



fhg- Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH
Lehrgang zur Weiterbildung §14a FHStG
Master of Science in Advanced Practice Midwifery

Welcher Geburtsort entspricht den Wünschen und Bedürfnissen von Frauen?

Entwicklung eines Kategoriensystems zur
Auswertung der österreichischen Daten des Babies Born
Better Projekts

Masterthesis

Verfasserin: Karolina Luegmair

Betreuerin: Martina König-Bachmann, MHPE

Innsbruck, 30.05.2016

Women's Rights

1. Every woman has the right to receive care in childbirth from an autonomous and competent midwife
2. Every woman has a right to be respected as a person of value and worth
3. Every woman has a right to security of her body
4. Every women has a right to be free from any form of discrimination
5. Every woman has a right to up-to-date health information
6. Every woman has a right to participate actively in decisions about her health care and to offer informed consent
7. Every woman has a right to privacy
8. Every woman has a right to choose the place where she gives birth [1]

Danksagung

Meinen herzlichen Dank möchte ich **Martina König-Bachmann** aussprechen. Sie hat als unsere Studiengangsleiterin dafür gesorgt, dass die Türen immer offen waren, dass Anliegen und Probleme ein offenes Ohr fanden und dass Verbesserungsvorschläge nicht im Sande verliefen. Im Besonderen hat sie mir ein wunderbares Thema zur Bearbeitung im Rahmen meiner Masterarbeit angeboten und deren Erstellung mit viel Engagement und Freude begleitet. Fragen wurden stets prompt beantwortet, Anregungen zum richtigen Zeitpunkt gegeben und meine Ideen und Vorschläge mit viel Achtung behandelt – so wurde die Erstellung der Thesis tatsächlich fast mehr zum Vergnügen, denn zur Last...

Auch bei den MitarbeiterInnen der fhg und am Studiengang Advanced Practice of Midwifery, im Besonderen (Ladies first) **Claudia Meier-Magistretti**, **Heike Fink** sowie **Christian Ederer** und **Christoph Zenzmaier** möchte ich mich besonders bedanken für die zahlreichen guten Ideen und Anregungen, auch in andere Richtungen zu denken, sowie die sehr aufschlussreichen Einführungen in die Möglichkeiten des Excel-Computerprogramms.

Meinen Studienkolleginnen - den **Mädels aus dem Technikerhaus** - möchte ich danken für die lustigen Runden bei Guido's und auf den grünen Stühlen, die Ausflüge ins Eis- und Shoppingparadies Innsbruck und die zahllosen damit verbundenen Lachkrämpfe – das hat mein Studium wirklich bereichert!

Mein herzlichster Dank gilt **meiner Familie!**

Meinen Kindern, dass sie gelernt haben, meine Abwesenheiten zu tolerieren, die Spülmaschine einzuräumen und mit mir via FaceTime zu telefonieren. Aber auch dafür, dass sie zwar meine freie Zeit begrenzen, aber gleichzeitig mein Leben bereichern – jeden Tag!

Meinem Mann, dass er die Familie in meiner Abwesenheit am Laufen hielt, dass er mich in Abwesenheit auf dem Laufenden hielt und dass er meine Computerkenntnisse zum Laufen brachte. Ohne ihn hätte ich nie gelernt, wie viel in welcher kurzen Zeit möglich ist, wenn man nur will – Danke, dass du für mich da bist!

Zusammenfassung

Die europaweite Online-Befragung von Frauen im Rahmen des Babies Born Better Survey (B3) ermöglicht es seit 2014, die Erfahrungen zahlreicher Teilnehmerinnen aus über 30 Ländern, welche an verschiedensten Orten und unterschiedlichsten Umständen ihre Kinder geboren haben, zu erfassen. Dieses gelingt im Rahmen eines Mixed-Methods-Designs über die Abfrage soziodemographischer Daten im quantitativen und die Erfassung persönlicher Erlebnisse im qualitativen Verfahren und gestattet damit, die individuell besten wie auch die verbesserungswürdigsten Geburtserfahrungen zu erkunden und in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren, sowie landesspezifischen Gegebenheiten auszuwerten.

In der vorliegenden Thesis wurde für das Land Österreich ein Kategoriensystem entwickelt, welches deduktiv auf Basis englischer und deutschsprachiger Literatur Ideen für Wünsche und Bedürfnisse von Frauen zu ihrem Geburtsort aufgriff und die Antworten bezüglich der Rahmenbedingungen von 537 Teilnehmerinnen am B3 in ein theoretisches Modell einbettete. Induktiv wurde dieses Modell anhand der kategorisierten Antworten aus dem B3 ergänzt und abschließend in adaptierter Form vorgestellt. Dabei stellte sich heraus, dass zur Erfassung der besten Geburtserfahrung die aus der Literatur gewonnenen Einsichten große Deckung mit den Erlebnissen der Frauen hatten – gelobt wurden die Verfügbarkeit des Betreuungspersonals (13%), sowie dessen Persönlichkeitseigenschaften (10%) und die Sicherheit/Verstehbarkeit der Ereignisse (11%); das Kategoriensystem bedurfte hier nur mäßiger Anpassungen. Allerdings galt diese Erfahrung nicht für den Bereich der verbesserungswürdigsten Erlebnisse – geschuldet der Tatsache, dass 13% der Frauen in Österreich massiven Verbesserungsbedarf unter anderem bei Kostendeckung und Begleitung durch die Hebamme sehen mussten deutliche Nachbesserungen am Kategoriensystem getroffen werden. Nichtsdestotrotz war die häufigste Nennung zu veränderungswürdigen Erlebnissen eine Positive: knapp 20% der Frauen sahen keinen Veränderungsbedarf; allerdings war die negative Handhabbarkeit der Erlebnisse mit 11% ebenfalls ein bedeutsames Thema für die Frauen.

Außerdem wurden die Zusammenhänge mit Alter, Migrationshintergrund, Parität der Frauen und Geburtssetting hergestellt, Differenzen zwischen individueller Erfahrung und Weitergabe von Informationen an Dritte aufgedeckt. Zum Abschluss wurde die Entwicklung des Rahmenmodells kritisch diskutiert und Implikationen für weitere Forschung gegeben.

Abstract

The Babies Born Better Survey (B3) across Europe opened the possibility to explore knowledge about women's ideas and experiences regarding different places and circumstances of the way giving birth to a baby. Using a Mixed-Methods-Design participants were asked about their social background and dates; in the second part of the survey women had the possibility to describe the best as well as most worth-a-change-experience they made at the place where they gave birth. With those answers scientists have the chance to evaluate women's priorities in the context of the social background and special circumstances of each country taking part in the survey.

A special method to interpret the Austrian user dates was developed in the present work by exploring English and German studies about wishes and demands of pregnant and labouring women. The identified themes finally were integrated in a theoretic background – after evaluating the answers of 537 women into the specified categories it was possible to introduce a saturated system. According to the best experiences the preliminary categories version already seemed quite complete: women mostly praised time and presence of medical staff (13%) as well as its personality (10%) and the security and comprehensibility of events (11%). However, corresponding to the experiences demanding a change, the top-down-developed categories were not sufficient: 13% of women answering the B3 asked for support with costs for midwifery care, as well as for improvements in the quantity of this care - but all these topics had not been possible to be identified via relevant literature. Yet another 20% of the participants were able to report only positive experiences without asking for changes 11% of the women complained about negative experiences with the manageability of events.

Additional investigations were carried out in order to discover associations between social and demographical items such as age, migration, parity and birth-setting with experiences. Furthermore differences between individual experience and information for relevant others were examined, the development of the model was discussed and implications for research were being introduced.

Inhalt

DANKSAGUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	4
ABSTRACT	5
1. EINLEITUNG.....	8
2. FORSCHUNGSKONTEXT	10
2.1 ENGLISCHSPRACHIGE LITERATUR ZU WÜNSCHEN UND BEDÜRFNISSEN SCHWANGERER UND GEBÄRENDER.....	10
2.2 DEUTSCHSPRACHIGE LITERATUR ZU WÜNSCHEN UND BEDÜRFNISSEN SCHWANGERER UND GEBÄRENDER	14
2.3 GEBURTSHILFE IN ÖSTERREICH – ZAHLEN ZUM GEBURTSHILFLICHEN ALLTAG.....	16
2.3.1 <i>Darstellung der statistischen Daten zur Krankenhausgeburt der Jahre 2012-2014</i>	16
2.3.2 <i>Beschreibung der außerklinischen Geburtshilfe der Jahre 2006/2007</i>	17
2.4 IDENTIFIKATION WICHTIGER THEMEN FÜR FRAUEN IN ZUSAMMENHANG MIT DER GEBURT	19
2.4.1 <i>Service-Themen im Rahmen von Public Health</i>	19
2.4.2 <i>Emotionale Erfahrungen und Salutogenese</i>	21
2.4.3 <i>Individuell erlebte Betreuung und Selbstwirksamkeitstheorie</i>	22
3. METHODIK	24
3.1 LITERATURRECHERCHE	24
3.2 ENTWICKLUNG EINER FRAGESTELLUNG.....	24
3.3 DAS BABIES BORN BETTER PROJEKT	25
3.3.1 <i>Beschreibung und Zielsetzung im Forschungskontext</i>	25
3.3.2 <i>Vorstellung des Fragebogens und der deutschen Übersetzung</i>	26
3.3.3 <i>Verbreitungsmechanismen in Österreich</i>	26
3.3.4 <i>Darstellung des bereits existierenden Auswertungsverfahrens</i>	27
3.4 ENTWICKLUNG DES KATEGORIENSYSTEMS.....	28
3.4.1 <i>Zuordnung der Kategorien zu relevanten theoretischen Dimensionen</i>	28
3.4.2 <i>Darstellung des Kategoriensystems und der Zuordnung zu den Kategorien</i>	29
4. DATENAUSWERTUNG UND INTEGRATION IN DAS RAHMENMODELL	30
4.1. DESKRIPTIVE DATENAUSWERTUNG	30
4.1.1 <i>Datenbereinigung</i>	30
4.1.2 <i>Beschreibung der „durchschnittlichen Teilnehmerin am österreichischen B3“</i>	32
4.2 EINORDNUNG DER OFFENEN ANTWORTEN IN DAS KATEGORIENSYSTEM	36
4.2.1 <i>Sortierung in deduktiv ermittelte Kategorien</i>	36
4.2.2 <i>Vorgehen bei der Zuordnung zu den Kategorien und Ankerbeispiele</i>	37

4.3 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	41
4.3.1 Antworten auf die Frage nach dem „besten Erlebnis“	41
4.3.2 Antworten auf die Frage nach der verbesserungswürdigsten Erfahrung.....	47
4.3.3 Ehrliche Beschreibung des Geburtsortes	54
4.3.4 Freie Kommentare.....	58
5. DARSTELLUNG DES ADAPTIERTEN MODELLS UND DISKUSSION.....	59
5.1 RAHMENMODELL ZU ERFAHRUNGEN DER BETREUUNG UND VERSORGUNG RUND UM DIE GEBURT	59
5.1.1 Passung von Entwurf und vorliegenden Daten	59
5.1.2 Erörterung der nötigen Anpassungen des Modells	59
5.1.3 Kritische Analyse des Kategoriensystems.....	60
5.1.4 Präsentation des finalen Modells.....	64
5.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	65
5.2.1 Diskussion der Zusammenhänge mit Soziodemographischen Faktoren	65
5.2.2 Vergleich der Beschreibungen mit den besten/veränderungswürdigsten Erfahrungen ..	70
5.3 IMPLIKATIONEN FÜR WEITERE FORSCHUNG	74
6. SCHLUSSFOLGERNDES FAZIT UND AUSBLICK	77
REFERENCES	80
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	84
ABBILDUNGS-UND TABELLENVERZEICHNIS	85
ANHANG	86
LEBENS LAUF.....	104
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	105

1. Einleitung

Die Zahl der Kaiserschnitte ist in Mitteleuropa in den letzten zwei Jahrzehnten von ca. 15% auf mittlerweile über 30% angewachsen – Tendenz von Jahr zu Jahr weiter steigend. Gleichzeitig steigen Interventionsraten in den Kliniken parallel zur Zahl der Sectiones und es werden unter 2% aller Kinder außerhalb eines Spitals geboren. Außerdem zeigt sich, dass europaweit große Unterschiede zwischen einzelnen Ländern liegen – die Sectionrate hat eine Spannweite von 14.8%-52.2% [2]. Betrachtet man unter diesen Gesichtspunkten die Tatsache, dass Frauen in den zentraleuropäischen Staaten durchschnittlich lediglich zwischen ein und zwei Kinder bekommen [3], stellt sich die Frage ob sie diese Art von Geburtshilfe als gut genug empfinden, bzw. wo sie Verbesserungsbedarf sehen. Vielseitige Ansätze aus Praxis und Forschung widmen sich dieser Frage in zahlreichen Untersuchungen. Um Geburtshilfe zu einer guten Erfahrung für alle Beteiligten zu machen erneuert zum Beispiel die International Confederation of Midwives die Definition einer Hebamme alle fünf Jahre, zuletzt 2011: Der Schwerpunkt liegt hier auf der angemessenen Ausbildung und Erfahrung, damit einhergehend auf der Unterstützung und Begleitung der natürlichen Geburt unter Achtsamkeit für Komplikationen und darauf angepassten Reaktionen. Um das Empowerment der Frauen zu fördern und gleichzeitig präventiv zu arbeiten sollen Hebammen ihre Aufgabe in Gesundheitserziehung und Information ebenso ernst nehmen, wie auch die Miteinbeziehung des Partners, bzw. des familiären Umfelds [4].

Aber auch die Kliniken versuchen auf Anregung der WHO (World Health Organisation) in Kooperation mit UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) durch die Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ seit über 25 Jahren Kindern einen guten Start zu ermöglichen. Der Fokus dieser Initiative liegt auf Bindung, Entwicklung und Stillen - diese Faktoren müssen im Rahmen der klinischen Versorgung babyfreundlicher Krankenhäuser nach festgelegten Kriterien gefördert werden um den Qualitätsansprüchen des Siegels gerecht zu werden. Damit erhoffen sich Kliniken und Gesundheitsversorgende Einrichtungen eine verständliche Differenzierung über die Frauen und Paaren die Wahl des Geburtsortes erleichtert werden soll.

Die Untersuchung des Geburtserlebnisses von Frauen nimmt ebenfalls in den letzten Jahrzehnten stark zu. Der Fokus richtet sich immer mehr auf individuelles Erleben im Rahmen der Gegebenheiten. Um individuelles Erleben abzubilden eignen sich besonders gut qualitative Erhebungsmethoden - doch wie in vielen Bereichen der Medizin beschränken sich auch in der geburtshilflichen Forschung die Designs häufig auf die quantitativen Wege, bzw. ist ein deutlicher Mangel an Literatur festzustellen, welche den Frauen eine eigene Stimme gibt, um ihre Erlebnisse zu berichten [5]. Daher ist großer Bedarf an Forschung, welche die individuelle Perspektive der Frau untersucht zu vermerken; zwar ist vor allem in der Hebammenforschung der Weg der qualitativen

1. Einleitung

Forschung beliebt, geschuldet dem aufwändigen Auswertungsverfahren beschränkt sich die Zahl der befragten Frauen aber häufig auf kleine Stichproben.

Beim Erleben der Rahmenbedingungen einer Geburt schließlich geht es selten ausschließlich um die Hebamme oder die Klinik-Umgebung – vielmehr sehen sich Frauen und ihre Begleitpersonen meist einer Vielzahl an Bedingungen gegenüber gestellt, mit denen sie sich während der Geburt arrangieren müssen. Die Umgebung, das gesamte anwesende medizinische Personal, aber auch das eigene Erleben und nicht zuletzt die Gefühle von Freude und oft genug auch Sorge, eventuell sogar Angst. All diese Bedingungen (und sicher noch mehr) spielen in unterschiedlichen Ausprägungen in die individuelle Geburtserfahrung ein – und all diese Bedingungen werden in variierenden Anteilen dazu beitragen, ob die Geburt zu einem positiven Erlebnis wird.

Es bleibt die Frage, ob die Erforschung der individuellen Erfahrungen einer großen Zahl an Frauen wirklich nur machbar ist über vorgefertigte Fragebögen - und seien sie auch noch so sorgsam entwickelt - deren Inhalt die Lebenswelt einer jeden einzelnen Frau gar nicht abdecken kann? Dieser Herausforderung stellen sich seit dem Jahre 2012 ForscherInnen im Rahmen der Cost-Aktion „I research 4 birth – The Babies Born Better Survey“ (B3) – die Umfrage dazu wurde 2014 gestartet [6]. Hier sollen europaweit Frauen zu den für sie persönlich relevanten Themen zur Geburtserfahrung im offenen Antwortformat berichten, um so möglicherweise Plätze guter Geburtshilfe zu identifizieren. Inge Loos verwendet in ihrem Artikel zu Grundlagen einer professionellen Kommunikation in der Geburtshilfe den einprägsamen Satz: „Die Frau als Expertin für ihr Leben anerkennen“ [7]. Gelingt es also im Rahmen des B3, die individuelle Sichtweise vieler Frauen zu erfahren, so ergibt sich ein vielseitiges Bild von Expertinnenmeinungen – denn jede Antwort ist die einer Sachverständigen in Bezug auf ihre eigene Geschichte, und damit ein Geschenk an die ForscherInnen!

2. Forschungskontext

Im Folgenden werden zum Hintergrund der vorliegenden Arbeit Erkenntnisse aus der internationalen und deutschsprachigen Literatur, sowie die theoretischen Hintergründe eines im Zuge der vorliegenden Untersuchung zu entwickelnden Kategoriensystems vorgestellt. Dieses adaptiv entwickelte Kategoriensystem soll die Auswertung der zahlreichen Antworten des B3 erleichtern, speziell bezogen auf die Teilnehmerinnen aus Österreich.

2.1 Englischsprachige Literatur zu Wünschen und Bedürfnissen Schwangerer und Gebärender

Was brauchen Frauen, um sich im Rahmen ihrer Geburt sicher zu fühlen, welche Anforderungen haben sie an das Setting, das Personal, die gesamte Umgebung und womöglich auch an sich selbst? Dieser Frage wurde in den letzten Jahren vermehrt nachgegangen; dabei wurde der Versuch, sie zu beantworten häufig mit quantitativen (z.B. im Rahmen einer Fragebogenstudie), aber auch mit qualitativen oder Mixed-Methods Forschungsansätzen verfolgt. Einige Beobachtungen und Erkenntnisse wiederholten sich: So waren die Themen der *wahrgenommenen Kontrollierbarkeit der Situation*, auch im Sinne von *Informationen und Aufklärung*, sowie *Sicherheit und Vertrauen in Interventionen*, die *Unterstützung durch geburtshilfliches Personal* und die *Atmosphäre während der Geburt* wichtig. Im folgenden Abschnitt werden die zur Erstellung des Kategoriensystems im Laufe der letzten zehn Jahre erschienenen und als relevant erachteten Studien in chronologischer Reihenfolge vorgestellt. Zur Relevanz der Studien zählt auch, dass entweder Migrationshintergrund, Setting oder Parität als Untersuchungsgegenstände angegeben waren – die soziodemographischen Faktoren des B3. Außerdem wurden ausschließlich Studien aus Europa in den Entwurf des Kategoriensystems miteinbezogen, um der europaweiten Verbreitung des Fragebogens gerecht zu werden.

Die Untersuchung von Christiaens & Bracke (2007) [8], welche das niederländische und belgische Geburtssystem bezüglich der Zufriedenheit an 605 dort gebärenden Frauen verglich beschränkte sich auf ein quantitatives Erhebungsformat. Ausgehend von den Einflussgrößen des Geburtsschmerzes, der Erwartungen bezüglich der eigenen Geburt, sowie persönlichem Kontrollempfinden und Selbstwirksamkeit entwickelten sie ein längsschnittliches Fragebogendesign, welches die genannten Dimensionen präpartal (30. SSW) sowie zusätzlich die Zufriedenheit mit der Geburt (2 Wochen) postpartal erfassen sollte. Hierbei wurden beide Länder als konträrer Untersuchungsgegenstand bewusst gewählt, da in Belgien das medizinische Modell der Geburtshilfe mit über 98% Krankenhausgeburten und in den Niederlanden das hebammengeleitete

2. Forschungskontext

2.1 Englischsprachige Literatur zu Wünschen und Bedürfnissen Schwangerer und Gebärender

Modell mit zu diesem Zeitpunkt ca. 30% Hausgeburten dominiert. Es stellte sich heraus, dass die *Erfüllung von Erwartungen bezüglich der Geburt*, unabhängig vom geburtshilflichen Setting am ehesten zur Zufriedenheit beitrug. Aber auch die *wahrgenommene persönliche Kontrolle* zeigte einen positiven Effekt im Zusammenhang mit dem Geburtsschmerz, allerdings mediiert durch die *wahrgenommene Unterstützung durch die Hebamme*. Schließlich erwies sich ein *hohes Maß an Selbstwirksamkeit* als förderlich für die finale Zufriedenheit mit der Geburt, hier zeigte sich ebenfalls ein Zusammenhang mit der wahrgenommenen Unterstützung durch Hebamme oder Arzt. Auch wenn es sich bei der untersuchten Stichprobe nach AutorInnenangabe nicht um eine repräsentative Erhebung handelt und die längsschnittlichen Effekte nicht ausreichend erforscht wurden zeigt diese Untersuchung doch eindrücklich, dass auch bei so unterschiedlichen geburtshilflichen Standards die grundlegenden Wirkfaktoren für Zufriedenheit mit der Geburt sehr ähnlich sind [8].

Ebenfalls um das niederländische System der peripartalen Betreuung zu evaluieren führte Therese Wiegers 2009 eine längsschnittliche Befragung an über 600 Frauen durch. Der geschlossene Fragebogen entstand aus einer Fokusgruppendifkussion und bezog sich einerseits auf die Durchlässigkeit des Betreuungssystems, sowie andererseits auf die Zufriedenheit der Frauen mit der erfahrenen Betreuung. Diese *Zufriedenheit war generell hoch*, aber am höchsten bei den Frauen, welche ihr Kind Zuhause oder im *interventionsarmen primären System* gebären, bzw. ihre *Hebamme oder den zuständigen Arzt schon kannten* [9].

Eine aufwändige Fragebogenuntersuchung an über 700 Frauen in Schweden wurde 2011 durchgeführt, um Unterschiede zwischen der erfahrenen Versorgung im Krankenhaus und deren persönlicher Relevanz zu erheben [10]. Dabei wurden Frauen, welche eine vaginale Geburt geplant hatten zwei Wochen postpartal zur generellen Qualität der medizinischen Versorgung und zur speziellen Versorgung während der Geburt befragt - mit der Möglichkeit zu unterscheiden zwischen erlebter Versorgung und der individuell eingeschätzten Wichtigkeit der erfragten Versorgungsprozesse. Diese beinhaltete im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung Fragen zur Unterstützung durch die Hebammen, Unterstützung durch die Begleitperson und Schmerzerleichterung, sowie im Rahmen der generellen Versorgung Fragen zu Kompetenz, individueller Versorgung, Atmosphäre und Rahmenbedingungen. Es stellte sich heraus, dass – obwohl die generelle Geburtserfahrung bei über 80% der Frauen positiv oder sehr positiv war – sich ein jeweils signifikanter Anteil der Frauen für mehr *Informationen über Geburtsverlauf und Untersuchungsergebnisse*, mehr *Wertschätzung durch Hebammen und Ärzte*, mehr *Beteiligung an Entscheidungen* und mehr *individuelle Pflege statt Routinen* aussprach.

Auch eine Untersuchung in Norditalien ging der Frage nach, welche Erfahrungen erstgebärende Frauen bei der Geburt machten, und wie sie diese ein bis drei Tage nach der Geburt

2. Forschungskontext

2.1 Englischsprachige Literatur zu Wünschen und Bedürfnissen Schwangerer und Gebärender

noch während ihres Krankenhausaufenthaltes in Worte fassten [11]. Hier ergab sich aus den (zehn ausgewerteten) semistrukturierten Interviews an ursprünglich 20 Frauen nach einer Spontangeburt (homogene Stichprobe) dass deren Fokus auf *wahrgenommener Kontrolle*, bzw. *Vertrauen in die medizinischen Interventionen*, *Bedürfnis nach Unterstützung während der Geburt* und der *Umgebung/Atmosphäre während der Geburt* lag. Die Autorinnen schlussfolgern, dass z.B. das berichtete Einverständnis mit Interventionen während der Geburt mit Vertrauen in die Kompetenzen des Fachpersonals einherging und gleichzeitig in den vorliegenden Fällen erstgebärender Mütter in Abhängigkeit von fehlenden Erwartungen bezüglich der Geburt geschah. Um diese vermeintlich unreflektierte Haltung der Frauen gegenüber medizinischen Eingriffen zu verändern und die Frauen bezüglich Empowerment zu stärken empfehlen die Forscherinnen u.a. qualitativ hochwertige Geburtsvorbereitungskurse. Auch wenn die Repräsentativität der Studie als eingeschränkt zu gelten hat ist doch der Ansatz die Erfahrungen der Frauen unmittelbar nach der Geburt zu erfassen wegweisend und die Ergebnisse als wertvolle Ergänzung zu sehen.

Im Jahr 2013 untersuchte eine Forscherinnengruppe aus England die relevanten Einflussfaktoren auf das Erleben der Versorgung während der Geburt eines Kindes auch an Migrantinnen [12]. Hier wurden in einer umfangreichen Erhebung an über 24 000 Müttern Fragen über die Punkte von Zugänglichkeit, Informationen, Kommunikation und Wahlmöglichkeiten bezüglich Schwangerenvorsorge, Geburtsmodus und Outcome des Neugeborenen gestellt. Der Prozentsatz an Frauen mit Migrationshintergrund, welche den Fragebogen beantwortet hatten war ca. 15% - diese Frauen berichteten über die vorgeburtliche Versorgung, dass sie dort ihr *Mitspracherecht als wenig ausgeprägt empfanden*, außerdem berichteten sie *mangelnde Informationen*, Auswahl oder Versorgung mit Geburtsvorbereitung. Zur Versorgung und Betreuung während der Geburt berichteten diese Frauen zwar über nun verbesserte Kommunikation, allerdings ebenfalls die Einschätzung von weniger Wahlmöglichkeiten. Sowohl die Versorgung präpartal als auch intrapartal wurde von diesen Frauen weniger häufig als von Frauen ohne Migrationshintergrund als gut eingeschätzt; auch die postpartale wahrgenommene Versorgung deckte Mängel auf.

Ebenfalls auf Erstgebärende konzentrierte sich wiederum die qualitative Untersuchung von Schweizer Forscherinnen vier bis sechs Wochen post partum zu Erfahrungen während der Geburt in Abhängigkeit vom Geburtsmodus [13]. Die Untersucherinnen legten Wert auf eine große Variationsbreite bei den 24 interviewten Frauen; um deren Erlebnisse in Erfahrung zu bringen führten die Wissenschaftlerinnen ein leitfadengestütztes Interview durch, welches sich auf die Themen der Vorstellungen bezüglich der Geburt, tatsächliche Erfahrungen, Emotionen im Verlauf der Geburt, besondere Ereignisse und Projektionen in die Zukunft bezog. Hierbei ergaben sich Unterschiede bezüglich der wahrgenommenen Kontrolle, emotionellen Erfahrung und

2. Forschungskontext

2.1 Englischsprachige Literatur zu Wünschen und Bedürfnissen Schwangerer und Gebärender

Geburtserlebnis in Abhängigkeit vom Geburtsmodus. Es berichteten z.B. die Frauen mit Notfallsituationen vom Entgleiten der *Kontrolle*, während Frauen mit vaginaler Geburt die Möglichkeit berichteten unmittelbar nach der Geburt des Kindes, *ihr Kind mit allen Sinnen zu entdecken*. Außerdem kristallisierte sich die *Bedeutsamkeit der Aktionen und Reaktionen des geburtshilflichen Personals* heraus, welche sowohl positiven als auch negativen Einfluss auf die Verarbeitung der Situation durch die Schwangere hatte.

Um die relevanten Dimensionen für das Geburtserleben zu identifizieren entwickelten Gärtner et al. (2014) [14] ebenfalls in den Niederlanden ein aufwändiges, dreistufiges Mixed-Methods-Design; hier folgte auf eine Literatuarbeit zu Einflussgrößen, online-Fokusgruppendifkussionen von Frauen und ihren Partnern und die Erhebung von ExpertInnenmeinungen im zweiten Schritt eine Hierarchisierung von sieben individuell als wichtig erachteten Punkten aus den in Schritt 1 kreierte 34 Punkten durch Frauen und Angehörige geburtshilflicher Professionen. Im finalen Schritt wurden die als wichtig definierten Dimensionen dann durch eine ExpertInnendiskussion zu einer endgültigen Aufzählung sortiert. Hier wurde darauf geachtet, dass jede der Einflussgrößen trennscharf, im Eigenbericht erfassbar und auf alle Arten von Geburtssettings umlegbar zu sein hatte. Außerdem wurde eine Gewichtung zugunsten der Meinungen von befragten Frauen festgelegt; es zeigte sich in der Auswertung, dass 28 der erhobenen 34 Dimensionen sowohl in der Literatur zu finden waren, als auch von den befragten Frauen als relevant erachtet wurden, lediglich zwei wurden komplett ohne Deckung aus der Literatur von den Frauen als wichtig betrachtet. In die endgültige Liste wurden sieben Punkte aufgenommen, welche deutlich zeigten, dass das *geburtshilfliche Personal* und die *Empfindungen der Mutter bezüglich Sicherheit und Vertrauen* deutlich höheren Einfluss als der Geburtsverlauf, oder z.B. die medizinische Umgebung haben. Auch wenn das niederländische Betreuungssystem durch die bereits erwähnte hohe Zahl an Hausgeburten ein Alleinstellungsmerkmal hat und daher von einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse nicht primär ausgegangen werden kann so ist doch der Fokus der ForscherInnen auf die Übertragbarkeit der finalen Dimensionen auf jede Art von Geburtssetting ein Weg zur möglichen internationalen Erweiterbarkeit der identifizierten Schwerpunkte [14].

2.2 Deutschsprachige Literatur zu Wünschen und Bedürfnissen Schwangerer und Gebärender

Im hier folgenden Absatz werden in chronologischer Reihenfolge als für die Entwicklung des Rahmenmodells relevant erachtete Studien aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt. Da zur Geburtshilfe in Österreich wenig Literatur vorhanden ist fiel die Entscheidung, aus den deutschen Veröffentlichungen Rückschlüsse auf die österreichische Art von Geburtshilfe zu ziehen – Ähnlichkeiten im geburtshilflichen Management sind laut MacFarlane et al. (2015) [2] häufig bei geographisch eng benachbarten Ländern.

Eine für ForscherInnen gleichbleibend wichtige Frage ist die nach dem Geburtsort, der Betreuung und dem Erleben der Frauen: *Wie* haben sie *Wo* geboren und *Welche* Schlussfolgerungen für die Qualität der Betreuung ziehen sie daraus für sich? Um Wünsche und Bedürfnisse gebärender Frauen zu ermitteln forderte Groß schon 2003 in ihrer Übersichtsarbeit eine Wohlbefindensforschung, die sich über das Outcome hinaus an den subjektiven Erfahrungen der Frau orientiert. Hierzu unterschied sie zwischen *Zufriedenheit mit Dienstleistungen*, der *allgemeinen Geburtserfahrung* und der *postpartalen Erfüllung*. Zusätzlich führte sie aus, dass Zufriedenheit aus der kognitiven Bewertung der gemachten Erfahrungen erscheint. Neben den genannten drei Dimensionen sind unter anderem die *Aufklärung* und *Unterstützung von Selbstbestimmung* im Sinne von Einbeziehung in Entscheidungen, „Partizipation und Kontrolle“ [15] wichtige Punkte für gebärende Frauen und Aufgaben die Hebammen während der Geburt zu erfüllen haben.

Ebenfalls im Jahre 2009 erfolgte die retrospektive Befragung an über 3 000 Frauen durch die deutsche Forscherin Katja Stahl zur Zufriedenheit von Frauen mit ihrer Geburtsklinik [16]. Die Hebamme entwickelte mittels Faktorenanalyse einen Fragebogen zu zehn relevanten Aspekten der Zufriedenheit. Auch hier zeigte sich insgesamt eine sehr hohe Zufriedenheit der Frauen mit der Betreuung; Einfluss auf eine mögliche Weiterempfehlung der Station nahm vor allem das *Verhältnis des Pflegepersonals zur Wöchnerin*. Kritisch wurde hier vor allem das mangelhafte *Eingehen auf Ängste und Sorgen* gesehen, welche für die hier vorliegende Arbeit unter dem Begriff der *Wertschätzung* (Definition: hohe Einschätzung [17]) subsummiert wurden. Auch die insgesamt häufig *fehlende Einbindung in Entscheidungen* war ein relevantes Thema, welches sich durch die Beziehung zu allen Gruppen des Betreuungspersonals zog; ebenso wurde unzureichende *Information und Stillberatung* als schwerer Mangel empfunden [16]. Als interessanten Aspekt thematisierte die Autorin, dass intrapartales Schmerzmanagement bei den befragten Frauen zumindest postpartal eine völlig untergeordnete Rolle spielte.

2. Forschungskontext

2.2 Deutschsprachige Literatur zu Wünschen und Bedürfnissen Schwangerer und Gebärender

Auch Hainer und Kollegen (2011) untersuchten die Wünsche von Schwangeren in Deutschland, bezogen auf den Entbindungsmodus [18]. Problematisch in der hier untersuchten 534 Frauen umfassenden Stichprobe ist einerseits die Rekrutierung aus dem vermutlichen Risikokollektiv von Patientinnen der Pränatal Diagnostik, zudem die Erhebung noch vor der Geburt. Andererseits lassen sich aus diesen Ergebnissen trotzdem Anhaltspunkte für Bedürfnisse von Schwangeren finden. So zeigte sich, dass der *Respekt vor den individuellen Wünschen bezüglich einer natürlichen Geburt* für fast zwei Drittel der Frauen äußerst relevant war, auch hier wurde diese Beschreibung dem für das Rahmenmodell verwendeten Oberbegriff der *Wertschätzung* zugeordnet. Die AutorInnen schlussfolgerten aus den Ergebnissen außerdem, dass „die *Bewahrung von Natürlichkeit im Rahmen einer Klinikgeburt*“ [18] hilfreich für die positive Entwicklung einer Geburt sein und durch die Teilnahme aller medizinisch Tätigen gelingen kann.

Deutsche Forscherinnen um Cordula Ahrendt entwickelten im Jahr 2011 einen Fragebogen, der die konkreten Erwartungen und Wünsche von 80 Frauen an die Hebamme abfragte; zentral wurde auch hier deutlich, dass „Beratungskompetenz (...) von den Frauen als besonders bedeutsame Fähigkeit der Hebamme gewünscht und am meisten geschätzt (wird)“ [19]. Zudem wurden nachhaltige Wirkungen durch Hebammenarbeit genannt: Sicherheit im Umgang mit dem Kind und ein Anstieg des Selbstvertrauens. Insgesamt wurde hier außerdem deutlich, dass die übergroße Mehrheit der Frauen sehr zufrieden war mit der Hebammenbetreuung. Die genannten Faktoren der *Beratung, Vermittlung von Sicherheit und Stützung des Selbstvertrauens* erscheinen einer Untersuchung für das Kategoriensystem trotz der kleinen Stichprobe wert. Der Anteil der zuständigen Hebamme darf bei der Untersuchung zur Qualität der Geburt also nicht vergessen werden.

Im Jahr 2012 dann veröffentlichten Benjamin Tuschy und Kollegen eine prospektive quantitative Fragebogenstudie dreier Mannheimer Geburtskliniken an über 500 Schwangeren ab der 20. SSW zu ihren Erwartungen und Wünschen bezüglich einer idealen Geburtsklinik [20]. Die Zusammensetzung der Stichprobe kann zwar laut Tuschy et al. nicht als repräsentativ gelten, stellte aber eine gute Näherung an die „durchschnittliche“ Schwangere in Mannheim dar. Die Fragen bezogen sich auf Aspekte vor, während und nach der Geburt. Während der Geburt bewerteten die Befragten prospektiv die *Anwesenheit einer vertrauten Begleitperson* (Partner, Familienangehörige, oä.) als sehr wichtig oder wichtig sowohl bei Spontanpartus, als auch Sectio. Die Freundlichkeit des Personals wurde mit den höchsten Werten belegt, gleichzeitig wurden auch *kontinuierliche Betreuung durch eine einzige Hebamme* und *Sicherheitsaspekte* im Hintergrund mit großer Zustimmung bedacht; dazu erhielten strukturelle Merkmale hohe Zustimmungsraten. Postpartal hatten die *Stillberatung*, die Durchführung der U1 und U2 durch einen *Kinderarzt* und die

2. Forschungskontext

2.3 Geburtshilfe in Österreich – Zahlen zum geburtshilflichen Alltag

Nachbetreuung durch eine Hebamme den höchsten Stellenwert. Aber auch die Qualität des Essens und tatsächlich das Ambiente der Wochenbettstation erfreuten sich hoher Zustimmung. Zusammenfassend erläutern die AutorInnen die drei relevantesten Aspekte als *Sicherheit, Freundlichkeit des Personals* und *Komfort*.

Die Zusammenhänge zwischen Anwesenheit der Hebamme und geburtshilflichem Outcome durchleuchtete eine deutsche Gruppe im Jahr 2013. Hier wurde in einer prospektiven kontrollierten Studie an letztendlich 999 Frauen aus einem Niedrig-Risiko-Kollektiv untersucht, welche Zusammenhänge zwischen Präsenz der Hebamme und Geburtsmodus liegen [21]. Es stellten sich zwar keine Abhängigkeiten im hinterfragten Sinne heraus, aber die Zufriedenheit der Frauen war bei unerwarteten oder risikobehafteten Ereignissen bedeutend höher, wenn sie sich *von der Hebamme gut betreut* fühlten.

2.3 Geburtshilfe in Österreich – Zahlen zum geburtshilflichen Alltag

Dieser Punkt behandelt im Vergleich zu den oben genannten Wünschen und Vorstellungen der Frauen/Paare die tatsächlichen Eckdaten der Geburtshilfe Österreichs; ein Abgleich zwischen Wünschen und Realität erfolgt an dieser Stelle nicht.

2.3.1 Darstellung der statistischen Daten zur Krankenhausgeburt der Jahre 2012-2014

Seit Ende des alten Jahrtausends existieren in Deutschland bereits Statistiken, welche die Qualität der Geburtshilfe über die Outcomes von Müttern und Kindern zu erfassen suchen und seit 2001 wurden diese von der BQS (Bundeszentrale für Qualitätssicherung) zentral erfasst und verarbeitet [22]. Diese Aufgabe fällt seit dem Jahr 2009 dem AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) zu.

Um nun auch die Qualität der österreichischen Geburtshilfe in Krankenhäusern zuverlässig abbilden zu können werden hier seit dem Jahr 2008 Geburten und dazugehörige Daten von Mutter und Kind erfasst und in einem jährlich zu veröffentlichendem Rahmen ausgewertet. Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Thesis lagen die Berichte für die Jahre 2012-2014 vor [23,24,25]. Die genannten Zahlen und Statistiken sind gemittelte Größen – die Bandbreiten schwankten bei nahezu jedem Kriterium erheblich - abhängig vom Haus, in dem diese erhoben wurden. Um diese statistischen Daten mit Leben zu füllen seien anschließend noch weitere Ausführungen zur Versorgung von Migrantinnen im Rahmen der Geburtshilfe in Österreich angeführt.

Wie erwähnt handelt es sich bei der Untersuchung der Qualität um die Exploration gut zu erfassender mütterlicher und kindlicher Werte, dazu gehören beispielhaft die Erhebung von Morbidität und Mortalität, Interventionen und Liegedauern. Allerdings beschränkt sich die Erhebung tatsächlich auf diese Art von Outcomes und die oben erwähnte Orientierung am subjektiven Erleben der Frau [5] fehlt.

Die Zahl der insgesamt in Österreich geborenen Kinder lag in allen drei Jahren bei um die 80 000 (mit leicht steigender Tendenz), das mittlere Alter der Mütter bei 30-31 Jahren. Relativ konstant waren auch die Zahl der Frühgeburten mit ca. 8% und die Zahl der (in dieser Erhebung nicht in die Qualitätsprüfung eingeschlossenen) außerklinischen Geburten bei 1.5%, sowie die Häufigkeit von Sectiones bei 30%. Die Darstellung des mütterlichen demographischen Hintergrunds ergab, dass in der relevanten Altersgruppe von 15-49 Jahren bis zu 17% der Mütter einen Migrationshintergrund hatten. Jede Frau bekam im Schnitt ca. 1.4 Kinder und nahezu 50% bekamen ihr erstes Kind. Als zunehmend kann man allerdings das Alter der Mutter bezeichnen, über 20% der Mütter waren 35 Jahre und älter, der Median verschob sich ebenfalls um ein Jahr nach oben[23 25].

Um die Interventionsraten zusammenzufassen seien hier beispielhaft die insgesamt steigende Anzahl der Sectiones (von 28-31%), sinkende Häufigkeit der Episiotomien (18-16%) und anschwellende PDA-(Peridural Anästhesie) Raten (13%-15%) angeführt. Berücksichtigt man die Umstände, dass in der Statistik selbstverständlich auch die Risikofälle komplett einfließen hat auch hier das Outcome von Mutter und Kind nach der Geburt als gut zu gelten[24,25].

Um die geburtshilfliche Versorgung von Migrantinnen in Österreich zu untersuchen wurde im Jahr 2009 ein dazu neu entwickelter Fragebogen an über 1 800 Frauen, darunter ca. 30% Migrantinnen getestet [26]. Hier stellte sich heraus, dass die (überrepräsentierten) Frauen mit Migrationshintergrund häufiger vaginal gebären und bei Vaginalgeburten außerdem eine geringere PDA-Rate hatten, als Frauen ohne Migrationshintergrund. Interventionen waren uneinheitlich häufiger (z.B. Episiotomien), oder seltener (z.B. Geburtseinleitungen). Insgesamt sehen die AutorInnen aber Unterschiede in der Versorgung und plädieren für frühzeitige Aufklärung und Information der Frauen, um einheitliche Versorgung zu erzielen.

2.3.2 Beschreibung der außerklinischen Geburtshilfe der Jahre 2006/2007

Im Jahr 2009 konnte erstmals für Österreich auch der Bericht zur außerklinischen Geburtshilfe veröffentlicht werden. Hierzu wurde auf freiwillig und kostenfrei eingereichte Daten der außerklinischen Hebammen zurückgegriffen [27]. Der entstandene Datensatz umfasste Angaben zu 407 Geburten (im Vergleich: pro Jahr gibt es in Österreich ca. 1 000 außerklinisch begonnene

2. Forschungskontext

2.3 Geburtshilfe in Österreich – Zahlen zum geburtshilflichen Alltag

Geburten). Es handelte sich also eindeutig nicht um eine Vollerhebung, sondern exemplarische Darstellung. Trotzdem werden die Daten hier in Ermangelung aktuellerer Nachweise vorgestellt.

In Abgrenzung zu den Klinikgeburten zeigte sich hier ein großer Unterschied: die Frauen im Bereich der außerklinischen Geburtshilfe bekamen in der großen Mehrheit (knapp 75%) nicht ihr erstes Kind. Angaben zu Alter und Migrationshintergrund liegen in dem zitierten Bericht nicht vor; zur Ergänzung der Daten sei hier auf die deutsche Erhebung der außerklinischen Geburtshilfe zum Jahr 2008 verwiesen, eine Ähnlichkeit im Klientel vorausgesetzt: die Frauen, welche 35 Jahre und älter waren stellten hier einen Prozentsatz von knapp 35% dar. In dieser deutschen Erfassung wurde zudem die Motivation der Frauen erhoben, außerhalb der Klinik zu gebären – die häufigsten Antworten gab es zur „vertrauten Hebamme“ (fast 75%), sowie zur „Selbstbestimmung“ (70%) [28].

Im österreichischen Bericht erhobene Daten zum Geburtsverlauf zeichnen – mindestens bei den 87% der außerklinisch auch beendeten Geburten – das Bild einer „Geburtshilfe, die relativ frei von Interventionen und Technologie ist“ [27], bei gleichzeitig gesunden Kindern und Müttern. Auch in der oben erwähnten deutschen Erhebung zeigt sich ein vergleichbares Ergebnis – „den Hebammen in den außerklinischen Einrichtungen (kann) ein sehr zuverlässiges Management bei der Geburt von Einlingen“ [28] bestätigt werden, mit meist guten Outcome-Werten für Mütter und Kinder. Beispielhaft sei hier zum Vergleich angeführt die Episiotomie-Rate von etwas mehr als 4%.

2.4 Identifikation wichtiger Themen für Frauen in Zusammenhang mit der Geburt

Bei der vorgenommenen Exploration relevanter Elemente für einen guten Geburtsort aus der Literatur wurde der Fokus auf den tatsächlichen Zeitraum unmittelbar um die Geburt gelegt. Themen, welche sich auf die Betreuung während Schwangerschaft und Wochenbett erstreckten wurden in Hinblick auf Ökonomie und Tauglichkeit zur Auswertung der konkreten Fragestellungen ausgespart (vgl. Kapitel 3.2). An dieser Stelle werden sie noch einmal übersichtlich zusammengefasst und den übergeordneten Theoretischen Dimensionen zugeordnet.

Übereinstimmend zeigte sich nun, dass die **Rahmenbedingungen** für eine positive oder auch verbesserungswürdige Erfahrung eine gewisse Rolle spielen; dazu gehören der Literatur entnommene Themen wie *Dienstleistung und räumliche Ausstattung* [15,20] *Aufklärung und Beratung* [10,12] und *Selbstbestimmtheit im Sinne von Empowerment* [15,16]. Da Empowerment auch im Zuge der Dienstleistungen Aufklärung und Beratung erfolgt, und die genannten Begriffe als Gegebenheiten im Rahmen des Settings beschrieben werden können erscheinen die Begriffe hier zusammengefasst unter dem Oberbegriff des **Service-Komplexes**.

Viele Nennungen gab es in den Untersuchungen zu den Begrifflichkeiten der *wahrgenommenen persönlichen Kontrolle*, bzw. *reduzierten Interventionen und Sicherheit* [8], *Geburtserlebnis und Erfüllung* [8,13,15,18] und vereinzelt auch *Begleitpersonen* [20]. All diese Nennungen werden hier subsummiert unter dem Begriff der **emotionalen Erfahrungen**, welche Frauen während einer Geburt machen.

Ebenso thematisiert wurden immer wieder das Betreuungspersonal und dessen Umgang mit der Frau. Hier waren Nennungen zu *Wertschätzung* [10], *das Ausmaß und die Qualität von Betreuung im Sinne von Feedback für die Frau mit resultierenden positiven Ergebnissen* [9,11,13-16,20] sowie *empfundenes Selbstvertrauen* [19] zu finden. Um die genannten Begrifflichkeiten zusammenzufassen wurde der Begriff der **erlebten Betreuung** gewählt.

2.4.1 Service-Themen im Rahmen von Public Health

Public Health ist „(...) die Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen“ [29].

2. Forschungskontext

2.4 Identifikation wichtiger Themen für Frauen in Zusammenhang mit der Geburt

Des Weiteren wird Public Health noch unterschieden in die Begriffe der „Old Public Health“, welche sich mehr am Individuum orientiert und „New Public-Health“, die auch das soziale Umfeld von Menschen miteinbezieht [30]. Den Errungenschaften der „New Public-Health“, welche laut des US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention über 80% der gesteigerten Lebenserwartung in den USA (United States of America) zuzuordnen sind wird unter den zehn wichtigsten Punkten auch die gesteigerte Mütter- und Säuglingsgesundheit zugeordnet [31].

Besondere Erwähnung findet in der Public Health die Interdisziplinarität; sich überschneidende und ergänzende Bereiche von Gesundheitsmanagement, Medizin und Pflegewissenschaften mögen hier unter anderem als beispielhaft für die Umlegung des Themas auf die geburtshilflichen Stationen gelten. Die Relevanz des Themas für die Geburtshilfe zeigt sich auch in der Forderung der WHO-Ministerkonferenz zu Pflege- und Hebammenwesen in Europa aus dem Jahr 2000 – hier wurde konstatiert, dass Pflegepersonal und Hebammen eine besondere Rolle in der Gesundheitsförderung zukomme, welche durch adäquate Ausbildung zu garantieren sei. Es stehe besonders im Vordergrund über pflegerische Tätigkeiten die persönlichen Kompetenzen der PatientInnen und KlientInnen zu stärken [32]. Um zu gewährleisten, dass die vorhandenen personellen, medizinischen, und strukturellen Ressourcen auch von PatientInnen wahr- und angenommen werden, ist ausführliche Information und Anleitung durch das medizinische Personal unerlässlich.

Um die Gesundheitskompetenz ihrer PatientInnen derart zu verbessern wurden beispielsweise im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit Österreich Vorschläge veröffentlicht, welche bei der Erreichung dieses Ziels helfen sollen. Hier wurde unter anderem Gesundheitskompetenz definiert als „Fähigkeit (...), Entscheidungen im Alltag zu treffen, die der Gesundheit förderlich sind bzw. zu mehr Gesundheit beitragen“ [33]. Zu diesen gesundheitsfördernden Entscheidungen kann man die Wahl eines Geburtsortes zählen, inklusive der dort *angebotenen Dienstleistungen* und *Infrastruktur* [10,12], vor allem aber die erworbene Kompetenz durch vorangegangene *Unterweisung* und *Aufklärung* z.B. bezüglich Pflege, Ernährung, aber im hier vorgestellten Kontext auch informierende Hilfestellungen während der Geburt. Prinzipiell kann man die Bestrebungen, die Gesundheitskompetenz zu stärken durchaus im Rahmen des Erfüllens von pflegerischen Dienstleistungen an PatientInnen möglich machen – zentrales Augenmerk für den aber doch als physiologisch zu bezeichnenden Bereich der Geburtshilfe wird hier auf Aufklärung und Information gelegt und auf die Zufriedenheit der Frauen mit diesem Dienstleistungsangebot. Auch der Aspekt des *Empowerment* [10,15,16] kann herangezogen werden, welcher erstmals zu Beginn der 80er Jahre durch Julian Rappaport vorgestellt wurde [34]. Ziel dabei ist die „Befähigung zur Selbsttätigkeit und Selbstbestimmtheit“ [33], welche auch in der oben

2. Forschungskontext

2.4 Identifikation wichtiger Themen für Frauen in Zusammenhang mit der Geburt

beschriebenen Literatur zu Themen der Geburtshilfe als Äußerung des *Wunsches nach einem sicheren Umgang mit dem Kind* [19] ein wichtiges Thema darstellt.

2.4.2 Emotionale Erfahrungen und Salutogenese

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“ [35]

Zentral im Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1979) ist eine Kombination aus drei Bereichen. Er postuliert, dass Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum liegen und nicht nur in Abwesenheit des jeweils anderen existieren können. Zudem definiert er den Begriff des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence, SOC) als ein Element, welches ebenfalls aus drei Komponenten besteht – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Diese drei grundständigen Bereiche erklären die Handlungsmöglichkeiten von Menschen bei den auf sie eintreffenden Einflüssen; je ausgeprägter das Verständnis für eine von außen gegebenen Konstellation ist, je mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten vorhanden ist und je mehr die Situation eine Auseinandersetzung wert scheint, desto eher ist ein Mensch befähigt, genannte (auch potentiell bedrohliche) Situationen meistern zu können. Als wichtiges Thema benennt Antonovsky außerdem die Existenz generalisierter Widerstandsressourcen (Generalized Resistency Resources, GRR), von ihm bezeichnet als „Charakteristikum, Phänomen oder (...) Beziehung (...), das ausgedehnte und wiederholte Erfahrungen zur Verfügung stellt, um die unzähligen Stimuli zu erklären, die einen fortwährend bombardieren“ [35].

Legt man diese Überlegungen auf den Bereich der Geburtshilfe um, so scheinen Parallelen obligat. Speziell die drei Elemente des Kohärenzgefühls decken sich mit dem *Wunsch der Frau nach Aufklärung (Verstehbarkeit)* [15] und *postpartaler Erfüllung (Sinnhaftigkeit)* [15]. Zur *Verstehbarkeit* kann entscheidend positiv beitragen, dass ein *Gefühl von Sicherheit* besteht – so können dann in unerwarteten Situationen auch mögliche bedrohliche Erlebnisse eingeordnet werden [36]; dies ist vor allem dann möglich, wenn die Sicherheit aus der Einschätzung entsteht, dass die handelnden Pflegepersonen richtig agieren. Außerdem scheint es sinnvoll, den Bereich der *Handhabbarkeit* in Hinblick auf die Online-Umfrage des B3 noch einmal zu unterteilen – in Situationen, welche den Frauen als handelnden Personen als handhabbar erschienen (*positive Erlebnisse*) und solche, in denen die *Handhabbarkeit* fehlte (*negative Erlebnisse*). In diesem Sinne ist übrigens auch die Aussage zu verstehen, dass Frauen durch Reduktion von Interventionen mehr Empfinden eigener Handlungsfähigkeit im Sinne der genannten Elemente des SOC haben [37]. Zur *Sinnhaftigkeit* schließlich ist das *Geburtserlebnis* zu zählen, ebenso wie das *Bonding* [38].

Die *Begleitpersonen* werden zudem auch in den Bereich der emotionalen Erfahrung eingeordnet, da deren Wichtigkeit – wenn auch nicht explizit – im Bereich der generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) zu finden ist. Allerdings zählen psychosoziale Faktoren wie soziale Unterstützung, welche durch nahestehende Personen gegeben werden kann zu den GRR [35].

2.4.3 Individuell erlebte Betreuung und Selbstwirksamkeitstheorie

„Selbstwirksamkeitserwartung (...) ist die subjektive Überzeugung, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen (...) bewältigen zu können. (...) Sie wird benötigt, für Aufgaben, deren Schwierigkeitsgrad Anstrengungen und Ausdauer erfordern“ [39].

Umgelegt auf die Geburtshilfe erscheint die Selbstwirksamkeits-Theorie spontan eine Erklärungsmöglichkeit für den individuell unterschiedlichen Umgang mit den Herausforderungen einer Geburt zu liefern. Allerdings tun sich bereits bei der semantischen Definition der Selbstwirksamkeit erste Lücken auf – der Duden führt diesen Begriff nicht und als Übersetzung für das englische *self-efficacy* [40] erhält man zwei mögliche Übersetzungen: „Selbstvertrauen“ und „Selbstwirksamkeit“ im psychologischen Sinne. Da aber die Trennschärfe zwischen Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmtheit im Sinne von Empowerment nicht gegeben ist, wird in der vorliegenden Arbeit auf den Begriff Selbstvertrauen zurückgegriffen. Dieser wird im Duden online geführt unter der Definition: „jemandes Vertrauen in die eigenen Kräfte, Fähigkeiten“ [17], anschaulich und passend für die positive Reaktion auf die Herausforderungen einer Geburt. Dass die sozial-kognitive Theorie auf Aspekte unter Verwendung des Begriffes *Selbstvertrauen* im Rahmen einer Geburt anzuwenden ist zeigt die Untersuchung von Ahrendt et al (2012) [19]; in dieser stieg nämlich das Selbstvertrauen der Mütter durch die Hebammenbetreuung postpartal nachhaltig an. Bandura selbst unterscheidet noch vier Komponenten der „self-efficacy“:

- 1) Kognitive Prozesse, wobei persönliche Ziele adaptiert an die selbsteingeschätzten Fähigkeiten gesetzt werden (höher eingeschätzte eigene Fähigkeiten ziehen höher gesetzte Ziele nach sich – dies entspricht einem hohen Selbstvertrauen)
- 2) Motivationale Prozesse, welche die eigene Handlung durch die gesetzten Ziele beeinflussen (wiederum hat die Selbsteinschätzung eigener Möglichkeiten einen Einfluss auf die Zielsetzung und damit planbaren Ergebnisse)
- 3) Affektive Prozesse – hier zeigt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bei schwierig zu meisternden Situationen Einfluss auf den dann erlebten Stress (wird der Stressauslöser als überwindbar eingeschätzt, hat diese Einschätzung mindernde Effekte auf das Entstehen von Angst)

2. Forschungskontext

2.4 Identifikation wichtiger Themen für Frauen in Zusammenhang mit der Geburt

4) Auswahlprozesse – diese geschehen ebenfalls in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Fähigkeit, mit herausfordernden Situationen umzugehen (hohe selbsteingeschätzte Fertigkeiten lassen die Auswahl stärker fordernder Umgebungen zu) [41].

Gleichzeitig darf nicht vergessen werden, dass die individuell unterschiedliche Selbstwirksamkeitserfahrung stark abhängt von den externen Rückmeldungen zum eigenen „Erfolg“. So konnte z.B. Jerusalem in einer experimentellen Untersuchung zeigen, dass lediglich Personen mit hoher Selbstwirksamkeit in der Lage waren, Misserfolge auf äußerliche Ursachen zu attribuieren [42]. War dagegen die Selbstwirksamkeit niedriger ausgeprägt, erwiesen sich die Probanden als deutlich vulnerabler – vom anfänglichen Zustand der Herausforderung entwickelten sie im Laufe des Experiments ein Gefühl von Bedrohung und sogar Kontrollverlust. Im Hinblick auf die erlebte Betreuung während der eigenen Geburt können sich hier *Zufriedenheit mit einer bestärkenden Arbeitsweise des Personals* [8,9,11] (abzuleiten z.B. an positiven Persönlichkeitseigenschaften) bzw. *Unzufriedenheit mit mangelnder Betreuung* (im Sinne von zeitlicher, aber auch emotionaler Verfügbarkeit) zeigen [19]. So zeigte sich auch am Beispiel von Eltern frühgeborener Kinder, dass die Verfügbarkeit und auch der Respekt des Pflegepersonals entscheidend zum Wohlbefinden der Eltern beitragen können [38]. Ebenfalls zu den wichtigen Aspekten der Betreuungssituation muss die *Kompetenz, bzw. Professionalität des Pflegepersonals* gezählt werden; Frauen wünschen sich Vertrauen in medizinische Interventionen haben zu können [11], welches durch das Gefühl gegeben wird, dass Betreuungspersonen wissen, was sie zu tun haben [13,14].

Insgesamt zeigt sich also ein deutliches Deckungspotential zwischen den der Literatur entnommenen relevanten Themen für eine gute Geburt und theoretisch übergeordneten Bereichen der Public Health, Salutogenese und Selbstwirksamkeitserwartung, welches im Rahmen der Auswertung weiter untersucht werden soll.

3. Methodik

An dieser Stelle erfolgt eine Beschreibung der Methodik; zuerst wird die Literatursuche beschrieben und in Folge ausführlich das Babies Born Better Projekt, sowie dessen Einbettung und Verbreitung inklusive der zentralen Fragen bekannt gemacht um die Zuordnung zum Kategoriensystem klarzustellen. Außerdem wird das deduktiv erstellte Kategoriensystem vorgestellt.

3.1 Literaturrecherche

Zuerst erfolgte in den Monaten Juli bis Oktober 2015 eine ausführliche Literaturrecherche zu deutschen und englischen Begriffen der Zufriedenheit, sowie Erfahrungen und Erlebnissen im Rahmen der Geburt in den einschlägigen Datenbanken (PubMed, SpringerLink, ThiemeLink, ScienceDirect ...). Diese Recherche beschränkte sich aber bewusst auf die deutschen und englischen Schlagwörter „Geburt UND Erfahrung UND Zufriedenheit“ „birth AND experience AND satisfaction“, um die Bandbreite groß zu halten und gleichzeitig eine Konzentration auf die als wesentlich erachteten Themenbereiche zu erhalten. Außerdem wurde die Suche eingeschränkt auf die Forschungsergebnisse der vergangenen zehn Jahre, um der Aktualität der erhobenen Ergebnisse Rechnung zu tragen – die im B3 von den Frauen berichteten Geburten fanden alle in den vergangenen fünf, bzw. sechs Jahren (2009-2015) statt. Eine weitere ergänzende Recherche fand noch im Dezember 2015 statt. Später erschienene Artikel fanden keinen Eingang mehr in die Entwicklung der vorliegenden Arbeit. Der Suchverlauf ist in Tabelle A im Anhang einsehbar.

Aus dem gefundenen Material wurden Fachartikel auf wissenschaftliche Kriterien und Relevanz in Bezug auf das Thema geprüft und ausgewählt um anschließend aus der Literatur deduktiv ein Kategoriensystem zu entwerfen, das die von den Frauen gegebenen Antworten in ausreichendem Maße abdecken soll. Es wurde auf eine Beschränkung auf Primärstudien verzichtet, die Zahl der Primärstudien nicht allzu groß war und auch erkenntnisreiche Reviews zum Thema gefunden wurden.

3.2 Entwicklung einer Fragestellung

Aus den vorgestellten empirischen Arbeiten soll nun die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit entstehen – ein deduktiv verfasstes Kategoriensystem, welches bei der Auswertung der qualitativ erhobenen Fragen zur Zufriedenheit von Frauen mit ihrem Geburtsort in Österreich helfen soll, dessen Erprobung und Ergänzung über induktives Vorgehen und die Auswertung der vorliegenden Daten in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren.

3. Methodik

3.3 Das Babies Born Better Projekt

International wurde bereits wiederholt festgestellt, dass sowohl die *Parität* [11,13] als auch das *Setting der Geburt* [8,9] Einflüsse auf einzelne Faktoren des Geburtserlebens haben können. Auch in der deutschsprachigen Literatur finden sich Anhaltspunkte zu solchen Überlegungen. Ebenso soll die Tatsache, ob ein eventuell vorliegender *Migrationshintergrund* Einfluss auf das Geburtserleben, bzw. das Erleben von Betreuung hat [12], untersucht werden. Außerdem soll evaluiert werden, ob in Abhängigkeit vom *Alter der Frauen* Unterschiede im Antwortverhalten entstehen; schließlich hat eine österreichische Untersuchung aus dem Jahre 2013 festgestellt, dass zumindest Unterschiede bezüglich einzelner soziodemographischer Faktoren, sowie bezüglich Geburtsmodus und Gefahr einer „stillen Geburt“ bei Frauen über 40 bestehen [43]. Eventuell können sich daraus auch divergierende Antwortformate bei der Zufriedenheit mit der Betreuung ergeben. Ebenfalls können möglicherweise die Anzahl und Art der medizinischen Interventionen Einfluss nehmen auf die Wahrnehmung der Frauen. Hier kann allerdings anhand des Fragebogens ausschließlich eine fundierte Unterscheidung getroffen werden zwischen klinischer und außerklinischer Geburt, die Art der Interventionen oder des Geburtsmodus wurde nicht erfasst - sie ist lediglich aus einzelnen Antworten der Frauen erschließbar.

3.3 Das Babies Born Better Projekt

3.3.1 Beschreibung und Zielsetzung im Forschungskontext

„Lernen von den Besten“: diesen Ansatz verfolgt eine europaweite Forschungsgruppe im Rahmen des *iresearch4birth*: – die UrheberInnen des Babies Born Better Projekts haben sich dem Versuch verschrieben, herauszufinden *Wo* Frauen in Europa gute Erfahrungen während ihrer Geburt machten und *Wie* sie diese Erfahrungen beschreiben [6]. Dazu wurde eine Online-Umfrage in inzwischen mehr als 30 Ländern gestartet (übersetzt in mittlerweile über 20 Sprachen), in welcher die Frauen zu den genannten Themen qualitativ befragt wurden. Aus den erhobenen Kurzberichten sollen Strategien identifiziert werden, die ein Setting zu einem guten Geburts-Setting machen. Zu diesem Zweck wurde der Fragebogen entwickelt, und so universell gehalten, dass es Frauen in ganz Europa möglich ist, die Fragen (auf ihre persönlichen Erfahrungen bezogen) zu beantworten. In 20 Items werden neben soziodemographischen Daten die Parität, Schwangerschaft und damit eventuell verbundene Komplikationen, Geburtsort und Betreuungspersonen abgefragt; es besteht die Möglichkeit im offenen Antwortformat gute gegen verbesserungswürdige Erfahrungen abzuwägen und in eigenen Worten eine Beschreibung der tatsächlich erlebten Bedingungen abzugeben. Außerdem werden das Interesse am Forschungsgegenstand und die Verfügbarkeit für Nachfragen evaluiert. Ziel der Umfrage ist die Identifikation und daraus abgeleitete Empfehlungen für die Umsetzung in der Praxis, um Geburtsorte besser an die Bedürfnisse von Frauen anpassen zu können.

3. Methodik

3.3 Das Babies Born Better Projekt

Das Ethikvotum zur Untersuchung wurde im Januar 2014 für den User Survey vom BuSH Ethics Committee gegeben und ist im Anhang einsehbar; anschließend wurde der Fragebogen für über ein Jahr bis September 2015 zur Beantwortung freigegeben.

3.3.2 Vorstellung des Fragebogens und der deutschen Übersetzung

Das erklärte Ziel des B3 ist es, Frauen direkt anzusprechen und zur Teilnahme an der Untersuchung zu bewegen. Nur wenn aus allen Ländern Europas und künftig auch darüber hinaus zahlreiche Frauen an der Umfrage teilnehmen lassen sich sowohl länderspezifische als auch -übergreifende Themen ermitteln, welche einen Geburtsort zu einem guten Geburtsort machen, bzw. wo eine Verbesserung der Bedingungen dringend erforderlich ist. Dazu wurde der Text ursprünglich auf Englisch verfasst und dann in Arbeitsgruppen in die jeweiligen Landessprachen übersetzt. Der vollständige Fragebogen in der deutschen Version kann dem Anhang (Darstellung des deutschsprachigen B3-User-Survey) entnommen werden. An dieser Stelle folgt ausschließlich eine Vorstellung der zentralen Elemente des deutschsprachigen B3-User-Survey. Bei diesen handelt es sich neben der genannten Erhebung soziodemographischer Angaben und Informationen zu Geburtsort sowie Schwangerschaft und Parität der Frau um drei im offenen Antwortformat auszufüllende Fragen (Question = Q15-17) zu der besten und verbesserungswürdigsten Erfahrung, bzw. als Beschreibung/Empfehlung für relevante Dritte. Übersetzt wurde der Fragebogen in einer Kooperation der jeweiligen KoordinatorInnen für jedes Land.

Q15. Was waren die drei besten Dinge, die Sie im Rahmen ihrer Betreuung bekommen bzw. erlebt haben? Bitte nennen Sie das Beste zuerst.

Q16. Wenn Sie drei Dinge bezüglich der Betreuung, die Sie erlebt haben, verändern könnten, welche wären es? Bitte nennen Sie das Wichtigste zuerst.

Q17. Stellen Sie sich vor, eine enge Freundin oder Verwandte wäre schwanger. Sie bittet Sie, ihr wirklich ehrlich zu beschreiben, wie Sie dort betreut worden sind, wo Sie Ihr letztes Kind geboren haben. Sie können nur sechs Wörter oder Begriffe nennen. Welche würden es sein?

3.3.3 Verbreitungsmechanismen in Österreich

Die österreichische Koordinatorin Martina König-Bachmann und ihre Kolleginnen vom nationalen Team nutzten zahlreiche Verbreitungswege für den Survey. Dabei wurden neben klassischer Mundpropaganda vor allem die sozialen Medien zu Hilfe genommen. Es gab zahlreiche

3. Methodik

3.3 Das Babies Born Better Projekt

Tweeds, welche die Umfrage bewarben, auf Facebook wurde die Information über den B3 vor allem über Elternratgeber-Seiten geteilt. Außerdem wurden einzelne Gruppen oder Personen persönlich angeschrieben und um Hilfe bei der Verteilung gebeten, ebenso Leiterinnen von einschlägigen Studiengängen und die Geburtsallianz. Außerdem informierte Martina König-Bachmann auf dem österreichischen Hebammenkongress 2014 ihre Berufskolleginnen über die Umfrage. Die vollständige Darstellung der Verbreitungs Kanäle kann dem Anhang (Verteilung des B3 innerhalb Österreichs) entnommen werden.

3.3.4 Darstellung des bereits existierenden Auswertungsverfahrens

Die Auswertung der deutschsprachigen Daten des B3 aus dem Jahr 2015 schloss auch die bis dato eingegangenen Daten der österreichischen Frauen mit ein. Marina Weckend identifizierte in ihrer Arbeit 2015 via Geo-Mapping Orte, an denen die Geburtshilfe als besonders gut beschrieben wurde. Außerdem isolierte sie besonders wichtige Themenbereiche, welche sie unter den Überschriften *Verfügbarkeit und Empathie des Pflegepersonals*, sowie *empfundene Autonomie* aufführte. Die insgesamt sechs übergeordneten Themenbereiche ergaben sich aus den genannten zwei Kontexten sowie vier weiteren zu

- 1) Einstellungen, Atmosphäre und Gefühle
- 2) Spezifische Interventionen und Szenarios
- 3) Handelnde Personen
- 4) Setting, Räumlichkeiten und Essen
- 5) Finanzielle, legale und soziale Aspekte
- 6) Übergeordnete Stellungnahmen.

Zudem zeigten sich besonders positive Antwortformate für mehrgebärende Frauen, unkomplizierte Schwangerschaft und hebammengeleitete Einrichtungen [44]. In der Auswertung aller deutschsprachigen Antworten, wobei der österreichische Anteil knapp unter 15% lag, spielen im Bereich der kritikwürdigen Punkte die mangelnde Teamarbeit zwischen den Berufsgruppen, sowie der Hebammenmangel und bei positiven Erfahrungen der Bereich der Schwangerenvorsorge, sowie die Versorgung durch eine Wahlhebamme eine herausragende Rolle für die Frauen [45]. Da zum Zeitpunkt der Erstellung des Rahmenmodells für die vorliegende Arbeit die Arbeit von Weckend noch nicht veröffentlicht war flossen die genannten Schwerpunkte allerdings nicht in das Kategoriensystem der vorliegenden Arbeit ein.

3.4 Entwicklung des Kategoriensystems

3.4.1 Zuordnung der Kategorien zu relevanten theoretischen Dimensionen

Um den in Kapitel 2.5.1 identifizierten Kategorien einen theoretischen Hintergrund zu geben wurde entschieden, übergeordnete und gut erforschte Themen den einzelnen Dimensionen voranzustellen. Hier wurden zuerst die genannten Aspekte in thematische Felder sortiert; dabei ergaben sich wie ausgeführt drei Themenkomplexe:

- 1) **Service-Themen** (*angebotene Dienstleistungen, räumliche Ausstattung, Aufklärung und Beratung, Unterstützung der Selbstbestimmtheit im Kontext von Empowerment*)
- 2) **Emotionale Erfahrungen** (*Geburtserlebnis, Bonding, Gefühl der Sicherheit, Art und Bewältigung von Interventionen, Anwesenheit vertrauter Begleitpersonen*)
- 3) **Individuell erfahrene Betreuung** (*Betreuungspersonen und deren Eigenschaften, Respekt im Sinne von Wertschätzung der Gebärenden und damit verbunden Selbstwirksamkeit über positive Erfahrungen mit der Betreuung*)

Diese drei Themenkomplexe wurden im Anschluss folgendermaßen zugeordnet (Tabelle 1): Für den **Service-Bereich** ergab sich das Feld der **Public Health**. Zentral für diese Zuordnung war die Tatsache, dass zum nötigen *Empowerment* von PatientInnen die *Aufklärung, Information* und *Beratung* entscheidend beitragen. Außerdem gelten selbstverständlich *Angebote* und *Ausstattung*, seien diese räumlicher oder personeller Natur zum genannten Bereich. Die **emotionale Erfahrung** wurde der **Salutogenese** zugeordnet, da die wesentlichen Elemente des Kohärenzsинns *Verstehbarkeit, Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* im Sinne der Wünsche von Frauen für ein derart zentrales Ereignis ihres Lebens wie der Geburt bestens abgedeckt scheinen. Die Kategorien, welche die **individuelle Betreuungssituation** erfassten entsprachen am ehesten dem Modell der **Selbstwirksamkeitstheorie**, hier wurde als zentrales Bindeglied zwischen Theorie und ermittelten Wünschen die vermittelnde Wirkung von Betreuung auf die Selbstwirksamkeitserfahrung betrachtet (43).

3. Methodik

3.4 Entwicklung des Kategoriensystems

3.4.2 Darstellung des Kategoriensystems und der Zuordnung zu den Kategorien

Tabelle 1 Kategoriensystem zur Auswertung der österreichischen B3-Daten

1. Antworten, welche sich auf den Service-Komplex beziehen Theorie: Public Health, Qualitätssicherung							
1.1 Dienstleistung und räumliche Ausstattung (Tuschy, 2012) (Groß, 2003)		1.2 Aufklärung und Beratung (Ahrendt, 2012) (Tuschy, 2012)			1.3 Empowerment, Selbstbestimmtheit (Groß, 2003) (Stahl, 2009)		
1.1.1 Service (Tuschy, 2012) (Groß, 2003)	1.1.2 Räumlichkeiten/ Infrastruktur (Tuschy, 2012) Klinik/Zuhause	1.2.1 Allgemeine Infos (Ahrendt, 2012)	1.2.2 Stillen und Säuglingspflege (Stahl, 2009) (Tuschy, 2012)				
2. Antworten, die sich auf die emotionale Erfahrung beziehen Theorie: Salutogenese und generalisierte Widerstandsressourcen							
2.1 Handhabbarkeit (Wiegers, 2009) (Groß, 2003)		2.2 Sinnhaftigkeit Erfüllung (Groß, 2003)			2.3 Verstehbarkeit Gefühl der Sicherheit (Wiegers, 2009) (Ahrendt, 2012)		
2.1.1 positiv (wenig Interventionen, bedrohliche Situation mit gutem Ausgang) (Wiegers, 2009)	2.1.2 negativ (Angst besetzte Situation, Schmerz)	2.2.1 Bonding	2.2.2 Geburts-erlebnis				
					2.4 Begleitpersonen (Tuschy, 2012)		
					2.4.1 Partner	2.4.2 Andere	
3. Antworten zur individuell erfahrenen Betreuung Theorie: Selbstwirksamkeit nach Bandura							
3.1 Selbstvertrauen (Ahrendt, 2012)		3.2 Betreuung / Feedback (Ahrendt, 2012)			3.3 Betreuungspersonen (Wiegers, 2009) (Tuschy, 2012) (Stahl, 2009)		
		3.2.1 Persönlichkeits- eigenschaften	3.2.2 Kompetenz	3.2.3 Zeit/ Verfügbarkeit	3.3.1 Hebamme	3.3.2 Arzt/Ärztin	3.3.3 Andere
						3.4 Wertschätzung (Hainer, 2011) (Stahl, 2009)	

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

An dieser Stelle erfolgt die Beschreibung der Datenauswertung; zuerst wird die deskriptive Auswertung der ursprünglich 705 Datensätze aufgeführt mit Beschreibung von Stichprobe, auswertbaren Datensätzen (537 an der Zahl) und Wertung der Repräsentativität. Dann erfolgt die Beschreibung des Vorgehens bei der Auswertung der qualitativen Daten und in Folge die Ergebnisse der Zuordnungen anhand der Fragen 15-17.

4.1. Deskriptive Datenauswertung

4.1.1 Datenbereinigung

Daten wurden aus der Auswertung ausgeschlossen, wenn sich beim Lesen der Antworten ergab, dass diese identisch waren und die soziodemographischen Daten ebenfalls übereinstimmten. Außerdem wurden aus der Auswertung die Angaben von Frauen ausgeschlossen, welche nicht in Österreich, oder in den letzten fünf Jahren kein Kind geboren hatten, bzw. wenn zum Zeitpunkt der Auswertung keine Übersetzung vorlag. Die ausführliche Darstellung der zur Auswertung herangezogenen Datensätze erfolgt in Abbildung 1. In dieser Darstellung lässt sich überdies bereits erkennen, dass deutlich mehr Frauen die Möglichkeit nutzten, eine positive Erfahrung (insgesamt 1 432 Mal) zu berichten, als eine verbesserungswürdige (1 115 Antworten). Die weitere Ausführung der Gewichtung von Antworten erfolgt in Kapitel 4.3.

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell
4.1. Deskriptive Datenauswertung

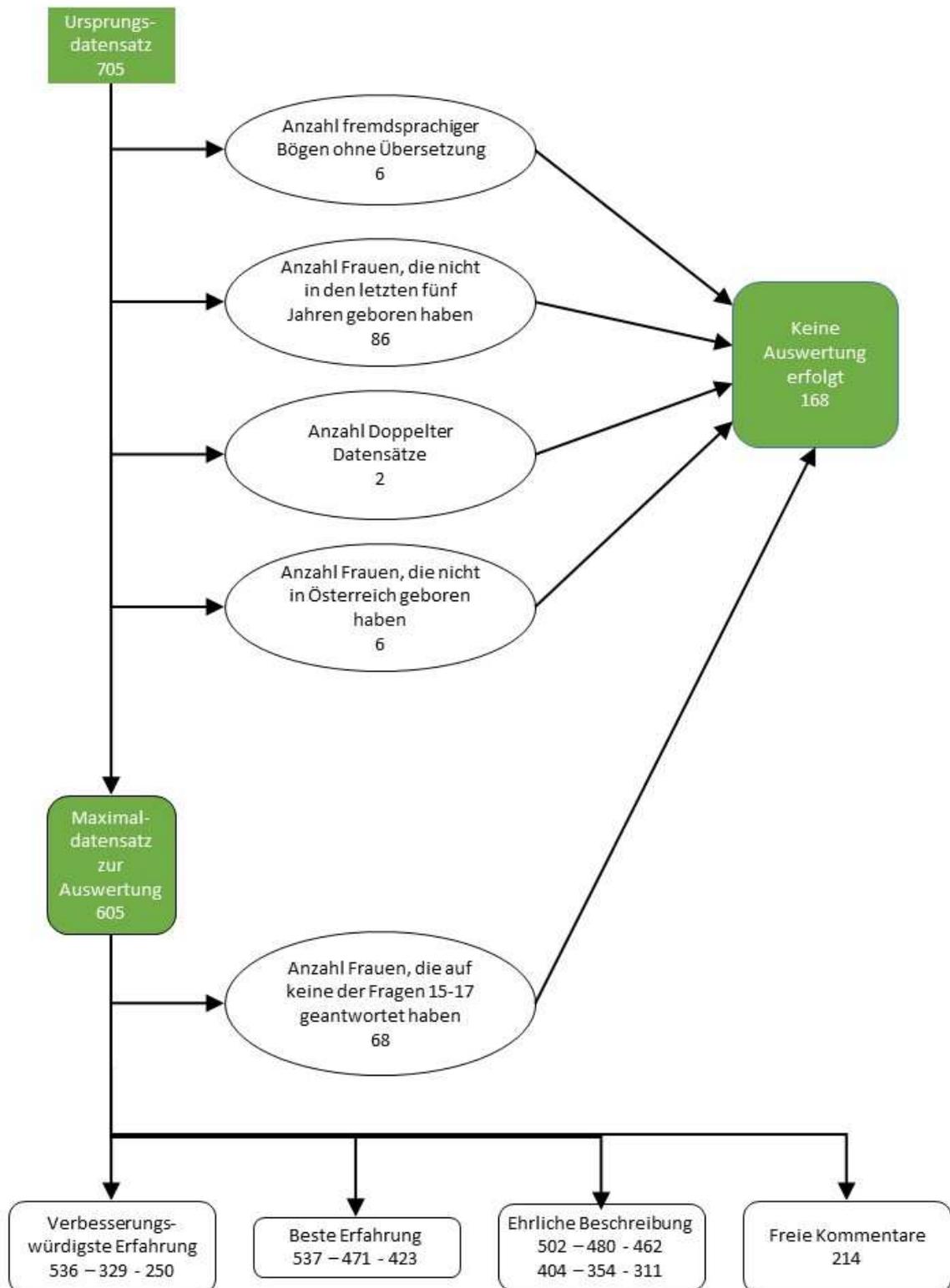


Abbildung 1 Entwicklung der Teilnehmerinnenzahl und Datensätze zur Auswertung

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.1. Deskriptive Datenauswertung

4.1.2 Beschreibung der „durchschnittlichen Teilnehmerin am österreichischen B3“

Um das Alter zu ermitteln, war ein Freitextfeld vorgesehen, in welchem die Teilnehmerinnen ihr Alter in Jahren angeben. Es zeigte sich, dass die Frauen im Schnitt 31,6 Jahre alt waren (vgl. Abbildung 2); damit waren sie ca. ein Jahr älter, als der in den statistischen Daten Österreichs angegebene Durchschnitt.

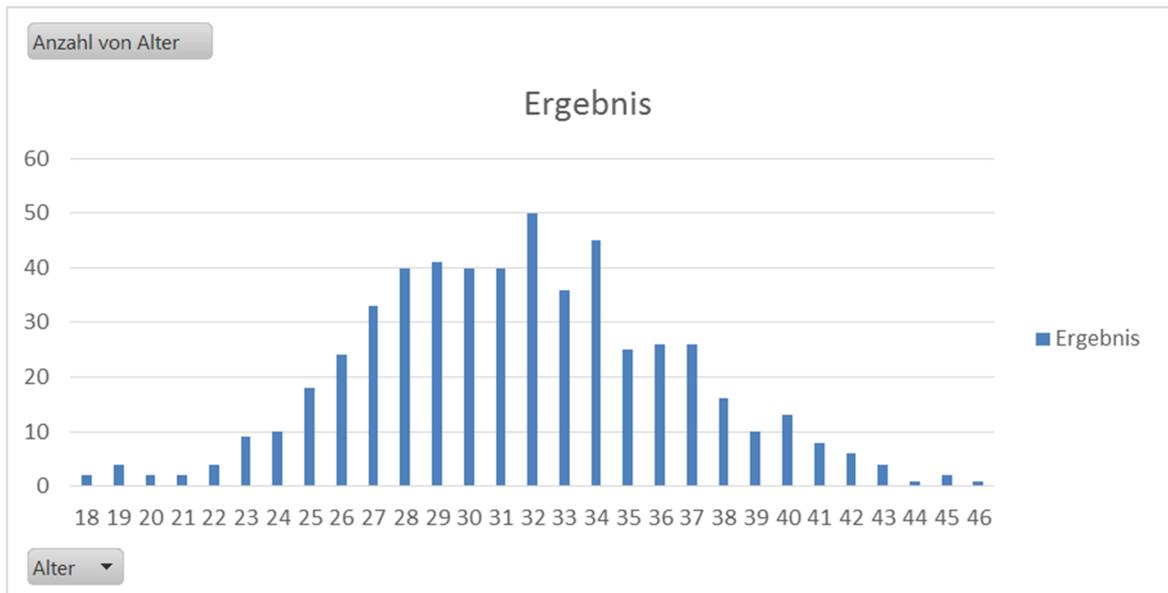


Abbildung 2 Darstellung des Alters der Teilnehmerinnen numerisch

Um den Migrationshintergrund festzustellen wurden die Frauen nach ihrem Geburtsort befragt; dabei antworteten 458 Frauen (gut 85%) mit „Ich bin hier geboren“ und 79 mit „Ich bin hierher gezogen“ (Abbildung 3). Dabei gaben die Frauen verschiedene Gründe, hauptsächlich aus den Bereichen Partnerschaft, Familie und Arbeit an; im Vergleich zur Gesamtstatistik Austria war hier die Erhebungspopulation im Durchschnitt.

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.1. Deskriptive Datenauswertung

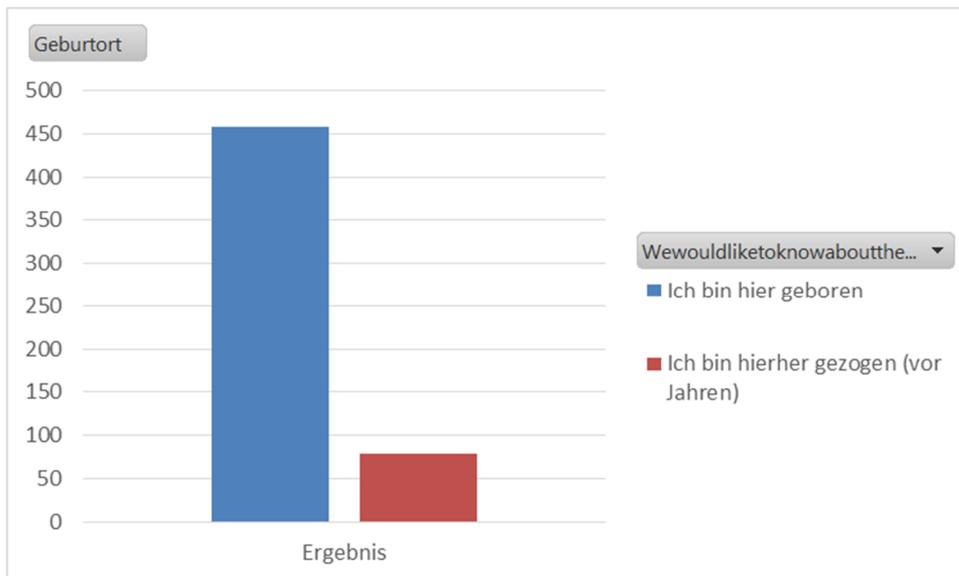


Abbildung 3 Darstellung des Migrationshintergrundes numerisch

279 Teilnehmerinnen hatten das erste, 184 Frauen das zweite Kind bekommen, 46 das dritte und 28 das vierte oder mehr (Abbildung 4). Damit waren knapp 52% der Frauen Erstgebärende und damit ebenfalls marginal häufiger vertreten, als in der österreichischen Statistik veranschlagt. Die durchschnittliche Anzahl an Kindern pro Frau lag mit knapp 1,7 allerdings deutlich höher als im landesweiten Durchschnitt.

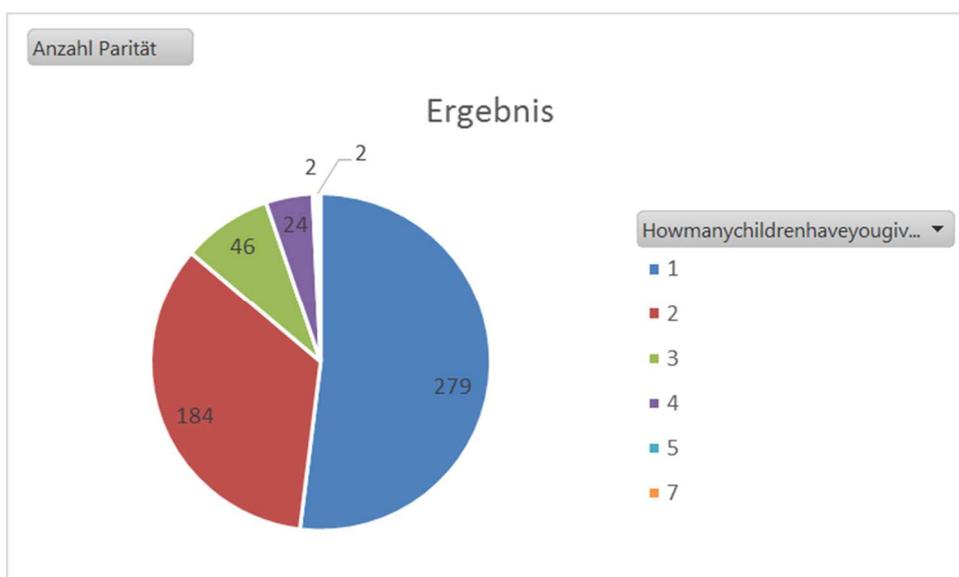


Abbildung 4 Verteilung auf Erst- und Mehrgebärende prozentual

Der Abstand zur letzten (und damit zur berichteten) Geburt wurde ebenfalls ermittelt über die Abfrage des Geburtsjahres (vgl. Abbildung 5). Da die Frauen in den Jahren 2014 und 2015 an der Befragung teilnehmen konnten sind Aussagen zum genauen Abstand nur schwer möglich.

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.1. Deskriptive Datenauswertung

Allerdings kann man feststellen dass gut 75% der Kinder um deren Geburten es ging, zum Zeitpunkt der Befragung 2013 und früher geboren, also zwischen ein und fünf Jahren alt waren – damit die Erfahrung ebenfalls mindestens ein Jahr alt war.

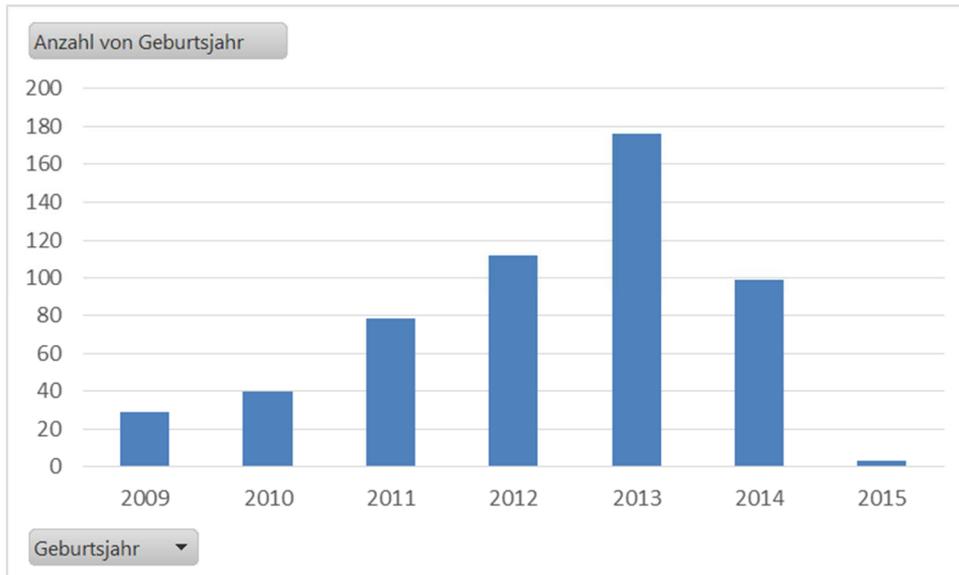


Abbildung 5 Verteilung der Geburtsjahre numerisch

125 der Frauen gaben an, dass sie während ihrer Schwangerschaft mit Problemen zu kämpfen hatten, 412 (damit mehr als 76%) konnten dies verneinen (Abbildung 6). Nennungen zu den Problemen waren vielseitig und betrafen das Vorliegen von Schwangerschaftserkrankungen inklusive deren Konsequenzen für das Kind (Gestationsdiabetes, Erkrankungen aus dem Präeklampsischen Bereich, Hyperemesis), sowie geburtshilfliche Komplikationen (Blutungen, drohende Frühgeburt, Fruchtwassermenge, Plazentaanomalien, Infektionen), aber auch aus dem Bereich der PND (Pränataldiagnostik) (Anomalien im Ultraschall und Blutwerten), sowie sonstige Nennungen (Migräne, Gemini, Stoffwechselerkrankung, Wirbelsäulenprobleme).

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.1. Deskriptive Datenauswertung

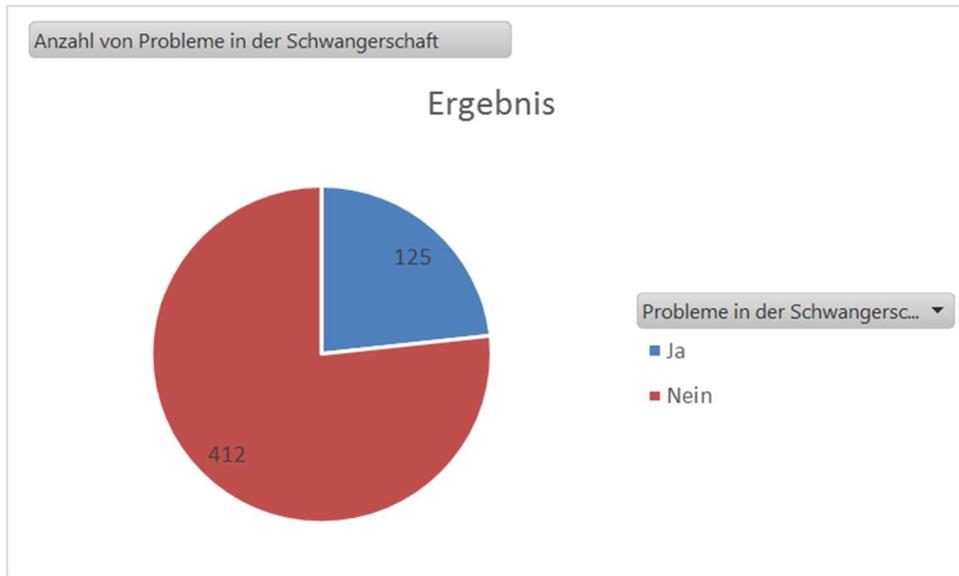


Abbildung 6 Darstellung der Häufigkeit von Problemen in der Schwangerschaft

91% der Frauen (478 an der Zahl) berichteten, zwischen der vollendeten 37. und 42. SSW (Schwangerschaftswoche) geboren zu haben, in der vorliegenden Untersuchung bezeichnet als Termingeburt (Abbildung 7). Knapp 6% der Frauen (32) beschrieben eine Frühgeburt zwischen der vollendeten 24. und 36. SSW, 15 (fast 3%) eine Spätgeburt ab der 43. SSW und eine Frau von einer Geburt in der 23. SSW mit einem nicht lebensfähigen Kind. Die Zahl der Frauen, welche diese Frage beantwortet hatten lag damit deutlich unter der Zahl der Teilnehmerinnen an den Fragen 15-17 und wurde somit nicht in die Untersuchung der soziodemographischen Faktoren und deren Zusammenhang mit Antwortformaten aufgenommen.

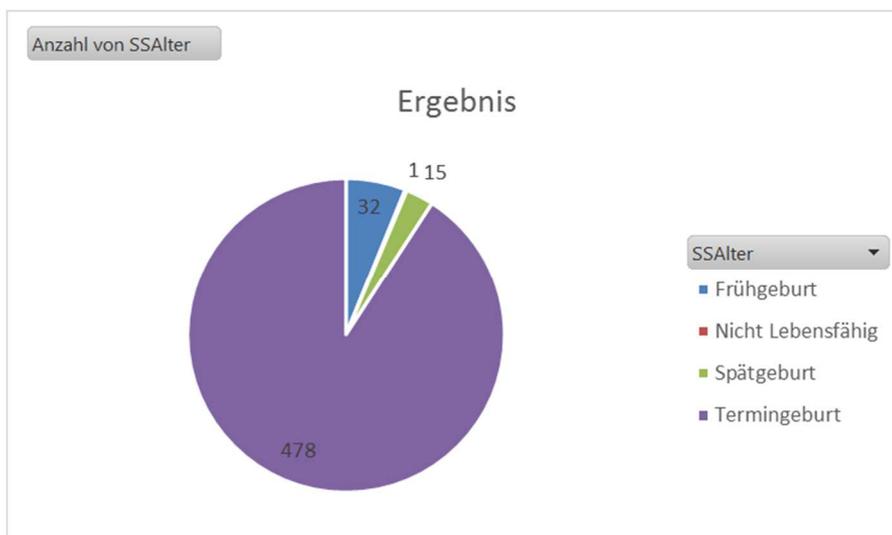


Abbildung 7 Verteilung des Geburtszeitpunktes in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche numerisch

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.2 Einordnung der offenen Antworten in das Kategoriensystem

Um das Setting der Geburt zu berichten konnten die Teilnehmerinnen wählen zwischen verschiedenen Möglichkeiten (Abbildung 8): dabei ergab sich, dass 70% der Frauen (373 insgesamt) in einem Kreißsaal geboren hatten, 108 (20%) zu Hause, 12 in Geburtshäusern (2%) und 44 an Sonstigen Orten (8%). Zu den sonstigen Orten wurden keine Erläuterungen abgegeben, aus den gegebenen Antworten lassen sich nur an vereinzelten Stellen Vermutungen bezüglich eventuell durchgeführter Sectio mit OP (Operationssaal) als Geburtsort anstellen, welche in der Auswertung weiterhin als „sonstige Orte“ erscheinen.

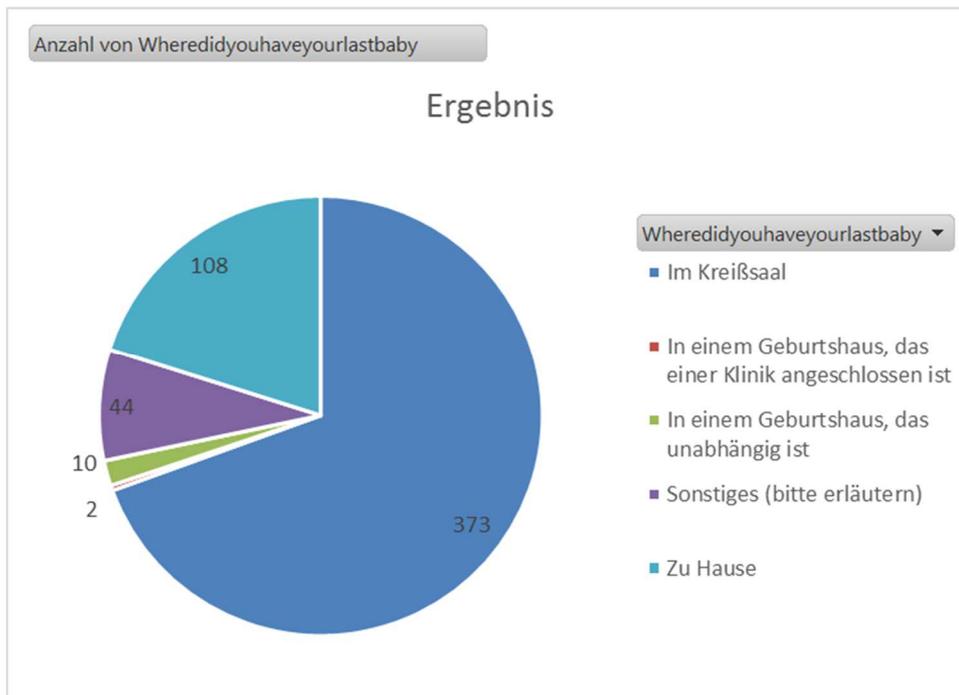


Abbildung 8 Darstellung der verschiedenen Geburtsorte

4.2 Einordnung der offenen Antworten in das Kategoriensystem

4.2.1 Sortierung in deduktiv ermittelte Kategorien

Um die gegebenen Antworten in die entworfenen Kategorien einzuordnen wurde nach einem Überblick über die Begrifflichkeiten und möglichen Hintergründe folgendermaßen vorgegangen:

1. Die vorliegenden Terme der Frauen wurden im Programm Microsoft Excel® (Version 2013) in vertikaler Zuordnung zu den Fragen in das Kategoriensystem eingepflegt und ausgezählt; in diesem Auswertungsschritt erfolgte die Zuordnung also völlig entkoppelt vom soziodemographischen und geburtshilflichen Hintergrund der Frau, jedoch ohne diesen dabei zu verlieren. Dieses Auswertungsverfahren wurde 12 Mal durchgeführt, um insgesamt

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.2 Einordnung der offenen Antworten in das Kategoriensystem

relevante Themenkomplexe für die Bereiche „beste Erfahrung“ (drei Auswertungen zu den drei möglichen Antworten), „verbesserungswürdigstes Erlebnis“ (drei Auswertungen zu den drei möglichen Antworten) und „ehrliche Beschreibung des Geburtsortes“ (eine kumulierte Auswertung zu den sechs möglichen, nicht gewichteten Antworten) zu ermitteln. Um die fehlende Interrater-Reliabilität auszugleichen wurde dieses Vorgehen im Abstand von ca. vier Wochen ein zweites Mal durchgeführt.

2. Außerdem wurden in einem zweiten Schritt abhängig vom Alter der Mutter, ihrer Parität, sowie dem möglichen Migrationshintergrund und Geburtssetting die ermittelten Themenkomplexe den genannten soziodemographischen Hintergründen zugeordnet. Dies erfolgte in sieben Arbeitsschritten über die Erstellung von Pivot-Tabellen.

Zur Einordnung der Begrifflichkeiten zu den Kategorien wurde folgendermaßen vorgegangen: Die im Folgenden Kapitel aufgeführten Kategorien subsumieren dazu gehörige Begrifflichkeiten, anhand derer die Codierung der offenen Antworten durchgeführt wurde. So wurde versucht, aus der Aussage den thematischen Schwerpunkt zu ersehen; war dies nicht möglich wurde die in einer Angabe zuerst getroffene Aussage dem entsprechenden Code angeschlossen. Außerdem wurden bei den beschriebenen Persönlichkeitseigenschaften diejenigen, welche eine Zuordnung zu den Kategorien z.B. der *Handhabbarkeit*, *Sicherheit* oder *Wertschätzung* zuließen diesen Codes zugeordnet. Bei der Bewertung der Aussagen aus der Kategorie „verbesserungswürdiges Ereignis“ wurden die getroffenen Stellungnahmen der Frauen den Bereichen zugeordnet, in denen sie sich jeweils ein „mehr“, „besser“ oder „anders“ erhofften. Bei uneindeutig positiven oder negativen Bewertungen in der Kategorie der „offenen Beschreibung“ (z.B. „medizinisch“ ID 3451640810) wurde auf die anderen Antworten der betreffenden Frau geachtet - waren auch die anderen Antworten eindeutig einer Kategorie (positiv oder negativ) zuzuordnen, wurde auch der zweideutige Begriff demjenigen Code zugeteilt. War keine Antworttendenz im Sinne zu erkennen, wurde die Antwort der Codierung 4. *Sonstige/NEU* zugeteilt und abschließend als neutral bezeichnet.

4.2.2 Vorgehen bei der Zuordnung zu den Kategorien und Ankerbeispiele

Im Folgenden werden positive und negative Zitate aus den Originaltexten des B3 für jedes Antwortformat im Sinne von Ankerbeispielen angeführt, dabei werden die Antworten der Teilnehmerinnen wörtlich unter Angabe der ID wiedergegeben, zudem werden Beispiele angegeben.

1. Antworten, die sich auf den Service-Komplex beziehen:

- 1.1.1 Service: Naturheilverfahren, Vorgehen bei Versorgung, Angebote (PDA) und Wahlmöglichkeiten, Untersuchung und Entlassung, Besuchszeiten, Qualität des Essens, Möglichkeit

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.2 Einordnung der offenen Antworten in das Kategoriensystem

das Kind abzugeben, Rettungsdienst, Vorsorgeangebot, Sauberkeit, Belastungen z.B. durch frühes Wecken

Positiv: „Betreuung auch während der Nacht“ (ID 3435899009)

Negativ: „Mehr Proben für Babys“ (ID 3182994610)

1.1.2 Räumlichkeiten und Infrastruktur: Rooming-In, Atmosphäre, Hausgeburt, Wechsel von Krankenhaus oder Setting bei nachfolgender Geburt

Positiv: „feine Atmosphäre auf der Geburtsstation“ (ID 3266119638)

Negativ: „im Sommer nicht empfehlenswert/Hitze“ (ID 3166299786)

1.2.1 Allgemeine Informationen: Verfügbarkeit, Darbietung, Qualität und Häufigkeit, Informationen zu Patientenrechten

Positiv: „Hervorragende Aufklärung durch die Krankenschwester auf der station“ (ID 3231652197)

Negativ: „mehr Infos zum Lesen“ (ID 3183991636)

1.2.2 Informationen zu Stillen und Säuglingspflege: Verfügbarkeit, Darbietung, Qualität und Häufigkeit, speziell bezogen auf genannte Themen

Positiv: „sehr stillfördernd“ (ID 3180307795)

Negativ: „Stillfeindlich“ (ID 3283065221)

1.3 Selbstbestimmtheit im Sinne von Empowerment: Autonomie, Selbstwirksamkeit, Wahlmöglichkeiten, Austausch mit dem Personal, Einbeziehung in Entscheidungen, erwachsen

Positiv: „auf meine Person/Geburt abgestimmt“ (ID 3274248110)

Negativ: „Ich würde mir nicht mehr so viele Untersuchungen zusätzlich durch Gyn einreden lassen.“ (ID 3279742935)

2. Antworten zur emotionalen Erfahrung:

2.1.1 Handhabbarkeit im Sinne von „bester Erfahrung“: wenig/keine Interventionen, bedrohliche Situation mit positivem Ausgang, sofortige Hilfe, Ruhe, Zeit, Geduld

Positiv: „natürlicher ungestörter Geburtsablauf“ (ID 3152507107)

2.1.1 Handhabbarkeit im Sinne von „verbesserungswürdiger Erfahrung“: mit Angst besetzte Situationen, Schmerzen, viele Interventionen (CTG, Cardiotokographie), Angst verursachende Informationen (z.B. PND, Pränataldiagnostik), allein gelassen sein, Stress

Negativ: „unnötige Untersuchungen“ (ID 3183145643)

2.2.1 Bonding: Dreisamkeit, keine unnötige Trennung

Positiv: „Kind bleibt gleich bei der Mutter“ (ID 3886616588)

Negativ: „Schnelleres Bonding nach sectio“ (ID 3385108097)

2.2.2 Geburtserlebnis: Geburt des Kindes, Erfüllung eines Geburtsplans, Kraft der Hormone, entspannte Geburt, Geburtserlebnis, Kind nach Sectio sofort gesehen, natürliche Geburt, Auspulsieren der Nabelschnur

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.2 Einordnung der offenen Antworten in das Kategoriensystem

Positiv: „meine Familie war immer beisammen“ (ID 3828296910)

Negativ: Offensichtlich unerfüllter Wunsch nach „Nabelschnur auspulsieren lassen“ (ID 3355171526)

2.3 Gefühl der Sicherheit: Qualität und Quantität der Untersuchungen, angemessene Behandlungen (Medikamentengabe) und Reaktionen, Unterstützung, Geborgenheit, Lösungsorientierung, Vertrauen, Offenheit, Zuversicht, umfassende Versorgung

Positiv: „beste medizinische Versorgung“ (ID 3186529603)

Negativ: „Ich hätte gerne zumindest einen Arzt gesehen -obwohl es nicht nötig war“ (ID 3180423737)

2.4.1 Partner als Begleitperson: Anwesenheit, Unterstützung, Behandlung des Partners

Positiv: „Mein mann“ (ID 3361806228)

Negativ: „Umgang mit Papa“ war zu verbessern (ID 3436426404)

2.4.2 Andere Begleitpersonen: Anwesenheit, Unterstützung, Behandlung der Begleitperson

Antworten zur individuell erfahrenen Betreuung

Positiv: „Meine Mama war die ganze Zeit meine Betreuung“ (ID 3232520565)

Negativ: -

3.1 Selbstvertrauen: eigene Leistung wird von sich selbst geachtet, Vertrauen in die eigenen Kräfte

Positiv: „Vertrauen in den Körper“ (ID 3168263621)

Negativ: „beim nächsten Kind, hab ich mehr Vertrauen in die natürlichen Kräfte für mich als Frau und für das Kind“ (ID 3355092925)

3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften der Betreuungspersonen: zuverlässig, freundlich, einführend/empathisch, engagiert, gutes Gespräch, offen, ruhig, bemüht, persönlich, verständnisvoll, hilfsbereit, aufmerksam, herzlich, nett, fürsorglich, vorsichtig - herablassend, belehrend, Mangel an Empathie

Positiv: „sehr vorsichtiges Personal“ (ID 3182992674)

Negativ: „nur 2 nette kinderschwestern Rest Furien“ (ID 3279748057)

3.2.2 Kompetenz der Betreuungspersonen: Professionalität, Austausch und Informationsvermittlung, gute/tolle Betreuung, handwerkliches Geschick, gute Geburtsanleitung, Erfahrung, Qualifikation, Fachwissen

Positiv: „mit sehr guten Fachkenntnissen“ (ID 3182717242)

Negativ: „nicht immer kompetent“ (ID 3435834705)

3.2.3 Verfügbarkeit und Zeit der Betreuungspersonen: Betreuung/24-h-Betreuung, Unterstützung, Kontinuität, bekannte/vertraute Betreuungsperson/Wahlhebamme, persönlicher Beistand, Person hört zu, ungeteilte Aufmerksamkeit, umfassende Betreuung

Positiv: „Eigene Hebamme mit dabei“ (ID 3262256145)

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.2 Einordnung der offenen Antworten in das Kategoriensystem

Negativ: „krankenschwestern hektisch“ (ID 3355067603)

3.3.1 Hebamme als Betreuungsperson: Alle Nennungen ohne in 3.2 aufgeführte Eigenschaften

3.3.2 Arzt als Betreuungsperson: Alle Nennungen ohne an anderer Stelle aufgeführte Eigenschaften

3.3.3 Sonstige Betreuungspersonen: Alle sonstigen Nennungen ohne an anderer Stelle passende Eigenschaften

3.4 Wertschätzung: respektvoller Umgang, Vertrauen in die Mutter, Respektieren der eigenen Wünsche, Wahrung von Intimität/Ruhe/Ungestörtheit, Individualität, nur bekannte und erwünschte Personen, Bestätigung der Mutter, persönliche Ansprache, Aufmerksamkeit

Positiv: „Sehr respektvoller Umgang mit mir auch durch den Arzt“ (ID 4281134950)

Negativ: „Von einer Hebamme behandelt wie Stück Fleisch“ (ID 3182858877)

4. Sonstige/Neu (Nennungen, welche noch nicht deduktiv im Kategoriensystem enthalten)

4.1 Lob für (nach dem Bindestrich angegeben ist die manuell ausgezählte Häufigkeit der Nennungen): Wochenbettbetreuung - 31, ambulante Geburt - 25, Teamarbeit - 12, Untersuchungen - 9, Hebammengeburt - 8, Geburtsvorbereitung - 4, Hebammenkollegin - 2, Rückbildung - 1, Betreuung in der Schwangerschaft/Mutter-Kind-Pass- 1, Besprechung der Geburt - 1, seelischen Beistand - 1, Kostenerstattung - 1, Doula - 1, Nennungen ohne Zuordnungsmöglichkeit, z.B. „dass mein Kind überlebt hat“ (ID 3191152213) „trotz des traurigen Umstandes war die Betreuung top“ (ID 3378346921) „Wehend Nacht auf der Wochenstation“ (ID 3182728901) „KEINE HEBAMME“ (ID 3253837639)

Übergeordnetes Lob - 63

4.2 Mehr an (nach dem Bindestrich angegeben ist die manuell ausgezählte Häufigkeit der Nennungen): Schwangerschaftsbetreuung durch Hebamme - 34, Wochenbettbetreuung - 32, Kostenübernahme/finanzielle Besserstellung Hebamme - 32, Teamarbeit - 16, Qualität in der Geburtsvorbereitung - 7, Hebammengeburt - 4, Hilfe nach der Geburt - 4, ambulanter Geburt - 2, Besprechung der Geburt - 2, Doula - 2, einzelne Nennungen, z.B. „Ich möchte kein genaues geburtsdatum“ (ID 3231612981), „Psychologen-gespräch (babyblues)“ (ID 3435815721), „den Hebammenberuf in Österreich aufwerten“ (ID 3278775051); „Die Sicherheit des Krankenhauses/Pflegepersonals steht an erster Stelle“ (ID 3253303044), „mehr Lebensbegleitung“ (ID 3212138288), „wir brauchen ein neues geburtssystem“ (ID 3180408723)

Übergeordnete schlechte Erfahrungen - 10

5. Als „keine“/„nichts“ o.ä. wurden auch markierte Antworten, welche nichtsprachlich genannte Äußerungen verfolgten eingeordnet, z.B. 0, sinnlose Zeichenkombinationen oder Auslassungszeichen

4.3 Darstellung der Ergebnisse

4.3.1 Antworten auf die Frage nach dem „besten Erlebnis“

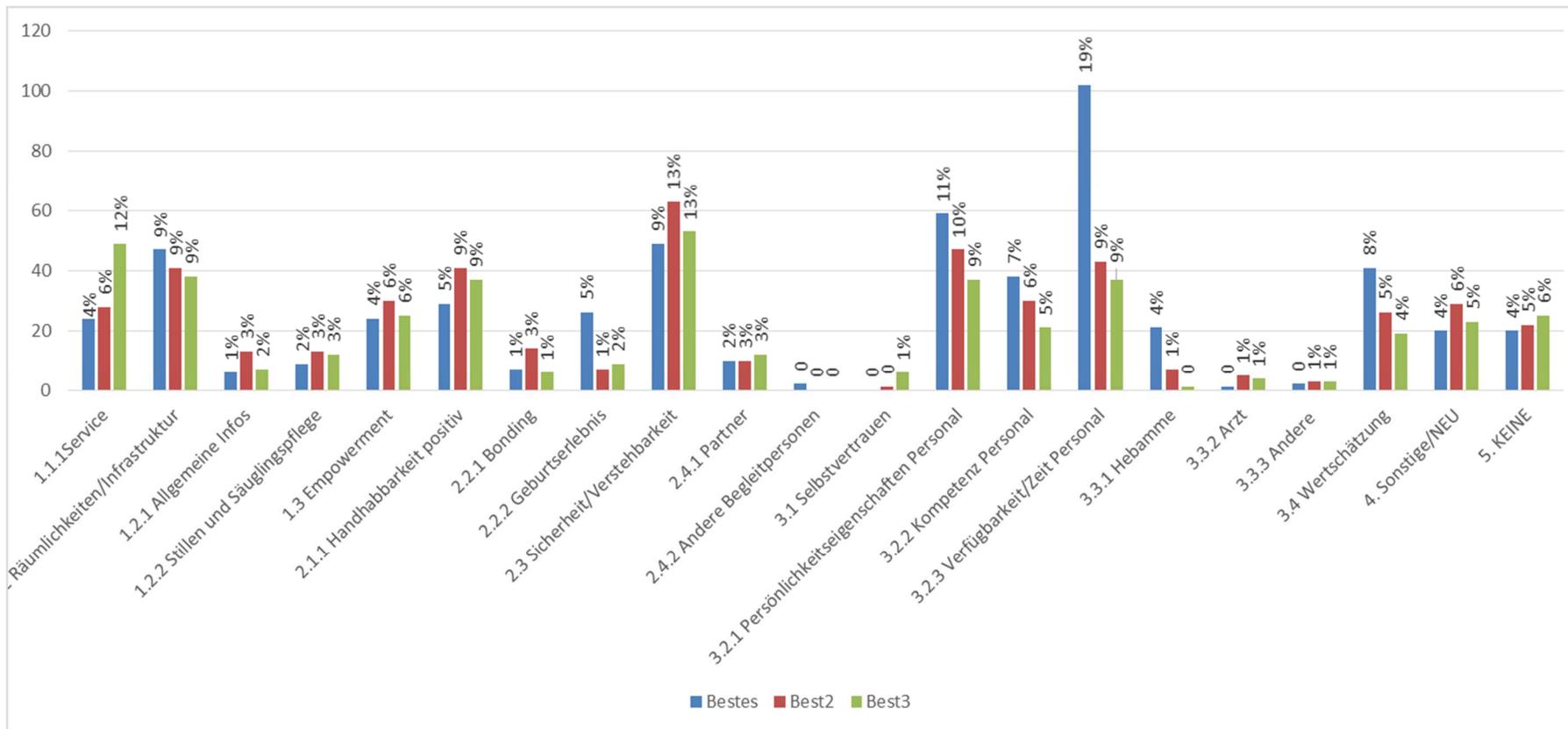


Abbildung 9 Die drei Besten Ereignisse numerisch und prozentual

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

Übergeordnet können die Ergebnisse folgendermaßen beschrieben werden: den Frauen, die in Österreich geboren haben und am B3-Survey teilnahmen waren am positivsten in Erinnerung (in absteigender Reihenfolge die Nennungen, welche mehr als 80% der Frauen vereinen, in gerundeten Prozentangaben vgl. Abbildung 9 - Säulen in blau): *Verfügbarkeit und Zeit des Personals* (19%), *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* (11%), *Sicherheit und Verstehbarkeit* (9%), *Räumlichkeiten und Infrastruktur* (9%), *Wertschätzung* (8%), *Kompetenz des Personals* (7%), *positive Handhabbarkeit* (5%), *Geburtserlebnis* (5%) und *Empowerment* sowie *Service* (je 4%). Allerdings muss auch erwähnt werden, dass fast 4% der Frauen explizit *keinerlei positive Erfahrung* zu berichten hatten, ebenso viel wie Berichte verfassten, die noch nicht deduktiv im Kategoriensystem erfasst waren. In Folge werden die erfahrenen positiven Erlebnisse in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren der Teilnehmerinnen berichtet.

Das Alter der Frau wurde eingeteilt in Gruppen von jeweils 5 Jahren; in Abhängigkeit vom Alter der teilnehmenden Frauen ergab sich dann folgendes Ergebnis (vgl. Tabelle 2): Als durchgängig am wichtigsten wurden die *Verfügbarkeit und Zeit des Personals* als bestes Erlebnis der 504 Frauen zwischen 25 und über 40 genannt (um die 20%). Lediglich bei den sechs Frauen unter 20 Jahren war die Nennung des *Geburtserlebnisses* an erster Stelle (33%), bei den 27 Teilnehmerinnen mit 20-24 Jahren standen die positiven Erfahrungen mit der *Kompetenz des Personals* (fast 26%) voran. Als zweithäufigste Nennung ergab sich in Abhängigkeit von fortgeschrittenerem Alter der Mutter wieder ein einheitlicheres Bild zu *Sicherheit und Verstehbarkeit* (fast 13% der 35-39 jährigen und 17% der über 40 jährigen), bzw. *Persönlichkeitseigenschaften* (16% der 25-29 und 12% der 30-34 jährigen). Bei den Frauen zwischen 20 und 24 Jahren wurden hier in über 18% die *Verfügbarkeit und Zeit* genannt. Die besonders jungen Mütter unter 20 hatten in zwei Fällen (33%) *überhaupt keine guten Erfahrungen* zu berichten. Die dritthäufigste Nennung zum absolut besten Ereignis bezog sich auf *Wertschätzung*, welche in 10-11% aller Frauen ab 30 genannt wurde. Die Frauen zwischen 25 und 29 sprachen ihr Lob aus für die *Räumlichkeiten und Infrastruktur* (mehr als 11%), bei den 20-24 jährigen ergaben sich zu 11% Nennungen, welche sich *keinem der Codes zuordnen ließen* und bei den unter 20jährigen wurde von je einer Frau (ca. 16%) der *Service*, bzw. die *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* hervorgehoben.

An zweiter Stelle erfolgten bei den inzwischen noch 471 Frauen durchgängig Nennungen zu *Sicherheit und Verstehbarkeit* (zwischen 12 - 16%) (Tabelle 1A im Anhang), lediglich die Gruppe der unter 20-jährigen nannte je 2 Mal (je 33%) *Persönlichkeitseigenschaften* und erneut *keinerlei gute Erfahrung*.

Als drittwichtigstes Ereignis in Abhängigkeit vom Alter ergab sich, dass von den 423 Teilnehmerinnen die 25-34 jährigen Wert auf *Sicherheit und Verstehbarkeit* legten (jeweils ca. 15%),

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

die Frauen ab 35 (mit ca. 12%) und von 20-24 (zu nahezu 30%) auf den *Service* (Tabelle 2A im Anhang). Bei den Frauen unter 20 antworteten nur noch drei Teilnehmerinnen, davon 2 mit „*kein gutes Ereignis*“. Weitere Darstellungen und die vollständigen Zahlen sind dem Anhang zu entnehmen.

Tabelle 2 Bestes Ereignis in Abhängigkeit vom Alter der Mutter prozentual

Anzahl von Bestes Ereignis	Alter						Gesamt
	Unter 20	20-24	25-29	30-34	35-39	Über 40	
1.1.1 Service	16,7%	7,4%	3,2%	4,3%	5,8%	2,9%	4,5%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	0,0%	3,7%	11,5%	8,1%	6,8%	11,4%	8,8%
1.2.1 Allgemeine Infos	0,0%	0,0%	1,3%	1,0%	1,9%	0,0%	1,1%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	0,0%	0,0%	1,3%	3,3%	0,0%	0,0%	1,7%
1.3 Empowerment	0,0%	7,4%	1,3%	6,2%	5,8%	2,9%	4,5%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	0,0%	0,0%	9,0%	4,8%	1,9%	8,6%	5,4%
2.2.1 Bonding	0,0%	0,0%	0,6%	1,4%	1,9%	2,9%	1,3%
2.2.2 Geburtserlebnis	33,3%	0,0%	4,5%	7,1%	1,9%	0,0%	4,8%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	0,0%	7,4%	10,3%	5,7%	12,6%	17,1%	9,1%
2.4.1 Partner	0,0%	0,0%	3,2%	1,4%	1,0%	2,9%	1,9%
2.4.2 Andere Begleitpersonen	0,0%	0,0%	0,6%	0,5%	0,0%	0,0%	0,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	16,7%	3,7%	16,0%	11,9%	5,8%	2,9%	11,0%
3.2.2 Kompetenz Personal	0,0%	25,9%	5,1%	5,7%	9,7%	2,9%	7,1%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	0,0%	18,5%	17,9%	19,5%	20,4%	20,0%	19,0%
3.3.1 Hebamme	0,0%	3,7%	3,2%	3,8%	5,8%	2,9%	3,9%
3.3.2 Arzt	0,0%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
3.3.3 Andere	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	1,0%	0,0%	0,4%
3.4 Wertschätzung	0,0%	7,4%	3,2%	9,5%	9,7%	11,4%	7,6%
4. Sonstige/NEU	0,0%	11,1%	1,3%	3,3%	3,9%	11,4%	3,7%
5. KEINE	33,3%	0,0%	5,8%	2,4%	3,9%	0,0%	3,7%
Gesamt	100,0%						

Nahezu unabhängig vom Setting der Geburt stand nach der Sortierung in Klinische und Außerklinische Geburtsorte für die teilnehmenden Frauen an erster Stelle die Zufriedenheit mit *Zeit/Verfügbarkeit des Personals* (Tabelle 3). Bei Kreißsaalgeburten zu gut 19%, zu 20% bei zehn der Frauen, welche in freien Geburtshäusern geboren hatten, und auch bei den sonstigen Geburtsorten zu über 22%. Bei den Hausgeburten allerdings war die oberste Priorität gesetzt auf *Wertschätzung* mit über 22%. Bei der Aufführung des besten Ereignisses folgten an zweiter Stelle mit 13% der Gebärsaalgeburten die *Persönlichkeitseigenschaften des Personals*, bei sonstigen Orten gleichwertig mit ca. 11% *Sicherheit/Verstehbarkeit* und *Empowerment* und bei Hausgeburten die *Verfügbarkeit/Zeit* mit fast 17%. An dritter Stelle beim besten Erlebnis standen bei den Kreißsaalgeburten mit je fast 9% *Sicherheit* und *Kompetenz des Personals*. In Geburtshäusern und sonstigen Geburtsorten ergab sich ein uneinheitliches Bild mit Angaben zu verschiedensten Themen. Frauen, die zu Hause geboren hatten erwähnten allerdings positiv die *Räumlichkeiten* und die *positive Handhabbarkeit* der Ereignisse zu je 10%.

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

Das zweitbeste Erlebnis in Zusammenhang mit dem Setting der Geburt stellte sich folgendermaßen zusammen (Tabelle 3A im Anhang): Bei Hausgeburten war die *positive Handhabbarkeit* (über 17%) am wichtigsten, ebenso bei Geburten in unabhängigen Geburtshäusern (je 20%). Bei Klinikgeburten lag mit ca. 12% die *Sicherheit* ganz vorne. Bei den zwei Frauen, welche in einem an die Klinik angeschlossenen Geburtshaus geboren hatten lag der Fokus (je eine Antwort = 50%) auf *Allgemeinen Infos* und *positiver Handhabbarkeit*, und die Geburten an Sonstigen Plätzen glänzten durch positive *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* (17%) und an zweiter Stelle ebenfalls durch empfundene *Sicherheit* (11%).

An dritter Stelle ergaben sich ebenfalls ähnliche Schwerpunkte: den noch teilnehmenden 99 Frauen nach Hausgeburt galt die *Sicherheit* am Meisten (über 21%), an den anderen Orten der *Service* (11-22%) (vgl. Tabelle 4A im Anhang). Gefolgt wurden diese Hervorhebungen von weiter uneinheitlichen Nennungen zu den Themen *Räumlichkeiten*, *Sicherheit* und *positiver Handhabbarkeit*.

Tabelle 3 Bestes Ereignis in Abhängigkeit vom Setting der Geburt prozentual

	Kreisssaal	Geburtshaus, unabhängig	Sonstiges	Zu Hause	Gesamt
1.1.1 Service	5,6%	0,0%	2,3%	1,9%	4,5%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	8,3%	10,0%	6,8%	10,2%	8,6%
1.2.1 Allgemeine Infos	1,3%	0,0%	0,0%	0,9%	1,1%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	1,6%	0,0%	4,5%	0,9%	1,7%
1.3 Empowerment	1,9%	20,0%	11,4%	9,3%	4,5%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	4,3%	10,0%	2,3%	10,2%	5,4%
2.2.1 Bonding	1,6%	0,0%	2,3%	0,0%	1,3%
2.2.2 Geburtserlebnis	5,6%	10,0%	0,0%	3,7%	4,9%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	8,8%	0,0%	11,4%	9,3%	9,0%
2.4.1 Partner	2,4%	0,0%	2,3%	0,0%	1,9%
2.4.2 Andere Begleitpersonen	0,3%	0,0%	0,0%	0,9%	0,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	13,4%	10,0%	4,5%	5,6%	11,0%
3.2.2 Kompetenz Personal	8,8%	20,0%	2,3%	1,9%	7,1%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	19,3%	20,0%	22,7%	16,7%	19,1%
3.3.1 Hebamme	4,0%	0,0%	6,8%	2,8%	3,9%
3.3.2 Arzt	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
3.3.3 Andere	0,3%	0,0%	2,3%	0,0%	0,4%
3.4 Wertschätzung	3,5%	0,0%	9,1%	22,2%	7,7%
4. Sonstige/NEU	4,3%	0,0%	4,5%	1,9%	3,7%
5. KEINE	4,3%	0,0%	4,5%	1,9%	3,7%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Für die 79 Frauen mit einem Migrationshintergrund (fast 15% der Teilnehmerinnen) zeigte sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 4): Die drei meistgenannten besten Erfahrungen galten der *Verfügbarkeit und Zeit des Personals* (19%), der *Wertschätzung* und der *empfundene Sicherheit* (jeweils 10%). An zweiter Stelle folgten von nunmehr 72 Frauen die Antworten zu *Sicherheit* (fast 14%), neben *Räumlichkeiten und Infrastruktur* mit über 12%, *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* und *Empowerment* (jeweils 11%) (vgl. Tabelle 5A im Anhang). Die dritthäufigsten Nennungen (64 insgesamt) ergaben sich zur *Verfügbarkeit des Personals* (14%), *Empowerment und Service* (beide jeweils fast 11%) (Tabelle 6A im Anhang).

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

Demgegenüber zeigten sich die 458 Frauen ohne Migrationshintergrund (mehr als 85%) ebenfalls am zufriedensten mit der *Verfügbarkeit und Zeit des Personals* (19%), allerdings gefolgt von den *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* (fast 12%) und der *Sicherheit/Verstehbarkeit* (9%). Als zweitwichtigste Nennung der noch teilnehmenden 400 Frauen erfolgten hier erneut die *Sicherheit* (13%), *Persönlichkeitseigenschaften* und *Zeit/Verfügbarkeit des Personals* (jeweils fast 10%), lediglich in anderer Reihenfolge. An dritter Stelle (359 Antworten) ergaben sich hier Präferenzen für *Sicherheit und Verstehbarkeit* (14%), *Service* (knapp 12%) und *Persönlichkeitseigenschaften Personal* (fast 10%) (vgl. Tabelle 5A und 6A im Anhang)

Tabelle 4 Bestes Ereignis in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund prozentual

Anzahl von Best	Migration		Gesamt
	Ich bin hier geboren	Ich bin hierher gezogen	
1.1.1 Service	4,8%	2,5%	4,5%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	9,2%	6,3%	8,8%
1.2.1 Allgemeine Infos	0,9%	2,5%	1,1%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	2,0%	0,0%	1,7%
1.3 Empowerment	4,6%	3,8%	4,5%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	4,8%	8,9%	5,4%
2.2.1 Bonding	0,7%	5,1%	1,3%
2.2.2 Geburtserlebnis	4,4%	7,6%	4,8%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	9,0%	10,1%	9,1%
2.4.1 Partner	1,7%	2,5%	1,9%
2.4.2 Andere Begleitpersonen	0,4%	0,0%	0,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	11,8%	6,3%	11,0%
3.2.2 Kompetenz Personal	7,4%	5,1%	7,1%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	19,0%	19,0%	19,0%
3.3.1 Hebamme	3,7%	5,1%	3,9%
3.3.2 Arzt	0,0%	1,3%	0,2%
3.3.3 Andere	0,4%	0,0%	0,4%
3.4 Wertschätzung	7,2%	10,1%	7,6%
4. Sonstige/NEU	3,9%	2,5%	3,7%
5. KEINE	4,1%	1,3%	3,7%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Die Koppelung von Parität und positiven Geburtserfahrungen ließ ebenfalls ein klareres Bild von Zusammenhängen erkennen (Tabelle 5). Zwar waren sich beide Gruppen mit je ca. 19% sehr einig, dass die *Verfügbarkeit und Zeit des Personals* die positivste Erfahrung gewesen war, sowie an zweiter Stelle die *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* zu je ca. 11%. Mehrgebärende Frauen allerdings berichteten genauso positiv von der *erlebten Sicherheit und Verstehbarkeit*, während Frauen nach der ersten Geburt die *Kompetenz des Personals* mit ebenfalls 11% lobend hervorhoben.

Die Nennung der zweitbesten Erfahrung bezog sich bei den 246 Erstgebärenden gleichwertig auf *Sicherheit* und *Persönlichkeitseigenschaften* (je 12%), im Anschluss lobten sie zu je ca. 9% die

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell
 4.3 Darstellung der Ergebnisse

Räumlichkeiten und *Verfügbarkeit des Personals*. Bei den Mehrgebärenden lag der Fokus zu 15% auf der Erwähnung von *Sicherheit* und *positiver Handhabbarkeit* (12%). Ebenfalls Thema für die Frauen mit häufigerer Geburtserfahrung waren die *Zeit und Verfügbarkeit des Personals* (fast 10%) *Räumlichkeiten*, nahezu gleichauf mit *Empowerment* (je knapp 9%). Zur drittbesten Erfahrung bezogen sich die Erstgebärenden vor allem auf *Service* und *Sicherheit/Verstehbarkeit der Ereignisse* (fast 13%), dann auf *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* (10%). Den Mehrgebärenden waren an dieser Stelle vor allem wichtig die *positive Handhabbarkeit* (13%), gefolgt ebenfalls von *Sicherheit* (12%) und *Service* zu 10% (Tabellen 8A und 9A im Anhang).

Tabelle 5: Bestes Ereignis in Abhängigkeit von Parität prozentual

Bestes Ereignis	Parität		
	Erstgebärende	Mehrgebärende	Gesamt
1.1.1 Service	4,7%	4,3%	4,5%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	7,5%	10,1%	8,8%
1.2.1 Allgemeine Infos	1,4%	0,8%	1,1%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	1,8%	1,6%	1,7%
1.3 Empowerment	4,3%	4,7%	4,5%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	5,0%	5,8%	5,4%
2.2.1 Bonding	0,4%	2,3%	1,3%
2.2.2 Geburtserlebnis	5,7%	3,9%	4,8%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	7,2%	11,2%	9,1%
2.4.1 Partner	1,4%	2,3%	1,9%
2.4.2 Andere Begleitpersonen	0,4%	0,4%	0,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	11,1%	10,9%	11,0%
3.2.2 Kompetenz Personal	10,4%	3,5%	7,1%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	18,3%	19,8%	19,0%
3.3.1 Hebamme	3,9%	3,9%	3,9%
3.3.2 Arzt	0,4%	0,0%	0,2%
3.3.3 Andere	0,7%	0,0%	0,4%
3.4 Wertschätzung	6,1%	9,3%	7,6%
4. Sonstige/NEU	3,9%	3,5%	3,7%
5. KEINE	5,4%	1,9%	3,7%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell
 4.3 Darstellung der Ergebnisse

4.3.2 Antworten auf die Frage nach der verbesserungswürdigsten Erfahrung

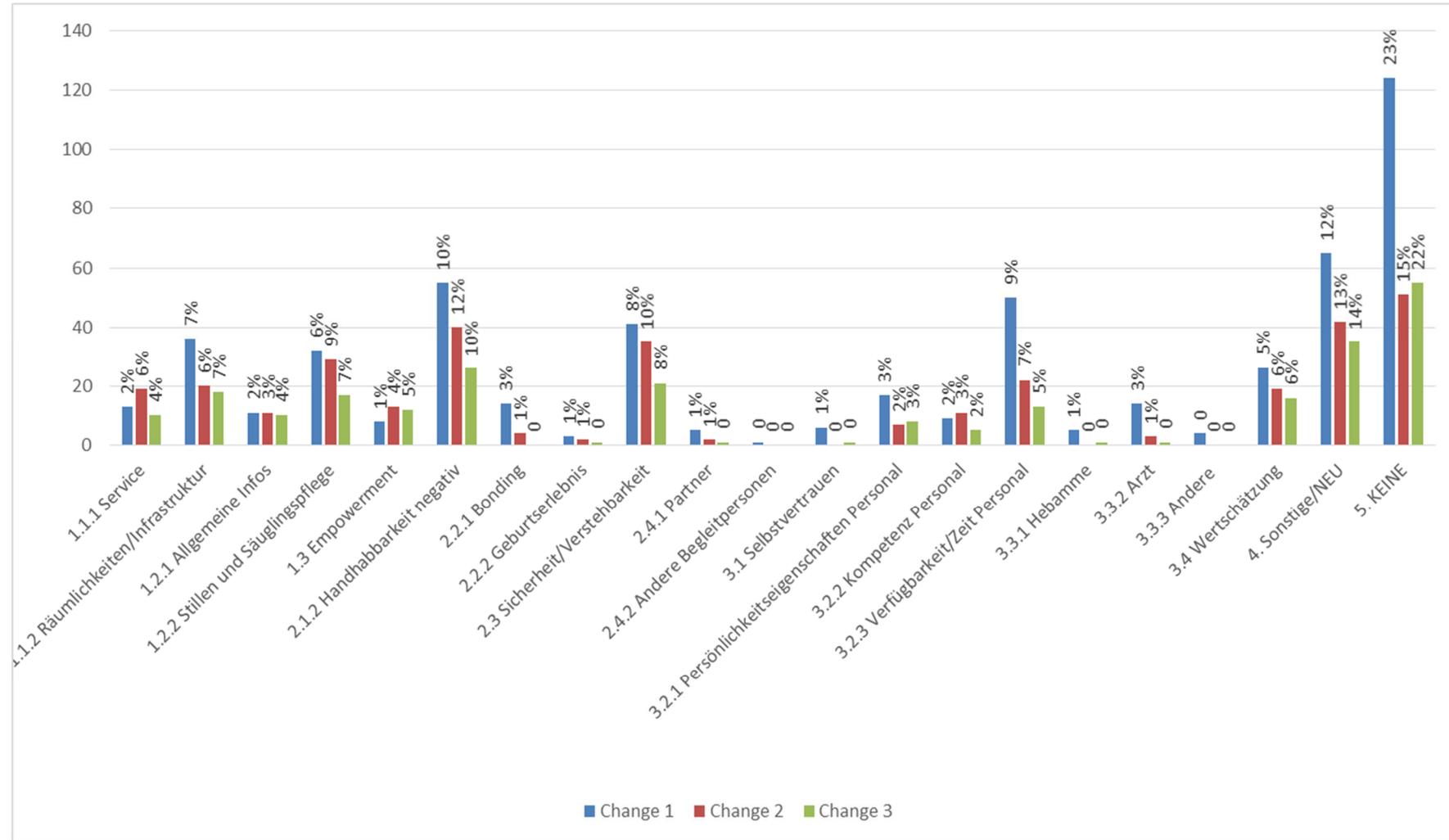


Abbildung 10 Die drei verbesserungswürdigsten Erlebnisse numerisch und prozentual

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

Um zuerst die übergeordneten verbesserungsbedürftigen Erfahrungen der 537 Frauen zu berichten, welche mit auswertbaren Fragebögen am B3 teilnahmen seien hier erneut in absteigender Reihenfolge die Berichte, welche 80% der Frauen vereinen genannt (Abbildung 10): *Keine negativen Erfahrungen* machten 23% aller Frauen, gefolgt von 12% *Aussagen tätigten, welche nicht im deduktiv erstellten Rahmenmodell enthalten waren*, ca. 10% der Frauen äußerten sich zur *negativ erlebten Handhabbarkeit und unzureichender Verfügbarkeit und Zeit des Personals* (9%), zur *mangelnden Sicherheit/Verstehbarkeit* fast 8% und knapp 7% berichteten über *verbesserungswürdige Bedingungen der Infrastruktur und Räumlichkeiten*. Knapp 6% sahen *Verbesserungsbedarf beim Stillen* und knapp 5% beklagten *mangelnde Wertschätzung*.

In der dem Alter zugeordneten Verbindung zwischen Verbesserungswürdigem und Altersgruppen im Abstand von je fünf Jahren zeigte sich bei allen Gruppen, bis auf die der 20-24 jährigen, dass die Nennung von *fehlenden Verbesserungsvorschlägen* die Liste anführte (vgl. Tabelle 8). Darauf (24%) folgte bei den 25-29 jährigen nahezu gleichberechtigt mit je 9-10% der *Wunsch nach besserer Handhabbarkeit, mehr Zeit und Verfügbarkeit des Personals* und *nicht im Rahmenmodell gelisteten Verbesserungen*. Bei den 30-34 jährigen mit 22% *ohne Wünschen nach Veränderung* schlossen sich neben den Vorschlägen für *noch zu erstellende Kategorien* mit jeweils 10% in Folge *negative Handhabbarkeit*, sowie *mehr Verfügbarkeit und Zeit des Personals* an. Die Frauen zwischen 35 und 39 plädierten neben dem Lob für *nicht erforderliche Verbesserungen* (22%) zu knapp 15% für *nicht im Kategoriensystem definierte Erneuerungen* und beklagten in knapp 12% der Fälle ebenfalls *negative Handhabbarkeit*. Auch die Frauen über 40 waren in fast 26% *überaus zufrieden*, wünschten sich in 17% *Neuerungen ohne Hintergrund aus dem Rahmenmodell* und in Folge Verbesserungen zu knapp 9% bei *Stillberatung, Sicherheit* und *Handhabbarkeit*. Die sehr kleine Stichprobe von sechs Frauen unter 20 konnte im Gegensatz zu den anderen Altersgruppen in 50% der Fälle von ausschließlich positiven Erlebnissen berichten, gefolgt von diversen einzelnen Wünschen. Frauen zwischen 20 und 24 schließlich bezogen sich gleichwertig mit ca. 15% auf *Verfügbarkeit und Zeit des Personals*, dessen *Persönlichkeitseigenschaften* und *nicht im Auswertungsverfahren enthaltene Verbesserungsvorschläge*.

An der Position der zweitwichtigsten verbänderungsbedürftigen Erfahrung war das Bild der nunmehr 329 Teilnehmerinnen in Abhängigkeit von der Altersgruppe nicht mehr so homogen (Tabelle 10A im Anhang). Lediglich die Frauen zwischen 30 (15%) und 39 Jahren (19%) verwiesen auf *mehrheitlich positive Erfahrungen*. Frauen über 40 wünschten überwiegend *nicht gelistete Verbesserungen* (knapp 21%), die zwischen 25 und 29 forderten zu 14% Verbesserungen bei *Sicherheit*, die Frauen zwischen 20 und 24 in knapp 18% der Fälle besseren *Service* und ebenfalls

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

mehr *Sicherheit*. Die vier Frauen unter 20 hatten erneut zum Großteil (75%) *keine Verbesserungsvorschläge* zu machen.

An Stelle des drittwichtigsten verbesserungswürdigsten Ereignis stellte sich wieder dar, dass die noch 250 antwortenden Frauen unabhängig vom Alter priorisiert *positive Erfahrungen* berichten konnten (vgl. Tabelle 11A im Anhang). 19% der Frauen von 25-29 äußerten dies, sowie die Betonung des Wunsches nach *verbesselter Handhabbarkeit* und *nicht gelisteten Wünschen*, mit je ca. 13%. Das nahezu gleiche Bild ergab sich für die 30-34 jährigen Frauen – 20% *ohne veränderungswürdige Erfahrungen* und fast 16% mit noch im Kategoriensystem *nicht definierten Wünschen*, gefolgt von der Forderung nach *besserer Handhabbarkeit* in 11% der Fälle. Die Frauen von 35 - 39 wünschten außerdem zu knapp 14% noch *mehr Wertschätzung* nachdem sie zu knapp 26% *nur positives* berichtet hatten und in 19% der Fälle *neue Ideen außerhalb des Rahmenmodells* hatten. Bei den acht 20-24 jährigen war das Bild sehr uneinheitlich mit einzelnen Nennungen zu verschiedenen Themen.

Tabelle 6 Verbesserungswürdigstes Ereignis in Abhängigkeit vom Alter prozentual

Anzahl von Change 1	Alter						Gesamt
	Unter 20	20-24	25-29	30-34	35-39	Über 40	
1.1.1 Service	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	5,8%	0,0%	2,4%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	0,0%	3,7%	7,7%	6,1%	7,8%	5,7%	6,7%
1.2.1 Allgemeine Infos	0,0%	3,7%	3,2%	1,4%	0,0%	5,7%	2,0%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	16,7%	3,7%	6,4%	5,2%	5,8%	8,6%	5,9%
1.3 Empowerment	0,0%	3,7%	0,0%	1,9%	2,9%	0,0%	1,5%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	16,7%	7,4%	9,6%	10,4%	11,7%	8,6%	10,2%
2.2.1 Bonding	0,0%	0,0%	4,5%	3,3%	0,0%	0,0%	2,6%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,0%	0,0%	0,6%	0,5%	1,0%	0,0%	0,6%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	0,0%	3,7%	7,1%	9,0%	6,8%	8,6%	7,6%
2.4.1 Partner	0,0%	3,7%	0,6%	0,5%	1,0%	2,9%	0,9%
2.4.2 Andere Begleitpersonen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	0,2%
3.1 Selbstvertrauen	0,0%	3,7%	1,3%	0,9%	1,0%	0,0%	1,1%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	0,0%	14,8%	3,8%	1,9%	2,9%	0,0%	3,2%
3.2.2 Kompetenz Personal	0,0%	0,0%	1,9%	1,9%	1,0%	2,9%	1,7%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	0,0%	14,8%	9,0%	10,4%	7,8%	5,7%	9,3%
3.3.1 Hebamme	0,0%	3,7%	1,3%	0,5%	1,0%	0,0%	0,9%
3.3.2 Arzt	0,0%	3,7%	3,2%	3,3%	1,0%	0,0%	2,6%
3.3.3 Andere	0,0%	0,0%	0,6%	1,4%	0,0%	0,0%	0,7%
3.4 Wertschätzung	0,0%	7,4%	5,1%	3,8%	5,8%	5,7%	4,8%
4. Sonstige/NEU	16,7%	7,4%	9,6%	12,3%	14,6%	17,1%	12,1%
5. KEINE	50,0%	14,8%	24,4%	22,2%	22,3%	25,7%	23,0%
Gesamt	100,0%						

Unterschiede zeigten sich deutlich bei der Zuordnung der Geburten in ein klinisches oder außerklinisches Setting (Tabelle 7): Im Gegensatz zu gut 20% aller 366 Frauen, welche bei Spitalgeburten *keinerlei negative Erfahrung* berichteten, hatten fast 36% aller 107 Hausgeburtsfrauen keine Verbesserungsvorschläge zu berichten. Ebenso zeigten sich 30% der 9

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

Geburtshauserfahrenen sehr zufrieden, lediglich die 43 Frauen mit Sonstigen Geburtsorten hatten nur zu 14% keinerlei Veränderungswünsche. Frauen nach Krankenhausgeburt wünschten sich nachfolgend zu über 11% *mehr Verfügbarkeit und Zeit des Personals*, ebenso Frauen mit Erfahrungen an sonstigen Geburtsorten (14%); die nach außerklinischer Geburt hatten sowohl im Geburtshaus (20%) als auch nach Hausgeburt (knapp 32%) *Wünsche, welche nicht im Kategoriensystem gelistet* sind – vor allem nach mehr Hebammenbetreuung und Kostenerstattung (vgl. Kapitel 4.2.1). Beim Bericht über die *negative Handhabbarkeit* des Erlebten waren sich Frauen nach Krankenhausgeburt (knapp 11%) und Geburt an nicht näher definierten Orten (über 11%) einig. Frauen nach einer Hausgeburt beklagten *mangelnde Sicherheit* in etwas mehr als 9% der Fälle.

An zweiter Stelle der Nennungen (vgl. Tabelle 12A im Anhang) lag mit über 13% bei den 234 Klinikgeburten erneut das *Fehlen von Verbesserungswünschen*, gefolgt von der Erwähnung der *negativen Handhabbarkeit* (12%) und dem Wunsch nach *mehr Sicherheit* (knapp 11%). Die 65 Frauen mit Hausgeburten wünschten sich ebenfalls an dieser Stelle am häufigsten (29%) Dinge, die sie auch an erster Stelle vermisst hatten – *jene, die nicht im Rahmenmodell erwähnt* wurden; außerdem stand die Erwähnung von *keinerlei Verbesserungen* zu 26% weit oben auf der Prioritätenliste, gefolgt von sehr verstreuten Antworten zu diversen anderen Bereichen. Frauen mit Geburtshausgeburten nahmen nur noch zu dritt Teil und verteilten ihre Antworten gleichmäßig auf verschiedenen Bereiche. An den sonstigen Geburtsorten (27 Frauen) war der Wunsch nach *besserer Stillbetreuung* am Größten (knapp 19%), im Anschluss folgte die als *negativ bewertete Handhabbarkeit* der Erlebnisse (fast 15%).

Das Bild bei den drittwichtigsten Veränderungswünschen war nahezu das Gleiche (Tabelle 13A im Anhang): Bei den 175 Kreißsaal Geburten *keine* (knapp 19%), gefolgt vom Wunsch nach *mehr Handhabbarkeit* (fast 13%) und nun auch hier *nicht im Rahmenmodell definierte Nennungen* zu über 10%. Zu Hause wünschten über 35% der 51 Frauen erneut *keinerlei Veränderungen*, knapp 30% forderten *nicht im Auswertungsverfahren genannte Bereiche* und es folgten diverse Nennungen ohne Schwerpunkt, wie auch an den sonstigen Geburtsorten.

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell
 4.3 Darstellung der Ergebnisse

Tabelle 7 Verbesserungswürdigstes Ereignis in Abhängigkeit vom Setting prozentual

Anzahl von Change 1	Setting					Gesamt
	Kreißsaal	Geburtshaus, unabhängig	Sonstiges	Zu Hause		
1.1.1 Service	3,0%	0,0%	0,0%	0,9%	2,3%	
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	7,9%	0,0%	7,0%	1,9%	6,5%	
1.2.1 Allgemeine Infos	2,2%	0,0%	4,7%	0,9%	2,1%	
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	7,4%	0,0%	9,3%	0,0%	5,9%	
1.3 Empowerment	1,4%	0,0%	2,3%	0,9%	1,3%	
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	10,9%	11,1%	11,6%	7,5%	10,3%	
2.2.1 Bonding	2,2%	0,0%	7,0%	0,0%	2,1%	
2.2.2 Geburtserlebnis	0,5%	0,0%	0,0%	0,9%	0,6%	
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	7,7%	0,0%	7,0%	9,3%	7,8%	
2.4.1 Partner	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
2.4.2 Andere Begleitpersonen	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	
3.1 Selbstvertrauen	0,8%	11,1%	0,0%	1,9%	1,1%	
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	3,8%	11,1%	4,7%	0,0%	3,2%	
3.2.2 Kompetenz Personal	2,2%	0,0%	0,0%	0,9%	1,7%	
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	11,5%	0,0%	14,0%	0,9%	9,3%	
3.3.1 Hebamme	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
3.3.2 Arzt	2,7%	0,0%	0,0%	3,7%	2,7%	
3.3.3 Andere	0,8%	0,0%	2,3%	0,0%	0,8%	
3.4 Wertschätzung	5,5%	11,1%	4,7%	2,8%	5,0%	
4. Sonstige/NEU	6,3%	22,2%	11,6%	31,8%	12,2%	
5. KEINE	20,2%	33,3%	14,0%	35,5%	23,0%	
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Erfreulicherweise konnten außerdem sowohl die 80 Frauen mit, als auch 459 ohne Migrationshintergrund zuvorderst (21 und 23%) berichten, dass sie *keinerlei verbesserungswürdige Erfahrungen* bei ihrer Geburt gemacht hatten (vgl. Tabelle 8). An zweiter Stelle des verbesserungsbedürftigsten Erlebnisses sahen beide Gruppen (11% ohne Migration, knapp 18% mit Migration) allerdings *nicht im Kategoriensystem benannte Gegebenheiten*, allen voran mehr (auch bessere) Betreuung durch Hebammen während Schwangerschaft und Wochenbett und deren Kostenübernahme durch Krankenkassen (vgl. Kapitel 4.2.1). Dieser Wunsch wurde bei den in Österreich geborenen Frauen knapp gefolgt von dem Bedürfnis nach *mehr Zeit und Verfügbarkeit des Personals* und den *schlechten Erfahrungen mit negativer Handhabbarkeit* (beide 9%). Frauen, welche nicht in Österreich geboren waren hatten zu über 15% die *negativsten Erfahrungen mit schlechter Handhabbarkeit* gemacht.

An zweiter Stelle berichteten in beiden Gruppen gut 7% (mit Migrationshintergrund), bzw. mehr als 17% ohne Migrationshintergrund *keine negativen Erfahrungen* (vgl. Tabelle 14A im Anhang). Auch hier zeigte sich bei den in Österreich geborenen Frauen wieder, dass das *Rahmenmodell an dieser Stelle nicht ausreichend war* – fast 13% der Frauen berichteten von negativen Erlebnissen, welche dort nicht enthalten waren. Außerdem empfanden ca. 11% dieser Frauen die *Sicherheit* als nicht ausreichend und *negative Handhabbarkeit* als störend. Bei den Frauen, die außerhalb Österreichs geboren waren lag das Augenmerk ebenfalls zu über 18% auf der

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

negativen Handhabbarkeit, gefolgt von Mängeln bei *Verfügbarkeit und Zeit des Personals* (über 14%) und *neuen Kategorien* in knapp 13% der Nennungen.

Die dritt wichtigste veränderungswürdige Erfahrung in Zusammenhang mit Migrationshintergrund stellte sich folgendermaßen dar (Tabelle 14A im Anhang): von den nun noch 202 antwortenden Frauen ohne diesen waren fast 25% in der glücklichen Lage *von keiner negativen Erfahrung* berichten zu müssen. An zweiter Stelle folgten bei ihnen erneut (diesmal zu knapp 13%) *neue Kategorien* und an dritter Stelle mit 11% die *negative Handhabbarkeit*. Frauen die nicht ursprünglich aus Österreich kamen berichteten ebenfalls zu knapp 20% *von nicht gelisteten Erfahrungen*, zu je knapp 15% von nötigen Verbesserungen bezüglich *Stillen und Sicherheit* und zu 11% *von keiner negativen Erfahrung*.

Tabelle 8 Verbesserungswürdigstes Ereignis in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund prozentual

Anzahl von Change 1	Migration		Gesamt
	Ich bin hier geboren	Ich bin hierher gezogen	
1.1.1 Service	2,4%	2,5%	2,4%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	7,4%	2,5%	6,7%
1.2.1 Allgemeine Infos	2,0%	2,5%	2,0%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	5,7%	7,5%	5,9%
1.3 Empowerment	1,5%	1,3%	1,5%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	9,4%	15,0%	10,2%
2.2.1 Bonding	3,1%	0,0%	2,6%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,7%	0,0%	0,6%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	8,1%	5,0%	7,6%
2.4.1 Partner	0,9%	1,3%	0,9%
2.4.2 Andere Begleitpersonen	0,2%	0,0%	0,2%
3.1 Selbstvertrauen	1,3%	0,0%	1,1%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	2,8%	5,0%	3,2%
3.2.2 Kompetenz Personal	1,5%	2,5%	1,7%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	9,4%	8,8%	9,3%
3.3.1 Hebamme	1,1%	0,0%	0,9%
3.3.2 Arzt	2,4%	3,8%	2,6%
3.3.3 Andere	0,7%	1,3%	0,7%
3.4 Wertschätzung	5,2%	2,5%	4,8%
4. Sonstige/NEU	11,1%	17,5%	12,1%
5. KEINE	23,3%	21,3%	23,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Auch bei der Zusammenführung von verbesserungswürdigem Ereignis und Parität zeigte sich folgendes (Tabelle 9): Knapp 19% der 279 Erstgebärenden und über 27% der 258 Mehrgebärenden konnten *nicht von negativen Erlebnissen* berichten. Diese Einschätzung wurde bei Erstgebärenden gefolgt vom Wunsch nach *mehr Zeit und Verfügbarkeit des Personals* (über 12%) und ebenso wie bei Mehrgebärenden (13%) von *Antworten, welche nicht dem Rahmenmodell*

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

zuordenbar waren (11%). Außerdem wünschten sich Mehrgebärende noch *mehr positive Handhabbarkeit* (11%).

Die Nennungen zum zweitwichtigsten verbesserungswürdigen Erlebnis zeigten, dass bei den 175 Frauen nach einer Geburt kurz nach *mangelnder schlechter Erfahrungen* (13%) zu gleichen Teilen Verbesserungen bei Hilfe zum *Stillen* und die *bessere Handhabbarkeit* von Ereignissen gewünscht waren (jeweils 12%, Tabelle 15A im Anhang); Frauen nach mindestens zwei Geburten (154 insgesamt) legten die gleichen Schwerpunkte wie beim allerwichtigsten negativen Ereignis (oben).

Auch an dritter Stelle war bei den 120 Mehrgebärenden das Ergebnis wie oben dargestellt (keine negativen Erfahrungen – 26%, nicht aufgeführt im Rahmenmodell – 15% und negative Handhabbarkeit – 13%), die 130 Erstgebärenden machten ebenfalls erfreulicherweise wieder die positive Erfahrung von *nicht verbesserungswürdigen Erfahrungen* im Bereich von 19% (vgl. Tabelle 16A im Anhang). Gefolgt von Berichten, welche *noch nicht in das Kategoriensystem aufgenommen* worden waren in 13% der Fälle und erneut dem Wunsch nach *verbesselter Stillbetreuung* in 9%.

Tabelle 9 Verbesserungswürdigstes Ereignis in Abhängigkeit von Parität prozentual

Anzahl von Change 1	Parität		Gesamt
	Erstgebärende	Mehrgebärende	
1.1.1 Service	2,5%	2,3%	2,4%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	5,7%	7,8%	6,7%
1.2.1 Allgemeine Infos	1,8%	2,3%	2,0%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	8,6%	2,7%	5,8%
1.3 Empowerment	1,8%	1,2%	1,5%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	9,3%	10,9%	10,1%
2.2.1 Bonding	2,5%	2,7%	2,6%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,4%	0,8%	0,6%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	7,2%	8,1%	7,6%
2.4.1 Partner	1,4%	0,4%	0,9%
2.4.2 Andere Begleitpersonen	0,0%	0,4%	0,2%
3.1 Selbstvertrauen	0,7%	1,6%	1,1%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	3,6%	2,7%	3,2%
3.2.2 Kompetenz Personal	1,4%	1,9%	1,7%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	12,5%	5,8%	9,3%
3.3.1 Hebamme	1,1%	0,8%	0,9%
3.3.2 Arzt	2,5%	2,7%	2,6%
3.3.3 Andere	1,4%	0,0%	0,7%
3.4 Wertschätzung	5,4%	4,3%	4,8%
4. Sonstige/NEU	11,1%	13,2%	12,1%
5. KEINE	19,0%	27,5%	23,1%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell
 4.3 Darstellung der Ergebnisse

4.3.3 Ehrliche Beschreibung des Geburtsortes

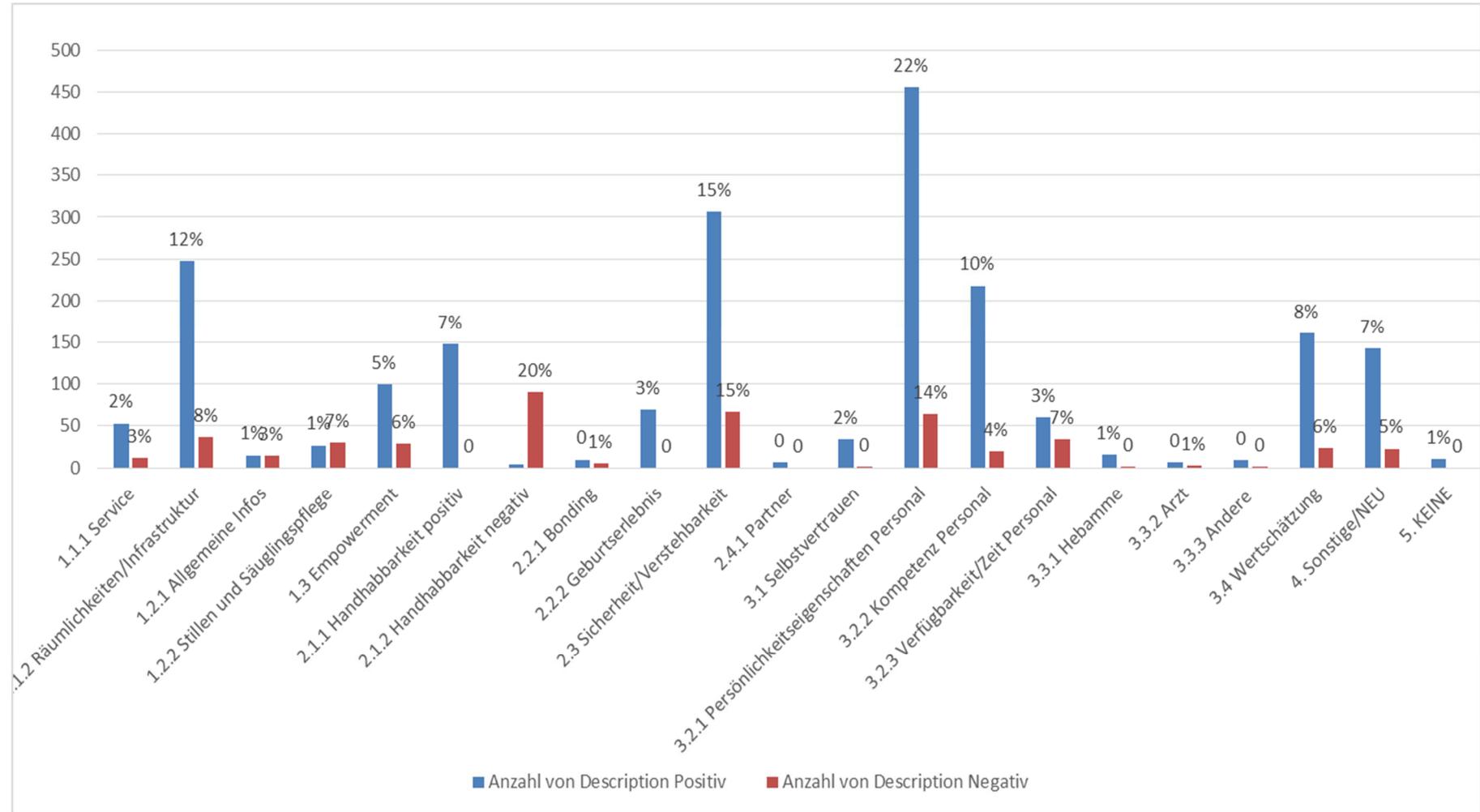


Abbildung 11 Ehrliche Beschreibung des Geburtsortes Positiv und Negativ unter Prozentangaben

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell
 4.3 Darstellung der Ergebnisse

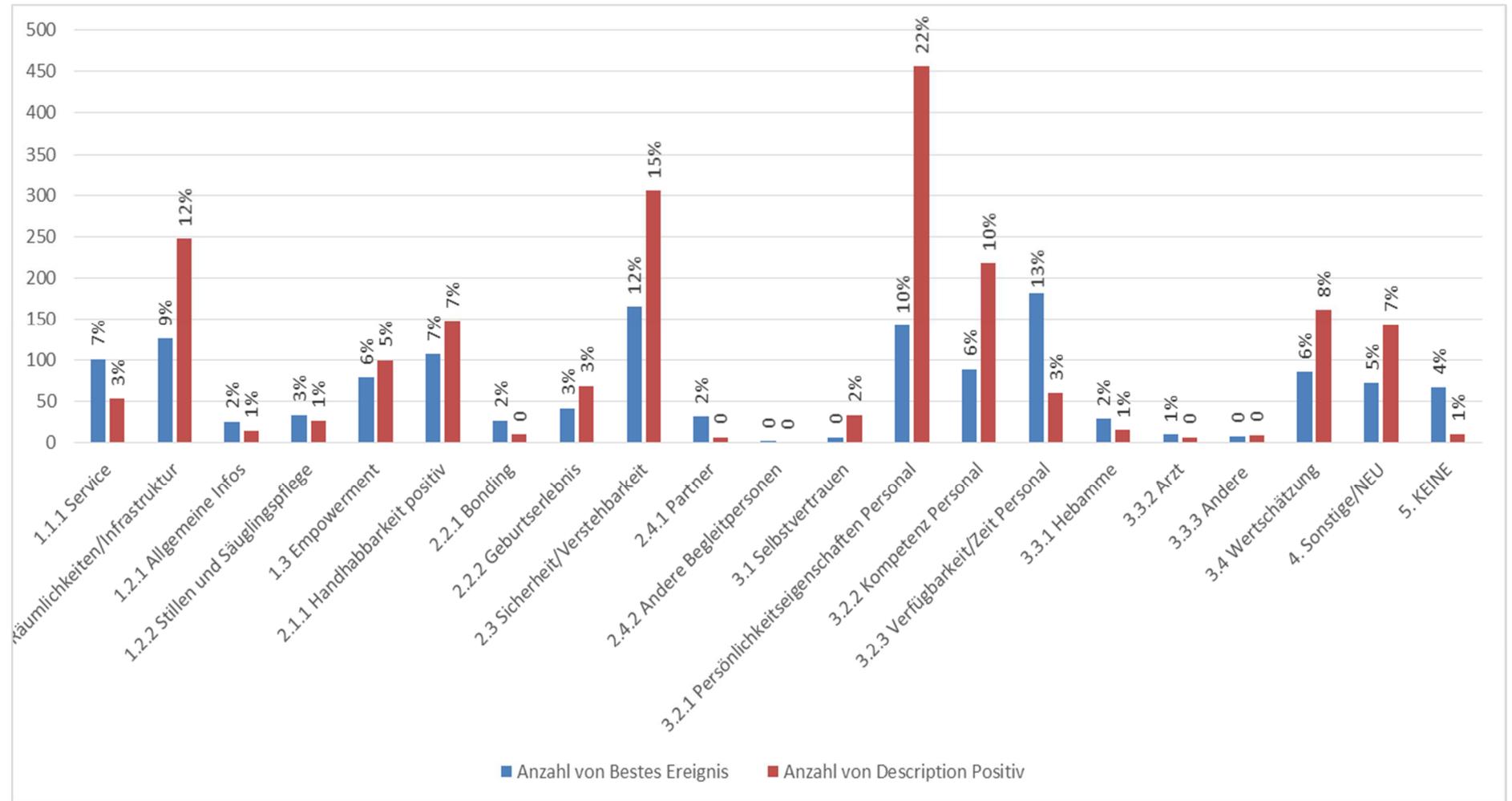


Abbildung 12 Vergleich Bestes Persönliches Erlebnis Gesamt und Beschreibung Positiv Gesamt

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell
 4.3 Darstellung der Ergebnisse

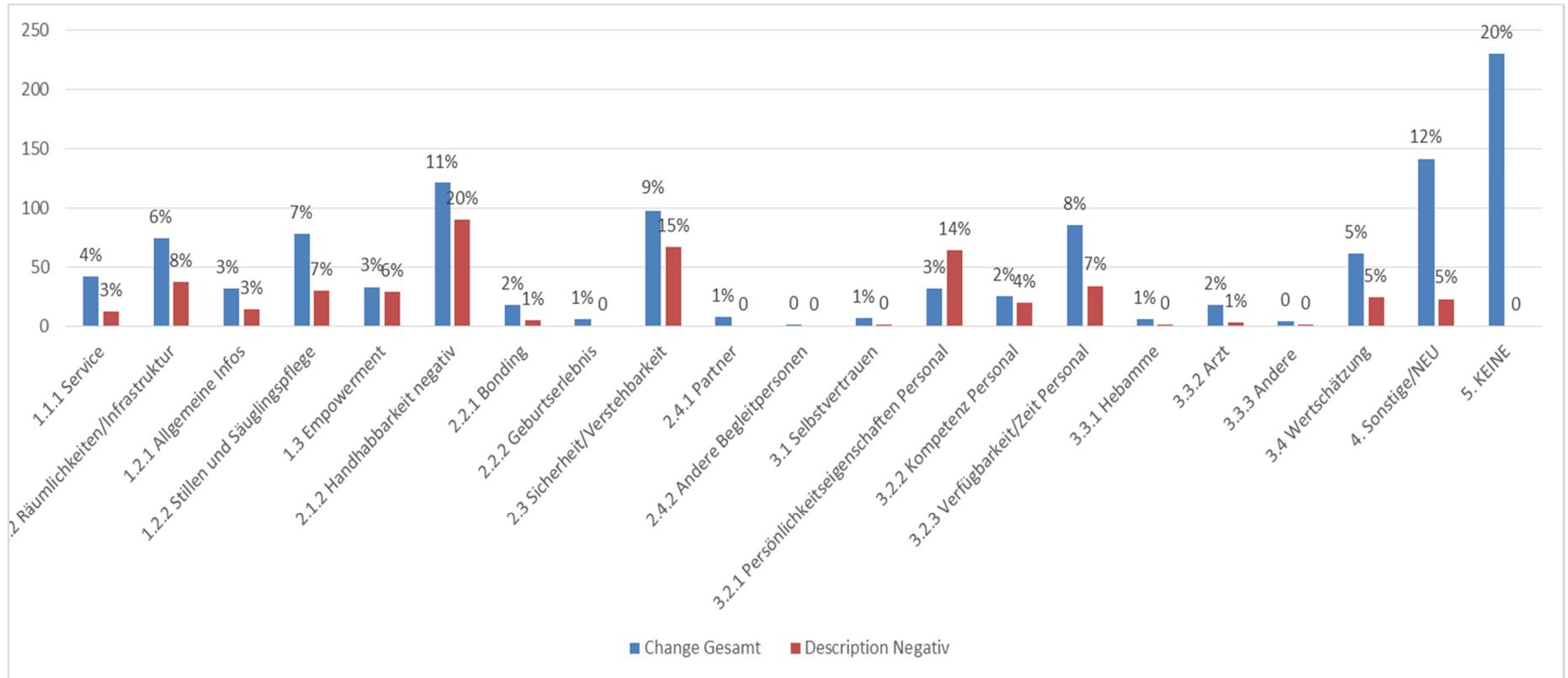


Abbildung 13 Vergleich Verbesserungswürdigstes Ereignis (Change) Gesamt und Beschreibung Negativ Gesamt

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

Um die Beschreibung des Geburtsortes auswerten zu können wurde diese in positive und negative Berichte aufgeteilt; es ergaben sich von den insgesamt 2 534 auswertbaren Aussagen 2 097 (82%) positive Angaben und 455 (18%) negative. Betrachtet man die ehrliche positive Beschreibung des Geburtsortes gesamt, so fällt folgendes auf: In Hinblick auf die *Beschreibung des Betreuungspersonals* summieren sich 35% der Beschreibungen darauf. Gefolgt wird diese von 22% Aussagen zu *Sicherheit und positiver Handhabbarkeit*, sowie knapp 14% zu *Service und Räumlichkeiten*. An vierter Stelle steht die erfahrene *Wertschätzung* mit fast 8%, gefolgt von nicht im Rahmenmodell enthaltenen Aufzählungen zu 7%, Beschreibung des *Empowerment* zu knapp 5% und Berichten über das *Geburtserlebnis und Bonding* mit zusammen 3%. Die folgenden 5% verteilen sich auf die restlichen Codes (in absteigender Reihenfolge): *Selbstvertrauen, Stillen, Hebamme, Infos, Anderes Betreuungspersonal, Partner und Ärztin*.

Vergleicht man diese als positiv zu beschreibenden Einschätzungen mit den kumulierten Berichten zu den absolut besten Erfahrungen (Abbildung 12) so stellt man fest: Von den insgesamt 1 433 abgegebenen Beschreibungen des besten Erlebnisses im Rahmen der Geburt beziehen sich lediglich 29% auf *Beschreibungen des Personals*. Die Beschreibungen der als positiv erlebten *Sicherheit und Handhabbarkeit* allerdings stellen zu 19% eine mit der Beschreibung vergleichbar große Gruppe dar. Ebenso die Erwähnung von *Service und Räumlichkeiten* mit insgesamt knapp 16%. Auch die *Wertschätzung* und das *Empowerment* mit jeweils um die 6%, *Geburtserlebnis und Bonding* (zusammen knapp 5%), *Aufführung nicht deduktive erhobener Erfahrungen* (ebenfalls 5%) und bedauerlicherweise die *Abwesenheit jeglicher guter Erfahrung* mit ebenso 4% und *Erwähnung des Partners*, sowie der *Erfahrung mit der Stillbetreuung* mit je gut 2%. Die folgenden 5% beziehen sich ebenfalls in absteigender Reihenfolge auf die lobende Erwähnung von: *Hebamme, allgemeiner Infos, Ärztin, anderes betreuungspersonal, Selbstvertrauen und andere Begleitpersonen*.

Die Beschreibung des Geburtsortes mit 455 negativen Attributen gestaltet sich folgendermaßen (vgl. Abbildung 13): Mit 27% führt die *Beschreibung des geburtsbegleitenden Personals* die Liste nicht mehr an; vielmehr fokussieren sich knapp 33% der Frauen auf die *negative Handhabbarkeit und mangelnde Sicherheit*. Auch *Service und Räumlichkeiten* mit 11%, *mangelndes Empowerment* (knapp 7%), *fehlende Betreuung beim Stillen* (6%), und *Probleme bei der erfahrenen Wertschätzung* mit 5% sind von Bedeutung. *Nicht im Kategoriensystem enthaltene Aussagen* werden ebenfalls in 5% der Fälle getroffen. Die restlichen über 5% verteilen sich absteigend auf Mängel bei: *Allgemeinen Informationen, Bonding, Betreuungspersonal (Ärztin und Hebamme) und Selbstvertrauen*.

Demgegenüber liegt der Schwerpunkt bei den 1 118 gegebenen Antworten zur nötigen Verbesserung des Geburtsortes (Abbildung 14 Tabelle 15) gesamt auf 20% bezüglich *nicht*

4. Datenauswertung und Integration in das Rahmenmodell

4.3 Darstellung der Ergebnisse

verbesserungsbedürftiger Erfahrungen, gefolgt von zusammen knapp 20% der *fehlenden Sicherheit und Handhabbarkeit*. Die *Erwähnung der Verbesserungsvorschläge ohne Rückhalt aus dem Kategoriensystem* summiert sich auf 12%, beim *Betreuungspersonal* vermissen die Teilnehmerinnen zu insgesamt 13% *positive Eigenschaften, Zeit und/oder Kompetenz*. Zu fast 10% scheinen Nachbesserungen bezüglich *Räumlichkeiten und Service* erforderlich, gefolgt von der *Betreuung zum Stillen* zu knapp 7%. Ebenso vermissen die Frauen in 5% der Fälle *angemessene Wertschätzung*, sowie zu je 3% *ausreichende Infos* und *Empowerment*. Die übrigen 6% teilen sich auf in Vorschläge für verbessertes: *Bonding und Geburtserlebnis, Betreuung durch Ärztinnen, Behandlung des Partners, Selbstvertrauen, Behandlung durch Hebamme und anderes Betreuungspersonal*.

4.3.4 Freie Kommentare

214 der Frauen nutzten den Platz für freie Kommentare: hauptsächlich um ihre vorherigen Aussagen mit unterschiedlichen Plädoyers (mehr Hausgeburten, mehr Hebammenbetreuung) zu unterstützen, oder den Ort ihrer Geburt noch einmal lobend zu beschreiben. Auch bezogen sie sich vereinzelt erneut auf die Fragestellung nach dem Geburtsort (Spital vs. Hausgeburt) und betonten noch einmal die ihnen am Herzen liegenden Probleme, bzw. besten Erfahrungen. Hier fielen häufig Stichworte zu „mehr Hebammenbetreuung“, „Kostenerstattung“ und „mangelnder Wertschätzung“ der eigenen Entscheidungen. Allerdings gab es auch vereinzelt Fälle, in denen sie sich ihren Frust regelrecht von der Seele schrieben:

Hebammen werden gerne in den Himmel gelobt - zu Unrecht in meinem Fall.
Mir wurde eingeredet, das Kind würde nicht mehr atmen, hätte keine Herztöne mehr, wäre am Sterben, obwohl ich immer gesagt habe, dass das nicht stimmt.
In meinem Spital (einer Privatklinik!!!) wurde ich als Mensch zweiter Klasse behandelt. Mit Ausnahme von meinem Arzt!“ (ID 3183514819)

Allerdings waren auch ÄrztInnen unter den kritisierten Personen „Ich habe nach der 1. Hälfte meine Gynäkologin gewechselt, weil ich so verunsichert war. Dies war die beste Entscheidung, die ich hätte treffen können. Rückblickend gesehen hat sie mich um die erste Hälfte meiner Schwangerschaft beraubt, da ich mir nur Sorgen gemacht habe, anstatt mich auf unser Kind zu freuen. Hier sollte man vielleicht mal ansetzen, denn scheinbar gibt es doch auch immer noch Ärzte, die vergessen, dass hinter all den Risikoabwägungen auch ein Mensch steckt, der sich auf das Wunder, das da geschieht, einlassen können sollte...“ (ID 4281134950). Insgesamt ist hier festzustellen, dass vor allem die Themen, welche sich deduktiv aus der Literatur für Österreich nicht erschlossen hatten in der Kommentarspalte großen Raum einnahmen.

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

An dieser Stelle erfolgen nun die Diskussion des methodischen Vorgehens, Darstellung der Ergebnisse und Implikationen für die Forschung. Zuerst wird die Passung des Rahmenmodells mit den vorliegenden Antworten erörtert, dann folgen Vorschläge zu Verbesserungen in Methodik und Auswertung, ebenso wie die Untersuchung der Bedeutung der Ergebnisse für die Geburtshilfe in Österreich. Zuletzt werden Vorschläge für weitergehende Untersuchungen im Rahmen des Themas, bzw. bezogen auf die Ergebnisse gemacht.

5.1 Rahmenmodell zu Erfahrungen der Betreuung und Versorgung rund um die Geburt

5.1.1 Passung von Entwurf und vorliegenden Daten

Beim Entwurf des Rahmenmodells lag der Fokus auf der tatsächlich unmittelbar peripartalen Periode. Themen, welche die Schwangerschaft, das Wochenbett oder drüber hinaus betrafen wurden bewusst ausgeschlossen, um verbesserte Übersichtlichkeit zu gewährleisten und dem Schwerpunkt des Fragebogens gerecht zu werden. Im Laufe der Auswertung allerdings zeigte sich, dass den Frauen die genannten Themenbereiche prä- und postpartal häufig eine Antwort wert waren. Hier mussten Adaptionen des Modells vorgenommen werden (Kapitel 5.1.2).

Schwierigkeiten bereiteten unter anderem die Entwicklung trennscharfer Kategorien, vor allem in Hinblick auf die zugrunde gelegten theoretischen Modelle; so ist am Beispiel der Begrifflichkeiten von *Selbstwirksamkeit*, *Selbstbestimmtheit* und *Selbstvertrauen* festzustellen, dass in der gefundenen (vor allem deutschsprachigen) Literatur die Begriffe nicht eindeutig definiert werden [15,19]. Vermutlich ist dies - dem jeweiligen Forschungsgegenstand geschuldet - nicht zwingend erforderlich. In einer Untersuchung, welche die Konzepte des *Empowerment* im Sinne von Selbstbestimmtheit gegen den Begriff des *Selbstvertrauens* trennscharf abzugrenzen hat war somit aber ein Herausstreichen der Unterschiede nötig.

5.1.2 Erörterung der nötigen Anpassungen des Modells

Die Themen *Schwangerenvorsorge*, *Geburtsvorbereitung* und *Versorgung im Wochenbett* nahmen entgegen der Vorannahme einen beträchtlichen Anteil der Angaben ein. Zur Geburtsvorbereitung lässt sich insofern aus Theorie und Empirie schließen, dass die *Vorbereitung* vor allem erstgebärender Frauen die Möglichkeiten des *Empowerments* stärken kann [11]. So haben

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.1 Rahmenmodell zu Erfahrungen der Betreuung und Versorgung rund um die Geburt

auch schon Chalmers et al. (2001) in Anlehnung an WHO-Prinzipien zur peripartalen Betreuung ein Programm in 28 Punkten vorgestellt, welches sich auf die Demedikalisierung, Interdisziplinarität und Familienzentrierung der Geburtshilfe fokussiert. Hier wird außerdem eindeutig die präpartale fachliche und evidenzbasierte *Aufklärung der Frauen* (im Rahmen von Vorbereitungskursen oder Sprechstunden) als Grundlage für selbstbestimmtes Handeln der Frauen aufgeführt [46].

Deduktiv wurden diese Themen nicht in das Rahmenmodell aufgenommen, da die Beschränkung der Frage aus den Elementen des B3 (Frage 15-17) auf eine Beschreibung des Geburtsortes hinwies. Allerdings beschränkten sich viele der Teilnehmerinnen nicht auf die Beschreibung des Geburtsortes, sondern erweiterten ihre Darstellung auf die gesamte Betreuung. Zwangsläufig konnte das Kategoriensystem durch die Beschränkung der Auswertung auf den unmittelbaren Geburtszeitraum so nicht ausreichend zur Auswertung sein. Nichtsdestotrotz war ein übergroßer Anteil der Antworten auswertbar; die identifizierten Zusatzcodes zum gesamten Betreuungszeitraum werden allerdings bei der Auswertung künftiger B3-Durchläufe sicher hilfreich sein. Auch der Abgleich mit anderen Auswertungsverfahren wie es Weckend zum Beispiel 2015 für Deutschland und Österreich entwickelt hat wird eine wertvolle Hilfe bei der Entwicklung eines möglichst vollständigen Rahmenmodells zur Auswertung darstellen [44].

5.1.3 Kritische Analyse des Kategoriensystems

Die untersuchten Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Angaben und individuellen Schwerpunkten der Frauen konnten ohne weiteres untersucht werden; hier bieten sich allerdings noch reichlich in der vorliegenden Arbeit nicht ausgeschöpfte Möglichkeiten, welche bei den Implikationen für weitere Forschung (vgl. Kapitel 5.3) angeführt werden. Außerdem zeigte sich, dass die Auswertung anhand der vorgegebenen Codierungen für alle drei Antwortformate möglich war: für die Erhebung der besten, der verbesserungswürdigsten und für die generalisierenden Beschreibungen des Geburtsortes. Die Themen wiederholten sich, hingegen mit unterschiedlichen Schwerpunkten: Bei den besten Erfahrungen ergab sich eine außerordentliche Deckung durch das geschlossene Codieren (lediglich 5% der Antworten waren nicht zuordenbar), bei den veränderungsbedürftigen Erlebnissen zeigten sich weniger Deckungsmöglichkeiten (12% noch nicht im System aufgeführte Themen) und der deutliche Bedarf, neue Kategorien und Codes aufzunehmen. So erwies sich unter anderem eine häufige Nennung von *erwünschter Kostenübernahme*, der Wunsch nach *mehr Hebammenbetreuung*, auch *weniger ärztlicher, mehr Hebammen-Betreuung bereits in der Schwangerschaft*, aber ebenso das *Aufzeigen mangelhafter Versorgung im Wochenbett* und ein besonderes *Augenmerk auf die Möglichkeit, ambulant zu gebären* (Kapitel 4.2.1). Diese Forderungen sind im Großen und Ganzen dem Themenbereich der **individuell erfahrenen Betreuung**, sowie dem

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.1 Rahmenmodell zu Erfahrungen der Betreuung und Versorgung rund um die Geburt

Service (ambulante Geburt) zuzuordnen. Beispielhaft für die *Betreuung* und deren Einfluss auf die Zufriedenheit sei noch die Untersuchung von McLellan und Laidlaw (2013) angeführt, welche neben psychologischen Determinanten der Mutter die Abhängigkeit vom Stillen (schlechtere Zufriedenheit mit der Betreuung) und von der Qualität der Kommunikation mit dem Betreuungspersonal (mehr Zufriedenheit) mit dem Erleben der ambulanten Wochenbettbetreuung betonte [47].

Als unvollständig erwies sich die Codierung anhand von *Räumlichkeiten/ Infrastruktur* und *Persönlichkeitseigenschaften Personal* - hier zeigte sich in der Auswertung eine große Vielfalt an Begrifflichkeiten. So wurden dem Code der *Räumlichkeiten* wie erwähnt neben den tatsächlichen Örtlichkeiten und dem Infrastruktur-Komplex die Themen der Atmosphäre, Rooming-In und Hausgeburt zugeordnet. Diese zu unterscheiden und in die Gegebenheiten bei klinischen und außerklinischen Geburten (in beiden Fällen wurde die Atmosphäre immer wieder thematisiert) aufzuteilen wird sicher der Aussagekraft der Daten bezogen auf das Setting noch weiteres Gewicht verleihen. Ebenso ist die Bandbreite bei den erwähnten *Persönlichkeitseigenschaften* sehr groß - hier wäre eine Differenzierung zwischen tatsächlich wahrgenommenen Persönlichkeitseigenschaften wie z.B. nett“, „freundlich“ und „humorvoll“ sowie hilfreichen Verhaltensweisen wie „empathisch“, „zuverlässig“, „aufmerksam“ erforderlich. Ebenfalls erscheint es nötig, den Code *Service* aufzuteilen in die Bereiche „medizinischer“ bzw. „sonstiger Service“. Zwar ließen sich die Aspekte des medizinischen Service häufig sehr gut dem Bereich der *Sicherheit/Verstehbarkeit* zuordnen, zahlreiche Nennungen aus dem medizinischen Bereich aber wurden auch dem Service-Aspekt zugeteilt – sicher nicht zu Unrecht, eine weitere Differenzierung gäbe aber noch mehr Anhaltspunkte für weitere Forschung.

Im Gegensatz hierzu lässt sich schließen, dass die Codierung zu *Stillen und Säuglingspflege* sich künftig auf den Begriff des Stillens reduzieren lässt. Nennungen zum Bereich der *Anleitung und Unterstützung bei der Pflege* waren verschwindend gering (lediglich 5). Gleichzeitig zeigte sich, ergänzend zur Literatur, dass das Thema Stillen vor allem bei den verbesserungswürdigsten Erfahrungen der Erstgebärenden, aber auch Migrantinnen relativ wichtig war [47]. Es ergaben sich zahlreiche Antworten zu gelungener und misslungener Unterstützung, aus Sicht der Frauen teilweise geschuldet einer mangelnden Kompetenz des Pflegepersonals („Bessere und einheitliche Informationen übers stillen von den Schwestern, finde jede MUSS auch eine Ausbildung zur Stillberaterinnen haben“ ID 3435901270), als auch der fehlenden Stillpolitik („katastrophale stillberatung - bis hin zur Putzfrau hat jeder tipos gegeben aber nix brauchbares. externe stillberaterin konnte Problem lösen“ ID 3435834705). Allerdings erscheint hier trotz der großen Bandbreite an Nennungen eine Subsummierung der Themen unter der Kategorie „Kompetente Unterstützung und Wertschätzung des Stillens, bzw. der kindlichen Ernährung“ angebracht - diese vereinigt die

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.1 Rahmenmodell zu Erfahrungen der Betreuung und Versorgung rund um die Geburt

genannten Begriffe, ohne die nichtstillenden Frauen auszuschließen. Ebenfalls überflüssig ist zudem der Code *anderer Begleitpersonen*, welche mit 2 Nennungen bedacht wurde.

Selten genannt wurden auch Begrifflichkeiten im Rahmen des *Selbstvertrauens*; entgegen der Erwartung, dass Selbstvertrauen im Sinne von Selbstwirksamkeit entscheidenden Einfluss auf die Geburt hat [8] zeigte die vorliegende Auswertung, dass die Differenzierung zwischen *Empowerment*, *Sicherheit* und *Selbstvertrauen* zugunsten von häufigen Nennungen der *empfundenen Sicherheit* und des *Empowerment* ausfiel. Damit ist eine klarere Definition der Begriffe nötig. Die Zuordnungen zum Bereich des *Empowerment* im Rahmen von Public Health sollen hier zwar nicht angezweifelt werden, dennoch ist die Untersuchung von feinen Unterschieden zwischen *Selbstwirksamkeit*, Begrifflichkeiten der *Verstehbarkeit* im Sinne von Salutogenese und *Empowerment* künftig erforderlich. Dies scheint aber vor allem der engen Verbundenheit der Begrifflichkeiten geschuldet [30]. Gleichzeitig scheint hier aber auch durch die Teilnehmerinnen eine saubere Differenzierung erfolgt zu sein: Begriffe aus dem Bereich *Empowerment* wurde häufig genannt um die besten, bzw. verbesserungswürdigsten Ereignisse am Ort der Geburt (externe Attribution) zu beschreiben, *Selbstvertrauen* als eher intrinsischer Faktor fand kaum Platz in den Beschreibungen.

Überraschend wenige Nennungen hatte auch die *Anwesenheit der vertrauten Person*, in fast allen Fällen des Partners; vermutlich ist durch die überall gewünschte Anwesenheit des Partners/einer Vertrauensperson dieser Teil der Geburtserfahrung so selbstverständlich geworden, dass Frauen vor einer Geburt zwar besonderen Wert drauf legen [20], nach der Geburt aber andere Erfahrungen und Verbesserungswünsche in den Vordergrund rücken. Ebenso kann man hier wieder die sorgfältige Beantwortung der Frauen bezüglich der Erlebnisse im Rahmen des Geburtsortes erkennen – da Anwesenheit einer vertrauten Begleitperson erfreulicherweise inzwischen nahezu ubiquitär selbstverständlich ist, wird dieses als Gegebenheit vorausgesetzt und eventuell mehr der persönlichen Wahrnehmung, als den äußeren Umständen zugeordnet.

Bewusst verzichtet wurde beim Entwurf der Codes auf Unterscheidungen zwischen den Berufsgruppen sofern es um die *Persönlichkeitseigenschaften*, *Kompetenz* und *Zeit/Verfügbarkeit des medizinischen Personals* ging. Die Erforschung der besten vs. der verbesserungswürdigen Erlebnisse und Erfahrungen soll diese in den Fokus der Forschung stellen - für einen Vergleich der Kompetenz, Freundlichkeit und Verfügbarkeit zwischen den Berufsgruppen des ärztlichen, pflegerischen Personals und der Hebammen gibt es sicher an anderer Stelle Raum. Die vorliegende Arbeit jedenfalls strebt keine Gegenüberstellung in genanntem Sinne an, auch wenn die Frauen in ihrer Aufführung der unterschiedlichen Berufsgruppen eventuell das Ziel der Unterscheidung verfolgten (vgl. Kapitel 4.2.1). Diese Unterscheidung kann aber sicher im Zuge einer zusätzlichen

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.1 Rahmenmodell zu Erfahrungen der Betreuung und Versorgung rund um die Geburt

Forschungsfrage noch einmal aufgenommen werden, um dem Anliegen der Teilnehmenden gerecht zu werden.

Auch wenn bei den Codes der *Verfügbarkeit/Zeit Personal* ebenfalls viele verschiedene Aussagen betreffend *Wahlpersonal*, *24-h- Betreuung*, *Kontinuität in der Betreuung* und *persönlicher Beistand* zusätzlich zur expliziten Nennung der Oberbegriffe des Codes getätigt wurden ist hier eine Subsummierung der Schwerpunktaussagen im Sinne von „*umfassender Betreuung durch bekannte, bzw. engagierte Fachpersonen*“ möglich.

Immerhin hat ein großer Prozentsatz von Frauen erfreulicherweise die positive Erfahrung gemacht, dass sie *keinen Bedarf an Verbesserungen* haben. Um diese fehlende Kritik der Auswertung zuzuführen, muss eine übergeordnete Kategorie zum Thema der Gesamtzufriedenheit erstellt werden. Gleichzeitig ist es aber auch nötig, die Frauen in die Auswertung miteinzubeziehen, welche bedauerlicherweise *überhaupt keine guten Erfahrungen* machten – auch hier wird ein übergeordneter Code fällig.

Problematisch war in dieser Arbeit die Identifikation doppelter Datensätze; da im B3 für die Frauen kein individuell auszufüllender ID-Code oder ein vergleichbares Instrument angelegt ist, konnten doppelte Datensätze fast nicht als solche erkannt werden. Ebenso zeigte sich, dass die Erhebung eines vorliegenden Migrationshintergrundes möglicherweise nur unvollständig geschah. Es antworteten nämlich elf Frauen mit „Ich bin hier geboren“, füllten den Fragebogen aber dann in einer Fremdsprache aus – der Schluss, dass es sich hierbei um die Muttersprache handelt und die Frauen tatsächlich einen Migrationshintergrund hatten lässt sich nicht von der Hand weisen. Möglicherweise könnte die zusätzliche Erhebung des Migrationsstatus der Eltern der Teilnehmerin den Hintergrund vollständiger darstellen. Auch die Erhebung des Geburtsortes bedarf an einer Stelle eventuell noch Nachbesserung; so erwähnten über 8% der Frauen eine Geburt an „Sonstigen Orten“, jedoch ohne diese näher zu definieren. Im Rahmen der Evaluation der Antworten ließ sich aber aus zahlreichen Auskünften vermuten, dass die Frauen unter Sonstige Orte tatsächlich innerhalb des klinischen Settings den Sectio-OP in Abgrenzung zur Wahlmöglichkeit „im Kreißaal“ als Geburtsort hatten.

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.1 Rahmenmodell zu Erfahrungen der Betreuung und Versorgung rund um die Geburt

5.1.4 Präsentation des finalen Modells

Tabelle 10 Induktiv ergänztes und adaptiertes Kategoriensystem zur Auswertung der österreichischen B3-Daten

1. Antworten, welche sich auf den Service-Komplex beziehen Theorie: Public Health, Qualitätssicherung												
1.1 Angebote (Tuschy, 2012) (Groß, 2003)			1.2 Räumlichkeiten Infrastruktur (Tuschy, 2012)			1.3 Kostenerstattung			1.4 Aufklärung und Beratung (Ahrendt, 2012) (Tuschy, 2012)		1.5 Empowerment, Selbstbestimmtheit (Groß, 2003) (Stahl, 2009)	
1.1.1 Service (Tuschy, 2012) (Groß, 2003)	1.1.2 medizinischer Service	1.1.3 Ambulante Geburt	1.2.1 Klinisch	1.2.2 Außerklinisch	1.4.1 Allgemeine Infos (Ahrendt, 2012)				1.4.2 Stillen (Stahl, 2009) (Tuschy, 2012)			
2. Antworten, die sich auf die emotionale Erfahrung beziehen Theorie: Salutogenese und generalisierte Widerstandsressourcen												
2.1 Handhabbarkeit (Wieggers, 2009) (Groß, 2003)			2.2 Sinnhaftigkeit Erfüllung (Groß, 2003)			2.3 Verstehbarkeit Gefühl der Sicherheit (Wieggers, 2009) (Ahrendt, 2012)			2.4 Partner als Begleitperson (Tuschy, 2012)			
2.1.1 positiv (wenig Interventionen, bedrohliche Situation mit gutem Ausgang) (Wieggers, 2009)	2.1.2 negativ (Angst besetzte Situation, Schmerz)		2.2.1 Bonding	2.2.2 Geburts-erlebnis								
3. Antworten zur individuell erfahrenen Betreuung Theorie: Selbstwirksamkeit nach Bandura												
3.1 Selbstvertrauen und Wertschätzung (Ahrendt, 2012)			3.2 Betreuung als Feedback (Ahrendt, 2012), Betreuungspersonen und deren			3.3 Betreuungspersonen (Wieggers, 2009) (Tuschy, 2012) (Stahl, 2009)			3.4 Hebammenbetreuung ausgeweitet			
3.1.1 Selbstvertrauen	3.1.2 Wertschätzung durch Andere		3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften	3.2.2 Hilfreiches Vorgehen	3.2.3 Kompetenz	3.2.4 Zeit/Verfügbarkeit	3.3.1 Hebamme	3.3.2 Arzt/Ärztin	3.3.3 Andere	3.3.4 Teamarbeit		3.4.1 Schwangerschaft
4. Generalisierende Beschreibungen												
4.1 Generelle Zufriedenheit ohne negative Erfahrungen			4.2 Übergeordnete Unzufriedenheit ohne positive Erfahrungen									

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Die deskriptive Auswertung und der Abgleich zwischen verbesserungswürdigsten und besten Erfahrungen der Frauen, die ihr Kind in Österreich gebären zeigte ein recht aktuelles Bild der praktizierten Geburtshilfe.

5.2.1 Diskussion der Zusammenhänge mit Soziodemographischen Faktoren

Das mittlere Alter der Teilnehmenden lag bei 31,6 Jahren, damit nur leicht erhöht im Vergleich zum mittleren Alter österreichweit zwischen 30 und 31 Jahren. Fast 15% der Frauen, welche sich an der Umfrage beteiligten waren hatten einen Migrationshintergrund; eventuell könnte dieser Prozentsatz durch eine umfassendere Erhebung des Migrationshintergrundes sogar noch leicht ansteigen (vgl. Kapitel 5.1.3). Damit wäre die Näherung an den Anteil der Frauen von 17%, welche in Österreich zum Zeitpunkt der Geburt einen Migrationshintergrund haben gut gelungen. Knapp 52% erstgebärende Frauen nahmen am B3 teil, die durchschnittliche Anzahl der Kinder pro Frau war 1,7. Damit war sowohl der Anteil an Erstgebärenden marginal höher als im Bundesdurchschnitt von knapp 50%, wie auch die Zahl der Kinder deutlich höher (Österreichweit 1,4 Kinder pro Frau). Der Zeitpunkt der Geburt lag in 91% der Fälle zum übergroßen Teil im Rahmen einer Termingeburt; lediglich 6% der Frauen berichteten in der vorliegenden Untersuchung von einer Frühgeburt. Im Kontrast dazu sind im landesweiten Durchschnitt 8% der Geburten Frühgeburten - also mehr, als in der vorliegenden Befragung. Das Setting der Geburt war in 22% ein außerklinisches, in 70% ein klinisches und in 8% ein nicht definiertes (vermutlich ebenfalls klinisch, in vielen Fällen mit dem Sectio-OP als Geburtsort). Hier zeigte sich der größte Gap zwischen Realität in der Geburtshilfe und „durchschnittlicher Teilnehmerin am B3“, denn Frauen in Österreich haben bundesweit nur zu 1,5% eine außerklinische Geburt. Über die möglichen Gründe hierfür wird weiter unten diskutiert. Allerdings lässt sich bis auf diesen dramatischen Ausreißer aus der Ursprungspopulation feststellen, dass die Repräsentativität erstaunlich hoch ist. Nichtsdestotrotz lassen sich der Selbstselektion der Stichprobe geschuldet keine verallgemeinernden Aussagen tätigen; allerdings sind die Meinungen, Wünsche und Anregungen der Teilnehmerinnen angemessen zu werten als wertvolle Hinweise auf Wünsche und Bedürfnisse und als ernstzunehmende Forschungsbasis für künftige Untersuchungen an repräsentativen Stichproben.

Die zur Auswertung anhand der Altersgruppe vorgenommene Einteilung in Cluster von jeweils fünf Jahren ergab an den meisten Stellen erstaunliche Übereinstimmungen, und nur wenige Differenzen abhängig von der Altersgruppe. Dies stand entgegen der Überlegung, es könnten sich durch Unterschiede beim Outcome der Mütter und Kinder [43] ebenso Unterschiede bei der Zufriedenheit in Abhängigkeit von fortgeschrittenerem Alter ausmachen lassen. Einig waren sich die Frauen ab 25 Jahren aber, dass ihnen die *Verfügbarkeit und Zeit des Personals* als besonders positiv

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.2 Diskussion der Ergebnisse

in Erinnerung geblieben waren; die jüngeren Frauen zwischen 20 und 24 hatten die besten Erfahrungen gemacht mit der *Kompetenz des Personals*. Als zweit- und drittbeste Erfahrung ergaben sich durchgängig, nahezu altersunabhängig Nennungen zu *Sicherheit und Verstehbarkeit*, an dritter Stelle erwähnten die Frauen ab 35 und die zwischen 25 und 29 den *Service* als besonders lobenswert. Eine besondere Gruppe von sechs Frauen war unter 20 und erwähnte als positivste Erfahrung das *Geburtserlebnis* (in zwei Fällen); ebenfalls in zwei Fällen hatten diese sehr jungen Mütter allerdings gar keine positiven Erfahrungen zu berichten. Selbstverständlich ist die Stichprobe zu klein, um generalisierende Aussagen zu treffen – dagegen dürfen solche Erfahrungen besonders bei einer so vulnerablen Gruppe wie Teenager-Müttern auch nicht unerwähnt bleiben. Außerdem kann die Tatsache, dass die Kompetenz des Personals als positiv vor allem von den jüngeren Müttern erwähnt wird vermuten lassen, dass diese zur Entstehung von Sicherheit beiträgt, wenn die Frau noch jünger ist. Auch bei den Verbesserungswünschen waren die nach Alter eingeteilten Gruppen einander besonders ähnlich in ihren Schwerpunkten. Übergeordnet zeigte sich bei allen Frauen zum größten Prozentsatz (mit je 22-26%), dass sie *keinerlei Veränderungen* wünschten. An zweiter Stelle standen bei den Frauen unter 20 und zwischen 30 und 39 ebenfalls keine veränderungsbedürftigen Erfahrungen als dringendster Verbesserungswunsch, die Frauen über 40 verwiesen auf *Verbesserungsmöglichkeiten, welche deduktiv noch nicht im Rahmenmodell enthalten waren*, Teilnehmerinnen zwischen 25 und 29 bemängelten *fehlende Sicherheit und Verstehbarkeit* und Frauen zwischen 20 und 24 *Probleme beim Service*. An der Stelle der drittwichtigsten Veränderung war der größte Stimmenanteil erneut bei *fehlenden Veränderungswünschen*. Um die großen Ähnlichkeiten in den Fünf-Jahres-Clustern zu erklären bietet sich eventuell die Überlegung an, die Cluster auf jeweils Zehn-Jahres-Abstände zu vergrößern; vermutlich waren die Abstände zu klein gewählt und damit die Gruppen einander zu ähnlich, um eindeutigere Differenzen herauszustellen.

Erstaunlich war mit über 20% der Teilnehmenden die erwähnte Überrepräsentiertheit von Frauen, welche ihr Kind außerhalb eines klinischen Kontextes geboren hatten. Zu den Gründen für dieses Engagement lassen sich vermutlich die sehr große Zufriedenheit [48], die „typische“ Klientel von gut ausgebildeten Frauen über 30 [49] oder auch eine gute Verbundenheit der Frauen mit den in der außerklinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen anführen (vergleiche die induktiv neu erstellten Kategorien aus 4.2.1). Dessen ungeachtet lagen bei den Beschreibungen der Besten Erlebnisse im Rahmen der Geburt unabhängig vom Setting die Erfahrungen der Frauen nicht allzu weit auseinander, wie vorangegangene Studien bereits zeigten [8]. So zeigten sich große Ähnlichkeiten bei den ersten Prioritäten: *Zeit/Verfügbarkeit des Personals*, über die Orte der Geburt hinweg als wichtigster Punkt (außer bei den Hausgeburten, hier war es die *Wertschätzung*), an zweiter Stelle einheitlich die *empfundene Sicherheit*, gefolgt vom *Service* (außer bei Frauen, welche zu Hause geboren hatten - hier lag nochmal der Schwerpunkt auf *empfundener Sicherheit*). Diese

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Überschneidungen zeigen, dass der *Beistand durch Personal* [8] sowohl bei Spital-, als auch bei außerklinischen Geburten eine große Bedeutung hat und von den Frauen als erinnerungswürdig erlebt wird. Auch die *empfundene Sicherheit* ist unabhängig vom Geburtssetting ein dominierendes Thema, in der Literatur auch häufig beschrieben als *Kontrolle* [8], bzw. *Vertrauen in Interventionen* [11].

Allerdings ließen sich massive Unterschiede bei den verbesserungswürdigsten Erfahrungen erkennen: Wenn auch sowohl in der klinischen, als auch außerklinischen Gruppe die Frauen zum überwiegenden Teil so zufrieden waren, dass *keinerlei Verbesserungsvorschläge* von ihnen gemacht wurden, so zeigte sich doch, dass die darüber hinaus gehenden Schwerpunkte unterschiedlich gesetzt wurden: Frauen nach Hausgeburten wünschten sich an zweiter und dritter Stelle zum größten Prozentsatz *Dinge, welche deduktiv noch nicht in das Rahmenmodell aufgenommen* waren – vor allem mehr *Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft*, bzw. die *Übernahme der Kosten* welche durch diese Betreuung entstehen durch die Krankenkassen. Frauen mit Klinikgeburten hatten an zweiter Stelle von *negativer Handhabbarkeit* zu berichten, ebenso von *mangelnder Sicherheit und Verstehbarkeit*. In der Literatur sind diese Gründe unter anderem zu finden als Motivation, in einer weiteren Schwangerschaft eine Hausgeburt zu planen [48]; es bleibt zudem einer Untersuchung wert, warum Krankenhäuser, welche häufig mit großem finanziellem Aufwand maximale Sicherheit für ihre PatientInnen und KlientInnen herzustellen versuchen in der vorliegenden Untersuchung als Orte empfunden werden, an denen *Sicherheit und Verstehbarkeit*, sowie die *Handhabbarkeit von Ereignissen* als besonders schwach ausgeprägt empfunden werden. Hier ist allerdings eindeutig festzustellen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich großen Einfluss auf die Zufriedenheit der Frauen haben – Frauen beklagten z.B. mangelnde Wahlfreiheit des Betreuungspersonals

„Dieser Zwang von mkp (Anmerkung der Autorin: Mutter-Kind-Pass) Untersuchungen welcher nur der arzt tätigen kann ist eine Diskriminierung gegenüber uns Frauen! Ich möchte mir selbst aussuchen können wer mich betreut ohne finanzielle Einbußen zu haben! Der ultraschall immer gemacht wird und die zahlung dann zu tragen ist obwohl man das gar nicht möchte! Ich möchte wie in england die wahlfreiheit haben! Ich will entscheiden was mit mir und meinem kind gemacht wird!“ (ID 3435680584)

und die häufig individuell finanziell schwierige Lage, welche Einfluss auf die Betreuungsquantität und – qualität hat „wünschenswert wäre eine Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Ich konnte mir das nicht leisten und hatte oft Fragen die unbeantwortet blieben weil ich nicht wusste wenn ich fragen kann und mir eine Hebamme nicht

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.2 Diskussion der Ergebnisse

leisten konnte“ (ID 3518042779). Diese Formulierungen von Teilnehmerinnen des B3 zeigen deutlich, dass bei der Bezahlung (Nennungen von über 30 Frauen zu diesem Thema) und den gesetzlichen Regelungen zur Hebammenhilfe in den Augen der Frauen Verbesserungsbedarf für den Bereich vor (über 30 Nennungen) und nach der Geburt (ebenfalls über 30 Mal erwähnt) vorhanden ist. Damit zeigt sich deutlich, dass die Tatsache, dass nur bei vorzeitiger Klinikentlassung respektive ambulanter oder Hausgeburt sieben Besuche der Hebamme bis zur achten Woche p.p. von der Kasse bezahlt werden sich nur ungenügend mit den Bedürfnissen der Frauen (in dieser Befragung von knapp 100 Teilnehmerinnen erwähnt) decken [50]. Während in der Untersuchung der gesamten deutschsprachigen Daten durch Weckend noch die Betreuung durch die Hebamme während der Schwangerschaft als besonders positiv hervorgehoben wurde [45] zeigte sich für Österreich ein deutlich anderes Bild. Hier ist die Begleitung der Schwangerschaft durch eine Hebamme stark reglementiert, solange eine Frau diese Begleitung nicht privat bezahlen kann oder möchte: Bei geplanter Klinikgeburt ist lediglich eine einzige Hebammenberatung zwischen der 18. - 22. Schwangerschaftswoche auf Kassenkosten möglich; ebenso müssen sämtliche vor- und nachbereitende Kurse, sowie Vorsorgeuntersuchungen von der Schwangeren, bzw. Wöchnerin selbst finanziert werden [50]. Hier besteht eine große Gefahr, dass sich die soziale Schere bereits am Beginn des Lebens weiter öffnet – zwischen den Familien, welche sich eine ausführliche Begleitung dieser hochsensiblen Zeit durch die Fachfrau leisten können und denen, die die dafür nötigen finanziellen Mittel nicht aufbringen können.

Die Unterscheidung des besten Erlebnisses von Frauen mit (knapp 15%) und ohne Migrationshintergrund (mehr als 85%) zeigte eindeutigere Unterschiede. Zwar lag auch bei den Migrantinnen der Fokus auf *Verfügbarkeit und Zeit des Personals*, gefolgt von zweithäufigsten Nennungen zu *Sicherheit* und erneut *Verfügbarkeit des Personals*. Aber die Begriffe der *Wertschätzung* und des *Empowerment* waren jeweils an zweiter Stelle der ausgezählten Häufigkeiten in allen drei Antworten zu finden. Frauen ohne Migrationshintergrund glichen sich zwar mit den erstgenannten in der Priorisierung, aber die weniger häufig genannten Begriffe bezogen sich auf das *Personal* und die *empfundene Sicherheit*. Die lobende Erwähnung von *Wertschätzung* und *Empowerment* bei Frauen mit Migrationshintergrund scheint gemessen an den Empfehlungen von [27] ein Schritt in die richtige Richtung der Förderung von Aufklärung und Information dieser Frauen zu sein.

Demgegenüber war ein Unterschied zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund im Sinne der wichtigsten verbesserungswürdigen Erfahrung nicht auszumachen – beide Gruppen hatten hier mit je ca. 23% *keine solchen Erlebnisse* zu berichten. Ebenso zeigten sich an zweiter und dritter Stelle mit nicht im Rahmenmodell aufgeführten und *neu zu erstellenden Kategorien* in beiden

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Gruppen Ähnlichkeiten, gefolgt von dem Bericht von *Erfahrungen mit negativer Handhabbarkeit*, ebenfalls in beiden Gruppen. Hier also zeigte sich im Gegensatz zum Bericht der besten Erlebnisse nur ein marginaler Unterschied in abweichenden Prozentzahlen – ein Hinweis darauf, dass die Frauen sich sowohl, wenn in Österreich, als auch wenn außerhalb geboren ähnlich behandelt fühlen. Nichtsdestotrotz ist die häufige Nennung von *negativer Handhabbarkeit* im Sinne von übermäßigen Interventionen, Schmerzen, Angst und Gefühl von Verlassenheit ein ernstzunehmendes Thema und verweist auf dringenden Verbesserungsbedarf; dass diese bei alternativen Settings zum Spital nicht ins Gewicht fällt (oben), zeigt dass Geburtshilfe auch anders geleistet werden kann.

Unterschiede zeigten sich auch bei der Einteilung der Frauen in Erst- und Mehrgebärende; waren sich beide Gruppen zwar noch einig, dass die positivsten Erfahrungen mit der *Zeit und Verfügbarkeit des Personals* zusammenhingen, so wurden an zweiter Stelle die Schwerpunkte anders gelegt. Erstgebärende bezogen sich hier gleichwertig auf *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* und auf *Sicherheit*; Mehrgebärende auf *Sicherheit* und ebenso auf *positive Handhabbarkeit*. Auch an dritter Stelle war den Frauen, welche schon mindestens zwei Geburten hinter sich hatten die *positive Handhabbarkeit* wichtig, bei Frauen nach einer Geburt lag der Fokus auf dem *Service*. Vergleicht man außerdem die weiter gelisteten Erfahrungen in absteigender Reihenfolge, so wird klarer ersichtlich dass Erstgebärenden mit *Kompetenz des Personals* und *Räumlichkeiten* nahezu ausschließlich Faktoren wichtig waren, welche mit der Geburtsumgebung zusammenhingen, während Mehrgebärende mit weiter angeführten Erfahrungen zu *erlebter Sicherheit, positiver Handhabbarkeit* und *Empowerment* den Fokus legten auf Erfahrungen, welche unmittelbar mit der Geburt selbst (und eventuell vorangegangenen Erfahrungen) zusammenhingen.

Bei der Untersuchung der Beziehungen zwischen Parität und verbesserungswürdigen Ereignissen ergaben sich große Ähnlichkeiten in der Priorisierung. Nahezu alle Frauen gaben an erster Stelle die erfreuliche Erfahrung des *völligen Fehlens von negativen Erlebnissen* an; lediglich die Erstgebärenden wünschten an zweiter Position *verbesserte Informationen zum Stillen* und *verbesserte Handhabbarkeit*, was sich auch in der Literatur finden lässt als Wunsch nach mehr Anleitung, bzw. Information über Maßnahmen und damit mehr Sicherheit [51]. Nachrangige Positionierungen ergaben sich für Mehrgebärende Frauen noch für *nicht im Kategoriensystem gelistete Äußerungen* und den *Wunsch nach verbesserter Handhabbarkeit*, bei Erstgebärenden kam neben nicht gelisteten Themen erneut das Thema Stillen zur Sprache.

Hier gilt es, die richtigen Schlüsse für die Betreuung zu ziehen – Frauen bei der ersten Geburt scheinen bei den Erinnerungen an positive Erlebnisse noch sehr fixiert auf die äußerlichen Bedingungen und die Umgebung, bzw. bedürfen sie offensichtlich intensiver *Anleitung und Betreuung durch das Betreuungspersonal*, um *Sicherheit* zu entwickeln. Demgegenüber bringen

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Mehrgebärende zu jeder Geburt ihre Vorerfahrungen mit, welche sich vermutlich in dem gesteigerten *Bedürfnis nach Stärkung der eigenen Kompetenzen und Vermittlung von Sicherheit* äußern. Auch hier ist aber die *Zeit und Verfügbarkeit des Betreuungspersonals* besonders wichtig, um die Genannten zu vermitteln, während bei einer ersten Geburt die *Vermittlung von Kompetenz*, ein *zugewandtes Auftreten* [13] und die *angemessene Ausstattung sowohl der Räumlichkeiten als auch des (medizinischen) Service* entscheidend wirken [11]. Um die genannten Bedürfnisse zu stillen erscheinen Möglichkeiten, wie von Nieuwenhuijze et al. 2014 vorgestellt praktikabel [52]: Auf der Basis des Shared-Decision-Making entwickelten diese ein Konzept, welches es Frauen durch engen Kontakt zu Hebamme und geburtshilflichem Personal bereits während der Schwangerschaft ermöglichen soll, sich Vorstellungen über Standard-Abläufe, unvorhergesehene Situationen und daraus entstehende notwendige Entscheidungen zu machen. So soll mehr *Sicherheit* gewonnen werden, gleichzeitig erwächst aus dem regelmäßigen Kontakt im besten Falle aber auch ein *belastbares Vertrauensverhältnis mit dem zuständigen Personal* – so kann Erst- und Mehrgebärenden mit dem gleichen Instrument eine vergrößerte Sicherheit geboten werden. Im Bereich der verbesserungswürdigen Erfahrungen steht für Erstgebärende im Unterschied zu Frauen mit Geburtserfahrung das Thema *Stillbetreuung* weit vorn – auch hier muss augenscheinlich noch deutlich nachgebessert werden.

5.2.2 Vergleich der Beschreibungen mit den besten/veränderungswürdigsten Erfahrungen

Erfreulicherweise lag der Schwerpunkt der gegebenen Antworten auf der positiven Seite: Sowohl bei der Aufführung der drei besten Erlebnisse vs. der drei verbesserungswürdigen (1 599 vs. 954 Antworten¹) als auch bei der freien Beschreibung des Geburtsortes, aufgeteilt in positive und negative Antworten (2 079 vs. 455) fällt auf, dass der Schwerpunkt mit 60%, bzw. 80% auf der Seite der guten bis besten Erfahrungen lag. Nichtsdestotrotz sind gerade die als veränderungsbedürftig, bzw. absolut negativ beschriebenen Erlebnisse ein wertvoller Schatz, um Nachbesserungen bei der Betreuung von Frauen im Rahmen ihrer Geburt zu etablieren.

Frauen lobten zum Beispiel zu großen Teilen (insgesamt 36% der **absolut besten Geburtserfahrung**) das medizinische Personal, im Besonderen dessen *Verfügbarkeit und Zeit, Persönlichkeitseigenschaften und Kompetenz*, außerdem wurde die erfahrene *Wertschätzung* in 8% der Fälle positiv erwähnt. Das heißt, dass 44% der bemerkenswert positiven Erlebnisse der Frauen

¹ Hier wurden die 230 als nicht verbesserungsbedürftig angesehenen Kommentare der positiven Seite zugerechnet, bzw. die 65 fehlenden positiven Erfahrungen bei den Antworten zum besten Erlebnis der Seite der negativen Antworten.

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.2 Diskussion der Ergebnisse

mit der erfahrenen Betreuung zusammenhängen. Überdies war ein weiterer Schwerpunkt gelegt auf emotionale Erfahrungen (insgesamt 20%) über die Bereiche *Sicherheit und Verstehbarkeit*, *positive Handhabbarkeit* und *Geburtserlebnis*, sowie *Bonding*. Dem Service-Komplex zugeordnet werden konnten ebenfalls 20% der Berichte mit Lob für *Räumlichkeiten und Infrastruktur*, *Empowerment*, sowie *Service*. Allerdings muss auch erwähnt werden, dass fast 4% der Frauen explizit *keinerlei positive Erfahrung* zu berichten hatten. Zieht man zudem in Betracht, dass die **aufsummierten Erfahrungen** (vgl. Abbildung 12) insgesamt zu 32% das *Betreuungspersonal* erwähnten, und die *Wertschätzung* mit weiteren 6% ins Gewicht fällt, so zeigt sich, dass der Schwerpunkt bei der **erlebten Betreuung** mit 38% ein wenig nach unten verschoben ist. Auch die Bewertung der **emotionalen Erfahrungen** verschob sich – allerdings nach oben auf knapp 25% der Berichte. Die Betrachtung des **Service-Komplexes** bekam ebenfalls mit insgesamt fast 22% mehr Gewicht (*Räumlichkeiten, Service und Empowerment*).

Demgegenüber bezog sich der Schwerpunkt der **absolut negativsten Erfahrungen** zum größten Teil (23%) erfreulicherweise auf **nicht** erlebte negative Erfahrungen, mit weiteren 18% auf *negativ erlebte Handhabbarkeit, mangelnde Sicherheit/Verstehbarkeit* und des Weiteren mit je 9% auf *unzureichende Verfügbarkeit und Zeit des Personals*, sowie *verbesserungswürdige Bedingungen der Infrastruktur und Räumlichkeiten*. Fasst man diese gegenübergestellten positiven und negativen Erfahrungen zusammen zeigt sich, dass das medizinische Personal bei den Frauen durch Verfügbarkeit, Kompetenz und Persönlichkeitseigenschaften einen hohen Stellenwert genießt und zum Erleben einer guten Geburt offenbar maßgeblich beiträgt. Dies äußert sich auch im großen Wunsch der Frauen, vor allem schon während der Schwangerschaft und im folgenden Wochenbett mehr und vereinzelt auch bessere Hebammenbetreuung zu erhalten. Die Zusammenhänge zwischen höheren Zahlen an operativen Geburten und mangelnder Verfügbarkeit des Personals, speziell der Hebammen wurden bereits von Knappe et al. 2014 [21] nachgewiesen - um es in den Worten einer Teilnehmenden am B3 zu sagen:

„Mein Wunsch für alle Frauen ist es, dass ihr Geburtserlebnis so sein kann wie es für genau diese Frau am besten/schönsten ist. Eine Geburt soll ein besonderes Erlebnis bleiben können. Dafür ist weit mehr Personal (Hebammen) notwendig als es in den meisten KH vorhanden ist. Ein subjektiv schlimmes Geburtserlebnis hinterlässt Spuren bei Frau und Kind. Die Faktoren, die dabei veränderbar sind (Personalmangel), sollten auch verändert werden. Wünschenswert sind auch mehr ausgebildete Stillberaterinnen auf Stationen sowie psychologische Betreuung sollte diese notwendig sein.“ (3180357205).

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Auch hier soll zum Vergleich die **Zusammenlegung der gesamten veränderungsbedürftigen Erlebnisse** aufgeführt werden (vgl. Abbildung 13): Insgesamt bewerteten 20% der Frauen hier die *fehlende Sicherheit und Handhabbarkeit* als problematisch (**emotionale Erfahrungen**). Demgegenüber zogen bei der Beschreibung des Geburtsortes die genannten Themenbereiche 35% der Antworten auf sich – ein enormer Anstieg. Die Dimension der **erfahrenen Betreuung** inklusive *Wertschätzung* zog zu 18% bei der individuell schlechtesten Erfahrung die Aufmerksamkeit der Frauen auf sich, im Bereich der Beschreibungen für Dritte 30%, ebenfalls ein dramatischer Anstieg. Zu den Elementen des **Service-Bereiches** hatten 24% der Frauen Verbesserungsvorschläge zu machen, bezüglich der Beschreibungen dieses Bereiches ergaben sich nur mehr 21%.

Zusammengefasst lässt sich also beim Vergleich zwischen positiver Beschreibung und persönlich gewichteten Erlebnissen feststellen, dass sich Schwerpunkte verschieben. Zwar war die Anzahl der positiven Erfahrungen und Beschreibungen jedes Mal deutlich höher, als die der verbesserungsbedürftigen, allerdings war bei den **Beschreibungen in der Wertung des Personals** inklusive Wertschätzung (Betreuung) mit 44% ein deutlicher Anstieg im Vergleich zur individuellen Erfahrung (39%) zu verzeichnen. Die Aufführung der **emotionalen Erfahrungen** mit 26% beim besten Erlebnis vs. 24% bei der Beschreibung ähnelten sich, 20% der Frauen beschrieben **Elemente des Service-Komplexes** als wichtig im Sinne einer Weiterempfehlung an Dritte, während 24% der besten Geburtserlebnisse darauf zurückzuführen waren. Auch bei den negativen Erfahrungen gab es eindeutige Verschiebungen: Frauen beschrieben negative Erfahrungen aus dem Bereich der **emotionalen Erfahrung** gehäuft (36%), wenn es um die Beschreibung für Dritte im Gegensatz zu ihren eigenen negativen Erfahrungen (23%) ging. Gleiches ließ sich bei der Untersuchung der Antworten aus dem Feld der **erfahrenen Betreuung** feststellen, auch hier bezog sich ein enormer Anstieg vom Bereich der persönlichen Erfahrungen (18%) im Vergleich zu den möglichen Beschreibungen für Andere auf die Betreuungspersonen (30%). Eventuell sind diese besonders eindrücklichen Verschiebungen geschuldet der Tatsache, dass Frauen bei der Beschreibung der tatsächlichen Geburtsumgebung für relevante Dritte nicht die Notwendigkeit sehen, auf übergeordnete strukturelle Mängel wie z.B. mangelnde Kostenerstattung hinzuweisen. Im Gegensatz zum Abgleich zwischen positiven Erfahrungen und positiven Beschreibungen, bei denen der Komplex der emotionalen Erfahrungen nahezu unverändert blieb ist im Bereich der negativen Erfahrungen, bzw. Beschreibungen ebenfalls ein deutlicher Unterschied zu sehen. Möglicherweise attribuieren Frauen ein negatives Ereignis im Sinne negativer Handhabbarkeit oder mangelnder Sicherheit im Kontext von Selbstschutz eher extern, und empfinden diese damit als besonders erwähnenswert für relevante Dritte.

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Um die Bedingungen für einen guten Geburtsort noch einmal zusammenzufassen: Über die Maßen wichtig bei der Beschreibung des „besten Erlebnisses“ waren die **erfahrene Betreuung** (Personal und dessen *Eigenschaften, Kompetenz*, aber vor allem *Zeit und Verfügbarkeit*, außerdem die *entgegengebrachte Wertschätzung*) mit insgesamt 39% der Nennungen. In Folge dessen erreichte der *Service-Komplex* zu nahezu gleichen Teilen bei *Service, Räumlichkeiten und Empowerment* 27% der Antworten. Dieser Bereich wurde mit 26% der Berichte dicht gefolgt von der Dimension der **emotionalen Erfahrungen**, hier fanden besondere Erwähnung die *Sicherheit und Verstehbarkeit der Ereignisse* und deren *Handhabbarkeit*. Die insgesamt häufigsten Einzelnennungen bezogen sich auf (in absteigender Reihenfolge): *Verfügbarkeit des Personals* (13%), *Sicherheit und Verstehbarkeit* (12%), *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* (10%) und *Räumlichkeiten/Infrastruktur* (9%), sowie *positive Handhabbarkeit der Ereignisse* (7%). Mit diesen fünf (aus möglichen 20) Begriffen waren über 50% der Antworten zum besten Erlebnis abgedeckt. Ebenso reichten knapp 50% der Frauen die drei Begriffe der *Persönlichkeitseigenschaften des Personals* (22%), *Verstehbarkeit der Ereignisse* (15%), *Räumlichkeiten und Infrastruktur* (12%) (je ein Begriff aus allen drei Dimensionen) aus, um den Geburtsort für eine relevante Dritte ausreichend zu beschreiben.

Deutlicher Verbesserungsbedarf für einen guten Platz, um ein Kind dort zu gebären besteht zusammengefasst an folgenden Stellen: Dringend notwendig erscheint eine weitere Erforschung des Bedürfnisses nach *Kostenerstattung von Hebammenhilfe*, der *Akzeptanz von ambulanten Geburten* und sowohl *quantitativ wie auch qualitativ verbesserter Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett* (von den Frauen immer wieder explizit erwähnt als Wunsch nach ausgeweiteter Hebammenbetreuung); diese Themen wurden - neben anderen, seltener erwähnten - in 12% der Fälle, welche deduktiv noch nicht im Kategoriensystem erschienen waren aufgeführt. Auch die *negative Handhabbarkeit der Ereignisse* (11%), *mangelhafte Sicherheit/Verstehbarkeit* (9%), sowie *unzureichende zeitliche Verfügbarkeit des Personals* (8%) waren neben dem Wunsch nach *verbesserter Stillbetreuung* (7%) sowie *Nachbesserungen bei Räumlichkeiten und Infrastruktur* (6%) Thema für über 50% der Frauen. Im Bereich der Beschreibungen für eine enge Freundin oder Verwandte ergeben sich bei den negativen Beschreibungen zu knapp 50% Berichte zu den drei Kategorien der *negativen Handhabbarkeit* (20%), *mangelnden Sicherheit* (15%) und *negativen Persönlichkeitseigenschaften des Personals* (immerhin 14%). Selbstverständlich sollen auch die glücklichen 20% der Frauen nicht unerwähnt bleiben, welche *keinen Verbesserungsbedarf* sahen – trotzdem sind die oben erwähnten sechs Bereiche von 20 Möglichen der Wert, an dem es sich genauer hinzusehen und Veränderungen und Verbesserungen an Wünschen der Frauen zu orientieren lohnt.

5.3 Implikationen für weitere Forschung

Aus der vorliegenden Evaluation der österreichischen Antworten im Babies Born Better Kontext lassen sich im Folgenden vorgestellte Ideen für die weitere Forschung entwickeln. Zuerst können selbstverständlich die hier untersuchten Daten noch auf vielfältige Art weiter erforscht werden. So böte sich zum Beispiel an, auch die Beschreibungen des Geburtsortes in Relation zu soziodemographischen Elementen zu setzen. Außerdem können im Sinne konkreter aus den vorliegenden Ergebnissen erwachsener Fragestellungen die tatsächlichen Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit mit dem Geburtsort und deren Elementen untersucht, bzw. Vermittler zwischen den einzelnen Elementen identifiziert werden.

So bietet sich u.a. an, die B3-Ergebnisse aus Ländern mit hoher Rate an nicht-ärztlicher Betreuung (Niederlande und United Kingdom) direkt zu vergleichen mit den Ergebnissen der Länder mit ärztlich geführter Geburtshilfe. So können eventuell von den Frauen gelegte Schwerpunkte ermittelt, bzw. deren Sicht der Vor- und Nachteile des jeweiligen Systems entdeckt werden. Zusätzlich können Überlegungen zur Überführung des Blickwinkels der Frauen auf die eher medizinisch-technisch orientierte Geburtshilfe in deutschsprachigen Ländern angestellt werden [9]. Auch der Zeitpunkt der Erhebung der Erfahrungen – im B3 bis zu fünf Jahre zurückliegend – ist einer weiteren Untersuchung wert, um den Einfluss der vergangenen Zeit auf die Beantwortung der Frage zu untersuchen. In den empirischen Arbeiten die der vorliegenden Thesis zugrunde liegen wurden die Daten nämlich sehr häufig sehr viel früher erhoben (bis zu drei Tage post partum [11]). Weiterführende Untersuchungen der erhobenen Daten könnten außerdem sein: Schwerpunkte bei den besten Erlebnissen direkt für jede Frau mit den verbesserungswürdigsten Erfahrungen in Relation setzen und vergleichen, sowie z.B. die Untersuchung weiterer externer Umstände wie Art des Betreuungspersonals und interner Voraussetzungen wie Vorliegen einer „Problemschwangerschaft“ oder Besonderheiten in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche zur Geburt. Außerdem ist die Identifikation konkreter Geburtsorte ein Anliegen des B3-Survey. Da aber - wie erwähnt - ein Teil der vorliegenden österreichischen Daten bereits in der Arbeit von Weckend (2015) [44] untersucht und hierbei auf die Erforschung konkreter Orte geachtet wurde, war der Schwerpunkt in der vorliegenden Arbeit ein anderer.

Neue Perspektiven ergaben sich auch für die „besten“ Erfahrungen, welche sich aus der gefundenen Literatur nicht als besonders relevant für die unmittelbare Geburtserfahrung ermitteln ließen: die große Frage nach der Kostenübernahme für die Hebammenbetreuung durch die Krankenkasse als österreichspezifisches Thema, die Freude über die Möglichkeit der ambulanten Geburt, eine ambivalente Sicht der Teamarbeit (diese war sowohl bei positiven als auch negativen Erfahrungen häufig Thema) [44], die Forderung nach einem Geburtsgespräch [13]. Der Bereich der

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.3 Implikationen für weitere Forschung

Betreuung während Schwangerschaft und Wochenbett wurde deduktiv bewusst ausgeklammert, um dem Schwerpunkt der Frage nach dem Geburtsort gerecht zu werden (vgl. Kapitel 2.5.1). Diese Reduzierung erscheint im Rückblick aber nicht als gerechtfertigt, da Frauen ihren Ort der Geburt umfassender zu sehen scheinen. Also gilt es auch hier, weitere Überlegungen im Sinne der Definition eines Geburtsortes durch Frauen anzustreben. Zusätzlich erscheint die ambulante Geburt trotz ihrer anscheinend großen Relevanz für die positive Bewertung völlig unterrepräsentiert in der Forschung. Dabei kann sie auch im Rahmen der Kosten-Thematik eine wachsende Rolle spielen – immerhin wendet das Land Österreich überdurchschnittlich hohe Summen an Geldern auf für die stationäre Versorgung von PatientInnen [53]. Hier könnte eine weitere Förderung von ambulanten Geburten helfen bei einer Kosten-Reduktion.

Weitere Untersuchungen des Zusammenhangs mit der Sicherheit während der Geburt und Erfahrungen mit medizinischen Interventionen könnten eventuell erklären, wie Frauen zu einem verbesserten Gefühl von Sicherheit respektive Verstehbarkeit kommen könnten, auch wenn medizinische Interventionen durchgeführt werden. So zeigte sich bereits in der kürzlich veröffentlichten Studie zu Erfahrungen von Frauen mit Geburtseinleitung, dass diese sich mehr, bzw. bessere Informationen gewünscht hätten und außerdem mehr Unterstützung bzw. Zeit nötig gewesen wäre [54]. Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte sich bereits, dass nicht alle medizinischen Interventionen mit Angst, Unsicherheit oder schlechter Handhabbarkeit assoziiert sein müssen. Außerdem könnte der Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Empowerment und damit der Kraft, Interventionen zu hinterfragen und der Erstellung eines Geburtsplans Thema einer möglichen Studie werden [55]. Ein besonderes Augenmerk kann und sollte hier auch gelegt werden auf die Gruppe junger Mütter - wie können diese besonders vulnerablen Frauen zu einer guten Geburtserfahrung im Sinne von empfundener Sicherheit kommen?

Auch der Vergleich der 4 Elemente aus Banduras Self-Efficacy-Modell mit Themen der Geburtshilfe könnte tiefere Informationen über Entscheidungsfindungsprozesse liefern:

- 1) Kognitive Prozesse = Frauen, die eigene Fähigkeiten höher einschätzen verzichten bewusster auf Analgesie? Erste Anhaltspunkte für diese Überlegungen bietet eine relativ aktuelle Studie aus Schweden [56]
- 2) Motivationale Prozesse = Frauen, die planen, die Klinik ambulant zu verlassen gebären so, dass sie diese auch tatsächlich ambulant verlassen können?
- 3) Affektive Prozesse = Persönlichkeitseigenschaften, welche mit Verunsicherung zusammenhängen und deren Effekte auf Stress und Angstentwicklung?
- 4) Auswahlprozesse = Frauen, die sich mehr zutrauen gehen außerklinisch? [41]

5. Darstellung des adaptierten Modells und Diskussion

5.3 Implikationen für weitere Forschung

Generalisierende Beschreibungen des Geburtsortes essenzieren sich zu 38% auf das Personal, bzw. zu 44% auf die Betreuung durch das Personal! Die Einschätzung des guten Geburtsortes im Sinne einer Information an Dritte steht und fällt also mit Persönlichkeitseigenschaften, Kompetenz, Zeit und Verfügbarkeit der Betreuungspersonen, sowie der durch sie erfahrenen Wertschätzung. Es ist zu untersuchen, warum die Frauen in ihrem Antwortverhalten so unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Liegt es möglicherweise an den Überlegungen, was für die enge Freundin/Bekannte am wichtigsten sein könnte? Inwieweit existieren Unterschiede zwischen der individuellen besten/veränderungswürdigsten Erfahrung und den Inhalten, welche in Form von Empfehlungen/Abraten an Dritte weitergegeben werden? Die Vermutung liegt hierbei nahe, dass die individuellen Erfahrungen viel mit interner Attribution zu tun haben, im besten Falle (im Sinne des Eigenschutzes) vermehrt Erfolgsgründe bei sich selbst und Schuld bei anderen (z.B. dem Betreuungspersonal) gesucht werden. Demgegenüber kann die Empfehlung an andere eventuell klar abgegrenzt werden von der individuellen Beteiligung, so dass mehr auf externe Ursachen attribuiert wird [42]. Die Untersuchung des Einflusses verschiedener Attributionsstile auf die Bewertung der äußeren Umstände zur Geburt gilt es, weiter zu erforschen. Außerdem sollten die erhobenen Ergebnisse den EntscheidungsträgerInnen und FinanziererInnen im Gesundheitssystem vorgestellt werden, um die enorme Wichtigkeit des medizinischen Personals und der Betreuung für eine gute Geburt weiter zu untermauern.

6. Schlussfolgerndes Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel anhand der qualitativen Daten des B3-User-Survey für Österreich herauszufinden, welche guten Erfahrungen Frauen im Rahmen ihrer Geburt machten, wo sie Verbesserungsbedarf sahen und wie sie den Platz ihrer Geburt übergeordnet beschreiben würden. Dazu wurde deduktiv ein Rahmenmodell entwickelt, welches auf Basis internationaler und deutschsprachiger Literatur Ideen für genannte Schwerpunkte von Frauen aufgriff und in ein theoretisches Modell einbettete. Induktiv wurde dieses Rahmenmodell anhand der nun kategorisierten Antworten aus dem B3 ergänzt und in adaptierter Form vorgestellt. Hierbei stellte sich heraus, dass neben einer erstaunlichen Deckung zwischen Literatur und Realität der Frauen in vielen Bereichen (vor allem bezogen auf Beschreibungen des besten Erlebnisses) deutliche Nachbesserungen in Bezug auf die Aufnahme weiterer Codes zu treffen waren, vor allem bezogen auf den Bereich der verbesserungswürdigen Erfahrungen. Diese betrafen speziell den Bereich der Versorgung mit Hebammenhilfe in Schwangerschaft und Wochenbett, ebenso die Erwähnung ambulanter Geburten und den Wunsch nach mehr Hebammengeburten, aber auch besonders den großen Bedarf nach Kostendeckung für die Betreuung während Schwangerschaft und Wochenbett. Hierbei handelt es sich um ein strukturelles Problem, welches speziell Österreich betrifft – Hebammenhilfe ist hier aus eigener Tasche zu zahlen.

Außerdem wurde anhand der Zuordnung zu einem Teil der im Rahmen des B3 erhobenen soziodemographischen Daten (Alter, Migration, Parität und Setting) erforscht, ob sich dadurch Unterschiede in der Priorisierung ergeben. Abhängig vom Alter ergaben sich lediglich leise Hinweise auf differierende Schwerpunkte; jüngere Frauen zeigten beispielsweise zu geringfügig höheren Prozentsätzen, dass sie ihre Abwägungen zu guten oder verbesserungswürdigen Erlebnissen abhängiger machten von der *Kompetenz des Betreuungspersonal*, während sich sonst kaum Unterschiede zeigten. Lediglich die sehr kleine Gruppe von Frauen unter 20 wick in ihren Beurteilungen und vor allem der *Häufigkeit der Negativerfahrungen* vom Gros der Teilnehmerinnen ab – hier besteht dringender Forschungsbedarf. Allerdings stellte sich heraus, dass Frauen in Abhängigkeit vom Vorliegen eines Migrationshintergrundes mehr Wert legten auf *Wertschätzung* und *Empowerment*, als Frauen, welche in Österreich geboren waren. Gleichzeitig zeigte sich aber in den Antworten, dass diese zwei wichtigen Faktoren von den außerhalb Österreichs geborenen Frauen erfreulich häufig als positivste Erfahrung genannt wurden, während die verbesserungswürdigen Erlebnisse kaum Unterschiede offenlegten. Anders stellte sich das Bild beim Vergleich zwischen klinischem (Kreißsaal) und außerklinischem Setting dar: Große Ähnlichkeiten gab es zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf positive Erfahrungen – abgesehen von der *Wertschätzung*, welche Frauen im außerklinischen Kontext besonders lobend hervorhoben, waren übergeordnet vor allem

6. Schlussfolgerndes Fazit und Ausblick

die guten Erfahrungen mit *Zeit/Verfügbarkeit des Personals*, sowie *empfundener Sicherheit* den Frauen in allen Formen des Geburtssettings in guter Erinnerung. Unterschiede zeigten sich hier vor allem bei den veränderungsbedürftigen Erlebnissen: Frauen nach Geburt im Spital wünschten mehr *positive Handhabbarkeit* und *mehr Sicherheit/Verstehbarkeit*, während Frauen nach außerklinischer Geburt mehr *Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft*, bzw. die *Übernahme der Kosten* auf ihre Wunschliste brachten. Erfreulicherweise bleibt übergeordnet zu sagen, dass alle Frauen stets am häufigsten nannten, dass sie *keinerlei Verbesserungsbedarf* sahen. Auch die Parität hatte deutlichen Einfluss auf die Wertung der Erlebnisse; neben *Zeit und Verfügbarkeit des Personals* waren Erstgebärenden die positiven Erfahrungen mit den Umgebungsbedingungen (*Kompetenz des Personals, Service und Räumlichkeiten*) am wichtigsten, während Mehrgebärende besonders die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Geburt selbst gemachten Erfahrungen (*erlebter Sicherheit, positiver Handhabbarkeit und Empowerment*) als bestes Erlebnis bezeichneten. Hier ergaben sich allerdings wieder große Ähnlichkeiten in Bezug auf die als nötig erachteten Veränderungen.

Auch der Vergleich zwischen den besten Erfahrungen im Gesamten mit den positiven Beschreibungen des Geburtsortes brachte erstaunliche Erkenntnisse hervor. So zeigte sich, dass der Schwerpunkt bei den besten Erfahrungen im Vergleich zur positiven Beschreibung für eine enge Freundin oder Verwandte deutlich zugunsten der *Beschreibung des Betreuungspersonals* verschoben war; die Frauen schienen bei der Empfehlung an relevante Dritte tatsächlich mehr das Betreuungspersonal im Zentrum der als wichtig erachteten Gegebenheiten zu sehen. Hier scheinen Unterschiede zu herrschen zwischen der persönlichen Erfahrung und der Weitergabe von als wichtig erachteten Informationen an Andere. Auch beim Vergleich der verbesserungswürdigsten Erlebnisse ergaben sich deutlich Unterschiede zu negativen Beschreibungen: Hier stieg der Anteil der Beschreibungen von *negativen Persönlichkeitseigenschaften des Betreuungspersonal* an, wenn Beschreibungen für Dritte fällig waren, ebenso allerdings stieg bei der Beschreibung auch der Anteil an *negativen Erfahrungen aus dem emotionalen Kontext* an. Diese also bezogen die Frauen anscheinend eher auf die äußeren Gegebenheiten. Die positiven Erfahrungen im emotionalen Zusammenhang nämlich waren bei der Beschreibung an Dritte nahezu unverändert und somit offensichtlich als nicht so wichtig für diese Personen betrachtet.

Insgesamt lässt sich als Fazit ziehen, dass die vorliegende Auswertung der Aussagen von über 500 Frauen zu ihren individuellen Erfahrungen im Rahmen ihrer Geburt einen nicht zu hoch einzuschätzenden Fundus an Informationen über die Geburtshilfe in Österreich bietet. Die Sortierung in ein deduktiv entworfenes Kategoriensystem bietet Überbegriffe, welche im besten Sinne qualitativer Forschung als konkrete, bedarfsangepasste Anregungen für weitere Untersuchungen zum genannten Themengebiet zu sehen sind. Übertragen auf die europaweite Erhebung im Rahmen des

6. Schlussfolgerndes Fazit und Ausblick

Babies Born Better User Survey lässt sich feststellen, dass hier eine grandiose Basis an Realitäten aus den Geburtszimmern ganz Europas generiert wurde und wird, welche auf der Grundlage der Aussagen von Expertinnen – nämlich der betroffenen Frauen - hoffentlich zu einer frauen- und familienfreundlicheren Geburtshilfe beitragen kann. So kann im weitesten Sinne eine Erhebung an individuellen Präferenzen von geburtserfahrenen Frauen aus allen Bereichen der Gesellschaft und deren positiven, sowie negativen Erfahrungen dazu beitragen, die Forschung an den optimalen Voraussetzungen für einen guten Geburtsort voranzutreiben. Ist es daraus folgend dann möglich, Orte zu identifizieren und Verfahren zu verbreiten, welche eine möglichst gute Geburtserfahrung für die Mutter zulassen, so ist es auch im Sinne jeden Kindes und dessen Lebensbeginn, diese positive Geburtserfahrung allen Schwangeren und Gebärenden zu ermöglichen.

„Es war einfach der beste Platz der Welt“ (ID3828296910)

References

1. International Confederation of Midwives: Bill of rights for Women and Midwives (last accessed on 19 April 2016).
2. MacFarlane, Alison J. et al.: Wide differences in mode of delivery within Europe: Risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study In: *BJOG*, 2015/123, 559–568.
3. Statista. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/200065/umfrage/geburtenziffern-in-ausgewaehlten-laendern-europas/> (last accessed on 01 April 2016).
4. International Confederation of Midwives: ICM International Definition of the Midwife (last accessed on 19 April 2016).
5. Makowsky Katja, Schücking Beate (eds.): *Was sagen die Mütter: Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. 1st ed. Weinheim: Beltz Juventa, 2013.
6. iresearch4birth: Babies Born Better Survey.
<http://www.iresearch4birth.eu/iResearch4Birth/en/bbb1.wp> (last accessed on 11 March 2016).
7. Loos Inge: Die Frau als Expertin für ihr Leben anerkennen In: *Sage-femme*, 2008, 10–11.
8. Christiaens Wendy, Bracke Piet: Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective In: *BMC pregnancy and childbirth*, 2007/7, 26.
9. Wiegers Therese: The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands In: *BMC pregnancy and childbirth*, 2009/9, 18.
10. Sandin-Bojö Ann-Kristin, Kvist Linda, Berg Marie, Larsson Bodil: What is, could be better: Swedish women's perceptions of their intrapartum care during planned vaginal birth In: *International journal of health care quality assurance*, 2011/24, 81–95.
11. Cipolletta Sabrina, Balasso Silvia: When everything seems right: the first birth experience of women in an Italian hospital In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2011/29, 374–381.
12. Henderson Jane: Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups In: *BMC pregnancy and childbirth*, 2013/13,
13. Guittier Marie-Julia, Cedraschi Christine, Jamei Nasir, Boulvain Michel, Guillemin Franics: Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study In: *BMC pregnancy and childbirth*, 2014/14, 254–262.
14. Gärtner Fania, Freeman Liv, Rijnders Marlies, et al.: A comprehensive representation of the birth-experience: identification and prioritization of birth-specific domains based on a mixed-methods design In: *BMC pregnancy and childbirth*, 2014/14, 147–157.

15. Groß Mechthild: Die Geburtserfahrung-eine Übersichtsarbeit In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 2003/63, 321–325.
16. Stahl Katja: Wie zufrieden sind Frauen mit ihrer Geburtsklinik? In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 2009/213, 11–17.
17. Duden: Rechtschreibung. www.duden.de (last accessed on 19 April 2016).
18. Hainer F., Kowalcek Ingrid: Wünsche von Schwangeren an den Geburtsmodus In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 2011/215, 35–40.
19. Ahrendt Cordula, Krauss-Lembcke Sabine, Luther Birte, Reutter Renate: Erwartungen und Wünsche an die Hebamme – Ergebnisse einer Umfrage unter jungen Müttern In: Die Hebamme, 2012, 226–232.
20. Tuschy Benjamin, Berlit S., Hägele F., et al.: Welche Erwartungen stellen Schwangere an eine ideale Entbindungsklinik? In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 2012/216, 246–252.
21. Knape Nina, Mayer Herbert, Schnepf Wilfried, Sayn-Wittgenstein Friederike: The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system In: BMC pregnancy and childbirth, 2014/14, 300–312.
22. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung: Qualitätsreport Geburtshilfe. <http://info.bqs-online.de/outcome/16n1/Buaw-2002-16n1-qr.pdf> (last accessed on 18 December 2015).
23. Heim Kurt (ed.): Geburtenregister Österreich Jahresbericht 2012. Innsbruck, 2014.
24. Oberaigner Wilhelm, Leitner Hermann (eds.): Geburtenregister Österreich 2013, 2014.
25. Oberaigner Wilhelm, Leitner Hermann (eds.): Geburtenregister Österreich 2014, 2015.
26. Oberaigner Willi, Leitner Hermann, Oberaigner Karin, et al.: Migrants and obstetrics in Austria--applying a new questionnaire shows differences in obstetric care and outcome In: Wiener klinische Wochenschrift, 2013/125, 34–40.
27. Österreichisches Hebammengremium (ed.): Die außerklinische Geburtshilfe in Österreich: Bericht für die Jahre 2006 und 2007, 2009.
28. Loytved Christine: Qualitätsbericht 2008 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland: Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V, 2010.
29. Babitsch Birgit: Public Health in Deutschland: Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland - Forschung und Lehre. <http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/die-gesellschaft/berichte-stellungnahmen/> (last accessed on 16 December 2015).
30. Klemperer David: Sozialmedizin - Public Health: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 1st ed. Bern: Huber, 2010.

31. Centers for Disease Control and Prevention: Ten great public health achievements--United States, 1900-1999. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.html> (last accessed on 17 April 2016).
32. Brieskorn-Zinke Marianne: Die Rolle der Pflege in Public Health / Gesundheitsförderung In: *Pflege*, 2003/16, 66–74.
33. Fousek Stephan, Domittner Brigitte, Nowak Peter: *Health Literacy 2012 - Grundlagen und Vorschläge*. Wien, 2012 (last accessed on 28 October 2015).
34. Rappaport Julian: Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology In: *American Journal of Community Psychology*, 1987/15, 121–148.
35. Antonovsky Aaron: *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit: Deutsche Herausgabe*. Tübingen: dgvt-Verlag, 1997.
36. Luther Birte: Salutogenese als Modell für die Hebammenarbeit In: *Die Hebamme*, 2006, 269–272.
37. Bensel Joachim: Der Übergang zur Elternschaft in westlichen und traditionellen Kulturen In: *Die Hebamme*, 2005/18, 212–219.
38. Krauss-Lembcke Sabine: Welche Betreuung wünschen sich Mütter von Frühgeborenen? In: *Die Hebamme*, 2012, 264–268.
39. Wirtz Markus A, Strohmeyer Janina: *Dorsch: Lexikon der Psychologie*. 16th ed. Bern: H. Huber, 2013.
40. Bandura Alfred: Social Cognitive Theory: An agentic perspective In: *Annual Review of Psychology*, 2001/52, 1–26.
41. Bandura Alfred: Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning In: *Educational Psychologist*, 1993/28, 117–148.
42. Jerusalem Matthias: Allgemeine Selbstwirksamkeit und differentielle Stressprozesse. In: *Psychologische Beiträge*, 1991/33, 388–406.
43. Mutz-Dehbalai Irene, Scheier Matthias, Jerabek-Klestil Susanne, et al.: Perinatal mortality and advanced maternal age In: *Gynecologic and obstetric investigation*, 2014/77, 50–57.
44. Weckend Marina: *Women's Experiences of Maternity Care in Germany and Austria: The Babies Born Better User Survey*. Lancashire, 2015.
45. dghwi (ed.): *Tagungsband*, 2016.
46. Chalmers Beverly, Mangiaterra Viviana, Porter Richard: WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course In: *Birth*, 2001/28, 202–207.
47. McLellan Julie, Laidlaw Anita: Perceptions of postnatal care: factors associated with primiparous mothers perceptions of postnatal communication and care In: *BMC pregnancy and childbirth*, 2013/13, 227–236.

48. Zielinski Ruth, Ackerson Kelly, Kane Low Lisa: Planned home birth: benefits, risks, and opportunities In: *International journal of women's health*, 2015/7, 361–377.
49. Hildingsson Ingegerd, Radestad Ingela, Lindgren Helena: Birth Preferences that Deviate from the Norm in Sweden: Planned Home Birth versus Planned Cesarean Section In: *Birth*, 2010/37, 288–295.
50. Hebammengremium Österreich. www.hebammen.at (last accessed on 15 May 2016).
51. Polleit Heike: Wünsche erstgebärender Frauen an die Wochenbettbetreuung In: *Die Hebamme*, 2006/19, 116–124.
52. Nieuwenhuijze Marianne: On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care In: *BMC pregnancy and childbirth*, 2014/14, 223–233.
53. Gesundheit Österreich GmbH: Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich - Ausgabe 2012 (last accessed on 28 October 2015).
54. Schwarz Christiane, Gross Mechthild, Heusser Peter, Berger Bettina: Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany In: *Midwifery*, 2016/35, 3–10.
55. Lundgren Ingela, Berg Marie, Lindmark Gunilla: Is the childbirth experience improved by a birth plan? In: *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2003/48, 322–328.
56. Carlsson Ing-Marie, Ziegert Kristina, Nissen Eva: The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes In: *Midwifery*, 2015/31, 1000–1007.

Abkürzungsverzeichnis

AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
B3	Babies Born Better
BQS	Bundeszentrale für Qualitätssicherung
CTG	Cardiotokographie
GRR	Generalized Resistency Ressources
MKP	Mutter-Kind-Pass
OP	Operationssaal
p.p.	post partum
PDA	Periduralanästhesie
PND	Pränataldiagnostik
SOC	Sense of Coherence
SSW	Schwangerschaftswoche
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USA	United States of America
WHO	World Health Organisation

Abbildungs-und Tabellenverzeichnis

- Abbildung 1 Entwicklung der Teilnehmerinnenzahl und Datensätze zur Auswertung
- Abbildung 2 Darstellung des Alters der Teilnehmerinnen numerisch
- Abbildung 3 Darstellung des Migrationshintergrundes numerisch
- Abbildung 4 Verteilung auf Erst- und Mehrgebärende prozentual
- Abbildung 5 Verteilung der Geburtsjahre numerisch
- Abbildung 6 Darstellung der Häufigkeit von Problemen in der Schwangerschaft
- Abbildung 7 Verteilung des Geburtszeitpunktes in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche numerisch
- Abbildung 8 Darstellung der verschiedenen Geburtsorte
- Abbildung 9 Bestes Ereignis numerisch und prozentual
- Abbildung 10 Die drei verbesserungswürdigsten Erlebnisse numerisch und prozentual
- Abbildung 11 Ehrliche Beschreibung des Geburtsortes Positiv und Negativ unter Prozenangaben
- Abbildung 12 Vergleich Bestes Persönliches Erlebnis Gesamt und Beschreibung Positiv Gesamt
- Abbildung 13 Vergleich Verbesserungswürdigstes Ereignis (Change) Gesamt und Beschreibung Negativ Gesamt
- Abbildung 14 Verbesserungswürdigstes Ereignis Gesamt numerisch
-
- Tabelle 1 Kategoriensystem zur Auswertung der österreichischen B3-Daten
- Tabelle 2 Bestes Ereignis in Abhängigkeit vom Alter der Mutter prozentual
- Tabelle 3 Bestes Ereignis in Abhängigkeit vom Setting der Geburt prozentual
- Tabelle 4 Bestes Ereignis in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund prozentual
- Tabelle 5 Bestes Ereignis in Abhängigkeit von Parität prozentual
- Tabelle 6 Verbesserungswürdigstes Ereignis in Abhängigkeit vom Alter prozentual
- Tabelle 7 Verbesserungswürdigstes Ereignis in Abhängigkeit vom Setting prozentual
- Tabelle 8 Verbesserungswürdigstes Ereignis in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund prozentual
- Tabelle 9 Verbesserungswürdigstes Ereignis in Abhängigkeit von Parität prozentual
- Tabelle 10 Induktiv ergänztes und adaptiertes Kategoriensystem zur Auswertung der österreichischen B3-Daten

Anhang

Darstellung des deutschsprachigen B3-User-Survey

Einladung: Bitte helfen Sie uns, die Versorgung schwangerer Frauen innerhalb Europas zu optimieren! Haben Sie innerhalb der letzten fünf Jahre ein Kind bekommen? Sehr gerne würden wir von Ihren Erfahrungen Kenntnis erhalten!

Zu Ihrer Person

Q1. Wie alt sind Sie? (in Jahren)

Q2. Wo leben Sie?

Ihr Land:

Die nächstgrößere Stadt:

Q3. Wir hätten gerne möglichst umfassende Informationen über die Qualität der Versorgung schwangerer Frauen, einschließlich der Frauen, die in dieses Land eingewandert sind. Können Sie uns sagen, wie lange Sie bereits in diesem Land leben?

Ich bin hier geboren:

Ich bin hierher gezogen: vor ___ Jahren:

Q4: Falls Sie in dieses Land gezogen sind, geben Sie uns bitte den Grund hierfür an:

Über Ihre Kinder

Q5. Wie viele Kinder haben Sie geboren?

Q6. Sind Sie zurzeit schwanger? Ja/Nein

Q7. Haben Sie in den letzten 5 Jahren ein Kind geboren? Ja/Nein

Q8. Geburtsdatum Ihres jüngsten Kindes? Geburtsdatum (Monat und Jahr) - Monat/Jahr

Über Ihre Schwangerschaft

Q9. In welcher Schwangerschaftswoche wurde ihr jüngstes Kind geboren?

Q10. Gab es irgendwelche Probleme in der Schwangerschaft? Ja/Nein

Q11. Falls ja, bitte geben Sie an, welche Probleme Sie hatten:

Über die Geburt Ihres jüngsten Kindes

Q12. Wo haben Sie Ihr letztes Kind bekommen?

Im Kreißsaal

In einem Geburtshaus, das einer Klinik angeschlossen ist

In einem Geburtshaus, das unabhängig ist

Zu Hause

Sonstiges (bitte erläutern)_____

Q13. Wer hat Sie hauptsächlich betreut? Ärzte Hebammen Krankenschwestern

Eine Kombination aus Ärzten und Hebammen oder Krankenschwestern

Sonstiges (bitte erläutern)_____

Q14. Bitte teilen Sie uns den Namen, die Stadt und/oder die Postleitzahl der Einrichtung mit, in der Sie Ihr letztes Kind geboren haben (falls dies eine Hausgeburt war, schreiben Sie nichts, das zur Identifizierung Ihrer Adresse benutzt werden könnte)

14.1 Name 14.2 Stadt 14.3 Postleitzahl

Q15. Was waren die drei besten Dinge, die Sie im Rahmen ihrer Betreuung bekommen bzw. erlebt haben? Bitte nennen Sie das Beste zuerst.

Q16. Wenn Sie drei Dinge bezüglich der Betreuung, die Sie erlebt haben, verändern könnten, welche wären es? Bitte nennen Sie das Wichtigste zuerst.

Q17. Stellen Sie sich vor, eine enge Freundin oder Verwandte wäre schwanger. Sie bittet Sie, ihr wirklich ehrlich zu beschreiben, wie Sie dort betreut worden sind, wo Sie Ihr letztes Kind geboren haben. Sie können nur sechs Wörter oder Begriffe nennen. Welche würden es sein?

Q18. Bitte teilen Sie uns weitere Kommentare, die Sie uns mitteilen möchten an dieser Stelle mit. Dies können Ergänzungen Ihrer Antworten sein oder weitere Informationen, die Sie über Ihre Schwangerschaftsbetreuung mitteilen möchten.

Q19. Wenn Sie über die Ergebnisse der Umfrage informiert werden möchten, dann hinterlassen Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse im dafür vorgesehenen Feld. Ihre Antworten auf diese Umfrage werden anonym bleiben, auch wenn Sie Ihre Kontaktdaten zur Verfügung stellen. Wir verwenden Ihre E-Mail-Adresse nicht für andere Zwecke, außer um Sie über die Umfrageergebnisse zu informieren.

Q20. Wir möchten eine kleine Anzahl von Frauen, die sich an dieser Umfrage beteiligt haben, kontaktieren, als Teil einer geplanten Follow-Up-Studie. Wenn Sie sich freuen würden von den Forschern per E-Mail kontaktiert zu werden, dann wählen Sie unten bitte "Ja". Wir verwenden Ihre E-Mail-Adresse nicht für andere Zwecke und Ihre Antworten werden immer noch anonym bleiben (Ihre E-Mail-Adresse wird von Ihren Antworten auf diese Umfrage getrennt aufbewahrt werden).

Ja/Nein

Verteilung des B3 innerhalb Österreichs

Liste Twitter

[@Its4Families](#)
[@ babyandfriends](#)
[@ NetMomsTwee t](#)
[@ Familientipps](#)
[@ Mamilounge](#)
[@ elternde](#)
[@ babyandfriends](#)
[@ Elternwissen](#)
[@ mamiweb_de](#)

Liste Facebook

www.stillgruppe.de
<https://www.facebook.com/muettermagazin?fref=ts>
<https://www.facebook.com/pages/Eltern-werden-Eltern-sein/280100932007812>
<https://www.facebook.com/elternwissen?fref=ts>
<https://www.facebook.com/elternratgeber>
<https://www.facebook.com/eltern.werden?fref=ts>
E-Mail/website
kathrin.reinecke@hebammenpraxis-innsbruck.at (wird auf facebook veröffentlicht)
<https://www.hebammen.at>
<http://www.babynews-tirol.at/06>
<http://moodle.fhg-tirol.ac.at> (Bachelorstudiengänge)
<http://moodle.fhg-tirol.ac.at> (Masterweiterbildungslehrgänge)
regina.klingenschmid@tirol.gv.at Newsletter für Hebammen
Unkomplizierte Baby- und Kinderbegleitung
<https://www.facebook.com/#!/groups/731345156897209/?fref=ts>
KindergartenpädagogInnen – die was bewegen
<https://www.facebook.com/#!/groups/304348122992283/?fref=ts>
Mehr Anerkennung für Erzieher/Innen
<https://www.facebook.com/#!/groups/mehr.anerkennung/?fref=ts>
Plattform EduCare
<https://www.facebook.com/#!/plattform.educare.9?fref=ts>

Weiters Trägerorganisationen per e-mail informiert:

1. Frauen Im Brennpunkt <http://www.fib.at/>

Die Kinderfreunde Tirol <http://tirol.kinderfreunde.at/Bundeslaender/Tirol>

Vorschlag zur Information:

e-mail an Land Tirol Abteilung Bildung

Im Forum von Parents.at einen Thread eröffnen (Offizielles Elternforum des ÖHG)

Studiengangsleitungen in A

Margaritha Kindl, BSc. <margaritha.kindl@fh-krems.ac.at> (margaritha.kindl@fh-krems.ac.at)

Schildberger, Barbara (barbara.schildberger@fhgooe.ac.at)

Felber, Margit (margit.felber@fh-salzburg.ac.at)

brigitte.kutalek-mitschitzek@fh-campuswien.ac.at

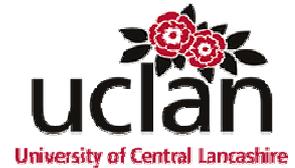
van der Kleyn Moenie (Moenie.vanderKleyn@fh-joanneum.at)

Rüb, Dorothea (hebrueb@chello.at)

Geburtsallianz <http://www.geburtsallianz.at/termine/muetter-umfrage/index.html>

Österreichischer Hebammenkongress Velden Mai 2014 durch König-Bachmann

Ethikvotum zum B3



22nd January 2014

Soo Downe and Marie-Claire Balaam
School of Health
University of Central Lancashire

Dear Soo & Marie-Claire

Re: BuSH Ethics Committee Application
Unique Reference Number: BuSH 222

The BuSH ethics committee has granted approval of your proposal application 'EU-B3 (European Babies Born Better) Survey (Mother's survey)'.

Please note that approval is granted up to the end of project date or for 5 years, whichever is the longer. This is on the assumption that the project does not significantly change, in which case, you should check whether further ethical clearance is required

We shall e-mail you a copy of the end-of-project report form to complete within a month of the anticipated date of project completion you specified on your application form. This should be completed, within 3 months, to complete the ethics governance procedures or, alternatively, an amended end-of-project date forwarded to roffice@uclan.ac.uk quoting your unique reference number.

Yours sincerely

Gill Thomson
Vice Chair
BuSH Ethics Committee

NB - Ethical approval is contingent on any health and safety checklists having been completed, and necessary approvals as a result of gained.

Darstellung Literaturrecherche

Tabelle A Rechercheverlauf Literatursuche

Datum	Recherche	Stichwörter (verbunden mit AND)	Datenbank	Treffer	Limitationen	ausgewählte Publikationen	Ausschlusskriterien
0207-09072015	1	birth experience satisfaction	psycarticles	8		0	krankes Kind/Mutter, Studie außerhalb Europas, assistierte Fruchtbarkeit, Einzelfallberichte, Adoption, Fokus der Studie auf medizinische Interventionen/Parthematik
		birth satisfaction	psycarticles	47		0	
		birth experience satisfaction	pubmed	495		16	krankes Kind/Mutter, Studie außerhalb Europas, assistierte Fruchtbarkeit, Einzelfallberichte, Adoption, Fokus der Studie auf medizinische Interventionen, Studien vor 2010
		birth experience satisfaction	thieme link	129	SCIENTIFIC, Zeitschriften	1	krankes Kind/Mutter, Studie außerhalb Europas, assistierte Fruchtbarkeit, Einzelfallberichte, Adoption, Fokus der Studie auf medizinische Interventionen
		birth experience satisfaction	springer link	135		5 (plus 5 Mehrfachnennungen aus anderen Recherchen)	krankes Kind/Mutter, Studie außerhalb Europas, assistierte Fruchtbarkeit, Einzelfallberichte, Adoption, Fokus der Studie auf medizinische Interventionen, Studien vor 2010
		birth experience satisfaction	ovid	394		3 (plus 5 Mehrfachnennungen aus anderen Recherchen)	
29102015	2	salutogenesis	psycarticles	56		1	
			web of science	308			
		salutogenesis antonovsky	web of science	85		6	
		antonovsky	sowiport	108			
		salutogenesis antonovsky	psyndex	76		0	
7122015	3	self-efficacy childbirth	psyndex	26		1	
16122015	4	public health birth experience	thieme link				

Abbildungen und Tabellen zur Auswertung

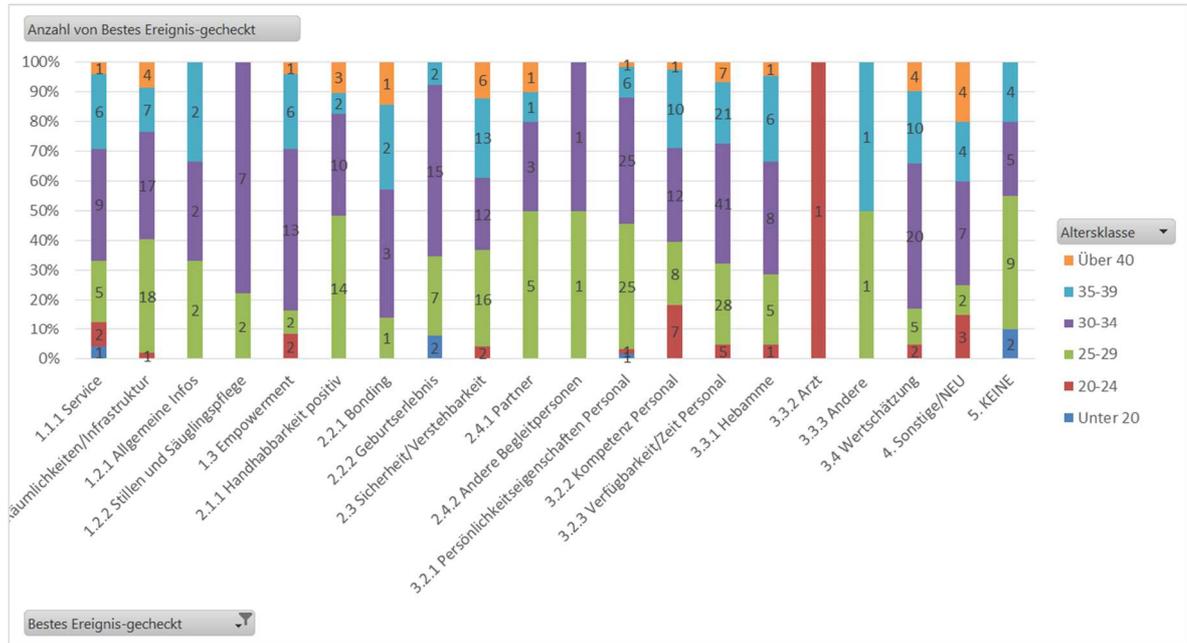


Abbildung 1A Best Altersgruppe

Tabelle 1A Best2 Altersgruppe

Anzahl von Best 2	Alter						Gesamt
	Unter 20	20-24	25-29	30-34	35-39	Über 40	
1.1.1 Service	0,0%	15,0%	7,1%	4,9%	5,4%	3,1%	5,9%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	0,0%	15,0%	10,0%	7,1%	10,9%	3,1%	8,7%
1.2.1 Allgemeine Infos	0,0%	5,0%	3,6%	3,8%	0,0%	0,0%	2,7%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	0,0%	5,0%	2,9%	2,7%	2,2%	3,1%	2,7%
1.3 Empowerment	0,0%	0,0%	3,6%	8,2%	8,7%	6,3%	6,3%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	0,0%	0,0%	7,9%	8,2%	14,1%	6,3%	8,7%
2.2.1 Bonding	0,0%	10,0%	2,9%	2,7%	2,2%	3,1%	3,0%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,0%	5,0%	0,7%	2,2%	0,0%	3,1%	1,5%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	0,0%	15,0%	12,9%	12,0%	16,3%	15,6%	13,3%
2.4.1 Partner	0,0%	0,0%	2,1%	1,1%	3,3%	6,3%	2,1%
3.1 Selbstvertrauen	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	33,3%	10,0%	10,7%	9,3%	9,8%	6,3%	9,9%
3.2.2 Kompetenz Personal	16,7%	0,0%	5,7%	7,7%	5,4%	6,3%	6,3%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	16,7%	5,0%	10,7%	7,1%	10,9%	9,4%	9,1%
3.3.1 Hebamme	0,0%	0,0%	2,1%	1,6%	0,0%	3,1%	1,5%
3.3.2 Arzt	0,0%	0,0%	0,7%	1,1%	2,2%	0,0%	1,1%
3.3.3 Andere	0,0%	0,0%	0,7%	0,5%	0,0%	3,1%	0,6%
3.4 Wertschätzung	0,0%	5,0%	2,9%	8,7%	3,3%	6,3%	5,5%
4. Sonstige/NEU	0,0%	5,0%	5,0%	8,2%	2,2%	12,5%	6,1%
5. KEINE	33,3%	5,0%	7,1%	2,7%	3,3%	3,1%	4,7%
Gesamt	100,0%						

Tabelle 2A Best3 Altersgruppe

Anzahl von Best3	Alter						Gesamt
	Unter 20	20-24	25-29	30-34	35-39	Über 40	
1.1.1 Service	0,0%	29,4%	9,7%	10,9%	11,9%	12,9%	11,6%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	0,0%	11,8%	9,7%	7,9%	9,5%	9,7%	9,0%
1.2.1 Allgemeine Infos	0,0%	0,0%	0,8%	1,8%	1,2%	6,5%	1,7%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	0,0%	5,9%	2,4%	1,8%	6,0%	0,0%	2,8%
1.3 Empowerment	0,0%	5,9%	4,0%	7,9%	3,6%	9,7%	5,9%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	0,0%	0,0%	8,1%	10,3%	10,7%	3,2%	8,7%
2.2.1 Bonding	0,0%	0,0%	0,8%	1,8%	2,4%	0,0%	1,4%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,0%	0,0%	1,6%	2,4%	2,4%	3,2%	2,1%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	0,0%	0,0%	14,5%	15,8%	8,3%	6,5%	12,5%
2.4.1 Partner	0,0%	11,8%	4,0%	1,2%	3,6%	0,0%	2,8%
3.1 Selbstvertrauen	0,0%	0,0%	1,6%	1,2%	1,2%	3,2%	1,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	33,3%	11,8%	9,7%	7,9%	7,1%	9,7%	8,7%
3.2.2 Kompetenz Personal	0,0%	0,0%	8,9%	3,0%	3,6%	6,5%	5,0%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	0,0%	0,0%	5,6%	11,5%	9,5%	9,7%	8,7%
3.3.1 Hebamme	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
3.3.2 Arzt	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	1,2%	0,0%	0,9%
3.3.3 Andere	0,0%	11,8%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
3.4 Wertschätzung	0,0%	5,9%	1,6%	4,2%	8,3%	6,5%	4,5%
4. Sonstige/NEU	0,0%	5,9%	5,6%	4,2%	6,0%	9,7%	5,4%
5. KEINE	66,7%	0,0%	9,7%	4,2%	3,6%	3,2%	5,9%
Gesamt	100,0%						

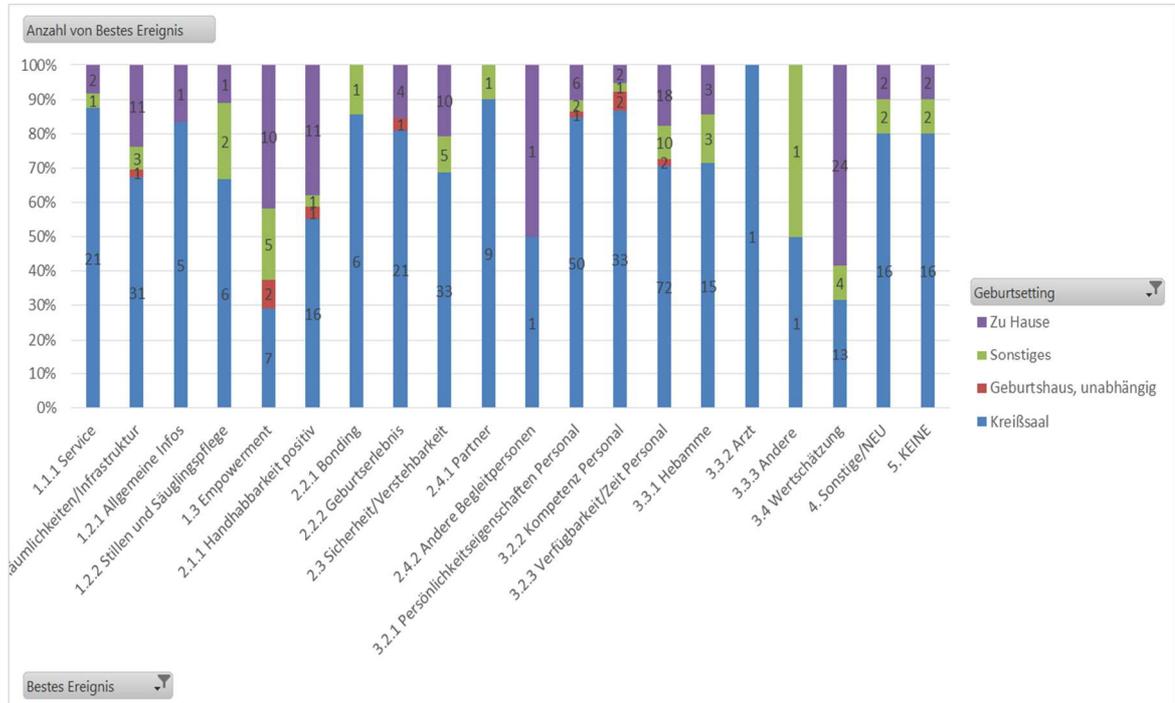


Abbildung 2A Best Setting

Tabelle 3A Best2 Setting

Anzahl von Best2	Geburtssetting					Gesamt
	Kreißsaal	Geburtshaus, unabhängig	Sonstiges	Zu Hause		
1.1.1 Service	6,8%	0,0%	2,9%	4,9%	5,9%	
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	10,8%	0,0%	8,6%	2,9%	8,7%	
1.2.1 Allgemeine Infos	2,2%	0,0%	8,6%	1,9%	2,5%	
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	
1.3 Empowerment	5,9%	10,0%	2,9%	8,7%	6,4%	
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	5,9%	20,0%	2,9%	17,5%	8,5%	
2.2.1 Bonding	3,1%	10,0%	5,7%	1,0%	3,0%	
2.2.2 Geburtserlebnis	1,2%	0,0%	2,9%	1,9%	1,5%	
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	12,4%	20,0%	11,4%	16,5%	13,4%	
2.4.1 Partner	1,9%	0,0%	0,0%	3,9%	2,1%	
3.1 Selbstvertrauen	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,2%	
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	11,8%	20,0%	17,1%	1,0%	10,0%	
3.2.2 Kompetenz Personal	6,5%	0,0%	2,9%	7,8%	6,4%	
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	8,4%	10,0%	8,6%	11,7%	9,1%	
3.3.1 Hebamme	1,2%	0,0%	2,9%	1,9%	1,5%	
3.3.2 Arzt	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	
3.3.3 Andere	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	
3.4 Wertschätzung	4,0%	10,0%	5,7%	9,7%	5,5%	
4. Sonstige/NEU	6,2%	0,0%	8,6%	5,8%	6,2%	
5. KEINE	5,3%	0,0%	8,6%	1,9%	4,7%	
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 4A Best3 Setting

Anzahl von Best3	Geburtssetting					Gesamt
	Kreißsaal	Geburtshaus, unabhängig	Sonstiges	Zu Hause		
1.1.1 Service	11,1%	22,2%	20,6%	8,1%	11,4%	
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	8,9%	0,0%	14,7%	8,1%	9,0%	
1.2.1 Allgemeine Infos	2,1%	0,0%	2,9%	0,0%	1,7%	
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	
1.3 Empowerment	4,3%	0,0%	5,9%	11,1%	5,9%	
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	7,5%	11,1%	5,9%	13,1%	8,8%	
2.2.1 Bonding	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	
2.2.2 Geburtserlebnis	2,1%	0,0%	0,0%	3,0%	2,1%	
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	9,6%	0,0%	11,8%	21,2%	12,3%	
2.4.1 Partner	2,5%	11,1%	2,9%	3,0%	2,8%	
3.1 Selbstvertrauen	1,1%	0,0%	0,0%	3,0%	1,4%	
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	10,7%	11,1%	11,8%	2,0%	8,8%	
3.2.2 Kompetenz Personal	5,4%	0,0%	5,9%	4,0%	5,0%	
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	8,2%	22,2%	5,9%	10,1%	8,8%	
3.3.1 Hebamme	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	
3.3.2 Arzt	1,1%	11,1%	0,0%	0,0%	0,9%	
3.3.3 Andere	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	
3.4 Wertschätzung	4,6%	11,1%	0,0%	5,1%	4,5%	
4. Sonstige/NEU	5,7%	0,0%	2,9%	6,1%	5,5%	
5. KEINE	7,1%	0,0%	8,8%	2,0%	5,9%	
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

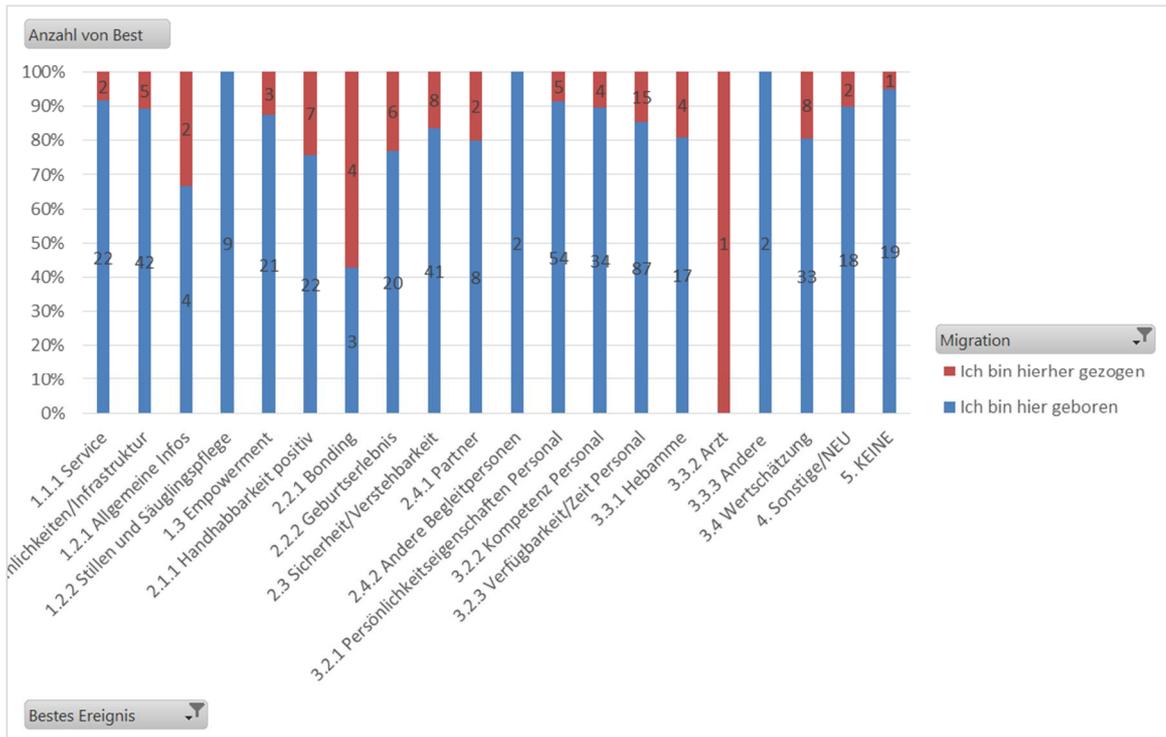


Abbildung 3A Best1 Migration

Tabelle 5A Best2 Migration

Anzahl von Best 2	Migration		Gesamt
	Ich bin hier geboren	Ich bin hierher gezogen	
1.1.1 Service	6,7%	1,4%	5,9%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	8,0%	12,5%	8,7%
1.2.1 Allgemeine Infos	3,2%	0,0%	2,7%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	3,0%	1,4%	2,7%
1.3 Empowerment	5,5%	11,1%	6,3%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	9,2%	5,6%	8,7%
2.2.1 Bonding	2,7%	4,2%	3,0%
2.2.2 Geburtserlebnis	1,2%	2,8%	1,5%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	13,2%	13,9%	13,3%
2.4.1 Partner	2,2%	1,4%	2,1%
3.1 Selbstvertrauen	0,0%	1,4%	0,2%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	9,7%	11,1%	9,9%
3.2.2 Kompetenz Personal	7,0%	2,8%	6,3%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	9,5%	6,9%	9,1%
3.3.1 Hebamme	1,7%	0,0%	1,5%
3.3.2 Arzt	1,0%	1,4%	1,1%
3.3.3 Andere	0,5%	1,4%	0,6%
3.4 Wertschätzung	4,7%	9,7%	5,5%
4. Sonstige/NEU	5,5%	9,7%	6,1%
5. KEINE	5,2%	1,4%	4,7%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 6A Best3 Migration

Anzahl von Best3	Migration		
	Ich bin hier geboren	Ich bin hierher gezogen	Gesamt
1.1.1 Service	11,7%	10,9%	11,6%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	9,2%	7,8%	9,0%
1.2.1 Allgemeine Infos	1,7%	1,6%	1,7%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	1,7%	9,4%	2,8%
1.3 Empowerment	5,0%	10,9%	5,9%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	8,6%	9,4%	8,7%
2.2.1 Bonding	1,1%	3,1%	1,4%
2.2.2 Geburtserlebnis	1,9%	3,1%	2,1%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	13,9%	4,7%	12,5%
2.4.1 Partner	3,1%	1,6%	2,8%
3.1 Selbstvertrauen	1,4%	1,6%	1,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	9,7%	3,1%	8,7%
3.2.2 Kompetenz Personal	5,0%	4,7%	5,0%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	7,8%	14,1%	8,7%
3.3.1 Hebamme	0,3%	0,0%	0,2%
3.3.2 Arzt	0,8%	1,6%	0,9%
3.3.3 Andere	0,6%	1,6%	0,7%
3.4 Wertschätzung	4,2%	6,3%	4,5%
4. Sonstige/NEU	5,8%	3,1%	5,4%
5. KEINE	6,7%	1,6%	5,9%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

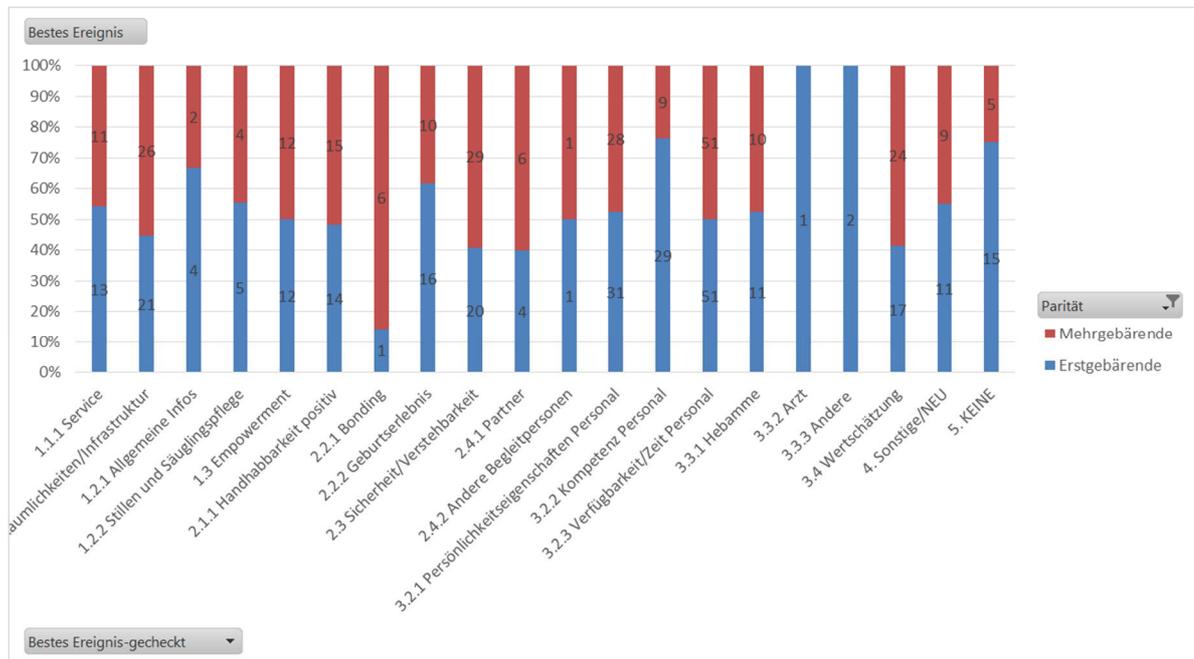


Abbildung 4A Best1 Parität

Tabelle 7A Best2 Parität

Anzahl von Best 2	Parität		
	Erstgebärende	Mehrgebärende	Gesamt
1.1.1 Service	6,9%	4,9%	5,9%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	8,5%	8,8%	8,7%
1.2.1 Allgemeine Infos	4,1%	1,3%	2,8%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	3,7%	1,8%	2,8%
1.3 Empowerment	4,5%	8,4%	6,4%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	5,3%	12,4%	8,7%
2.2.1 Bonding	4,1%	1,8%	3,0%
2.2.2 Geburtserlebnis	1,2%	1,8%	1,5%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	11,8%	15,0%	13,3%
2.4.1 Partner	1,2%	3,1%	2,1%
3.1 Selbstvertrauen	0,4%	0,0%	0,2%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	11,8%	8,0%	10,0%
3.2.2 Kompetenz Personal	6,5%	6,2%	6,4%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	8,5%	9,7%	9,1%
3.3.1 Hebamme	1,2%	1,8%	1,5%
3.3.2 Arzt	1,2%	0,9%	1,1%
3.3.3 Andere	0,4%	0,9%	0,6%
3.4 Wertschätzung	5,7%	5,3%	5,5%
4. Sonstige/NEU	6,5%	5,8%	6,1%
5. KEINE	6,5%	2,2%	4,4%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 8A Best3 Parität

Anzahl von Best3	Parität		
	Erstgebärende	Mehrgebärende	Gesamt
1.1.1 Service	12,8%	10,3%	11,6%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	8,7%	9,3%	9,0%
1.2.1 Allgemeine Infos	2,3%	1,0%	1,7%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	4,1%	1,5%	2,8%
1.3 Empowerment	4,1%	7,8%	5,9%
2.1.1 Handhabbarkeit positiv	4,6%	13,2%	8,7%
2.2.1 Bonding	1,4%	1,5%	1,4%
2.2.2 Geburtserlebnis	1,8%	2,5%	2,1%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	12,8%	12,3%	12,5%
2.4.1 Partner	2,3%	3,4%	2,8%
3.1 Selbstvertrauen	1,4%	1,5%	1,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	10,5%	6,9%	8,7%
3.2.2 Kompetenz Personal	4,1%	5,9%	5,0%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	9,6%	7,8%	8,7%
3.3.1 Hebamme	0,5%	0,0%	0,2%
3.3.2 Arzt	1,4%	0,5%	0,9%
3.3.3 Andere	1,4%	0,0%	0,7%
3.4 Wertschätzung	2,7%	6,4%	4,5%
4. Sonstige/NEU	5,9%	4,9%	5,4%
5. KEINE	7,8%	3,4%	5,7%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

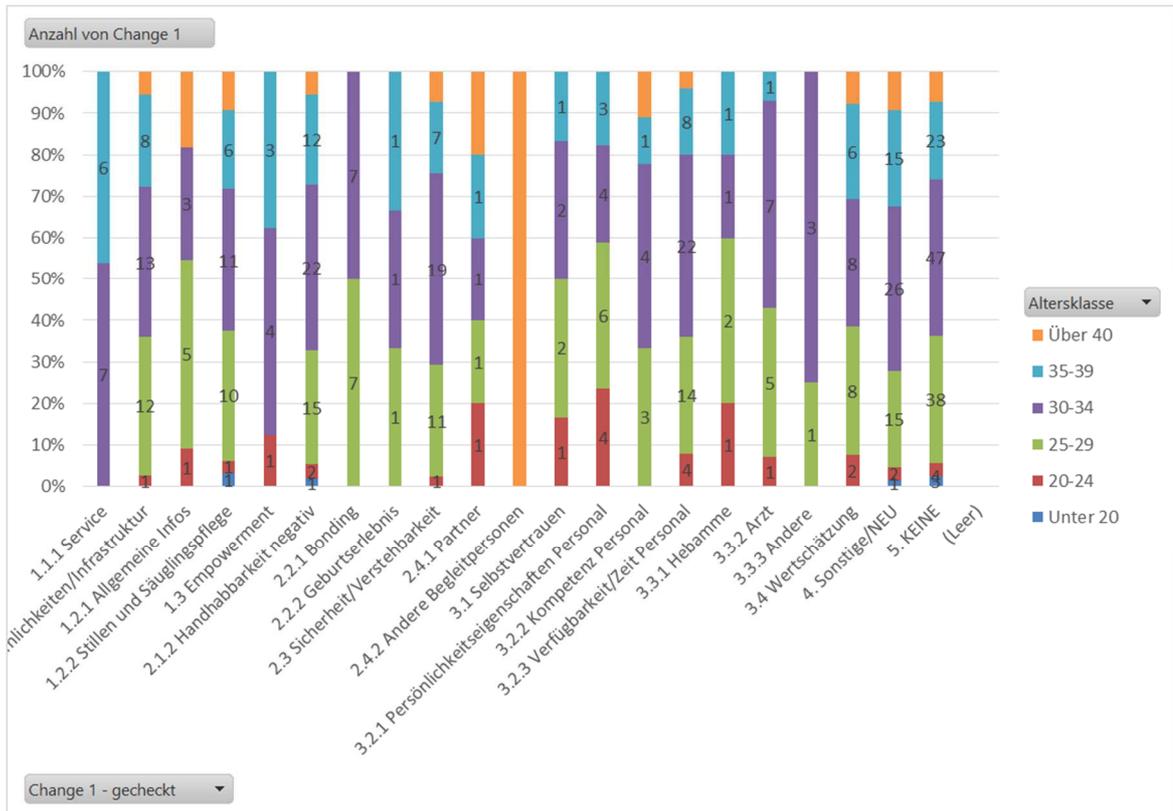


Abbildung 5A Change1 Altersgruppe

Tabelle 9A Change2 Altersgruppe

Anzahl von Change 2	Alter						Gesamt
	Unter 20	20-24	25-29	30-34	35-39	Über 40	
1.1.1 Service	0,0%	17,6%	5,4%	4,2%	5,6%	8,3%	5,8%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	0,0%	5,9%	5,4%	9,2%	4,2%	0,0%	6,1%
1.2.1 Allgemeine Infos	0,0%	0,0%	5,4%	4,2%	0,0%	4,2%	3,3%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	0,0%	11,8%	10,8%	7,5%	9,7%	4,2%	8,8%
1.3 Empowerment	0,0%	5,9%	4,3%	1,7%	5,6%	8,3%	3,9%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	0,0%	5,9%	10,8%	13,3%	15,3%	8,3%	12,1%
2.2.1 Bonding	0,0%	0,0%	2,2%	0,8%	1,4%	0,0%	1,2%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,4%	0,0%	0,6%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	0,0%	17,6%	14,0%	6,7%	9,7%	16,7%	10,6%
2.4.1 Partner	0,0%	0,0%	1,1%	0,8%	0,0%	0,0%	0,6%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	0,0%	11,8%	1,1%	2,5%	1,4%	0,0%	2,1%
3.2.2 Kompetenz Personal	0,0%	5,9%	3,2%	2,5%	5,6%	0,0%	3,3%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	0,0%	0,0%	1,1%	15,0%	1,4%	8,3%	6,7%
3.3.2 Arzt	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
3.4 Wertschätzung	0,0%	11,8%	7,5%	4,2%	4,2%	8,3%	5,8%
4. Sonstige/NEU	25,0%	0,0%	11,8%	11,7%	15,3%	20,8%	12,7%
5. KEINE	75,0%	5,9%	12,9%	15,0%	19,4%	12,5%	15,5%
Gesamt	100,0%						

Tabelle 10A Change3 Altersgruppe

Anzahl von Change 3	Alter						Gesamt
	Unter 20	20-24	25-29	30-34	35-39	Über 40	
1.1.1 Service	0,0%	12,5%	5,5%	3,4%	1,7%	5,6%	4,0%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	0,0%	0,0%	9,6%	10,1%	1,7%	5,6%	7,2%
1.2.1 Allgemeine Infos	0,0%	12,5%	4,1%	3,4%	3,4%	5,6%	4,0%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	0,0%	12,5%	5,5%	6,7%	8,6%	5,6%	6,8%
1.3 Empowerment	0,0%	12,5%	2,7%	4,5%	5,2%	11,1%	4,8%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	0,0%	0,0%	13,7%	11,2%	8,6%	5,6%	10,4%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,4%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	0,0%	12,5%	6,8%	9,0%	5,2%	16,7%	8,0%
2.4.1 Partner	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
3.1 Selbstvertrauen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	0,0%	0,0%	4,1%	5,6%	0,0%	0,0%	3,2%
3.2.2 Kompetenz Personal	0,0%	0,0%	1,4%	2,2%	1,7%	5,6%	2,0%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	0,0%	12,5%	6,8%	2,2%	3,4%	16,7%	5,2%
3.3.1 Hebamme	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
3.3.2 Arzt	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
3.4 Wertschätzung	0,0%	0,0%	4,1%	4,5%	13,8%	0,0%	6,0%
4. Sonstige/NEU	0,0%	0,0%	12,3%	15,7%	19,0%	5,6%	14,1%
5. KEINE	100,0%	25,0%	19,2%	20,2%	25,9%	16,7%	22,1%
Gesamt	100,0%						

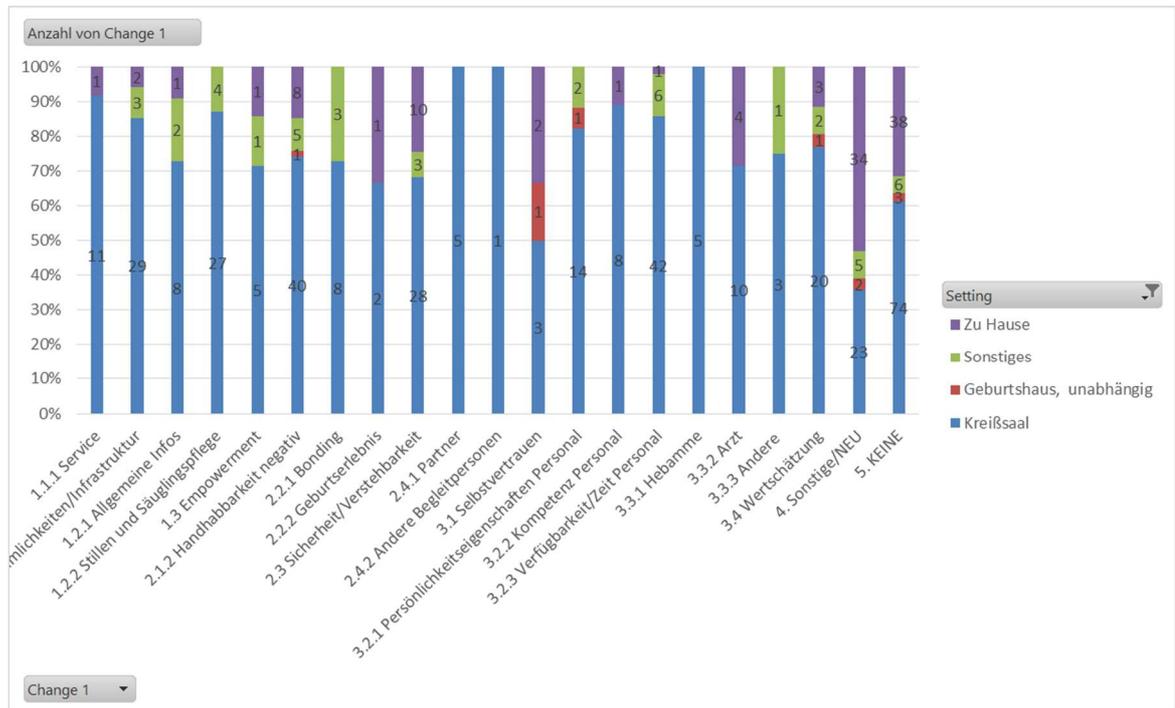


Abbildung 6A Change1 Setting

Tabelle 11A Change2 Setting

Anzahl von Change 2	Setting				
	Kreißaal	Geburtshaus, unabhängig	Sonstiges	Zu Hause	Gesamt
1.1.1 Service	6,0%	0,0%	11,1%	3,1%	5,8%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	7,7%	0,0%	7,4%	0,0%	6,1%
1.2.1 Allgemeine Infos	3,8%	0,0%	0,0%	3,1%	3,3%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	9,8%	0,0%	18,5%	1,5%	8,8%
1.3 Empowerment	3,8%	0,0%	3,7%	4,6%	4,0%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	12,4%	0,0%	14,8%	10,8%	12,2%
2.2.1 Bonding	1,3%	0,0%	3,7%	0,0%	1,2%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	10,7%	0,0%	7,4%	10,8%	10,3%
2.4.1 Partner	0,4%	0,0%	3,7%	0,0%	0,6%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%
3.2.2 Kompetenz Personal	4,3%	0,0%	3,7%	0,0%	3,3%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	9,0%	0,0%	0,0%	1,5%	6,7%
3.3.2 Arzt	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
3.4 Wertschätzung	4,3%	33,3%	7,4%	9,2%	5,8%
4. Sonstige/NEU	8,1%	33,3%	11,1%	29,2%	12,8%
5. KEINE	13,2%	33,3%	7,4%	26,2%	15,5%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 12A Change3 Setting

Anzahl von Change 3	Setting				
	Im Kreißaal	Geburtshaus, unabhängig	Sonstiges	Zu Hause	Gesamt
1.1.1 Service	4,5%	0,0%	4,8%	2,0%	4,0%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	8,0%	0,0%	14,3%	2,0%	7,2%
1.2.1 Allgemeine Infos	4,0%	0,0%	4,8%	3,9%	4,0%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	9,1%	0,0%	0,0%	2,0%	6,8%
1.3 Empowerment	4,0%	0,0%	9,5%	5,9%	4,8%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	12,5%	0,0%	4,8%	5,9%	10,4%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	8,0%	0,0%	14,3%	7,8%	8,4%
2.4.1 Partner	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
3.1 Selbstvertrauen	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	4,0%	0,0%	4,8%	0,0%	3,2%
3.2.2 Kompetenz Personal	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	5,1%	0,0%	9,5%	3,9%	5,2%
3.3.1 Hebamme	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,4%
3.3.2 Arzt	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
3.4 Wertschätzung	6,8%	0,0%	9,5%	2,0%	6,0%
4. Sonstige/NEU	10,2%	50,0%	4,8%	29,4%	14,0%
5. KEINE	18,8%	50,0%	14,3%	35,3%	22,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

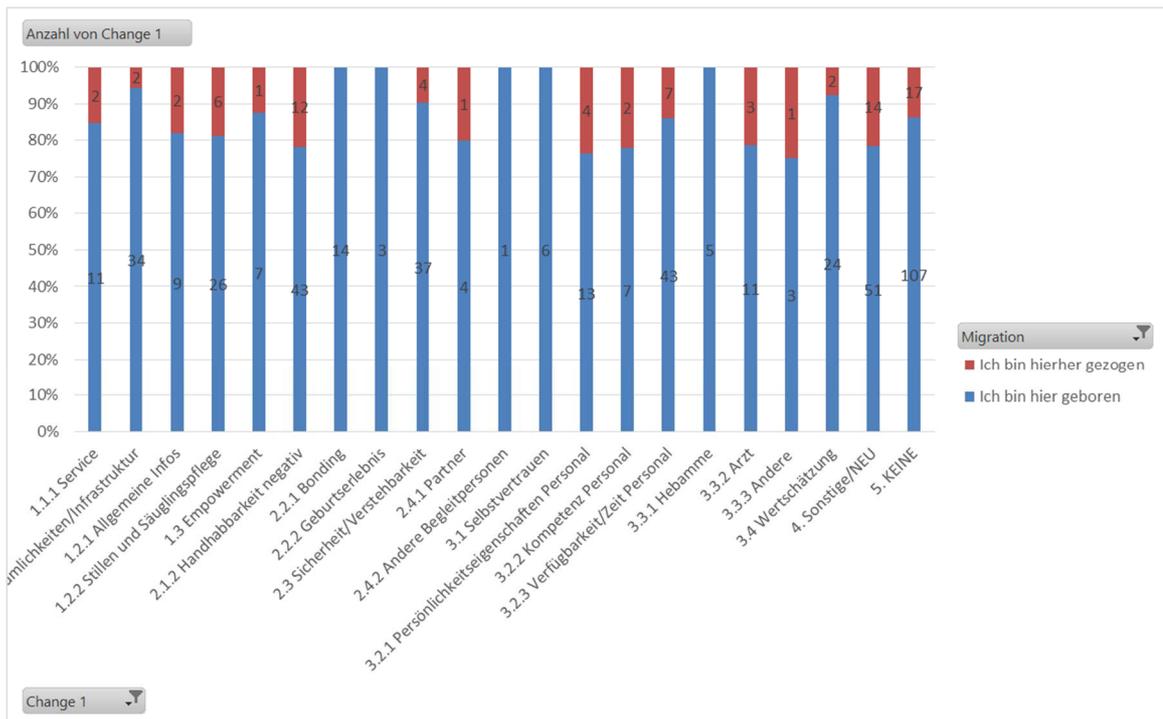


Abbildung 7A Change 1 Migration

Tabelle 13A Migration Change2

Anzahl von Change 2	Migration		Gesamt
	Ich bin hier geboren	Ich bin hierher gezogen	
1.1.1 Service	6,2%	3,6%	5,8%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	5,5%	9,1%	6,1%
1.2.1 Allgemeine Infos	4,0%	0,0%	3,3%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	9,5%	5,5%	8,8%
1.3 Empowerment	4,4%	1,8%	3,9%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	10,9%	18,2%	12,1%
2.2.1 Bonding	1,1%	1,8%	1,2%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,7%	0,0%	0,6%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	11,3%	7,3%	10,6%
2.4.1 Partner	0,7%	0,0%	0,6%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	1,5%	5,5%	2,1%
3.2.2 Kompetenz Personal	3,3%	3,6%	3,3%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	5,1%	14,5%	6,7%
3.3.2 Arzt	1,1%	0,0%	0,9%
3.4 Wertschätzung	5,1%	9,1%	5,8%
4. Sonstige/NEU	12,7%	12,7%	12,7%
5. KEINE	17,1%	7,3%	15,5%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 14A Migration Change3

Anzahl von Change 3	Migration		Gesamt
	Ich bin hier geboren	Ich bin hierher gezogen	
1.1.1 Service	4,5%	2,1%	4,0%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	7,9%	4,3%	7,2%
1.2.1 Allgemeine Infos	4,0%	4,3%	4,0%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	5,0%	14,9%	6,8%
1.3 Empowerment	5,9%	0,0%	4,8%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	11,4%	6,4%	10,4%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,5%	0,0%	0,4%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	6,4%	14,9%	8,0%
2.4.1 Partner	0,0%	2,1%	0,4%
3.1 Selbstvertrauen	0,5%	0,0%	0,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	3,0%	4,3%	3,2%
3.2.2 Kompetenz Personal	1,5%	4,3%	2,0%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	5,4%	4,3%	5,2%
3.3.1 Hebamme	0,5%	0,0%	0,4%
3.3.2 Arzt	0,5%	0,0%	0,4%
3.4 Wertschätzung	5,4%	8,5%	6,0%
4. Sonstige/NEU	12,9%	19,1%	14,1%
5. KEINE	24,8%	10,6%	22,1%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

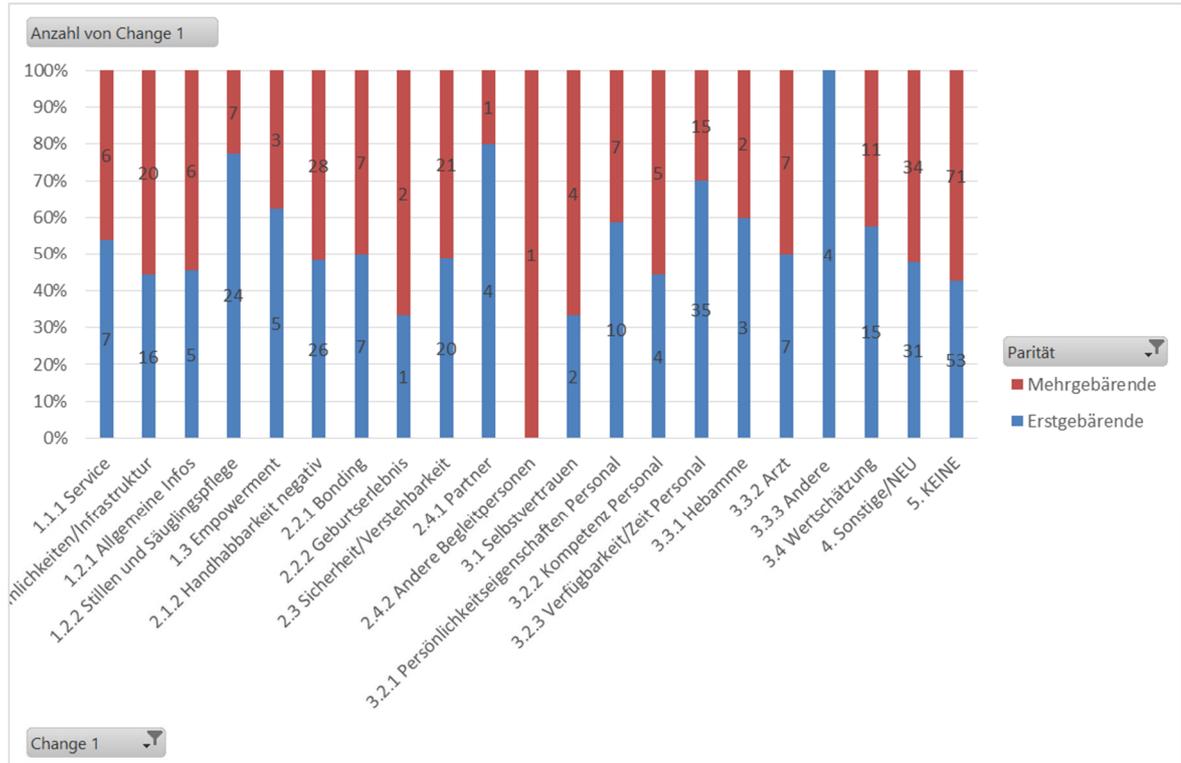


Abbildung 8A Change1 Parität

Tabelle 15A Change2 Parität

Anzahl von Change 2	Parität		
	Erstgebärende	Mehrgebärende	Gesamt
1.1.1 Service	7,4%	3,9%	5,8%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	5,1%	7,1%	6,1%
1.2.1 Allgemeine Infos	4,6%	1,9%	3,3%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	12,0%	5,2%	8,8%
1.3 Empowerment	2,3%	5,8%	4,0%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	12,0%	12,3%	12,2%
2.2.1 Bonding	1,7%	0,6%	1,2%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,6%	0,6%	0,6%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	9,7%	11,7%	10,6%
2.4.1 Partner	1,1%	0,0%	0,6%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	2,3%	1,9%	2,1%
3.2.2 Kompetenz Personal	4,6%	1,9%	3,3%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	6,3%	7,1%	6,7%
3.3.2 Arzt	1,1%	0,6%	0,9%
3.4 Wertschätzung	5,7%	5,8%	5,8%
4. Sonstige/NEU	10,3%	14,9%	12,5%
5. KEINE	13,1%	18,2%	15,5%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 16A Change3 Parität

Anzahl von Change 3	Parität		
	Erstgebärende	Mehrgebärende	Gesamt
1.1.1 Service	4,6%	3,3%	4,0%
1.1.2 Räumlichkeiten/Infrastruktur	8,5%	5,8%	7,2%
1.2.1 Allgemeine Infos	4,6%	3,3%	4,0%
1.2.2 Stillen und Säuglingspflege	9,2%	4,2%	6,8%
1.3 Empowerment	4,6%	5,0%	4,8%
2.1.2 Handhabbarkeit negativ	7,7%	12,5%	10,0%
2.2.2 Geburtserlebnis	0,0%	0,8%	0,4%
2.3 Sicherheit/Verstehbarkeit	7,7%	9,2%	8,4%
2.4.1 Partner	0,0%	0,8%	0,4%
3.1 Selbstvertrauen	0,0%	0,8%	0,4%
3.2.1 Persönlichkeitseigenschaften Personal	4,6%	1,7%	3,2%
3.2.2 Kompetenz Personal	1,5%	2,5%	2,0%
3.2.3 Verfügbarkeit/Zeit Personal	6,2%	4,2%	5,2%
3.3.1 Hebamme	0,8%	0,0%	0,4%
3.3.2 Arzt	0,8%	0,0%	0,4%
3.4 Wertschätzung	7,7%	5,0%	6,4%
4. Sonstige/NEU	13,1%	15,0%	14,0%
5. KEINE	18,5%	25,8%	22,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name Karolina Maria Luegmair
Adresse Römerstraße 3c
85777 Fahrenzhausen
Deutschland
Geboren 07. Juli 1980 in München
Familienstand Verheiratet, drei Kinder (5, 7 und 9 Jahre)

Ausbildung:

Seit 10/2014 fhg Innsbruck: Master-Studiengang Advanced Practice of Midwifery in Vollzeit, voraussichtlicher Abschluss (M.Sc.) im Oktober 2016
Seit 04/2009 FernUniversität in Hagen: Bachelor-Studiengang Psychologie in Teilzeit, Abschluss (B.Sc.) im Juni 2016 (Note 2,3)
10/2000 – 09/2003 Berufsfachschule für Hebammen Ingolstadt, Ausbildung und Abschluss als staatlich geprüfte Hebamme (Note 1,6)

Berufstätigkeit:

Seit 07/2004 Freiberufliche Hebamme
09/2011 – 01/2013 Mitglied der Hebammenpraxis in Dachau mit Beratung, Betreuung und Kursen in den Bereichen Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit
07/2004 – 06/2010 Geburtshilfe am Klinikum Ingolstadt als Beleghebamme und gleichzeitig Mitglied der Hebammenpraxis am Klinikum Ingolstadt mit Beratung, Betreuung und Kursen während Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit
10/2003 – 06/2004 Geburtshilfe als angestellte Hebamme in Vollzeit am Klinikum Ingolstadt, parallel dazu Wochenbettbetreuung und Kursleitungen in der Hebammenpraxis am Klinikum Ingolstadt

Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung Masterarbeit

Daten Studierende

Nachname Vorname Titel	Luegmair, Karolina
Personenkennzeichen	LF5F1VLOY7
Studiengang/Lehrgang	Master of Science Advanced Practice Midwifery
Jahrgang, Klasse	MID 2014/2016

Ich erkläre hiermit, dass ich die Masterarbeit zum Thema

Welcher Geburtsort entspricht den Wünschen und Bedürfnissen von Frauen?

Entwicklung eines Kategoriensystems zur Auswertung der österreichischen Daten des Babies BornBetter Projekts

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, sowie alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Texten entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Dies gilt für gedruckte Texte ebenso wie für dem Internet entnommene Texte, audiovisuelle Medien, Hörbücher und Bildnachweise.

Fahrenzhausen, 30.05.2016

Ort, Datum

Unterschrift der Studierenden