

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Zusammenarbeit im stationären Wochenbett

*Eine qualitative Untersuchung zur Sichtweise von professionellen
Betreuerinnen*

Verfasserin

Elisabeth Haselsteiner, BSc.

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, August 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Prof. Dr. Wilfried Schnepf, MSc

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher in keinsten Weise als Prüfungsarbeit einer Beurteilerin / einem Beurteiler zur Begutachtung weder im Inland noch im Ausland vorgelegt habe.

Diese Arbeit stimmt mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit überein.

Ort und Datum

Unterschrift

Das Außergewöhnliche geschieht nicht
auf glattem, gewöhnlichem Wege.

Johann Wolfgang Goethe

Vielen Dank an alle, die mich auf diesem Weg unterstützt, begleitet und ermutigt
haben.

1. Einleitung	1
2. Wochenbett	3
2.1 Wochenbett – allgemeine Diskussion	3
2.2 Beratungstheorie	5
2.3 Pflegeprinzipien in der stationären Wochenbettbetreuung	9
2.4 Zur Identität von Heilberufen	11
2.5 Berufsrechtliche Grundlagen	12
2.6 Problemstellungen moderner Wochenbettbetreuung	16
2.7 Problemstellungen der empirischen Arbeit	20
3. Methode und Vorgehensweise	22
3.1 Qualitative Forschung	22
3.2 Grounded Theory	22
3.3 Sample	23
3.4 Datenerhebung	24
3.5 Datenanalyse	26
3.6 Gütekriterien	29
3.7 Ethische Überlegungen	30
4. Die Zusammenarbeit im stationären Wochenbett	32
4.1 Rahmenbedingungen des klinischen Wochenbetts	32
4.2 Berufliche Identitäten	54
4.3 Einflussfaktoren für die Zusammenarbeit	78
4.4 „Zusammenarbeit im stationären Wochenbett“	84
5. Diskussion	86
6. Schlusswort	92
Literaturverzeichnis	93
Anhang	101

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Sample Matrix.....	24
Abbildung 2 Matrix offenes Kodieren.....	27
Abbildung 3 Rahmenbedingungen	32
Abbildung 4 Berufliche Identität.....	54
Abbildung 5 Blick auf die anderen Berufsgruppen.....	66
Abbildung 6 Einflussfaktoren	78
Abbildung 7 Modellgraphik	85

1. Einleitung

Es nun bereits sechs Jahre her, dass ich mit dem Studium der Pflegewissenschaft begonnen habe. Im Laufe der ersten Semester und durch die Freundschaft zu einer Hebamme bemerkte ich meine Faszination für die Geburtshilfe. Im Jahr 2008 habe ich parallel zum Studium meine Ausbildung zur Hebamme, welche ich nun bereits abgeschlossen habe, aufgenommen. Während der berufsspezifischen Praktika in mehreren Krankenhäusern, hatte ich die Möglichkeit unterschiedliche Formen der Wochenbettbetreuung kennen zu lernen. Auf Grund dieser Erfahrungen und Eindrücke nahm das Forschungsinteresse an diesem Tätigkeitsbereich zu. Thematischer Schwerpunkt meiner ersten Abschlussarbeit an der Fachhochschule war die Bedürfnislage von Frauen nach der Geburt zu beschreiben, sowie Handlungsansätze der Hebammenarbeit darzulegen. In dieser Literatarbeit konnten vier Grundbedürfnisse einer Wöchnerin definiert und kategorisiert werden. Diese waren: „Zeit und Ruhe“, „Kompetenzerwerb“, „Wunsch nach Selbstbestimmung“ und „Wunsch nach Normalität“. Für die Arbeit im klinischen Wochenbett hat sich der Einsatz von Checklisten und schriftlichem Informationsmaterial in mehreren Studien als vorteilhaft gezeigt. Im Zuge der zweiten Abschlussarbeit habe ich unter der Fragestellung „Wie wöchnerinnenfreundlich sind Wochenbettstationen“ einen Fragebogen erstellt, um Strukturqualität im klinischen Wochenbett zu erheben. Im Rahmen eines Pretest wurde dieser schließlich an zwei Wochenbettstationen in Niederösterreich getestet. Die Stationsleitungen dieser Abteilungen sind sich den Anforderungen seitens der Wöchnerinnen bewusst und versuchen mit gezielten Angeboten diese zu erfüllen.

Schwierig zu erheben war dabei die Personalsituation auf einer Wochenbettstation. Seit Jahren bemüht sich das österreichische Hebammengremium um einen adäquaten Einsatz von Hebammen in allen Teilbereichen der Geburtshilfe. Es ist in Österreich leider noch immer nicht selbstverständlich, dass Frauen nach der Geburt von einer Hebamme betreut werden. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass in einigen Krankenhäusern Wochenbettstationen eingerichtet sind, welche mit einem veralteten Betreuungskonzept arbeiten. Mutter und Kind werden dabei

getrennt voneinander versorgt. Eine frauenorientierte Wochenbettbetreuung, mit den Zielsetzungen der Bindungsförderung und dem Empowerment der Frauen, kann unter diesen Umständen kaum realisiert werden. Neben den Auswirkungen auf die Frauen verhindert diese geteilte Betreuung auch Erfahrungsaustausch und Kommunikation zwischen dem Klinikpersonal. So entstehen Mythen und Gerüchte rund um die professionellen Helferinnen: *„Eine Kinderschwester sollte sich nur ums kranke Kind kümmern, Hebammen empfinden Wochenbett als langweilig und allgemein diplomierte Schwestern haben ohnehin kein Interesse an Stillhilfe“.*

Wer sind also die professionellen Helfer und Helferinnen, die sich um die stationäre Betreuung von Wöchnerinnen und ihren Kindern kümmern? Wie bewerten diese Personen ihre eigene Rolle im Betreuungsprozess und vor allem welchen Eindruck haben die involvierten Akteurinnen und Akteure voneinander wirklich? Wie etwas später noch zu lesen sein wird, lassen sich diese Fragen nur bedingt aus der Literatur beantworten. Nur wenige Forscher und Forscherinnen haben sich mit dem Phänomen der Zusammenarbeit sowie der beruflichen Identität auf einer Wochenbettstation beschäftigt.

Persönliches Forschungsinteresse ergibt sich zusätzlich aus meiner beruflichen Situation. Das Krankenhaus in dem ich als Hebamme im Geburtenbereich arbeite, setzt zur Betreuung von Wöchnerinnen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie diplomierte Kinderkrankenpflegepersonen in Form von Bezugspflege ein. Immer wieder zeigen sich im beruflichen Alltag Konfliktsituationen und Problemstellungen in der Zusammenarbeit. Daher möchte ich in meiner Diplomarbeit die Sichtweise aller drei Berufsgruppen erheben und in Zusammenhang bringen. Dieser Einblick könnte dazu beitragen einige Mythen und Gerüchte rund um die berufliche Wahrnehmung auszuräumen.

2. Wochenbett

Im folgenden Teil werden aktuelle Problemstellungen vorgestellt, die einen deutlichen Einfluss auf die stationäre Wochenbettbetreuung haben.

2.1 Wochenbett – allgemeine Diskussion

Dudenhausen (2008, S. 361) spricht im Zusammenhang mit Wochenbett von einer Zeit, in der sich „durch Schwangerschaft und Geburt entstandene Veränderungen zurückbilden“. Als wesentliche Merkmale werden die Rückbildung der Gebärmutter, Wundheilung, Laktation und Reaktivierung der Ovarialtätigkeit genannt. Die Zeitspanne des Wochenbetts beginnt mit der Geburt der Plazenta und wird bei den meisten Autorinnen und Autoren mit sechs bis acht Wochen beschrieben (Dudenhausen, 2008; Nieder & Meybohm, 2001). Etabliert ist ebenso die biphasische Einteilung des Wochenbetts, in Früh- und Spätwochenbett. Die ersten neun Tag nach der Geburt sind dabei das Frühwochenbett und ab dem 10. Tag bis zur sechsten bzw. achten Woche befinden sich die Frauen im späten Wochenbett. Mit Wiederaufnahme der Ovarialtätigkeit ist die Wochenbettzeit abgeschlossen, bis zur vollständigen Rückbildung und körperlichen Erholung können jedoch mehrere Monate vergehen (Heller, 2002). Dudenhausen (2008) führt zusätzlich den Begriff des klinischen Wochenbetts ein, wodurch die ersten Tage nach der Geburt während des stationären Aufenthaltes besondere Beachtung finden. Die Darstellung der Wochenbettbetreuung in der medizinischen Fachliteratur erfolgt oftmals einseitig und reduziert auf körperliche Vorgänge. Zur besseren Verständlichkeit soll ein Beispiel bei Dudenhausen (2008, S. 369) beschrieben werden: „Wochenbettpflege: Überwachung der regelmäßigen Blasenentleerung“. Eine regelmäßige Blasenentleerung ist von zentraler Bedeutung für die Uterusinvolution und kann bei Störung zu einem „Stillstand oder Steigen des Fundusstandes“, sowie zu einer schlechten Rückbildung und in Folge dazu zu einer Endometritis puerperalis führen (Nieder & Meybohm, 2001, S. 275). Es ist daher, sowohl für die Betreuungsperson, als auch für die Frau selbst unabdingbar über Kennzeichen der normalen Rückbildungsvorgänge Bescheid zu wissen, um etwaige pathologische Abweichungen frühzeitig

erkennen und behandeln zu können. Wochenbettbetreuung beinhaltet jedoch weit mehr, als die Überwachung der regelmäßigen Blasenentleerung. Die meisten medizinischen Lehrbücher beschränken sich auf die Beschreibung der physischen Veränderungen. Psychische Bedürfnisse werden oftmals nicht berücksichtigt. Wie in weiteren anerkannten medizinischen Lehrbüchern liegt das Hauptaugenmerk auf körperlichen Veränderungen, sowie messbaren Parametern. An dieser Stelle muss auch Hebammenspezifische Literatur begutachtet werden. Bei Harder (2005, S. 22) werden fünf Funktionen des Wochenbettes beschrieben. Neben den bereits erwähnten Vorgängen der Rückbildung, Wundheilung, Laktation und Hormonumstellung, sind „Aufbau einer Mutter-Kind Beziehung, Adaption an die neue Situation und psychosoziale Veränderungen“ beschrieben. Die Darstellung der physiologischen Veränderungen in Hebammenlehrbüchern ist also um die psychosoziale Perspektive erweitert. Die Eltern in ihrer eigenen Kompetenz zu stärken und ihnen Sicherheit zu vermitteln umso selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen werden bei mehreren Autorinnen und Autoren als wesentliche Aspekte der Wochenbettbetreuung genannt (Edelmann, 2002; Klein, 2004; Quell, 2008; Rulf, 2001; Schopp, 2002; Schwarz, 2009; Tometten-Iseke, 2008). Von ganz besonderer Relevanz für junge Familien ist das Thema Stillen. Die Initiative Stillfreundliches Krankenhaus der WHO/UNICEF ermöglicht Stillberatung nach einheitlichen Standards. Im stationären Wochenbett ist Stillbegleitung ein fest installierter Betreuungsinhalt. Der Einsatz dieser einheitlichen Standards ist im Klinikalltag weit verbreitet. Lohmann (2006) kritisiert jedoch den selektiven Umgang mit diesen Stillrichtlinien im Krankenhaus. Sie vermisst bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Gesamtverständnis für dieses Konzept. Unzureichende Berücksichtigung des Stillens in den Ausbildungscurricula der Kinderkrankenpflege sowie der allgemeinen Krankenpflege sind weitere Kritikpunkte. Das Engagement bei der Stillberatung, so die Autorin reiche nur mehr bis zum Tag der Entlassung. Immer häufiger werden Hilfsmittel, wie Saughütchen oder Milchpumpen als adäquater Ersatz angeboten und eingesetzt. Dadurch wird der Aufbau einer erfolgreichen Stillbeziehung, über den Tag der Entlassung hinaus für die junge Familie sehr schwierig umsetzbar (Lohmann, 2006).

2.2 Beratungstheorie

Es werden nun allgemeine Grundlagen der Beratungstheorie für gesundheitsbezogene Arbeitsfelder vorgestellt und im Anschluss daran Beratung für die Zeit nach der Geburt beschrieben.

Gesundheitsberatung

Im Mittelpunkt der Gesundheitsberatung steht der Mensch mit seinen körperlichen Veränderungen. Beratung beschäftigt sich mit einer speziellen Problemsituation und zielt auf die Anpassung der Lebensbedingungen ab, um die Person bei der Bewältigung dieses Problem zu unterstützen. Der wesentliche Unterschied zur alltäglichen Beratung ist der professionelle Hintergrund und die Zielorientierung, sowie die methodische Vorgehensweise (Koch-Straube, 2001). Drei Kernaufgaben der Beratung sind bei Ewers, Schaeffer & Ose (2006) näher beschrieben: Beratung fungiert als Anlauf- und Kontaktstelle, hat eine vermittelnde Funktion und ermöglicht die Kommunikation von Beschwerden. Gekennzeichnet ist sie dabei von Niederschwelligkeit sowie die Nähe zur individuellen Lebenswelt der ratsuchenden Personen. Der Auftrag der Gesundheitsberatung ist gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten das breite Angebot an Gesundheitsleistungen neutral einzuschätzen und zu bewerten. Faltermaier (2004) definiert die Ziele der Gesundheitsberatung wie folgt: Stärkung der Ressourcen und Risikofaktoren minimieren. Er stellt dabei die Subjektorientierung sehr deutlich in den Mittelpunkt.

Man unterscheidet einige Formen von Beratung. Bei der Einzelberatung unterscheiden Schmidt-Kaehler, Knatz & Krause (2006) zwischen Face to Face Beratung, telefonische Beratung sowie internetgestützte Beratung. Als Grundlage für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten erscheint die Face to Face Beratung als adäquates Mittel, weshalb diese auch näher beschrieben wird. Diese kann sowohl als Einzelberatung als auch in Form einer Gruppensitzung durchgeführt werden. Als wesentlichstes Merkmal beschreiben Schmidt-Kaehler, et al. (2006) dabei die räumliche Nähe der involvierten Personen. Anders als bei der telefonischen oder der internetgestützten Beratung, welche über räumliche Distanzen hinaus

durchgeführt werden können, müssen die teilnehmenden Personen in einer „räumlichen Kopräsenz“ (Schmidt-Kaehler, et al., 2006, 179) zueinander stehen. Körpersprache, Mimik und Stimmlage können unmittelbar beurteilt werden und in die Gesprächsführung integriert werden. Dadurch, so die Autorinnen und Autoren weiter kann ein Beziehungsaufbau zwischen den Partnern erfolgen. Nonverbale Kommunikation spielt dabei eine zentrale Rolle. Empathische Verhaltensweisen, wie Zuspruch, Verständnis oder eine Umarmung können in diesem Beratungssetting zur Anwendung gebracht werden. Zu beachten ist jedoch auch, dass Face-to-Face Beratung durchaus zeitintensiv ist. Die Kombination der verbalen und nonverbalen Inhalte verdichtet die Beratungseinheit. Zusätzlich dazu, so Schmidt-Kaehler et al. (2006), erhöht sich der zeitliche Aufwand für die Personen auch durch An- und Abreise in die Beratungsstelle. Zu beachten ist, dass mobilitätseingeschränkte Personen dabei unter Umständen benachteiligt sind. Zu bedenken ist, dass der Verlust der Anonymität für einige ratsuchende Personen ein Grund sein könnte, diese nicht in Anspruch zu nehmen.

Beratung für die Zeit nach der Geburt – Wochenbett

Die Zeit nach der Geburt ist ein natürlicher Umstellungsprozess des Körpers. Wie bereits beschrieben bilden sich schwangerschafts- und geburtsbedingte Veränderungen zurück. Bei Mändle (2000) sind die wesentlichen Aufgaben der Betreuungspersonen (in ihrer Literatur sind dies vor allem Hebammen) näher beschrieben. Die Überwachung des körperlichen Wohlbefindens von Mutter und Kind stehen bei der Betreuung im Wochenbett ebenso im Mittelpunkt, wie die Förderung des Mutter-Kind Kontaktes. Die Stärkung des Selbstvertrauens der Mutter sowie die Anleitung bei Ernährung und Pflege des Neugeborenen sind ebenso wichtig, wie die Hilfestellung bei der Wiederaufnahme des Alltagslebens. Alle diese Tätigkeiten werden stets unter Einbeziehung des Vaters und der Familie durchgeführt. Darüber hinaus sollten Wöchnerinnen über die Wichtigkeit einer ausgewogenen Ernährung und sorgfältiger Hygiene beraten werden. Die richtige Pflege einer Geburtsverletzung, sowie die Körperpflege mit Duschen und Spülungen des äußeren Genitales werden dabei besonders hervorgehoben. Ebenso wichtig

für Mändle (2000) ist die Aufklärung über die Rückkehr der Menstruation und damit verbunden auch die Empfängnisverhütung. Die Wöchnerin muss über ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Ruhephasen und Mobilisation Bescheid wissen. Das Ausmaß der körperliche Belastung und Rückbildungen sollten Teil der Beratung im Wochenbett sein. Die Information der Familien bezüglich Anspruchs auf Nachbetreuung durch eine Hebamme, sowie die Bekanntgabe weiterer nützlicher Beratungsstellen, wie Stillgruppen, Rückbildungskurse oder auch über die amtlichen Wege nach der Geburt sollten in einem Beratungsgespräch vermittelt werden.

Beratung für die Zeit nach der Geburt - Stillberatung

Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte im Jahre 2006 den Bericht „Säuglingsernährung heute 2006“. Gemeinsam mit der österreichischen Stillkommission wurden sowohl die stillfreundlichen Rahmenbedingungen im Krankenhaus als auch das tatsächliche Ernährungsverhalten von Säuglingen erhoben. Demzufolge beginnen 93% der 700 befragten Frauen mit dem Stillen, nach 6 Monaten werden nur mehr 10% aller Kinder voll gestillt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Strukturen in den Geburtenabteilungen als generell gut empfunden werden. Seitens der befragten Frauen wurde ein sehr deutliches Verbesserungspotential der Informationsvermittlung beschrieben. Basierend auf diesen Studienergebnissen muss professionelle Stillberatung in allen Lebensphasen umgesetzt werden. Zu einem sehr ähnlich Ergebnis kam man bei einer durch die Firma Phillips in Auftrag gegebene Studie, welche im Jahr 2011 publiziert wurde (Höfer, 2012). Zielsetzung war das frühe Zufüttern und Abstillen zu ergründen. Oft fehlende Stillberatung unmittelbar nach der Geburt sowie mangelhafte Unterstützung bei Stillproblemen sehen die Autorinnen und Autoren als Problemstellung.

Wichtig für die Erhöhung der Stilldauer ist eine zeitgerechte Vorbereitung der Eltern auf das Stillen. Jede Frau sollte das Recht haben, die Entscheidung über die Ernährung ihres Kindes selbst zu treffen und auf ihrem Weg individuell begleitet zu werden. Eine Unterstützung bei dieser Entscheidungsfindung durch eine objektive Abwägung der Vor- und Nachteile ist bei Lutz (2000) als vorrangige Aufgabe der Betreuungspersonen

beschrieben. Sie verfügen über das erforderliche Fachwissen und sind in der Position den Eltern Sicherheit zu vermitteln (Pietschnig, 2010). Sie informieren die Eltern dabei möglichst früh über die Bedeutung der Muttermilch und des Stillens und besprechen auch potentiell auftretende Krisenzeiten. Inhaltlich relevant bei der Stillberatung sind vor allem: Korrekte Anlegetechniken, Verhalten des Neugeborenen¹, Brustpflege und mütterlicher Ernährungsbedarf (Lutz, 2000). Wichtig ist es auch die Eltern professionell auf Stillprobleme vorzubereiten und ihnen die Kompetenz zu vermitteln darauf adäquat reagieren zu können. Die Studienergebnisse der Firma Phillips (2011) beschreiben einige Gründe der Frauen abzustillen. Die Überzeugungen, die Muttermilch reiche nicht mehr aus, die Kinder wollen nicht mehr gestillt werden, sowie die Schmerzen beim Stillen sind demnach ursächlich für Abstillen und Zufüttern verantwortlich (Höfer, 2012). Eine Handlungsempfehlung ist demnach eine umfassende und frühzeitige Stillberatung und stillfreundliche Strukturen von Anfang an und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Bereits in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt wird die Basis für die Stillbeziehung gelegt. Eine ungestörte Kennenlernphase ist für Mutter und Kind dabei sehr wichtig. Das erste Anlegen unmittelbar nach der Geburt bietet viele Vorteile und sollte seitens der Beraterinnen und Berater in seiner Wichtigkeit betont werden. Für den verbleibenden Aufenthalt im Krankenhaus sind 24-Stunden Rooming-In und ein einheitliches Stillkonzept die beiden zentralen Faktoren für den Aufbau einer funktionierenden Stillbeziehung.

Beratung im Wochenbett beinhaltet demnach viele relevante Aspekte. Die ersten Tage nach einer Geburt sind ausgefüllt mit vielen neuen Aufgaben für die Familien. Die Herausforderung der stationären Wochenbettbetreuung liegt vor allem darin diese Inhalte innerhalb eines knapp bemessenen Zeitraumes zu vermitteln. Es gibt unterschiedliche Modelle der stationären Wochenbettbetreuung, welche sich vor allem in Zielsetzung und Durchführung unterscheiden. Die wichtigsten Pflegeprinzipien werden nachfolgend näher beschrieben.

¹ Stillbereitschaft, Saugverhalten, Stillbefriedigung, Wach und Schlafrhythmus

2.3 Pflegeprinzipien in der stationären Wochenbettbetreuung

In der Pflege sind diverse Pflegeprinzipien bekannt, welche in der Praxis zur Anwendung kommen. Prinzipiell unterscheidet man zwischen Funktionspflege, welche aufgabenorientierte Schwerpunkte beinhaltet und Bezugspflege, die Patientenorientierung in den Mittelpunkt stellt (Manthey, 2005).

Bei der Funktionspflege übernimmt eine Pflegeperson pro Schicht eine Maßnahme, welche diese bei jeder Patientin und jedem Patient durchführt. In der modernen Gesundheitsversorgung spielt diese Form der Betreuung eine geringe Rolle. Manthey (2005) spricht in diesem Zusammenhang von Deprofessionalisierung der Pflege und von Rollendeprivation als Konsequenzen der Funktionspflege. Gleich einer Massenproduktion werden die Aufgaben nach hierarchischen Regeln vergeben und ausgeführt (Manthey, 2005).

Zur Bereichspflege zählen Gruppenpflege, Zimmerpflege sowie Primary Nursing (Manthey, 2005). Bei der Gruppenpflege agieren verschiedene Pflegeteams während jeder Schicht nebeneinander. Sämtliche Patientinnen und Patienten werden ebenfalls in Gruppen eingeteilt und von je einem Pflegeteam betreut (Polleit, 2005). Zimmerpflege bedeutet, dass einzelne Zimmer, abhängig von Patientenanzahl, Zimmergröße und Pflegeaufwand aufgeteilt werden (Kelm, 2008). Primary Nursing Pflegeorganisation beinhaltet vier Kernelemente: Kontinuität, Verantwortung, direkte Kommunikation und Pflegeplaner ist gleich Pflegedurchführender (Hörstkamp, 2004). Im Sinne einer kontinuierlichen Betreuung übernimmt die Pflegeperson sämtliche Tätigkeiten an den zugeordneten Patientinnen und Patienten (Mühlbauer, Reinardt & Süllwold, 1994).

Die Primary Nurse gestaltet den Pflegeplan und führt diesen ebenfalls selbstständig aus. Sie betreut also die zugeteilten Patientinnen und Patienten während des gesamten Aufenthaltes (Harder, 2005). Diese autonome Arbeitsweise ermöglicht den Primary Nurses eine zentrale Position in der Kommunikation. Durch den direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten holt sie alle relevanten Informationen ein und gibt diese an das

therapeutische Team weiter. Die Vorteile dieses Konzeptes sowohl für Pflegeperson als auch für Patientinnen und Patienten liegen bei Wierz und Gervink (2000) klar auf der Hand: eindeutig definierter Verantwortungsbereich ist neben der gesicherten Kontinuität der Betreuung und der großen Vertrauensbasis ein Kernelement von Primary Nurse. Sämtliche Entscheidungen während der Betreuung werden von der hauptverantwortlichen Primary Nurse getroffen. Sie erfüllt somit eine Rechenschaftspflicht für die Patientinnen und Patienten und trifft Schlüsselentscheidungen für deren Pflege. Voraussetzung für die Arbeit als Primary Nurse beschreiben Ersser und Tutton (2000) vor allem durch adäquate Ausbildung ebenso wie die Fähigkeit diese Verantwortung zu übernehmen. Wenn die Primary Nurse vor Ort nicht anwesend ist, übernimmt die Associate Nurse die Verantwortung. Diese trifft allfällige Entscheidungen selbstständig, muss jedoch Abänderungen des Betreuungsplans vor der Primary Nurse rechtfertigen und erklären. Darüber hinaus hat sie bei Unklarheiten auch die Möglichkeit eine andere Associate Nurse oder eine anderen Primary Nurse/Stationsleitung um ihren Rat zu bitten. In manchen Krankenhäusern wurde eine Rufbereitschaft eingeführt, um die Primary Nurse über etwaige Adaptierungen der Pflegeplanung zu informieren. Eine weitere Besonderheit beim Primary Nursing Pflegesystem ist eine Verschiebung des traditionellen Hierarchiesystems (Goulding & Hunt, 2000). In der klassischen Pflege obliegen der Stationsleitung die Verantwortung und die Führung, sowie die Beaufsichtigung eines Teams. Hingegen liegen die Aufgaben der Stationsleitungen auf einer Primary Nursing Station vor allem bei der Prüfung der Kompetenzen. Die Evaluierung der fachlichen Eignung einer Primary Nurse übernimmt die Stationsleitung, welche als fachliche Ansprechperson für diese zuständig ist. Es ist daher erforderlich, dass die stationsleitende Person über sehr viel Pflegepraxis und Wissen verfügt. Die Einführung eines Primary Nursing Pflegesystems erfordert organisatorische Anpassung bisheriger Abläufe und Loslösung vertrauter Rollenverständnisse der Pflegepersonen. Die Implementierung des Primary Nursing Pflegesystem steht in Österreich noch am Anfang.

2.4 Zur Identität von Heilberufen

Auf Grund einer Spezialisierung von Fachbereichen kommt es ebenso zu einer Vielfalt an ethischen Aufgabenstellungen. Der Begriff der Bereichsethik wird diesen modernen Anforderungen gerecht und zeigt fachspezifische Entwicklungen auf (Körtner, 2004; Rehbock, 2000; Wallner, 2007). Der Teilbereich, welcher an dieser Stelle von primärem Interesse ist wird bei Wallner (2007) als Health Care Ethik bezeichnet und beinhaltet u.a. Medizinethik, Pflegeethik und Bioethik. Untersuchungsgegenstand ist die Analyse des menschlichen Handelns im Zusammenhang mit der menschlichen Gesundheit. Eine isolierte Betrachtungsweise von Medizinethik, Pflegeethik oder Bioethik ist für die Beantwortung zukünftiger Fragestellungen im Gesundheitsbereich nicht ausreichend (Wallner, 2007). Vielmehr können die Interessen und das Wohl der Patientinnen und Patienten, welche im Zentrum der Überschneidung dieser Teilbereiche stehen durch interdisziplinäres Zusammenarbeiten gewahrt werden (Körtner, 2004). Im Überblick werden nun einige Fachbegriffe beschrieben:

Ethos beschreibt die Summe der Werte einer bestimmten Gruppe (Körtner, 2004). Unterschiedliche Kodizes und Eide offenbaren das Berufsethos, welches allgemeine Pflichten, Ziele und Prinzipien beinhalten (Rehbock, 2000). **Berufsethos** entsteht auf Grund der internen Vorstellungen und der Selbstwahrnehmung der Mitglieder. **Standesethos** beschreibt die Haltung, auf der berufliches Handeln basiert. Vertrauenswürdigkeit, Ehrlichkeit und Achtsamkeit werden beispielhaft genannt (Wallner, 2007). Diese Gruppenmoral hat drei Funktionen. Es dient Angehörigen dieser Gruppe als Orientierungshilfe, gilt als Abgrenzungsmittel und Identitätsmerkmal gegenüber anderer Gruppen und hat eine vertrauensbildende Funktion für die Öffentlichkeit. Die Verteilung von Information, Fähigkeit und Macht sind vor allem im Gesundheitsbereich ungleich. Das Gefühl der Abhängigkeit wird in pflegerischen Betreuungssituationen vor allem auch durch die Übernahme oder Unterstützung bei grundlegenden Handlungen, wie Körperpflege oder Nahrungsaufnahme gefördert. Die Benennung von Asymmetrien in Beziehungsprozessen wird als Ziel der Care-Ethik genannt (Körtner, 2004; Wallner, 2007). Das Problem der Care-Ethik ist die Vereinbarkeit der

Fürsorge und der Patientenautonomie. Ein Ausweg aus diesem Dilemma sind die Achtung der Menschenwürde, Hilfe zur Selbsthilfe, Förderung und Forderung der Compliance der Patientinnen und Patienten in jeder Betreuungssituation (Körtner, 2004; Wallner, 2007).

Für die professionellen Betreuerinnen und Betreuer birgt Care-Ethik ebenso Risikofaktoren. Care versteht sich nicht als Aufopferung bis zur totalen Erschöpfung und Ausblenden der eigenen Bedürfnisse. Ausgeglichene Selbstsorge ist Bestandteil des Care-Modells (Wallner, 2007). Pflegeethik ist ein autonomer Teil der Gesundheitsethik, mit dem Ziel pflegerisches Handeln und die Funktion und Verantwortung der Pflegenden zu reflektieren (Körtner, 2004; Wallner, 2007). Aufgabe der Pflegeethik ist es also die Balance zwischen „caring“ und „nursing“ zu beschreiben (Körtner, 2004). Im Zuge der Professionalisierung der Pflege kommt es zur Etablierung neuer Pflegeberufe (Wallner, 2007). Ziel ist es trotz unterschiedlicher Interessen innerhalb einer Gruppe eine gemeinsame moralische Basis zu finden. Heilberufe leisten demnach Beiträge „zur prophylaktischen Erhaltung der Gesundheit, zur Wiederherstellung der Gesundheit, zum Hinausschieben des Ausbruchs von Krankheiten, zur Verlangsamung des Fortschreitens von Krankheiten, zum Lindern von Leiden, zur Geburt und zur Begleitung von Sterbenden“ (Merker, 2000, S. 12). Für die Realisierung dieser Zielsetzungen bedarf es sowohl theoretischem Wissen, als auch technisch-praktischem Können, sowie berufsrechtlicher Rahmenbedingungen. Während die Hebamme über einen sehr weitgefassten gesetzlich geschützten Tätigkeitsbereich verfügt, ist dieser bei Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eher eng bemessen.

2.5 Berufsrechtliche Grundlagen

Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ist vor allem durch die berufsrechtlich festgelegten Kompetenzen und Tätigkeitsbereich bestimmt. Im Folgenden werden die Grundlagen der drei prominentesten nicht ärztlichen Berufsgruppen der Wochenbettbetreuung in Österreich vorgestellt. Dazu zählen die Hebammen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie diplomierte Kinderkrankenpflegepersonen.

2.5.1 Hebamme

Der Tätigkeitsbereich von österreichischen Hebammen ist gesetzlich geschützt und erstreckt sich über mehrere Lebensphasen. Die Schwerpunkte gemäß HebG § 2 (1) liegen dabei auf Betreuung, Beratung, Pflege und Beistandsleistung bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie die Mitwirkung bei Säuglingsfürsorge. Im Gesetzestext findet sich unter HebG § 2 (2) eine fakultative Aufzählung der Tätigkeiten und Beobachtungen, welche die Hebamme eigenverantwortlich durchführen darf und soll. Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, den gesamten Gesetzestext darzustellen und lediglich eine Übersicht des groben Tätigkeitsbereiches vorzustellen. Dazu zählen Aufgabenbereiche der Familienplanung, Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitung und Maßnahmen welche im Zuge der Betreuung einer Gebärenden erforderlich sind. Die Betreuung von Mutter und Kind durch die Hebamme während der Zeit des Wochenbetts sind in Zeile 8, 9, und 10 sehr klar beschrieben:

- Beurteilung der Vitalzeichen und -funktionen des Neugeborenen, Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen und Hilfeleistung in Notfällen, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen;
- Pflege des Neugeborenen, Blutabnahme am Neugeborenen mittels Fersenstiches
- Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Geburt und Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege des Neugeborenen

Hebammen verfügen über einen sehr weitgefassten, gesetzlich verankerten Tätigkeitsbereich, welcher durch einen weiteren Aspekt gestärkt wird. Die Sonderstellung der Hebamme wird in Österreich durch eine Beiziehungspflicht zu jeder Geburt und zur Versorgung eines Kindes geregelt. Personenstandesrechtlich dürfen nur Hebammen die Geburtsanzeige eines Kindes unterzeichnen. Physiologische Prozesse während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett können von der Hebamme überwacht und beurteilt werden. Sobald jedoch Regelwidrigkeiten

vermutet werden oder auftreten, darf die Hebamme ihren Beruf nur mehr nach ärztlicher Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Fachärztin oder einem Facharzt ausüben. Diese Eingrenzung der Eigenverantwortlichkeit ist jedoch nicht mit einer Ohnmachtsstellung der Hebamme gegenüber der fachärztlichen Person gleichzusetzen. Vielmehr üben diese beiden Parteien ihre Zusammenarbeit in einer gleichberechtigten Position aus.

Zu den Berufspflichten einer österreichischen Hebamme zählen neben Verschwiegenheitspflicht, Dokumentationspflicht auch personenstandesrechtliche Pflichten, welche die Meldung jede Lebend- und Totgeburt innerhalb einer Woche an die zuständige Personenstandsbehörde beinhaltet. Gemäß HebG § 6 (1) muss die Berufsausübung gewissenhaft und ohne Unterschied der Person erfolgen und darf im Notfall nicht verweigert werden. Unverzögliche Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei regelwidrigen Zuständen sowie die Anzeige bei der Sicherheitsbehörde bei begründetem Verdacht einer Kindesunterschlebung sowie die Nottaufe eines Neugeborenen fallen ebenso in den Pflichtenkreis der Hebamme.

Die Ausbildung österreichischer Hebammen findet seit 2006 auf Fachhochschulniveau statt. Niederösterreich, Steiermark und Salzburg waren die ersten Bundesländer, welche die Forderungen des Bologna-Prozesses umgesetzt haben. Wien, Oberösterreich, Tirol und Kärnten haben mittlerweile ebenso die inhaltlichen und organisatorischen Anforderungen der europäischen Vereinbarung realisiert (Müller, 2009). Für die Aufnahme eines Bachelor Studiengangs sind Matura oder Studienzulassungsprüfung erforderlich. Die Studiendauer beträgt drei Jahre und wird mit einem akademischen Titel, Bachelor of Science, sowie mit der Berufsberechtigung abgeschlossen.

2.5.2 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zählen laut § 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) der Gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe. Der gesetzlich geschützte Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst einen eigenverantwortlichen (§ 14), mitverantwortlichen (§ 15) und interdisziplinären (§ 16) Bereich.

Im GuKG sind weiters lebensrettende Sofortmaßnahmen (§ 14a) und erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche (§ 17) genannt, welche die Ausübung von Spezial-, Lehr- oder Führungsaufgaben regeln.

Die Spezialaufgaben sind im § 12 (2) genauer beschrieben:

1. *Kinder- und Jugendlichenpflege*
2. Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
3. Intensivpflege
4. Anästhesiepflege
5. Pflege bei Nierenersatztherapie
6. Pflege im Operationsbereich
7. Krankenhaushygiene.

Zu den allgemeinen Berufspflichten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gemäß GuKG § 4 zählt die gewissenhafte Berufsausübung ohne Unterschied der Person. Nach Einhaltung der Vorschriften sowie nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse haben Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe das Wohl der Patienten und Klienten zu wahren. Gemäß GuKG § 5-9 zählen Pflegedokumentation und Verschwiegenheit ebenso wie Anzeigepflicht, Meldepflicht und Auskunftspflicht zu den gesetzlich geregelten Berufspflichten.

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege

Der österreichische Gesetzgeber definiert das Berufsbild in GuKG § 11 (1) durch „gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“. Im Mittelpunkt steht dabei die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, sowie bei Behinderung und die Begleitung von Sterbenden.

In Österreich dauert die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, welche man an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege sowie an ausgewählten Fachhochschulen absolvieren kann,

drei Jahre. Die gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung lautet Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger.

Diplomierte Kinderkrankenpflege

Der Tätigkeitsbereich einer diplomierten Kinder- und Jugendlichenpflegeperson ist im § 18 (2) GuKG näher beschrieben und umfasst die Pflege und Ernährung von gesunden Neugeborenen und Säuglingen, sowie die Betreuung von behinderten und schwerkranken oder sterbenden Personen. Gesundheitsförderung, sowie die Mitwirkung an der Rehabilitation sind ebenfalls klar festgeschrieben. Die Anleitung der Bezugspersonen, sowie das Erkennen von Vernachlässigung und Missbrauch werden speziell betont. Der Berufsverband der österreichischen Kinderkrankenpflege (2011) formuliert ein Berufsbild, welches vor allem die alters- und entwicklungsgerecht angepasste Pflege von Kindern beschreibt. Die Integration von Eltern und Bezugspersonen in die Pflege der Kinder ist dabei von zentraler Bedeutung. Die Ausbildung zur diplomierten Kinderkrankenpflegeperson kann in Form einer dreijährigen Spezialausbildung, im Umfang von 4600 Stunden an einer Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege absolviert werden. Ausbildungseinrichtungen befinden sich in allen österreichischen Bundesländern, außer dem Burgenland und Vorarlberg. Es besteht die Möglichkeit im Anschluss an das allgemeine Pflegediplom oder auch im Anschluss an das psychiatrische Pflegediplom eine einjährige Sonderausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege zu absolvieren. Eine verkürzte Ausbildung ist für Pflegehelferinnen und Pflegehelfern sowie Hebammen möglich.

2.6 Problemstellungen moderner Wochenbettbetreuung

Ausgehend von diesen Rahmenfaktoren, der Präsenz unterschiedlicher Berufsidentitäten und deren Wahrnehmungen, sowie die starke medizinische Ausrichtung des Wochenbettes werden nun Problemstellungen vorgestellt, welche für die Betreuung der Familien eine große Rolle spielen und die heutige Wochenbettzeit stark beeinflussen.

2.6.1 Fragmentierung der Betreuung

Die Voraussetzungen für effektive Betreuung der Wöchnerinnen und ihren Kindern sind konsistente Beratung sowie kontinuierliche Betreuung, erreichbar durch eine gemeinsame Unterbringung und Betreuung durch eine Person (Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley, Hodnett & Hofmeyr, 2006). Die Gedanken der Kontinuität sowie der gemeinsamen Betreuung von Mutter und Kind stehen hinter dem Konzept der ganzheitlichen Wochenbettbetreuung. Zunehmend findet im Krankenhausbereich eine Umorientierung in Richtung dieser Betreuungsform statt (Polleit, 2006). Hasseler (2002) spricht in diesem Zusammenhang auch von „integrierte Wochenbettbetreuung und Familienabteilungen“. Aus meiner persönlichen Beobachtung ist jedoch bekannt, dass es in Österreich immer noch Wochenbettstationen gibt, auf denen eine strenge Arbeitsteilung zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen vorherrscht: Die Hebamme kommt im Geburtenbereich zum Einsatz, während die Betreuung auf Wochenbettstationen zwischen Kinderkrankenpflegepersonen und Krankenpflegepersonen aufgeteilt ist. In Folge dieser Aufteilung kommt es unweigerlich zu Fragmentierung der Betreuung und Beratung (Enkin et al., 2006). Die ersten Tage sind ausgefüllt mit Stillen, Säuglingspflege und Verarbeitung der Geburt (Loos, 2000). Abgesehen von unterschiedlichen Erfahrungswerten seitens der Betreuungspersonen selbst, sind auch berufsspezifische Ansichten und Einstellungen wesentlich ausschlaggebend für die Beratung von Frauen. Professionalität, Kompetenz und Empathie sind unbedingte Voraussetzungen für eine erfolgreiche Betreuung der Wöchnerinnen vor allem unter diesen engen zeitlichen Bedingungen (Quell, 2008). In Anbetracht dieses umfangreichen Pensums kann stationäre Wochenbettbetreuung nur als „Starthilfe“ (Quell, 2008, S. 946) verstanden werden. Wer ist nun also am besten für diese anspruchsvolle Starthilfe geeignet? Im Zuge der Literatursuche konnten nur wenige Publikationen zum Thema Wochenbett aus Sicht der betreuenden Personen gefunden werden, es haben sich nur wenige Autorinnen und Autoren mit dieser Fragestellung beschäftigt. Anfang der 90er Jahre sorgten pflegewissenschaftliche Entwicklungen im deutschsprachigen Raum erstmals dafür, dass Pflege,

Betreuung und Organisation des stationären Wochenbetts kritisch hinterfragt und neu beleuchtet wurden. Erste Erkenntnisse über die Identifizierung der Schnittstellen zwischen Wochenbettstation und Geburtenbereich und die damit verbundenen Herausforderungen in der Zusammenarbeit werden beschrieben (Brechtbühler, 1995; Kahf, 1992).

2.6.2 Geringe Relevanz von Wochenbett

Edelmann (2002a, S.17) bringt die kontinuierlich schleichende Abwertung des Wochenbetts wie folgt auf den Punkt: „Wochenbett spielt in der gesamtgesellschaftlichen Betrachtung kaum noch eine Rolle“. Bereits die Bezeichnung Wochenbett entspricht nicht mehr den heutigen Vorstellungen und Anforderungen. Einige Autorinnen und Autoren regen eine Veränderung der Begrifflichkeiten an, da die Frauen immerhin keine wochenlange Bettruhe mehr einhalten müssen (Hasseler, 2002; Edelmann, 2002a).

Ein Blick über die Landesgrenzen nach Deutschland zeigt, dass dort teilweise bereits eine Revitalisierung der Wochenbettbetreuung stattfindet. Bei Stenz ist das niedersächsische Organisationsmodell zur Qualitätssicherung im Wochenbett vorgestellt. 190 Hebammen aus unterschiedlichen Landkreisen wurden vorab zu den Rahmenbedingungen ihrer Wochenbettbetreuung befragt. 43% der befragten Hebammen fühlten sich durch ihre Hebammenausbildung gar nicht vorbereitet auf die Wochenbettbetreuung (Stenz, 2006). Auch Edelmann (2002a) unterstützt diese These, indem sie die, in Aus- und Fortbildung seit Jahren stagnierende Aufmerksamkeit für Wochenbett betont. Der Fokus aller involvierten Personen liegt überwiegend auf Schwangerschaft und Geburt. Es kann also von einer „Verdrängung des Wochenbetts“ gesprochen werden (Hasseler, 2002, S. 91).

In Österreich zeigt sich das auch auf gesundheitspolitischer Ebene. Der Mutter-Kind Pass ist seit mehr als 30 Jahren fester Bestandteil der geburtshilflichen Betreuung. Einträge während der Schwangerschaft, der Geburt und der ersten Lebensjahre dienen der Steigerung der Versorgungsqualität von Müttern und ihren Kindern. Die mütterliche Dokumentation jedoch endet unmittelbar nach der Geburt und widmet dem

gesamten Wochenbett aus mütterlicher Sicht lediglich eine Seite. Nur die Entwicklungen des Kindes scheinen von Interesse zu sein. Hier zeigt sich, dass die mütterlichen Bedürfnisse in der Zeit des Wochenbetts nicht berücksichtigt werden. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung, durch die Entwicklung geeigneter Instrumente zur Erhebung dieser Wünsche und Beschwerden wäre zu diskutieren. Gleich dem Vorbild der deutschen Hebammen in Niedersachsen wäre die Etablierung eines Qualitätshandbuches für die österreichische Wochenbettbetreuung zwingend erforderlich, um die Attraktivität der Wochenbettbetreuung für die professionellen Betreuerinnen und Betreuer zu steigern. Hasseler (2002) hat sich in ihrer Arbeit unter anderem mit der Relevanz der Wochenbettbetreuung aus Sicht der professionellen Betreuerinnen und Betreuer beschäftigt und wagt eine mutige Aussage: Hebammen tun sich, ihrer Ansicht nach mit Teamarbeit schwer und kommen mit „administrativen und organisatorischen Aufgaben“ (2002, S. 183) im klinischen Wochenbett nicht zu Recht. Es entspricht, so Hasseler (2002) weiter, nicht dem beruflichen Selbstverständnis einer Hebamme die Exklusivität der Betreuung einer Gebärenden aufzugeben. Die Aussage von Hasseler konnte sich durch keine weiteren Forschungsergebnisse bestätigen lassen, daher wird es Teil meiner Forschungsarbeit sein die Selbstwahrnehmung der professionellen Helferinnen und Helfer zu beschreiben. Die Frage warum Wochenbett als Gesamtphänomen geringe Attraktivität ausstrahlt, versuchen einige Autorinnen und Autoren wie folgt zu beantworten und zusammenzufassen (Brechtbühler, 1995; Hasseler, 1997; Kahf, 1992; Ruf, 2001; Schopp, 2002): Mangelndes Wissen, geringes gesellschaftliches Prestige, Unterforderung im Pflegealltag, großes Betreuungsteam, welches sich wenig wertschätzend begegnet und keine ausgereiften adaptierten Pflegemodelle und Dokumentationssysteme. Es wird sich bei der Auswertung der Interviews zeigen, ob diese Hypothesen auch durch die Interviewteilnehmerinnen erwähnt und bestätigt werden.

2.6.3 Kürzere Verweildauer nach der Geburt

Die Tilak erhob im Geburtenbericht 2007, dass österreichische Frauen durchschnittlich „vier Tage nach der Geburt entlassen“ werden (IET, 2007, S. 37). Monika Beck (2004, S. 10) geht davon aus, dass „aufgrund ökonomischer oder politischer Argumentation und Tradition“ die Entscheidung über die stationäre Aufenthaltsdauer nach einer Geburt getroffen wird. Enkin, et al. (2006, S. 370) unterstützen diese Annahme und meinen dazu, dass „aktuell vorherrschende Trends sowie die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten“ bestimmen wie lange die Frauen im Krankenhaus bleiben. Je eher die Frauen nach der Geburt nach Hause gehen, umso weniger Zeit verbleibt für die Betreuung durch das Klinikpersonal (Hasseler, 2002). Daher sollte in diesen ersten Tagen bis zur Entlassung eine gezielte Form der Anleitung und Beratung stattfinden, welche dennoch den individuellen Ansprüchen der Frauen gerecht wird. Eine große Herausforderung, die ein hohes Maß an Engagement und Flexibilität von einem interdisziplinären Team fordert.

2.7 Problemstellungen der empirischen Arbeit

Ein erkennbarer Paradigmenwechsel von Geburtshilfe zur Geburtsmedizin, beispielsweise gekennzeichnet durch eine Verlagerung von Schwangerschaft und Geburt in den klinischen Bereich, machen es erforderlich auch über die Organisation der stationären Wochenbettbetreuung nachzudenken. Bei einigen Autorinnen und Autoren wird die risikoorientierte Ausrichtung der modernen Geburtshilfe, welche darauf ausgelegt ist Komplikationen zu beherrschen beschrieben. Die Reduzierung auf rein körperliche Aspekte steht dabei im Mittelpunkt (Budysh, 2010; Kahf, 1992; Schücking, Loytved & Borrmann, 2006). Diese Veränderung sollte von allen beteiligten Berufsgruppen kritisch betrachtet und reflektiert werden. Es drängt sich nun die Frage auf, wie Hebammen, diplomierte Kinderkrankenpflegepersonen und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die Arbeit auf einer Wochenbettstation unter diesen Voraussetzungen erleben. Es liegt also in meinem Forschungsinteresse standespolitische und berufspraktische Aspekte der Wochenbettbetreuung zu beleuchten und berufsethische

Identitäten zu beschreiben. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen und Zielsetzungen:

- Wie bewerten professionelle Betreuerinnen ihre eigene Position in der klinischen Wochenbettbetreuung?
- Welches Rollenverständnis haben diese Berufsgruppen voneinander?
- Wie bewerten professionelle Betreuerinnen die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen?

Die Forschungsergebnisse sollen dazu beitragen einen Einblick in die Arbeit dreier Berufsgruppen im stationären Umfeld der Wochenbettbetreuung zu erhalten. Untersucht werden Werte, Normen und die Sichtweise der professionellen Betreuerinnen im klinischen Wochenbett, um Kompetenzbereiche zu beschreiben und zu stärken.

3. Methode und Vorgehensweise

Einem kurzen Abriss über die Grounded Theory folgen nun ausführliche Schilderungen des Forschungsprozesses und eine Samplebeschreibung. Zur besseren Verständlichkeit der Vorgehensweise wurden einige Tabellen und Grafiken hinzugefügt. Abgeschlossen wird dieses Kapitel durch die Gütekriterien der qualitativen Forschung sowie die ethischen Überlegungen.

3.1 Qualitative Forschung

Die Situation und Bedürfnisse von Frauen nach der Geburt eines Kindes sind in der Literatur bereits recht umfangreich beschrieben. Weniger Betrachtung fand bisher die Sichtweise der professionellen Betreuerinnen. Durch die Anwendung der Grounded Theory soll in dieser Studie die Sichtweise und das berufliche Selbstverständnis von Hebammen, diplomierten Kinderkrankenpflegepersonen und Gesundheits- und Krankenpflegepersonen beschrieben werden. Ziel der Befragungen ist es einen Einblick in die Arbeitswelt dieser Berufsgruppen unter klinischen Rahmenbedingungen zu bekommen.

3.2 Grounded Theory

Anfang der 60er Jahre wurde der qualitative Forschungsansatz der Grounded Theory von Glaser und Strauss entwickelt. Zur Anwendung kommt sie vor allem bei der Beschreibung von zwischenmenschlicher Interaktion und Prozessen (Mayer, 2007).

Ziel der Grounded Theory ist es eine gegenstandsbezogene Theorie zu entwickeln, daher sollte die Fragestellung möglichst offen und flexibel gestaltet werden, welche sich im Verlauf des Forschungsprozesses verdichten kann. Ein Spezifikum der Grounded Theory ist die Verschränkung innerhalb des Forschungsprozesses. Datensammlung und Datenauswertung sind nicht linear zueinander, sondern wechseln einander ab. Datenmaterial wird analysiert und so gewonnene Erkenntnisse fließen in die nächste Erhebungsrunde mit ein und beeinflussen die weitere Auswahl der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmern. Dieses Vorgehen nennt man auch „Theoretical Sampling“. (Mayer, 2007). Ein Begriff, welche recht

häufig im Zusammenhang mit Grounded Theory genannt wird ist theoretische Sensibilität. Strauss und Corbin (1996) bezeichnen damit die Fähigkeit die Essenz der Daten zu erkennen. Theoretische Sensibilität nimmt die Forscherin bzw. der Forscher aus der persönlichen Erfahrung bereits mit, oder erlangt sie durch das Studium der Fachliteratur sowie aus dem Forschungsprozess selbst heraus. Als Teil des geburtshilflichen Systems bestand die Möglichkeit der Insider-Perspektive. Diese Vertrautheit mit Sprachkultur und Abläufen waren sowohl bei der Auswahl der Interviewteilnehmerinnen also auch bei Verständnis der Daten von Vorteil. Ebenda lagen jedoch auch die Schwierigkeiten bei dieser Form der Forschung. Die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Hebammen barg auch die Gefahr nicht objektiv aus Forscherinnenperspektive zu beurteilen. Während der Interviewsituationen waren diese Schwierigkeiten gut zu koordinieren. Provokationen konnten gut verarbeitet und integriert werden. Die Herausforderung lag in der Datenauswertung. Wie im Kapitel Ergebnisse noch zu sehen sein wird, wurden durchaus kritische Schlüsse über die berufliche Identität der Personen gezogen. Regelmäßige Selbstreflexion in Form von peer-debriefing im Diplomandenseminar und Distanzierung von den Daten ermöglichten eine stimmige Darstellung der Resultate.

3.3 Sample

Die befragten Personen sind ausschließlich Frauen, weshalb im nachfolgenden Text die weibliche Form verwendet wird. Als Einschlusskriterium wurden folgenden Punkte gewählt:

- Berufsberechtigung für den Hebammen- oder Pflegeberuf
- Berufsausübung im Dienstverhältnis zur einer Krankenanstalt
- der deutschen Sprache mächtig

Zielgruppe sind professionell betreuende Pflegepersonen und Hebammen, welche in der klinischen Wochenbettbetreuung tätig sind. Es wurden zwei Untersuchungsgruppen gebildet, unterschieden wurde dabei nach dem Ausmaß der Hebammenpräsenz im Team. Je nachdem ob Hebammen im Wochenbettteam arbeiten oder nicht, werden die Interviewpartnerinnen

ausgewählt. Bei der Stichprobenerhebung wurde, nicht wie in der Grounded Theory üblich das theoretical sampling herangezogen, sondern auf eine Form des purposive sampling zurückgegriffen. An Hand der Einschlusskriterien war es a priori klar welche Personen in die Erhebung miteinbezogen werden. Auf Grund der persönlichen Erreichbarkeit der Interviewteilnehmerinnen war die Datenerhebung sehr rasch und leicht umzusetzen. Aus dieser Vorgehensweise ergibt sich eine Matrix, welche sich wie folgt darstellen lässt:

Berufszugehörigkeit	Hebammen im Team	Keine Hebammen im Team
Hebamme	2	2
DGKS	0	2
DKKS	1	2

Abbildung 1 Sample Matrix

Es wurde versucht auf eine gleichmäßige Besetzung aller Felder zu achten und je Feld zwei Probandinnen zu rekrutieren. Insgesamt konnten vier Hebammen, drei diplomierte Kinderkrankenpflegepersonen und zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen für die Interviews rekrutiert werden. Im Großraum Wien ist die Kombination von DGKP und DKKP für den Einsatz im stationären Wochenbett recht populär und weit verbreitet. Hebammen werden nur vereinzelt zur Betreuung von Wöchnerinnen und deren Kinder eingesetzt. Wochenbettstationen, auf denen Hebammen und Pflegepersonen als gleichberechtigt kompetente Personen zusammenarbeiten konnten im Zuge des Forschungsprozesses nicht gefunden werden. Unter diesen Umständen war es also nicht möglich noch eine weitere DKKP oder aber auch zwei DKGP mit Hebammenpräsenz im Team zu finden.

3.4 Datenerhebung

Auf Basis eines vorab entwickelten Interviewleitfadens wurden neun halbstandardisierte Interviews geführt. Nach jedem Interview wurde der Leitfaden adaptiert und erweitert, welcher folgende Bereich abdeckte:

beruflicher Werdegang, Selbstbild, Rollenbild, Tätigkeitsbereich und Perspektive. Die Daten wurden zwischen November und Dezember 2011 erhoben. Die dafür durchgeführten Interviews dauerten durchschnittlich 60 Minuten, wobei das kürzeste 30 Minuten und das längste 69 Minuten umfasste. Alle Interviews wurden mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss unter Berücksichtigung einiger Empfehlungen vollständig von mir selbst transkribiert. In Anlehnung an Kowal und O'Connell (2008) wurden nur Inhalte transkribiert, welche auch zur Analyse herangezogen wurden. Gesprächsmerkmalen, wie Sprechpausen wurden mittels „...“ gekennzeichnet und nichtsprachliche Auffälligkeiten, wie lachen oder seufzen wurden jeweils durch das passende Wort beschrieben, z.B.: „lacht“. Memos wurden angelegt, um Beobachtungen und Eindrücke während der Interviewsituation festzuhalten. Zentrales Anliegen bei der Transkription war die Wahrung der Anonymität, dafür wurden Namen von Personen und Krankenhausbezeichnungen, sowie Städtenamen unkenntlich gemacht. Die Phase der Transkription erwies sich als sehr zeitintensiv.

Insgesamt wurden sechs Interviews im privaten Umfeld geführt. Zwei Interviewpartnerinnen, beide Hebammen stellten für das Treffen die Räumlichkeiten ihrer Ordination zur Verfügung. Diese verliefen, bis auf wenige SMS-Benachrichtigungen ungestört. Drei weitere Befragungen, die zweier Hebammen und einer Kinderkrankenschwester wurden bei ihnen zu Hause durchgeführt. Auch diese Gespräche verliefen weitestgehend ungestört, weisen jedoch familiäre Prägung auf. So war eine Hebamme unmittelbar vor dem Interviewtermin beim Elternabend ihres Sohnes, durch welchen sie etwas später als zum vereinbarten Zeitpunkt vor Ort war. Eine Besprechung der eher durchwachsenen schulischen Situation des Buben, bei welcher ich anwesend war wurde unmittelbar vor dem Interview durchgeführt. Im Zusammenhang mit der familiären Lebenswelt muss das vierte Interview besonders hervorgehoben werden. Der dreijährige Sohn einer Interviewpartnerin war während des gesamten Interviews anwesend und sehr interaktiv. Seine singenden Beiträge, sowie die Interaktion zwischen Mutter und Kind waren bei der Auswertung des Interviews eine Herausforderung und sehr spannend. Auch musste eine mehr minütige Passage eines Telefonats zensiert und aus dem Transkript genommen

werden. Sehr souverän gelang der Wiedereinstieg in den Gesprächsfluss nach jeder dieser Beteiligungen des Sohnes. Das neunte Interview mit einer Gesundheits- und Krankenpflegeschwester wurde in einem Wiener Kaffeehaus durchgeführt. Der Eindruck, sie würde manche Informationen zurückhalten erhärtete sich im Verlauf des Interviews. Auf Grund dieser selektiven und einseitigen Erzählweise konnte das Interview zur Auswertung nicht herangezogen werden.

Die Gespräche mit zwei diplomierten Kinderkrankenschwestern, sowie einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeschwester fanden während der Dienstzeit im klinischen Umfeld statt. Im Zuge dieser Gespräche konnten einige Auffälligkeiten beobachtet werden. Die beiden Interviews, welche jeweils während eines Tagdienstes geführt wurden, wurden durch mehrmaliges Läuten der Patientenglocke unterbrochen. Die Gespräche mussten nicht abgebrochen werden, es irritierte die Pflegepersonen jedoch in ihrem Sprachfluss. Das dritte Krankenhausinterview fand während eines Nachtdienstes statt, welcher für beide Interviewpartnerinnen sehr anstrengend war, da fünf Geburten stattgefunden hatten. Die durchschnittliche Berufserfahrung aller befragten Frauen lag bei 20 Jahren. Die befragten Hebammen haben mit 19 Jahren die geringste und die diplomierten Kinderkrankenschwestern mit 27 Jahren über die meisten Jahre im Beruf. Alle befragten Frauen hatten Kinder und Familie.

3.5 Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte im ersten Schritt durch offenes Kodieren, es wurden die Daten aufgebrochen und nach Konzepten durchsucht. Jedes Transkript wurden in Papierform ausgedruckt und Zeile für Zeile durchgearbeitet. Von Anfang an wurde dabei auf ein buntes Farbschema zurückgegriffen, um markante Textpassage hervorzuheben. Dadurch konnten bereits erste Konzepte erkannt werden - Aussagen, welche die Frauen betreffen wurden beispielsweise rot markiert, Aussagen über die Zusammenarbeit waren rosa. Dieses System erleichterte die visuelle Orientierung im Text. Die Rückkehr zu den Daten konnte so sehr rasch

erfolgen. Unter zu Hilfenahme einer selbsterstellten Tabelle konnten die Codes übersichtlich zusammengehalten werden. Beispielhaft soll der Prozess des offenen Kodierens an der nachfolgenden Tabelle (Abbildung 2) gezeigt werden:

Zeilennr.	Wort/Phrase/Absatz	Konzept	Eigenschaften/Dimensionen	Fragen/Memos
140-143	<i>„...sich viele Frauen vieles nicht bewusst san, also, i denk ma, viele Frauen wissen ja ned warum, manche sind a so kopflastig, dass einfach so nach Buch vorgehen wollen, und dann geht des alles ned und vor lauter Gedanke was alles g´lesen haben, sehen sie ned was sich eigentlich vor ihnen sich abspielt...“</i>	Wissen, belesen, Bücher, Ablenkung, Kopflastig, nicht wahrnehmen	Woher kommt dieses Nichtwissen? Wie schafft man Anleitung unter diesen Umständen innerhalb von drei bis vier Tagen?	
155-156	<i>„... ned g´schaut worden warum hats Baby ned trunken, also da waren die Frauen selbstständiger...“</i>		Interviewpartnerin stellt Kontext her, berichtet, wie es früher war	Beschäftigen wir zuviel Personal im klinischen Bereich? Verhindert der Aufwand ums Stillen, die Selbstständigkeit der Frau?

Abbildung 2 Matrix offenes Kodieren

Das Durcharbeiten der Daten mittels dieser Matrix erwies sich für die ersten drei Interviews als sehr gut geeignet. Dadurch hatte ich die Möglichkeit ein Gefühl für die Daten zu erhalten. Im Verlauf der Zeit bekam ich einen Blick für die Aussagen und Kategorien, die Zuteilung gelang immer schneller. Daher wurde nach dem dritten Interview die Methode leicht adaptiert. Es wurden „Töpfchen“ gebildet, in welche die jeweils passenden Zitate und Codes zusammengefasst wurden. Manche dieser Töpfchen mussten im Zuge des Forschungsprozesses wieder aufgelöst werden und konnten inhaltlich mit anderen fusioniert werden. Dieser Prozess der Datenauswertung kann nun exemplarisch an dem Töpfchen „Fantasien, Ansprüche und Ideen der Frauen“ verdeutlicht werden. Im Zuge der

Forschungsarbeit wurde dieses in die Ergebniskategorie „Rahmenbedingungen“ eingebunden. Die Fantasien, Ansprüche und Ideen der Frauen bilden demnach einen Bestandteil der kontextuellen Faktoren.

Fantasien, Ansprüche, Ideen der Frauen

- *Verunsicherung – zu Hause hab ich keinen mehr den ich fragen kann*
- *Ratlosigkeit – kein Kochrezept, Kind funktioniert nicht nach Buch - Welt bricht*
- *Ängste nehmen sie mit nach Hause, auch durch den Vergleich mit anderen*
- *Überforderung*
- *Leistungsdruck, Druck – Stillen ist nicht mehr so entspannt, ein bisschen Muss*
- *Zwang und Angst*
- *Nervosität*
- *Boden weg: plötzlich keine Kontrollen mehr*
- *Nicht mehr durch müssen, Aspiringesellschaft, ich muss nix mehr aushalten*
- *Ihr eigenes Kind als erstes Kind überhaupt in der Hand haben*
- *Komplizierte Frauen*
- *Ausblendung von WB*
 - 1. *das geht alles von selber*
 - 2. *die Geburt dauert im schlimmsten Fall an Tog, dann beginnt der Rest des Lebens mit dem Kind*
- *Grundangst jeder Mutter, ihr Kind nicht ernähren zu können*
- *Klinikpersonal ist dafür da, das Kind zu versorgen (DKKS)*
- *Helfen einander aus vs. Reiberein, schnarchen, Besuch...*
- *Schwache, unselbstständige Frauen, die nicht verstehen oder wissen, was sie leisten können*
- *Im Mutter-sein von vornherein boykottiert*
- *Man nimmt den Eltern das groß sein, das stark sein, das erwachsen sein*
- *Unsicherheiten, ob mas überhaupt können*

Wiederkehrende Codes wurden zu Konzepten umgewandelt, welche nachfolgend zu Kategorien zusammengefasst wurden. Theoretische Memos wurden dabei hinzugezogen, um festzustellen welche Passagen inhaltlich auffällig waren.

Auf Grund der persönlichen Vorlieben wurden die Daten recht früh grafisch angeordnet. Die ersten Übersichten waren unvollständig und simpel, eigneten sich jedoch sehr gut um damit zu experimentieren. Unterschiedliche Szenarien konnten so durchgespielt, potentielle Zusammenhänge und

gegenseitige Bedingungen erprobt werden. Die so gewonnenen Erkenntnisse wurden zu einer vorläufigen Graphik „Sichtweise professioneller Betreuerinnen“ verarbeitet, welche durch die Gespräche in der peer-group des Diplomandenseminars durchgedacht und angepasst wurden.

3.6 Gütekriterien

Auf Grund der Vielschichtigkeit der Phänomene sowie deren Fragestellungen, können die klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung nicht zur Qualitätsbeurteilung qualitativer Forschung herangezogen werden. Daher wurden im Laufe der Zeit eigene Kriterien entwickelt, welche je nach Ausrichtung der Forschungsarbeiten variieren können. Ebenso müssen regionale Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Für den angloamerikanischen Raum, so Mayer (2007) dominieren die Ansichten von Lincoln und Guba: Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit, Angemessenheit.

Ziel der qualitativen Analyse ist es möglichst nahe an der Realität der Probandinnen und Probanden zu bleiben. Glaubwürdigkeit als Gütekriterium besagt, dass die Interpretation, der realen Sichtweise von Teilnehmerinnen und Teilnehmern entspricht. Um die Glaubwürdigkeit der vorliegenden Forschungsarbeit zu verdichten wurden einige Male dritte Personen hinzugezogen. Flick (2009) beschreibt peer-debriefing als eine mögliche Vorgehensweise, um die Glaubwürdigkeit zu erhöhen. Die Analyse der Daten wurde durch die Perspektive von nicht direkt an der Forschung beteiligten Personen erweitert, um so die eigene Wahrnehmung zu unterstützen.

Nachvollziehbarkeit des gesamten Forschungsprozesses zeigt das Kriterium der Folgerichtigkeit. Dafür wurde auf eine ausführliche Dokumentation und Beschreibung der Methodik sowie der Interviewsituationen geachtet. Ebenso wurde versucht meine persönlichen Erfahrungen und Beobachtungen im Vorfeld zu beschreiben, um Resultate und Rückschlüsse für dritte Personen verständlich zu machen. Die Transkriptionsregeln, welche zur Anwendung kamen wurden beschrieben, um Transparenz und Verständlichkeit der Daten zu ermöglichen (Steinke, 2008).

Im deutschsprachigen Forschungsraum werden laut Mayer (2007) auch häufig die Gütekriterien nach Mayring herangezogen. An dieser Stelle werden nur auszugsweise jene Kriterien beschrieben, welche in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt wurden. Diese waren: Regelgeleitetheit und Nähe zum Gegenstand

Regelgeleitetheit bedeutet die Orientierung an einer Methode zur Datenbearbeitung und die Einhaltung der festgeschriebenen Regeln, um willkürliches Vorgehen im qualitativen Forschungsprozess zu vermeiden (Mayer, 2007). In der vorliegenden Arbeit wurde die Grounded Theory zur systematischen Bearbeitung der Daten herangezogen. Die Lebenswelten der Interviewteilnehmerinnen wurden aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Die Interviewumgebungen sowie die Erzählungen der Frauen waren von individuellen Zügen geprägt. Die Nähe zum Gegenstand war für mich von großer Relevanz. All diese Kriterien wurden in dieser Studie nach bestem Wissen und Gewissen erfüllt.

3.7 Ethische Überlegungen

Die Prüfung auf ethische Belange erfolgte in Anlehnung an die drei Fragestellungen welche bei Mayer (2007) zu lesen sind. Die Einholung einer freiwilligen und aufgeklärten Zustimmung wurde zu zwei Zeitpunkten der Datenerhebung durchgeführt. Die Anfrage, ob die Personen an der Erhebung teilnehmen wollen, welche per Email-Kontakt erfolgte, wurde durch ein beiliegendes Informationsblatt über das geplante Vorgehen begleitet.

Unmittelbar vor der Interviewsituation wurde nochmals das Vorgehen besprochen und die Probandinnen hatten die Gelegenheit Unklarheiten und Fragen zu besprechen. Eine Einverständniserklärung wurde von den Teilnehmerinnen und mir mit Name, Unterschrift und Datum unterzeichnet.

Folgende Punkte sind enthalten:

- Vorstellung des Forschungsinteresses
- Anliegen für die Forschungsarbeit
- Zielsetzungen der Arbeit
- Verarbeitung der Daten für ausschließlich wissenschaftliche Zwecke
- Tonbandaufzeichnung
- Zusicherung der Anonymität der Personen
- Angebot sowohl das Transkript als auch die Endfassung der Arbeit auf Wunsch zu erhalten
- Recht der Personen jederzeit und ohne Angaben von Gründen das Gespräch abubrechen und/oder die Einwilligung auch nachträglich zurück zu nehmen
- Kein Kostenaufwand durch die Teilnahme
- Sorgfaltspflicht der Forscherin achtsam mit den Daten umzugehen.

Bei der Datenauswertung wurde sorgfältig darauf geachtet Personen, Dienststellen und Städtenamen zu zensieren. So wurden zufällig ausgewählte Buchstabenkombinationen, wie „XY“ für die Bezeichnung einer Dienststelle gewählt. Bei der Transkription wurden individuelle sprachliche Auffälligkeiten, wie Dialekt oder sehr prägnante Aussagen nicht zensiert und aus den Interviews direkt übernommen. Es erscheint mir sehr wichtig diese Feinheiten zu berücksichtigen, um so die individuellen Facetten der Interviewteilnehmerinnen darstellen zu können. Körperliches Risiko bestand für die Probandinnen zu keinem Zeitpunkt der Erhebung. Emotionale und psychische Belastungen waren durch die Fragestellungen bedingt zu erwarten. Durch vorsichtige Frageformulierung und ausreichende Zeitressource konnten in den Interviewsituationen durchaus sensible Aspekte thematisiert werden. Enttäuschung, Traurigkeit und Resignation gegenüber des Zustandes der Zusammenarbeit wurde von einigen Teilnehmerinnen sehr deutlich formuliert. Keine Interviewsituation musste aufgrund dieser Reaktionen abgebrochen werden. Die gewonnen Erkenntnisse der Befragungen rechtfertigen aus meiner Sicht diese Herausforderungen.

4. Die Zusammenarbeit im stationären Wochenbett

Im nachfolgenden Teil geht es um die Beurteilung der Zusammenarbeit im stationären Wochenbett aus Sicht der Interviewteilnehmerinnen. Zur besseren Verständlichkeit werden Abbildungen gezeigt, welche die Zusammenhänge der einzelnen Kategorien verdeutlichen.

4.1 Rahmenbedingungen des klinischen Wochenbetts

Unabhängig von der Berufsgruppe identifizieren alle interviewten Personen kontextuelle Faktoren, welche für die Arbeit auf einer Wochenbettstation wichtig sind. Es konnten zwei Themenkomplexe herausgearbeitet werden.

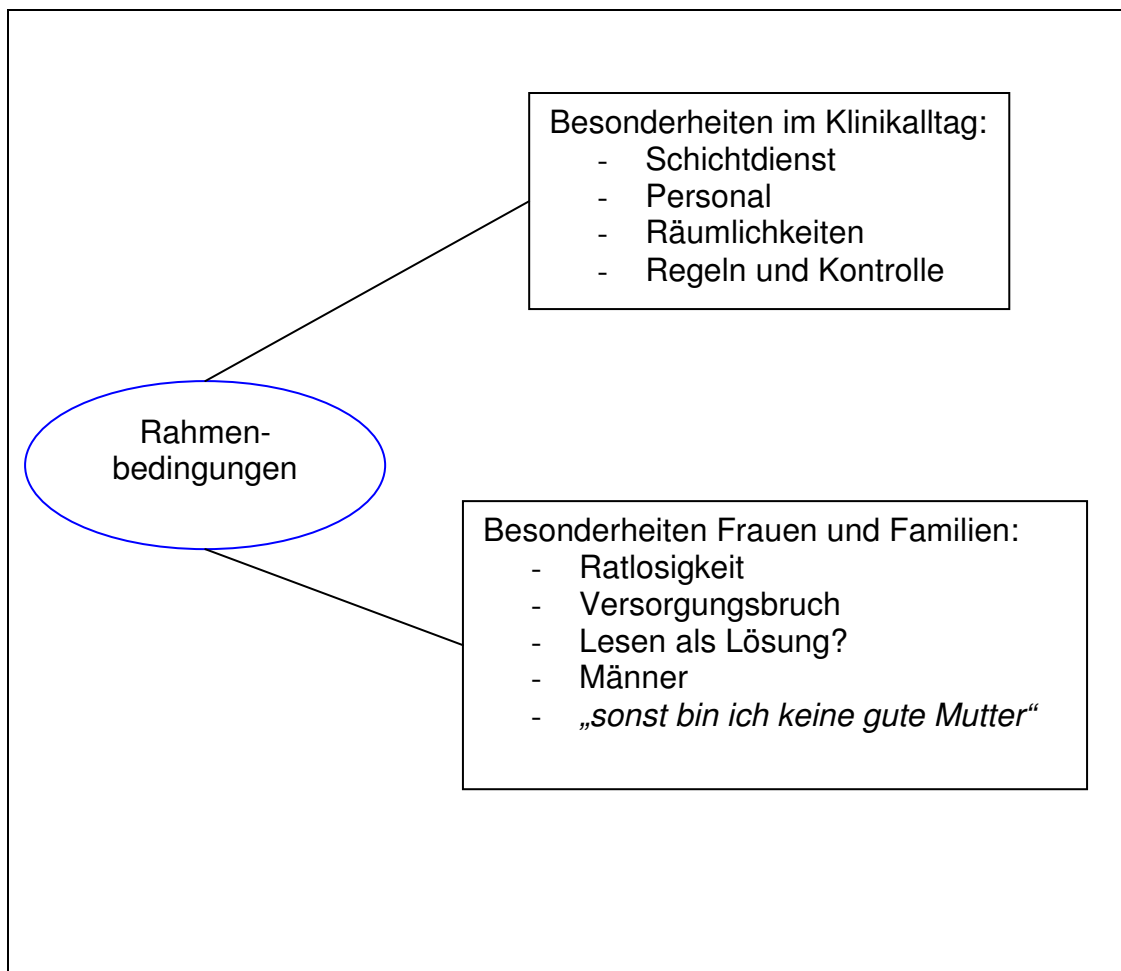


Abbildung 3 Rahmenbedingungen

„Besonderheiten im Klinikalltag“ beinhalten generelle Bedingungen des stationären Geschehens. Gelungene Kontraste zur klinischen Situation

bieten vor allem Hebammen an, welche häusliche Wochenbettbetreuung kennen. Frauen und Familien werden ebenso thematisiert. Die Rolle der Väter erwies sich zwischen den Berufsgruppen als konfliktreiches Phänomen. Während einige Interviewpartnerinnen den Vater als Ressource wahrnehmen, relativieren andere dessen Position gänzlich und betonen diesen als potentiellen Störfaktor. Die Relevanz gesellschaftlicher Bedingungen wird überwiegend von Hebammen wahrgenommen. Die Zusammenhänge mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden dadurch in globalem Kontext beschrieben, welche sich vor allem auch durch die Schilderung internationaler, geburtshilflich- relevanter Aspekte zeigt.

4.1.1 Besonderheiten im Klinikalltag

Aus den Daten war diese Kategorie sehr leicht zu extrahieren. Professionelle Betreuung im Krankenhaus findet unter sehr spezifischen Rahmenbedingungen statt. Hierzu gehören **Schichtdienst**, die **Personalsituation** und **Räumlichkeiten** ebenso wie das Phänomen **Regeln und Kontrolle**. Die Arbeitsweise, das berufliche Selbstverständnis und die Zusammenarbeit sind maßgeblich von diesem Kontext abhängig. Die interviewten Frauen beschreiben unabhängig von der Berufsgruppe sehr ähnliche Problemstellungen im Klinikalltag. Vorherrschende organisatorische Bedingungen machen Betreuungskontinuität zu einem beinahe unerreichbaren Ideal. Vom Klinikpersonal selbst werden vor allem häufiger Wechsel der Betreuungspersonen als vorrangigstes Problem identifiziert.

„selbst wenn ich im minimalsten Sinne äh, versuche zu betreue, dann haben die Frauen mindestens mindestens sechs verschiedene Betreuungspersonen. Weil mehr als drei Dienste, drei Tagdienste hintereinander macht keiner“

Unabhängig von der Berufsgruppe wird die uneinheitliche Betreuung im stationären Wochenbett kritisiert. Geprägt durch Ausbildung, Alter und persönlicher Erfahrung findet die Beratung und Betreuung einer Wöchnerin

statt. Als Konsequenz darauf werden vermehrt verzweifelte und ratlose Frauen wahrgenommen.

„die eine Schwester hat das gesagt, die andere Schwester hat das komplette Gegenteil gesagt, die eine hat gesagt ich muss pumpen, die andere sagt, warum denn, das ist ganz blöd.“

Zwar, so betonen die professionellen Helferinnen gibt es Standards und Richtlinien, warum diese nicht zur Anwendung gebracht werden kann in den Interviews nur ansatzweise herausgelesen werden. Unterschiedliche Lebenserfahrungen und persönliche Sichtweise werden dabei vor allem als Gründe genannt. Es wird versichert, dass die Richtlinien jeder Zeit nachzulesen sind. Man gewinnt den Eindruck, dass diese Richtlinien nicht beherzt und verinnerlicht werden. Diese kommen auszugsweise zur Anwendung und werden je nach Situation für die Beratung von Wöchnerinnen hinzugezogen. Der Vorsatz und das Bemühen einheitlich zu beraten ist bei allen Befragten im Mittelpunkt der klinischen Betreuung. Handlungsansätze zur Verbesserung dieser Beratungsvielfalt können nicht gefunden werden. Scheinbar wissen alle involvierten Personen um den Nachteil dieser abweichenden Beratung sehen jedoch keiner Strategie, um daran etwas zu adaptieren.

„da muss ich ehrlich sagen, ich glaube, funktioniert das gar nicht. Im Endeffekt hat jeder seine Erfahrungen gemacht und und, und versucht die dann auch irgendwie durchzuarbeiten. Ich denke, dass ist einfach die größte Problematik am Wochenbett im Spital, dass du einfach so viele verschiedene betreuende Personen hast“

Die **Personalsituation** auf Wochenbettstationen war in allen Interviewsituationen ein zentrales Anliegen. Wie etwas später noch zu sehen sein wird, ist das Ansehen von Wochenbettbetreuung sowohl berufsgruppenintern also auch von externer Perspektive äußerst geringgeschätzt. So beklagen die interviewten Frauen sehr wohl Personalmangel, Dauerkrankenstände und hohe Personalfluktuations. Unter

diesen Umständen, so die befragten Personen kann in manchen Situationen keine adäquate Betreuung gewährleistet werden.

Es wird auch hervorgehoben, dass es durch das Schichtdienstmodell sehr wohl zu einem mehrspurigen Betreuungsverhältnisses kommen kann. Innerhalb von einem zwölfstündigen Dienst ist es durchaus üblich, dass mehrere Personen für eine Frau und ihr Kind zuständig sind. Man muss an dieser Stelle betonen, dass das Betreuungsverhältnis sehr stark vom Pflegeprinzip abhängig ist. Auffällig ist, dass nicht alle befragten Personen eine exakte Bezeichnung der Pflegeprinzipien abgeben können. Ein ganzheitliches Verständnis von Mutter und Kind ist in den meisten Krankenhäusern, in denen meine Interviewpartnerinnen arbeiten bereits Grundlage der Betreuung. 24 Stunden Rooming-In wird in allen diesen Häusern angeboten, die Versorgung des Kindes wird Tag und Nacht von der Mutter übernommen. Eine Pflegeperson arbeitet in einem Krankenhaus, in dem es noch ein klassisches Kinderzimmer gibt. Die Aufgabenbereiche des Pflegepersonals sind klar getrennt.

„die Geburtshilfe äh, hat die Patienten im Prinzip zu betreuen, so Wochenbett, Lochien und diese Sache, wir haben bei den Müttern, den Busen (lacht) und die Kinder zu betreuen“

Im Laufe dieses Gesprächs kam sehr deutlich heraus, dass diese Mitarbeiterin das vorherrschende System der getrennten Betreuung als nicht angebracht empfindet. Äußerst selbstreflektiert betrachtet sie dieses Modell hinsichtlich der Auswirkungen auf die Frauen. Diese zerrissene Betreuung findet sie selbst in der heutigen Zeit nicht mehr adäquat. In den andern Häusern kommt die Bereichspflege als Pflegeprinzip zum Einsatz. Die Krankenhausmitarbeiterinnen sehen sehr deutlich die Vorteile dieses Systems. Die Wahrnehmung von Mutter und Kind als Einheit ist für alle befragten Betreuerinnen der ideale Ansatz für das Wochenbett, da die Interaktion zwischen den beiden leichter beurteilt werden kann. Darüber hinaus werden die positiven Auswirkungen für die eigene Arbeitszufriedenheit wahrgenommen. Die Möglichkeit den Einsatzradius zu

erweitern empfinden die meisten Befragten als sehr reizvoll, wie die Aussage einer Kinderschwester sehr deutlich zeigt:

„da können wir eigentlich recht gut arbeiten, auch was die Mittel, mit Nahtöl, Eichenrinde, Nahtpflege, mit Laser, Zuweisung, das heißt, da muss ich von niemanden eine Erlaubnis einholen, das ist einfach unsre Routine, um zu wissen was kann die Frau alles brauchen“

Ähnlich wie das Schichtdienstmodell gehören Visiten und klar geregelte Abläufe zum klinischen Alltag. Der Schwerpunkt von stationärer Wochenbettbetreuung liegt, so die Interviewteilnehmerinnen vor allem auf der **Kontrolle** diverser Parameter bei Mutter und Kind. Im Vordergrund stehen dabei die Gewichtskontrollen, Milchmenge und diverse Blutwerte des Kindes. Somit entsteht ein Katalog an Regeln und Vorschriften, aus welchem sich unterschiedlichste Handlungsempfehlungen ableiten lassen.

„wenn's so dritten Lebenstag ist, wo's normalerweise eher bergab geht dann, schaut man a mal a Gewichtskontrolle beim Kind, das heißt man legt sie an vor dem Stillen, nach dem Stillen auf die Waage, und schaut, wie viel Muttermilch wirklich da ist und bei Bedarf, wenn's mehr als 10% abgenommen haben, müssen's dann halt bei Bedarf zug'füttert werden“

Um diese Vorschriften zu erfüllen werden Maßnahmen gesetzt, welche weitreichende Auswirkungen haben können. So sehen einige Krankenhausmitarbeiter sehr wohl die Gefahr, dass das Wochenbett pathologisiert wird. Diese Ansichten ergeben sich natürlich aus krankenhauses internen Vorgaben bzgl. der Dokumentationspflicht und der Furcht vor Konsequenzen, wie zum Beispiel die Sorge ein Kind könnte zu viel abnehmen und ein Problem entwickeln. Die Absicherung gegenüber möglicher gerichtlicher Folgen ist für den Krankenhausbetreiber von zentraler Bedeutung. Daher werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu angehalten „zu behandeln“.

„wei se dürfen die Kinder ned entlassen solange sie nu abnehmen, na da gibt ma lieba schnö schnö schnö am dritten Tog des Flaschl, damit se am vierten Tog ham geh konn“

Die befragten Hebammen vertreten die Ansicht, dass das physiologische Wochenbett nicht im Krankenhaus beginnen sollte und nach Hause verlagert werden muss, wissen jedoch, dass es letztlich nicht für jede Familie geeignet ist. Auf Grund der strengen Regeln und starren Grenzen im Krankenhaus werden Verhaltensvorgaben festgelegt. Es werden bestimmte Veränderungen definiert, welche akzeptiert werden können. Zustände außerhalb dieses Bereiches bedürfen einer Behandlung. Häufig genanntes Beispiel ist die Gewichtsabnahme beim Neugeborenen. Angepasstes Verhalten im klinischen Alltag hat nicht nur Auswirkungen auf das Personal selbst, sondern durch aus auch auf die Familien. Sehr interessant war in diesem Zusammenhang die Aussage einer Hebamme, wonach Eltern sehr sensibel auf die Sprachauswahl und die Handlungen des Pflegepersonals reagieren. Aussagen wie *„na leg mas heute drunter², weil sie wollen morgen nach Hause“* lösen große Verunsicherung aus. In der Wahrnehmung der Eltern werden die Kinder als krank empfunden. Ihrer Aussage nach brauchen diese Familien bis zu einem Jahr, um ihr Kind als gesund zu akzeptieren. Dies zeigt sich dadurch, dass diese Familien im ersten Lebensjahr doppelt so viele Kinderarztbesuche absolvieren als andere. Sie spricht weiter davon, dass das Klinikpersonal sich der Tragweite und der Konsequenz solcher scheinbar harmlosen Aussagen nicht bewusst ist.

Besuch auf einer Wochenbettstation wird von allen befragten Interviewteilnehmerinnen als konfliktreiches Phänomen beschrieben. Viele sehen darin eine der Ursachen warum stationäre Wochenbettbetreuung nicht optimal verlaufen kann.

² Phototherapie wg. Neugeborenenikterus

„Also ich glaube wenn man gar keinen Besuch hätte, oder fast gar keinen Besuch hätte, dann glaub ich, würde sich das alles schön ausgehen. Aber der Besuch der is so tödlich“

Unbestritten ist daher die Notwendigkeit von Besuchszeiten auf einer Wochenbettstation, welche für den Vater und die Geschwisterkinder liberalisiert werden sollten. Auch hier sind sich meine Interviewpartnerinnen einig – die Väter schon in den ersten Tagen so gut es geht zu integrieren.

Von mehreren Interviewpartnerinnen wird beschrieben, dass die Aufmerksamkeit der Wöchnerin während der Besuchszeiten weniger auf das Kind gerichtet ist. Eine diplomierte Kinderkrankenschwester berichtet sogar davon, dass die Kinder in der Besuchszeit abgegeben werden, damit die Mütter mit ihren Besuchern im krankenhausinternen Kaffeehaus sitzen können. Mit großem Bedauern sehen sich professionelle Betreuerinnen mit diesen Entwicklungen konfrontiert. Der Versuch die Wöchnerinnen für die Wichtigkeit des Stillens und Beisammensein in diesen ersten Tagen zu sensibilisieren gelingt nicht immer. Die Konsequenz, so eine Kinderkrankenschwester ist, dass der Betreuungsaufwand am Abend und in der Nacht höher ist.

„Die Probleme tauchen dann zu 95% am Abend auf, das heißt die Besucher sind weg und dann kommen die Mütter und es hat den ganzen Tag unter Anführungszeichen nicht funktioniert“

Sehr oft jedoch sind die Frauen nach der Geburt dem Besuch aber auch ausgeliefert, denn selbst wenn sie wissen, dass es zu viel ist stehen sie der „Besucherschar ratlos gegenüber“.

Da es in den meisten Krankenhäuser nur wenige Aufenthaltsräume gibt, gibt es keine Rückzugsmöglichkeit. Die Besucher müssen im Zimmer empfangen werden. Dadurch werden nicht nur die anderen Frauen irritiert und beeinträchtigt, sondern die Frau selbst verharnt in einer Art Lauerstellung im Bett.

„außerdem könne sie auch gar nicht gefragt werden, weil die stehen ja dann einfach da und da kommen ja alle, die Arbeitskollegin, der Chef, die Nachbarin, weil Baby-Schauen einfach was sehr schönes ist“

Ratlosigkeit gegenüber der permanenten Überschreitung der Besuchszeit ist auch seitens der professionellen Betreuerinnen zu spüren. Die Frage wer und wie diese zu sanktionieren ist bleibt ungeklärt. Die Option die Türe außerhalb der Besuchszeiten zu zusperren und eine Glocke zu installieren wird zweimal genannt, jedoch nicht für eine adäquate Methode verstanden, um den Besuch zu koordinieren. So gewinnt man den Eindruck das Klinikpersonal hätte resigniert und steht dem Problem der Besucher frustriert gegenüber. Permanent die Zimmer zu kontrollieren, ob Anzahl und Zeitpunkt des Besuches angebracht sind, empfindet eine allgemein diplomierte Krankenschwester nicht als ihre zentrale Aufgabe. Genauso schätzt auch eine Hebamme die Situation der Wochenbettschwestern ein:

„da sagen die Schwester es ist schwierig und es hält sich keiner daran. Es kommen fünf auf einmal und dann gehen sie hinein und erst wenn einer reingeht, und sie rausschmeißen, dann gehen sie auch wieder. Aber man müsste halt ständig durchgehen und schauen, dass das eingehalten wird“

Vielfach klarer werden die Problemstellungen im klinischen Alltag durch die Berichte von nachbetreuenden Hebammen. Die Koordination von Besuchern im häuslichen Wochenbett wird dabei vielfach den Vätern übertragen. Als „Wochenbett-Manager“ haben sie dafür zu sorgen, dass die Besucher kanalisiert werden. Größter Unterschied zur Situation im Krankenhaus ist, dass sich die Besucher zu Hause ankündigen müssen und auch nicht so lange bleiben. Zwei Hebammen verordnen den Frauen in den ersten Tagen Bettruhe. So empfangen die Frauen alle Besucher im Schlafzimmer und im Nachtgewand, was dazu führt, dass sich fremde Personen nicht so lange in diesen Räumlichkeiten aufhalten, weil das Schlafzimmer, so eine Hebamme, ein intimer Ort ist, den fremde Menschen nicht ertragen. Über eine Abschaffung der Besuchszeiten wollte keine der Personen nachdenken.

„ich glaub schon, dass man Besuch braucht im Wochenbett, oder da kann ich auch von mir sagen, ich ich war so stolz auf mein schönes Kind, ich wollte ja auch Besuch haben. Also für mich war auch Besuch was was ganz positiv war und wo ich meine Freude teilen konnte“

Professionelle Betreuung im klinischen Wochenbett findet in einem sehr begrenzten **zeitlichen Rahmen** statt. Wie bereits besprochen gehen die meisten Frauen nach einer Spontangeburt am dritten oder vierten Tag nach Hause. Von den Interviewpartnerinnen, überwiegend Hebammen wird vielfach betont, dass die inhaltliche Auslastung dieser ersten Tage durchaus kritisch zu beurteilen ist. In ihrer Wahrnehmung ist der Zeitraum von drei bis vier Tagen nach der Geburt, der unfassbaren Informationsdichte nicht gerecht. Der Kern ihrer Aussagen ist, dass in diesen ersten Tagen zu viel Information vermittelt wird.

„Wei ma vollkommen die Frauen überfordern, und wei ma erna zwenig für des Grundbedürfnis Schlaf zu kommen lassen – weis a stoark is die ersten Toge, man muss sagen, es is total stoark amol die Geburt zu schaffen, dann die ganzen Hormone zu schaffen, den Milcheinschuss zu schaffn. Es bleibt e wenig Raum und trotzdem füll ma dann dazwischen mit dem und dem und dem“

Analysiert man die Aussagen der befragten Pflegepersonen zu der Fragestellung, ob die ersten Tage nach der Geburt zu angefüllt sind bekommt man den Eindruck, dass deren Ansichten abweichen. Sie empfinden das Angebot an Information und Unterstützung als ausgewogen und angemessen. Die Sichtweise der Hebammen wird gestärkt, wie so oft, durch die Nachbetreuungen und das Bewusstsein, dass die Wochenbettzeit deutlich länger andauert als vier Tage und sehr viel mehr beinhaltet. Besonders betont wird dabei die inhaltliche Reduzierung auf das **Stillen**. Einige Hebammen sehen dies als traurige Entwicklung. Wochenbett ist in ihrer Wahrnehmung quasi gleichzusetzen mit Stillen. Für andere wichtige Themenstellung, wie die Ernährung oder die Rückbildung ist im gegebenen zeitlichen Rahmen des stationären Wochenbetts kaum Platz.

„dass es für'n Rest vom Wochenbett, was genauso wichtig wäre, eigentlich kaum mehr Platz is, also ma geht eini und siacht nur mehr Busen und Anlegen“

Im Zuge dieser starken Fokussierung auf das Stillen werden auch Stillberaterinnen als eigenständige Berufsgruppe konträr diskutiert. Einerseits sehen die meisten Interviewteilerinnen den großen Vorteil einer Klinik-Stillberaterin darin, dass zumindest eine Person im Betreuungsprozess immer dieselbe ist. Kontinuierliche Beratung kann so leichter umgesetzt werden. Die Frauen können sich an ihren Aussagen orientieren und für ihre Situation anpassen. Eine Hebamme relativiert das Bild einer Stillberaterin und betrachtet diese aus einer globalen Sichtweise.

„durch diese Ausbildung von der LaLeche Liga, überhaupt die Verselbstständigung des Busens, als eigene Berufsidentität“

Über die Vermarktung des Stillens wurden in einigen Interviews gesprochen. Das starke marktwirtschaftliche Interesse am Stillen könnte, so die interviewten Personen eine Ursache für die ansteigende Ratlosigkeit der Frauen und die zunehmende Pathologisierung von an sich natürlichen Prozessen sein. Frauen werden zu Konsumentinnen erzogen und mit Erfolgsversprechungen geködert.

„...jede hat ihr Stillhütchen, jede hot ihrn Still-BH, jede hot fünf Bicha, wiea ma richtig anlegt, sieben verschiedene Stillkissen (lacht) und des is des wo i anfoch glaub, dass ma wieda weg miassn“

Eine Hebamme ist der Meinung, dass der Gipfel bereits erreicht wurde und hofft, dass die Entwicklung in Richtung eines natürlichen Zugangs zum Stillen wieder stärker wird. Die Frauen verlieren dadurch den Zugang zum Kind und zur **Natürlichkeit**. Pflegepersonen beschreiben das Phänomen, dass Frauen ihre Kinder nicht mehr ansehen und nur streng nach Buch vorgehen wollen. Wenn ein Kind dann nicht so funktioniert wie es beschrieben wird, brechen Welten und Vorstellungen zusammen. Zur

Relativierung dieser Phantasien bleibt im Krankenhaus kaum zeitliche Ressource. Auch hier werden die Frauen auf das Stillen reduziert und angehalten bestimmte Leistungen zu erreichen. Auf Grund eines verdichteten Aufenthaltes im Krankenhaus, wird nach der Geburt vor allem die Förderung der Laktation im Vordergrund gesehen. Wöchnerinnen werden dadurch zusätzlich sehr stark unter Druck gesetzt.

Eine Besonderheit ist die **räumliche Situation** auf einer Wochenbettstation. Die Interviewteilnehmerinnen beschreiben die räumliche Beziehung zwischen Wochenbettstation und Kreiszimmerbereich ebenso, wie die Zustände der Wochenbettzimmer selbst. Es wurden Mitarbeiterinnen aus vier Krankenhäusern befragt, je zwei davon mit über 1000 Geburten im Jahr und die beiden anderen mit weniger als 1000 Geburten. In der Datenauswertung zeigt sich sehr deutlich, dass größere Krankenhäuser, mit einer breiten Aufnahmekapazität und hohen Belagszahlen sich anderen Aufgaben konfrontiert sehen als kleiner Häuser. Platzmangel und logistische Aufgaben sind dabei im Vordergrund. Die Geburtenzahl eines Krankenhauses hat also wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der räumlichen Verhältnisse einer Wochenbettstation.

In einem der größeren Krankenhäuser ist die Lokalisation der Wochenbettstation allgemein sehr kritisiert worden. Die Bezeichnung als „Durchgangsstation“ wurde von einer allgemein diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeschwester gewählt. Sie formuliert folgende Problemstellungen: Der Lift landet direkt am Gang der Wochenbettstation und die Schwangerenambulanz ist in die Station integriert. Die Folgen sind Unruhe und hektisches Treiben sowie unangenehme Situationen für die Wöchnerinnen:

„Und diese Ambulanz, die Schwangerenambulanz und CTG-Ambulanz, alles integriert in eine Liegestation, die Frauen mitm blutigen Hemd müssen vorbei an den Leuten die dort sitzen, also....find ich ned ideal, das bringt doch eine Unruhe rein“

In diesem Punkt sieht sie sehr viel Potential für den Aufenthalt im Wochenbett ruhiger zu gestalten, damit sich die Frauen besser erholen können. Eine räumliche Trennung zwischen Geburtenbereich und Wochenbettstation ist in den Augen der Interviewteilnehmerinnen unabdingbar. Gebärende brauchen Ruhe und Intimsphäre, unabhängig von der Berufsgruppe beurteilen alle dieses Konzept als sinnvoll. Das Ausmaß dieser Trennung variiert in den einzelnen Krankenhäusern. Es reicht dabei von Rundbau, teilweise verschlossenen Türen bis strikte Trennung der Bereiche mit separaten Eingängen. Hebammen, sind sie nicht zur Betreuung von Wöchnerinnen und ihren Kindern eingesetzt, empfinden es oftmals als sehr angenehm Türen zu verschließen und sich ins Kreißzimmer zurück zu ziehen. Die Kompetenzbereiche sind demnach sehr klar definiert und die Tätigkeiten abgegrenzt. Hebammen in diesem Umfeld sind sich durchaus bewusst, dass sie für die Betreuung der Wöchnerinnen nicht zuständig sind und grenzen sich daher ab. Ein anderes Bild zeigt sich, wenn Hebammen die Möglichkeit haben Frauen nach der Geburt weiter zu betreuen. Diese stellt einen wertvollen Anreiz dar den Kontext offener zu gestalten, mit dem Ziel der Entmystifizierung. Erreicht werden kann dies, so eine Interviewteilnehmerin beispielsweise durch die Installierung eines gemeinsamen Dienstzimmers und eines gemeinsamen Tagesablaufes.

In der Sprache aller Interviewteilnehmerinnen konnten Hinweise auf das Konzept **„Drinne oder drauße - sein“** als Folge einer räumlichen Trennung herausarbeitet werden. Das Ausmaß der Offenheit hat einen sehr starken Einfluss auf den Praxisalltag. Verschlossene Türen führen sehr oft zu einer Unterbrechung in der Zusammenarbeit. Als Folge dieser Isolierung entsteht Zugehörigkeit ebenso wie das Gefühl des ausgeschlossen sein. Die Wahrnehmung der involvierten Personen wird von „Wir und Ihr“ Perspektive bestimmt.

Die räumlichen Umstände der Wochenbettzimmer werden recht umfassend beschrieben. Einerseits wird die unangepasste Bettenanzahl thematisiert. Die Bettenanzahl pro Zimmer bewegt sich zwischen einem und sechs Betten. Sechsbettzimmer auf einer Wochenbettstation werden vom Klinikpersonal als unzumutbare Frechheit sehr deutlich abgelehnt. Die Folgen für die

Wöchnerinnen in einem Sechsbettzimmer sind Schlafmangel, häufige Abgabe der Kinder und Stillprobleme.

„und die Sechsbettzimmer sind auf einer Geburtshilfe, in der heutigen Zeit, eigentlich, meiner Meinung nach unzumutbar, und wenn Mütter dann natürlich dann total geschlaucht sind, empfehlen wir ihnen auch, sie sollen es bitte kund tun. Ja, weil eigentlich ist es unmenschlich, ja, muss i schon ehrlich sagen, ja weil da ist es so, dass die Mütter, wenn ´s fünf Tage da sind, sicher nie schlafen“

Dementsprechend gestalten sich das Zusammenleben und die Stimmung in einem Wochenbettzimmer. Die Bandbreite reicht dabei von gegenseitiger Unterstützung der Wöchnerinnen selbst, bis hin zu Spannungen. Es wurde ganz klar der Zusammenhang hergestellt zwischen konfliktreichen Zimmern und Betreuungsaufwand. Frauen, die sich gut verstehen, mit einander kommunizieren und sich gegenseitig unterstützen, brauchen weniger Betreuung durch das Klinikpersonal, als Zimmer in denen es Konflikte gibt. Durch die Beobachtung und den gegenseitigen Austausch von Erfahrungen helfen sich die Frauen aus. Besonders positiv wahrgenommen wird die Anwesenheit einer Mutter mit guter Still Erfahrung. Sie kann den anderen Müttern mit Rat und Tat zur Seite stehen. Die Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen werden klar formuliert. So berichtete eine Kinderschwester davon, dass es Spaß macht diese Zimmer zu betreuen, sie betont allerdings auch, dass in ihrer Wahrnehmung dieser Zusammenhalt unter den Wöchnerinnen eher weniger geworden ist. Besucherstrom, Schlafrhythmus der Kinder oder Lebensgewohnheiten der Frauen sind ausschlaggebende Faktoren für das Zusammenleben von Wöchnerinnen. Durch die hohe Bettenanzahl in den Zimmern, ist es oft so, dass sich Kleinigkeiten zu großen Problemen aufschaukeln. So ist der Aspekt der Zimmerbelegung in diesem Zusammenhang sehr interessant. Die Entscheidung darüber welche Frauen in welches Zimmer kommen wird von kuriosen Faktoren beeinflusst. So spielen scheinbar die Vorstellungen mancher Ärzte, Still Erfahrung und Parität sowie Migrationshintergrund eine Rolle bei der Zuteilung der Frauen in die Zimmer.

„die Ganzen die mit ihren Zusatzversicherungen kommen und von den Ärzten irgendwelche Plüschis sind, nicht und dann sagen die Ärzte schon die ganze Zeit und die Ärzte bestehen drauf, dass die in die Einzelbettzimmer kommen, da denk ich mir immer, wollt´s ihr das Beste für eure Frauen, oder was wollt´s ihr, weil das ist es definitiv sicher nicht“

Im Bedarfsfall eine rasche Anpassung der Zimmerzusammenstellung durchzuführen ist im klinischen Alltag nur bedingt gegeben. Die Möglichkeit stillerfahrene Frauen in die Zimmer zu legen besteht leider nicht immer. Die Optimierung der Betreuung in diese Richtung ist im klinischen Alltag von einigen Faktoren abhängig. Der erhöhte Arbeitsaufwand durch das Verschieben von Betten verhindert diese Veränderung oftmals. Eine Kinderschwester erwähnt, dass Absprachen mit dem Team der Wochenbettstation über diese Verlegungen sehr gut funktionieren und auf die Bitte hin auch durchgeführt werden. Sie vermutet allerdings, dass manche Kolleginnen darin keine Notwendigkeit sehen und, ohne ihren Input auch keine eigenständige Entscheidung diesbezüglich treffen würden.

4.1.2 Frauen und Familien

Neben den räumlichen, personellen und organisatorischen Faktoren werden auch Frauen und Familien als Teil der Rahmenbedingungen beschrieben. Die Ratlosigkeit ist dabei ebenso Thema wie die Abnahme des Hausverständes, die hohe Informationsdichte und die Sorge als Mutter zu versagen. In der Zeit des Wochenbettes werden Männer sehr deutlich als Ressource beschrieben.

Vielfach werden in dieser Kategorie gesellschaftliche Zusammenhänge genannt, welche für das aktuelle Frauenbild von großer Relevanz sind. Einigkeit besteht darüber, dass sich die Vorstellungen und auch das Selbstbewusstsein der Frauen, im Gegensatz zu früher verändert haben. Bei der Auswertung der Interviews zeigen sich berufsspezifisch - sprachlich interessante Auffälligkeiten. Es gibt eine Vielzahl von Bezeichnung für Frauen nach der Geburt. Der Großteil des diplomierten Pflegepersonals bezeichnet die Frauen überwiegend als Patientinnen oder Klientinnen, während nur wenige Pflegepersonen und die Hebammen die Begriffe Frau und Mutter verwenden. Betrachtet man die klinische Alltagssprache genauer offenbaren sich Ansätze von **Entpersonalisierung der Frauen**. Vor allem beim diplomierten Pflegepersonal werden die Personen auf medizinische Symptome reduziert. Aus den Frauen werden medizinische Diagnosen.

„da haben wir zum Beispiel viele Tokolysen liegen oder kreislaufentgleiste HELLP oder sonstige Dinge“

Die meisten Interviewteilnehmerinnen sind sich einig, dass die Frauen sehr **belesen** durch die Zeit der Schwangerschaft gehen. Lediglich eine Hebamme berichtet darüber, dass die Frauen aus Gleichgültigkeit nicht mehr dazu bereit sind zu lesen. Aus den Daten konnte leider keine Begründung für diese Wahrnehmung gefunden werden. Bei den anderen professionellen Helferinnen werden unterschiedliche Medien wie diverse Fachbücher, das Internet oder Geburtsvorbereitungskurse als Wissensquellen der Frauen genannt. Die Mütter kennen viele Theorien über das Stillen und über das Verhalten von Neugeborenen. Dieser Informationszustand wird jedoch von

vielen durchaus kritisch betrachtet. Die Frauen, so die befragten Personen erwarten sich eine vorschriftsmäßige Realisierung der gelesenen Inhalte. Vielfach beschreiben sie, dass die Frauen streng nach Buch vorgehen zu wünschen, jedoch oftmals ihre individuellen Entwicklungen nicht diesem Ideal entsprechen.

„wenn halt dann die Kinder irgendwie ned so funktionieren, wies halt in diesem Büchern steht, dann is leider, dass die Welt zusammenbricht, und dann geht garnix mehr“

Auffällig ist vor allem, so scheint es, dass die Frauen dieses Wissen nicht nützen können, sondern dadurch eine unerreichbare **Erwartungshaltung** an sich selbst, ihre Kinder und das Klinikpersonal aufbauen. Zusätzlich werden diese Vorstellungen von gesellschaftlichen Zusammenhängen angetrieben. Vor allem Hebammen weisen auf diesen Kontext hin und betonen, dass in den letzten Jahren generell der Zugang zu Natürlichkeit verloren gegangen ist. Vorbei sind die Zeiten der Emanzipation und Selbstbestimmung der Frauen. Es dominiert die Fantasie nichts mehr aushalten zu müssen. Gründe dafür sehen die Hebammen vor allem in gesellschaftlichen Entwicklungen. Eine Hebamme bezeichnet diesen aktuellen Trend als „*Aspiringesellschaft*“. Die Vorstellung darüber wie Kinder sich verhalten sollen, haben sich, so die befragten Personen ebenfalls verändert. Das Schreien von Kindern wird kaum mehr ertragen, Kinder dürfen nicht mehr lebendig sein und würden abgeschaltet werden, so eine Hebamme. Sie vermutet weiter, dass permanente Berührung und Körperkontakt viele Frauen überfordert. Die ständige Zweisamkeit überwältigt einige Frauen. Mit großem Bedauern stellt eine Kinderschwester fest, dass die Euphorie nach der Geburt eines Kindes spürbar nachgelassen hat. Mit einer Selbstverständlichkeit werden die Kinder wenige Stunden nach der Geburt abgegeben. Dieses Bild ist natürlich nicht vollständig, da es immer wieder auch Frauen und Familien gibt, die sehr gut zu Recht kommen und sich in ihrer Welt wohl fühlen und am liebsten keinen Störfaktor haben wollen. Erklärungsansätze für das Phänomen des abnehmenden Körperbewusstseins sehen die meisten im Verlust der Großfamilien. Durch eine isolierte Position können sich Frauen an keinen

Familienmitgliedern mehr orientieren, um so den natürlichen Umgang mit Kindern zu erlernen. Festgestellt wurde auch, dass es auffällig ist, dass die meisten Frauen als erste Kinder überhaupt ihre Eigenen in Händen halten.

Die Diskrepanz liegt in der hohen Informationsdichte und dem Verlust von natürlichem Körpergefühl. Viele Frauen stehen den Geschehnissen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett scheinbar ratlos gegenüber. Mehrere Male wurde in den Interviews darauf verwiesen, dass die Frauen sich nicht mehr auf ihr Bauchgefühl verlassen. Die Frage nach dem Verbleib des Hausverstandes stellt sich dabei in den Vordergrund. Die Erwartungen an das Klinikpersonal haben sich demnach auch gewandelt. Vielfach wird beschrieben, dass Frauen erwarten man könnte ihnen Entscheidung oder Handlungen abnehmen. Eine Hebamme beschreibt dieses Phänomen wie folgt:

„Diese Ratlosigkeit, äh, keine, kein Kochrezept bekommen zu können, ja. Es ist halt nicht möglich, nicht. Jeder Busen ist anders, jede Frau ist anders, jedes Kind ist anders, jeder Milcheinschuss ist anders, ja. Und es gibt nun mal nicht DEN Weg der geht“

Anliegen der professionellen Betreuerinnen ist es die Frauen in ihre Selbstverantwortung zu entlassen. Als erwachsene und mündige Menschen fordern die befragten Personen die Familien auf, selbstbestimmt Entscheidung zu treffen und Konsequenzen ihres Handelns zu akzeptieren. Die Beharrlichkeit mit welcher versucht wird, diese abzugeben wird in den Interviews deutlich sichtbar.

Diese **Orientierungslosigkeit** ist oftmals Auslöser für diverse Ängste. Die Frauen haben die Sorge ihr Kind nicht ernähren zu können. Stillen ist sozial sehr erwünscht. Dadurch setzten sich die Frauen selbst einem hohen Leistungsdruck aus.

„dass es deswegen jetzt nicht so entspannt gesehen werden kann, und dass es deswegen so ein bisschen ein Muss ist und es muss klappen, weil sonst bin ich keine gute Mutter“

Wie bereits beschrieben erleben fast alle Interviewteilnehmerinnen die Frauen als sehr belesen. Auffällig ist jedoch, dass sie sich überwiegend mit der Geburt beschäftigen. Die Zeit des Wochenbett und des Stillens wird, so die befragten Personen nur peripher wahrgenommen. Eine Hebamme formuliert es wie folgt:

„Leute macht’ euch nicht zu viele Gedanken über die Geburt, die dauert im schlimmsten Fall an Tog und dann beginnt der Rest des Lebens mit dem Kind“

Der Fokus in der emotionalen Vorbereitung der Frauen liegt demnach viel zu stark auf der Geburt. Mit dem Studium der Fachbücher und der Verinnerlichung der Theorie, so scheint es, sei das Kapitel Neugeborenes abgeschlossen.

Wenn die Frauen das klinische Wochenbett hinter sich lassen und nach Hause zurückkehren verspüren sie Unsicherheiten und Ängste. Nachdem der Schwerpunkt bisher bei der täglichen Kontrolle unterschiedlicher Parameter lag, empfinden sie plötzlich einen **Versorgungsbruch**. Sie fühlen sich alleine gelassen und verloren. Zusätzlich dazu wird von den Interviewteilnehmerinnen das Phänomen der „Wochenbettdemenz“ beschrieben. Auf Grund hormoneller Umstellungen und auch durch den Schlafmangel bedingt sind Wöchnerinnen nicht besonders aufnahmefähig. So kommt es nicht selten vor, dass Frauen, welche keine nachbetreuenden Hebammen haben, aufgelöst und weinend im Krankenhaus anrufen und ratlos ihrem Kind gegenüber sitzen. Die Ziele der stationären Wochenbettbetreuung richten sich unabhängig von der Berufsgruppe vor allem danach, die Frau in ihrer Kompetenz zu stärken und ihr die Sicherheit zu geben, dass sie es gut schaffen kann für ihr Kind zu sorgen. Es zeigt sich deutlich, dass diese Zielsetzung nicht immer erreicht wird. Eine Optimierung der Schnittstelle zwischen stationärem Wochenbett und dem restlichem Leben einer Familie wird vielfach gefordert. Hebammen berichten von Hausbesuchen, dass es für die Frauen eine große Erleichterung ist bei Unklarheiten einfach anrufen zu können. In ihrer Wahrnehmung genießen die Frauen die Besuche der Hebamme, um zu hören, alles ist normal. Eine

Kinderschwester beschreibt ein ähnliches Phänomen, wenn Frauen mit ihren Kindern zu einer ambulanten Kontrolle auf die Station zurückkehren:

„i komm, irgendwo wieder in a Nest, in einen Bereich zurück, wo ich nu ein, zwei Fragen stellen kann, mir die Gewissheit geben kann, i mach´s eh richtig und dann geh i wieder“

Handlungsansätze um diese Ratlosigkeit bei Wöchnerinnen zu verbessern werden von einigen Interviewteilnehmerinnen vorgestellt. Eine ausgeglichene Vorbereitung auf die Zeit des Wochenbettes und des Stillens ist hierbei vor allem den Hebammen ein Anliegen. Ganz klar wird zusätzlich eine Aufforderung an die **Medien** formuliert. Demnach würden stilisierte Darstellungen von stillenden Supermüttern den Leistungsdruck bei Frauen enorm steigern. Ein realistisches Bild in den Medien wird ebenfalls als wünschenswert beschrieben. Generell, so die Ansicht einer Hebamme verändern die Medien die Wahrnehmung der Gesellschaft. Sie spricht von **Begehrlichkeiten**, welche geweckt werden.

„Heute muss jeder Superstar werden, oder Supermodel, ja. Also, die Begehrlichkeiten haben einfach deutlich zugenommen“

Die Auswirkungen auf den Hebammenberuf betont sie dabei sehr deutlich. Im Abschnitt über die beruflichen Identitäten wird dieser Aspekt erneut aufgegriffen und genauer beschrieben. Weiters in die Kategorie Frauen und Familien fallen die Männer. Das Rollenbild des **Mannes** hat sich deutlich verändert. Durch die Etablierung von Familienzimmer beispielsweise sehen viele professionelle Betreuerinnen die Möglichkeit diese auch mehr zu integrieren. Eine allgemein diplomierte Krankenschwester erkennt das große Potential der Väter die Stillbeziehung zu unterstützen. Da diese die Interaktion aus einer anderen Perspektive wahrnehmen, können sie den Frauen helfen die Anweisungen der professionellen Helferinnen um zu setzen. Möglichst frühzeitig werden auch die Männer zu neuen Tätigkeiten angeleitet. Das Wickeln und Tragen der Kinder, so die interviewten Personen müssen diese schließlich ebenfalls erlernen.

In einigen Krankenhäusern besteht die Möglichkeit einer Mitaufnahme einer Begleitperson leider noch nicht. Eine Hebamme beschreibt ein Phänomen, welches im Krankenhaus ein sehr vertrautes Bild ist:

„im Nachtdienst, wenn man da durch die Station geht, und da laufen die Frauen mit den schreienden Babys über den Gang, und eigentlich ist keiner da, daheim gibt's immer einen Partner, der da einen Teil übernehmen kann“

Wenn sich die Familien für eine Hausgeburt, eine ambulante oder vorzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus entscheiden, müssen bereits im Vorfeld alle Rollen gut verteilt und Unklarheiten besprochen werden. Den Vätern kommt bei dieser Form des Wochenbetts eine sehr große Bedeutung zu. Wochenbett heißt für die Frau, so eine Hebamme sich verwöhnen zu lassen. Aus ihrer Erfahrung heraus freuen sich die Männer auf diese Aufgaben und nehmen sich sehr gerne Zeit für die Betreuung der eigenen Familie.

Die Position der Väter wird jedoch auch durchaus diskutiert. So werden die Väter nicht nur als positive Faktoren, sondern auch kritisch betrachtet. Bei der Betreuung während der Geburt spüren Hebammen sehr oft die Unsicherheit und die Unbehaglichkeit der Männer, vor allem wenn diese gedrängt werden bei der Geburt dabei zu sein. Auf der andern Seite gibt es Väter, welche die Rolle bei der Geburt jedoch sehr stark einfordern. Deren Frauen haben oftmals nicht mehr die Möglichkeit zu sagen, dass sie ihn nicht dabei haben wollen. Daraus ergeben sich Spannung, welche den Geburtsprozess stören oder behindern können. Diese können sehr wohl auch einen großen Einfluss auf die Zeit nach der Geburt haben. Für die Zeit des Wochenbetts bedarf es für die Männer eine eigene Vorbereitung. Man müsse, so eine Hebamme, den Männern sehr klar sagen, dass die Zeit des Wochenbetts, die Stillbeziehung zwischen Mutter und Kind keine leichte für sie werden wird. Die Grenzen zu wahren und das Wochenbett zu zulassen ist die größte Herausforderung für die Männer. Eifersucht bei Vätern ist einigen der Interviewteilnehmerinnen sehr deutlich bewusst. So spricht eine diplomierte Pflegeperson davon, dass einige Väter fürs Abstillen sind, um die Mutter-Kind Beziehung zu lockern und so mehr Spielraum zu bekommen. Der Einfluss der Väter auf den Stillerfolg wird demnach als sehr hoch

bewertet. Eine Hebamme weist ganz klar darauf hin, dass deren Bedürfnisse im klinischen Umfeld nicht ausreichend beachtet werden können. Aus zeitlichen Gründen kann neben der Anleitung der Frau zum Stillen oftmals kein Platz für die Anliegen der Männer gefunden werden. Neben der psychischen Herausforderung fällt auch die Problemstellung der körperlichen Belastung der Väter oftmals nicht auf. Eine Hebamme trifft es auf den Punkt:

„Die Väter brechen spätestens nach der ersten Nacht weg, weis a wegen dem Schlafmangel ned z´recht kumman, und a mit der Situation ned. Die wollen immer höfm höfm höfm, und wird eigentlich ned so wirklich was. (lacht)“

In diesem Zustand können Väter ihren Frauen keine Unterstützung sein, daher empfiehlt es sich auch auf das Ruhebedürfnis von Männer Rücksicht zu nehmen. Eine Lösung für diese Problemstellungen rund um den Mann im Wochenbett kann in den Interviews nicht wirklich gefunden werden. Aus einigen Interviews konnte herausgearbeitet werden, dass der Schlüssel vermutlich in adäquater Vorbereitung auch speziell für Männer liegt. Partnerschaftliche Fragen können dabei ebenso besprochen werden, wie Beziehungsaufbau mit dem Kind und Umstellung der Familienstruktur.

Das häusliche Wochenbett ist aus der persönlichen Wahrnehmung einer Hebamme wesentlich entspannter und ruhiger. Weiter spricht sie darüber, dass die Wochenbettzeit nach vier Tagen noch nicht abgeschlossen ist. Sehr oft weisen die Hebammen darauf hin, dass nach ein paar Wochen andere Fragen gestellt werden. Die Familien beginnen ihr normales Leben wieder aufzunehmen und beschäftigen sich mit der Integration des Kindes in ihr alltägliches Leben. Der erste Spaziergang mit dem Kind ist dabei ebenso ein Thema wie partnerschaftliche Fragen.

„ich sag ihnen allerdings auch dass es ab einem gewissen Zeitpunkt auch ihre Aufgabe ist, wieder mal anzuklopfen und zu sagen, holla, ich bin auch da, und ich hätt jetzt auch gern wieder Aufmerksamkeit. Und sag ich, und dann red´ ich auch mit den Frauen, und sag ihnen, und wenn eure Männer anklopfen, dann is es eure Aufgabe, ganz klar zu formulieren, wo ihr seid, wo ihr steht´s, wies euch geht und wenn das Ganze ein halbes Jahr, sieben acht Monate überschreitet, dann auch einfach, ähm...auf zumachen, weil irgendwann muss die Partnerschaft auch wieder weiterlaufen“

Hebammen sehen die langfristigen Ziele ihrer Arbeit darin, die Menschen gesund und gestärkt aus Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, als Prozess der Familienwerdung zu entlassen. Die Frau in ihrem Mutter-Sein zu stärken und das Paar als Team zu ermutigen führen dazu, dass starke und selbstbewusste Kinder geboren werden können. Aus einer sehr soziologischen Perspektive betrachten die Hebammen die Auswirkungen geburtshilflicher Trends. Der Prozess des bewussten und natürlichen Gebärens lässt die Menschen erwachsen werden. Nimmt man ihnen diese Möglichkeit, durch die ansteigende Kaiserschnittrate beispielsweise, so nimmt man ihnen die Gelegenheit erwachsen zu werden. Die Hebammen glauben sehr wohl daran, dass sie diese Entwicklungen wieder umkehren werden.

„die Frage ist, ob er aus den Frauen entsteht, oder ob er aus wirtschaftlichen Gründen entsteht, weil wir uns einfach die Kaiserschnitte nicht mehr leisten können. Aber, ja, wäre natürlich wenn er aus wirtschaftlichen Gründen entsteht, sehr schade, weil dann wird in den Köpfen der Frauen wird, ähm, das Gefühl zurückbleiben, es wird ihnen, das richtige wird ihnen verwehrt, auf Grund von wirtschaftlichen Gründen. Wenn er entsteht, weil die Frauen erkennen, dass ihnen etwas genommen wird, dann wird´s Kraft, also wird´s stark, also wird´s in Stärke umgewandelt. Ja, also, das, das es einen Umkehrprozess gibt, bin ich mir ganz sicher“

4.2 Berufliche Identitäten

Die Sichtweise der professionellen Helferinnen wird neben den Rahmenbedingungen, den Frauen und Familien, sowie der Besonderheiten im klinischen Bereich, vor allem auch durch die Wahrnehmung der beruflichen Identitäten beeinflusst. Bei der Datenanalyse zeigte sich sehr deutlich, dass die befragten Personen sich einerseits in ihrer eigenen Berufsgruppe positionierten, als auch parallel über die Wahrnehmung der anderen Berufsgruppen sprachen.

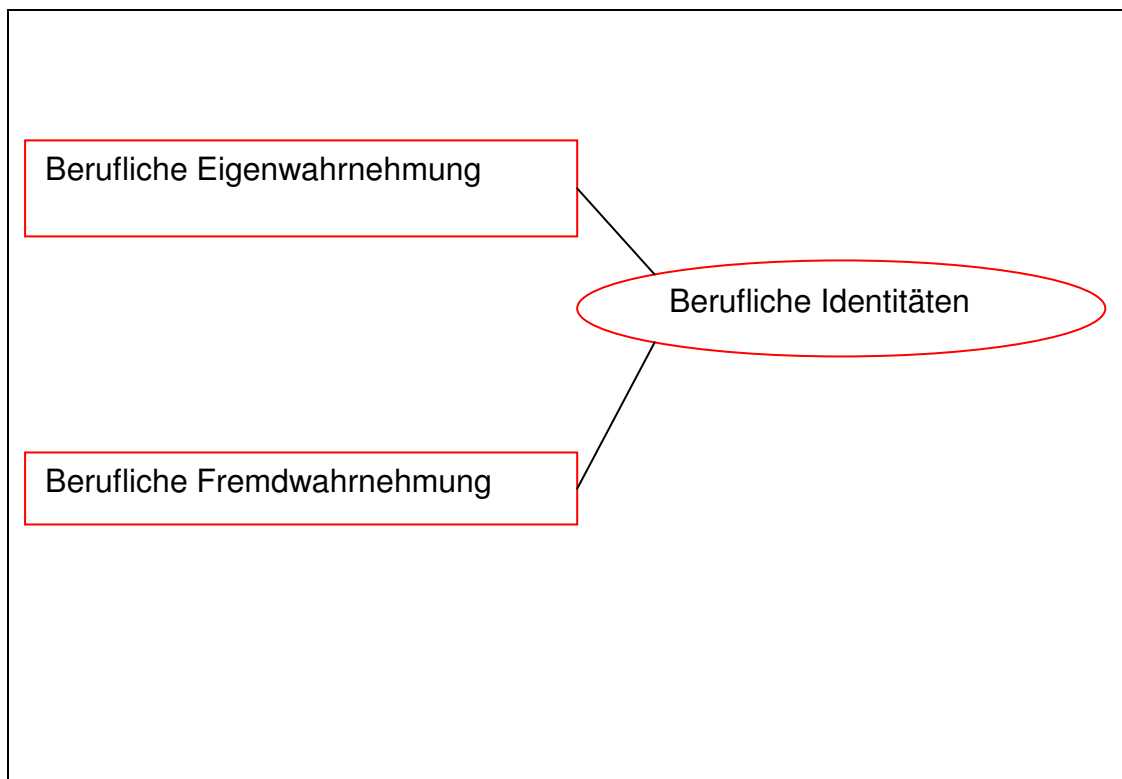


Abbildung 4 Berufliche Identität

4.2.1 Blick auf die eigene Berufsgruppe – Eigenwahrnehmung

Zu Beginn wird die berufliche Eigenwahrnehmung der involvierten Personen beschrieben, um die Darstellung übersichtlicher zu gestalten, bilden diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eine gemeinsame Gruppe mit den diplomierten Kinderkrankenpflegepersonen. Dem gegenüber gestellt wird das berufliche Selbstverständnis der befragten Hebammen.

Hebammen blicken auf die eigene Berufsgruppe

Hebammen identifizieren sich sehr stark mit ihrer eigenen Berufsgruppe. Bei der Auswertung der Interviews zeigt sich, dass in ihrer Sprache und der Ausdrucksweise vor allem die **Wir-Form** dominiert. So unterschiedlich die Berufsmotivation zu Beginn ihrer Ausbildungen und die individuellen Arbeitsweisen auch sind, die befragten Hebammen sind sich einig, dass sie einen sehr schönen und vielseitigen Beruf ausüben. Sie äußern sehr deutlich, dass sie gerne selbstständig arbeiten und Entscheidungen treffen und sich auch der Konsequenzen ihrer Arbeit bewusst sind. Deutlich spürbar sind ein kollektives Gruppengefühl und deckungsgleiche Zielsetzungen in der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden oder stillenden Frauen. Hebammen haben ein Urvertrauen in die Natur, in welcher sie die Ursprünge ihrer Arbeit sehr stark verwurzelt sehen. Handlungen und Aussagen von Hebammen reflektieren sehr stark auf dieses Konzept der Natürlichkeit. Die Kernkompetenz besteht darin innerhalb eines Rahmens zu betreuen und Prozesse zu beobachten und abzuwarten, wie sich die Geschehnisse entwickeln. Hebammen müssen über sehr viel Wissen verfügen, um diese Bewegungen abschätzen zu können und gegebenenfalls eine Maßnahme einzuleiten.

„wir sollten die Fähigkeiten haben unsere Grenzen schwimmend zu gestalten (lacht), sag ich mal und wir sind bereit viele Dinge noch unter normal hinzunehmen oder unter nur jetzt unbedingt medizinisch therapiebedürftig oder halt, amol beobachten, oder einfach nur sein lassen“

Auf Grund einer spezialisierten Ausbildung, einem berufsrechtlichen sehr weiten eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches und durch diese starke

Verankerung in der **Physiologie** können Hebammen sehr selbstbewusst und frei arbeiten. Berufsgruppenintern ist es jedoch klar, dass diese Freiheit nicht immer von Vorteil ist. Eine differenzierte Sichtweise des eigenen Images ist in einigen Interviews zu lesen. Der potentiell negativen Wirkung ihres beruflichen Selbstbewusstseins sind sich die Hebammen durchaus bewusst. Den Eindruck den man als „typische Hebamme“ bei anderen Menschen hinterlassen könnte, reiche, so die Befragten von selbstüberzeugt, stolz, dominant bis überheblich. Hebammen sind gerne unter sich und ziehen sich daher auch öfters zurück. Die Möglichkeit sich abzugrenzen, indem Türen geschlossen werden, wird von den meisten Hebammen als sehr angenehm empfunden. Die Sichtweise der Pflegepersonen auf den Berufsstand der Hebammen wird durch diese Beschreibungen sehr stark unterstrichen. Manchen Hebammen fällt es scheinbar schwer andere Personen in ihrer Kompetenz zu akzeptieren.

„das wenn a Kinderschwestern kummat, das des ang´numma wird? Eher so, was hat ma de denn zum dazöhn“

Hebammen beanspruchen ein **Betreuungsmonopol** für schwangere, gebärende und stillende Frauen und beherbergen sämtliches Wissen und Erfahrungen. Dieses Phänomen kann nicht nur in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen beobachtet werden, sondern auch unter den Hebammen selbst. Sehr berufserfahrene Kolleginnen wehren sich teilweise gegen neue Errungenschaften und Ideen. Von den interviewten Hebammen wird durchaus kritisiert, dass Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe nicht einfach ist. Durchaus selbstironisch beurteilen die interviewten Hebammen ihre eigene Position und die Beziehung zu anderen involvierten Betreuungspersonen.

„glaub, dass die Hebamme an Sonderstatus hobn, und i glaub, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern können eher nu miteinander, und die Hebammen mit dem Sonderstatus...weis a anders zu gehen können auf a Frau“

Die Hebammen verspüren eine sehr große Freude an ihrer Arbeit, sehen jedoch auch sehr stark die persönlichen Investitionen. Abgrenzung zu den anderen Berufsgruppen erfolgt nach Ansicht der befragten Hebammen sehr deutlich über die **ganzheitliche Sichtweise** der Geschehnisse. Hebammen haben einen anderen Zugang zu den Frauen. Sie wissen über die Geburt und das Mutterwerden Bescheid, wodurch, so die Befragten Nähe und Vertrauen entsteht. Aus diesem speziellen Kontakt heraus ergeben sich nicht nur Chancen und Möglichkeiten, sondern auch Verpflichtungen gegenüber den Frauen, den Kolleginnen und Kollegen. Die Funktion als **Bindeglied** zwischen den Frauen und der medizinischen Welt ist für die Hebammen sehr belastend. Als Akteurinnen dieser Schnittstelle müssen sie oftmals als Übersetzerinnen und Vermittlerinnen auftreten. Vor allem im klinischen Alltag ist eine dieser Aufgaben die richtigen Sprachen zu wählen. Damit einerseits die Frauen und Familien verstehen und auch andere involvierte Personen, wie Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal, Bescheid wissen was passiert. Aus einem **Pflichtgefühl** heraus, so scheint es werden Aufgaben und Betreuungen übernommen. Am Beispiel der vorzeitigen Entlassung³ kann diese verdeutlicht werden. So sagt eine Hebamme, dass diese Wöchnerinnen sehr anspruchsvolle und zeitintensive Betreuung bedürfen. Sie gehen nach ein paar Tagen Krankenhausaufenthalt nach Hause und nehmen Ängste und Sorgen mit, welche im klinischen Umfeld, unbewusst geschürt wurden. Wohlwissentlich, dass die Nachbetreuungen bei diesen Frauen sehr anstrengend sind, sehen die Hebammen jedoch den Vorteil für die Frauen im Vordergrund.

„dann ist es für die Frau sicher trotzdem noch der bessere Weg nach Hause zu gehen, und äh...am dritten Tag und dann noch jemanden fragen zu können, auch wenn's für mich ein einfach ein bisschen anstrengender ist“

Die Anforderungen an die Hebammen steigen mit den stark übertriebenen Erwartungshaltungen der Frauen.

³ Frauen, die vor dem 4.Tag nach der Spontangeburt nach Hause gehen, haben Anspruch auf täglich einen Hausbesuch, ab dem Tag nach der Entlassung bis zum fünften Tag nach der Geburt. Nach Kaiserschnittgeburt, bei Frühgeburt oder Mehrlingsgeburt gilt dasselbe bei Entlassung vor dem sechsten Tag nach der Geburt.

Private Hebammenbetreuung als **Garantie** dafür, dass alles nach Plan läuft?
Viele Hebammen sehen sich diesem Anspruch nicht gewachsen.

„Weil i fiarcht mi dann vor ihrer Geburt (lacht) und des wü i ned, i fiarcht mit ned medizinisch, sondern i fiarcht mi, dass sie dann Nochhinein sogt, na I hätt mas schena vorg´stellt“

De facto kann keine Hebamme garantieren, dass eine Geburt beispielsweise nicht abgebrochen und per Kaiserschnitt beendet werden muss. Gerade wenn der persönliche Einsatz sehr groß war, um dies zu verhindern, sind die Enttäuschungen bei der Hebamme ebenso spürbar. Die gesteigerten Erwartungshaltungen an die Geburt als schönsten Tag des Lebens machen für die meisten Hebammen den Berufsalltag nicht leichter.

Hebammen wissen sehr gut über ihren umfangreichen Tätigkeitsbereich Bescheid. Sie schätzen die Möglichkeit Familien von Beginn der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr eines Kindes zu begleiten und zu unterstützen und sehen das auch sehr stark als ihre Aufgabe. Die Möglichkeit Familien kontinuierlich zu betreuen steht dabei im Zentrum der Hebammenarbeit. Dennoch scheint es, dass die Hebammen ihren Schwerpunkt sehr stark auf die Arbeit im Kreiszimmer legen. Ein Verzicht auf die Geburten und ausschließlich Wochenbettbetreuung zu machen, kommt für keine der interviewten Hebammen in Frage. Sie sind sich jedoch einig, dass die Arbeit im Geburtenbereich körperlich und emotional sehr anstrengend ist und sich im Laufe der Berufsjahre verändern kann. So sagen die Interviewpartnerinnen, dass sie nicht mehr so viele Geburten betreuen müssten, diese jedoch nicht zur Gänze weglassen wollen. Komplikationslose Geburten zu begleiten ist in den Augen aller sehr schön, aber vor allem die Herausforderung eine komplizierte Geburt mit der Frau gemeinsam durchzustehen sind für die Hebammen sehr wichtig für ihr eigenes Berufsverständnis. Die Kreißzimmerarbeit wird vor allem durch einen wesentlichen Unterschied zur Wochenbettbetreuung wahrgenommen:

„Also Geburt is a Anfang und a Schluss. Mit der Placenta ist de Geburt abgeschlossen, also Actionhebammen, also im Kreissaal schließt ma a Frau mit der Placenta ob. Unds Wochenbett, unds Wochenbett is, is, einfoch mehr. Und des Wochenbett is die absolute Bindung, für immer“

Geburt ist ein zeitlich absehbares Phänomen. Die Betreuung nach der Geburt hat weitreichende Konsequenzen für das weitere Leben der Familien. Die Hebammen sehen diese langfristigen Auswirkungen ihrer Arbeit sehr deutlich. Die Mutter-Kind Beziehung zu fördern, die Stärkung der Eltern in ihrem Selbstbewusstsein ermöglichen es Kindern zu starken Menschen heranzuwachsen. Die Betreuung im Wochenbett ist in den Augen der Hebammen weder nach den vier Tagen Krankenhausaufenthalt noch nach sechs Wochen, wie es im Lehrbuch steht abgeschlossen. Eine Hebamme berichtet davon Familien vereinzelt bis zu zwei Jahren zu begleiten.

„...die Arbeit am Wochenbett in Gegensatz zur langläufigen Meinung, eine sehr schwierige ist, also du musst sehr viel wissen, damit du das Wochenbett, damit du gut im Wochenbett betreuen kannst. Ähm, obwohl's oft so ist, dass du den größten Teil deines Wissens gar nicht brauchst. Aber du musst es einfach wissen, damit damit du gewisse Dinge einfach im Vorfeld abfangen kannst...“

Dieses Wissen baut sich im Laufe der Berufsjahre auf. Einigkeit besteht daher darüber, dass junge Hebammen, welche die Ausbildung erst kurz abgeschlossen haben, vorrangig Geburten betreuen sollten, damit die Erfahrung auf diesem Gebiet wächst. Eine Hebamme erzählt eine Anekdote aus der Zeit ihrer Anfänge als Hebamme:

„Wochenbett und Geburtsvorbereitungskurse, also das war ultra langweilig, ja. Und ich habe mir gedacht um Gotts Willen – hoffentlich muss ich das in meinem ganzen Leben nicht machen. Aber umso länger ich eigentlich den Beruf habe, weiß ich, dass es fast wichtiger“

Sehr spannend waren die Aussagen der anderen Hebammen zu dieser Fragestellung. Die Relevanz von Schwangerschaft und Wochenbett unterliegt, so scheint es einer **hebammenbiographischer Perspektive**. Die Wahrnehmung dieser Zeit ändert sich sehr deutlich nachdem die Hebammen selbst die Geburt eines Kindes und ein eigenes Wochenbett erlebt haben. Aus der anfänglichen Abwertung von Wochenbett und Schwangerschaft entsteht dadurch die Wahrnehmung für den großen Unterstützungsbedarf und die positiven Auswirkungen bei Wöchnerinnen. Die Begleitung von Frauen nach der Geburt bereitet den Hebammen Freude und Spaß. Sie sehen es sehr klar als Teil ihres Berufes die Familien zu betreuen, jedoch bezieht sich diese Begeisterung bei den befragten Hebammen überwiegend auf das häusliche Wochenbett.

Bei der Auswertung der Interviews war es sehr auffällig, dass überwiegend Hebammen über den klinischen Kontext hinausgedacht haben. Die Darstellung soziokultureller und historischer Entwicklung sowie die Einbettung in einen internationalen Rahmen wurden bereits an mehreren Stellen erwähnt. Die Querverbindungen, welche aus diesen zu ziehen sind, verdichten und begründen bisherige Ausführungen der Hebammen. Über den Einfluss der Medien und der gesellschaftlichen Entwicklungen auf das heutige Frauenbild, die Fantasie der Aspiringesellschaft und die Problemstellung der zunehmenden Pathologisierung zu sprechen sind überwiegend Anliegen der Hebammen.

Diplomiertes Pflegepersonal blickt auf die eigenen Berufsgruppe

Die befragten Pflegepersonen berichten alle davon, ihren Beruf sehr gerne auszuüben. Die Arbeit mit gesunden Kindern und Frauen nach der Geburt empfinden sie als reizvoll, interessant und abwechslungsreich. Die Anleitung der Frau beim Stillen und die Förderung der Mutter-Kind Bindung ist ein zentrales und gemeinsames Anliegen. Sehr deutlich betont wird, die Frauen als eigenständige und mündige Personen wahrzunehmen und sie in ihren Entscheidungen zu akzeptieren. Wenn beispielsweise eine Mutter nicht stillen möchte, sehen es die meisten Pflegepersonen ein, fragen nach dem Grund und akzeptieren die Wahl. Das Prinzip der Patientenautonomie wird

jedoch nicht immer so zur Anwendung gebracht. So ist beim Pflegepersonal dennoch ein starkes **Verantwortungsgefühl** gegenüber der jungen Familie zu spüren. Eine Kinderschwester beschreibt es folgendermaßen:

„ich fühle mich wohler, fühl mi halt immer für Mutter und Kind verantwortlich, so wie als Mama, oder weiß nicht wie i sagen soll, und ich fühl mich wohler, wann i siach, sie kommt wieda und wir machen zum Beispiel a Bilikontrolle“

Im Vordergrund ihrer Arbeit sehen die diplomierten Pflegepersonen vor allem die **Unterstützung** beim Erlernen von Stillen. Sie wollen die Frauen an ihrer jahrelangen Erfahrung teilhaben lassen und ihnen dabei helfen ihr Kind zu verstehen. Bei der Auswertung der Interviews war deutlich zu sehen, dass es in einigen Situationen durchaus schwierig sein kann, die Kompetenz der Mutter zu akzeptieren.

„Für uns natürlich wichtig, die Gewichtskontrollen, weil wenn die Kinder jetzt Großteils bei den Müttern draußen sind, muss man sich natürlich drauf verlassen, äh, selbst wenn die Mütter sagen, das Stillen funktioniert und ich es aber nicht sehe, kann ich´s dann am besten nachvollziehen mit der Gewichtskontrolle am nächsten Tag, ob das auch passt“

Die Überprüfung von Mutter und Kind als Kennzeichen des Phänomens „Regeln und Kontrollen“ stellt für einige Pflegepersonen eine zentrale Aufgabe in der stationären Wochenbettbetreuung dar. Die Diskrepanz zwischen professioneller Sichtweise und Selbstständigkeit der Mütter führt in der täglichen Arbeit oftmals zu schwierigen Situationen. Die Beratung der Mütter ist für die meisten interviewten Personen eine größere Herausforderung als die Betreuung der Kinder selbst.

„die Herausforderung, ähm, weil so die Babys sind ja nicht schwierig, die sind ja nicht das Problem, das Problem ist manchmal die Mutter“

Die veränderte Wahrnehmung der Frauen, die Ratlosigkeit und die Ohnmacht gegenüber Einfluss von außen erschweren den Pflegepersonen

den Zugang und die Betreuungsarbeit. Eine Kinderkrankenpflegeperson beschreibt die Problemstellung der Angehörigen. Wie bereits erwähnt sieht sie die physische Präsenz auf der Station ebenso als konfliktreich, wie die Beeinflussung durch Aussagen und Sichtweisen vor allem von weiblichen Angehörigen. Bedingt durch die eigene Berufsausbildung sehen die befragten Kinderkrankenpflegepersonen dennoch einen sehr großen Unterschied in der Betreuung gesunder Neugeborener nach der Geburt. Andere Abteilungen, wie Kinderinterne oder Kinderintensivstationen, auf welchen kranke oder sterbende Kinder zu betreuen sind, wären für keine der befragten Frauen eine potentielle Arbeitsstelle gewesen. Die Erkenntnis im Kinderzimmer bzw. auf einer Wochenbettstation zu arbeiten erlangten alle drei diplomierten Kinderkrankenpflegepersonen bereits während ihrer Ausbildungszeit. Eine befragte allgemein diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson beschreibt diesen Unterschied zu pathologischen Verläufen ebenso.

„des is auch schon so a Ebene, des is net a kranken Mensch, sozusagen, der in einer unterwürfigen Position ist, weil er krank und hilflos ist, sondern es sind ja eigentlich Frauen auf derselben Ebene, die halt in einem Teilbereich Anleitung brauchen, auch gleichwertige Gesprächspartner, die halt in einem Teilbereich Unterstützung brauchen, die sind ja lang nicht so...aah...ein Patient der Krebsdiagnose hat ist ja anders drauf und mit denen kann auch wirklich gut arbeiten...es ist wirklich recht ein lieber Umgang, muss ich sagen, und Babies sind ja sowieso liab, oder, mit Kindern arbeiten is ja scho nett.“

Alle Pflegepersonen sprechen über alltägliche Herausforderungen und Bewältigungsstrategien. Fähigkeiten wie **Geduld, Ausdauer und das gewisse Gespür** für die Bedürfnisse der Patientinnen und ihrer Kinder zu haben erleichtert den Pflegealltag, so die befragten Personen. Schwierige Situationen bei einer Stillanleitung können sehr leicht durch Ruhe entschärft werden. Es ist auch hilfreich die Worte gut zu wählen und immer wieder dasselbe zu sprechen. Als fachliche Voraussetzung sehen die meisten Pflegepersonen eine Stillausbildung als unbedingt erforderlich, um adäquat

beraten zu können. Diplomiertes Pflegepersonal auf einer Wochenbettstation positioniert sich selbst sehr stark in der **Gesundheitsförderung** und distanziert sich in ihrer eigenen beruflichen Wahrnehmung von dem Image einer klassischen Krankenschwester. Die Schwerpunkte in der klinischen Betreuung werden von einer allgemein diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson wie folgt beschrieben:

„ein ganz großes Augenmerk ist das Baby kennenlernen, s´Baby deuten lernen, was mache ich wenn´s schreit, wie schauen dass ich nicht in eine Überforderung komm, wie kann ich überhaupt deuten was mein Baby braucht und da brauchen sie viel Unterstützung und Anleitung und diese Mutter sein stärken, ich bin a gute Mama und kann des und da ist wirklich das Augenmerk, a immer bestätigen, sie machen des eh guat und schaut guat aus und passt schon“

Routine und Berufserfahrung helfen dabei die Bedürfnisse der Frauen mit einem raschen Blick zu erheben und gezielte Anweisungen geben zu können. Stationsbetrieb, Personalsituation, sowie Geschick und Einstellung der Frauen machen es oftmals schwierig die gesetzten Interventionen zu überprüfen und gegebenenfalls zu adaptieren. Wenn beispielsweise viele Stillpaare zu betreuen sind, bleibt oftmals wenig Zeit für eine ausreichende Stillberatung oder die Beobachtung einer Stillmahlzeit. Zwei der befragten Hebammen bedauern dieses Defizit sehr.

„Wir frögn vü, wir reden vü, aber überprüfen, obs so is, tua ma nie. Und is was zum Beispiel im Kinderzimmer, wenn jetzt oane, ma merkt, ähm, da sand jetzt, a Schlong scho dahinter, und ma lossts ausziehn, dann hat ma scho oft nimma die Zeit, dass man sogt, i schau dir a nu zua beim anziehn wieda, da schickt mas ins Zimmer. Also da is a vollkommenes Defizit an Zeit“

Die Folge dieser Versäumnisse sind demnach Verunsicherung seitens der Frauen, Stillschwierigkeiten und Frustration bei allen involvierten Personen.

„man kommt um sieben in den Dienst und rennt bis um sieben in der Früh. Ja, also ohne Essen, ohne Pause. Das gibt es auch, ja, also, das sind dann die nicht so netten Dienste, wo man dann sagt, mit 60 mache ich es nicht mehr“

Im Krankenhaus wird der Tagesablauf straff organisiert. Es gibt klar definierte Zeiträume für unterschiedliche Tätigkeiten. So finden die Dienstübergabe, die Visiten und die klassische Morgenarbeit zu fixierten Zeiten statt. Die Frauen werden vor allem am Vormittag aus dem Krankenhaus entlassen, wofür ausreichend Zeit eingeplant werden muss. Weitere Anhaltspunkte im Tagesablauf sind die Essens- und Besuchszeiten, dazwischen so scheint es findet die Betreuung und Anleitung der Frauen statt. Nur wenige interviewte Pflegepersonen haben die Möglichkeit von diesem Fahrplan abzuweichen. Eine **Liberalisierung des Ablaufes** zu Gunsten einer individuellen Betreuung der Familien ist vielfach nicht möglich. Arbeitseinteilung und Zeitmanagement sind demnach ebenso Fähigkeiten einer betreuenden Pflegeperson auf einer Wochenbettstation.

„wenn die do alle zwei drei Stunden, a holbe Stund mi daneben braucht, neban Stillen also und dann hast zwei, drei solche, dann kannst schon kaum mehr,...und dann konnst schon ganz schön ins Strudeln kommen“

Der gesamte stationäre Aufenthalt einer Wöchnerin ist ebenso fein geregelt wie der einzelne Wochenbetttag. Es gibt klare Vorstellungen, welche Inhalte an welchem Tag besprochen und welche Tätigkeiten durchgeführt werden. Pflegepersonen richten sich sehr deutlich nach diesen Vorgaben.

„Je nachdem welcher Lebenstag ist werden dann die Kinder, werden verschiedene Blutabnahmen gemacht, Gelbsuchtwert, PKU-Test, eventuell CRP, bei Bedarf Temperaturkontrollen, Blutzuckerkontrollen, Gewichtskontrollen, der wird jeden Tag gemacht, umgezogen und halt her so vom allgemein g´ schaut ob soweit alles in Ordnung ist“

Das generelle **Berufsansehen** einer Pflegeperson auf einer Wochenbettstation ist, sowohl in der Gesellschaft, als auch innerhalb des eigenen Berufsstandes eher gering einzuschätzen. Eine Kinderkrankenpflegeperson spricht über diese Fehleinschätzung ihres Arbeitsbereiches.

„es ist Neugeborenenstation bedeutet für viele, lauter liebe kleine süße Kinder, wo ja eigentlich keine Arbeit ist. Nur is es leider nicht so, weil wir ja leider sehr wohl, Monitor-Kinder, Frühgeburten, Antibiotika-Kinder, also, es geht ja ned nur um g´sunde Neugeborene. Und das is ja natürlich sehr vü mehr Aufwand“

Die Selbstwahrnehmung und der **Einsatzbereich einer Kinderschwester** haben sich in den letzten Jahren verändert. Durch die Zunahme behandlungsbedürftiger Kinder, auf Grund einer ansteigenden Frühgeburtlichkeitsrate oder in Folge der hohen Kaiserschnitttrate verspüren Kinderkrankenpflegepersonen eine Verschiebung im Tätigkeitsbereich. Neugeborene mit massiven Anpassungsschwierigkeiten, infusionspflichtige oder extrem zu frühgeborene Kinder brauchen spezielle Fürsorge, weshalb sie nur in ausgewählten Krankenhäusern betreut werden sollten. Eine befragte Kinderkrankenpflegeperson arbeitet in einem Krankenhaus mit 24 Stunden pädiatrischem Fachdienst und hausinterner Neonatologie. Die anderen Interviewteilnehmerinnen arbeiten unter kinderärztlicher Rufbereitschaft und transferieren betreuungsintensivere Kinder in andere Krankenhäuser. Diese eine Schwester leidet unter der Verlagerung im Aufgabenbereich. Sie bedauert, dass auf Grund der Arbeit mit betreuungsintensiveren Kindern wenig Raum für die Stillhilfe und die Anleitung der Frauen verbleibt. Zeitdruck und strenge Organisation des klinischen Alltages sowie hoher Dokumentationsaufwand verhindern in ihren Augen eine adäquate Betreuung und Anleitung der Frauen und ihren Kindern. Lösungsstrategien für diese Problemstellung sehen die meisten Pflegepersonen in der Aufstockung der Teams durch mehr Personal.

4.2.2 Blick auf die andere Berufsgruppe – Fremdwahrnehmung

Wie bereits erwähnt lokalisieren sich alle befragten Personen auch im Zusammenhang mit den beiden anderen involvierten Berufsgruppen. Deutlich betont werden muss, dass die Wahrnehmungen von persönlicher Erfahrung sowie Betreuungsphilosophie des Krankenhauses abhängig sind. Für die Interpretation der Ergebnisse ist es ebenso wichtig, den Zustand der Zusammenarbeit zu berücksichtigen. Während der Interviewsituationen zeigte sich deutlich, dass es in manchen Krankenhausteams keine gute Zusammenarbeit gibt, während andere Personen von deutlich besseren Verhältnissen ausgehen und sprechen können. Die Ansichten müssen daher stark relativiert betrachtet werden.

Um die Datendarstellung übersichtlicher zu gestalten wurde das Kapitel der Fremdwahrnehmung in zwei Gruppen aufgeteilt: Sichtweise der Hebammen auf die Pflegepersonen und die Sichtweise der Pflegepersonen auf die Hebammen.

Nicht berücksichtigt werden also die Ansichten der Pflegepersonen untereinander, wie steht eine Kinderkrankenpflegeperson zu einer allgemein diplomierten Pflegeperson. Auf Grund einer zu geringen Fallzahl erscheint es nicht angebracht diese Aussagen spezielle auszuwerten.

	Hebamme	Pflegepersonen DGKP + DKKS
Hebamme	-----	- Kompetenz erkennen - Rückzug ins KRZ - Wenig Interesse
Pflegepersonen DGKP + DKKP	- Bemühen - Unwissenheit - Zahlen und Fakten - Suche nach dem Kranken - Desinteresse	-----

Abbildung 5 Blick auf die anderen Berufsgruppen

Was sagen Hebammen über diplomierte Pflegepersonen:

Bei der Auswertung der Daten wurden die Aussagen der Hebammen über „Wochenbettschwestern und Kinderschwestern“ zu der gemeinsamen Kategorie „diplomierte Pflegepersonal“ zusammengefasst, um Übersichtlichkeit und Klarheit in der Datendarstellung zu gewährleisten. Herausgefiltert wurde ein breites Angebot an Meinungen der Hebammen, welche je nach stationärer Betreuungsform und persönlicher Erfahrung mit den jeweils anderen Berufsgruppen variiert. Die Grundaussage aller interviewten Hebammen war, dass seitens der Kolleginnen aus der Pflege ein hohes Maß an **Bemühen** vorhanden ist. Aus ihrer Beobachtung heraus versuchen Pflegepersonen in ihrem eigenen professionellen Handlungsspielraum adäquat zu betreuen und zu arbeiten. In den Augen der Hebammen ist individuelle Betreuung auf Grund diverser Faktoren jedoch nicht immer möglich. Kontextuelle Rahmenbedingungen, wie die Besonderheiten im klinischen Alltag prägen die Arbeitsweisen der Pflegepersonen und schränken diese in ihrem Betreuungsfeld maßgeblich ein. Primär genannt werden dabei die zeitlich engen Ressourcen im Krankenhaus. Klar geregelte Abläufe und Strukturen verlangen angepasste und streng organisierte Betreuung durch die Pflegepersonen. Eine Hebamme beschreibt die Zustände auf einer Wochenbettstation sehr treffend:

„und das System dort, geht auf Zeit, ja. Jetzt ist die Visite vom Kinderarzt, jetzt ist die Visite mitm Frauenarzt, jetzt wiegen wir das Kind, egal ob's schläft oder nicht, und...dann gehen wir nur mehr zu den Frauen, wenn sie läuten, weil dann müssen wir ja dokumentieren“

In diesem Zusammenhang spricht eine Hebamme eine sehr interessante Verhaltensweise diplomierter Pflegepersonen an. Aus dem Verständnis für Hygiene und Patientenkontakt heraus haben Pflegepersonen in der Ausbildung gelernt, dass das Patientenbett kontaminiert und daher tabu ist. Aus der Idee heraus Keimübertragung zu minimieren wurde folgende Verhaltensmaßnahme entwickelt.

„Wochenbettschwestern machen nämlich alles was sie machen im Stehen. Und, das vermittelt aber auch schon, ich geh gleich wieder“

Eine befragte Hebamme versuchte dieses Phänomen mit den Wochenbettschwestern zu besprechen und Vorschläge für eine optimierte Form der Betreuung zu integrieren:

„sich einen Sessel nimmt und da eine halbe Stunde reinsetzt und da alle Fragen beantwortet. Aber die Schwestern haben aufgeschrien zum Teil, wo sollen sie die halbe Stunde hernehmen“

Die eigenständige Arbeitsweise der Pflegepersonen wird also vor allem durch die straffe Organisation im stationären Umfeld bedrängt. Zusätzlich von Bedeutung für die Ausrichtung der klinischen Arbeit ist **persönlicher Werdegang und Berufserfahrung** einer Pflegeperson. Hebammen setzen ihre eigene Ausrichtung mit der von Pflegepersonen in Beziehung. Unabhängig von Erfahrungen, Krankenanstalt, oder Versorgungskonzept sind sich Hebammen sehr wohl über die Ursprünge ihrer Arbeit in der Natürlichkeit und der Physiologie bewusst. Die Arbeitsansätze der Pflegepersonen sehen sie hingegen in der Pathologie verwurzelt. Wahrnehmung, Arbeitsweisen und Einschätzungsvermögen werden vor allem durch berufliche Erfahrungen und persönlichen Werdegang geprägt.

„jemand 20 Jahre mit intensivbedürftigen Kindern arbeitet, dann siacht der ka g'sundes Kind, wenn der a Neugeborenes vor sich, ja. Das haßt die wird permanent nach der Pathologie suchen und i man da passieren Dinge, die in meinen Augen echt absurd sind.“

Aus der Beobachtung der befragten Hebammen heraus wird ganz klar betont, dass es Personen gibt, welche großes Engagement zeigen und sich deutlich mehr einsetzen und andere welche scheinbar **wenig Interesse** an und **Unwissen** über die Betreuung von Familien nach der Geburt haben. Dementsprechend vielfältig beschreiben die Hebammen ihren Eindruck von der Betreuungsphilosophie diplomierter Pflegepersonen.

„Und es passieren a Dinge, wie, es werden, der der Tee wird ausgeteilt, wie Tic-Tac, die, uff...waßt eh – na,...die Stillhütchen werden ausgeteilt, wie nur was ned. Es setzt sich kana hin und redt, legt mit ihnen richtig on, na, da nehm ma, wenn die Frauen sogn, die Brustwarze tut weh, dann klatscht ma a, a Brusthütchen drauf, a Stillhütchen. Es is echt mühselig, ja. Und das kannst du dann mit den Frauen dann z’Haus wieda mühselig los werden, ja.“

Eine Auffälligkeit der Hebammeninterviews ist vor allem die Schilderung der Nachbetreuungssituation. Immer wieder kritisieren die Hebammen stationäre Vorgehensweisen durch Pflegepersonen. Aus der Position einer nachbetreuenden Hebamme wird die konfliktreiche **Schnittstelle** zwischen häuslichem und stationärem Wochenbett sehr offensiv beschrieben:

„einfoch koa Ahnung, wo sie mochn (lacht). Und ich sog immer wieder zu ihnen, Leute ihr würdet´s anders arbeiten, wenn ihr in der Nachbetreuung wärt´s. Wei wir rennen dann hin und kennen des ausboden, ja. Des mochen dann wir und ned ihr“

Die Hebammen bemerken bei einigen Pflegepersonen unterschiedlich gelagerte **Wissensdefizite**. Dabei sprechen sie sowohl von fachlichen Schwächen als auch von allgemeinen Fakten, welche den Krankenpflegepersonen scheinbar nicht bekannt sind. Der Anspruch auf Nachbetreuung durch eine Hebamme ist oft nicht bekannt. Diese fehlende Information beim Betreuungspersonal führt dazu, dass Familien über dieses Angebot nicht ausreichend informiert werden und daher unter Umständen nicht nützen können. Fachliche Wissenslücken werden von manchen Hebammen sehr offen und direkt kritisiert. Alle befragten Hebammen sprechen sich für eine verpflichtende zusätzliche Stillausbildung für alle Pflegepersonen am Wochenbett aus:

„Aber da passieren Dinge, wie Frau hat einen Milcheinschuss, wirklich schon nah an der Brustentzündung, mit sooo einem Busen, wie wennst du dort Implantate mit 500ml eingepflanzt hättest und die Kinderschwester sagt, sie muss abpumpen und da kommt nix raus und se sagt, na, sie hobn nu ka Milch (lacht). Wo du sagst, das gibt es nicht, denkst dir oh mein Gott, ich muss ja wissen wenn i dort orbeit, dass bei monche Fraun, beim pumpen nix kummt, das gibt es einfach, ja. (...)und da gibt halts Frauen, a wenn der Busen klesch-voll ist, das kein Tropfen rinnt, ja, des muass ma a wissen. Es wäre guat des zu wissen, sog ma so. Oder dass es für manche Frauen, des pumpen so schmerzhaft ist, dass se es ned ausholten. Es gibt verschiedene Gründe, aber i kann ja ned sogn se hom ka Milch, (lacht) und de geht scho fast über. Haarsträubende Sachen“

Die Erfüllung quantitativer Zielvorgaben als Schwerpunkt der Pflege ist bei den Hebammeninterviews zentrale Themenstellung. So werden in der stationären Betreuung, so die befragten Hebammen oftmals Maßnahmen gesetzt, welche auf die individuelle Situation der Frau und des Kindes nicht abgestimmt sind. Im Mittelpunkt der Kontroverse, vor allem die Frage nach Zufütterung des Kindes.

„wei se dürfen die Kinder ned entlassen solange sie nu abnehmen, na da gibt ma lieba schnö schnö schnö am dritten Tog des Flaschl, damit se am vierten Tog ham geh konn“

Zur Stabilisierung der Milchmenge oder zur Stagnation des kindlichen Gewichtsverlustes in den ersten drei Tagen des stationären Aufenthaltes werden daher der Einsatz der Milchpumpe oder die Zufütterung des Kindes als häufigstes Mittel gewählt:

„Ich glaub es gibt ganz ganz viele, auch bei uns, muss man ganz ehrlich sagen, die sagen, es ist mir egal, dann kriegt sie eben ihr Flascherl und dann wird sie schon sehen was sie davon hat, oder dann kriegt´s halt die Pumpe und dann entlassen wir sie am vierten Tag pumpend, dann fütternd was sie gepumpt hat und dann zufütternd was noch fehlt und dann mit Aussagen, wie die Frau kommt gut damit zurecht und jetzt is alles, die Welt is in Ordnung, da kann ich den Kopf drüber schütteln, das is alles so dermaßen unrealistisch – kein Mensch kann auf diese Art ein halbes Jahr stillen“

Bezogen auf den Aufbau einer funktionierenden Stillbeziehung und der täglichen Anwendbarkeit kritisieren die Hebammen vor allem die **Kurzsichtigkeit** hinter diesen Maßnahmen.

Was sagen Pflegepersonen über Hebammen:

Die Wahrnehmung der interviewten Pflegepersonen über die Hebammen wurde ebenfalls zu einer Kategorie zusammengefasst. Die Aussagen über die Hebammen wiesen die stärksten Variationen der gesamten Datenauswertung auf. Starker Zusammenhang besteht zur Betreuungsform, dem Zustand der Zusammenarbeit und der persönlichen Erfahrung der jeweiligen Person. Zwei der befragten Personen sind mit der Zusammenarbeit in ihrem Teams durchaus zufrieden, eine Probandin empfindet die Zusammenarbeit als sehr gut und die vierte Person als sehr schlecht. Dementsprechend breit sind die Wahrnehmungen und Ansichten über die andere Berufsgruppe. Es wird versucht eine ausgeglichene und logische Darstellung der Ergebnisse anzubieten.

Alle befragten Pflegepersonen sprechen einen sehr interessanten Aspekt in der Wahrnehmung der Hebammen an. Dieser wurde als **Rückzug ins Kreißzimmer** bezeichnet. Ausgehend von der Idee des „Drinnen und Draußen sein“ wird das Ausmaß der Hebammenpräsenz und die Tätigkeiten rund um die Geburt begutachtet. In den meisten Krankenhäusern sind ausschließlich Hebammen für die Betreuung der Gebärenden zuständig⁴, welche nach der postpartaler Betreuung, zwei oder drei Stunden, an die

⁴ In einem der befragten Krankenhäuser ist die Kinderkrankenpflegeperson bereits routinemäßige bei der Geburt anwesend.

Kollegin der Wochenbettstation übergeben wird. Sehr unterschiedlich wurden diese **Übergaben** beschrieben. Kommunikation an dieser Schnittstelle stellt für einige eine Herausforderung dar:

„bei den Übergaben, wenn man etwas hinterfragt, einfach a a Antwort bekommt.....irgendwie des G´fühl, dass man ihnen ned nur am Hammer geht“

Eine andere Pflegeperson ist im Wesentlichen mit der Gestaltung der Übergabe einer Frau aus dem Geburtenbereich zufrieden, sieht aber Verbesserungspotential:

„die meisten kommen schon und sagen, habts ihr Zeit oder so. Wie ausführlich dann gesprochen ist, das könnte man vielleicht noch ein bisschen erweitern, dass man ned nur sagt, die hat jetzt spontan entbunden und hat uriniert, und ding ding da, sondern dass man vielleicht ein bissl was vom Geburtsverlauf mitkriegt“

Das Bedürfnis über den Geburtsverlauf informiert zu werden ist für einige Pflegepersonen eine große Themenstellung und mit dem Phänomen vom Rückzug ins Kreißzimmer eng verwoben. Sowohl für die Übergabe, als auch im Laufe eines Dienstes kommen oft nur **wenige Informationen** über den Zustand der Frauen aus dem Geburtenbereich heraus. Die Hebammen kommen diesem Anliegen der Pflegepersonen nur selten nach:

„eine Zeit lang haben wir da schon Probleme gehabt, dass zum Beispiel der Kinderarzt anlätet und wir haben garnicht gewusst dass der angefordert war von den Hebammen, oder dass man halt, dass Frauen wieder heimgeschickt werden, diese, unentbunden, und wir wissens garnicht. Oder das Frauen da halt schon 12 Stunden oder länger san und man hat keine Ahnung wie weit sand die. Also ich denk ma, da wäre es ja ned blöd, wenn man.. und da halt amal a Info von da raus kriegt“

In den Interviews werden auch Möglichkeiten angesprochen diese Situation zu optimieren. Eine Interviewpartnerin nähert sich der Problemstellung wie folgt an:

„wenn man sagt, man ruft sich fünf vor sieben kurz zam, oder? Hat sich bei Euch was verändert? Was is bei Euch? Dann weiß man es schon zur Dienstübergabe und kanns übergeben. Das wäre zum Beispiel was wo ich mir denk, das wär realisierbar. Weil kurz vor sieben sollt ma eh ungefähr fertig sein, weil da kannst knapp vorher sagen, ihr habts da zwei Schwangere draussen liegen, hat sich das was tan, was is mit Euchere drei da drinnen“

Absprachen und Rückversicherung sind für die Pflegepersonen von großer Bedeutung. Lediglich eine Pflegeperson spricht von Absprachen, und **kontinuierlichem Austausch** zwischen den Berufsgruppen, welche im Laufe eines Dienstes getätigt werden:

„sie kommt genauso raus, kommt zum Stützpunkt , (...) die Kollegin sagt einmal, das, ja da habe ich jetzt kurz einmal a bissl a Phase g´habt wo die Herztöne vielleicht ned so schön war´n, da was, aha. Die Kinderschwester was scho wieda a bissi, dass i sag, ok, die Ohren nu mehr aufstölln (...) aber i kann mi dann scho drauf einstellen, dass i sag, ja ok, also das ist ein ständiges Zusammenarbeiten und oder a, immer rückversichern (...) und ich habe dann wieder das Echo von der Hebamme (...). Das beruhigt mich auch als Kinderschwester, weil i ungefähr was, was habe ich für ein Kind zu erwarten“

Austausch und Rückversicherung bedeuten für die befragten Pflegepersonen weit mehr als nur verbale Kommunikation über gegenseitige Arbeitsabläufe. Sich auf potentielle Szenarien vorzubereiten und Prozesse planen zu können ist für sie sehr wichtig. In den meisten Teams ist es jedoch so, dass die Hebammen kaum mehr aus dem Geburtenbereich hervortreten und sich mitteilen. Das Gefühl von Ereignissen überrumpelt zu werden und unvorbereitet in geburtshilflich- schwierige Situationen kommen zu können, verunsichert Pflegepersonen. Weder auf persönlicher Ebene, beim

gemeinsamen Plaudern, noch auf fachlicher Ebene findet ein Austausch mit den Hebammen statt. Die Pflegepersonen bedauern diese **Isolation der Hebammen**.

„Es ist auch überhaupt nicht mehr üblich, dass eine Hebamme mal rauskommt und was weiß ich ein Baby macht, oder irgendwas. Das gibt es alles garnicht mehr. Ja, also es ist ganz klar definiert, wer welche Aufgabe hat und die überschneiden sich einfach ned“

Diese streng getrennten Tätigkeitsbereiche und ein hohes Arbeitspensum der einzelnen Berufsgruppen verhindern gegenseitige Unterstützung bei täglichen Aufgaben. Einen weiteren Aspekt weshalb man sich während eines Dienstes kaum mehr aushelfen kann sieht eine Pflegeperson sehr deutlich bei den Hebammen. Ihrer Ansicht nach haben diese nicht nur **kein Interesse** im Kinderzimmer auszuhelfen, sie kümmern sich auch nicht um die Auslastung der Pflegepersonen. Sie bedauert nur wenig Entgegenkommen seitens der Hebammen:

„Und keine Hebamme würde jemals im Kinderzimmer arbeiten (...) des interessiert niemanden und es würd auch nie jemand freiwillig rein kommen, a wenn drüben jetzt drei Tage nichts zu tun ist, dass a mal sagen, sie helfen uns – im Leben ned“

Eine völlig andere Sichtweise beschreiben Pflegepersonen aus anderen Teams. Die Wahrnehmung der Hebamme in ihrer Kompetenz und diese auch zu konsultieren erscheinen als großer Vorteil in der stationären Wochenbettbetreuung:

„Nahtkontrolle an sich mach ich nicht, das macht der Gynäkologe, und Fundusstand an sich, ist jetzt nicht so das Problem und wenn´s Probleme gibt, dann ist es eine gute Kooperation mit den Hebammen. Also wenn´s Probleme gibt, sind auch immer die Hebammen mit Rat zur Stelle“

Gemeinsame Tagesgestaltung ist für eine befragte Person mit dem Hebammen sehr wichtig. Ihrer Ansicht nach ist es auch für die Betreuung und die Zufriedenheit der Wöchnerinnen von großer Bedeutung.

„wir machen gmeinsam die Abendrunde, das heißt die Hebamme geht mit der Kinderschwester durch die Stationen, durch die Station, durch die Zimmer und stellt sich vor, dass wir beide heute in dem Nachtdienst da sind und wir beide Ansprechpartner für die Wöchnerinnen der Nacht sind und sie dann in den Kreissaal oder ins Kinderzimmer kommen sollen und auch die Information dass wir bei einer anstehenden Geburt, dass wir dann wahrscheinlich beide drinnen sind“

In einigen Interviews wird versucht diesen **Kommunikationsbruch** zu erklären. Das Alter der Hebammen, das **berufliche Selbstbewusstsein** der Hebammen und die klar abgesteckten Tätigkeitsbereiche werden von einigen Interviewteilnehmerinnen genannt. Persönliche Erfahrungen der Pflegepersonen mit Hebammen spielen bei den nachfolgenden Darstellungen eine zentrale Rolle.

„Also es gibt Hebamme, vor allem die jüngeren Hebamme, die sind da eher mehr kommunikativ, muss ich sagen, also die uns da mehr Infos geben, von den älteren Hebammen gibt es Hebamme, die, je mehr man sie darum bittet, umso weniger kriegt man...(lacht)...es ist leider so. Also es gibt Hebammen, die stellen Kinder rein und sagen, es ist drei Stunden alt und das war´ s“

Lediglich eine Probandin hat **Dienstalter bzw. Lebensalter** einer Hebamme als Merkmal in der Wahrnehmung angeführt. Vielmehr so scheint es, sind es vor allem **Typ und Einstellung** der Hebammen, welche die Zusammenarbeit und die Fremdwahrnehmung beeinflussen. Bei der Auswertung der Interviews konnte nur schwer ein Hebammentyp identifiziert werden. Wie bereits im Kapitel der Eigenwahrnehmung zu lesen ist, haben Hebammen ein sehr ausgeprägtes berufliches Selbstbewusstsein.

Die Schilderungen einer Krankenpflegeperson zeigen sehr offen und direkt, welche Problemstellungen für die tägliche Zusammenarbeit daraus entstehen können:

„viele Hebammen, also des is so a Klischee, ja, die Hebammen unterstehen nicht der Pflege und Hebamme, unter Anführungszeichen, kommen sich immer a bissl besser vor als a normalsterbliche Schwestern – ist oft so, nicht immer so. Ja, also wie gesagt, aber, die haben natürlich schon viel mehr Freiraum als wir“

Zusätzlich zu diesem Eindruck, so scheint es haben die meisten Klinikhebammen nur wenig Interesse an der Wochenbettbetreuung und der Kinderzimmerarbeit. Die Befragung einer Pflegeperson zeigt sehr deutlich, Hebammen definieren sich scheinbar über die Arbeit im Kreißzimmer und haben **nur wenig Motivation** darüber hinauszublicken.

„I man, Hebammen sind Hebammen und die müssen die Entbindungen machen (...) also i glaub, dass is scho so erna Job, und des is scho, des was sie wollen, anfoch, zu sagen, ok ich entbinden und nachher ist das Kind dann mit Mutter auf der Geburtshilfe und im Kinderzimmer. Aber, das könnte ich mir...als Hebamme, also mir wäre wahrscheinlich nur Hebamme zu wenig. Also nur Hebamme zu sein, wo i sag, ich entbinden und des is dann nach drei Stunden olles weg, wäre mir persönlich zu wenig“

Bestehende Strukturen zu ändern und Umgestaltungsprozesse einzuleiten erkennen die Pflegepersonen als große Herausforderung. Eingefahrene Verhaltensmuster zu überdenken und von eigenen Positionen Abstand zu nehmen, um abweichende Ansichten zu zulassen erfordert ein hohes Maß an Professionalität, Zeit und Geduld. Besonderheiten im klinischen Alltag, fest installierte Prozesse, wie Dienstübergaben und fix abgesteckte Aufgabenbereiche der einzelnen Personen können zu einer Verhärtung der eigenen Standpunkte führen. Die Vorschläge der befragten Personen die Zusammenarbeit zu verbessern orientieren sich sehr stark an der Installierung von gemeinsamen Teamsitzungen bzw. Supervisionen.

„es gibt keine gemeinsamen Teamsitzungen und da habe ich dann schon das Gefühl, da reißt so manches einfach ab an der Kontinuität in Form von, wenn man sagt, uns ist wichtig das Stillen oder dass man auch so gemeinsame Dinge, die was für beide Berufsgruppen gelten, könnt ma sich ja gemeinsam erarbeiten“

Eine **gemeinsame Grundlage** für die tägliche Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Hebammen zu schaffen erscheint als große Aufgaben im stationären Bereich. Als erster Schritt könnten Sprache und Umgangston verbessert werden.

Eine Kinderkrankenpflegeperson beschreibt es wie folgt:

„wir Kinderschwestern sind bei den Geburten auch von den Hebammen gerne gesehen und eingeladen, wir sind eigentlich bei den Geburten dabei“

Sich gegenseitig eine Einladung auszusprechen und wertschätzenden Umgang miteinander zu leben beinhaltet auch Fragen zu beantworten und einen Blick für die Belastungen der anderen zu entwickeln, um sich so aushelfen zu können.

4.3 Einflussfaktoren für die Zusammenarbeit

Die Schlussfolgerungen der bisherigen Ausführungen sind, in Anbetracht der Forschungsfragen die Identifizierung förderlicher und hinderlicher Faktoren für das Gelingen der Zusammenarbeit im stationären Wochenbett.

Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
privater Austausch	Bruch in der Kommunikation
Wertschätzung und Respekt	Personalfluktuations
Wahrnehmung der Kompetenz	Unwissenheit über den Tätigkeitsbereich
Gemeinsames Auftreten im Klinikalltag	Uneinheitlichkeit

Abbildung 6 Einflussfaktoren

Förderliche Faktoren für die Zusammenarbeit

Aus den Interviews können einige Faktoren herausgefiltert werden, welche einer Zusammenarbeit förderlich sind. Im Vordergrund stehen dabei die persönlichen Beziehungen zwischen den Akteurinnen. Im stationären Umfeld scheint es, so die Interviewteilnehmerinnen sehr wichtig zu sein, dass privater Austausch stattfindet. Dieser reicht von einfachen Plaudereien während der Dienstzeit bis zu privaten Treffen außerhalb des Krankenhauses. Eine Kinderschwester beschreibt es wie folgt:

„sind zum Teil wirklich Freundschaften entstanden, die dich auch in privaten schwierigen Situation abfangen. Also wenn es dir schlecht geht, kannst du dich mit an hoher, also du kannst dich dort hinsetzen und mit Freunden reden“

Kolleginnen als Freunde kennen zu lernen und ihre private Situation zu verstehen schafft starke Verbundenheit. Wenn die Personen in einem Team eine gemeinsame Biographie erleben können, Probleme und Tiefpunkte

besprechen und überstehen, entsteht das Gefühl von Familie und Vertrautheit. Beständigkeit in einem Team heißt auch mit einander altern. Viele Interviewpartnerinnen berichten davon, dass ähnliche Problemstellungen zu selben Zeitpunkten auftreten. Um diese zu überwinden helfen Ratschläge, Erfahrungsberichte oder die Zuwendung der Anderen. Gegenseitige Wertschätzung und Respekt spielen dabei eine wichtige Rolle. Ebenso von großer Relevanz ist die Wahrnehmung der Kompetenzen. Gute Zusammenarbeit funktioniert vor allem dann, wenn man über die Fähigkeiten und Stärken der Kolleginnen Bescheid weiß. Diese Ressourcen zu erkennen und zu nutzen unterstützt den Betreuungsprozess der Frauen und Familien. Die Resonanz der Mütter zeigt sehr deutlich, so eine interviewte Kinderpflegeperson, dass die Ausgewogenheit und der respektvolle Umgang innerhalb des Teams als sehr positiv empfunden werden, sie bezeichnet es als Zufriedenheit des Arbeitens. Sich Schwächen zu erlauben und einzugestehen und mit Hilfe der anderen auszugleichen ist für die tägliche und erfolgreiche Zusammenarbeit für ein Team von großer Bedeutung. Eine Hebamme beschreibt es wie folgt:

„ich weiß genau, dass unsere Kinderschwestern wirklich top sind, ja, und in den Sachen, und sie wissen, dass wir gut sind und wir haben überhaupt, die Kinderschwestern haben keine Hemmung zu kommen und zu sagen, geh komm schau dir mal das an, oder so. Und ich hab keine Hemmung zu sagen, geh kommt schau du mal bitte das Kind oder so an. Also ich muss jetzt nicht vorspielen, dass ich mich in allem auskenn´ und sie müssens auch nicht“

Gelebte Zusammenarbeit zeigt sich vor allem durch gemeinsames Auftreten im Klinikalltag, sowohl auf räumlicher als auch organisatorischer Ebene. Die Errichtung eines gemeinsamen Dienstzimmers, als zentrale Anlaufstelle für alle beteiligten Berufsgruppen ermöglicht Austausch und Kooperation zwischen den Personen. Bereits eine gemeinsame Dienstübergabe zu Beginn des Dienstes ermöglicht einen Einblick in die Arbeitsweise und die täglichen Aufgaben der anderen Personen und fördert Verständnis.

„also kana bleibt irgendwo versteckt irgendwo, die Hebamme sitzt nicht nur versteckt in ihrem Kreissaal, sondern das heißt, sie kommt genauso raus, kommt zum Stützpunkt, wo wir unser Schwesternzimmer haben, also Personalzimmer in dem beide Professionen drin sind und da wird gemeinsames Gespräch geführt“

Gegenseitige Unterstützung bei Routinetätigkeiten, wie Bettenmachen oder nachfüllen oder auch die Beratung einer Frau, zum Beispiel beim Beantworten einer Frage, werden im Zweifelsfall sofort von einer Kollegin übernommen. Die Bereitschaft Aufgaben und Tätigkeiten für oder mit einer Kollegin zu übernehmen werden als Teil eines menschlichen und respektvollen Umganges genannt. In diesem Team wird es weder als Bedrohung oder Einmischung empfunden, sondern viel mehr als kollegiales Entgegenkommen und Unterstützen.

„das heißt es ist nicht so, dass ich sage, ich mische mich jetzt in andere Zimmer ein, aber wenn die K..Frau herausgeht, und sagt, sie hat jetzt das und das Problem und ich weiß, dass das, wie, wie, wie wir das Problem alle angehen, ob jetzt mit wundet Brustwarzen oder wenns nachm Kaiserschnitt Schmerzen hat, dann ist das eh ein Standard, das heißt ich kann genauso meiner Kollegin da helfen“

Hohe Professionalität und gute Kommunikation innerhalb des Teams sind wichtig, damit Zusammenarbeit und die Betreuung der Frauen gut funktionieren kann. Absprachen über den bisherigen Verlauf, sowie gegenseitige Rückversicherung erleichtern das berufliche Zusammenleben. Das Wissen über die jeweilige Situation der Kolleginnen beeinflusst, so einen Kinderkrankenpflegeperson die eigene Arbeitsweise.

„das ist ein ständiges Zusammenarbeiten und oder a, immer rückversichern, und wie geht's der Frau Mayer, sag ich jetzt da, oder der Frau Müller und ich habe dann wieder das Echo von der Hebamme, ja so und so weit, kann sein, dass man nun in unserem Dienst kriegen, oder das es bei der Kollegin ist, aber es ist alles in Ordnung. Das beruhigt mich auch als Kinderschwester“

Abgesehen vom fachlichen Kontext, spielen diese Kommunikationsflüsse vor allem auch auf persönlicher Ebene eine Rolle für die Zusammenarbeit. Ebenso wie eine gemeinsame Dienstübergabe sind gemeinsames Frühstück, oder Pausen für das Team sehr wichtig.

„Es geht eigentlich immer der eine zum anderen, egal wo er grad ist, und sagt, hast du grad Zeit auf a kurze Pause“

Die Etablierung eines gemeinsamen Teams ist, so eine Hebamme kein leichter Weg. Sehr wohl berichtet diese über anfängliche Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit. Über Supervision und Teambuilding konnte im Laufe der Zeit ein Rahmen geschaffen werden, in welchem man sich gegenseitig als Mensch wahrnehmen kann. Gegenseitiges Verständnis für die private Situation und für die berufliche Sichtweise und Arbeitsmethoden erleichtert die Zusammenarbeit zwischen mehreren Berufsgruppen.

Hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit

Bei der Auswertung der Interviews konnten unabhängig von der Berufsgruppe auch Faktoren identifiziert werden, welche Zusammenarbeit in der stationären Wochenbettbetreuung blockieren und erschweren. Grundlegende Ursache für das Nichtgelingen einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit ist ein Bruch in der Kommunikation. Durch den Rückzug in den eigenen Bereich finden Gespräche überwiegend auf einer reduziert dienstlichen Ebene statt. In den meisten Fällen in Form von Übergaben an Schnittstellen, beispielsweise bei der Aufnahme ins Krankenhaus oder wenn Frauen nach der Geburt auf die Wochenbettstation begleitet werden. Bei der Auswertung der Interviews erhärtet sich der Eindruck, dass es durch eine räumliche Trennung der Abteilungen, beispielsweise durch eine Tür, eher zu einem Verlust der Betreuungskontinuität und Kommunikation kommen kann. Es ist, so die interviewten Personen dann sehr schwierig gegen diese Barriere zu arbeiten und diese bewusst zu öffnen, um Kontakt zu zulassen. Alle Interviewpartnerinnen sprechen über das Phänomen von „Drinne und Draußen sein“

„ihr sitzt wahrscheinlich hinten und tratscht und wir sitzen da und tratschen. Wäre ja nett wenn wir da...aber...das geht natürlich im Alltag verloren der Wille“

Dadurch entstehen Missverständnisse und Unklarheiten über den Kompetenzbereich und die Arbeitsweisen der anderen Personen und führen verstärkt zu Rückzug und Unwissenheit. Der Rückzug in den eigenen Bereich erschwert Austausch und Kommunikation. Privater Kontakt, welcher als förderlicher Faktor beschrieben wurden, kann unter diesen Umständen nur bedingt stattfinden.

„ja, früher waren schon ein paar Hebammen, die sind öfters auch rausgekommen zum tratschen“

Genaue Ursachen für diese Entwicklungen werden von den Interviewpartnerinnen nicht explizit genannt. Vorherrschende Spezifika des klinischen Alltages wie zeitlicher und finanzieller Druck könnten als Auslöser für diesen Prozess verdächtigt werden. Durch strukturelle Änderungen, steigende Aufnahmezahlen und einer Verdichtung des Alltages ist es den einzelnen Personen nur noch schwer möglich „sich frei zu spielen“. Die gegenseitige Wahrnehmung der Personen verändert sich unter solchen Bedingungen.

„es war früher menschlicher. Das heißt es war heimeliger, es war menschlicher und man ist anders miteinander umgegangen (...) man funktioniert, oder man hat zu funktionieren“

Reaktion auf dermaßen negativ veränderten Arbeitsbedingungen ist eine erhöhte Personalfluktuaton. Personalmangel, Dauerkrankenstände und Kündigungen führen zu einer hohen Instabilität innerhalb eines Teams. Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit erscheint, so eine Hebamme unter diesen Umständen nur schwer möglich.

„es sind ständig neue Schwestern draußen, die Hälfte kenn ich gar nicht mehr“

Wie bereits besprochen sind viele und unterschiedliche Betreuungspersonen für die Frauen und Familien eine Herausforderung, da oftmals widersprüchliche Ratschläge und Informationen vermittelt werden. Die Teilnehmerinnen selbst erleben die Personenvielzahl für die tägliche Zusammenarbeit im Krankenhaus recht ähnlich.

„ich erleb aber trotzdem, weil es so viele unterschiedliche Personen sind, dass es nicht gut funktioniert, aber das Bemühen wäre da, das Bestreben wäre da“

In den meisten Teams sind die Personen generell zufrieden mit der Arbeitssituation zwischen den Berufsgruppen. Dennoch besteht bei allen befragten Personen Einigkeit darüber, dass bestimmte Prozesse optimiert werden könnten bzw. Ausbaupotential besteht. Nur wenige professionelle Helferinnen besprechen spezifische Rahmenbedingungen unter welchen diese Adaptierungen möglich wären. So appelliert eine Kinderkrankenpflegeperson an die Stationsleitungen zukünftiger Krankenhausprojekte von Beginn an eine gemeinsame Grundlage zu erschaffen und an einheitlichen Zielsetzungen zu arbeiten. Die Anpassung des Personalschlüssels wäre, so die interviewten Personen erforderlich um das System frauen- und familienfreundlicher zu gestalten. Alle Personen sehen die Erfüllung dieser Überlegungen weit in der Zukunft und für ihre persönlich verbleibenden Berufsjahre in der stationären Wochenbettbetreuung nicht mehr realisierbar. Sehr deutlich zeigen sich nun Spannungsfelder im Betreuungsprozess, welche auf Konkurrenzdenken und Unwissenheit über die „Anderen“ zurückzuführen sind. Verstärkt wird dieses Phänomen vor allem durch eine Trennung der beiden Abteilungen. Wie bereits besprochen wird eine räumliche Trennung auf Zusammenarbeit transportiert. Je nach Ausprägung der Trennung, so scheint es, schmälert sich der Kooperationsbereich zwischen den Berufsgruppen. Das Konzept

von „Drunnen oder Draußen- sein“ kann somit als Kernvariable für die Zusammenarbeit im stationären Wochenbett beschrieben werden.

4.4 „Zusammenarbeit im stationären Wochenbett“

Nachdem nun die Einzelteile des Modells „Zusammenarbeit im stationären Wochenbett“ vorgestellt wurden, können diese zu einem Gesamtbild fusioniert werden. Auch an dieser Stelle wird auf eine graphische Darstellung zurückgegriffen. Zusammenarbeit ist nun also in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen des klinischen Alltages, Schichtdienst, Personal, Räumlichkeiten und Regeln und Kontrolle sowie der beruflichen Wahrnehmung der Akteurinnen zu sehen.

Erkennbar ist vor allem auch die Komplexität der Zusammenhänge. Gerade der Aspekt der beruflichen Wahrnehmung weist sehr dichte Querverbindungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen auf. Die unterbrochenen grauen Linien verdeutlichen die interdisziplinäre Wahrnehmung der einzelnen Personen. Diese haben ebenso einen Einfluss auf die Eigenwahrnehmung, als auch auf die Zusammenarbeit. Zu beachten ist, dass die diplomierten Pflegepersonen, also die Kinderkrankenpflegepersonen, als auch die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in einem Farbton kodiert sind, da diese beiden auch bei der Datenauswertung bereits zu einer Gruppe zusammengefasst waren.

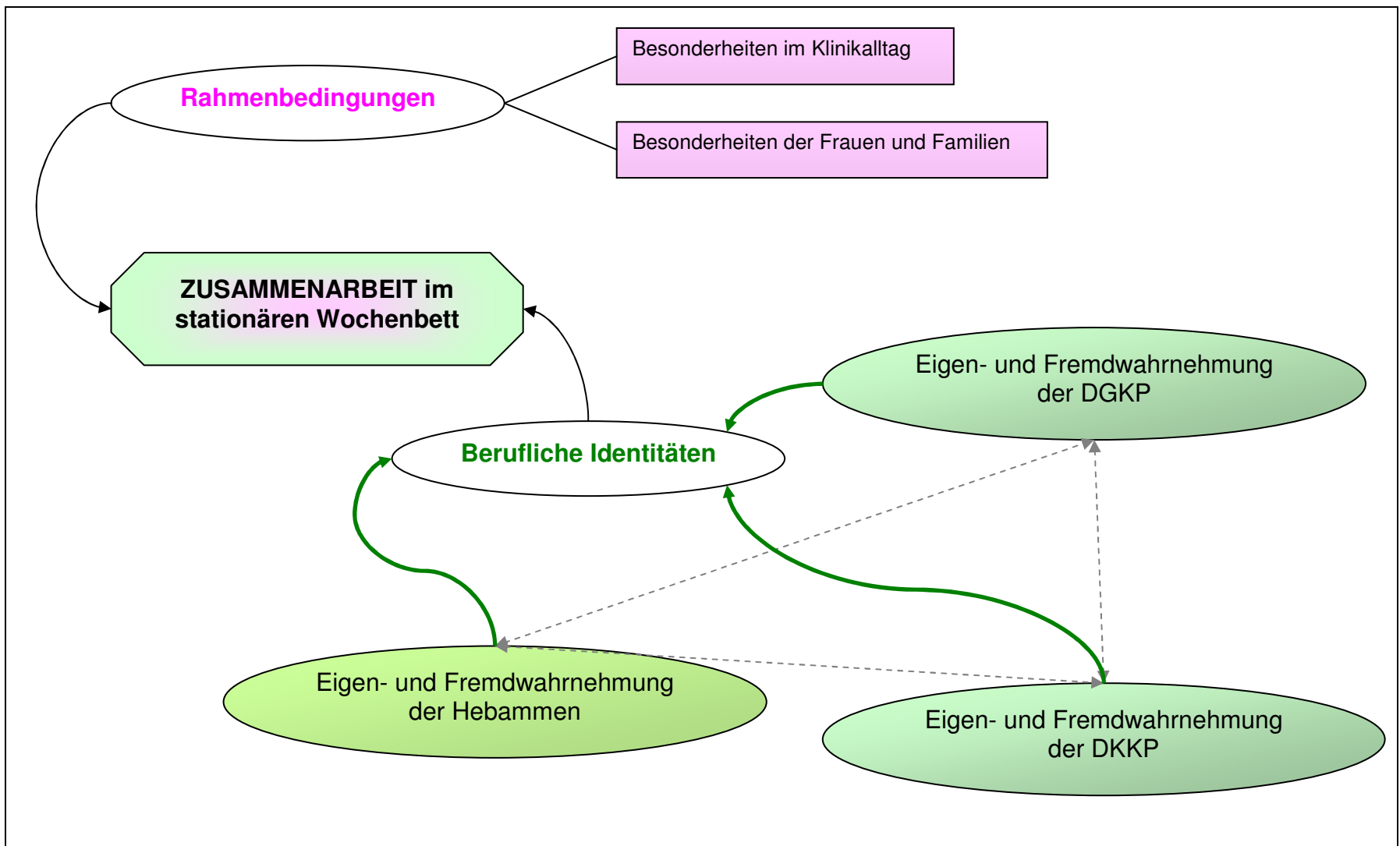


Abbildung 7 Modellgraphik

5. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es die Perspektive der professionellen Helferinnen in der stationären Wochenbettbetreuung zu beleuchten, Rollenbilder darzustellen und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu beschreiben. Dieses Kapitel wird in zwei Teile gegliedert, wobei der erste die theoretische Relevanz der Forschungsarbeit thematisiert und der zweite Teil die praktischen Schlussfolgerungen behandelt.

Die Forschungsergebnisse dieser Arbeit unterstreichen sehr deutlich den Bedarf die berufsübergreifende Zusammenarbeit eines Wochenbettteams zu untersuchen. Von ganz besonderem Forschungsinteresse sind dabei multiprofessionelle Kommunikationsaspekte. Die stationäre Wochenbettbetreuung wird in Österreich von mehreren nicht ärztlichen Berufsgruppen gemeinsam gestaltet. Dabei treffen unterschiedliche Wahrnehmungen, Handlungsweisen, Erfahrungen und Einstellungen aufeinander, wodurch enormes Potential für Konfliktsituationen entstehen kann. Der Aufbau und die Aufrechterhaltung eines kooperativen Arbeitsklimas sind dabei Aufgabe aller agierenden Personen. Die Etablierung gemeinsamer Zielsetzungen, die Möglichkeit für interpersonellen Austausch und eigenständig zu arbeiten fördern das Zugehörigkeitsgefühl und steigern die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen (und Mitarbeiter) (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm & Radbruch, 2007). Das Phänomen von „drinnen und draußen sein“ sollte als wesentlicher Einflussfaktor für die Zusammenarbeit auf einer Wochenbettstation berücksichtigt werden. Die Aufgabe liegt darin den Kontext offener zu gestalten, umso Wissensaustausch und persönlichen Kontakt zwischen den professionellen Betreuerinnen und Betreuern zu ermöglichen. Für die verantwortlichen Personen der Stationsleitung bedeutet dies eine Herausforderung. Die Installierung konstruktiver Mitarbeitergespräche, die Leitung von gemeinsamen Teamsitzungen und die Organisation von berufsübergreifenden Fortbildungen, erfordern zunehmende Sozialkompetenz von Führungspersonen.

Wo Handlungs- und Entscheidungsspielräume von Mitarbeiterinnen erweitert werden bedarf es einer wertschätzenden Arbeitsatmosphäre mit kooperativem Führungsstil (Wronn, 2012).

Ein wertschätzender Umgang miteinander kann vor allem durch eine schrittweise Distanzierung von standespolitischen Ego-Einstellungen erleichtert werden. Der Grat zwischen der Aufweichung der beruflichen Grenzen und gleichzeitig einer Schärfung des beruflichen Profils erfordert ein hohes Maß an Professionalität jeder einzelnen Betreuungsperson.

Hebammen haben alle Voraussetzungen und Kompetenzen um Familien in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt zu betreuen. Der umfassende Einsatz von Pflegepersonen in der stationären Wochenbettbetreuung kann einerseits mit der Einstellung mancher Hebammen zum Wochenbett, als auch mit der verfügbaren Anzahl der Hebammen zusammenhängen.

Wie in den Interviews sehr deutlich betont wurde, bevorzugen alle befragten Hebammen die Wochenbettbetreuung im häuslichen Umfeld. Der Auftrag auf gesundheitsspolitischer Ebene ist daher, eine umfassende Neugestaltung der stationären Wochenbettbetreuung. Im Sinne einer Primary Midwifery Idee können das Wissen und die Kompetenz der Hebammen auch für jene Familien genutzt werden, welche einige Tage nach der Geburt im Krankenhaus bleiben wollen oder müssen. Die Loslösung von einer festen Vorstellung von Wochenbettbetreuung als Routinetätigkeit im Krankenhaus, ermöglicht allen beteiligten Pflegepersonen die Einsicht, dass die Zeit des Wochenbettes ein natürlicher Zeitabschnitt im Leben einer Familie darstellt.

Die Bedeutung der Ergebnisse für die **Praxis** leiten sich vor allem von den Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit ab. Wie bereits in Kapitel 4.3 beschrieben, wurden hinderliche und förderliche Faktoren für die Zusammenarbeit auf einer Wochenbettstation identifiziert. Der Abbau hinderlicher Faktoren kann als eine der zentralen Zielsetzungen für die Praxis herausgearbeitet werden. Basierend auf den Interviewdaten wurden Kommunikationsbruch, beengende Personalsituation, sowie gegenseitige Unwissenheit der Teammitglieder und unterschiedliche Herangehensweisen

bei der Betreuung als hinderliche Faktoren genannt. Umstrukturierungen auf krankenhaushausorganisatorischer ebenso wie auf standespolitischer Ebene könnten dazu beitragen diese abzubauen.

Personalmangel ist ein globales Problem im Gesundheitsbereich mit weitreichenden Folgen. Hochrechnungen des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums OSBAN betonen einen Bedarf von 25.000 Pflegepersonen im Jahr 2020 (Ludwig, Mathis-Jäggi & Horlacher, 2009). Auch das statistische Bundesamt in Deutschland sieht mit 112.000 einen sehr großen Bedarf (Buxel, 2011). Die Ursachen für diesen Mangel liegen vor allem in der geringen Wertschätzung des Berufes, der schlechten Entlohnung und einer hohen physischen und psychischen Belastung der Personen (Buxel, 2011). In Folge dieser Bedingungen wächst die Bereitschaft den Arbeitsplatz zu wechseln. Die verbleibenden Teammitglieder müssen diesen Mangel kompensieren, wodurch erneut Druck auf das Personal entsteht (Buxel, 2011). Die Betreuungsqualität auf gleichem Niveau zu halten, so die Interviewteilnehmerinnen ist bei enger Personalsituation nur schwer möglich. Für die Krankenhausleitung bedeutet dies steigende Kosten für die Anwerbung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Erhebung der Arbeitsplatzzufriedenheit und die Entwicklung adäquater Strategien, um diese zu verbessern sind demnach zwei zentrale Aufgabenstellungen für Personalmanagement und Qualitätssicherungsabteilungen eines Krankenhauses. Für Buxel (2011) liegen die Schwerpunkte dabei vor allem bei einer Verbesserung der Arbeitsplatzsituation, durch Erweiterung der Mitgestaltungsmöglichkeiten für das Personal. Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, durch die Etablierung freier Dienstplangestaltung und flexibler Arbeitszeiten, sowie die Installierung von Kinderbetreuung werden genannt.

Wie in den Interviews beschrieben ergeben sich noch weitere Spannungsfelder. Vor allem von den Pflegepersonen wurden geringe Wertschätzung und zeitlicher Stress in der täglichen Betreuungsarbeit thematisiert. Vielfach wurde der Wunsch geäußert mehr Zeit bei den Frauen und ihren Kinder zu verbringen. Um diesen Anspruch erfüllen zu können müssen neue Strategien erarbeitet werden. Ludwig et al (2009) sprechen von einer Neugestaltung des Berufsbildes einer Pflegeperson. Der derzeitige

Tätigkeitsbereich einer diplomierten Pflegeperson beinhaltet in den meisten Fällen pflegerisch - medizinische Aufgaben ebenso wie berufsfremde Aufträge aus dem Bereich der Administration, Logistik und Hotellerie. Gemäß dem Wunsch über mehr Betreuungszeit mit den Patientinnen und Patienten zu verfügen, müssen Modelle gefunden werden, um diese Tätigkeiten auszulagern. Hochqualifiziertes Pflegepersonal plant, organisiert, agiert und evaluiert im Pflegeprozess autonom und selbstständig. **Delegationssysteme** müssen entwickelt werden, um diese Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten dafür frei zu spielen. In Österreich übernehmen diese Aufgaben teilweise Personen der Pflegehilfe. Gemäß GuKG § 84 (2) arbeiten Pflegehelferinnen und Pflegehelfer unter Anordnung und Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und können für die Durchführung bestimmter Maßnahmen eingesetzt werden. Dem Wunsch der Interviewteilnehmerinnen entsprechend können vertiefende Schulungen für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Wochenbettstation seitens der Arbeitgeber ermöglicht werden. Die Erweiterung der Beratungskompetenz steht dabei im Vordergrund. Die Aufgabenstellung für Politik und Standesvertretungen ist demnach die Entwicklung eines spezifischen Fortbildungscurriculums für allgemein diplomierte Pflegepersonen und Pflegehelferinnen (und Pflegehelfer) welche in der Wochenbettbetreuung tätig sind.

In Deutschland besteht die Möglichkeit einer einjährigen Ausbildung zu einer hebammengeschulten Familienlotsin. Deutlich betont werden muss, dass zertifizierte hebammengeschulte Familienlotsinnen kein Pflegediplom oder eine andere Form einer medizinischen Vorbildung vorweisen müssen, um dieses Angebot nutzen zu können. Diese Personen werden für den freiberuflichen Sektor ausgebildet und kommen vor allem in der häuslichen Nachbetreuung zum Einsatz. Die Aufgabenbereiche umfassen laut Webpage des Vereins für Mütter- und Familienpflege (www.muetterpflege.de) medizinische Grundlagen ebenso, wie Kommunikationspsychologie und Ököthropologie. Diese Personen werden also für einen umfassend Einsatz im häuslichen Bereich vorbereitet.

Für die Installierung einer **Beratungsschulung** in Österreich könnten folgende Überlegungen in Betracht gezogen werden: Eine verpflichtende

Pflegeausbildung als Voraussetzung bietet mehrere Vorteile, wobei sowohl Personen der Pflegehilfe, als auch des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für diese Programme empfohlen werden können. Medizinische Basisinhalte, wie Anatomie und Physiologie können reduziert werden, da bestehendes Vorwissen genutzt werden kann. Diese Schulungen müssen unbedingt über die Grundlagen des Stillens hinausgehen, denn Wochenbettberatung beinhaltet, wie bereits beschrieben weit mehr. Als zentrale Zielsetzung der Wochenbettbetreuung sehen alle drei befragten Berufsgruppen die Stärkung der Mutter-Kind Beziehung. Daher sollten alle Betreuungspersonen für Kommunikationsstrategien, Bindungstheorie, Entwicklungspsychologie und Kontaktverhalten sensibilisiert und geschult werden. Praxismodule beispielsweise zum Thema Massagetechniken für Mutter und Kind und praktische Stillhilfe sollten ebenfalls als wesentliches Kernelement integriert werden. Die Erarbeitung von adäquatem Informationsmaterial und evidenzbasierten Pflegestandards könnte im Zuge dieser Kurse erfolgen und für den Einsatz im Betreuungsalltag geprüft werden. Durch eine umfassende Schulung möglichst aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter könnte eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für die tägliche Zusammenarbeit geschaffen werden. Somit kann konsistente Betreuung im klinischen Alltag stattfinden.

Bei der Ergebnisdarstellung wurden Kommunikationsbruch und die geringe **Wertschätzung** der Berufsgruppen als Herausforderungen in der stationären Wochenbettbetreuung herausgearbeitet. Wie in einigen Interviews sehr deutlich zu sehen, war stehen das Ausmaß der räumlichen Trennung und die Zusammenarbeit und Kommunikation in direktem Zusammenhang. Die Erweiterung der räumlichen Situation, durch die Errichtung eines gemeinsamen Dienstzimmers kann als mittel- bis langfristiges Ziel verstanden werden. Leichter umzusetzen sind Verhaltensbeobachtungen im täglichen Umgang miteinander, dafür formuliert Bachl (2008) drei Grundsätze. Begegnungen stets im Bewusstsein erleben, dass man sich ein zweites Mal treffen kann, dass man gegenseitig Hilfe brauchen und, dass das Gegenüber morgen als Vorgesetzter auftreten könnte.

Die Wahrnehmung der gegenseitigen Kompetenz und das Vertrauen sich jederzeit darauf berufen zu können fördert einen wertschätzenden Umgang miteinander.

Wissensaustausch muss über die Berufsgrenzen hinweg in der täglichen Zusammenarbeit stattfinden können. In Form von gemeinsamen Teamsitzungen oder Gruppenprojekten zu überlappenden Themenstellungen können die teilnehmenden Personen vom Know-how der Anderen profitieren.

6 Schlusswort

Das Schlusswort soll dazu verwendet werden, um die Grenzen dieser Magisterarbeit zu reflektieren.

Es wurde nicht wie bei der Grounded Theory vorgesehen auf ein theoretical sampling zurückgegriffen, sondern im Sinne einer purposive Samplingstrategie alle Personen zeitgleich rekrutiert.

Das Sample ist hinsichtlich der Aufteilung der Berufsgruppen unausgeglichen. Vier Hebammen, drei Kinderkrankenpflegepersonen und zwei allgemein diplomierte Personen wurden befragt, wobei ein Interview mit einer allgemein diplombierten Person nicht in die Auswertung mit eingeflossen ist. Das Ziel auf eine gleichberechtigte Besetzung aller Zellen zu achten, konnte nicht erreicht werden.

Bei der Auswertung wurden die Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu einer Gruppe zusammengefasst. Da lediglich zwei allgemein diplomierte Personen zu rekrutieren waren erschien mir diese Vorgehensweise passend. Es ist durchaus möglich, dass dadurch bestimmte Feinheiten in der unterschiedlichen Wahrnehmung von Kinderkrankenpflegepersonen und allgemein diplombierten Personen nicht berücksichtigt werden konnten.

Eben durch diese oben genannten Einschränkungen kann diese Arbeit kein vollständiges Bild der Sichtweise professioneller Helferinnen im Wochenbett darstellen. Auf Basis der gewonnen Erkenntnisse jedoch können weiterführende Forschungen dazu beitragen, das Spannungsfeld der stationären Wochenbettbetreuung zu beleuchten.

Literaturverzeichnis

Bachl, M. (2008). Wie wird die Pflege besser, effizienter und billiger? *Krankenpflege*, 8, 14-17.

Beck, M., & Knoth, S. (2004). Nachbetreuung von Wöchnerinnen. *Schweizer Hebamme*, 10, 4-12.

Berufsverband Kinderkrankenpflege Österreich (2011). Berufsbild Diplomierte Kinderkrankenschwester/Diplomierter Kinderkrankenpfleger. Abgerufen am 10.08.2001 unter http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Berufsbild%20Kinder-%20und%20Jugendlichenpflege_29346.pdf

Brechbühler, M. (1995). Zwischen Konkurrenz und Unsicherheit. Nahtstellen bei der Begleitung von Mutter und Kind. *Krankenpflege*, 11, 20-22.

Budych, K. (2010). „...irgendwas, irgendwie, bloß nicht das Richtige“ Wenn Geburtshelfer Angst haben. *Dr. med Mabuse*, 183 (1), 31-33.

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Abgerufen am 26.06.2012 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026&FassungVom=2012-06-26>
BGBl. I Nr. 74/2011

Bundesgesetz über den Hebammenberuf, Abgerufen am 26.06.2012 unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010804&FassungVom=2012-06-26>
BGBl. I Nr. 74/2011

Bundesministerium für Gesundheit, Säuglingsernährung heute 2006, Abgerufen am 30.06.2012 unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/1/5/CH1101/CMS1329470460370/langfassung_-_saeuglingsernaehrung_heute_-_endbericht_-_220707.pdf

Buxel, H. (2011). Was Pflegekräfte unzufrieden macht. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (17), 946-948.

Dudenhausen, J. W. (2008). Praktische Geburtshilfe. Mit geburtshilflichen Operationen. Berlin: Walter de Gruyter.

Edelman, L. (2002). Was ist normal, was ist pathologisch? *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 6, 10-12.

Edelmann, L. (2002a). Hürden und Hemmnissen in der Wochenbettbetreuung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 6, 17-20.

Engel, F. & Sickendiek, U. (2005). Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen. *Pflege & Gesellschaft*, 10 (4), 163-171.

Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2006). Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen. Bern: Hans Huber.

Ersser, S. & Tutton, E. (2000). Primary Nursing – worum geht es? In Ersser, S. & Tutton, E. (Hrsg.), Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems, (S. 3-29). Bern: Hans Huber.

Ewers, M., Schaeffer, D. & Ose, D. (2006). Aufgaben der Patientenberatung. In Schaeffer, D., & Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), Lehrbuch Patientenberatung, (S. 153-175). Bern: Hans Huber.

Faltermaier, T. (2004). Gesundheitsberatung. In Nestmann, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.), Das Handbuch der Beratung, Band 2, (S. 1063-1081). Tübingen: dgvt-Verlag.

Flick, U. (2009). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.

Goulding, J., & Hunt, J. (2000). Rechenschaftspflicht und rechtliche Fragen bei Primary Nursing. In Erser, S. & Tutton, E. (Hrsg.), Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems (S. 71-85). Bern: Hans Huber.

Harder, U. (2005). Rückbildung der allgemeinen körperlichen Veränderungen. In U. Harder (Hrsg.), Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause (S. 22-49). Stuttgart: Hippokrates.

Hasseler, M. (1997). Stationäre Wochenbettbetreuung. Hebamme, Krankenschwester, Kinderkrankenschwester - wer ist verantwortlich? *Dr.med Mabuse, 110 (6)*, 50-54.

Hasseler, M. (2002). Ganzheitliche Wochenbettpflege? Eine Evaluation verschiedener stationärer Betreuungsformen in der postpartalen Phase. Bern: Hans Huber.

Heller, A. (2002). Nach der Geburt: Wochenbett und Rückbildung. Stuttgart: Georg Thieme.

Höfer, S. (2012). Globaler Blick auf Stillhemmnisse. *Deutsche Hebammenzeitschrift, 3*, 58-60.

IET- Institut für klinische Epidemiologie der Tilak (2007). Geburtenregister Tirol, Bericht über die Geburtshilfe in Tirol 2007. Abgerufen am 20. November 2010 unter http://www.iet.at/fileadmin/iet/files/geburtenregister/grt_bericht_2007.pdf.

Jünger, S., Pestinger, M., Krumm, N., & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21, 347-354.

Kahf, S. (1992). Das klinische Wochenbett heute noch zeitgemäß? *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 11, 451-454.

Kelm, R. (2008). Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.

Klein, M. (2004). Die Hebamme als Begleiterin beim Übergang zur Elternschaft. *Hebammenforum*, 3, 157-160.

Hörstkamp, S. (2004). Primary Nursing – ein Weg zur Professionalisierung in der Pflege. *Österreichische Pflegezeitung*, 10, 26-29.

Koch-Straube, U. (2001). Beratung in der Pflege. Bern: Hans Huber.

Kowal, S., & O'Connell, D.C. (2008). Zur Transkription von Gesprächen. In Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 437-447). Reinbek: Rowohlt Taschenbuchverlag.

Körtner, U.H.J. (2004). Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas.

Lohmann, I. (2006). Mit professioneller Beratung Fehler vermeiden. *Pflegezeitschrift*, 12, 748-751.

Loos, I. (2000). Nach sechs Wochen bin ich wieder fit – dachte ich. *Schweizer Hebamme*, 1, 4-9.

Ludwig, I., Mathis-Jäggi, F., & Horlacher, K. (2009). Ein Umdenken in der Pflege. Die Aufgaben und Rollen der diplomierten Pflegefachperson müssen neu definiert werden. *Care Management*, 2 (3), 43.45.

Lutz, M. (2000). Die Praxis des Stillens. In Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., & Wehlinger, A. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch* (S. 423-458). Stuttgart: Schattauer.

Mändle, C. (2000). Pflege im Wochenbett. In Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., & Wehlinger, A. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch* (S. 349-362). Stuttgart: Schattauer.

Manthey, M. (2005). *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Bern: Hans Huber.

Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas.

McMahon, R. (2000). Macht und Kommunikation bei Primary Nursing. In Erser, S. & Tutton, E. (Hrsg.), *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems* (S. 193-204). Bern: Hans Huber.

Merker, B. (2000). Zur Identität der Heilberufe aus philosophischer Sicht. In Engelhardt, D., Loewenich, V., & Simon, A. (Hrsg.), *Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin* (S. 11-17). Münster: LIT.

Mühlbauer, B.H., Reinardt, J., & Süllwold, G. (1994). Bereichs- und Bezugspflege im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. *Die Schwester/Der Pfleger*, 33 (6), 465-473.

Müller, K. (2009). Wir sind keine eingebildeten Theoretikerinnen. *Österreichische Hebammenzeitung*, 5, 8-11.

Nieder, J., & Meybohm, K. (2001). *Memorix für Hebammen*. Stuttgart: Hippokrates.

Philips Mother & Child Care report –global outlook on breastfeeding 2011,
Abgerufen am 06.Juli unter
<http://ww1.prweb.com/prfiles/2011/11/16/8971907/Philips%20MCC%20report.pdf>

Pietschnig, B. (2010). Stillberatung in der Praxis, Teil 1. *Journal für Ernährungsmedizin*, 12 (4), 26-28.

Pietschnig, B. (2011). Stillberatung in der Praxis, Teil 2. *Journal für Ernährungsmedizin*, 13 (1), 6-10.

Polleit, H. (2005). Wochenbettbetreuung in der Klinik. In Harder, U. (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (S. 193-209). Stuttgart: Hippokrates.

Polleit, H. (2006). Wünsche erstgebärender Frauen an die stationäre Wochenbettbetreuung. *Die Hebamme*, 19, 116-124.

Quell, S. (2008). Starthilfe in 40 Stunden. *Hebammenforum*, 12, 962-967.

Rehbock, T. (2000). Heilen und Pflegen. Zur Ethik der Heilberufe in der modernen Medizin. In Engelhardt, D., Loewenich, V., & Simon, A. (Hrsg.), *Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin*. (S. 32-47). Münster: LIT.

Rulf, U. (2001). Integrative Wochenbettpflege. *Die Schwester/Der Pfleger*, 40 (10), 833-835.

Schopp, A. (2002). Unterschiedliche Sichtweisen von Müttern und Betreuungspersonen. *Pflegezeitschrift*, 1, 48-52.

Schücking, B., Loytved, C., & Borrmann, B. (2006). Werdende Mütter stärken. *Pflegezeitschrift*, 7, 400-403.

Schmidt-Kaehler, S., Knatz, S. & Krause, H. (2006). Formen der Patientenberatung. In Schaeffer, D., & Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Patientenberatung*, (S. 177-199). Bern: Hans Huber.

Schwarz, C. (2009). „...dass jemand kommt und sagt, dass alles okay ist“. *Hebammenforum*, 10, 804-809.

Stenz, G. (2006). Qualität der Wochenbettbetreuung. *Deutsche Hebammenzeitung*, 5, 16-19.

Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Reinbek: Rowohlt's Enzyklopädie.

Strauss, A.L., & Corbin, J. (1996) *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz. .

Tometten-Iseke, A. (2008). Einzigartig und unverwechselbar. *Hebammenforum*, 12, 977-980.

Wallner, J. (2007). *Health Care zwischen Ethik und Recht*. Wien: Facultas.

Wierz, V., & Gervink, S. (2000). Pflegesysteme: Einführung der Bereichspflege. In Wierz, V., Schwarz, A., & Gervink, S. (Hrsg.), *Qualität in der Pflege. Beispiele aus der Praxis* (S. 57-67). Stuttgart: Kohlhammer.

Wronn, U. (2012). Die Kunst liegt in der Bestärkung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 7, 24-28.

Anhang

Einverständniserklärung

Elisabeth Haselsteiner
Wiedner Gürtel 28/9
1040 Wien

Zu Beginn möchte ich mich herzlich für Ihre Bereitschaft, sich als meine Gesprächspartnerin zur Verfügung zu stellen bedanken.

Im Rahmen meiner Masterarbeit am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien führe ich eine Befragung zum Thema Zusammenarbeit auf Wochenbettstationen durch und interviewe dafür Hebammen, Kinderkrankenpflegepersonen sowie Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Die Forschungsergebnisse sollen dazu beitragen einen Einblick in die Zusammenarbeit im klinischen Wochenbett zu erhalten. Diskutiert werden Werte, Normen und die Sichtweise der professionellen Betreuerinnen, um Kompetenzbereiche zu beschreiben und zu stärken.

Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Die Inhalte unseres Gespräches werden vertraulich behandelt. Weiters werden Ihre persönlichen Daten in der Auswertung anonymisiert, sodass kein Rückschluss auf Ihre Person oder Ihre Dienststelle möglich sein werden. Die Daten des Interviews werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke weiter verwendet. Gerne stelle ich Ihnen Ihr Transkript (Niederschrift) und die Endfassung der Arbeit auf Wunsch zur Verfügung.

Sie haben jederzeit das Recht, das Gespräch abubrechen und Ihre Einwilligung auch nachträglich ohne Angaben von Gründen zurück zunehmen.

Nach erfolgter Information von Fr. Haselsteiner über die Studie „Zusammenarbeit im klinischen Wochenbett“ stelle ich mich unentgeltlich und freiwillig als Interviewpartnerin zur Verfügung.

Ich bin damit einverstanden, dass das mit mir durchgeführte Interview auf Tonband aufgezeichnet wird.

Name des Interviewteilnehmers

Name der Forscherin

Ich, Elisabeth Haselsteiner, verpflichte mich mit den erhobenen Daten wie oben beschrieben umzugehen

Datum, Ort

Abstract:

Current developments, an increasing rate of caesarean section and premature birth, as well as shortened length of stay in hospital, make it necessary to analyze the models for postnatal care service in hospitals. Many is already known about women's postnatal needs - further information is necessary to understand the situation of staff. In Austrian hospitals women after birth are mainly looked after by paediatric nurses, general nurses and sometimes midwives. One objective of this thesis was to explore the staff member's perception to gain insight about their own occupational identity as well as their impression about the other professions. Therefore nine staff members were interviewed concerning their experience with teamwork on postnatal ward and their sight on work related identity. To analyse these interviews the Grounded Theory was used. Different categories were identified and a model was constructed. The findings suggest that on the one hand specific clinical factors predict teamwork in hospital: shift work, human resources, set of rules as well as the women and their families. On the other hand the profession's self-perception and the awareness of other staff members do influence teamwork.

Aktuelle Entwicklungen, wie eine ansteigende Kaiserschnitt- und Frühgeburtenrate, sowie eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer nach der Geburt erfordern eine genauere Betrachtung der Wochenbettbetreuung im stationären Umfeld. Über die Bedürfnisse von Frauen nach der Geburt wurden bereits einige Untersuchungen durchgeführt. Weniger Beachtung fand bisher die Situation des Klinikpersonals. Eine Zielsetzung dieser Arbeit ist es standespolitische und berufspraktische Aspekte der professionellen Helferinnen in der stationären Wochenbettbetreuung zu beleuchten. Es wurden neun professionelle Helferinnen zum Thema Zusammenarbeit durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgt unter Verwendung der Grounded Theory. Es wurden unterschiedliche Kategorien gebildet, welche zu einem Modell zusammengefasst werden konnten. Bei der Auswertung zeigt sich, dass manche Rahmenbedingungen des klinischen Umfeldes, wie Schichtdienst, Personalsituation und Regeln und Kontrolle die Zusammenarbeit ebenso beeinflussen, wie die berufliche Wahrnehmung der Befragten.

Persönliche Daten:

Name: Elisabeth (Lilo) Haselsteiner
Geburtstag: 31.07.1985
Geburtsort: Wien
Wohnort: Wien
Muttersprache: Deutsch
Familienstand: ledig

**Ausbildung:**

1991 - 1995	Volksschule, Institut des Sacré Cour Wien & VS der Schulschwestern, Zwettl, Nö
1995 - 2003	Gymnasium, BRG Zwettl & BRG Schwechat & BRG Stockerau
2003 - 2005	Studium der Humanmedizin
2005 - 2012	Studium IDS Pflegewissenschaft
2008 - 2011	Hebammenausbildung IMC FH Krems
seit 2011	Hebamme, St.Josef Krankenhaus Wien

