eine bewusste Auseinandersetzung mit dem gesamten sozialen Umfeld voraussetzt. Andererseits wird implizit mit diesem Ergebnis auch aufgezeigt, wie der Medikalisierungsprozess durch die Gesellschaftsmitglieder vertreten wird und auch außerhalb des professionellen Medizinsystems greift. Die schwangeren Frauen besitzen ein Bewusstsein für die gesellschaftliche Norm des Geburtsortes und vertreten bewusst ihrer Entscheidung für eine Hausgeburt nicht nach außen, um diesen Entschluss nicht durch die gegenläufigen Anschauungen ins Wanken zu bringen. Auch im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit zeigen sich diese Strategien bei einigen befragten Frauen.²⁵

Ein zweiter Artikel beschäftigt sich mit dem schwedischen Datensatz und hat Empowerment durch Hausgeburt als Hauptergebnis. Die Autorinnen Lindgren und Erlandsson (2010) fassen das unter dem Titel „Finding Rest in Acceptance of the Process“ zusammen. Diese Kategorie beschreiben die beiden Verfasserinnen durch die vier Unterbegriffe „Sensations“, „Guidance“, „Tactic Support“ und „Overcoming Disempowering Conditions“. Gerade die eigenen emotionalen, aber auch die durch die Umwelt geprägten Empfindungen waren für die befragten Frauen ein stärkender Faktor während der Hausgeburt. Darunter fallen sowohl Aspekte wie Harmonie oder den Fokus ganz auf die Geburt richten zu können, als auch eine ruhige Umgebung und eine warme Atmosphäre am Geburtsort. In dieser Kategorie wird von den Frauen auch betont, dass es sehr wichtig war, die Kontrolle darüber zu haben, wer bei der Geburt anwesend ist bzw. dass sie selbst die Kontrolle darüber hatten, wer den Geburtsort betreten darf. Die verbale und auch non-verbale Führung bzw. Leitung der beteiligten Personen während der Geburt haben die betroffenen Frauen als weiteren positiven Aspekt angegeben. Dabei wurde vor allem der erste telefonische Kontakt zur Hebamme nach Einsetzen der Wehen, aber auch die physischen Aktionen, welche genau zum richtigen Zeitpunkt von der richtigen Person getätigt werden mussten²⁶, genannt. Vor allem die Fähigkeit von Hebammen, die Frauen in Stresssituationen zu beruhigen und ihnen das Vertrauen, welches sie in die Frauen haben, zu vermitteln, haben viele Frauen als

²⁵ Genauere Darstellung in den Abschnitten „Auseinandersetzung mit dem privaten Umfeld“ und „Auseinandersetzung mit dem medizinisch/ geburtshilflichen Umfeld“.

²⁶ Da die Frauen die Hebammen im Vorhinein kennen gelernt haben, war es möglich, dass die Frauen Wünsche in Bezug auf den Geburtsablauf und die Erwartungen an die beteiligten Personen im Vorhinein klar formulierten (vgl. Lindgren/ Erlandsson 2010: 313).

Stärkung empfunden. Weiters wurde die oftmals schon länger bestehende Beziehung zur Hebamme und das damit verbundene Vertrauen, welches den Frauen ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, als positiv beeinflussender Faktor empfunden (vgl. Lindgren/ Erlandsson 2010: 311ff).

Im Gegensatz zur „guidance“ wurde unter „tactic support“ vor allem körperlich erfahrbare Unterstützung auf physischer und mentaler Ebene zusammengefasst. Die Frauen führten vor allem die fürsorglichen Hände der Hebamme und die Beziehung zwischen Hebamme, den anderen anwesenden Personen und der gebärenden Frau als stärkende Aspekte an. Als vierte Kategorie wird das Überwinden von entmachtenden oder schwächenden Gegebenheiten, sowohl auf emotionaler als auch auf Handlungsebene, angeführt. Das Bewältigen einer solchen negativen Rahmenbedingung versetzte die Frauen in eine gestärkte Position, und sie hatten wieder das Gefühl, die Situation unter Kontrolle zu haben (vgl. Lindgren/ Erlandsson 2010: 313ff).

Ähnliche Ergebnisse (vor allem die Aspekte des Vertrauens in das eigene Können und die Selbstbestimmung der Rahmenbedingungen während der Geburt und danach) wurden auch schon in einer früheren schwedischen Untersuchung zusammengefasst (vgl. Sjöblom et al. 2005).

Finnland hat ähnlich wie Schweden eine sehr niedrige Hausgeburtenrate. Im Jahr 2008 hat die Hausgeburtenrate dort etwa 0,01% betragen (Jouhki 2011: 57), für das Jahr 2004 wird im European Perinatal Health Report überhaupt eine Rate von 0% angegeben (EURO-PERISTAT 2008: 260). Es stellt sich als schwierig, wenn nicht gar unmöglich dar, eine Hausgeburt bei dem bestehenden System der Geburtshilfe in Finnland zu planen bzw. durchzuführen. Doch auch hier gibt es eine qualitative Untersuchung über die Entscheidungsfindung für eine Hausgeburt. Jouhki (2011) hat für ihre Untersuchung 10 Frauen zu ihren insgesamt 34 Geburten befragt, wobei 23 Geburten zu Hause stattgefunden haben. Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet, wobei der Prozess der Analyse offenes Kodieren, Kategorienbildung und Abstraktion der gefundenen Ergebnisse beinhaltet hat (vgl. Jouhki 2011: 57). Die Autorin beschreibt die von den Frauen angesprochenen Gründe für die Hausgeburten, wobei vor allem die eigenen vorangegangenen Geburtserlebnisse und die Ansicht, dass die Geburt ein natürlicher Prozess ist, sowie die eigene Autonomie, aber auch das intuitive Gefühl, dass eine Hausgeburt das Richtige ist, die wichtigsten Einflussfaktoren waren. Bevor die Entscheidung für eine Hausgeburt gefallen ist, wurden von den Frauen Informationen eingeholt, wobei angemerkt wird, dass Informationen zu diesem Thema in finnischer Sprache nicht sonderlich verbreitet sind. Weiters werden in der

Untersuchung unterstützende und hemmende Faktoren für eine Hausgeburt aufgezeigt. Vor allem die Unterstützung durch nahestehende Personen, vielfältige Informationen zum Thema, die individuellen Vorstellungen zum Thema Geburt, Tod und Krankheit, eine unkomplizierte und gesunde Schwangerschaft, die Möglichkeit eine Hebamme zu engagieren, sowie das Vertrauen in den eigenen Körper und dessen Fähigkeiten waren die wichtigsten Einflussfaktoren bei der Entscheidung für eine Hausgeburt. Das Fehlen von Unterstützung innerhalb des Gesundheitssystems, die Schwierigkeiten eine Hebamme zu finden und die mit der Hausgeburt verbundenen Kosten, sowie die Angst um die Gesundheit des Kindes wurden als verunsichernde Faktoren bei der Entscheidungsfindung für eine Hausgeburt evident (vgl. Jouhki 2011: 59). Von grundlegender Bedeutung in der Studie lassen sich vor allem zwei Ergebnisse festhalten: Die von den Frauen als unterstützend beschriebenen Faktoren sind dem sozialen Umfeld der Befragten zuzuordnen, wogegen fast alle jene Einflüsse, welche die Frauen als hemmend einordneten, mit dem Gesundheitssystem verknüpft waren. Zweitens wurde von der Autorin festgehalten, dass die Frauen alle das Bedürfnis nach einer alternativen Begleitung während der Schwangerschaft und Geburt äußerten, da das öffentlich geförderte Geburtshilfesystem nur auf die Geburt im Spital vorbereite und nicht die Stärkung und das Empowerment der Frauen im Vordergrund stehe (vgl. Jouhki 2011: 60).

Dieses Ergebnis deckt sich mit jenem der kanadischen Studie von Murray-Davis et al. (2014). Auch in Kanada ist die Hausgeburt ein selten vorkommendes Phänomen, welches jedoch immer wieder eingehend untersucht wurde. Die Studie von Murray-Davis et al. (2012) setzt sich erstmals nach der Regulierung des Hebammenwesens in Kanada mit den Motiven der Frauen auseinander, welche eine Hausgeburt planen. Dafür wurden 34 Frauen mit Hilfe von halbstrukturierten Leitfadeninterviews befragt und mittels Grounded Theory ausgewertet. Die Autorinnen konnten durch ihre Analysen einen Prozess der Entscheidungsfindung nachzeichnen, an dessen Beginn die innere Motivation nach einer Hausgeburt steht. In dieser Phase haben die Frauen nur einige grundlegende Einflussfaktoren beschrieben, wie das Verlangen, während der Geburt Kontroll- und Komfortmöglichkeiten zu optimieren, die Familie in die Geburt mit einzubeziehen und während der Geburt eigenständiger über Bewegung und Nahrungsaufnahme zu entscheiden. In weiterer Folge setzten sich die befragten Frauen mit den vorhandenen Informationen über Hausgeburt und Geburt im Allgemeinen auseinander. Innerhalb dieses Schrittes beschreiben die Forscherinnen einen Prozess des „learning and unlearning about birth“. Die Befragten mussten erst die kulturellen Normvorstellungen über Geburt „verlernen“, um die Routinen und Praktiken der

Hausgeburt zu „erlernen“ und als neue Norm für sich selbst zu übernehmen. Als letzter Schritt in dem Entscheidungsprozess stand der Entschluss zur Hausgeburt und die Verantwortungsübernahme für diese Wahl. Dabei waren sowohl die Unterstützung der Hebamme, als auch der soziale und gesellschaftliche Umgang mit Geburt von großer Bedeutung. Schlussendlich fühlten sich die Frauen sehr überzeugt und „empowert“ in Bezug auf ihre Entscheidung für eine Hausgeburt (vgl. Murray-Davis et al. 2012). Die Beschreibung der Entscheidungsfindung verweist auf die Tatsache, dass die Frauen sich intensiv mit dem Thema Geburt und den möglichen Geburtsorten auseinandergesetzt haben, und es in diesem kanadischen Setting keine ad hoc Entscheidungen waren, wie auch schon in der finnischen Untersuchung weiter oben beschrieben (vgl. Jouhki 2011).

Die Ergebnisse dieser Studien sind immer im nationalen Kontext zu sehen und können nicht verallgemeinert oder leichtfertig auf die österreichische Geburtshilfe umgelegt werden, da die Betreuungssysteme in den verschiedenen Ländern nicht einheitlich ausgestaltet sind. Jedoch zeigen die Ergebnisse Ansätze auf, die im Bereich der Hausgeburtshilfe von Bedeutung sein können und in der methodischen Auswertung mit beachtet werden sollen. An dieser Stelle wird nun detaillierter auf das Hausgeburtssystem in Österreich eingegangen, um zu dessen Funktionsweise und Aufbau einen genaueren Einblick zu erhalten. Weiters wird der konkrete Forschungskontext der vorliegenden Masterarbeit genauer beschrieben.

5 Österreichischer Forschungskontext

5.1 Historische Entwicklung der Hausgeburt in Österreich

Der historische Wandel in Bezug auf das System der Hausgeburt in Österreich ist nicht sehr detailliert nachzeichnenbar, da hierfür die öffentlich zugänglichen statistischen Aufzeichnungen fehlen. Die Demographischen Jahrbücher der Statistik Austria geben erst wieder genaueren Aufschluss über die Hausgeburtsrate, als diese schon auf ein sehr niedriges Niveau gesunken war. Eine der wenigen Ausnahmen stellt die Tabelle in einem Beitrag von Schaller (1998) dar, wonach die Anstaltsentbindungen in Salzburg und Tirol zwischen 1928 und 1978 von etwa 14% auf 97,3% gestiegen sind. In Vorarlberg war ein noch schnellerer Anstieg von 1,79% (1928) auf 94,8% (1978) zu beobachten (Schaller 1998: 43). Da keine Aufzeichnungen der statistischen Daten der Hausgeburten für ganz Österreich zu finden sind, bezieht sich die vorliegende Masterarbeit an dieser Stelle auf Zahlen aus Deutschland, in der Annahme, dass der Wandel in der Geburtshilfe in etwa zum gleichen Zeitpunkt wie in Österreich stattgefunden hat. In Deutschland überstieg die Anzahl der Klinikgeburten 1954 erstmals jene der Hausgeburten, um danach weiter stark zu steigen. 1966 haben noch 12,9% der Geburten zu Hause stattgefunden, 1978 waren es in der BRD nur noch 0,8%, um dann in den 1980er Jahren wieder leicht auf 1,1% anzusteigen (vgl. Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1971: 29, zit. nach Schmitz 1994: 102; Höhn 1983: 110, zit. nach Schmitz 1994: 104; Trombik 1985: 216, zit. nach Schmitz 1994: 104). Dies macht deutlich, dass die Hausgeburt bis zur Mitte der 1950er Jahre die Norm darstellte, und dann erst vom Spital als Hauptentbindungsort abgelöst wurde. Die Entwicklung ab den 1960er Jahren macht deutlich, dass die Wahl des Geburtsortes einem rasanten gesellschaftlichen Wertewandel innerhalb kurzer Zeit unterworfen war.

In den 1980er Jahren haben Kritik und Erkenntnisse vor allem von den Ärzten Odent und Leboyer der verstärkten Diskussion über die Art und den Ort der Geburt Auftrieb gegeben. Dabei haben vor allem die mütterlichen Bedürfnisse bei der Geburt stärker Beachtung gefunden (vgl. Baumgärtner/ von Rahden 2010: 93). Diese Strömungen haben zu einem breiteren öffentlichen Diskurs über Hausgeburten geführt. In der Realität fehlte es jedoch in Österreich an frei praktizierenden Hebammen, die Hausgeburten begleitet haben. Anfang der 1970er Jahre waren es drei, 1993 noch immer erst ca. zehn Hebammen in Wien (vgl. Achter 1999). Inzwischen hat sich diese Zahl stark erhöht, jedoch sind viele Hebammen nicht nur in freier Praxis tätig, sondern haben gleichzeitig einen Vertrag mit einem Spital und betreuen somit Haus- und

Klinikgeburten. In Österreich waren mit 1. Jänner 2009 804 Hebammen sowohl frei praktizierend als auch im Spital tätig. 261 weitere Hebammen waren zu diesem Zeitpunkt nur frei praktizierend tätig. Doch trotz dieser Zahl an Hebammen gibt es in bestimmten Gebieten immer wieder einen Versorgungsengpass an Hebammen, die Hausgeburten (mit Rückvergütung der Krankenkasse) betreuen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Die Anzahl der Hausgeburten in Österreich ist seit den 1980er Jahren relativ konstant, in Gesamtösterreich waren es von 1988 bis 1995 pro Jahr zwischen 800 und 900 Geburten (vgl. Österreichisches Statistisches Zentralamt 1996: 131). Im Jahr 2012 haben 98,5% (77.753 Kinder) aller Geburten in Österreich im Spital stattgefunden. Nur 1,5% (1.199 Kinder) der Geburten haben an einem anderen Ort stattgefunden (Entbindungsheim, Wohnung der Hebamme, Wohnung der Mutter, am Transport oder sonstiges), wobei 1,18% (931 Kinder) als Entbindungen in der Wohnung der Mutter angegeben werden (Statistik Austria 2013a: 176). Diese Daten unterstreichen das Bild, dass Geburt im Allgemeinen im Spital verortet wird und stehen im Gegensatz dazu, dass noch bis in die 1930er Jahre die reine Hebammengeburtshilfe die „Normalität“ in unserer Gesellschaft darstellte (vgl. Kuntner 2002: 134).

5.2 Studien zu österreichischen Hausgeburten

Zur aktuellen Lage von Hausgeburten in Österreich zeigt der Bericht des Österreichischen Hebammengremiums (2009) folgende Tendenzen auf: Die Episiotomierate bei außerklinischen Geburten ist sehr niedrig (4,3 %), der Zustand der Kinder nach der Geburt betrug bei keinem Kind unter 7 Apgar-Punkten²⁷. Was bedeutet, dass alle Neugeborenen in gutem Zustand waren (vgl. Österreichisches Hebammengremium 2009: 13f). Es lässt sich festhalten, dass der vorliegende Datensatz vor allem eine Geburtshilfe mit wenig Eingriffen und minimalem Einsatz von Technologie widerspiegelt (vgl. Österreichisches Hebammengremium 2009: 17).

²⁷ Der Apgar-Wert dient zur Beurteilung des klinischen Zustandes des Neugeborenen. Dabei werden 1, 5 und 10 Minuten nach der Geburt 0 bis 2 Punkte für 5 Komponenten vergeben (Hautfarbe, Herzfrequenz, Muskeltonus, Atemanstrengung und Reflexauslösbarkeit). Dadurch ergibt sich ein Maximalwert von 10 Punkten (vgl. Deutscher Hebammenverband 2010: 78f).

Ob sich diese Tendenzen auch auf die gesamte Hausgeburtschilfe hin verallgemeinern lassen, kann nur vermutet werden, da durch die geringe Fallzahl keine weitreichenden Aussagen möglich sind, und die Befragung auch nicht die gesamte außerklinische Geburtshilfe umfasst (vgl. Österreichisches Hebammengremium 2009: 6). Jedoch unterstützen die Ergebnisse von Untersuchungen aus anderen Ländern diese Annahme (vgl. Hollowell et al. 2011: 115; Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. 2012: 63).

5.3 Rahmenbedingungen und finanzielle Kosten für eine Hausgeburtschilfe

Prinzipiell liegt die Entscheidung, an welchem Ort die Geburt eines Kindes stattfindet, in Händen der Mutter bzw. der werdenden Eltern. Von professioneller Seite gibt es jedoch Ausschlusskriterien, unter welchen von einer Hausgeburtschilfe abgeraten wird. Diese Kontraindikationen werden nicht von allen Hebammen und Ärzten/ Ärztinnen einheitlich bewertet, jedoch gibt es einen breiten Konsens über folgende Faktoren, bei denen normalerweise von einer Hausgeburtschilfe abgeraten wird:

- bei wiederkehrenden Problemen in der Schwangerschaft
- nach einer vorausgegangenen Kaiserschnittentbindung
- wenn man mit Komplikationen während der Geburt rechnen muss (Frühgeburtschilfe, EPH-Gestose, Schwangerschaftszucker...)
- bei einer Mehrlingsschwangerschaft
- bei Quer- und Steißlage
- wenn sich die Frau in der eigenen Wohnumgebung unwohl fühlt
- wenn das soziale Umfeld schwierig ist
- wenn der Mindeststandard bezüglich Hygiene nicht eingehalten werden kann

(vgl. Hebammenzentrum 2011).

Die Kosten einer Hausgeburtschilfe werden bis zu einem gewissen Grad vom Sozialversicherungsträger übernommen. Die genaue Vergütung ist vom jeweiligen Versicherungsträger abhängig. Bis zu 80% des verrechneten Honorars werden dabei von den Krankenkassen übernommen. Nach Angaben vom Hauptverband liegen die zu tragenden Kosten für den Sozialversicherungsträger bei über 1.000 € (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Das Gesamthonorar einer Hebamme für die Betreuung in der Schwangerschaft, während der Geburt und des Wochenbettes liegt in etwa bei 1.600 €. Die Differenz zwischen den realen Kosten und dem von der Krankenkasse rückvergüteten Betrag

haben die Eltern bzw. die Mutter zu tragen²⁸. Aus gesundheitsökonomischer Sicht drängt sich die Frage auf, warum in Österreich Hausgeburten nicht zur Gänze vom Versicherungsträger abgegolten werden, obwohl diese eine geringere finanzielle Belastung darstellen als eine Spitalsgeburt. Laut Auskunft der Versicherungsträger auf Anfrage des Gesundheitsministeriums hat 2007/ 2008 eine Hausgeburt den Versicherungsträger im Schnitt 1.000 € gekostet, im Gegensatz dazu eine Spitalsgeburt bei normaler Entbindung 2.670 € und eine Kaiserschnittentbindung in etwa 5.230 € (Bundesministerium für Gesundheit 2010: 5). Bei einer Spitalsgeburt fallen für die werdende Mutter, abgesehen vom Essensbeitrag, keine Unkosten an, sondern die Krankenkasse übernimmt die Kosten automatisch. Diese ungleiche Abgeltung der Kosten kann als ein Aspekt der Förderung des Geburtssystems Krankenhaus gesehen werden. Wie auch in anderen Bereichen des österreichischen Gesundheitssystems sind aus dem Spital ausgelagerte und nicht von Ärzten/ Ärztinnen durchgeführte Behandlungen meist in erster Linie selbst zu bezahlen. Erst in weiterer Folge mittels Beantragung von Seiten des/ Patienten/ der Patientin wird unter bestimmten Kriterien das Honorar rückerstattet oder ein Zuschuss gewährt. Weiters ist schon während der Schwangerschaft der zukünftige Bezug des Kinderbetreuungsgeldes an die Einhaltung der Mutterkind-Pass-Untersuchungen bei einer/ einem Fachärztin/ Facharzt gekoppelt. Die mögliche einmalige Inanspruchnahme einer Hebammenberatungsstunde (50 Minuten) zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche wurde erstmals im Dezember 2013 im Mutter-Kind-Pass verankert (vgl. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2013). Die Untersuchungen, welche für die volle Gewährung des Kinderbetreuungsgeldes Voraussetzung sind, müssen in Österreich jedoch von einem/ einer Facharzt/ Fachärztin durchgeführt werden, anders als in den Niederlanden, wo die Hebamme die erste Ansprechperson für schwangere Frauen darstellt, solange keine Komplikationen bestehen, oder in Deutschland, wo die Abrechnung der Betreuung durch die Hebamme in der Schwangerschaft für viele Untersuchungen möglich ist. Die Kontaktaufnahme mit einer Hebamme in der Schwangerschaft muss in Österreich insofern von den werdenden Eltern ausgehen, als auch das einmalige Beratungsgespräch nicht ausschlaggebend für die Gewährung des vollen Bezuges des Kinderbetreuungsgeldes ist.

²⁸ Welche konkreten Leistungen die Krankenkassa übernimmt, wird im Kapitel „Der Kontakt zur Hebamme“ erörtert.

5.4 Der Kontakt zur Hebamme

Laut Bundesgesetz über den Hebammenberuf (HebG) Abschnitt 1 § 3. (1) ist eine Hebamme zur Geburt jedes Kindes/ der Kinder hinzu zuziehen. Wenn das bis zur Geburt nicht möglich ist, muss spätestens nach der Geburt eine Hebamme zur Versorgung von Mutter und Kind verständigt werden (vgl. Bundesgesetz über den Hebammenberuf: 3). Bei einer Hausgeburt liegt es, anders als im Spital, in der Eigenverantwortung der Frauen respektive der werdenden Eltern, früh genug Kontakt mit einer Hebamme aufzunehmen. Dieser Kontakt kann in Wien über Institutionen (z.B. das Österreichische Hebammengremium, Hebammenzentrum), über die Homepage der Hebamme oder aber auch über persönliche Empfehlung von Bekannten entstehen.

Ist der erste Kontakt zur Hebamme hergestellt, werden folgende Leistungen vor der Geburt von der Krankenkasse bezahlt, wenn es sich um eine Hebamme mit einem Krankenkassenvertrag handelt:

- Bis zum Ende der 40. Schwangerschaftswoche werden höchstens vier Hausbesuche von der Krankenkasse bezahlt.
- Zwischen der 20. und der 30. Schwangerschaftswoche wird ein Hausbesuch bezahlt.
- In der 41. und 42. Schwangerschaftswoche können maximal drei Hausbesuche von der Hebamme verrechnet werden.
- In Ausnahmefällen (z.B. unklarer Geburtstermin) kann ein weiterer Hausbesuch bis zum 21. Tag nach dem voraussichtlichen Tag der Entbindung nach Rücksprache mit der Chefärztin/ dem Chefarzt der Krankenkasse durchgeführt werden. (GESUNDHEIT.GV.AT)

Wenn es sich um eine Hebamme ohne Vertrag (eine Wahlhebamme) handelt, müssen die Kosten anfänglich von den werdenden Eltern/ der schwangeren Frau selbst gezahlt werden, und erst im Nachhinein werden bis zu 80% der Kosten rückvergütet. Es stehen jedoch prinzipiell auch die oben angeführten Leistungen zur Verfügung. Die kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme ist im Wochenbett fünf Tage nach der Geburt gedeckt. Treten danach Komplikationen auf, wie zum Beispiel Stillprobleme oder eine fehlende Rückbildung der Gebärmutter, werden maximal sieben weitere Besuche der Hebamme rückvergütet (GESUNDHEIT.GV.AT).

5.5 Die Position der Hebammen

In Österreich muss eine Hebamme zur Geburt geholt werden, allerdings darf sie die Geburt nur dann alleine leiten, wenn kein Verdacht auf bzw. Vorfall von Regelwidrigkeiten besteht (vgl. Bundesgesetz über den Hebammenberuf: 4). In solch einem Fall muss ein Arzt/ eine Ärztin zur Geburt hinzugezogen werden, und diesem/ dieser die weiteren Entscheidungen überlassen werden. Dadurch wird die Hebamme hierarchisch dem/ der MedizinerIn untergeordnet. Die Übergänge zwischen „gesund“ und „regelwidrig“ sind dabei fließend und Konflikte über die Verantwortungsbereiche der jeweiligen Berufsgruppe wahrscheinlich (vgl. Kolip 2000: 16). Verwehrt wird den Hebammen in Österreich bis jetzt die Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, wie es zum Beispiel in den Niederlanden oder Deutschland der Fall ist. Auch dieser Aspekt verdeutlicht die hierarchische Gewichtung der Berufsgruppen.

Die Position der Hebamme wird stark von den Grundsätzen geprägt, welche dem Berufsbild zugrunde liegen. Diese unterscheiden sich von jenen der gynäkologischen Sichtweise durch den Fokus auf Geburt als einen natürlichen Prozess, der nicht per se ein Risiko für Mutter oder Kind darstellt. Damit verbunden wird jeder Geburt auch ein eigener individueller Ablauf zugesprochen, welcher nach bestem Wissen unterstützt werden soll. Dem entgegengesetzt ist der medizinische Fokus stark auf die Vermeidung von Risiken und die Bewahrung der Kontrolle durch Technisierung²⁹ gerichtet (vgl. Kolip 2000: 17), dadurch entsteht der Eindruck, dass Geburten standardisiert ablaufen.

Auch die Stellung der Hebamme bei einer geplanten Hausgeburt steht im Kontrast zur Position der Spitalshebammen. Durch die Betreuung schon in der Schwangerschaft lernen sich werdende Eltern und Hebamme kennen und bauen eine Beziehung zueinander auf. Aufgrund dieser Vertrauensbasis kann die Hebamme zu einer wichtigen Bezugsperson bei Fragen rund um die Schwangerschaft werden, wohingegen eine Spitalshebamme die werdende Mutter erst beim Eintreffen im Spital mit dem Beginn der Geburt kennen lernt. Allen Hebammen an den unterschiedlichen Geburtsorten ist jedoch gemeinsam, dass sie eine wichtige Vermittlerinnenrolle dabei übernehmen, durch das „Übergangsritual“³⁰ der Geburt zu führen (vgl. van Gennep 2005).

Durch die vorangegangenen Kapitel sind die theoretischen Hintergründe und Konzepte genauer erläutert worden. Nun wird in den folgenden Kapiteln die empirische

²⁹ Zum Aspekt der Technisierung der Geburt siehe die Kapitel „Die Medikalisierung des weiblichen Körpers“ und „Historische Entwicklung der Geburtshilfe in Mitteleuropa“.

³⁰ Zur genaueren Beschreibung der „Rites des passage“ nach Van Gennep siehe das Kapitel „Schwangerschaft und Geburt als Übergangspassage“.

Vorgehensweise erläutert, wodurch der Weg von der methodischen Herangehensweise und der Erhebung der Daten über die Auswertung der Interviews hin zu den Ergebnissen nachvollziehbar gemacht wird.

6 Methodisches Forschungsdesign

Die vorliegende Arbeit steht im Kontext theoriegeleiteter qualitativer Sozialforschung. Das diesbezügliche methodische Vorgehen wird in den folgenden Abschnitten genauer erörtert. Es führt von den allgemeinen Kriterien der qualitativen Sozialforschung und dem Feldzugang hin zur konkreten Erhebungsmethode und dem Auswertungsinstrument. Da die Daten für das Thema Hausgeburt in Österreich nur spärlich vorhanden sind, bietet sich eine qualitativ explorative Vorgehensweise an, um die grundlegende Frage nach der subjektiven Auseinandersetzung der betroffenen Frauen im Entscheidungsprozess für einen Geburtsort beantworten zu können. Diese Art der Sozialforschung ist an grundlegende Regeln gebunden, auf welche ich an dieser Stelle kurz eingehen möchte.

6.1 Qualitative Sozialforschung

Forschungsfrage und Datenlage verlangen nach einer Arbeitsweise, welche nach den wichtigsten Prinzipien der qualitativen Sozialforschung vorgeht. Diese zentralen Prinzipien listet Lamnek (2005) wie folgt auf:

- *Offenheit*, gegenüber den Untersuchungspersonen, der Situation und der Methodenauswahl, um die Wahrnehmung des/ der ForscherIn nicht zu sehr einzuschränken.
- *Forschung als Kommunikation*, die zwischen dem/ der ForscherIn und dem Untersuchungsfeld mit dessen Personen stattfindet. Die Interaktion wird in der qualitativen Forschung nicht als Störfaktor, sondern als ein Teil des Forschungsprozesses gesehen, welcher die Analyse der Interpretation des alltagsweltlichen Handelns tiefer gehend möglich macht.
- *Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand*, da die Realität keine starren Wirkungszusammenhänge wiedergibt, sondern veränderbar ist, ebenso wie auch der Akt des Forschens einen flexiblen Vorgang darstellt.
- Unter *Reflexivität von Gegenstand und Analyse* wird an dieser Stelle der Rückbezug auf das Gesamtforschungsfeld und die Kontextgebundenheit der Bedeutungen des Forschungsprozesses verstanden. Nach hermeneutischen Prinzipien setzt das Verstehen von Einzelaspekten das Verstehen des Kontextes voraus.
- Die *Explikation* soll die Ergebnisse für andere nachvollziehbar machen und stellt nach Lamnek mehr eine Forderung als ein Prinzip der qualitativen Forschung

dar. Es kann nicht garantieren, dass die Ergebnisse der Analyse auch tatsächlich Gültigkeit haben.

- *Flexibilität* soll die Anpassung des Forschungsprozesses an den Untersuchungsgegenstand gewährleisten. Erst durch die wiederholte Anpassung des Vorgehens während des gesamten Forschungsprozesses kann eine differenziertere Sichtweise gewonnen werden. (Lamnek 2005: 20ff)

Diese Prinzipien stellen eine Auswahl dar, wie die Ergebnisse in der qualitativen Sozialforschung abgesichert werden können. Je nach konkreter Vorgehensweise können weitere hinzukommen. Es ist somit ratsam, die typischen Regeln der spezifischen Vorgehensweise genau zu beachten, welche nach der Beschreibung über den Zugang zum Feld weiter unten beschrieben werden (vgl. Lamnek 2005: 26).

6.2 Beschreibung des Feldes und Feldzugang

Für die Umsetzung des Forschungsvorhabens wurden Frauen, welche im eigenen Wohnumfeld in Wien entbunden haben, mittels leitfadenstrukturierter Interviews befragt. Die Geburt des Kindes sollte zum Zeitpunkt des Interviews nicht länger als ein Jahr zurückliegen, um eine möglichst gute Erinnerung an das Ereignis zu gewährleisten. Alle Geburten, zu denen die Interviews geführt wurden, haben zwischen Juli 2011 und April 2012, die Befragung von Juni 2012 bis September 2012 stattgefunden.

Da statistische Daten zeigen, dass Hausgeburten selten geworden sind, stellt sich die Frage des Feldzuganges. Der Kontakt zu fast allen Interviewpartnerinnen wurde über die Hebammen des Geburtshauses „von Anfang an“ geknüpft, welche Hausgeburten, Geburtshausgeburten und Spitalsgeburten begleiten. Die Hebammen haben nach Absprache mit den Frauen den Kontakt hergestellt. Dadurch haben sich sechs Interviewmöglichkeiten ergeben, wobei bei einer Frau die Kontaktaufnahme nicht funktioniert hat, und das Interview deswegen nicht durchgeführt wurde. Die fünf anderen Frauen waren zu einem Interview bereit und wurden in vier Fällen zu Hause besucht. Nur in einem Fall habe ich mich mit der betreffenden Person in einem ruhigen Restaurant getroffen.

Eine der Hebammen wurde zum Einstieg in das Feld und als zusätzlicher Input für den Interviewleitfaden in einem Expertinnengespräch befragt. Dieses Expertinnenwissen hat eine Erweiterung des Blickwinkels auf das Thema gebracht und auf bis dahin nicht bedachte, wichtige Aspekte in Zusammenhang mit dem Themengebiet aufmerksam gemacht. Es wurde nicht transkribiert, sondern nur zusammenfassend niedergeschrieben.

Im folgenden Abschnitt werden nun die Prinzipien der Erhebungs- und Auswertungsmethode, mittels welcher im Forschungsprozess gearbeitet wurde, genau erläutert.

6.3 Erhebungs- und Auswertungsmethoden

6.3.1 Leitfadeninterviews

Zur Gewinnung der Daten wurden Interviews mittels Leitfaden durchgeführt. Die Entscheidung für diese Form des Interviews wurde unter anderem wegen der Tatsache getroffen, dass die Forschungsfrage auch auf persönliche Aspekte der Biografie abzielt, und diese ohne Leitfaden von den Frauen nicht unbedingt thematisiert werden würden (vgl. Helfferich 2009: 179f). In Bezug auf die Forschungsfrage hatte ich die Vermutung, dass nur eine starke Beeinflussung der Entscheidungsfindung durch das soziale Umfeld im Interview thematisiert werden würde. Daher war beispielsweise das Nachfragen zu den Reaktionen einzelner Personen hilfreich. Helfferich weist auf die teilmonologische Struktur des Leitfadeninterviews hin, wobei die interviewte Person durch die Einstiegsfrage zur Erzählgenerierung angeregt werden soll, im weiteren Gesprächsverlauf aber durch den Leitfaden stärker gestützt und thematisch gelenkt wird als in einem narrativen Interview. Von besonderer Wichtigkeit ist das Akzeptieren der Erzählung als solcher durch den Interviewer/ die Interviewerin, um nicht in eine Bewertung durch Nachfragen zu kommen (vgl. Helfferich 2009: 43).

Der Sinn eines Leitfadens ist es, jene Themengebiete ansprechen zu können, die ansonsten möglicherweise nicht thematisiert würden. Weiters soll auch eine gewisse Vergleichbarkeit in den Daten der Interviews möglich gemacht werden. Dabei liegt es in der Verantwortung des Interviewers/ der Interviewerin, den Fragekatalog so flexibel wie möglich zu handhaben. Wenn eine der befragten Personen an einer anderen Stelle, als im Leitfaden vorgesehen, auf ein bestimmtes Thema zu sprechen kommt, wäre es nicht sinnvoll, den Redefluss zu unterbrechen und später erst recht nachzuhaken. Weiters sollte der Leitfaden nicht dazu führen, dass nur jene Themen, die sich in den Fragen wiederfinden, von Bedeutung sind. Werden von den befragten Personen eigene Aspekte eingebracht, sollen diese nicht gestoppt oder unterbrochen werden. Ein Leitfadeninterview verlangt deshalb hohe Kompetenz von den Interviewern/ Interviewerinnen, da diese Flexibilität in der Anwendung des Leitfadens beweisen und ein gutes Erinnerungsvermögen besitzen müssen, um die Fragen zu stellen, welche noch nicht besprochen wurden (vgl. Helfferich 2009: 180).

Für den Intervieweinstieg wurde eine möglichst offene und erzählgenerierende Frage gestellt.

„Erzähl mir bitte, wie die Geburt deines Kindes/ deiner Kinder für dich war/ waren. Erzähl mir bitte dabei alles, was du selbst als wichtig erachtest und lass dir ruhig Zeit beim Überlegen. Es gibt dabei keine unwichtigen Details oder falsche Antworten, für mich ist deine persönliche Erfahrung wichtig. Deine Daten werden von mir vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form in meiner Masterarbeit wiedergegeben.“

Der daraufhin folgende Leitfaden ist in seinem Aufbau nach den Kategorien von Pelikan und Halbmayr (1999) gerichtet. Daher kommen nach der Einstiegsfrage und zwei anschließenden Nachfragen zuerst die Fragen zur Kategorie „Persönliche Ziele und Präferenzen (Wollen)“, gefolgt von den Aspekten „Persönliches Wissen und Fähigkeiten (Können)“ sowie „Situative Infrastrukturen und Ressourcen (Möglichkeiten)“ und schlussendlich die Fragen zu den „Situativen Werten und Normen (Sollen)“. Die Zuordnung der Fragen stellt eine ungefähre Abgrenzung dar und ist flexibel zu betrachten, wie weiter oben schon bei der Zuordnung der Arbeitshypothesen. Um den Leitfaden abzurunden, folgen im Anschluss noch zwei allgemeine Fragen und eine Abschlussfrage. Danach wurden alle interviewten Frauen gebeten, noch einige demografische Fragen zu beantworten und im Zuge dessen auch noch die Möglichkeit für Rückmeldungen oder Anmerkungen zum Interview gegeben. Die Interviews wurden im Anschluss alle wortwörtlich transkribiert, auch unter Beibehaltung des jeweiligen Dialekts. Auch situative Aspekte, wie Lachen oder Geräusche im Hintergrund, welche für die Auswertung als wichtig erachtet wurden, wurden festgehalten.

Für die Auswertung von Leitfadeninterviews gibt es viele verschiedene Möglichkeiten, die Auswahl orientiert sich dabei an der Zielsetzung, den Fragestellungen und dem methodischen Vorgehen, aber auch an forschungspragmatischen Überlegungen wie Zeit- und personellen Ressourcen (vgl. Schmidt 2012: 447). Aufgrund dieser Faktoren wurde für die Auswertung der Interviews der vorliegende Masterarbeit die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1990; 2010) als Analyseinstrument herangezogen.

6.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Inhaltsanalyse hat ihren Ursprung in der Untersuchung von Massenmedien in den USA und war meist in quantitativer Weise angelegt. Bald jedoch wurde die Forderung nach einer verstärkt qualitativen Sichtweise und der Berücksichtigung von Aspekten, welche bis dato in der qualitativen Herangehensweise nicht so starke Berücksichtigung

fanden, laut. Bei der qualitativen Herangehensweise wurden nun verstärkt auch folgende Aspekte in die Analyse mit einbezogen:

- der Kontext von Textbestandteilen;
- latente Sinnstrukturen;
- markante Einzelfälle;
- das, was im Text nicht vorkommt. (Mayring 1990: 85f)

Die zentralen Aspekte der Inhaltsanalyse sind das Unterteilen des Interpretationstextes in kleinere Einheiten, welche dann stückweise bearbeitet werden, und das Vorgehen nach einem theoriegeleiteten Categoriesystem, welches im Vorfeld festgelegt wird. Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, die Systematik der Analyseschritte des quantitativen Vorgehens beizubehalten, ohne zu schnell Quantifizierungen vorzunehmen. Der Fokus auf einer stärkeren Systematisierung der Analyse unterscheidet die Qualitative Inhaltsanalyse von anderen qualitativen Interpretationen wie Hermeneutik oder dem interpretativen Vorgehen. (vgl. Mayring 1990: 86) Gemeinsamkeiten mit anderen qualitativen Methoden sind die „Orientierung am Alltag“ (Mayring 2010: 38) und dessen Handlungen, sowie die „Übernahme der Perspektive des anderen“ (Mayring 2010: 38). Dabei ist zu beachten, dass die Interpretation des Textmaterials nie zur Gänze abgeschlossen ist und immer die „Möglichkeit der Re-Interpretation“ (Mayring 2010: 38) offen hält.

Mayring (1990; 2010) sieht verschiedene Arten der Inhaltsanalyse je nach Forschungsinteresse vor:

1. *Zusammenfassung*: Ziel dieser Form der Analyse ist es, das Material durch Abstraktion auf ein überschaubares Quantum zu reduzieren, wobei dies dann noch immer Wiedergabe des Ausgangsmaterials ist. An die zusammenfassende Inhaltsanalyse kann eine Interpretation mit induktiver Kategorienbildung angeschlossen werden.
2. *Explikation*: die Analyse wird durch zusätzliches Material erweitert und fragliche Textstellen dadurch genauer interpretiert.
3. *Strukturierung*: hier soll durch vorab festgelegte Ordnungskriterien ein Querschnitt durch das Material gelegt werden, um bestimmte Aspekte herauszufiltern oder das Textmaterial mit Hilfe bestimmter Merkmale einzuschätzen. Dabei werden formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung unterschieden (vgl. Mayring 1990: 86; 2010: 65).

Für das Vorgehen bei der vorliegenden Masterarbeit wurde die inhaltlich strukturierende Form der Inhaltsanalyse gewählt. Das konkrete Analyseverfahren mit

seinen Interpretationsregeln nach Mayring (1990, 2000) wird hier im Anschluss erläutert.

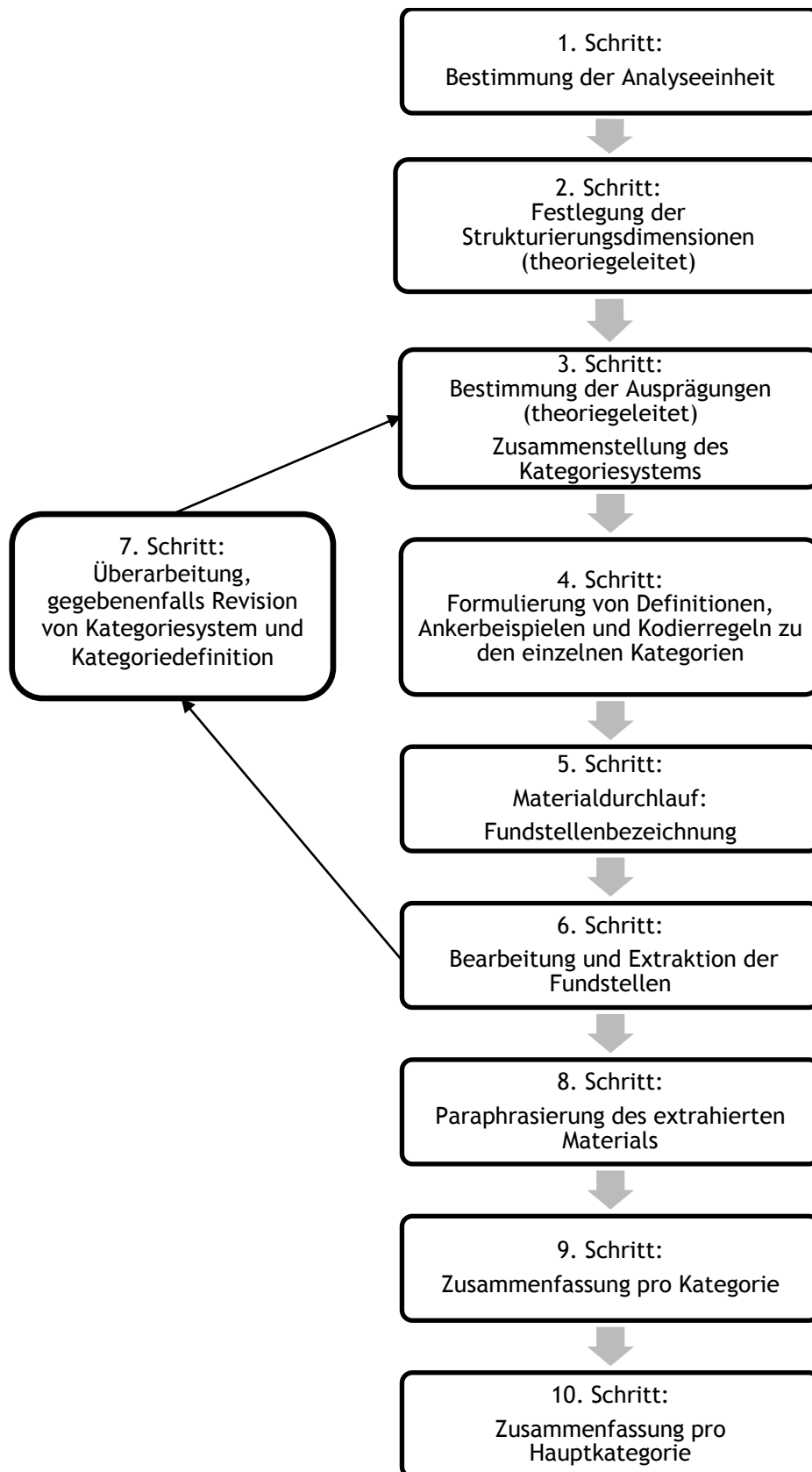
6.3.2.1 Die inhaltliche Strukturierung

Bei der inhaltlich strukturierenden Analyse handelt es sich um eine deduktive Vorgehensweise, deren Ziel es ist, das Material durch vorher festgelegte, theoriebegründete Auswertungskategorien zu bearbeiten. Das Categoriesystem soll so genau definiert werden, dass die unmissverständliche Zuordnung von Textstellen zu den Kategorien möglich ist. Dazu schlägt Mayring (2010) folgende Schritte vor:

1. Definition der Kategorien - hier wird beschrieben, welche Textpassagen unter eine Kategorie fallen.
2. Festlegen von Ankerbeispielen, welche prototypische Funktion für die Kategorien haben.
3. Erstellen von Kodierregeln - dort, wo Probleme in Bezug auf die Abgrenzung zu einer anderen Kategorie bestehen, werden Regeln verfasst, nach denen die Abgrenzung erfolgt.

(Mayring 2010: 92)

Die Vorgehensweise lässt sich durch folgende Grafik verdeutlichen:



Ablaufmodell inhaltliche Strukturierung (eigene Grafik auf Basis von Mayring 2010: 93; 99)

Wichtig ist festzuhalten, dass der Kodierleitfaden bei Bedarf während der Analyse überarbeitet und erweitert werden kann und kein starres Gerüst darstellt. Das zu bearbeitende Material wird nach Erstellung des Categoriesystems in einem ersten Schritt durchgegangen, und die Textstellen, welche sich auf Kategorien beziehen, werden markiert. In einem weiteren Schritt wird das markierte Material in Paraphrasen zusammengefasst (vgl. Z1-Regeln), dabei gelten die Regeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse³¹ (vgl. Mayring 2010: 98). In weiterer Folge wird das Abstraktionsniveau aufgrund der vorliegenden Daten bestimmt, und alle Paraphrasen, welche unter diesem Niveau liegen, werden verallgemeinert. In Zweifelsfällen werden ab diesem Analyseschritt immer theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen. Paraphrasen über dem Abstraktionsniveau werden belassen (vgl. Z2-Regeln). Durch die Verallgemeinerungen entstehen inhaltsgleiche Paraphrasen, welche im nächsten Arbeitsschritt gestrichen werden, ebenso wie unwichtige und nichtssagende Paraphrasen (Makrooperatoren Auslassen und Selektion) (vgl. Z3-Regeln). In der zweiten Reduktion werden Paraphrasen, welche sich aufeinander beziehen und teilweise über das Material verstreut sind, gebündelt und in neuen Aussagen aufgeschrieben (Makrooperatoren Bündelung, Konstruktion, Integration) (vgl. Z4-Regeln).

Am Ende des Analysedurchlaufes muss genau geprüft werden, ob sich alle wichtigen Aussagen noch in den Ergebnissen wiederfinden. Manchmal ist ein zweiter Durchlauf notwendig, in dem dann das Abstraktionsniveau höher angesiedelt wird, und anschließend die oben beschriebenen Schritte noch einmal durchgeführt werden (vgl. Mayring 2010: 69).

Die Interviews wurden nach dem Transkribieren in das Analyseprogramm ATLAS.ti (Version 7.1.6) eingespielt, um dort die Fundstellenbezeichnung (5. Schritt der Analyse) und die Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen (6. Schritt der Analyse) durchzuführen. Die restlichen Analyseschritte haben anhand einer Tabelle in Microsoft Word stattgefunden.

Anhand der Analysemethode wurden die Ergebnisse den Kategorien nach Pelikan und Halbmayr (1999) zugeordnet und innerhalb dieser Kategorien zur Beantwortung der Fragestellung *„Wie entscheiden sich Frauen in Österreich in Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt für eine Hausgeburt?“* im folgenden Kapitel herangezogen.

³¹ Die Interpretationsregeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Z-Regeln) finden sich im Anhang genau ausformuliert.

7 Ergebnisse

Die Vorgehensweise der Analyse des Interviews ist deduktiv, und die Einordnung der Ergebnisse orientiert sich an den Kategorien nach Pelikan und Halbmayer (1999). Innerhalb dieser Kategorien werden die Ergebnisse genauer erläutert und durch exemplarische Zitate aus den Interviews dargestellt. Weiters werden die Ergebnisse der Analyse nach Mayring (1990; 2010) auf den Theorieteil rückbezogen.

7.1 Persönliches Wissen und Fähigkeiten (Können)

Auf Ebene der Person/ Möglichkeitsstruktur stellen das persönliche Wissen und die Fähigkeiten einen wichtigen Einflussfaktor für die Entscheidung zur Hausgeburt dar. Dafür ist es notwendig, einen differenzierten Blick auch auf die Qualität und die Bezugsquellen dieses Wissens zu werfen (vgl. Beckett 2005: 269, zit. nach Walsh 2009: 496).

7.1.1 Informationsquellen und Vorbereitung auf die Geburt

Für die befragten Frauen dienten vor allem Bücher, die überwiegend als Ratgeberliteratur klassifiziert werden konnten, das Internet und die Erfahrungen anderer Frauen innerhalb ihres sozialen Umfeldes als Informationsquellen. Es gab daneben die Vorbereitung auf die Geburt durch eigene Kurse (wie Yoga oder einen Geburtsvorbereitungskurs geleitet durch Hebammen). Auch das Hebammenzentrum hat eine Anlaufstelle für einige Frauen dargestellt, wo sich eine Frau auch einen Dokumentarfilm zum Thema Hausgeburt angeschaut hat. Bei der Analyse wird deutlich, dass die Frauen ein Bewusstsein darüber besitzen, dass die Informationen, die sie beziehen, kritisch zu hinterfragen sind und oftmals einseitige Darstellungen pro oder contra Hausgeburt spiegeln.

„Jetzt weiß ich nimma, wie der Film g’heißn hat, aber der war halt auch sehr kritisch, auch krankenhauskritisch und pro Hausgeburt. Wo ich mir schon auch dacht hab, naja das is der Film halt, der möchte das auch so darstellen, ja.“ (Interview 1: Zeile 301ff)

Alle Frauen verbindet miteinander, dass sie gezielt nach dem Thema Hausgeburt gesucht und dazu recherchiert (hauptsächlich im Internet) haben. Durch die Mainstreamvorstellung von Geburt wurden die eigenen Wünsche bzw. Vorstellungen nicht befriedigt, so dass die Frauen sich auf die Suche nach einer Alternative begeben haben. Dabei stellte die eigene Erfahrung bei einigen Frauen einen maßgeblichen

Einflussfaktor dar. Erst nach einer (oder mehreren)³² vorangegangenen Spitalsgeburten wurden die eigenen Wünsche und Erwartungen in Bezug auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf konkreter. Durch die gemachten Erfahrungen wurde den Frauen klarer, was sie selbst in Bezug auf eine weitere Geburt gerne hätten, und sie setzten sich dadurch mit den unterschiedlichen Geburtsorten und Möglichkeiten auseinander. Dabei war die Suche nach Informationen bei allen Frauen durch die Vorstellung von Geburt als möglichst natürlichem Vorgang geprägt. Vor allem für eine Frau, die im medizinischen Umfeld arbeitet, war die Suche nach Informationen durch das Bedürfnis nach einem positiven Bild von Geburt geleitet.

„Ja, mit Büchern. Ahm, zerscht eigentlich gar net, weil ich mir dacht hab, pimperlfaß, auf das holt i alles nix. [...] Und, i hob so den Eindruck g'hobt, Frauen leben so wahnsinnig die Tradition des, ah, des leidende Tragende: Also, meine Geburt, des wor die Allerschlimmste...“ (Interview 4: Zeile 292ff)

Die wichtigste Ansprechperson bei Fragen und Problemen in der Schwangerschaft stellte für die Frauen die betreuende Hebamme dar, welche eine Gatekeeperfunktion bei der Entscheidungsfindung eingenommen hat. Der erste Kontakt innerhalb des medizinisch-geburtshilflichen Systems war jedoch bei allen Frauen bei der Feststellung der Schwangerschaft der Facharzt/ die Fachärztin. Sobald die Frauen Kontakt zu ihrer Hebamme aufgenommen hatten, wurde der/ die behandelnde GynäkologIn als AnsprechpartnerIn nachgereiht. Die Hebamme vermittelte den Frauen Sicherheit in Bezug auf ihre Entscheidung für eine Hausgeburt, aber auch in Hinsicht auf die Fähigkeiten der Hebamme eine Geburt zu leiten, sie fungierte als Vertraute und löste dadurch bei den Frauen das Gefühl von Empowerment aus.

„Ich find des so schön, wenn deine Hebamme zu dir sagt, ah: Mach, wie du glaubst. Also, wenn deine Hebamme so viel Vertrauen zu dir hat, dass sie sagt: Du schaffst es eh von alleine.“ (Interview 3: Zeile 244ff)

Die Frauen haben sich vornehmlich durch nicht wissenschaftliche Bücher und Internetrecherche über Hausgeburt informiert. Wenn Unsicherheiten in Bezug auf Risikofaktoren aufgekommen sind, haben sie die Fachmeinung der Hebamme als Erstes eingeholt. Somit ist festzuhalten, dass die Befragten sehr stark eine physiologische Sicht von Geburt eingenommen haben und weniger jene des medikalisierten Geburtsmanagements.³³ Das Praxiswissen der Hebamme wurde von den Frauen als ausschlaggebend bei Entscheidungen befunden.

³² Da eine interviewte Frau 7 Geburten erlebt hat, bezieht sich die Bezeichnung in Klammer auf diese eine Befragte.

³³ Siehe dazu weiter oben „Klinische Studien zum Thema Geburt“.

7.1.2 Intuition und Ängste

Alle Frauen haben in den Interviews das eigene Abwägen von Risiken und Möglichkeiten gegenüber den eigenen Wünschen thematisiert. Genauso stellten die eigene Intuition und das Verlassen auf Alltagsannahmen einen weiteren wichtigen Einfluss dar. Die Entscheidung, die Geburt in den eigenen vier Wänden stattfinden zu lassen, war auch durch das Vertrauen in den eigenen Körper geprägt und stellt bis zu einem gewissen Grad eine „Bauchentscheidung“ dar, welche nicht rein rational erklärt werden kann.

„Aber, trotzdem, das is ja alles immer sehr intuitiv, wie man das entscheidet,“ (Interview 1: Zeile 301f)

„Weil nachdem die ganze Schwangerschaft absolut problemlos war... . Was hätt‘ passieren sollen?“ (Interview 2: Zeile 165f)

Die Annahme, dass auf eine komplikationslose Schwangerschaft auch immer eine Geburt ohne Komplikationen folgt, wird von allen Frauen vertreten. Diese Einstellung spiegelt sich auch in dem Ergebnis, dass alle Frauen keine Angst vor der Geburt als solcher hatten, wider. Es wurden der Respekt vor den komplexen Vorgängen bei der Geburt, die Sorge die Geburt nicht bewusst genug zu erleben, sowie die Angst vor dem neuartigen Erlebnis thematisiert. Dies ist insofern bemerkenswert, als eine Frau die Erfahrung eine Spontanentbindung trotz Beckenendlage hatte, und eine Befragte nach ihrer ersten Geburt eine starke Nachblutung im Spital hatte. Auch eventuelle Gefahren für die Gesundheit des Kindes war für die Frauen kein maßgeblicher Angstfaktor.

Alles in allem lassen sich diese Faktoren durch den Alltagsausdruck, als Frau in der Schwangerschaft „guter Hoffnung zu sein“, am besten zusammenfassen. Diesen optimistischen Zustand scheinen die Frauen vor allem durch die Entscheidungsfindung für eine Hausgeburt erlangt zu haben. Ob dies jedoch tatsächlich an der Auseinandersetzung mit einem alternativen Geburtsort zusammenhängt, müsste in einer vergleichenden Untersuchung mit Frauen, die sich auf eine Spitalsgeburt vorbereiten, genauer betrachtet werden. Die Vermutung besteht jedoch, dass „guter Hoffnung in der Schwangerschaft sein“ auch mit einer eigenen Sichtweise von Geburt zusammenhängt (vgl. Duden 1998).

7.2 Persönliche Ziele und Präferenzen (Wollen)

Die persönlichen Ziele und Präferenzen, in der vorliegenden Arbeit der Wunsch die Geburt des Kindes zu Hause stattfinden zu lassen, stellen bei den befragten Frauen eine sehr wichtige Dimension dar. Durch welche Faktoren die Anliegen beeinflusst werden, wird im folgenden Abschnitt erläutert.

7.2.1 Beeinflussung durch Risikodiskussion im sozialen Umfeld

Die Risikodiskussion durch das soziale Umfeld beeinflusste die Interviewten dann, wenn Erzählungen von negativen Geburtsabläufen in der eigenen Schwangerschaft zu einem späten Zeitpunkt gehört wurden, in der eigenen Schwangerschaft Risikofaktoren aufgetreten sind oder zunahmen, und wenn gewisse Absicherungsstrategien³⁴ nicht möglich gewesen wären.

„Zum Beispiel hab ich auch bei der A. in der Schwangerschaft g’hört von einer Frau, die gestorben is bei der Geburt, und da hab ich schon auch ein bissi geschluckt, ja. Wo auch die Schwangerschaft ganz normal verlaufen is. [...] Es war Gott sei Dank früh genug in der Schwangerschaft, dass sich das dann wieder irgendwie relativiert hat.“ (Interview 1: Zeile 436ff)

Im Gegenzug haben sich die Frauen nicht durch die Risikodiskussion, welche durch den/ die GynäkologIn, die Hebamme oder auch durch das sonstige Umfeld an sie herangetragen wurde, in Bezug auf ihre Entscheidung für eine Hausgeburt beeinflussen lassen, wenn sie das eigene Wissen als auf einem guten Fundament stehend angesehen haben und die Argumente des Gegenübers nicht gut recherchiert wirkten.

„Und, mich auch so ein bisserl g’fühlt hab, dass ich einfach im Wissensvorsprung bin, denen gegenüber bin. Weil alle nur so ins Blaue rein sagen: Ja, was für ein Risiko und was da alles passieren kann.“ (Interview 5: Zeile 247ff)

Auch bei diesem Aspekt hat die Hebamme eine Schlüsselrolle gespielt und Sicherheit für die eigene Entscheidung vermittelt. Für die Frauen war der Erhalt von Wissen zum Thema Hausgeburt ausschlaggebend, um sich mit gegenläufigen Meinungen auseinandersetzen zu können, es war in gewisser Weise eine Verteidigungsstrategie. Durch die eigene weitreichende Auseinandersetzung mit Informationen zur Hausgeburt wirkt bei allen Frauen die Entscheidung zur Hausgeburt als wohlüberlegte Wahl und nicht als beiläufiger Wunsch, welcher durch das Aufkommen von Diskussionen über Risiken in Bezug auf Hausgeburt leicht ins Wanken zu bringen ist. Die Wahl zur Hausgeburt kann als Versuch gewertet werden, der (schulmedizinischen) Risikodiskussion ein Stück zu entgehen, um einen positiven Blick auf Schwangerschaft und Geburt zu behalten.

7.2.2 Ideologische Überzeugungen

Wie auch schon speziell bei den Informationsquellen haben die Frauen Schwangerschaft und Geburt als natürlichen Vorgang/ Zustand gesehen und damit verbunden auch den Wunsch nach alternativen, nicht schulmedizinischen Zugängen

³⁴ Dazu zählten die Anmeldung im Spital, für den Notfall und das Equipment der Hebamme, wie zum Beispiel ein Sauerstoffgerät zur Versorgung des Neugeborenen, falls notwendig.

geäußert. Damit verbunden war auch der Wunsch nach weniger Eingriffen in den Geburtsverlauf - wenig Technik, wenig Untersuchungen während der Geburt - und Vermeidung von Schmerzmitteln während der Geburt.

„Ja, ganz wichtig war für mich eben, also so stressbesetzt und laut und unnatürlich will ich's net. [...] Also, wozu, ah, wozu in diesen, in diesen, diesen Technikwahn rein kommen. [...] Ich glaub einfach, dass der Anfang von extremer Bedeutung ist.“ (Interview 4: Zeile 236ff)

Als sehr wichtiger Einflussfaktor bei der Entscheidungsfindung stellte sich auch die ideologische Überzeugung, dass der eigene Körper nur der eigenen Herrschaft unterliegt, dar. Damit wurde von allen Frauen das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt³⁵ thematisiert, welche sie im Spital nicht als gegeben erachteten. Auch das aktive Erleben der Geburt und dass die Atmosphäre während der Geburt einen wichtigen Einfluss für den positiven Geburtsverlauf darstellen, waren Ansichten, die Einfluss genommen haben auf die Entscheidungsfindung. Das Spital stellt für fast alle Frauen nicht den richtigen Ort für die Geburt eines Kindes dar. Sie sehen das Spital als Ort, der mit vielen negativen Attributen verbunden ist: Technikwahn, laut, hektisch, stressbesetzt, viele fremde Menschen, sterile Atmosphäre. Dagegen wurde das eigene Zuhause als Ort des Wohlfühlens, der Ruhe, des intimen Personenkreises, der flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten und mit wenig Technik beschrieben.

Diese Ansichten unterstreichen das Ergebnis von weiter oben noch, dass die Frauen stärker die Sicht der physiologischen Betreuung von Geburt teilen als jene der Schulmedizin.³⁶ Weiters wird dadurch die Wahl der Hausgeburt als Möglichkeit gesehen, der medikalisierten Sicht von Geburt zu entgehen.

7.2.3 Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen

Alle Frauen hatten den starken Wunsch, unter Wehen keinen Ortwechsel vollziehen zu müssen. Dadurch kam die Hausgeburt für viele erstmals in Betracht. Die Möglichkeit zu Hause in den eigenen vier Wänden zu bleiben und keine Änderung des Ortes tolerieren zu müssen, war für viele der Einstieg in die Auseinandersetzung mit dem Thema Hausgeburt. Bevor die Wahl des Geburtsortes zugunsten einer Hausgeburt gefallen ist, war für viele Frauen vor allem der Wunsch nach einer eigenen Hebamme, die sie als Wahlhebamme ins Spital begleitet, wichtig. Durch die Kombination der Faktoren „kein Ortwechsel“ und „exklusive 1:1 Betreuung durch eigene Hebamme“ wird die Hausgeburt als Option mit der Erfüllung der eigenen Vorstellungen noch gestärkt.

³⁵ Auf den Einflussfaktor Selbstbestimmung wird weiter unten noch einmal genauer eingegangen.

³⁶ Siehe dazu: „Informationsquellen und Vorbereitung auf die Geburt“.

„Das war einfach für mi, nicht fortgehen müssen. Dass ich einfach sagen kann: ok, jetzt, is soweit, jetzt ruf ma sie an, die Hebamme“ (Interview 3: Zeile 31f)

Einige Frauen haben eine Reihung der Möglichkeiten der Entbindung erstellt: An erster Stelle kommt dabei die Hausgeburt, gefolgt vom Geburtshaus, danach die ambulante Geburt in einem Spital und erst zu Schluss die Entbindung mit anschließendem Aufenthalt in einem Krankenhaus. Bei all diesen Möglichkeiten haben jedoch alle Frauen die Begleitung durch eine eigene Hebamme als essentiell für einen positiven Geburtsverlauf und die Erweiterung der eigenen Handlungs- und Wahlfreiheit gesehen. Durch die Hebamme bekommen die Frauen das Gefühl, nicht alleine für ihre Wünsche und Vorstellungen in der Geburtssituation eintreten zu müssen, da sie im Vorhinein diese mit der Hebamme besprechen können und nicht erst in der akuten Umbruchsituation gegenüber einer fremden Hebamme bzw. einem/ einer GynäkologIn artikulieren müssen. Die Hebamme ist auch auf dieser Ebene als Vertraute und Fürsprecherin zu sehen.

„Die Entscheidung wor, relativ früh is die Entscheidung gekumman: i will auf jeden Fall eine Hebamme haben. Ich will net mit irgendjemanden.“ (Interview 4: Zeile 82f)

Der Wunsch nach einer Hausgeburt ist als Prozess einzuschätzen, welcher sich schrittweise vollzieht und mit Voranschreiten der Schwangerschaft stärker wird. In Zusammenhang mit diesem Prozess stehen zwei Ergebnisse der Analyse, die zwar nicht gegenläufig sind, jedoch ein gewisses Spannungsfeld eröffnen; während ein Teil der Frauen davon spricht, den zweiten (oder folgenden) Geburten mit größerer Gelassenheit und offenerem Umgang zu begegnen, werden für den anderen Teil der Befragten die eigenen Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf die Geburt immer konkreter. Sowohl das erste, als auch das zweite Ergebnis kann den Wunsch nach einer Hausgeburt verstärken, da bei einer Geburt in der eigenen Wohnung/ dem eigenen Haus die Abläufe nicht so klar strukturiert sind, und mehr Flexibilität auf Ebene der Handlungsfreiheit möglich ist. Sowohl der gelassene offene Umgang, als auch die Umsetzung der konkreten Vorstellungen und Wünsche werden im Rahmen der Hausgeburt für die Frauen möglich. Flexibilität stellt auch die Einbindung der älteren Kinder dar, welche drei Frauen stark beeinflusst hat.

„Ich wollte nie, dass er dabei ist bei der Geburt an sich. Aber ich wollt eben, dass er zu Hause ist und ich ihm gleich das Baby zeigen kann.“ (Interview 5: Zeile 135ff)

Die Möglichkeit als Mutter nicht weggehen zu müssen, oder auch die älteren Kinder an der Geburt teilhaben zu lassen (das wollte nur eine Frau), hat für diese Frauen eine Erleichterung bedeutet und einen weiteren positiven Aspekt der Hausgeburt für diese Befragten hervorgehoben.

Gerade die eigenen Wünsche und die Durchsetzung der eigenen Vorstellungen stellten einen starken Motor für die Entscheidung für eine Hausgeburt dar. Jedoch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass der Wunsch nach Hausgeburt schrittweise größer wurde, und die Frauen in der Mehrzahl der Fälle mit der Umsetzung bis zur zweiten bzw. fünften Geburt gewartet haben. Nur zwei Frauen haben auch ihr erstes Kind zu Hause auf die Welt gebracht. Dieses Ergebnis wird durch das Erklärungsschema von Pelikan und Halbmayr (1999) weiter gestützt, nach dem die Beeinflussung von Handlungen/ Verhalten vor allem auf der Linie der Person/ Situation (Können und Möglichkeiten) stattfindet und weniger durch die Dimensionen entlang der Differenz Möglichkeitsstruktur/ Selektionskultur (Wollen und Sollen) (vgl. Pelikan/ Halbmayr 1999: 19).

Die Wahl der Hausgeburt zeigt sich bei der Analyse als Prozess und nicht als rascher Entschluss. Durch den Entscheidungsfindungsprozess finden die Frauen zu immer mehr Empowerment, dieses Ergebnis werden durch die Resultate anderer Studien unterstützt (vgl. Murray-Davis et al. 2012; Jouhki 2011).

7.2.4 Selbstbestimmung

Wie weiter oben schon darauf hingewiesen wurde, stellte die Selbstbestimmung während der Geburt einen sehr wichtigen Aspekt für alle Frauen dar. Die Wahl des eigenen Zuhause als Geburtsort unterstützte diesen Faktor für die Interviewten, da sie in den eigenen Wänden das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt besser vertreten sahen als in einem Spital. Diese Meinung haben alle Frauen vertreten und es gab keinen Unterschied, ob die Frauen vorher die Erfahrungen einer Spitalsgeburt gemacht hatten. Das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt muss nach Erfahrung der Befragten aktiv eingefordert und in diesem Sinn gehandelt werden.

Diese Aktivität beginnt bei der Wahl der Hebamme, die nach den eigenen Vorstellungen und Wünschen ausgesucht wird, und endet erst nach der Geburt des Kindes mit der Art des Umgangs mit dem neugeborenen Säugling³⁷. Dabei lassen einige Aussagen der Frauen darauf schließen, dass dieses aktive Durchsetzen der eigenen Wünsche manchmal dem medizinischen System im Krankenhaus zuwider läuft. Der Wunsch nach einer selbstbestimmten Geburt würde für die Frauen im Zweifelsfall auch über den Wünschen des eigenen Partners stehen. Bei den meisten Interviewten hat sich das Bewusstsein des Rechts auf eine selbstbestimmte Geburt nach der ersten (und den folgenden) Geburt(en) (meist im Spital) verstärkt.

³⁷ Wird das Neugeborene zuerst untersucht und dann der Mutter gegeben, oder können Mutter und Kind zu Beginn gleich Kontakt miteinander aufnehmen.

„Und bei der zweiten Geburt hab ich mir das schon irgendwie mehr gedacht, dass man eigentlich viel mehr Selbstbestimmungsrecht hat, oder eigentlich jedes Recht hat, seine Geburt so zu gestalten wie man's will.“ (Interview 5: Zeile 159ff)

Die Wahl der Hausgeburt stärkt einerseits die Möglichkeit der Selbstbestimmung während der Geburt für die Frauen, andererseits stellt sie auch eine selbstbestimmte Wahl in Bezug auf den Geburtsort dar; entgegen der von außen an sie herangetragenen Norm der Spitalsgeburt entscheiden sie sich für eine in unserer Gesellschaft selten vorkommende Alternative. Sie sind sich über die eigenen Wünsche in Hinsicht auf die Geburt ihres Kindes klar und setzen diese auch um.

„Wobei mir klar war, dass ich eine [Anm.: Hausgeburt] möchte und mir klar war, im Endeffekt ist es mein Körper, meine Schwangerschaft, meine Geburt.“ (Interview 2: Zeile 198f)

Auch in Bezug auf die Selbstbestimmung bzw. die Umsetzung der eigenen Wünsche kann die Hebamme als wichtige Person gesehen werden, welche durch Informationen und die Unterstützung bei Problemen den Frauen das Gefühl von Sicherheit vermittelt, wodurch die Befragten wiederum mehr Vertrauen in ihre eigenen Vorstellungen gefunden haben und selbstbestimmter handeln konnten.

„Da bin ich dann drauf gekommen, wie schön das is, wenn du ein eigenes Zimmer hast, eine eigene Hebamme, obwohl ich die eigentlich erst dort kennen gelernt habe.“ (Interview 3: Zeile 71f)

Die Entscheidung für eine eigene Hebamme, egal ob im Spital oder zu Hause, stellt für die Frauen eine Steigerung der Möglichkeit auf Selbstbestimmung dar. Die Wahl der Hausgeburt verstärkt diesen Effekt aus Sicht der Befragten noch.

„Und ab dem Moment, wo ich übernausert hob: Wenn ich eine Hebamme hob [lacht] und zur Geburt im Spital angemeldet bin, dann kann mir nichts passieren, im Sinne von dem, ich hab jegliche Freiheit, die ich hob.“ (Interview 4: Zeile 116ff)

Durch dieses Zitat wird deutlich, dass die Möglichkeiten, welche sich durch eine eigene Hebamme, die als Haus- und Spitalshebamme arbeitet, ergeben, für die Frauen zu Beginn des Entscheidungsprozesses nicht klar ersichtlich waren. Die Befragten haben erst im Verlauf der Auseinandersetzung das Ausmaß der ihnen nun offen stehenden Möglichkeiten entdeckt, und dadurch das Gefühl von Empowerment erlangt.

Die bewusste Wahl einer selbstbestimmten Hausgeburt kann im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit als versuchter Ausbruch aus dem von Kolip (2000) beschriebenen Medikalierungsprozess angesehen werden. Die Hausgeburt positioniert sich als Gegenpol zur Spitalsgeburt mit der Betreuung durch die Hebamme alleine statt dem ganzen System Krankenhaus. Um zu dieser Position zu gelangen, die Geburt

selbstbestimmt zu Hause zu gestalten, ist die Hebamme als Gatekeeper unumgänglich und stellt einen bedeutenden Einflussfaktor für das Geschehen dar.

7.2.5 Wollen versus Realität

Für alle Frauen haben sich durch die gelebte Erfahrung die Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf die Hausgeburt ihres Kindes erfüllt. Vor allem die Möglichkeit, während der Geburt die eigenen Vorstellungen in die Tat umsetzen zu können, bestärkt die Präferenz der Hausgeburt für die Frauen im Nachhinein noch mehr. Nur einzelne Aspekte (die nicht direkt mit dem Ort der Geburt in Zusammenhang stehen) haben nicht den eigenen Wünschen entsprochen: die Wassergeburt hat für eine Frau dann nicht die eigenen Vorstellungen erfüllt, und eine Frau stellte fest, dass auch in den eigenen vier Wänden die Geburt kein romantisches Ereignis darstellt.

„[...]und die A. ist im Wasser dann auf die Welt gekommen. Und, .. was mir dann im Nachhinein eigentlich gar nicht so getaugt hat.“ (Interview 1: Zeile 148f)

„Ja, ganz romantisch ist es auch zu Hause nicht nur.“ (Interview 5: Zeile 38)

Eine weitere Frau war froh, dass das Stereotyp der „alternativen Hausgeburt“ sich durch das eigene Erleben und die Erzählungen von anderen Frauen mit Hausgeburt relativiert hat.

Dass das Nicht-Erfragen der Wünsche von Patientinnen während der Geburt nicht immer nur negativ zu sehen ist, wird durch die Aussage einer der Frauen klar, die eine Beckenendlagegeburt im Spital spontan entbunden hat.³⁸ Sie wurde damals nicht nach ihren eigenen Wünschen gefragt und auch nicht vor die Wahl Kaiserschnitt oder Spontangeburt gestellt. Im Nachhinein war sie froh, eine natürliche Geburt ohne operativen Eingriff gehabt zu haben. Dieses Ergebnis wird unterstrichen von der Aussage einer anderen Befragten, die darauf hinweist, dass die Wahl des Spitals sich bei ihrer ersten Geburt als nicht so wichtig herausgestellt hat, wie sie sich im Vorhinein dachte.

Im Großen und Ganzen haben sich die Vorstellungen der Frauen jedoch erfüllt, und sie haben die Wahl nicht bereut. Alle Befragten haben auch angegeben, dass sie sich im Falle einer weiteren komplikationslosen Schwangerschaft wieder für eine Hausgeburt entscheiden würden. Vor allem jene drei Frauen, die den Vergleich zu einer Spitalsgeburt hatten, haben betont, dass die Hausgeburt für ihre Bedürfnisse die bessere Alternative darstellt.

³⁸ Bei Beckenendlagegeburten wird verstärkt der Kaiserschnitt eingesetzt.

7.2.6 Abläufe und Infrastruktur im Spital versus eigene Wünsche

Für die Mehrheit der Frauen stellten bei der Entscheidungsfindung für eine Hausgeburt Infrastruktur und Abläufe im Spital keinen starken Einflussfaktor dar; das Spital ist zwar in ihren Augen nicht der richtige Ort bzw. herrscht nicht die von ihnen gewünschte Atmosphäre für eine Geburt, jedoch werden nicht alle Strukturen und Abläufe durch die Interviewten als schlecht angesehen. Nicht so sehr die Art der Vorstellungen der Frauen zum Geburtsablauf stellen ein Problem in Bezug auf die Spitalsstrukturen dar, sondern vielmehr die Möglichkeit der Durchsetzung ihrer Wünsche während der Geburt. Die Hausgeburt mit der Möglichkeit, sehr flexibel auf die eigenen Bedürfnisse eingehen zu können und nicht mit anderen in Wehen liegenden Frauen oder mit den Vorstellungen des fremden Krankenhauspersonals in Konflikt zu kommen, stellt an dieser Stelle die erfolgsversprechendere Wahl für die Befragten dar. Auch der Alltag (vor allem bei jenen Frauen, die schon Kinder hatten) stellt sich als einfacher verbindbar mit einer Hausgeburt dar; der Haushalt wird weiter geführt, und die Kinder müssen nicht durch jemanden anderen beaufsichtigt werden.

Die Einbindung der älteren Geschwister, sei es nun direkt bei der Geburt oder gleich danach, ist in den Spitalsstrukturen nicht möglich bzw. nach der Geburt nur bedingt innerhalb von Besuchszeiten oder abhängig vom Wohlwollen des Krankenhauspersonals. Vor allem die von van Gennep als *Angliederungsrituale* bezeichneten Handlungen in der Wochenbettzeit können bei einer Hausgeburt gleich in der gewohnten Umgebung stattfinden.

7.2.7 Einstellung zum schulmedizinischen System

Der allgemeine Bezug zum schulmedizinischen System geht mit den im oberen Absatz beschriebenen Ergebnissen zu Abläufen und Infrastruktur des Spitals konform. Für drei Frauen war das Krankenhaus per se nicht der entscheidende Faktor für die Wahl der Hausgeburt. Ihre Entscheidung stellt somit keine Wahl als „Protest“ gegen das medizinische System dar. Nur für eine Befragte stellte die Vorstellung, für die Geburt in ein Spital zu müssen, eine tatsächliche Abschreckung dar und hat damit auch die Wahl dieser Frau stark beeinflusst. Diese Frau betont, dass die Hierarchie zwischen Arzt/ Ärztin und Patientin für sie ein wesentlicher Aspekt ihrer Abneigung ist.

„Uund, hab dann auch eher, weil mir dann auch viele g’sagt ham, ja, so mutig die Hausgeburt zu machen und ich find’s eher mutig ins Spital zu gehen und es jemand anderen zu überlassen, was dann passiert.“ (Interview 1: Zeile 271ff)

Eine weitere Interviewte betrachtet das schulmedizinische System mit kritischem Blick und unterstreicht, dass sie sich zu Hause sicherer als in einem Spital fühlt. Sie arbeitet

selbst in einem Krankenhaus und betont, dass die Geburt in einem Spital nicht schlecht sein muss und auch dort eine gute Betreuung stattfindet.

Die Frauen haben jedoch alle angesprochen, dass das Spital aufgrund seiner Atmosphäre für sie nicht der richtige Ort für eine Geburt darstellt, darauf beziehen sich auch die Ergebnisse der Kategorie „Möglichkeiten bei Hausgeburt versus andere Geburtsorte“ weiter unten.

7.3 Situative Infrastrukturen und Ressourcen (Möglichkeiten)

Bei der Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Masterarbeit stellen sich auch die Fragen, welche Möglichkeiten den Frauen bei ihrer Wahl zur Hausgeburt zur Verfügung gestanden sind, und welche sie genutzt haben. Dafür wurde bei der Analyse vor allem darauf geachtet, ob die unterschiedlichen Möglichkeiten in Verbindung mit den verschiedenen Geburtsorten, der finanzielle Aufwand für die Hausgeburt, der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Hebamme und die zusätzlichen Absicherungsstrategien für die Befragten einen Einflussfaktor bei der Wahl für eine Hausgeburt darstellten.

7.3.1 Möglichkeiten bei Hausgeburt versus andere Geburtsorte

Die prinzipielle Möglichkeit, den Geburtsablauf nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten, wäre für alle Frauen theoretisch sowohl zu Hause, als auch im Spital gegeben gewesen. Jedoch nicht absolut, da die Verfügbarkeit von einer Gebärdanne auch in Abhängigkeit mit der aktuellen Spitalsbelegung steht und nicht garantiert werden kann, dass die Geburt in dem Zimmer stattfinden kann, das den eigenen Wünschen am meisten entspricht.

„Du bist net gezwungen, in ein Zimmer zu gehen. Du bist, ah, zu Hause, du kannst sagen, jetzt geh ich ins Badezimmer, jetzt ins Wohnzimmer, niemand sagt dir: du Schlafzimmerbett is belegt.“ (Interview 3: Zeile 35ff)

Daher haben die meisten Frauen die Möglichkeiten im eigenen Zuhause als abgesicherter wahrgenommen. Zusätzlich war für ein paar Frauen wichtig, dass sich der Partner während der Geburt in den Räumlichkeiten gut auskennt und einfach an die Dinge herankommt, die gerade (von der Frau) benötigt werden.

Auch die Sicherung der eigenen Privatsphäre war für viele der Befragten ein wesentlicher Aspekt, den sie in der eigenen Wohnung/ im eigenen Haus als besser gegeben angenommen haben. Der intime Kreis, in dem eine Hausgeburt stattfindet, unterscheidet sich in den Augen der Interviewten sehr von den Krankenhausroutinen, wo oftmals verschiedene Personen des Personals den Kreißaal betreten. Der

gewünschte intime Personenkreis kann als die von Turner (1989) bezeichneten Communitas, welche für die Schwellenrituale der Geburt von großer Bedeutung sind, gedeutet werden. Fremde Personen können die Struktur der Gruppe irritieren und dadurch für die gebärende Frau eine Störung bedeuten.

7.3.2 Finanzieller Aufwand

Bei der Analyse der Interviews wird deutlich, dass die befragten Frauen beinahe alle aus einer höheren sozialen Schicht kommen und ihnen auch bewusst ist, dass die Entscheidung für eine Hausgeburt eine Entscheidung ist, für die man die nötigen finanziellen Ressourcen zur Verfügung haben muss. Der finanzielle Aufwand hat trotzdem bei allen Interviewten wenigstens eine kurzfristige Unsicherheit entstehen lassen. Gerade bei der ersten Schwangerschaft mit Wahlhebamme (auch wenn diese im Spital stattgefunden hat) überlegen viele der Frauen, ob der finanzielle Aufwand gerechtfertigt ist. Für die meisten war es in weitere Folge leicht diesen Aufwand zu bewältigen. Nur für eine Frau war es eine organisatorische Leistung, das Geld im Vorhinein zur Seite zu legen. Jedoch betonten alle Frauen, dass nach der Geburt die Ausgabe für die Hebamme kein Thema mehr war, und diese ihr Geld mehr als wert war.

„Und im Nachhinein . war nach der ersten Geburt sofort klar: Das is jeden Cent wert. Also, wenn man's im Nachhinein wüsste, und das war dann auch bei der zweiten Geburt so, dann sind die Kosten überhaupt kein Thema mehr in der Entscheidung.“ (Interview 5: Zeile 189ff)

Jene Frauen, die mehrere Hausgeburten bzw. Geburten mit Wahlhebamme hatten, unterstreichen, dass nach dem ersten Mal keine Unsicherheiten mehr in Bezug auf den finanziellen Aufwand bestehen. Die Empörung gegenüber dieser zusätzlichen finanziellen Belastung und die unterschiedliche Abgeltung von Spitals- und Hausgeburten wurde von allen Befragten betont.

„Thema wor, wo ich mir wieder docht hob: Wir san a ganz a tolle Gesellschaft. Weil du dem Gesundheitssystem eigentlich weniger kost, zahlst du dafür. [...] Mit Ärger einfach wahrgenommen, sozusagen.“ (Interview 4: Zeile 360ff)

Dieses Ergebnis hebt hervor, dass die Wahl für eine Hausgeburt sehr wahrscheinlich ein Phänomen der oberen Einkommensklassen bzw. sozialen Schichten darstellt. In anderen sozialen Schichten kann der finanzielle Aufwand für die Betreuung durch eine eigene Hebamme schneller zur Abschreckung führen, vor allem wenn man bedenkt, dass in den Spitälern Beleghebammen „gratis“ für die Schwangeren zur Verfügung stehen.

7.3.3 Kontaktaufnahme mit der Hebamme

Bei allen Frauen hat die Kontaktaufnahme zur Hebamme bei den Hausgeburten sehr früh stattgefunden. Alle Frauen telefonierten vor der 16. Schwangerschaftswoche das erste Mal mit ihrer Hebamme, und ein Treffen fand dann in Folge dessen auch rasch statt.

Somit waren die Frauen auch sehr früh mit einem anderen Blickwinkel auf Schwangerschaft und Geburt konfrontiert und hatten eine zusätzliche Bezugsperson neben dem/ der GynäkologIn bei fachlichen Fragen und Problemen in der Schwangerschaft.

Die frühe Kontaktaufnahme der Frauen mit ihrer Hebamme kann einerseits als Aspekt des aktiven Ergreifens, der eigenen Autonomie bei der Geburt, aber auch gleichzeitig im Kontext vom Projekt „Geburt“ gesehen werden. Einerseits sichern sich die Frauen durch den frühzeitigen Kontakt zur Hebamme die Möglichkeit, jene Hebamme als Betreuung zu haben, die dann eine Hausgeburt durchführt (und gleichzeitig auch noch die Option der Wahlhebamme für eine Spitalsgeburt anbietet). Andererseits wird heute die Geburt der Kinder für viele Eltern auch zu einem Projekt, welches von Beginn an gut geplant gehört.³⁹

7.3.4 Absicherungsstrategien

Als essentiell für das Sicherheitsdenken der Interviewpartnerinnen stellte sich in der Analyse die Absicherung durch die zusätzliche Anmeldung in einem Spital dar. Alle Frauen haben sich trotz Wahl zur Hausgeburt sicherheitshalber in jenem Spital angemeldet, wo die Hebamme als Wahlhebamme mitgehen durfte.

„ [...] das war für mich auch bei der A. so, dass ich mir bis zum Schluss alle Möglichkeiten offen halten wollte. Weil ich mir denk, falls irgendwas nicht, ähm, normal verlaufen wäre, dann wär ich ins Spital gegangen.“ (Interview 1: Zeile 220ff)

Dadurch haben die Frauen das Gefühl bekommen, im Notfall die Geburt leicht und mit der eigenen Hebamme ins Spital verlegen zu können. Durch diese Absicherungsstrategie haben die Frauen sich selbst zu mehr Sicherheitsgefühl verholfen und gleichzeitig den Gegenargumenten von anderen Personen begegnen können, da sie sagen konnten, in einem Spital zur Geburt angemeldet zu sein und jederzeit dorthin wechseln zu können. Die Handlungsfreiheit, jederzeit die Entscheidung für eine Hausgeburt widerrufen zu können und doch ins Spital wechseln zu können, hat sich aus Sicht der Frauen vergrößert. Diese zusätzliche Handlungsoption hat sich wiederum auf

³⁹ Vergleiche dazu die Kapitel „Selbstbestimmung“ und „Projekt „Geburt““.

die Selbstbestimmungsmöglichkeiten ausgewirkt, welche für die Frauen von besonderer Bedeutung in Bezug auf die Entscheidungsfindung waren; sie konnten nun noch besser lenken, an welchem Ort die Geburt stattfinden wird, da ihnen schon zwei Optionen offen standen.

Die Absicherungsstrategien der Frauen zeigen deutlich einen auch von Rose/ Schmied-Knittel (2011) beschriebenen Aspekt: Die Frauen nehmen Geburt auch als Risiko wahr und wollen im Ernstfall einen Notfallsplan zur Hand haben. Die Hausgeburt findet somit im Spannungsfeld von „Re-Naturalisierung“ und Risikoreduktion statt. Auch wenn die Sicht der Frauen sehr stark durch Natürlichkeit und wenig Technik geprägt ist, wirkt die vorherrschende Wahrnehmung von Geburt als Risiko in den Köpfen der Befragten.

7.4 Situative Werte und Normen (Sollen)

Die situativen Werte und Normen stellen in Hinsicht auf die Wahl einer Hausgeburt eine wichtige Dimension dar, da aus den statistischen Daten hervorgeht, dass in Österreich nur noch ein verschwindend geringer Prozentsatz der Geburten in den eigenen vier Wänden stattfindet. In Verbindung mit der stetigen Zunahme der Risikoeinstufungen in der Schwangerschaft und der steigenden Interventionsrate während der Geburt stellt sich die Frage, wie Frauen mit den von außen an sie herangetragenen, aber auch ihren eigenen verinnerlichten Werten und Normen in Bezug auf Geburt/ Hausgeburt umgehen. Auch die Tendenz zur „Re-Naturalisierung“ von Geburt kann als normativer Diskurs gesehen werden, der durch strategische Argumente versucht Personen zu überzeugen und Meinungen zu steuern (vgl. Rose/ Schmied-Knittel 2011: 80).

7.4.1 Familial weitergegebene Präferenz

Um sich für eine Hausgeburt zu entscheiden, muss die Handlungsoption als solche bekannt sein, im Falle einer Hausgeburt stellt sich die Frage, ob die Frauen innerhalb ihrer familialen Strukturen diese Alternative zum Spital kennen lernen.

Die befragten Frauen sind jedoch fast ausschließlich über aktive eigene Information auf die Option Hausgeburt gestoßen. Nur eine der Befragten hatte eine Schwester, die vor ihr das eigene Kind zu Hause auf die Welt gebracht hatte. Eine weitere Interviewte hat nach der Entscheidung zur Hausgeburt erfahren, dass die Großmutter ihres Partners eine Hausgeburt war. Das war der Frau jedoch nicht vor der Entscheidungsfindung bekannt. Diese Befragte hatte Jahre vor der Geburt ihres Kindes

das erste Mal durch eine Arbeitskollegin von der Möglichkeit, eine Hausgeburt zu machen, erfahren.

Die familiäre Tradition in Bezug auf die Entscheidung für eine Hausgeburt scheint bei den befragten Frauen somit keinen ausschlaggebenden Faktor darzustellen. Um weiterreichende Aussagen tätigen zu können, müsste jedoch eine sehr viel größere Zahl an Frauen mit Hausgeburten befragt werden. Es wäre in diesem Zusammenhang interessant zu sehen, ob sich die familiäre Tradition von Mutter auf die Tochter verstärkt durchsetzt.

7.4.2 Auseinandersetzung mit dem privaten Umfeld

Die Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld hat bei allen Interviewten mehr oder weniger stark stattgefunden. Nur zwei Frauen haben die bewusste Entscheidung getroffen, jenen Personen des privaten Umfelds, die aus ihrer Sicht einer Hausgeburt negativ gegenüber gestanden sind, nicht von der Wahl des Geburtsortes zu erzählen. Das hat auch Familienmitglieder betroffen, zu denen normalerweise ein enges Naheverhältnis besteht.

„Aber grad Cousinen, oder aus der Familie, mit denen ich eigentlich sehr engen Kontakt hab, hat's eigentlich keiner gewusst.“ (Interview 5: Zeile 110ff)

Bei der Analyse der Interviews wird ersichtlich, dass die Befragten vor allem von versuchten Beeinflussungen durch Frauen erzählen. Die Geburt von Kindern wird dabei oftmals als schreckliches oder schlimmes Ereignis geschildert, wobei dies meist ungefragt geschieht. Für eine der interviewten Frauen kam es in Folge dieser Auseinandersetzungen zu einer Verstärkung des Wunsches nach einer Hausgeburt, da sie eine positivere Sicht auf Geburt einnehmen wollte. Für zwei weitere Befragte stellten die wiederholten Versuche der Beeinflussung durch das soziale Umfeld immer wieder Unsicherheitsmomente in Bezug auf die eigene Entscheidung dar. Die selbst angeeigneten Informationen und das Wissen rund um Hausgeburt haben ihnen schlussendlich immer die notwendige Sicherheit gegeben, an ihrer Wahl festzuhalten. Die drei anderen Frauen haben sich durch die Auseinandersetzungen mit dem sozialen Umfeld nicht negativ bezüglich ihrer Entscheidung für eine Hausgeburt beeinflussen lassen.

„Also, wenn Freundinnen jetztand g'sogt, oder aus dem Freundeskreis eben, g'sogt hoben: Hausgeburt? Mhm. Hab ich des auch guat nehmen kennan, des sie ein bisserl kritisch san, weil ich's ja selber a in mir kennt hob.“ (Interview 4: Zeile 395ff)

Vor allem bei einer dieser Frauen ist es bemerkenswert, da sie von der Arbeitskollegin ihres Partners kontaktiert wurde, und die Wahl der Hausgeburt von dieser als

unverantwortlich bezeichnet wurde. Diesem Vorwurf wurde durch klare Abwehr von der interviewten Frau begegnet, dass nämlich die Wahl des Geburtsortes nur von ihr als Mutter zu treffen und nicht durch die Umwelt zu beurteilen ist.

Die Beeinflussung pro Hausgeburt, welche vor allem durch die Erzählungen von anderen „Hausgeburtmüttern“ stattgefunden hat, stellte einen verstärkenden Effekt für die Entscheidungsfindung der Frauen dar. Die ausschließlich positiven Erzählungen dieser Frauen haben die Präferenz der Befragten für eine Hausgeburt weiter intensiviert, und das ist von den interviewten Frauen sehr aufbauend aufgenommen worden. Innerhalb der familialen Strukturen haben sich die Befragten nach eigenen Angaben nicht negativ in Hinblick auf die Wahl für eine Hausgeburt beeinflussen lassen, mit Ausnahme des eigenen Partners.

„Ja und gegen Ende der Schwangerschaft, also, das war für mich schon das bestärkende Ereignis, zum Schluss, dass der M. [Anm.: ihr Mann] sogar selber zu dieser Überzeugung gekommen ist, dass das jetzt richtig ist und nicht nur so ein: Ok, dann mach ma's halt, wennst es dir's einbildest.“ (Interview 5: 74ff)

Die Meinung des Lebensgefährten war für alle Interviewten sehr wichtig; auch wenn manche im Ernstfall konträr zu seiner Meinung gehandelt hätten, um ihre eigenen Wünsche durchzusetzen, war es für alle Frauen sehr bestärkend zu wissen, dass die Partner die eigene Wahl unterstützen und auch teilen.

Die Strategie, sich mit negativen Meinungen gegenüber Hausgeburt nicht auseinanderzusetzen und sich stattdessen mit Personen zu umgeben, die der Wahl für eine Hausgeburt wohlwollend gegenüber stehen, wie sich in einer schwedischen Untersuchung von Frauen mit Hausgeburten gezeigt hat (vgl. Sjöblom et al. 2011), wurde in Bezug auf das private Umfeld von zwei der befragten Frauen beschrieben. Von einer Interviewten wurde explizit auch angemerkt, dass die Abwehr von negativen Aussagen nicht nur in Bezug auf das Thema Hausgeburt, sondern in Hinblick auf alle Themen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt für sie wichtig war. Sie hat dazu nicht die Strategie der Vermeidung, sondern die der Aneignung von neuem Wissen gewählt. Durch die neue Sicht auf Geburt und die dadurch vermittelte Sicherheit in Bezug auf ihre Entscheidung konnte die Frau die negativen Erzählungen von Geburt und Schwangerschaft besser abschirmen bzw. diesen etwas entgegenen.

Die Tatsache, dass die Interviewten vor allem durch versuchte Beeinflussungen von Frauen berichten, kann darauf verweisen, dass Geburt als ein stark weiblich besetztes Ereignis gesehen wird, dafür müssten jedoch genauere Erhebungen durchgeführt werden. Die wiederholten (und meist ungefragten) Bemerkungen durch das soziale Umfeld im privaten Kreis können einerseits dahingehend gedeutet werden, dass die

Schwangerschaft innerhalb der Gesellschaft als kontrollbedürftiger Zustand gesehen wird. Dieser Umstand ist dadurch zu erklären, dass im Falle eines kritischen Zustandes von Mutter und/ oder Kind eine große Anzahl von Personen mit betroffen sind (der Vater des Kindes, die Großfamilie, betreuende Hebamme etc.). Andererseits können diese „Einmischungen“ auch die (Rest)Funktion von Angliederungsritualen darstellen.

7.4.3 Auseinandersetzung mit dem medizinisch/ geburtshilflichen Umfeld

Die Auseinandersetzungen mit Personen des medizinischen und geburtshilflichen Umfeldes waren für die Frauen sehr unterschiedlich. Alle Frauen haben mit ihrem/ ihrer GynäkologIn das Thema Hausgeburt besprochen. Eine Frau hat das Thema Hausgeburt nur indirekt angesprochen, woraufhin der behandelnde Facharzt jedoch so massiv contra Hausgeburt reagiert hat, dass die Frau auf Anraten der Hebamme zu einer anderen Fachärztin gewechselt hat, die die Entscheidung weder gefördert noch gehemmt hat. Drei Frauen fühlten sich durch ihren/ ihre behandelnde GynäkologIn in ihrer Entscheidung für eine Hausgeburt unterstützt und respektiert. Bei den anderen zwei Befragten respektierte der jeweilige Gynäkologe⁴⁰ die Entscheidung, die Ärzte verwiesen jedoch darauf, dass durch die Wahl der Hausgeburt ein unnötiges Risiko eingegangen wird. Diese Ansicht wurde durch die beiden Fachärzte bei der Kontrolluntersuchung nach den Geburten noch einmal unterstrichen und darauf hingewiesen, dass eine Geburt ohne Facharzt und Infrastruktur des Spitals, nur mit Hebammenbetreuung, in ihren Augen verantwortungslos ist.

„Noch mehr, als in der Schwangerschaft hat er es mich eigentlich nach der Geburt [lacht kurz] beim ersten Besuch spüren lassen. [...] Wo's dann eigentlich eh schon zu spät war, da noch einmal betont hat: Wie fahrlässig es eigentlich ist, von einer Hebamme überhaupt alleine, eine Hausgeburt zu machen.“ (Interview 5: Zeile 232ff)

Wenn die Frauen mit gegenläufigen Einstellungen zur Hausgeburt durch ihren Gynäkologen⁴¹ konfrontiert waren, haben sie die Art der Argumentation als emotional und wenig objektiv wahrgenommen. Meist wurden der Begriff „verantwortungslos“ und der Hinweis auf das hohe Risiko, dass bei einer Hausgeburt etwas schief läuft, als Argument verwendet. Das wirkte nicht überzeugend auf die Frauen, sondern wurde von ihnen als einseitige Anschauung zum Thema wahrgenommen.

Die Schlüsselposition der Hebamme wird an dieser Stelle noch einmal besonders deutlich. Durch die konform gehende Meinung der Hebammen mit den Ansichten der Frauen stellte die Auseinandersetzung auf dieser Ebene für die Befragten eine stetige

⁴⁰ Hier wird bewusst nur die männliche Form verwendet, da es sich in diesem Fall nur um männliche Fachärzte gehandelt hat.

⁴¹ Siehe oben.

Beeinflussung pro Hausgeburt dar, da die Sicht der Frauen bestärkt wurde. Die von den Hebammen zur Verfügung gestellten Informationen haben den Interviewten Sicherheit in Bezug auf ihre Entscheidung gegeben und gleichzeitig eine vertrauensvolle Beziehung zur Hebamme hergestellt.

„Oder wenn ich, nicht so großes Vertrauen in die Hebamme gehabt hätte, dann würd ich's mich auch nicht trauen, ja. Und insofern hat die R. da sicher auch eine große Rolle dabei gespielt, na.“ (Interview 1: 419ff)

Die Ansichten der Hebamme wurden von den meisten Frauen als bedeutender und ausschlaggebender für die eigene Entscheidung gesehen als jene der Fachärzte/ Fachärztinnen. Die Wahl einer Hausgeburt stellt in diesem Kontext auch das Umgehen des schulmedizinischen Systems für die Frauen dar, da die Hebammen zur wichtigsten Ansprechperson in Sachen Schwangerschaftsprobleme und Fragen zur Geburt wurden, und erst in zweiter Linie der Rat des/ der GynäkologIn gesucht wurde. Eine der Befragten arbeitet in einem Krankenhaus und hat sich bewusst dafür entschieden, innerhalb dieses Feldes ihre Entscheidung für eine Hausgeburt bis zum Schluss nicht mitzuteilen. Die Frau befürchtete, dass ansonsten Versuche der Beeinflussung stattfinden würden.

Die Ergebnisse zur Beeinflussung der Entscheidungsfindung von medizinisch/ geburtshilflichen Seite zeichnet die unterschiedlichen Sichtweisen von Schwangerschaft und Geburt durch GynäkologInnen und Hebammen nach. Ein interessanter Aspekt ist, dass vor allem die männlichen Fachärzte eine starke Position contra Hausgeburt eingenommen haben. Die weiblichen Gynäkologinnen haben gegenüber den befragten Frauen scheinbar eine neutralere Haltung eingenommen. Dieses Ergebnis bedarf jedoch genauerer Untersuchungen und kann an dieser Stelle nur als These festgehalten werden.

Die Auseinandersetzung im Spannungsfeld zwischen Facharzt/ Fachärztin und Hebamme unterstreicht noch einmal den Versuch der Frauen, sich zwischen der Durchsetzung von Natürlichkeit bei der Geburt und Risikoreduktion zu positionieren. Die Kontrolluntersuchungen beim/ bei der GynäkologIn wurden von allen Frauen durchgeführt⁴², darüber hinaus wurde der Kontakt aber zu minimieren versucht. Die Befragten haben somit die erwartete Mindestabsicherung durch die genormten Kontrollen eingehalten, darüber hinaus jedoch die Betreuung der Hebamme vorgezogen.

⁴² Die Frauen hätten sich im Extremfall auch für die Verweigerung der Untersuchungen durch einen Facharzt/ eine Fachärztin entscheiden können (und diese stattdessen von ihrer Hebamme durchführen lassen können), mit der negativen Sanktion, dass sie in der Karenzzeit keinen Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld haben.

Die besondere Rolle der Hebamme als Gatekeeper und Wissensvermittlerin öffnet ein ganzes Fragenfeld für neue Forschungen. Beispielsweise wäre es von Interesse, ob es Unterschiede in den vermittelten Ansichten von Geburt bei Spitalshebammen und Hausgeburtshebammen gibt? Auch die Art der Betreuung durch die Hebamme müsste einer genaueren Betrachtung unterzogen werden; eine der Befragten gibt an, dass die drei unterschiedlichen Hebammen bei ihren Hausgeburten alle auf unterschiedliche Art und Weise in der Schwangerschaftsbetreuung und während der Geburt agierten. Festzuhalten ist an dieser Stelle noch, dass keine der Frauen durch eine direkte Beeinflussung pro Hausgeburt durch die Hebamme berichtet hat. Da von allen betreuenden Hebammen die Optionen Spitalsgeburt, Geburtshausgeburt und Hausgeburt angeboten wurden, haben die Frauen auch alle in Wien zur Verfügung stehenden Möglichkeiten tatsächlich zur Wahl gehabt.

Die Art der Betreuungsausgestaltung durch die Hebammen vermittelt das Bild einer sehr intensiven Zusammenarbeit, wobei die Hierarchie in dieser Beziehung nicht so stark zum Tragen kommt wie in der Arzt/ Ärztin-Patientin-Beziehung. Weiters können bei diesen Hausgeburtsbetreuungen Parallelen zur Betreuung in den Niederlanden gezogen werden, auch wenn es nicht exakt derselben Art und Weise entspricht. Die Frauen sehen die Hebamme als wichtigste Ansprechperson an und besprechen mögliche Anliegen in erster Linie mit ihr und erst in weiterer Folge, bei schwerer wiegenden Problemen, mit ihrem behandelnden Facharzt/ihrer behandelnden Fachärztin. Das Resultat ist eine starke Vertrauensbeziehung mit dem Vorteil, dass die Hebamme sehr genau über den Schwangerschaftsverlauf und die Wünsche bzw. Vorstellungen der zu betreuenden Frau Bescheid weiß. Im Gegensatz dazu lernen die Beleghebammen in den Spitälern die werdenden Mütter meist erst unter Wehen kennen und wissen dann über etwaige Eigenarten im Schwangerschaftsverlauf oder die Wünsche in Bezug auf den Geburtsverlauf nicht genau Bescheid.

7.4.4 Risikoeinstufung in der Schwangerschaft

Bei manchen Risikoeinstufungen wird eine geplante Hausgeburt nicht empfohlen.⁴³ Auf diesen Aspekt wird an dieser Stelle eingegangen um genauer zu betrachten, wie die Frauen mit möglichen Risiken in Bezug auf ihre Entscheidungsfindung umgegangen sind. Vier der Interviewten hatten keine Risikoeinstufung in der Schwangerschaft. Eine der Frauen hatte während einer ihrer Schwangerschaften mit geplanter Hausgeburt

⁴³ Ausschlussgründe für eine Hausgeburt sind beispielsweise: Zwillingsschwangerschaft, Quer- oder Steißlage, vorausgegangener Kaiserschnitt, in manchen Fällen Schwangerschaftsdiabetes etc.

Schwangerschaftsdiabetes ohne Insulinpflicht. Diese Frau hat sich sehr bemüht, den Diabetes durch eine gezielte Diät in den Griff zu bekommen und hat sich gleichzeitig umfassend erkundigt, worauf in Bezug auf den Säugling nach der Geburt zu achten ist. Beim Einholen der Informationen und der Durchsetzung ihres Wunsches nach Hausgeburt wurde sie von Seiten des Diätarztes, der Kinderkrankenschwester und ihrem behandelnden Gynäkologen unterstützt.

Eine der vier Frauen ohne Risikoeinstufung in der Schwangerschaft hatte nach ihrer ersten Geburt (die im Spital stattgefunden hat) eine massive Nachblutung. Diese Frau war sich selbst am Anfang nicht sicher, ob diese Komplikation einen Ausschlussgrund für eine Hausgeburt darstellt und hat sich durch die Meinung ihrer Hebamme und die der behandelnden Gynäkologin abgesichert. Die Hebamme hat Sicherheit in Form von eigenem Praxiswissen gegeben, und die Gynäkologin hat blutungsstillende Medikamente verschrieben, um im Notfall schnell reagieren zu können.

Diese Ergebnisse gehen mit den theoretischen Beschreibungen von Rose/ Schmied-Knittel (2011) zur Risikoreduktion konform. Jene Frauen, die ein Risiko in der Schwangerschaft bzw. bei der vorangegangenen Geburt eine Komplikation hatten, haben Absicherungen bzw. Vorkehrungen zur Minimierung dieser Risikofaktoren getroffen. Es wurde versucht, die Risiken durch Medikamente „kontrollierbar“ zu machen bzw. diesen durch gezielte Verhaltensänderung vorzubeugen. Die Wahl zur Hausgeburt stellte somit nicht die Wahl zwischen Natur und Technik dar, sondern die Re-Interpretation der physiologischen und medizinischen Standards in Bezug auf die individuelle Situation.

7.4.5 Sozialer Widerstand

Binahe alle Befragten haben starken Widerstand gegenüber ihrer Entscheidung durch das soziale Umfeld empfunden. Nur eine Frau hatte nach eigenen Einschätzungen lediglich ein einziges Erlebnis, bei dem sie bewusst klaren Widerstand gegenüber ihrer Wahl des Geburtsortes wahrgenommen hat. Eine Frau beschreibt die Reaktionen des Umfeldes differenzierter und erwähnt, dass nach der ersten Hausgeburt angenommen wurde, dass die folgenden Geburten auch zu Hause stattfinden würden, und ihr von Freundinnen ab der zweiten Hausgeburt Bewunderung für den Mut zur Wahl Hausgeburt entgegengebracht wurde. Von dieser Form des Respekts gegenüber der Entscheidung zur Hausgeburt berichtet auch eine weitere Frau. Es scheint dabei aber immer ein Spannungsfeld von Bewunderung und gleichzeitigem Hinweisen auf die Risiken bei einer Geburt zu sein. Dabei wird der Einfluss der gesellschaftlichen Normen und Werte deutlich.

„Bei der zweiten war's dann eigentlich, war's dann für jeden schon so selbstverständlich, und wo viele dann gesagt haben: Ich beneid dich dafür; Ich würd so gern und trau mich nicht.“ (Interview 3: Zeile 605ff)

Der von außen an die interviewten Frauen herangetragene Widerstand wirkt sich auf die Entscheidungsfindung der Befragten nicht stark aus, da die Frauen die Argumente gegen eine Hausgeburt als nicht fundiert genug ansehen und sich durch die eigenen Informationen abgesichert fühlen. Zusätzlich beschreiben die Frauen das Aufkommen von emotionalen Argumenten, welche oftmals von Personen ohne viel Wissen bzw. Recherche zum Thema Hausgeburt vorgebracht werden.

Ganz allgemein kann festgehalten werden, dass die Frauen oftmals mit Unverständnis gegenüber ihrer Wahl für eine Hausgeburt konfrontiert wurden. Warum die Befragten die Geburt des Kindes in den eigenen Wänden der Geburt mit Infrastruktur des Spitals als Absicherung vorziehen, konnten viele Bekannte der Frauen nicht nachvollziehen. Hier kommt sowohl die vorherrschende Norm der Spitalsgeburt in unserer Gesellschaft zum Tragen, als auch die Ansicht, dass Hausgeburten eine rückschrittliche Alternative dazu darstellen. Den stärksten Widerstand haben die Interviewten innerhalb des medizinischen Feldes gespürt, vor allem durch männliche Gynäkologen.

„Und seine Einstellung war schon eher gegen eine Hausgeburt, aber er hat gesagt: Er betreut mich natürlich weiter, aber eigentlich [lacht kurz] haltet er, ahm, wenig davon. Von Hausgeburten... Er hat dann geschildert, er hat schon selber viele Geburten in Afrika und was weiß ich sonst wo mit geringsten Möglichkeiten gemacht, aber es is halt immer besser dieses Instrumentarium von einem Krankenhaus im Hintergrund zu haben, falls doch ein Notfall eintritt.“ (Interview 5: Zeile 226ff)

Am sozialen Widerstand der Gesellschaft gegenüber Hausgeburten kann auch die soziale Norm der Spitalsgeburt festgemacht werden. Die erste Assoziation zur Verortung der Geburt stellt das Krankenhaus dar. Die Sicht auf eine Hausgeburt ist einerseits geprägt durch die Vorstellung als rückschrittliche Verhaltensweise, welche nur im Notfall durchgeführt werden sollte. Andererseits wird durch die Aussagen der Interviewten klar, dass bei manchen ihrer weiblichen Bekannten der Wunsch nach der Geburt in den eigenen vier Wänden auch vorhanden ist, sie sich die tatsächliche Umsetzung dieses Anliegens jedoch nicht „zutrauen“. Dabei stellt sich die Frage, worauf sich die Unsicherheit der Frauen genau bezieht.

Ein weiterer Aspekt, auf den diese Ergebnisse hinweisen, ist, dass die Geburt von unserer Gesellschaft als dramatisches Ereignis angesehen wird, jedoch nicht unbedingt

von den Befragten selbst. Sie versuchen die Geburt als spezielles, aber doch natürliches Ereignis in ihrem Leben einzubetten.⁴⁴

7.4.6 Bilder von Geburt in der Gesellschaft

Die Bilder bzw. Vorstellungen von Geburt sind je nach Kultur verschieden und können somit auch unterschiedliche Werte vermitteln. Die Frauen haben in den Interviews immer wieder Anschauungen über Geburt und die Verortung von Geburt angesprochen, die von unterschiedlichen Personen an sie herangetragen wurden, oder sie haben sie selbst vertreten. Deshalb werden an dieser Stelle diese Bilder explizit gemacht, da sie häufig einen unbewussten Einflussfaktor darstellen und auch eine gute Darstellung der (impliziten) Werte und Normen in unserer Gesellschaft zum Thema Geburt sind.

Jenes der Hausgeburt am konträrsten gelagerte Bild über Geburt ist, dass Geburt und die damit verbundenen Aspekte, wie etwa Geburtsgeräusche, nicht mit dem privaten Wohnort verbunden werden. Geburten sollen auch nicht in privaten Wohnungen/ Häusern stattfinden, da es sonst zu Störungen von Nachbarn kommen kann. Diese Ansicht ist von Bekannten/ FreundInnen an die Frauen herangetragen worden, aber auch zwei der Befragten hatten dieses Bild zu Beginn der Entscheidungsfindung in ihren Köpfen. Eine der Interviewten beschreibt, dass sie immer wieder versuchte, durch einen Blick in die Zukunft und das Ausmalen, wie die Geburt sein würde, die Wohnung in den Geburtskontext einzubetten.

„Und ja, wie, wie das da funktioniert, wenn doch irgendwie laut ist und ein Nachbar klopft an und fragt, was los is, oder...“ (Interview 5: Zeile 60f)

Die angeführten Versuche, die Hausgeburt erstmals vorstellbar zu machen, zeigen deutlich, dass in unserer Gesellschaft erst die Möglichkeit in unseren Köpfen geschaffen werden muss, um Geburt in der eigenen Wohnung/ dem eigenen Haus durchführen zu können. Die erste Reaktion ist bei den meisten Personen, dass die Geburt nicht an den privaten Wohnort gehört und/ bzw. das Erstaunen darüber, dass man ja sein Kind auch zu Hause auf die Welt bringen kann. Dieses Ergebnis wird in einer kanadischen Studie als Prozess des „unlearning and learning about birth“ bezeichnet. Dabei müssen die Frauen die Normvorstellungen von Geburt erst verlernen, um die Hausgeburt als Handlung möglich zu machen (vgl. Murray-Davis et al. 2012).

Die Geburt eines Kindes wird außerdem von vielen Menschen als „schmutziges“ Ereignis eingeschätzt. Diesem Bild als Argument gegen eine Hausgeburt sind einige Frauen

⁴⁴ Vergleiche dazu „Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen“.

begegnet, wieder andere Befragte hatten diese Vorstellung vor ihrer ersten (Haus)Geburt auch in den eigenen Köpfen.

„Ja, weil das ist bei vielen auch ein großer, ah, ah Punkt ist: Der Dreck zu Hause.“ (Interview 3: Zeile 759)

In die bisher beschriebenen Vorstellungen über Geburt reiht sich auch die Anschauung ein, dass Geburt sehr häufig negativ beschrieben wird. Da Erlebnis der Schmerzen und der Akt der Geburt an sich wird oftmals als schlimmes Ereignis beschrieben. Durch diese negative Sicht wurde, wie weiter oben schon beschrieben, bei einer der Frauen die Präferenz Hausgeburt verstärkt, um dadurch eine positivere Sicht auf das Geburtserleben zu bekommen.

„Also, meine Geburt, des wor die Allerschlimmste! [...] Und es war eiiiine Katastrophe. [...] Und des is mir irgendwann so auf die Nerven gegangen, so am Senkel gängen, weil ich mir docht hob, ah, also, ganz selten, dass man gehört hat: Es war ein tolles Erlebnis. Oder so.“ (Interview 4: Zeile 298ff)

Die damit ausgedrückte Ansicht von „Geburt als dramatisches Ereignis im Leben“ und den dadurch ausgelösten Wunsch nach „Re-Naturalisierung“ durch die Frauen entspricht den Thesen über Geburt allgemein nach Rose/ Schmied-Knittel (2011).

Eine weitere Vorstellung, welche sich in Bezug auf die Entscheidung bei zwei Interviewten stark ausgewirkt hat, ist die Ansicht, dass im Spital eine Hierarchie zwischen Arzt/ Ärztin und Patientin herrscht. Der Gedanke, sich dieser Hierarchie während der Geburt als Patientin unterzuordnen, war für diese beiden Frauen förderlich für die Entscheidung pro Hausgeburt. Weiters stellen die Organisationslogiken, Zwänge und Routinen für diese Frauen einen einschränkenden Faktor dar.

„Also, es fällt mir so schon schwer, wenn man irgendwie so eine Hierarchie, also der Arzt so als, als obere Hierarchie oder so. Und das hab ich irgendwie schon so von meiner Erziehung und auch gesellschaftlich ist das, denk ich, so.“ (Interview 1: Zeile 275ff)

Für zwei Frauen wurde der Unterschied in der gesellschaftlichen Akzeptanz gegenüber einer Hausgeburt und einer ambulanten Geburt sehr deutlich. Die ambulante Geburt wird von einer breiten Masse als Normalität wahrgenommen⁴⁵ und wird vor allem in Wien akzeptiert, von manchen Spitälern sogar gefördert, wie die Befragten festgestellt haben.

„Die san ja eh recht nett im St. Josefs, ah, bevorzugen sehr die ambulante Geburt und so, ja.“ (Interview 4: Zeile 134f)

⁴⁵ In der Statistik haben die ambulanten Geburten in Österreich 2,1% der Gesamtgeburten 2012 ausgemacht; in Wien ist diese Zahl etwas höher mit 3,6% der Lebendgeborenen im Jahr 2012 (vgl. Statistik Austria 2013a: 212).

Die Hausgeburt wird von vielen FreundInnen/ Bekannten beinahe aller befragten Frauen als nicht akzeptable Alternative zum Spital, wenn nicht überhaupt als Tabuthema dargestellt.

„Ich hab, da muss ich ganz ehrlich sagen, ich habe von Freunden, ich mein, alle finden ambulante Geburt okay. Hausgeburt das ist ein großes Tabuthema. Das ist: Nein, würd ich nicht und könnt ich mir nicht vorstellen.“ (Interview 3: Zeile 471ff)

Dieses Ergebnis zeigt auf, dass von Seiten der Gesellschaft die Geburt zumeist als Ereignis im Spital verortet wird, um die Risiken, welche damit automatisch verbunden werden, „kontrollierbar“ zu machen.

Ein weiteres Spannungsfeld zwischen Hausgeburt und Spitalsgeburten öffnet sich dort, wo der Ernstfall eintritt, dass während der Geburt eine Interventionsmaßnahme nötig wird. Hier beschreibt eine Frau die oftmals gesellschaftlich vertretene Sicht, dass Eingriffe im Spital, egal unter welchen Umständen, akzeptiert sind. Es wird toleriert, dass das Geburtsgeschehen auch vom optimalen Verlauf abweichen kann. Bei einer Hausgeburt jedoch sieht diese Frau die (gesellschaftliche) Akzeptanz gegenüber Eingriffen bzw. die Verlegung ins Spital der Frau unter Wehen als nicht gegeben an. In diesem Fall hat sie die Wahrnehmung, dass die schwangere Frau selbst zur Verantwortung gezogen wird und das Aufkommen der Komplikationen ihrem Verhalten angelastet wird, da sie auch von Anfang an die Geburt im Spital stattfinden hätte lassen können.

„Und dass im Krankenhaus oft genauso viel passieren kann, ahm, ... darüber denken die irgendwie weniger nach, oder... [...] Dass es sozial akzeptiert ist, wenn im Krankenhaus etwas schief geht, aber dass es nicht akzeptiert ist, wenn zu Hause etwas schief gehen würd, weil dann hat die Mutter ja nicht alles Mögliche getan, was man tun könnte, aber die brave Mutter im Spital, hat alles gemacht, was man tun muss.“ (Interview 5: Zeile 249ff)

Dieses Zitat deutet sehr stark auf die Sanktionen hin, mit denen eine Mutter rechnen muss, wenn bei einer Hausgeburt ein Notfall eintritt. Es verweist jedoch auch darauf, dass die Frau selbst die Ansicht vertritt, dass die Interventionen, welche im Spital stattfinden, nicht immer notwendig sind bzw. andere Notmaßnahmen bedingen. Die Ergebnisse von Studien zum Thema der Interventionstechnologie bei Geburten müssten an dieser Stelle einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Weiters wird an dieser Aussage ersichtlich, dass es eine (unbewusste) Definition von einer „braven“ Mutter gibt, und diese die Auslegung einschließt, sich für die Geburt des Kindes den Strukturen des Spitals zu fügen und dieses als optimalste Betreuungsvariante anzuerkennen.

Eine der befragten Frauen bringt die aus ihrer Sicht starke Diskrepanz vom Ideal des behüteten Kindes, sowohl in der Schwangerschaft als auch danach, und der Atmosphäre in den Kreißsälen bzw. den Umständen, unter denen Kinder heute in Österreich zur Welt kommen, zur Sprache. Die Mütter werden von Schwangerschaftsbeginn an kontrolliert und bekommen wichtige Verhaltensregeln auferlegt. Nach der Geburt etwa wird vom sozialen Umfeld die Wichtigkeit von Schlaf betont, ebenso welche Nahrung die Kinder bekommen. Jedoch die Umstände, unter denen diese Kinder im Spital auf die Welt kommen, sieht diese Frau vernachlässigt.

„Diese ganze Zeit im Bauch sehr behutsam und dann sollt des [Anm.: die Geburt] auf einmal wurscht sein? Und wenn die Kinder heraußen san, dann is es auf einmal [...] wieder so wichtig, was sie essen und dass . Und dass sie jo genug schlof'n und warum sollt des [Anm.: die Geburt] net wichtig sein?“ (Interview 4: Zeile 260ff)

Auch dieses Ergebnis unterstreicht, dass in der Gesellschaft das Bild vorherrscht, dass die Geburt eines Kindes als kontrollbedürftiges Ereignis zu sehen ist, welches durch das System Krankenhaus überwacht werden soll. Dabei werden die individuellen Wünsche der Mutter im Zweifelsfall klar nachgereiht und die Art des Umgangs verstärkt an den Bedürfnissen des Krankenhauspersonals/ der Struktur des Spitals/ den organisatorischen Abläufen orientiert. Um das differenzierter betrachten zu können, müssten Untersuchungen zur Sichtweise der Spitäler in Bezug auf diesen Aspekt durchgeführt werden.

Um die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, werden diese sowie der methodische Forschungsverlauf im folgenden Kapitel reflektiert.

8 Reflexion des Forschungsverlaufs

Im Sinne eines zyklischen Forschungsverlaufes wird an dieser Stelle das Zustandekommen der Ergebnisse erläutert. Da die Zahl der Interviews im Rahmen dieser Masterarbeit sehr gering gehalten wurde, können weiter reichende Aussagen nur mit Vorsicht gemacht werden. Um die Reichweite der Ergebnisse zu erhöhen, müssten entweder mehr Interviews geführt werden, oder die Ergebnisse mit Hilfe einer stärker interpretativen Auswertungsmethode erweitert werden. Dies war aus forschungspragmatischen Gründen innerhalb der vorliegenden Arbeit nicht möglich, stellt aber einen möglichen Ansatzpunkt für weitere Forschungen dar.

Die Entstehungssituation der Interviews hat deutlich gemacht, dass die Frauen ihre Entscheidung für eine Hausgeburt gerne für Forschungszwecke zur Verfügung stellen. Dadurch waren die Interviewsituation und die Gesprächsebene sehr vertrauensvoll und offen. Dass die Frauen diesen offenen Zugang nicht scheuen und von einem sehr intimen Ereignis in ihrem Leben sehr zwanglos berichten, war eine große Bereicherung in Bezug auf die Qualität der Interviews.

Die Interviewsituation zeigt keine hierarchischen Unterschiede zwischen den Positionen der Befragten und der Interviewerin. Der Gesprächsfluss wurde nur an unklaren Stellen, oder wenn die befragten Frauen mit ihren Erzählungen zu einem Ende gekommen sind, durch die Interviewerin unterbrochen. Bei fast allen Interviews gibt es lange Passagen, in denen die Frauen das Interview ganz durch ihre Erzählungen lenken. Nur bei einer Befragten ist für die Interviewerin der Eindruck entstanden, dass das Gespräch von der Frau möglichst schnell abgehandelt werden sollte. Die prinzipielle Bereitschaft zum Interview war gegeben, nur schien die Frau bei der Beantwortung der Fragen kurz angebunden und etwas gestresst. Nichtsdestotrotz wirkten die Antworten von ihrer Seite wohl überlegt und offen.

Um die Interviewpartnerinnen genauer zu beschreiben, werden an dieser Stelle einige Eckdaten der demografischen Angaben dargestellt:

- Das erste Interview wurde mit einer 38-jährigen Frau, welche ihre beiden Kinder zu Hause auf die Welt gebracht hat, geführt. Diese Befragte war zum Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder unverheiratet, am Tag des Interviews jedoch schon verheiratet.
- Die zweite Befragte war zum Zeitpunkt des Interviews 30 Jahre alt und hatte ebenso zwei Kinder. Das ältere der Kinder ist im Spital auf die Welt gekommen,

beim jüngeren Kind hat sie sich für eine Hausgeburt entschieden. Diese Frau war unverheiratet, aber in Beziehung mit dem Vater der Kinder.

- Das dritte Interview hat als einziges nicht in der Wohnung der 41-jährigen Frau stattgefunden, sondern in einem ruhigen Lokal in der Nähe ihrer Wohnung. Diese Frau hatte sieben Geburten, wobei die ersten drei Geburten im Spital mit nachfolgendem Aufenthalt, die vierte Geburt als ambulante Geburt im Spital und die letzten drei Geburten als Hausgeburten stattgefunden haben. Diese Befragte war schon vor der ersten Geburt mit dem Vater der Kinder verheiratet.
- Die vierte Frau war zum Zeitpunkt des Interviews 33 Jahre alt und hatte ein Kind, welches zu Hause geboren wurde. Diese Frau lebte in Partnerschaft mit dem Vater des Kindes.
- Das letzte Interview hat mit der 30-jährigen Mutter zweier Kinder stattgefunden. Das ältere Kind wurde ambulant im Spital und das jüngere zu Hause geboren. Die Frau ist mit dem Vater der Kinder schon vor der Geburt verheiratet gewesen.

Als wichtiger Aspekt muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Verfasserin selbst zum Zeitpunkt der Interviews sichtbar schwanger war und schon eine geplante Hausgeburt hatte, dies den Interviewpartnerinnen jedoch bewusst vor dem Interview nicht erzählt hat, um eine Beeinflussung zu vermeiden. Die Befragten hatten lediglich die Information, dass es sich um ein Interview zum Thema Hausgeburt für eine soziologische Masterarbeit handelt. Erst in der Nachbesprechungsphase der Interviews haben alle Befragten die Frage an die Interviewerin zurückgeworfen, ob die Hausgeburt für sie eine Option darstellt, was von der Interviewerin wahrheitsgemäß beantwortet wurde.

9 Resümee

Die Wahl einer Hausgeburt wird in der vorliegenden Arbeit in den soziologischen Forschungskontext eingebettet, um die Entscheidungsfindung, welche in Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld stattfindet, beschreibbar zu machen. Dabei soll die Hausgeburt nicht als „bessere“ Alternative zur Spitalsgeburt (oder der Geburtshausgeburt) dargestellt werden, sondern als eine mögliche Alternative bei vorhandener Infrastruktur erfasst werden. Da die befragten Frauen aktiv mit ihrer Hebamme kooperierten, die Kontrollen beim Facharzt/ Fachärztin weiter stattgefunden haben und die Erreichbarkeit eines Spitals innerhalb Wiens gegeben ist, kann im Vergleich mit dem niederländischen System die These aufgestellt werden, dass im Fall der befragten Frauen ein gute Infrastruktur gegeben war. Dies ist von großer Bedeutung, da die Sicherheit von Hausgeburten immer sehr stark von den in der Gesellschaft vorhandenen geburtshilflichen Betreuungsmöglichkeiten abhängt.⁴⁶

Durch die Beschäftigung mit dem Thema Hausgeburt wird die in der Gesellschaft geführte Risikodiskussion in Bezug auf Geburt deutlich. Die Diskrepanz zwischen der stetigen Zunahme von attestierten Risikoschwangerschaften und der gleichzeitigen hohen Sicherheit von Geburt in den westlichen Industriestaaten wird vor allem bei der Literatursuche ersichtlich (vgl. Walsh 2009: 496). Dabei werden in vielen Studien zur Hausgeburt Vergleiche zwischen sehr unterschiedlichen Betreuungssystemen gezogen bzw. Ergebnisse verglichen, die auf unterschiedlichen Daten basieren (vgl. Keirse 2010: 345).

International kann ein Mangel an Studien über den Entscheidungsprozess für eine Hausgeburt attestiert werden (vgl. Murray-Davis et al. 2012). Für Österreich ist das Problem bei der Datenlage zur Hausgeburt noch weiter reichend; es kann im Moment nur auf die Anzahl der Hausgeburten zurückgegriffen werden. Nicht einmal die Unterscheidung, ob diese geplant oder ungewollt stattgefunden haben, kann getroffen werden. Dadurch ergibt sich ein hoher Forschungsbedarf und viele weiße Flecken für ForscherInnen. An manchen Stellen wird versucht die Lücken zu schließen (wie beispielsweise durch die Erfassung der österreichischen Hausgeburten durch das Hebammengremium), noch immer bleiben jedoch Bereiche ausgespart.⁴⁷

⁴⁶ Vergleiche dazu das Kapitel „Internationale Ergebnisse zum Thema Hausgeburt“.

⁴⁷ Der Bericht des Hebammengremiums beruht auf der freiwilligen Teilnahme von Hausgeburtshebammen und erfasst nicht alle Hausgeburten in Österreich.

Durch die Interviews wird die Wahl zur Hausgeburt als „Luxusentscheidung“ sichtbar, da fast alle der Befragten darauf hingewiesen haben, dass die eigene finanzielle Lage die Entscheidung auch erst möglich gemacht hat. Hier stellt sich die Frage, ob die Wahl einer Hausgeburt auch durch ihr marginales Vorkommen in Österreich interessanter für höhere Einkommensschichten wird, ähnlich wie es sich bei anderen „Luxusgütern“ auch verhält. Diese These steht in Kontrast zu den Ergebnissen von anderen Ländern, wo die Wahl der Hausgeburt verhältnismäßig oft bei einkommensschwachen Schichten als notwendige Entscheidung ohne gegebene Infrastruktur zu finden ist (vgl. Kuku/ Öncel 2006: 34).

Die befragten Frauen beschreiben durch ihre Aussagen Hausgeburt als selbstbestimmte Geburtsvariante mit der Möglichkeit, ihre eigenen Vorstellungen verwirklichen zu können und dem System Krankenhaus ein Stück weit zu entkommen. Der Entscheidungsprozess stellt sich dabei als wohl überlegt und durch Absicherungsstrategien gestützt dar. Dabei sind zwei Aspekte von zentraler Bedeutung bei der Entscheidung für eine Hausgeburt: einerseits das eigene Wollen als Motor für die Auseinandersetzung und andererseits die Betreuung durch eine eigene Hebamme. Durch die Ergebnisse der Analyse stellt sich die Frage, ob für die interviewten Frauen die Abweichung von der „Durchschnittsmasse“ über den gesellschaftlichen Normen steht, da sie die persönlichen Ziele und Präferenzen als sehr wichtigen Aspekt ihres Entscheidungsfindungsprozesses beschrieben haben. Die Position der Hebamme in diesem Auseinandersetzungsprozess bedarf weiterer Untersuchungen. An dieser Stelle wird jedoch festgehalten, dass die Hebammen im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit als Gatekeeper in Bezug auf die Entscheidungsfindung fungiert hat.

Die Wahl der Hausgeburt konfrontiert auch in Österreich die Frauen mit einem Prozess des „unlearning and learning about birth“⁴⁸, indem die in der Gesellschaft vorherrschenden Regeln und Vorstellungen über Geburt erst verlernt werden müssen, um in weiterer Folge die Abläufe und Rituale einer Hausgeburt zu verinnerlichen (vgl. Murray-Davis et al. 2012). Die Hausgeburt muss erst in den privaten Kontext versetzt werden, um als Handlung möglich zu werden.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist die Frage, ob der Wunsch nach einer anderen Art der Betreuung in der Schwangerschaft von Frauen in Österreich gehegt wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit lassen nur Vermutungen zu, diese würden jedoch mit den Resultaten einer finnischen Studie konform gehen, dass die aktuelle

⁴⁸ Siehe dazu das Kapitel „Forschungsergebnisse von qualitativen Studien“.

Ausgestaltung der Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung nicht den Ansprüchen und Wünschen der schwangeren Frauen entspricht (vgl. Jouhki 2011). Die Erforschung dieses Aspekts würde möglicherweise zu mehr Zufriedenheit bei schwangeren Frauen führen und könnte die Betreuungsqualität im Sinne der betreuten Frauen erhöhen.

Viele Fragen werden durch die vorliegende Masterarbeit erst aufgeworfen. Es wird jedoch festgehalten, dass die Wahl von Hausgeburt durch die befragten Frauen als Auseinandersetzungsprozess mit ihrer sozialen Umwelt stattgefunden hat. Dabei stellt die deviante Wahl des Geburtsortes eine positive Erfahrung für die Frauen dar, durch welche sie die Geburt ihrer Kinder als positives Erlebnis erfahren haben. Der gute Start ihrer Kinder ins Leben war in ihren Augen dabei maßgeblich von der Wahl einer Hausgeburt abhängig.

10 Anhang

10.1 Interviewleitfaden

Datum und Uhrzeit: _____

Einstiegsfrage:

Erzähl mir bitte, wie die Geburt deines Kindes/ deiner Kinder für dich war/ waren. Erzähl mir bitte dabei alles, was du selbst als wichtig erachtest und lass dir ruhig Zeit beim Überlegen. Es gibt dabei keine unwichtigen Details oder falsche Antworten, für mich ist deine persönliche Erfahrung wichtig. Deine Daten werden von mir vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form in meiner Masterarbeit wiedergegeben.

Leitfragen/ Nachfragen - Themenkomplexe:

- Erinnerst du dich, wann du das erste Mal darüber nachgedacht hast, in welcher Umgebung du dein Kind zur Welt bringen möchtest? Mit welchen Fragen hast du dich dabei beschäftigt?
- Kannst du dich erinnern bzw. festmachen, wann du dich schlussendlich für eine Hausgeburt entschieden hast? Gibt es dazu vielleicht ein konkretes Ereignis an das du dich Erinnerst?

Persönliche Ziele und Präferenzen (Wollen):

- Kannst du dich noch erinnern, wann für dich zum ersten Mal das Thema „Hausgeburt“ aufgekommen ist, und durch was oder wen du darauf gestoßen bist?
- Hast du deinem Umfeld mitgeteilt, dass du eine Hausgeburt planst?
- Welche primäre Motivation hattest du für eine Hausgeburt bzw. welche Erwartungshaltung war für dich mit einer Hausgeburt verbunden?

Persönliches Wissen und Fähigkeiten (Können):

- Hast du dich zum Thema Geburt bzw. Hausgeburt explizit informiert? Wenn ja, wo?

- Hattest du Ängste in Verbindung mit der Geburt?
- Hast du dir verschiedene Hebammen angeschaut?

Situative Infrastrukturen und Ressourcen (Möglichkeiten):

- Hat dich der finanzielle Aufwand für die Hebamme stark in deiner Entscheidungsfindung beeinflusst?
- Hat es eine Risikoeinstufung der Schwangerschaft gegeben? Wenn ja, welcher Art?
- Wann hattest du den ersten Kontakt mit deiner Hebamme?

Situative Werte und Normen (Sollen):

- Hast du positive oder negative Beeinflussungen zur Wahl „Hausgeburt“ aus deinem Umfeld wahrgenommen (Partner, Familie, Freunde, Arzt/ Ärztin, Hebamme, Bekannte...)?
- Wie waren die Reaktionen aus deinem sozialen Umfeld (Partner, Familie, Freunde, GynäkologIn etc.) auf deine Entscheidung eine Hausgeburt zu machen?

Allgemein:

- Fallen dir noch nicht erwähnte Faktoren ein, die deinen Entschluss für eine Hausgeburt positiv beeinflusst haben?
- Fallen dir noch nicht erwähnte Faktoren ein, die deinen Entschluss für eine Hausgeburt möglicherweise negativ beeinflusst hätten bzw. haben?

Abschlussfrage:

- Würdest du dich bei einer weiteren Schwangerschaft wieder für eine Hausgeburt entscheiden?

Abschließende demografische Angaben:

- Alter (Geburtsmonat/ -jahr): ___/_____
- Alter des Kindes / der Kinder (Geburtsmonat/ -jahr) und Geburtsort:
- Bist du in einer Partnerschaft/Verheiratet/ Ledig?
- Wohnst du mit dem Vater des Kindes / der Kinder zusammen?
- Hast du noch Rückmeldungen oder Anmerkungen zu dem Interview?
- Bist du an der fertigen Masterarbeit in PDF-Format interessiert?

Vielen Dank für das Interview und die Zeit, die du dir dafür genommen hast!!!

10.2 Z-Regeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, Mayring (2010)**Z1: Paraphrasierung**

- Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

- Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrase auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z3: Erste Reduktion

- Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!

Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!

Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Z4: Zweite Reduktion

Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!

Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/ Integration)!

Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu eine Paraphrase zusammen (Konstruktion/ Integration)!

Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

(Mayring 2010: 70)

11 Literaturverzeichnis

- Achter, Heidi**, 1999: Entwicklung der Hausgeburtsilfe in Österreich - vorwiegend in Wien.
http://www.hebammenzentrum.at/neu/index.php?option=com_content&view=article&id=74%3Adas-fest-der-hausgeburt-oesterreich&catid=10%3Aarchiv&Itemid=10,
 17.11.2011.
- Achterberg, Peter**, 2005: Met de beste vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte. RIVM rapport 270032001.
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270032001.pdf>, 19.11.2012.
- Ayanian, John Z.; Epstein, Arnold M.**, 1991: Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. New England Journal Medicine, 1991, Vol. 325, No. 4, 221-225.
- Ballstaedt, Steffen-Peter; Mandl, Heinz; Schnotz, Wolfgang; Tergan, Sigmar-Olaf**, 1981: Texte verstehen, Texte gestalten. München: Urban & Schwarzenberg.
- Baumgärtner, Barbara; von Rahden, Oda**, 2010: Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe. Zwischen Ultraschall und Wehenschreiber. In: Kolip, Petra; Lademann, Julia (Hg.), Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim: Juventa, 90-107.
- Beck, Ulrich**, 1986: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beckett, Katherine**, 2005: Feminism and the politics of childbirth in the United States. In: Feminist Theory, Vol. 6, 3, 251-275.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth**, 1990: »Alles aus Liebe zum Kind«. In: Beck-Gernsheim, Elisabeth; Beck, Ulrich, Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 135-183.
- Betrán, Ana P.; Merialdi, Mario; Lauer, Jeremy A.; Bing-Shun, Wang; Thomas, Jane; Van Look, Paul; Wagner, Marsden**, 2007: Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 21: 98-113.
- BfHD - Berufsverband freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.**, 2014: Versicherungsmarkt für Hebammen bricht zusammen - Berufsstand bedroht
 Hebammenverbände fordern gemeinsam: endlich politische Lösung der Haftpflichtproblematik. <http://www.bfhd.de/presse/260-versicherungsmarkt-f%C3%BCr-hebammen-bricht-zusammen-%E2%80%93-berufsstand-bedroht-hebammenverb%C3%A4nde-fordern-gemeinsam-endlich-politische-l%C3%B6sung-der-haftpflichtproblematik.html>, 27.02.2014.
- Bongaerts, Gregor**, 2008: Verdrängungen des Ökonomischen. Bourdieus Theorie der Moderne. Bielefeld: transcript Verlag.
- BQS - Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH.**, 2009: BQS-Bundesauswertung 2008 Geburtshilfe. <http://www.bqs-outcome.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/buaw/download>, 26.02.2014.

Brockman, Antje; Reichard, Daria, 2000: Schwangerschaft und Geburt im „Zangengriff“ der Medizin. In: Kolip, Petra (Hg.), Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa, 58 - 87.

Buitendijk, Simone E.; Nijhuis, Jan G., 2004: High perinatal mortality in the Netherlands compared to the rest of Europe. [Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa]. Ned Tijdschr Geneesk 2004; 148: 1855-1860.

Bundesgesetz über den Hebammenberuf,
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010804/HebG%2c%20Fassung%20vom%2007.05.2012.pdf>, 07.05.2012.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2013: 420. Verordnung: Änderung der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 (MuKiPassV-Novelle 2013). Ausgegeben am 10.12.2013,
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_420/BGBLA_2013_II_420.pdf, 02.04.2014.

Bundesministerium für Gesundheit, 2010: Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 3696,
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/AB/AB_03667/imfname_177529.pdf, 31.08.2011.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1971: Statistische Berichte über das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland 1966-1969. Band 11, Stuttgart.

Chalmers, Ian; Keirse, Marc J. N. C.; Neilson, James, 1989: Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press.

De Jonge, Ank; Van der Goes, Birgit Y.; Ravelli, Anita C. J.; Amelink-Verburg, Marianne P.; Mol, Ben W.; Nijhuis, Jan G.; Bennebroek Gravenhorst, Jack; Buitendijk, Simone E., 2009: Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. BJOG 2009; 116: 1177-1184,
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x/full>, 04.10.2011.

Deutscher Hebammenverband (Hg.), 2010 (2004): Das Neugeborene in der Hebammenpraxis. 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Dick-Read, Grantly, 1950: Mutterwerden ohne Schmerzen. Hamburg: Hoffmann & Campe.

Dierks, Marie-Luise; Bitzer, Eva-Maria; Lerch, Magnus; Martin, Sabine; Röseler, Sabine; Schienkiewitz, Anja; Siebeneick, Stefanie; Schwarz, Friedrich-Wilhelm, 2001: Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Akademie für Technikfolgeabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart, http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/gutachten.pdf, 06.08.2012.

Duden, Barbara, 1998: Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. In: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrick (Hg.), Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. Beck, 149-168.

Enkin, Murray; Keirse, Marc J. N. C.; Neilson, James; Crowther, Caroline; Duley, Lelia; Hodnett, Ellen; Hofmeyr, Justus, 2006 (1998): Effektive Betreuung während

Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen. 2., vollständig überarbeitete Auflage, herausgegeben von Dr. Mechthild Groß und Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen, Bern: Hans Huber Verlag.

EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT, 2008: European Perinatal Health Report. <http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf>, 31.08.2011.

Fischer, Joachim, 2011: Gesellschaftskonstitution durch Geburt - Gesellschaftskonstruktion der Geburt. Zur Theorietechnik einer Soziologie der Geburt. In: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 22-37.

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG), 2012: Qualitätsbericht 2010. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2010.pdf, 16.01.2013.

GESUNDHEIT.GV.AT, 2013: Haugeburt. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Hausegeburt_HK.html , 16.10.2013.

Goer, Henci, 1995: Obstetric Myths Versus Research Realities. A Guide to the Medical Literature. Foreword by Don Creevy, M.D., Westport: Bergin & Garvey.

Goer, Henci, 2011: Probleme bei der Erforschung der normalen Geburt. In: Schwarz, Christiane; Stahl, Katja (Hg.), Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung. Mit zwei Gastbeiträgen von Henci Goer. 1. Auflage, Hannover: Elwin Staude Verlag, 74-86.

Graneheim, Ulla Hällgren; **Lundman**, Berit, 2004: Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004 Feb; 24(2): 105-112.

Hebammenzentrum, 2011: Pro & Kontra Hausegeburt. http://www.hebammenzentrum.at/neu/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=24, 17.11.2011.

Helfferich, Cornelia, 2009: Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3., überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hildingsson, Ingegerd; **Rådestad**, Ingela; **Lindgren**, Helena, 2010: Birth Preferences that Deviate from the Norm in Sweden: Planned Home Birth versus Planned Cesarean Section. Birth: Issues in Perinatal Care, 2010,37, 4, 288-295.

Hollowell, Jennifer; **Puddicombe**, David; **Rowe**, Rachel; **Linsell**, Louise; **Hardy**, Pollyanna; **Stewart**, Mary; **Redshaw**, Maggie; **Newburn**, Mary; **McCourt**, Christine; **Sandall**, Jane; **Macfarlane**, Alison; **Silverton**, Louise; **Brocklehurst**, Peter, 2011: The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth. Birthplace in England research programme. Final report part 4. NIHR Service Delivery and Organisation programme; http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/SDO_FR4_08-1604-140_V03.pdf, 25.01.2012.

Honegger, Claudia, 1983: Überlegungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers. In: Imhof, Arthur E. (Hg.), Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Vorträge eines internationalen Colloquiums. Berlin 1. - 3.12.1981, Berliner Historische Studien, Band 9, Einzelstudien II, Berlin: Duncker & Humblot, 203-213.

Horn, Sonia, 1998: Wiener Hebammen um 1700. In: Pathologisch-Anatomisches Bundesmuseum (Hg.), Geburtshilfe und Geburtsmedizin. Einst & heute. Wien: Thaur, 22-35.

Höhn, Ch., 1983: Anteil der Hausgeburten in ausgewählten Ländern und der USA. In: Hillemanns, H. G.; Steiner, H.; Richter, D.: Die humane, familienorientierte und sichere Geburt. 2. Freiburger Kolloquium, Stuttgart : Georg Thieme Verlag, 108 - 111.

Huerkamp, Claudia, 1980: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufes im 19. Jahrhundert. Geschichte und Gesellschaft, 8, 349-382.

Johnson, Kenneth C.; Daviss, Betty-Anne, 2005: Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. BMJ 330: 1416, <http://www.bmj.com/content/330/7505/1416.full>, 04.10.2011.

Jouhki, Maija-Riitta, 2011: Choosing homebirth - The women's perspective. Women and Birth, 2012, 25 (4), 56-61.

Keirse, Marc J. N. C., 2010: Home Birth: Gone Away, Gone Astray, and Here To Stay. Birth: Issues in Perinatal Care, 2010, 37, 4, 341-346.

Kennedy, Holly P., 2006: A concept analysis of optimality in perinatal health. Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing, 2006, 35, 6, 763-769.

Kneuper, Elsbeth, 2003: Die ›natürliche Geburt‹ - eine globale Errungenschaft? In: Wolf, Angelika; Hörbst, Viola (Hg.), Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche und lokale Antworten. Münster: LIT Verlag, 107-128.

Kolip, Petra, 2000: Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: Kolip, Petra (Hg.), Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa, 9-30.

Kröll, Friedhelm, 2009: Einblicke. Grundlagen sozialwissenschaftlicher Denkweisen. Edition Sozialwissenschaften, Herausgegeben von Hannes Haas und Rudolf Richter, Band 2, Braumüller: Wien.

Kukulu, Kamile; Öncel, Selma; 2006: Factors influencing women's decision to have a home birth in rural Turkey. Midwifery, 2009, 25, 32-38.

Kuntner, Liselotte, 2002: Geburt und Mutterschaft in verschiedenen Gesellschaften. In: Österreichisches Museum für Volkskunde, Aller Anfang. Birth geburt naissance parto birth geburt naissance. Wien: REMAprint, 132-145.

Lamnek, Siegfried, 2005 (1988): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.

Langbein, Kurt; Martin, Hans-Peter; Weiss, Hans; Werner, Roland, 1983: Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharmaindustrie. Köln: Kiepenheuer und Witsch.

Leboyer, Frédéric, 1974: Geburt ohne Gewalt. München: Kösel Verlag.

Lindgren, Helena; Erlandsson, Kerstin, 2010: Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study. Birth: Issues in Perinatal Care, 2010, 37, 4, 309-317.

Mayring, Philipp, 1990: Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. 1. Auflage, München: Psychologie-Verlags Union.

Mayring, Philipp, 2000: Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung, Volume 1, No. 2, Art. 20, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383>, 03.05.2014.

Mayring, Philipp, 2010: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.

Murray-Davis, Beth; McNiven, Patricia; McDonald, Helen; Malott, Ann; Elarar, Lehe; Hutton, Eileen, 2012: Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. Midwifery, 2012, Vol. 28, Issue 5, 576-581.

Murray-Davis, Beth; McDonald, Helen; Rietsma, Angela; Coubrough, Melissa; Hutton, Eileen, 2014: Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey. Midwifery, 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.01.008>, 18.03.2014.

Nadig, Maya, 2011: Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual: Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich. In: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 39-73.

Neuhaus, Werner, 2001: »Pränatale Erwartungen und postpartale Zufriedenheit. Ergebnisse einer Befragung schwangerer Frauen vor und nach der Geburt«. In: Brähler, Elmar; Unger, Ulrike (Hg.), Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag, 139-152.

Nove, Andrea; Berrington, Ann; Matthews, Zoë, 2012: The methodological challenges of attempting to compare the safety of home and hospital birth in terms of the risk of perinatal death. Midwifery, 2012, Vol. 28, Issue 5, 619-626.

Odent, Michel, 1979: Die sanfte Geburt. München: Kösel Verlag.

Österreichisches Hebammengremium, 2009: Die außerklinische Geburtshilfe in Österreich. Bericht für die Jahre 2006 und 2007. <http://www.geburtsallianz.at/downloads/ausserklinischeghhauseburten.pdf>, 12.12.2012.

Österreichisches Hebammengremium, 2013: Gruppenversicherung des ÖHG für Hebammen (Haftpflicht und Rechtsschutz). <http://www.hebammen.at/media/InterInfo-Vers-2013.pdf>, 27.02.2014.

Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1996: Demographisches Jahrbuch Österreichs 1993/94/95. Wien 1996.

Pelikan, Jürgen M.; Halbmayer, Ernst, 1999: Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hg.), Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim: Juventa, 13-36.

Perrow, Charles, 1965: Hospitals: Technology, Structure and Goals. In: March, James G. (Ed.), Handbook of Organizations. Chicago: Rand McNally, 910-971.

Plessner, Helmuth, 1975 (1928): Die Stufen des Organischen und der Mensch: Einleitung in die philosophische Anthropologie. 3. Auflage, Berlin: Walter de Gruyter.

Rose, Lotte; Schmied-Knittel, Ina, 2011: Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 75-100.

Schaller, Anton, 1998: Hausgeburtschilfe in den Alpenländern zwischen Romantik und Realität. In: Pathologisch-Anatomisches Bundesmuseum (Hg.), Geburtshilfe und Geburtsmedizin. Einst & heute. Wien: Thaur, 39-48.

Schlumbohm, Jürgen, 2004: Hat die Medikalisierung der Geburt die Müttersterblichkeit reduziert? Debatten und Daten aus dem 18. und 19. Jahrhundert zu verschiedenen europäischen Ländern. In: Dorffner, Gabriele; Horn, Sonia (Hg.), Aller Anfang. Geburt - Birth - Naissance. Wien: Verlagshaus der Ärzte, 63-79.

Schmidt, Christiane, 2012: Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 9. Auflage, Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 447-456.

Schmitz, Britta, 1994: Hebammen in Münster. Historische Entwicklung - Lebens- und Arbeitsumfeld - Berufliches Selbstverständnis. Münster: Waxmann Verlag.

Schneider, Wolfgang Ludwig, 2005 (2002): Grundlagen der soziologischen Theorie. Band 2: Garfinkel - RC - Habermas - Luhmann. 2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schwarz, Christiane; Stahl, Katja (Hg.), 2011: Grundlagen der evidenzbasierten Betreuung. Mit zwei Gastbeiträgen von Henci Goer. 1. Auflage, Hannover: Elwin Staude Verlag.

Schweizerischer Hebammenverband, 1993: Nationalfondsstudie "Hausgeburts versus Spitalgeburts". <http://www.geburtsstaette.ch/sicher.drucken.html>, 04.10.2011.

Sjöblom, Ingela; Idvall, Ewa; Rådestad, Ingela; Lindgren, Helena, 2011: A provoking choice—Swedish women's experiences of reactions to their plans to give birth at home. Women and Birth, 2011, 25, 3, e11-e18.

Sjöblom, Ingela; Nordström, Berit; Edberg, Anna-Karin, 2005: A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. Midwifery, 2006, 22,4, 348-355.

Sorgo, Gabriele, 2008: Gebären in einer Konsumgesellschaft. In: Wulf, Christoph; Hänsch, Anja; Brumlik, Micha (Hg.), Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder. München: Wilhelm Fink Verlag, 171-186, <http://www.hebammenzentrum.at/neu/images/sorgo-geburt.pdf>, 21.01.2013.

STATISTIK AUSTRIA (Hg.), 2013a: Demographisches Jahrbuch 2012, Wien 2013.

STATISTIK AUSTRIA, 2013b: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Erstellt am 09.09.2013. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/022899.html, 26.02.2014.

Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2008: Perinatal Care in the Netherlands 2006 [Perinatale Zorg in Nederland 2006]. Utrecht, the Netherlands: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2008.

- Tegethoff**, Dorothea, 2011: Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 101-128.
- Tew**, Marjorie, 1985: Place of birth and perinatal mortality. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, August, 35(277): 390-394.
- Tew**, Marjorie, 2007 (1990): *Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe*. Herausgegeben und übersetzt von Clarissa Schwarz und Katja Stahl, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Trombik**, Edeltraut, 1985: Die Hebammen 1885 - 1985. In: *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 1985, 7, 215-218.
- Turner**, Victor Witter, 1989: *Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Van Gennep**, Arnold, 1999 (1908): *Übergangsriten. (Les rites de passage)*, Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Villa**, Paula-Irene; **Moebius**, Stephan; **Thiessen**, Barbara, 2011: *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven - Einführung*. In: Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 7-21.
- Walsh**, Denis, 2007: *Evidence-based Care for Normal Labour and Birth. A guide for Midwives*. London: Routledge.
- Walsh**, Denis, 2009: Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. In: *Sociology of Health and Illness*, 2010, Vol. 32, No. 3, 486-501.
- Wenger**, Nanette K.; **Speroff**, Leon; **Packard**, Barbara, 1993: Cardiovascular Health and Disease in Women. *New England Journal of Medicine*, 1993, Vol. 329, No. 4, 247-256.
- White**, Charles, 1987 (1773): *A Treatise on the Management of Pregnant and Lying-in Women*. Nachdruck Canton, MA: Science History Publications.
- World Health Organisation**, 1985: Appropriate Technology for Birth. *Lancet* 1985; 2: 436-7, <http://www.weikert.de/alexandra/who1.html>, 31.08.2011.
- World Health Organisation**, 1996: *Care in normal birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group*. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf, 04.10.2011.

Zusammenfassung

Der Beginn des Lebens durch die Geburt eines Kindes ist ein in der Soziologie wenig beachtetes Thema. Dabei ist gerade dieses Ereignis existentiell für die Gesellschaft; ohne Geburt keine Gesellschaft. Eine spezielle Ausformung der Geburt, die Hausgeburt, ist in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen und stellt in den meisten westlichen Gesellschaften nur noch die Abweichung vom Normalfall Spitalsgeburt dar.

Die vorliegende Masterarbeit untersucht die Forschungsfrage, wie Frauen sich in Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt für eine Hausgeburt entscheiden. Dafür wird Geburt und Schwangerschaft zu Beginn durch die theoretischen Ansätze von Van Gennep (1999) und Plessner (1975) auf der Ebene der gesellschaftlichen Regeln und Rituale sowie des Zusammenspiels von körperlichen und sozialen Strukturen eingebettet. In weiterer Folge wird die Entscheidung zur Hausgeburt als Auswahl zwischen Alternativen aufgrund der individuellen und situationsbezogenen Möglichkeiten gesehen und durch das Analysemodell von Pelikan und Halbmayer (1999) genauer beschrieben.

Die stetig sinkende Geburtenzahl in den westlichen Industrienationen hat dazu geführt, dass die Geburt eines Kindes zur noch größeren biographischen Besonderheit wurde, welche durch eine erhöhte Risikodiskussion begleitet wird. Somit sind Schwangerschaft und Geburt in unserer Gesellschaft mittlerweile auch im Kontext des Medikalisierungsdiskurses zu sehen, welcher sich auf den Prozess der Normierung, Pathologisierung und Regulierung vormals „normaler“ körperlicher Zustände bezieht. Weiters sind die Betrachtung des gesellschaftlichen Wandels sowie die aktuellen Merkmale und der Diskurs in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt von großer Bedeutung bei der Betrachtung von Hausgeburt zum heutigen Zeitpunkt. Hausgeburt ist in diesem Zusammenhang vor allem im Spannungsfeld zwischen „Re-Naturalisierung“ und „Risikodiskussion“ zu sehen.

Die Forschungsergebnisse zum Thema Hausgeburt werden zuerst auf internationaler Ebene erörtert. Dabei werden sowohl quantitativ angelegten Studien, wie qualitativen Forschungsarbeiten vorgestellt, um in weiterer Folge auf die konkrete Situation in Österreich einzugehen und die Rahmenbedingungen für eine Hausgeburt zu beschreiben.

Das methodische Forschungsdesign der vorliegenden Masterarbeit richtet sich nach den Regeln der qualitativen Sozialforschung. Für die Beantwortung der Forschungsfragen

wurden Leitfadeninterviews mit Frauen geführt, bei denen die Hausgeburt ihres Kindes nicht länger als ein Jahr zurückgelegen ist. Die Auswertung der Interviews wurde mittels der inhaltlichen Strukturierung nach Mayring (1990; 2010) vorgenommen. In weiterer Folge wurden die Ergebnisse den Kategorien des Analysemodells nach Pelikan und Halbmayr (1999) zugeordnet.

Als Abschluss der Arbeit wird der Forschungsprozess reflektiert und die Ergebnisse im Resümee kritisch hinterfragt, sowie auf offen gebliebene Fragen bzw. Anknüpfungspunkte für weitere Forschungen verwiesen.

Abstract

Conception through the birth of a child is a subject matter that hasn't been given much consideration within the field of sociology, although it is precisely this event that is integral to society; without birth, no society. One specific area of birth, home birth, has been on a strong decline over the past few centuries, and is mostly seen as a deviation from the norm, the hospital birth, in most western societies.

The following master's thesis explores the question of how women decide on a home birth within the context of their social environment. Birth and pregnancy are analyzed through the theories of Van Gennep (1999) and Plessner (1975) on the level of societal rules and rituals, as well as the interaction between physical and social structures. Subsequently, the decision for a home birth is further evaluated as a choice between alternatives, based on individual and situational possibilities seen through the analytical model of Pelikan and Halbmayer (1999).

The constant decline of the birthrate in western, developed nations has led to an increased biographical emphasis on the birth of a child, accompanied by a heightened discussion on the risks of childbirth. Consequently, pregnancy and birth are being viewed through the glass of medical discourse which in turn draws its focus on the process on standardizing, pathologizing and regulating of the "normal" physical state. The examination of societal change as well as the current characteristics and discussions in relation to pregnancy and birth are currently of great importance for the examination of home births. In this correlation, home births are primarily being seen in the conflicting areas of "re-naturalization" and "risk discussion".

The research results on the topic of home birth are first analyzed on an international level, thereby, both quantitative and qualitative research studies are introduced furthermore the concrete situation in Austria and the surrounding conditions for a home birth are described.

The methodical research design of the following master's thesis complies with the regulations of qualitative social research. In order to answer the questions laid down for the research, guided interviews were conducted on women who had experienced the birth of their child through a home birth no more than a year prior. The analysis of the interviews was organized according to the content analysis of Mayring (1990; 2010). Furthermore, the results were categorized according to the analytical model of Pelikan and Halbmayer (1999).

To conclude the thesis, the research process is reflected upon, a summary of the results is critically challenged, and any open-ended questions and connecting factors are referred to future research.

Lebenslauf

Hoher Magdalena, Bakk. phil.

Ausbildung

Seit Februar 2008	Studium Master Soziologie an der Universität Wien (Karenzunterbrechungen: Oktober 2009 - April 2011; Dezember 2012 - März 2014)
Oktober 2004 bis Februar 2008	Studium Bakkalaureat Soziologie, Geistes- und Kulturwissenschaftliche Studienrichtung an der Universität Wien
Oktober 2003 bis Jänner 2003	Studium der Psychologie an der Universität Wien
1995 bis 2003	Bundesrealgymnasium Auf der Schmelz, 1150 Wien (Wirtschaftskundliches Realgymnasium), Matura Juni 2003 (mit ausgezeichnetem Erfolg)
1991 bis 1995	Volksschule Kindermanngasse, 1170 Wien (Schwerpunkt Montessori)

Schwerpunktsetzung im Studium

Familiensoziologie	Familie in der Moderne, Familie und Alter, (Neu)Konstruktion von Mutterschaft und Vaterschaft, Gewalt in der Familie, Scheidung und Trennung
Stadt- und Raumsoziologie	Stadt und Geschlecht, Raumtheorie, Soziologie des Wohnens, Siedlungssoziologie, Raumplanung
Qualitative Sozialforschung	Grounded Theory, Visuelle Methoden, Systemanalyse, Inhaltsanalyse, System- & Feinstrukturanalyse, Sozialraumanalyse, Auswertungen mit ATLAS.ti

Praktika und berufliche Erfahrungen

September 2011	Praktikum in der Stabstelle Gender Mainstreaming der Medizinischen Universität Wien (Durchführung und Transkription von leitfadenbasierten Interviews mit Professorinnen der MedUni Wien, Auswertung und deskriptive Analyse der Daten, deskriptive Analyse und Korrelationen im SPSS, Aufbereitung der Daten für den Frauenbericht 2011 der MedUni Wien)
----------------	--

Juli - August 2008	freier Dienstnehmervertrag mit der Gebietsbetreuung für den 6. & 7. Bezirk (Aufgabenbereich: Analyse und Aufbereitung erhobener Wohnungsdaten; Sozialwissenschaftliche Erhebung und Auswertung eines neu gestalteten Platzes)
Oktober 2005 bis Juni 2008	freier Dienstnehmervertrag mit „wohnfonds_wien“ (Tätigkeitsbereich: computerunterstützte Erfassung alter Akten)
September 2005	Praktikum beim „wohnfonds_wien“
Juli 2004	Kinderbetreuung bei den „Wiener Kinderfreunden“
März / April 2004	Praktikum im „Pensionistenwohnhaus Brigittenau“