

Aus dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Patientinnenzufriedenheit mit Kommunikation und Verhalten des medizinischen Personals
und Empfehlungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der klinischen Geburtshilfe

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Lisa Feron
aus Wiesbaden

Mainz, 2025

Wissenschaftlicher Vorstand:

Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Drees

Tag der Promotion:

22. Juni 2026

Nachnutzungslizenz:

CC BY-ND-4.0

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	I
1 Einführung und Ziel der Dissertation	1
1.1 Einführung	1
1.2 Ziel der Dissertation	2
2 Literaturdiskussion	3
2.1 Die Patientenerfahrung als neuer Qualitätsindikator.....	3
2.2 Limitationen einfacher Zufriedenheitsumfragen	3
2.3 Methoden zur Erhebung der Patientenerfahrung	4
2.4 Die Kontaktqualität als Hauptdeterminante der Patientenerfahrung.....	6
2.5 Bedeutung der Kontaktqualität in der klinischen Geburtshilfe	8
2.6 Qualitative Erforschung der Kontaktqualität aus Sicht der Mütter	10
2.7 Notwendigkeit qualitativer Analysen der geburtshilflichen Kontaktqualität in Deutschland	12
3 Methoden.....	13
3.1 Studiendesign.....	13
3.1.1 Qualitative Analyse der Tiefeninterviews.....	15
3.2 Studienteilnehmerinnenrekrutierung.....	16
3.3 Ethik.....	18
3.3.1 Datenschutzkonzept.....	18
3.3.2 Patienteninformation und Nutzen-Risiko-Abwägung.....	18
4 Ergebnisse.....	20
4.1 Studienkollektiv	20
4.2 Der Fragebogen: Gesamtzufriedenheit der Mütter mit Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals	23
4.3 Tiefeninterviews (Studienteil 1).....	25
4.3.1 Der Kreißsaal: Positivnennungen	28
Mehrfachnennungen möglich.....	28
4.3.2 Der Kreißsaal: Negativnennungen.....	37
4.3.3 Die Wochenbettstation: Positivnennungen zum Pflegepersonal	43
4.3.4 Die Wochenbettstation: Negativnennungen zum Pflegepersonal.....	50
4.3.5 Die Wochenbettstation: Stationsärzte.....	56
Positivnennungen zu den Stationsärzten	57
Negativnennungen zu den Stationsärzten.....	60
4.4 Tiefeninterviews (Studienteil 2).....	63
4.4.1 Studienteil 2: Positivnennungen	63
4.4.2 Studienteil 2: Negativnennungen.....	67
4.4.3 Schlussfolgerungen der Frauen aufgrund ihrer bleibenden Erinnerungen und ihre Bedeutung für diese Arbeit	73
5 Diskussion	75

5.1	Fragebogenergebnisse: Hohe Gesamtzufriedenheit mit der Kontaktqualität zum medizinischen Personal	76
5.2	Die Tiefeninterviews: Alter, Parität, Entbindungsmodus und Gesamtzufriedenheit	78
5.3	Die inhaltliche Analyse aller Tiefeninterviews: Empfehlungen für Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals	80
5.3.1	Der Kreißsaal: Analyse und Empfehlungen für eine gute Kontaktqualität	81
5.3.2	Die Wochenbettstation: Analyse und Empfehlungen für eine gute Kontaktqualität.....	85
5.3.3	Nutzen der vorliegenden Arbeit	88
5.4	Repräsentativität des Studienkollektivs und der Studienergebnisse	89
5.5	Grundsätzliche Problematik mütterlicher Erwartungen an die klinische Geburtshilfe	91
6	Zusammenfassung.....	92
6.1	Zielsetzung und Methodik	92
6.2	Ergebnisse und Analyse: Empfehlungen für Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals	92
7	Literaturverzeichnis	95
8	Anhang	101
9	Danksagung	109

Abkürzungsverzeichnis

Abb.: Abbildung

(Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen, beispielsweise „die Ärzte“, beziehen sich-sofern nicht anders kenntlich gemacht-auf alle Geschlechter.)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung des Gesamtkollektivs (Studienteil 1)

Abbildung 2: Fragebogen: Gesamtzufriedenheiten des Gesamtkollektivs (Studienteil 1)

Abbildung 3: Fragebogen: Gesamtzufriedenheiten der tiefeninterviewten Frauen (Studienteil 1)

Abbildung 4: Altersverteilung der tiefeninterviewten Frauen (Studienteil 1)

Abbildung 5: Tiefeninterviews Studienteil 1: Kreißsaal, Positivnennungen

Abbildung 6: Tiefeninterviews Studienteil 1: Kreißsaal, Negativnennungen

Abbildung 7: Tiefeninterviews Studienteil 1: Wochenbettstation, Pflegepersonal Positivnennungen

Abbildung 8: Tiefeninterviews Studienteil 1: Wochenbettstation, Pflegepersonal Negativnennungen

Abbildung 9: Tiefeninterviews Studienteil 1: Wochenbettstation, Ärzte Positivnennungen

Abbildung 10: Tiefeninterviews Studienteil 1: Wochenbettstation, Ärzte Negativnennungen

Abbildung 11: Tiefeninterviews Studienteil 2: Positivnennungen

Abbildung 12: Tiefeninterviews Studienteil 2: Negativnennungen

1 Einführung und Ziel der Dissertation

1.1 Einführung

Die moderne evidenzbasierte Medizin ist heute in ihren Therapiemöglichkeiten hochentwickelt und bietet jedem Patienten zuverlässigeren und umfassenderen Zugang zu Gesundheitsleistungen als jemals zuvor.

Gleichzeitig hat sich in der Praxis die Beachtung des persönlichen Aspekts des Kontakts von medizinischem Fachpersonal zu den Patienten und seiner Bedeutung für den Therapieerfolg zunehmend verringert. Der Fokus insbesondere der ärztlichen Ausbildung liegt nahezu ausschließlich auf dem Erlernen einer analytischen, unpersönlichen Sichtweise auf den abstrakten Krankheitsfall. Daneben wird die Wichtigkeit einer grundsätzlich zugewandten, empathischen Einstellung und ihre weitreichenden Auswirkungen auf den Patienten weitgehend vernachlässigt. Dies macht sich im alltäglichen Kontakt zu Ärzten und Pflegepersonal für den Patienten oft deutlich bemerkbar, belastet den Therapieverlauf negativ und führt zu einer ineffektiven, verbesserungsbedürftigen Behandlung. Wer selbst schon einmal Patient gewesen ist, weiß um die große Bedeutung ärztlicher Verhaltensweisen.

Die bestehende Studienlage hat die Wichtigkeit von Kommunikation auf Augenhöhe und einer guten Qualität des persönlichen Kontakts zu medizinischem Personal sowohl für eine positive Behandlungserfahrung als auch für eine aus rein medizinischer Sicht interventionsarme, gelungene Behandlung insbesondere für die klinische Geburtshilfe belegt. Internationale Studien zur Patientinnenzufriedenheit bezüglich konkreter Aspekte verbalen und non-verbalen Verhaltens des geburtshilflichen Personals konstatieren eine große Verbesserungsbedürftigkeit: Bis zu 40% der Patientinnen waren mit der Kommunikation des medizinischen Personals unzufrieden (1).

Für Deutschland kommt der Picker Report als Meta-Analyse schriftlicher Befragungen 77 deutscher Krankenhäuser zu interessanten Ergebnissen (2): Die Gesamtbeurteilung der Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe durch die Patientinnen fällt gut aus. Wird allerdings die Qualität der konkreten Interaktion zwischen medizinischem Fachpersonal und den Patientinnen genauer abgefragt, so sind durchgehend hohe Prozentzahlen zwischen 20 und 60 Prozent der Frauen unzufrieden. Dieses erste Stimmungsbild zeigt, dass großer Verbesserungsbedarf auch für Deutschland besteht. Eine weitergehende qualitative Analyse der bestehenden Probleme sowie Ansätze, durch konkrete Verhaltensempfehlungen für medizinisches Fachpersonal eine dringend benötigte Verbesserung des alltäglichen Patientenkontakts zu erreichen, sind bislang rar.

Es ist also lohnenswert, eine aktuelle Bestandsaufnahme der Patientinnenzufriedenheit mit der Kontaktqualität zu Ärzten und anderem medizinischen Fachpersonal in der Geburtshilfe vorzunehmen, sowie eine weiterführende Analyse der verbesserungswürdigen Aspekte anzuschließen, um eine patientenzentriertere Medizin und eine effektivere medizinische Versorgung ohne Erhöhung des knappen Ressourceneinsatzes Zeit zu erreichen.

1.2 Ziel der Dissertation

In einem ersten Schritt verfolgt diese Arbeit das Ziel, die in ersten Studien erhobenen erstaunlich schlechten Zahlen bezüglich der Patientinnenzufriedenheit mit Verhalten und Kommunikation des medizinischen Personals der stationären Geburtshilfe durch eine aktuelle Bestandsaufnahme an der Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz zu überprüfen.

In den Fällen, in denen die Frauen von ihren Erfahrungen berichten möchten, analysiert die Studie in einem zweiten Schritt diejenigen Aspekte des persönlichen Kontakts zum geburtshilflichen Personal, die die Behandlungserfahrung der Patientinnen maßgeblich prägen. Sowohl positiv als auch negativ wahrgenommene Verhaltens- und Kommunikationsweisen, die für die Patientenerfahrung wichtig sind, sollen qualitativ anhand von Tiefeninterviews herausgearbeitet werden. Daraus sollen dann möglichst konkrete Kommunikationsempfehlungen für Ärzte, Pflegepersonal und Hebammen abgeleitet werden, um die Behandlungsqualität effektiv zu verbessern. Zusätzlich soll die Studie auch die langfristige Bedeutung der Kontaktqualität auf die Patientin aufzeigen, da diese einen großen Einfluss auf ihr Wohlbefinden und somit große Relevanz für ihre allgemeine Gesundheit hat.

Für die Patientin ist in der Entbindungssituation ein Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Ärzten, Pflegepersonal und Hebammen von besonderer Bedeutung. Obwohl häufig noch nicht ausreichend übereinstimmend wahrgenommen, ist ein guter Kontakt zwischen Patientinnen und medizinischem Personal sowohl aus Patientensicht als auch aus medizinisch-ärztlicher Perspektive essentiell für eine hohe Versorgungsqualität.

2 Literaturdiskussion

2.1 Die Patientenerfahrung als neuer Qualitätsindikator

Insbesondere in Deutschland ist die Patientenzufriedenheit und die Patientenerfahrung erst seit Kurzem überhaupt ein relevantes Kriterium zur Beurteilung der Behandlungsqualität (3, 4). Traditionsgemäß wird medizinische Qualität in erster Linie an technischen Strukturmerkmalen, klinisch-medizinischen Parametern sowie klinischen Ereignissen wie Komplikations- und Sterberaten gemessen; in der Praxis fokussierte sich Qualitätsmanagement im Gesundheitssystem bislang vor allem auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sowie Patientensicherheit (2-5). Bezogen auf die Geburtshilfe sind dies beispielsweise die Perinatalerhebungen, Qualitätssiegel wie periZert, oder die internen Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Seit einigen Jahren erst rückt der Patient mit seinen Bedürfnissen, Erfahrungen und seiner Zufriedenheit als wichtiges Kriterium für die Versorgungsqualität zunehmend in den Blick (4, 6-8). Wie man die Erfahrungen, die Patienten machen, möglichst sinnvoll und vollständig abbilden und für die Verbesserung der Versorgungsqualität nutzbar machen kann, ist eine nicht abschließend geklärte Frage der Forschung.

2.2 Limitationen einfacher Zufriedenheitsumfragen

Die vielleicht am häufigsten angewandte, da einfachste Methode sind Zufriedenheitsbefragungen. Es ist allerdings ein anerkanntes methodisches Problem, dass die Gesamtzufriedenheit als subjektives Konstrukt relativ komplex und schwierig zu analysieren ist (9). Es ist bekannt, dass die Patientenzufriedenheit unter anderem vom Gesundheitszustand und der Sozialschicht (10-13) beeinflusst wird und nicht zuletzt stark von den Erwartungen des Patienten abhängt, welche wiederum schwierig differenziert erfassbar sind (14-16). In Großbritannien beschäftigte sich eine Studie mit Methoden zur Erfassung von Patientenerwartungen und ihrer Erfüllung (17); alternativ gibt es Ideen, direkt die relative Erwartungserfüllung zu messen (15).

Ein typisches Problem bei allgemeinen Zufriedenheitsbefragungen ist außerdem der sogenannte Deckeneffekt (ceiling effect), also durchschnittlich äußerst positive Umfrageergebnisse (14, 16, 18). Dies reflektiert häufig nicht eine tatsächlich perfekte Patientenerfahrung (11, 14, 16, 18), sondern kommt zustande durch verschiedene, positiv verzerrende Einflüsse wie die „Behebung kognitiv dissonanter Wahrnehmungen durch Senkung des Anspruchsniveaus, Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit, Dankbarkeitseffekte, die soziale Nähe oder Distanz zum Arzt, Angst vor dem

Selbsteingeständnis, schlecht behandelt worden zu sein ebenso wie die Angst vor persönlichen Nachteilen bei Kritik“ (14).

Dass die in Fragebögen angegebenen Zufriedenheitswerte die tatsächlichen Erfahrungen häufig nicht angemessen reflektieren, konnte eine weitere britische Studie besonders deutlich zeigen (12). Die Probanden gaben nach Besuch ihres Hausarztes ihre Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Kommunikation in einem Fragebogen an und wurden anschließend in einem Interview über denselben Arztbesuch anhand einer angefertigten Videoaufnahme befragt. Dabei passten die positiven Zufriedenheitswerte des Fragebogens häufig nicht mit der Kritik zusammen, die dieselben Patienten dann im persönlichen Gespräch äußerten. Eine zweite Beurteilung der Videoaufnahmen von außen durch unabhängige Kommunikationsexperten bestätigte diese Diskrepanz: Durch die Experten als mangelhaft eingeschätzte Kommunikation spiegelte sich häufig nicht in entsprechend negativen Fragebogenbewertungen wieder. Gründe für die Bereitschaft, über Kommunikationsdefizite hinwegzusehen, sehen die Autoren zum einen in einer langjährigen persönlichen Beziehung und Loyalität der Patienten zu ihrem Hausarzt, die eine sachliche, gegenstandsgebundene Kritik erschwert; zum anderen in einem empfundenen Machtgefälle zwischen Arzt und Patient verbunden mit der Angst vor negativen Konsequenzen bei geäußelter Kritik. Nicht zuletzt ging aus den Interviews hervor, dass die Bewertung häufig durch Vergleiche mit früheren, schlechteren Erfahrungen ins Positive relativiert wurde (12). Das Phänomen überaus hoher Zufriedenheitswerte in Fragebögen bei gleichzeitiger Äußerung von Kritik in Tiefeninterviews zeigte sich in einer anderen Studie ebenfalls deutlich; einen Hauptgrund schrieben die Autoren hier der patienteneigenen Ansicht zu, nach der das Gesundheitssystem und seine Akteure limitierte Möglichkeiten und somit geringere Bringschuld den Patienten gegenüber hätten, auch wenn es durchaus Anlass für Kritik gebe (16).

Insgesamt bestehen erhebliche Zweifel an der differenzierten Aussagekraft von allgemeinen Ratingfragebögen und Zufriedenheitsbefragungen im Besonderen (11-16, 19).

2.3 Methoden zur Erhebung der Patientenerfahrung

Neben Zufriedenheitsbefragungen gibt es Fragebögen, die auf verschiedene Art und Weise die Patientenerfahrung differenzierter zu erfassen versuchen.

Grundsätzlich lassen sich hierbei die sogenannten patient-reported-outcome-measures (PROMs) und die patient-reported-experience-measures (PREMs) unterscheiden (20). PROMs zielen eher auf das Outcome aus Patientensicht ab, also beispielsweise die Symptomstärke oder die empfundene gesundheitliche Lebensqualität nach Behandlung. PREMs, auch frequency-of-behavior Fragen genannt, erheben, wie häufig der Patient

beispielsweise ein bestimmtes Verhalten des Personals erlebt hat. Dies soll objektivere Ansätze für Verbesserungen bieten als reine Zufriedenheitsbefragungen (6).

Für Deutschland wurde 2008 der PEQ (Patient's Experience Questionnaire) (4) durch die Bertelsmann-Stiftung in Kooperation mit dem Schweizer „Verein Outcome“ entwickelt. Einige Krankenkassen führten bundesweit unter ihren Versicherten mit dem PEQ die bis dahin größten Patientenbefragungen in Deutschland durch (21). Die Ergebnisse wurden bis März 2024 regelmäßig auf dem Internetportal „Die Weisse Liste“ (22) aufbereitet. Die Website stellte zusätzlich auch Strukturinformationen der Krankenhäuser dar und sollte so den Patienten Vergleichbarkeit und Orientierung in Bezug auf die Krankenhauswahl bieten (23). (Der Betrieb der Website wurde 2024 eingestellt, da das Bundesgesundheitsministerium die staatliche Onlineplattform www.gesund.bund.de mit ähnlicher Intention schuf. Der dortige Bundes-Klinik-Atlas bietet Informationen wie Fallzahlen und eine Art Personalschlüssel zu Kliniken bundesweit (24). Weitere Informationen wie Komplikationsraten sollen bald folgen; bislang fehlen jedoch im Gegensatz zur Weissen Liste Stand November 2025 patientenzentrierte Erfahrungsberichte.)

Der PEQ soll mit 15 Fragen orientierend die wichtigsten Qualitätsdimensionen der Patientenerfahrung vergleichend messbar machen (4). Die Auswahl der Items erfolgte auf Grundlage der durch die bisherige Forschung für die Patientenerfahrung als am Wesentlichsten identifizierten Aspekte: Bezüglich des Kontakt zu den Ärzten und dem Pflegepersonal fragt der PEQ hier jeweils konkret ab, inwieweit persönliche Wünsche berücksichtigt wurden, außerdem die Zufriedenheit mit dem allgemeinen Umgang und Informierung; ergänzende Fragen zielen auf Strukturen und Prozesse wie zum Beispiel Wartezeiten, Sauberkeit, Essensversorgung und die Weiterempfehlungsbereitschaft ab. Für die Geburtshilfe wurde der Fragebogen hinsichtlich der Betreuung durch die Hebammen (fachliche Betreuung, Umgang, Informierung), Versorgung des Kindes, Schmerzbehandlung und Räumlichkeiten erweitert. Als Kurzfragebogen bietet er jedoch keine Möglichkeit, Patientenerfahrungen qualitativ und konstruktiv zu analysieren, sondern kann bestenfalls einen groben Ansatz für die differenzierte Analyse von Problembereichen bieten.

International verbreitet sind die Picker-Fragebögen des Picker-Instituts, eine internationale non-profit Organisation, die sich der Verbesserung der Versorgungsqualität aus Patientensicht verschrieben hat (25). Inhaltliche Grundlage der Fragebögen war die Forschung des Instituts zu den für Patienten wesentlichen Qualitätsmerkmalen und den Schlüsselsituationen, die die Patientenerfahrung wesentlich prägen. Dies berücksichtigte Expertenmeinungen, bestehende Literatur zum Thema und Ergebnisse aus Fokusgruppen und Tiefeninterviews mit Patienten (14, 26). Das Picker Institut identifizierte folgende Qualitätsdimensionen: Zugang zur Versorgung, einen respektvollen Umgang verbunden mit Rücksicht auf individuelle

Präferenzen, Koordination der Behandlung, Information, physisches Wohlergehen, emotionale Zuwendung und Unterstützung, Einbeziehung von Angehörigen sowie Kontinuität der Versorgung (14). Die Picker-Fragebögen sind meist ereignisorientiert im Sinne von frequency-of-behavior-Fragen konzipiert, zu einem kleinen Teil auch als Urteilsfragen, zum Beispiel nach dem Gesamteindruck (14).

Neben quantitativen Methoden wie Fragebögen bieten Interviews eine qualitative Erhebungsmöglichkeit. In der Forschung zu komplexen Themen wie der Patientenperspektive und -erfahrung können frei sogenannte Patientennarrative erhoben werden (27) oder semi-strukturiert oder strukturiert bestimmte Fragestellungen bearbeitet werden. Interviews werden auch zur psychometrischen Testung in der Entwicklungsphase von Fragebögen wie des PEQ (4) genutzt (also Prüfung ihrer Verständlichkeit, Interpretierbarkeit und Zugänglichkeit) und zur inhaltlichen Entwicklung ihrer Items wie beim Picker-Fragebogen (26). Interviews nehmen neben Fragebögen als Erhebungsmethode und als Quelle für Verbesserungsansätze der Versorgungsqualität in der Praxis insgesamt eine untergeordnete Rolle ein (28). Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass Tiefeninterviews wichtige Informationen zu verbesserungswürdigen Aspekten aus Patientensicht liefern, die im direkten Vergleich durch entsprechende Fragebögen nicht erfasst werden und im Hinblick auf Aufwand und Kosten durchaus vergleichbar sind (19).

2.4 Die Kontaktqualität als Hauptdeterminante der Patientenerfahrung

Die Patientenerfahrung selbst wird hauptsächlich durch die Beziehung zu dem behandelndem Personal auf Ebene des persönlichen Umgangs bestimmt (6, 14, 29-31): Neben fachlicher Kompetenz sowie der Vermittlung von Informationen erwarten Patienten vonseiten des medizinischen Personals Respekt, persönliches Interesse, Verständnis, Empathie, Ehrlichkeit und Fürsorglichkeit (9, 14, 15, 29-41). Ärztliche Kommunikation nimmt hierfür eine Schlüsselrolle ein (9, 36, 38, 42-44), nonverbale Kommunikation eingeschlossen (38, 45-47). Eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation beeinflusst zudem die Gesundheit des Patienten erwiesenermaßen positiv (48, 49) und ist nicht zuletzt auch ökonomisch aufgrund konsekutiv verringerter Kosten wünschenswert (37). Kritik durch Patienten an ihrer Behandlung zielt häufig auf zwischenmenschliche Defizite in der Kommunikation ab, häufig auf mangelnde Empathie (12, 41, 48, 50).

Empathie vonseiten des Personals ist für die Patientenerfahrung zwar erwiesenermaßen zentral, als Konzept aber schwer zu operationalisieren. Häufig findet man eher allgemeine, theoretische Anweisungen für Ärzte im Gespräch mit Patienten mit floskelhaften Wendungen als Beispiele: Empathie zeigen in Form von „Sie wirken aufgebracht“, Respekt vermitteln als

„Sie haben offensichtlich hart daran gearbeitet.“ (51); oder allgemein den Hinweis, auch die Patientenperspektive zu erheben (52). Zwei Studien analysierten Aufnahmen von Arzt-Patienten-Gesprächen und fanden Gesprächsmerkmale, die signifikant mit hohen Zufriedenheitsumfragewerten dieser Patienten korrelierten: Das Benutzen ähnlichen Vokabulars durch Ärzte und Patienten, das Einsetzen von Gesprächspausen, nicht zu häufiges Unterbrechen durch die Ärzte (53) sowie das Thematisieren psychosozialer Belange und Verzicht der Ärzte, das Gespräch zu dominieren (54). Diese Dominanz vonseiten der Ärzte zum Beispiel durch direktes Einhängen nach der ersten Patientenäußerung und Steuerung des Gesprächs mit geschlossenen, symptomzentrierten Fragen ist auch als Arzt-zentriertes, biomedizinisches Modell bekannt und stark mit Patientenunzufriedenheit assoziiert, besonders im Vergleich zum patientenzentrierten, biopsychosozialen Modell, das mit der höchsten Patientenzufriedenheit verbunden ist und dem Patienten erlaubt, zu Beginn ohne Unterbrechung durch den Arzt alle seine Anliegen zu schildern (die ermittelte, hierfür benötigte Dauer von durchschnittlich weniger als drei Minuten impliziert dabei eine durchaus umsetzbare Praktikabilität dieses Ansatzes) (55).

Ärzte, die von ihren Kollegen herausragende Kommunikationsfähigkeiten bescheinigt bekommen hatten, wurden in Interviews zu ihren Gesprächstechniken befragt. Sie nannten unter anderem Respekt, teilnehmende Neugier und fokussiertes Zuhören. Die Autoren der Studie bewerteten diese Aspekte als nichts grundlegend Neues, stellten allerdings heraus, dass die Ärzte dies grundsätzlich mit Authentizität umgesetzt hätten. Eine gelungene Arzt-Patientenbeziehung basiere nicht auf standardisierten Verhaltensweisen, sondern vielmehr auf authentischer Umsetzung der als wichtig identifizierten Aspekte. Dies bedeute auch, dass Ärzte ihre Gedanken und Gefühle auf professionelle Art und Weise ehrlich ausdrücken und verlange nach einem neuen Schwerpunkt in der ärztlichen Ausbildung (56).

Während diese Erkenntnisse durchaus Ansätze zur Verbesserung der Kommunikation und damit der Versorgungsqualität bieten mögen, lässt die direkte Nutzung der Patientenerfahrungen selbst hierzu noch deutlich zu wünschen übrig (12, 28, 57, 58), obwohl das die vielleicht direkteste Möglichkeit bietet.

In Großbritannien zeigte sich das medizinische Personal Patientenumfragen gegenüber desinteressiert (58) bis misstrauisch (12), insbesondere wenn die Ergebnisse kritisch ausfielen (28). Sie bezweifelten Validität, Reliabilität und Repräsentativität der verwendeten Fragebögen und unterstellten den Patienten unrealistische Erwartungen. Außerdem formulierten sie eine klare Präferenz für qualitative Ergebnisse, die für sie fassbarere Ansätze für Verbesserungsinitiativen darstellten (12).

Eine relativ junge Idee, die Patientenperspektive praxisnah für Verbesserungen der Versorgungsqualität zu nutzen, ist das Experience-Based Co-Design (ECBD) (57, 59). Hierfür

wird ein sogenannter Triggerfilm aus den Patienteninterviews über die prägenden „touchpoints“ ihrer Erfahrungen zusammengestellt. Diese Triggerfilme sollen Diskussionen zwischen dem Personal und Patienten anstoßen und beide Gruppen anschließend gemeinsam Strategien für Verbesserungen entwickeln. Diese Filme erwiesen sich in Großbritannien als überregional repräsentativ für Patientenerfahrungen, sodass sie eine breit einsetzbare und kostengünstige Möglichkeit darstellen, die Versorgungsqualität insbesondere aus Patientensicht zu verbessern (57).

2.5 Bedeutung der Kontaktqualität in der klinischen Geburtshilfe

Betrachtet man die Geburtshilfe, ist die Bedeutung einer guten Qualität zwischenmenschlicher Interaktion für eine positive Behandlungserfahrung aufgrund der besonderen Ausnahmesituation für die Patientin noch einmal besonders zu betonen (1, 60-71). Eine negative Entbindungserfahrung ist assoziiert mit postnataler Depression (2, 72, 73) und mit einer Prävalenz von je nach Studie etwa 3% sogar mit posttraumatischen Belastungsstörungen (2, 74, 75). In Bezug auf den langfristigen Einfluss der Entbindungserfahrung ist bekannt, dass dieser über Jahre und Jahrzehnte hinaus sehr genau in Erinnerung bleibt und die Gesundheit der Patientinnen und die Beziehung zu ihrem Kind sogar über Jahrzehnte hinaus prägt (2, 76, 77). Sie spielt auch eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für oder gegen weitere Kinder (2).

In Bezug auf die analytische Erfassung der Kontaktqualität aus Sicht der Patientinnen mit anschließenden Ansätzen zur Verbesserung gibt es hierzulande jedoch vergleichsweise wenige Initiativen (71).

International existieren Fragebögen, die einzelne Aspekte der Entbindungserfahrung messen, wie zum Beispiel die empfundene Kontrolle der Situation, Selbstwirksamkeit und Ängste, die ihrerseits wiederum maßgeblich durch eine gelungene oder gescheiterte Kommunikation mit dem geburtshilflichen Personal bedingt sind (78): die Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI), die Labour Agency Scale (LAS) oder der Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ).

Unter den Fragebögen, die die gesamte Entbindungserfahrung abzubilden versuchen, ist der 2010 entwickelte Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) (79) der wohl verbreitetste. Er erfasst mit 22 Fragen die Dimensionen eigene Bewältigungsmöglichkeiten (own capacity), wahrgenommene Sicherheit (perceived safety), professionelle Unterstützung (professional support) und Partizipation (participation). Für Deutschland wurde erst 2021 eine deutsche Version validiert (80).

Einige Studien, die die Gesamtzufriedenheit der Frauen mit ihrer allgemeinen Betreuungssituation in der stationären Geburtshilfe anhand von Fragebögen untersucht haben, zeigen durchaus positive Ergebnisse (2, 71, 81, 82). Allerdings wird auch hier der große Einfluss positiv verzerrender Faktoren diskutiert (83), wie beispielsweise die Erleichterung, ein gesundes Kind erfolgreich zur Welt gebracht zu haben, Dankbarkeit gegenüber dem betreuenden Personal, soziale Erwünschtheit der Antworten sowie eine positive Gesamtbeurteilung trotz des Wunsches nach einer besseren Betreuung (die Frauen hielten diese aber vor dem Hintergrund eines hohen Geburtenaufkommens in der Klinik und Personalknappheit für nicht realisierbar) (2, 16, 71).

Tatsächlich zeigt der Picker Report 2017 (2), der als Meta-Analyse schriftlicher Befragungen von rund 9600 Wöchnerinnen aus 77 deutschen Krankenhäusern neben der Gesamtbeurteilung der Behandlung auch konkret einzelne Aspekte des Kontakts zu geburtshilflichem Personal auswertete, dass sich diese überaus positive Gesamtbewertung der geburtshilflichen Betreuung in vielen Aspekten des zwischenmenschlichen Kontakts so nicht widerspiegelt. In mittelgroßen bis großen Häusern (1000 bis 2000 Geburten pro Jahr) äußerten sich durchweg hohe Anteile der Frauen als unzufrieden: 40% der Frauen gaben mangelnde Verfügbarkeit der Hebammen an, 15% hatten kein Vertrauen in ihre Hebammen. 30% hatten zu wenig Gelegenheit, mit den Hebammen über Ängste und Befürchtungen zu sprechen und genauso viele wurden aus ihrer Sicht unzureichend in Entscheidungsprozesse miteinbezogen. Über die Wochenbettstation berichteten über 30% der Frauen von mangelndem Vertrauen in das Personal und genauso viele erhielten unverständliche Antworten auf wichtige Fragen. Knapp 20% berichteten, das Wochenbettstationspersonal sei nicht da gewesen, wenn es gebraucht wurde. Besonders schlecht wurden die Frauen über die Babypflege und das Stillen informiert: 60% der Frauen waren hiermit unzufrieden, 30% hatten zu wenig praktische Unterstützung bei der Ernährung ihres Babys erhalten. Sogar bis zu 70% der Frauen gaben an, dass die Vorbereitung auf die Entlassung unzureichend gewesen sei, fast 30% hatten überhaupt kein Entlassungsgespräch geführt. Kleinere Häuser mit bis zu 600 Geburten jährlich schnitten dabei in allen Kategorien konsequent besser ab (2). Diese Zahlen lassen einen deutlichen Bedarf an Verbesserung erkennen. Dennoch sind qualitative Analysen von Aspekten, die aus Sicht der Frauen für einen gelungenen Kontakt zu Ärzten und anderem geburtshilflichem Personal während ihrer Entbindung wesentlich sind, sowie Versuche, diese praktisch nutzbar zu machen, um die Behandlungsqualität zu verbessern, erstaunlich rar.

2.6 Qualitative Erforschung der Kontaktqualität aus Sicht der Mütter

International wurden vor allem innerhalb der letzten zehn Jahre einige Studien mit Tiefeninterviews der Mütter zu ihren Entbindungserfahrungen durchgeführt. Die Kontaktqualität zum Personal war meist nicht alleiniger Mittelpunkt der Erhebungen, auch wenn dies für die Frauen immer von essentieller Wichtigkeit war. Es lohnt sich also, diesen Punkt in den bisherigen Studien genauer zu betrachten.

In England nannten die Mütter für sie positive Verhaltensweisen der Hebammen: Anwesenheit, die nach Bedarf ausgerichtet war (nicht notwendigerweise ununterbrochen), das beiläufige Teilen kleiner persönlicher Dinge über sich oder ihr Leben, das den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung erleichterte, Verabschieden und Vorstellen der Ablösung bei Schichtwechsel sowie Vorschlägen und begleitendes Ausprobieren verschiedener Optionen statt reiner Anweisungen (84).

Bezogen auf das geburtshilfliche Personal allgemein beschrieben die Frauen an anderer Stelle Kommentare der Ermutigung („you did really well“) und einfaches Fragen nach dem Befinden (69) als positiv.

In Australien wurden bei 36 Frauen mit positiven Entbindungserfahrungen in Interviews herausgearbeitet, welche Faktoren für sie wesentlich waren. Sie beschrieben das Personal als nahbar, unterstützend, aufmerksam und kompetent. Als besonders positiv wurde bewertet, gut informiert zu werden und dann eigene Entscheidungen treffen zu können, insbesondere wenn dies ein Ablehnen empfohlener Maßnahmen bedeutete. Dies gab den Frauen ein Gefühl der Kontrolle. Klare, verständliche Erklärungen und ein Debriefing, also ein erneutes Aufsuchen der Patientin durch einen Arzt nach Entbindung wurden positiv unterstrichen. Im Kern beschrieben die Frauen eine individualisierte Betreuung, in der ihre Stimme und Bedürfnisse gehört und respektiert wurden (70).

In Spanien betonten die Mütter die Wichtigkeit eines grundsätzlich empathischen, herzlichen und respektvollen Umgangs. Sie empfanden widersprüchliche Angaben und Informationen durch das Personal vor allem in Bezug auf das Stillen und das Wochenbett als problematisch. Sie verlangten klarere und ehrlichere Erklärungen, was mit ihnen während der Entbindung passierte und wie sie es einzuordnen hatten (85). Dieser letzte Punkt scheint wichtig zu sein; er findet sich in zwei weiteren Studien wieder (69, 86).

In Nigeria und Uganda wünschen sich die Mütter unter anderem das Verwenden einfacher, klarer Sprache, die Möglichkeit Fragen zu stellen, Empathie durch das Personal zum Beispiel in Form von geduldig sein und eine warme, emotional unterstützende Präsenz (63, 87).

Eine groß angelegte Studie hatte knapp 1200 Frauen im Irak in einem strukturierten Interview mithilfe eines ausführlichen Fragebogens zu ihrer Zufriedenheit bezüglich konkreter Aspekte

verbalen und non-verbalen Verhaltens des geburtshilflichen Personals befragt. Die Ergebnisse bezüglich der Patientenzufriedenheit waren überaus schlecht. Über 40% der Patientinnen waren mit der Kommunikation des medizinischen Personals insgesamt unzufrieden; bezüglich der einzelnen Items des Fragebogens schnitten folgende Aspekte noch schlechter ab: Begrüßung und Vorstellung, das Erklären vorgenommener Untersuchungen, der Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten, das Eingehen auf individuelle Fragen und Berücksichtigen der Privatsphäre bei körperlichen Untersuchungen (1). Drei weitere internationale Studien in Äthiopien und dem Iran stufen die Kommunikation zwischen medizinischem Personal, insbesondere der Hebammen und den Patientinnen, als ähnlich verbesserungsbedürftig ein (88-90).

Ein Teil der Mütter erlebt ihre Entbindung im schlimmsten Fall als traumatisch (eine amerikanische Studie nennt hier sogar einen Anteil von 30% (91)). Dies liegt häufig begründet im Gefühl des Kontrollverlusts (92, 93), der Entmenschlichung („wie ein Stück Fleisch“) (92), der Isolation und der Hilflosigkeit (94). Interaktionen mit dem Personal sind hierfür die wichtigste Ursache, wichtiger noch als der rein medizinische Verlauf der Entbindung (93, 94). In schriftlichen Berichten schilderten Mütter aus Nordamerika, Europa und Australien mit einer als traumatisch erlebten Entbindung hierzu konkrete Verhaltensweisen des Personals (93). Aus den Schilderungen lässt sich grundsätzlich ein empfundener Missbrauch des Machtgefälles zwischen geburtshilflichem Personal und der Patientin herauslesen. Einige Erlebnisse drehen sich um das Priorisieren eigener Befindlichkeiten des Personals über die Bedürfnisse der Mutter: Dies reicht von unsensiblen Kommentaren („let’s get this over and done with, i have a golf game to get to“, „telling me (...) to deliver by 5pm because she wanted to go home“) über ungewollte, als ungerechtfertigt empfundene Interventionen („I begged not to have a c section, neither I nor my baby was in distress or danger, but because the doctor was ready to go home, he did a terrible section that resulted in almost a year of recovery“, „I was steamrolled with unnecessary intervention and didn’t get to speak with a doctor about my options, risks vs benenfits“) und empfundener Objektifizierung („20 people (...) sitting down on phones and chatting away while I had someone training with a forceps on me“) (93). Weitere Beispiele betreffen die entschiedene Missachtung der mütterlichen Einschätzung ihrer körperlichen Situation zugunsten der eigenen klinischen Beurteilung bis hin zu Drohungen, um Interventionen gegen den Willen der Mutter zu erzwingen („I was told (...) they would perform a cesarean without my consent“, „If you do not consent (...) then we can get our friend the psych registrar down here to section you- then we can do what we want to you but you may not be able to keep your baby“) sowie wiederholt die Drohung, ihr Baby würde sterben, wenn die Mutter nicht zustimmte (93). Die Extremform von Machtmissbrauch betreffen Schilderungen meist schmerzhafter Untersuchungen, die gegen den expliziten Willen der Mutter mit physischer Gewalt durchgesetzt werden. Die Frauen beschrieben diese

Erfahrungen als entwürdigend, brutal, entmenslichend und sich selbst als (sexuell) missbraucht (93). Auch wenn solche Erfahrungen glücklicherweise eher die Ausnahme zu sein scheinen, verdeutlichen solche Aussagen doch die enormen Auswirkungen, die das Verhalten des Personals auch im negativen Sinne auf die Frauen haben kann.

2.7 Notwendigkeit qualitativer Analysen der geburtshilflichen Kontaktqualität in Deutschland

Da die Studienlage insgesamt bestätigt, dass die Qualität des Kontakts zu geburtshilflichem Personal die Hauptdeterminante der subjektiven Entbindungserfahrung ist, verdeutlichen die Ergebnisse bisheriger Studien die Relevanz und Dringlichkeit sowohl weiterer Bestandserhebungen als auch qualitativer Analysen wesentlicher Aspekte, sowie darüber hinaus den Versuch, durch konkrete Verhaltens- und Kommunikationsempfehlungen den persönlichen Kontakt zu verbessern. Erste breite quantitative Auswertungen wie der Picker Report 2017 (2) zeigen auch für Deutschland einen deutlichen Verbesserungsbedarf. Ein relevanter Teil der existierenden qualitativen Erhebungen zur Kontaktqualität aus Sicht der Frauen fand in weniger wohlhabenden Ländern statt, deren Gesundheitssysteme und alltägliche klinische Praxis sich von deutschen Verhältnissen vermutlich stark unterscheiden. Dies bedeutet eine eingeschränkte Übertragbarkeit dieser Daten für Deutschland. Ein Review zu international existierenden Interventionen, die die Kommunikation zwischen Patientinnen und geburtshilflichem Personal zu verbessern versuchten, konstatierte einen erheblichen Mangel an Daten und den dringenden Bedarf weiterer Untersuchungen (95).

Zusätzlich konnten einige Studien zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen einer positiven Behandlungserfahrung der Patientin und einem aus medizinisch-ärztlicher Sicht guten Entbindungsverlauf besteht. Eine positive Beziehung zu den Ärzten und medizinischem Personal führt zu hoher Patientenzufriedenheit und geht signifikant mit einer verkürzten Entbindung, reduziertem Bedarf an Schmerzmitteln, verringerten Raten an Kaiserschnitten und anderen interventionellen geburtshilflichen Verfahren sowie verbesserter Neugeborenenengesundheit einher (61, 96, 97). Eine gute Kommunikation zwischen Patientin und medizinischem Personal bedeutet also nicht zuletzt auch reduzierte Kosten für das Gesundheitssystem im ökonomisch-wirtschaftlichen Sinne.

Insgesamt fällt eine große Diskrepanz zwischen dem Wissen um diese Zusammenhänge und dem Fehlen ihrer tieferen Analyse und konkreten Verbesserungsvorschlägen für die Praxis auf. Insbesondere auf Deutschland trifft dies zu, obwohl die Schlüsselrolle eines positiven persönlichen Verhältnisses zwischen Patientin und Fachpersonal sowohl für eine gute Behandlungsqualität als auch für eine ökonomisch-wirtschaftlich effektive

Patientenversorgung vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem auch für die Geburtshilfe belegt ist. Diese Arbeit hat das Ziel, bestehende Mängel konkret zu analysieren und möglichst praktische Hinweise zur Verbesserung zu liefern.

3 Methoden

3.1 Studiendesign

Das Forschungsvorhaben wurde im Rahmen der vorliegenden Dissertation am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universitätsmedizin Mainz in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz durchgeführt.

Die Studie erhob mit einem mixed-methods-Design quantitative und qualitative Daten.

Die Teilnehmerinnen erhielten kurz vor ihrer Entlassung auf der Wochenbettstation der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz in einem ersten Schritt einen Eingangsfragebogen, in dem sie ihre Gesamtzufriedenheit mit Kommunikation und Verhalten des medizinischen Personals (ausdrücklich bezogen auf die Ärzte, das Pflegepersonal und die Hebammen) auf einer Likert-Skala ankreuzen konnten: 1= vollkommen, 2= überwiegend, 3= neutral, 4= weniger, 5= überhaupt nicht. Auch wenn Gesamtzufriedenheitsbefragungen wie bereits dargestellt eine eingeschränkte Aussagekraft besitzen, dient diese Ersteinschätzung einer groben Orientierung, in welchem Bereich sich die Gesamtzufriedenheit der Mütter mit der Kontaktqualität überhaupt bewegt.

Der Frage nach der Gesamtzufriedenheit schloss sich das schriftliche Angebot eines ausführlicheren Gesprächs an, um ihre Erfahrungen in Bezug auf Kommunikation und Verhalten des medizinischen Personals näher thematisieren zu können. Wünschte die Mutter dies schriftlich dokumentiert, wurde mit ihr ein semi-strukturiertes Tiefeninterview in vertraulicher Atmosphäre geführt. In manchen Fällen war außer der Studienteilnehmerin und der Interviewerin auf Wunsch der Mutter hin auch deren Lebenspartner anwesend. Mindestens 20 solcher Interviews mit etwa 20 Minuten Länge pro Mutter wurden angestrebt, wobei die Dauer sich grundsätzlich nach dem Gesprächsbedarf der Mutter richtete. Für Auswertungszwecke wurden Tonaufnahmen der Gespräche angefertigt. Lehnte die Probandin ein ausführlicheres Gespräch im Anschluss an den Fragebogen ab, war die Studienteilnahme hiermit für sie beendet.

Die Ergebnisse der Tiefeninterviews stellen als patientenzentrierte Sicht auf die Behandlung den Hauptteil der Arbeit dar und ermöglichen eine qualitative Analyse verbesserungswürdiger

Aspekte im alltäglichen Kontakt zu dem medizinischen Personal. Der Vorteil eines Tiefeninterviews gegenüber Fragebögen ist eine offene, explorative Erhebung derjenigen Aspekte, die der Mutter persönlich wichtig sind, ohne durch Fragebogenitems konkrete Vorgaben zu machen. Dies sollte eine unverfälschte, unvoreingenommene Erfassung der Patientinnensicht ermöglichen. Der Studienteilnehmerin wurde durch eine offene Einstiegsfrage der thematische Rahmen gesetzt („Welche Kommunikations- und Verhaltensweisen des geburtshilflichen Personals sind Ihnen positiv oder negativ in Erinnerung geblieben?“ oder „Gibt es spontan etwas Konkretes, das Sie bewogen hat, an der Studie teilzunehmen?“) um dann möglichst ohne stark zu steuern die Nennungen der Mutter aufzugreifen. Es wurde ein reduzierter Interviewleitfaden entwickelt, mit dem offen ergänzend beispielsweise die Kontaktqualität zu den verschiedenen geburtshilflichen Berufsgruppen (Hebammen, Pflegepersonal, Ärzte) erfragt wurde, falls die Mutter diese nicht spontan erwähnt hatte. Die Mütter steuerten ihr Interview durch ihre frei genannten Punkte wie beabsichtigt zu großen Teilen selbst; die Interviewerin nutzte überleitende Fragen, die sich aus dem jeweiligen Gesprächsverlauf ergaben und den Frauen auch ermöglichten, beispielsweise Erwartungen und Bedürfnisse, die nicht erfüllt wurden, zu thematisieren. Grundsätzlich wurde im Interview versucht, möglichst konkret Kommunikations- und Verhaltensweisen des Personals mit ihrer positiven und negativen Bedeutung für die Frauen zu erheben, um daraus möglichst praxisnah Empfehlungen ableiten zu können.

Ergänzend wurden zu jeder Studienteilnehmerin ihr Alter, die Parität und der Entbindungsmodus erhoben.

Das ursprüngliche Studiendesign sah vor, zu jeder im Tiefeninterview befragten Probandin ihren behandelnden Arzt in einem kurzen Gespräch zu seiner fachlichen Einschätzung und Beurteilung des Behandlungsverlaufs anzuhören. Bei der praktischen Erhebung der Daten vor Ort zeigte sich, dass dem klinischen Alltag und dem Schichtbetrieb geschuldet in der Regel der jeweils behandelnde Arzt oder Ärztin nicht für ein Gespräch zur Verfügung stand.

Ein ergänzender zweiter Studienteil beschäftigte sich mit der Frage, wie die Frauen nach längerem zeitlichem Abstand über ihre Entbindungserfahrungen in der klinischen Geburtshilfe und die Kontaktqualität zum Personal im Besonderen berichten. Analog zum ersten Teil wurden diesmal Tiefeninterviews mit Frauen geführt, deren Entbindung an der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz mindestens ein Jahr zurücklag. Es sollten wieder etwa 20 Frauen, je nach Wunsch und Möglichkeit, persönlich oder telefonisch etwa 20 Minuten möglichst offen explorativ befragt werden, auch hier wurden Tonaufnahmen der Interviews für die Auswertung angefertigt. Im Fokus des Gesprächs standen die Verhaltens- und Kommunikationsweisen des geburtshilflichen Personals, die der Mutter auch nach längerer Zeit positiv oder negativ in Erinnerung geblieben

sind. Die Ergebnisse dieser Interviews untersuchen die langfristige Bedeutung der Qualität des persönlichen Kontakts in der klinischen Geburtshilfe.

3.1.1 Qualitative Analyse der Tiefeninterviews

Die Auswertung erfolgte am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Universitätsmedizin Mainz. Dort lagern auch die Rohdaten der Studie.

Die qualitative Analyse erfolgte in mehreren Schritten. Es wurde das für die Mixed-Methods-Forschung geeignete Softwareprogramm MAXQDA verwendet.

Zunächst erfolgte die Transkription der Interviewtonspuren. Hier wurde auch auf die paraverbale Kommunikation der Studienteilnehmerin geachtet (beispielsweise Sprechtempo, Lautstärke, Pausen oder Tonfall), der eine genauere Interpretation der Äußerungen auch im Gesamtkontext zulässt.

Nach der Transkription fand die Codierung statt: In jedem transkribierten Interview wurden für die Fragestellung der Studie relevante Äußerungen der Mutter markiert („codiert“) und so in einem Codesystem erfasst, mit dessen Hilfe der komplexe Inhalt der einzelnen Interviews in Summe möglichst sinnvoll ausgewertet werden konnte.

Zur groben Sortierung der Äußerungen wurde zunächst zwischen dem Kreißsaal und der Wochenbettstation unterschieden. Das Personal der Wochenbettstation wurde weiterhin konkretisiert als Pflegepersonal oder ärztliches Personal. Initial bestand der Ansatz, auch das Kreißsaalteam in Hebammen und Ärzte aufzuteilen; eine erste orientierende Sichtung der Interviews zeigte jedoch, dass die meisten Nennungen zum Kreißsaal sich allgemein auf das Team dort bezogen und meistens nicht eindeutig entweder den Hebammen oder den Ärzten zuzuordnen waren. Daher flossen alle Nennungen zum Kreißsaal zunächst entweder in den Code „Kreißsaal Positivnennungen“ oder „Kreißsaal Negativnennungen“ ein. Bezogen sich die Mütter explizit auf die Hebammen im Kreißsaal oder die Kreißsaalärzte, so wurden diese Nennungen zusätzlich in einem entsprechenden Subcode erfasst (siehe Ergebnisteil).

Hieraus entstanden also folgende strukturierende Codes:

- Kreißsaal Positivnennungen
- Kreißsaal Negativnennungen
- Wochenbettstation, Pflegepersonal Positivnennungen
- Wochenbettstation, Pflegepersonal Negativnennungen

-Wochenbettstation, Ärzte Positivnennungen

-Wochenbettstation, Ärzte Negativnennungen

Innerhalb dieser Codes wurden im Laufe der inhaltlichen Analyse anhand des Klartexts der Nennungen passende *Subcodes* entwickelt, die die codierten Äußerungen inhaltlich ordneten und übergreifend charakterisierten, beispielsweise:

-Kreißsaal Positivnennungen:

-Allgemeine Art des Umgangs (1)

-Kommunikationsstil (2)

Mehrfachnennungen innerhalb eines Subcodes waren dann möglich, wenn die Äußerung einen neuen inhaltlichen Aspekt innerhalb des Subcodes darstellte. Wiederholte die Mutter einen bereits erfassten Punkt, so wurde die Äußerung als Wiederholung gekennzeichnet. So sollten möglichst alle Nuancen und Aspekte eines Subcodes erfasst werden, ohne sein Gewicht durch reine Wiederholungen zu verzerren.

Das so entstandene Codesystem wurde im Laufe der Auswertung in Wechselwirkung mit den inhaltlichen Äußerungen der Mütter mehrfach angepasst, ergänzt und abgeändert.

3.2 Studienteilnehmerinnenrekrutierung

Die Datenerhebung für den ersten Studienteil fand über knapp anderthalb Monate im März und April 2023 auf der Wochenbettstation der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz statt. Die Station umfasste zu diesem Zeitpunkt 23 belegbare Betten und war meist vollständig oder annähernd vollständig belegt. Neben Müttern, die bereits entbunden hatten, waren auch Schwangere, die kurz vor Entbindung standen, Patientinnen der Station.

Allen Frauen, die an dieser Klinik über den angesetzten Datenerhebungszeitraum ihr Kind entbunden hatten und auf die kein Ausschlusskriterium zutraf, wurde kurz vor ihrer Entlassung auf der Wochenbettstation über ausgeteilte Flyer das Angebot der Studienteilnahme gemacht. Ausschlusskriterien für alle Teile der Studie waren Patientinnen, deren Einwilligungsfähigkeit nicht zweifelsfrei gegeben war, Patientinnen mit ernsthaften Begleiterkrankungen oder akuten psychiatrischen Erkrankungen, Patientinnen, die sich nach ärztlicher Einschätzung in einer besonderen psychischen oder physischen akuten Belastungssituation befanden, die eine Befragung nicht zuließ, Minderjährige, sowie Frauen mit stark eingeschränkten Deutschkenntnissen, da für die Tiefeninterviews eine gute Artikulationsfähigkeit gegeben sein sollte.

Es fand keine Selektion beispielsweise nach Alter, Parität, Entbindungsmodus oder anderen medizinischen Kriterien statt, um ein vollständiges Bild aller Patientinnenerfahrungen zu erhalten.

Diese Patientengruppe eignet sich besonders gut für die Fragestellung der Studie, da die Geburt eines Kindes ein zentrales Lebensereignis darstellt und keinen primären Krankheitswert besitzt. Die emotional-psychische Betreuung, die durch den Kontakt zum geburtshilflichen Personal stattfindet, ist in dieser Situation besonders wichtig für die gelungene Bewältigung der Entbindungserfahrung.

Da im Vorfeld nicht bekannt war, wie häufig die Mütter neben der Zufriedenheitsumfrage auch das Gesprächsangebot wahrnehmen wollten, wurde bei den mindestens 20 angestrebten Interviews und einer angenommenen Bereitschaft etwa jeder fünften bis achten Frau, auch an einem Interview teilzunehmen, von einer Gesamtteilnehmerzahl von unter 200 Müttern ausgegangen.

Im Laufe der Datenerhebung wurden 166 Wöchnerinnen nach Entbindung auf Station aufgenommen. 20 Frauen schieden aufgrund einer schwerwiegenden Sprachbarriere als potentielle Studienteilnehmerinnen aus, weitere 20 Mütter waren nicht anwesend, als das schriftliche Angebot zur Studienteilnahme gemacht wurde.

Insgesamt erhielten 126 Mütter das Angebot zur Teilnahme. Von ihnen lehnten fünf Frauen (knapp 4%) ausdrücklich ab, 19 Frauen gaben keine Rückmeldung bezüglich einer Teilnahme.

102 Frauen (knapp 81% aller Wöchnerinnen, denen das Angebot zur Studienteilnahme gemacht wurde) füllten den Kurzfragebogen aus. Unter ihnen wünschten sogar 32 Frauen ein persönliches Gespräch über ihre aktuellen Erfahrungen mit der Kontaktqualität, dies ist etwa jede dritte Studienteilnehmerin. Damit bestand ein deutlich größeres Gesprächsbedürfnis als vorab angenommen. Auch wenn initial eine größere Teilnehmerinnenanzahl für die Zufriedenheitsumfrage angedacht gewesen war, wurde entschieden, die Datenerhebungsphase nach 32 durchgeführten Tiefeninterviews zu beenden, da die qualitativen Daten den Kern dieser Arbeit darstellen und die geplante Zahl von 20 Interviews bereits weit übertroffen wurde.

Die Datenerhebungsphase für den zweiten Teil der Studie fand von März bis Juni 2023 statt. Hierfür wurden Mütter gesucht, die mindestens ein Jahr zuvor ihr Kind an der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz entbunden hatten und von ihren damaligen Erfahrungen mit Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals berichten wollten. Rekrutierungsmethoden umfassten auch hier informierende Flyer, die in gynäkologischen Praxen in Mainz und Umgebung, der Frauenklinik und der Kinderklinik der Universitätsmedizin Mainz auslagen. Es konnten 15 Tiefeninterviews

hierzu geführt werden, die meisten davon mit Frauen, die auch am ersten Teil der Studie teilnahmen und zusätzlich auch frühere Entbindungserfahrungen thematisieren wollten. Nur zwei der 15 Teilnehmerinnen hatten sich von außerhalb gemeldet, um über sehr negative Entbindungserfahrungen zu berichten. Diese beiden Interviews wurden außerhalb der Wochenbettstation geführt.

3.3 Ethik

Das Forschungsvorhaben wurde durch die Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz bewilligt.

3.3.1 Datenschutzkonzept

Alle patientenbezogenen Daten wurden im Vorhinein pseudonymisiert: Jeder ausgefüllte Kurzfragebogen wurde fortlaufend nummeriert; für den Fall, dass die Studienteilnehmerin ein Gespräch gewünscht hatte, wurde zusätzlich ein Buchstabe ergänzt (beispielsweise 1A). Die Interviews für den zweiten Teil, die mit keinem Fragebogen einhergingen, wurden einfach fortlaufend nummeriert.

Auf einer gesonderten Liste wurden die Namen der Studienteilnehmerinnen diesem Code zugeordnet, um die Entschlüsselung allein in folgenden Situationen zu ermöglichen: Auf Verlangen einer Studienteilnehmerin hin, Auskunft über die von ihr gespeicherten personenbezogenen Daten zu erlangen, einschließlich kostenloser Überlassung einer Kopie der Daten; sowie zum Zweck der Berichtigung unzutreffender Daten.

Die Erfassung und Auswertung der Daten erfolgten unter Verwendung des oben ausgeführten Codes. Alle publizierten Daten sind anonymisiert; eventuell verwendete Zitate sind verfremdet, sodass keine Identifizierung möglich ist. Alle Rohdaten (Tonspuren sowie deren Transkripte) als auch deren Auswertung sowie der Schlüssel zu den Codes, der eine Identifizierung der Studienteilnehmerinnen erlaubt, werden im Institut für Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin der Universitätsmedizin Mainz offline und getrennt von ZDV-Systemen der Universitätsmedizin Mainz aufbewahrt und über 10 Jahre archiviert.

3.3.2 Patienteninformation und Nutzen-Risiko-Abwägung

Bei Interesse am Studienvorhaben sowie Erfüllen der Teilnahmevoraussetzungen wurde die Studienteilnehmerin durch eine Informationsschrift ausführlich über Absicht, konkrete Durchführung, Nutzen und eventuelle Risiken der Studie sowie Datenschutz informiert.

Für die Frauen ergaben sich mit Studienteilnahme weder Behandlungskonsequenzen noch medizinische Risiken. Die Probandin wurde darauf hingewiesen, dass das Interview zu persönlichen Behandlungserfahrungen durch das Thematisieren eventueller negativer Erfahrungen unter Umständen eine Belastung für die Betroffene darstellen kann. Insbesondere den Studienteilnehmerinnen auf der Wochenbettstation, die zu ihren aktuellen Erfahrungen befragt wurden, bot die Studie andererseits jedoch auch eine spontane Entlastungsmöglichkeit durch die Schaffung eines Gesprächsangebots für das Verbalisieren ihrer Erlebnisse und Erfahrungen, für die es sonst im Klinikalltag kaum Raum gibt.

Hatte sich die Patientin nach umfassender Aufklärung mit der Teilnahme einverstanden erklärt, erfolgte das Einholen der schriftlichen Einverständniserklärung vor der Datenerhebung. Die Projektleiterin stand jederzeit für eventuelle Fragen zur Verfügung.

4 Ergebnisse

(Hinweis: Alle prozentualen Werte sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet.)

4.1 Studienkollektiv

Die Gesamtteilnehmerzahl aller Studienteile beträgt 104 Frauen.

Studienteil 1: Kurzfragebogen und Tiefeninterview zur Kontaktqualität kurz nach Entbindung

102 Mütter (81% aller Frauen, denen ein Teilnahmeangebot zum ersten Studienteil gemacht wurde) füllten den Kurzfragebogen zur Gesamtzufriedenheit mit Kommunikation und Verhalten des Personals aus. Von ihnen wünschten 32 Frauen ein persönliches Gespräch über ihre Erfahrungen mit der Kontaktqualität. Dies ist etwa jede dritte Studienteilnehmerin.

Ergänzend wurden jeweils das Alter der Mütter, ihrer Parität sowie der Entbindungsmodus der gerade stattgehabten Entbindung erhoben.

Parität

Bezüglich der Parität zeigt sich ein relativ geteiltes Bild: Etwa die Hälfte aller Mütter (49,02%) entband zum ersten Mal; die knappe Mehrheit (50,98%) hatte zum Zeitpunkt der aktuellen Entbindung bereits mindestens ein Kind zur Welt gebracht.

Bei der Mehrheit der teilnehmenden Erstgebärenden (54%) wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt.

Entbindungsmodus

Mit Entbindungsmodus ist hier entweder die vaginale Entbindung (sowohl spontan als auch vaginal-operativ) oder per Sectio gemeint.

Knapp die Hälfte der teilnehmenden Mütter (48,04%) hatte mittels Sectio entbunden, davon entfielen über die Hälfte auf Primiparas. 51,96% der Frauen entband vaginal.

Alter

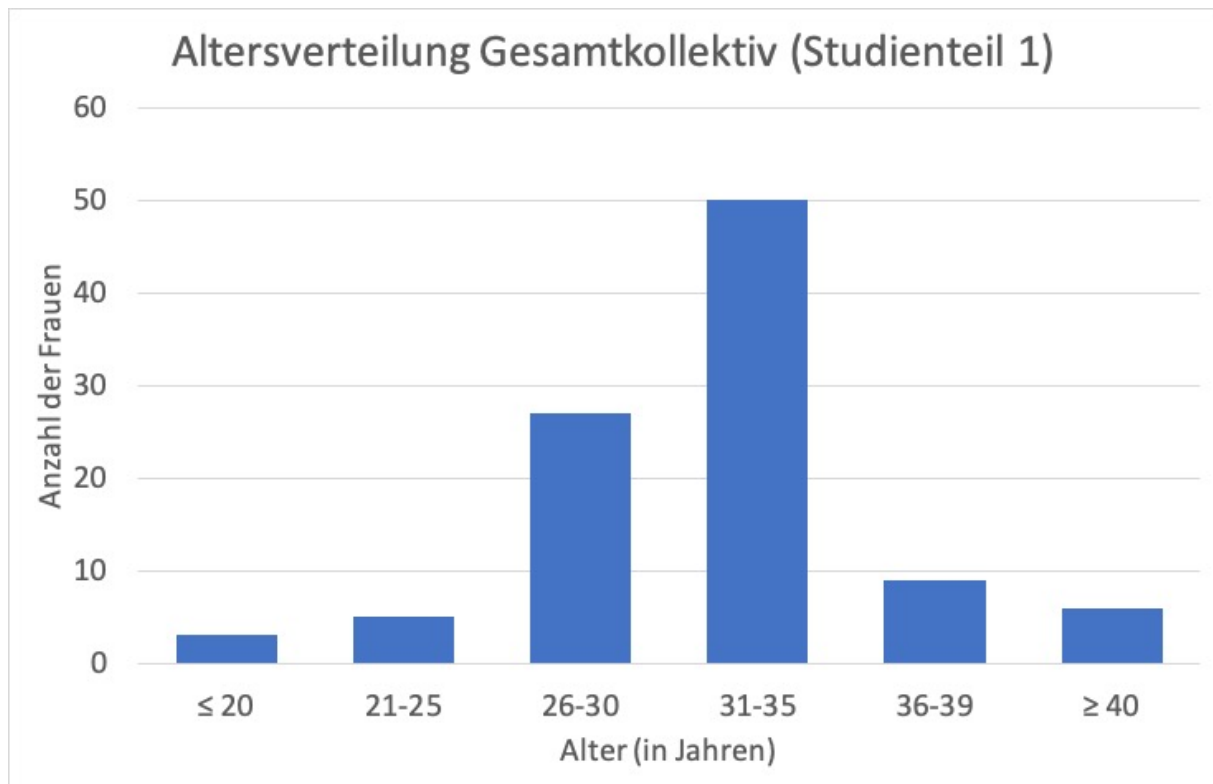


Abb. 1

(Hinweis: Da das Alter zweier Studienteilnehmerinnen nicht erhoben werden konnte, beträgt die Grundgesamtheit bezüglich des Alters 100 Frauen.)

Mit 19 Jahren am jüngsten waren drei Frauen; die beiden ältesten Teilnehmerinnen waren 42 Jahre alt. Das mittlere Alter (Median) liegt demnach bei 30,5 Jahren. Der Schwerpunkt der Verteilung (knapp 70% aller Frauen) liegt zwischen 28 und 35 Jahren. Das am häufigsten vertretene Alter betrug 33 Jahre (allein fast 16% aller Teilnehmerinnen). Das durchschnittliche Alter beträgt 31,82 Jahre.

Studienteil 2: Tiefeninterview zur Kontaktqualität über ein Jahr nach Entbindung

15 Mütter geben ein Tiefeninterview zu ihren Entbindungserfahrungen von vor über einem Jahr. 13 von ihnen nahmen zusätzlich auch am ersten Studienteil teil und berichteten von ihrer aktuellen Entbindungserfahrung.

Zwei Frauen dieses Studienteils beziehen sich auf jeweils zwei Entbindungen, die länger als ein Jahr zurückliegen. In diesem Studienteil werden also insgesamt 17 Entbindungen thematisiert. Zu jeder Entbindung wurde analog zum ersten Studienteil das entsprechende damalige Alter, der Entbindungsmodus und die damalige Parität der Mutter erfasst.

Parität

Eine deutliche Mehrheit der Mütter des zweiten Studienteils berichten von ihrer ersten Entbindung (13 Primiparas). Nur vier Frauen hatten zu diesem Zeitpunkt bereits zuvor entbunden.

Entbindungsmodus

13 der 17 Entbindungen waren vaginal. Sectiones sind hier deutlich in der Minderheit.

Alter

23 Jahre ist das jüngste erfasste Alter, die älteste Mutter war 36 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter beträgt 29,88 Jahre.

4.2 Der Fragebogen: Gesamtzufriedenheit der Mütter mit Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals

Kurz vor ihrer Entlassung auf der Wochenbettstation der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz gaben 102 Mütter in einem Kurzfragebogen an, wie zufrieden sie insgesamt mit der Kommunikation und dem Verhalten des medizinischen Personals (ausdrücklich bezogen auf die sie betreuenden Ärzte, das Pflegepersonal und die Hebammen) während ihrer stationären Entbindung waren. Auf einer Likert-Skala entspricht die 1 vollkommen zufrieden, 2 überwiegend zufrieden, 3 neutral, 4 weniger zufrieden und 5 überhaupt nicht zufrieden.

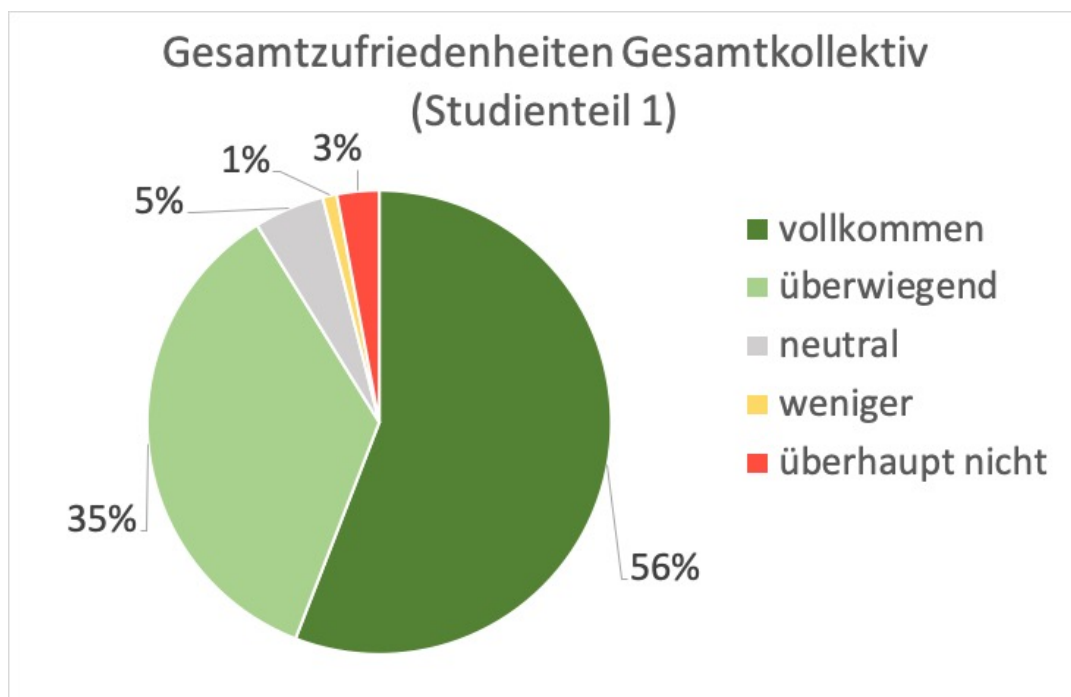


Abb.2 (Die Prozentzahlen dieser Darstellung sind auf ganze Zahlen gerundet)

Eine absolute Mehrheit von 55,88% aller Teilnehmerinnen (entsprechend 57 Müttern) kreuzte in Bezug auf die Gesamtzufriedenheit mit dem Kontakt zum medizinischen Personal im Rahmen ihrer Entbindung vollkommen zufrieden an und vergibt hiermit die Bestnote 1.

Überwiegend zufrieden, Note 2, sind laut Fragebogen weitere 36 Frauen (35,29%); sie bilden die zweitgrößte Gruppe.

Jeweils ein Drittel dieser beiden Gruppen wollte ihre Erfahrungen im anschließenden Gespräch thematisieren.

Weder positiv noch negativ empfinden 5 Mütter (4,9%) die Kontaktqualität und geben eine neutrale Bewertung ab. Keine von ihnen nahm an einem anschließenden Interview teil.

Nur eine Frau (0,98%) bewertet den Kontakt zum Personal im Fragebogen mit Note 4, gleichbedeutend mit weniger zufrieden.

Überhaupt nicht zufrieden, Note 5, sind 3 Frauen (2,94%). Tatsächlich wünschen alle drei das vertiefende Interview hierzu (s. Kapitel 4.3).

Somit zeigt sich in der orientierenden Ersterhebung bezüglich der Gesamtzufriedenheit der Wöchnerinnen an dieser Klinik mit ihrer Betreuung ein überwältigend positives Gesamtbild:

91,17% aller Studienteilnehmerinnen geben an, im Rahmen ihrer Entbindung insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden mit der Kontaktqualität zum medizinischen Personal gewesen zu sein.

Eine deutliche Minderheit von knapp 4% entscheidet sich für eine negative oder sehr negative Bewertung (4 oder 5) im Fragebogen.

Sehr wenige Studienteilnehmerinnen sind bezüglich dieser Frage neutral; die allermeisten entscheiden sich entweder für eine sehr gute oder sehr schlechte Gesamtbewertung.

Betrachtet man in den jeweiligen Gruppen die begleitend erhobenen Parameter Alter der Mütter zum Zeitpunkt der Entbindung, Parität und den Entbindungsmodus, ergibt sich folgendes Bild:

Eine deutliche Mehrheit der vollkommen zufriedenen Mütter entband vaginal (knapp 60%) und nicht per Sectio, und über 56% der Frauen hatte mindestens zum zweiten Mal entbunden. Die gesamte Spanne der Altersverteilung ist in dieser Gruppe vertreten (sowohl eine 19-Jährige als auch die beiden 42-Jährigen). Das durchschnittliche Alter der vollkommen zufriedenen Mütter beträgt 32,07 Jahre und ist damit nur minimal höher als das aller Teilnehmerinnen insgesamt (31,82 Jahre).

Betrachtet man die Mütter, die im Fragebogen weniger oder überhaupt nicht zufrieden angekreuzt hatten (3,92% aller Teilnehmerinnen), so fällt auf, dass bis auf eine alle per Sectio entbanden. Jeweils die Hälfte entband zum ersten, die anderen zum wiederholten Male. Sie waren 24, 29, 32 und 35 Jahre alt.

4.3 Tiefeninterviews (Studienteil 1)

Alle nun im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf den ersten Studienteil, also auf Mütter im Wochenbett, die nach stationärer Entbindung kurz vor ihrer Entlassung standen und Bezug auf ihre gerade stattgehabte Entbindung nehmen.

Es wurden 32 Tiefeninterviews durchgeführt. Die durchschnittliche Interviewlänge beträgt etwa 15 Minuten, wobei die Gesprächsdauer zwischen 5 und 40 Minuten stark variiert.

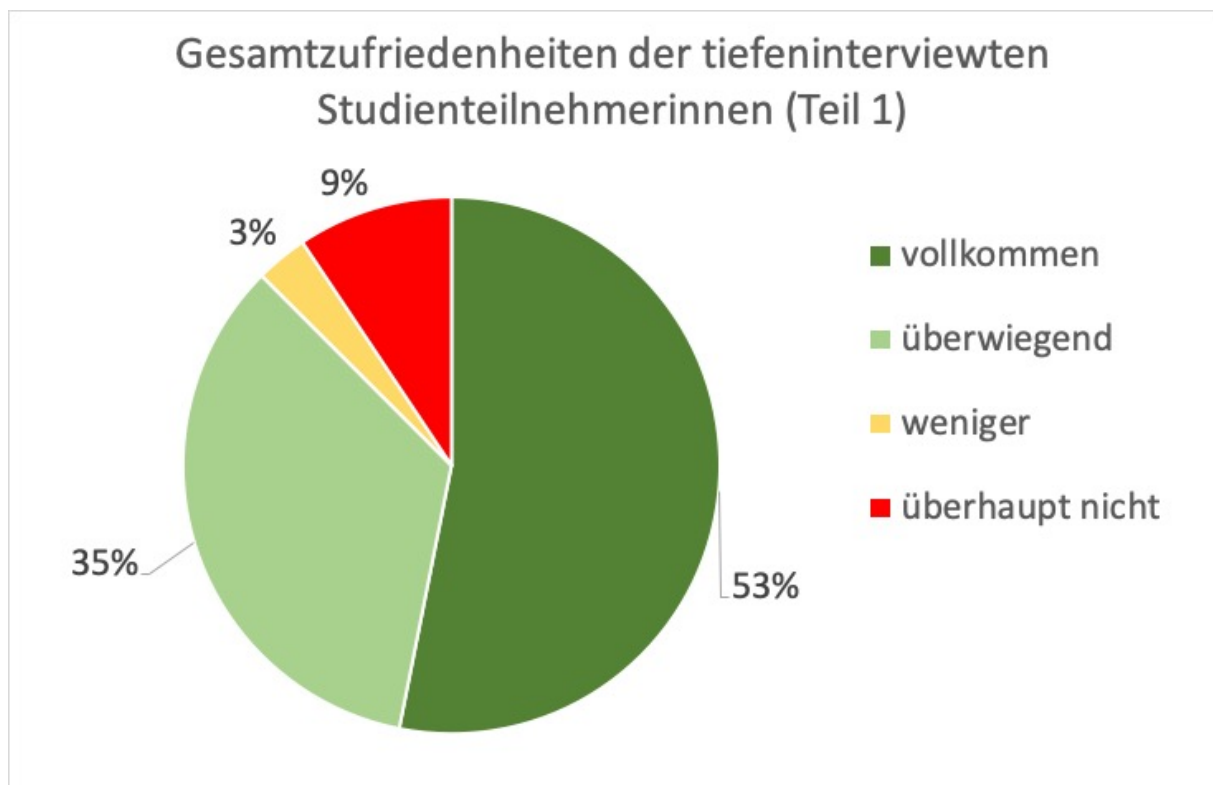


Abb.3 (Hinweis: Die Prozentzahlen dieser Darstellung sind auf ganze Zahlen gerundet)

Die große Mehrheit der Tiefeninterviews (87,5%) fand mit Müttern statt, die zuvor ihre Gesamtzufriedenheit im Fragebogen mit vollkommen zufrieden oder überwiegend zufrieden angegeben hatten. Es zeigt sich eine leichte negative Verschiebung der Gesamtzufriedenheiten der interviewten Mütter im Vergleich zum Gesamtkollektiv (91,17% gaben dort eine positive Bewertung ab). Dies liegt daran, dass zwar jeweils etwa ein Drittel der vollkommen und überwiegend zufriedenen Mütter das Gesprächsangebot wahrnahmen, jedoch alle weniger oder überhaupt nicht zufriedenen Frauen.

Von den Müttern, die eine neutrale Bewertung abgegeben hatten, wünschte keine ein Tiefeninterview.

Parität

Es nahmen deutlich häufiger Multiparas als Primiparas am Tiefeninterview teil (62,5% vs. 37,5%). Verglichen mit der Verteilung im Gesamtkollektiv (50,98% Multiparas vs. 49,02% Primiparas) zeigt sich hier ein relevanter Unterschied.

Entbindungsmodus

Betrachtet man den Entbindungsmodus der interviewten Mütter, hatten 43,75% mittels Sectio und 56,25% vaginal entbunden. Frauen mit Kaiserschnitt nahmen demnach seltener am Tiefeninterview teil (43,75% vs. 48,04% im Gesamtkollektiv) als Frauen, die vaginal entbunden hatten (56,25% der Interviewten vs. 51,96% im Gesamtkollektiv).

Alter

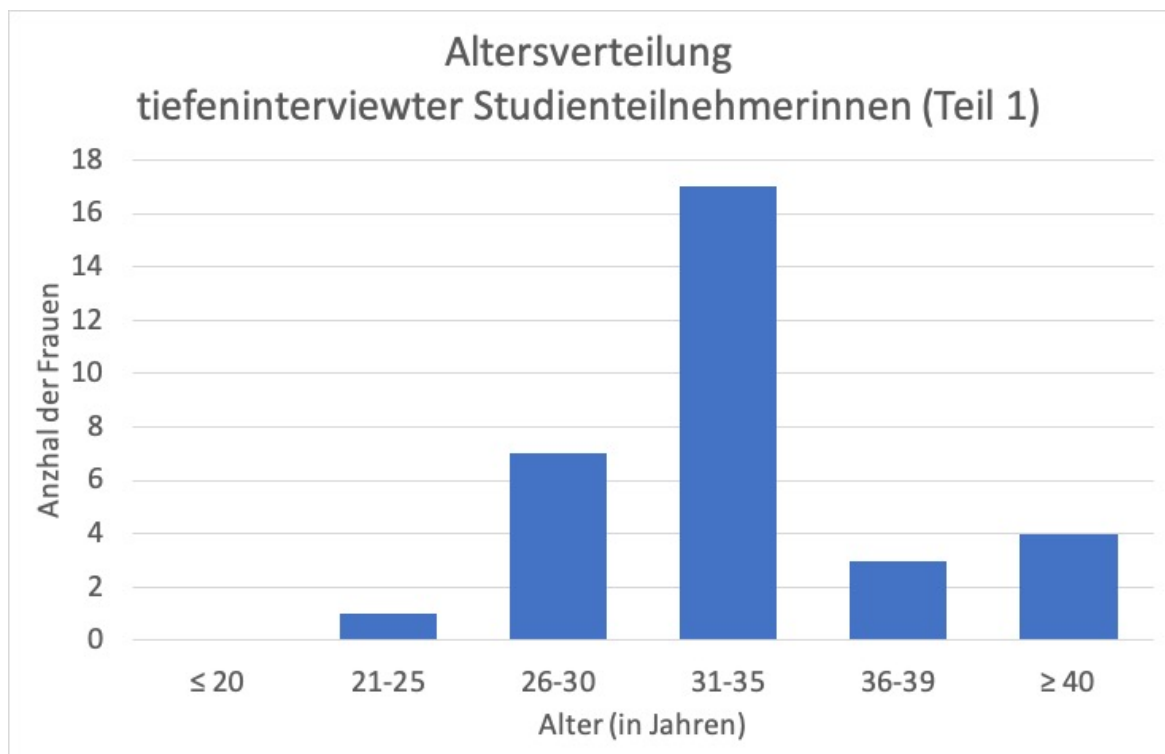


Abb. 4

Die jüngste interviewte Mutter war 24 Jahre alt. Beide der ältesten Studienteilnehmerinnen mit 42 Jahren nahmen am Interview teil. Das durchschnittliche Alter der ein Gespräch wünschenden Frauen lag mit 33,66 Jahren etwas höher als das Durchschnittsalter aller teilnehmenden Mütter (31,82 Jahre).

In Kapitel 3.1.1 wurde bereits die Struktur und Entwicklung der inhaltlichen Analyse mit ihren Codes bzw. Subcodes erläutert. Jeder der nun folgenden Abschnitte beginnt mit einer graphischen Übersicht der jeweils entwickelten Subcodes mit ihrer prozentualen Häufigkeit und absoluten Anzahl ihrer jeweiligen Nennungen. Diese Subcodes werden exemplarisch charakterisiert, bevor genauer auf ihre Inhalte und gegebenenfalls Besonderheiten eingegangen wird.

Während der Entwicklung der einzelnen Codes zeigte sich, dass sie sich zu großen Teilen zwischen dem Kreißsaal und der Wochenbettstation übertragen lassen. Sie unterscheiden sich jedoch deutlich in ihrer jeweiligen Ausprägung und ihren Schwerpunkten.

Die inhaltliche Ergebnisdarstellung beginnt im Kreißsaal, da die Frauen zunächst dort entbinden, bevor sie dann auf die Wochenbettstation verlegt werden.

(Hinweis: Alle folgenden prozentualen Werte sind auf ganze Zahlen gerundet. In Klammern ist die absolute Anzahl der Nennungen angegeben.)

4.3.1 Der Kreißsaal: Positivnennungen

Mehrfachnennungen möglich

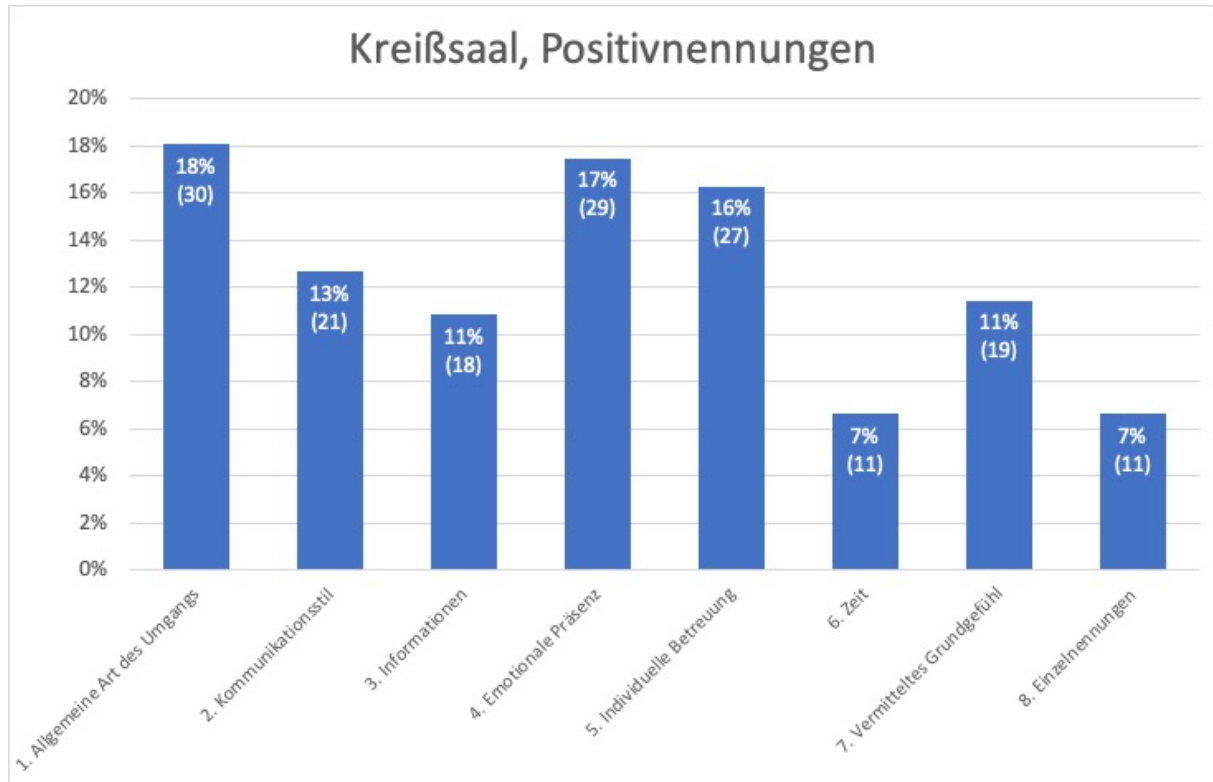


Abb. 5

Beispielinhalte der Subcodes:

1: Allgemeine Art des Umgangs

sehr/extrem freundlich; super/sehr nett; (extrem) lieb; sehr zuvorkommend; sehr herzlich; verständnisvoll; sehr hilfsbereit; liebevoll; sehr, sehr freundlicher, sehr netter Umgang

2: Kommunikationsstil

Händchen gehalten; feste an der Hand gedrückt; Hand aufgelegt; Hand gestreichelt; gelacht; der eine oder andere Witz; sich vorgestellt; ablenkend; bisschen Privates erzählt, um es angenehmer zu machen; nicht von oben herab behandelt, sondern auf Augenhöhe kommuniziert; gut zugeredet; viel Zuspruch; kommuniziert, dass viel los ist

3: Informationen

immer gut erklärt/aufgeklärt; immer gut informiert gefühlt; Vorteile, Nachteile und Optionen genannt; die ganzen Schritte erzählt; immer gesagt, was sie als Nächstes machen; erklärt, wer aus welchen Gründen gekommen ist und was der für eine Funktion hatte; gesagt, was passiert ist; alles sehr detailliert durchgesprochen; alles gezeigt; Fragen beantwortet

4: Emotionale Präsenz

sehr einfühlsam; Einfühlungsvermögen; verständnisvoll; sehr empathisch; sehr aufmerksam; sehr fürsorglich; nicht allein gelassen; die Angst genommen; sehr motivierend; um mich gekümmert, zugehört, weil ich Sorgen hatte; beruhigend; Angst ernstgenommen; richtig bemüht und mit Herzblut dabei; Mut zugesprochen; Gespür für den richtigen Moment; ernstgenommen; mitgeföhlt; motiviert

5: Individuelle Betreuung

Nachgespräch geführt; jeden Tag selbst untersucht und nochmal nachgefragt; der Chirurg kam noch zweimal zu mir; Beschwerden ernstgenommen; auf Wünsche eingegangen; gemeinsam eine Lösung gesucht; sehr offen besprochen; konnte selbst entscheiden; Tipps gegeben; heiße Steine zur Massage, kein Oxytocin spritzen; Hebammenschülerin bis zum Schluss dageblieben; Schmerzmittel angeboten; Arzt kam nochmal auf Station nach seinem Nachtdienst und hat nochmal nachgefragt; nicht wie eine Nummer geföhlt; auf die Bedürfnisse eingegangen; ein Massageöl gegeben; sofort Bettchen geholt

6: Zeit

Zeit gelassen; viel Zeit genommen; immer Zeit für mich; erstmal abgewartet; jederzeit bereit zu helfen; dageblieben und geguckt, dass ich das auch richtig mache; innerhalb kürzester Zeit da; direkt um einen gekümmert

7: Vermitteltes Grundgefühl

wohlgeföhlt; vollstes Vertrauen; beruhigt; zu jedem Zeitpunkt gut aufgehoben geföhlt; alles gemacht, dass man sich hier wohlföhlt; sehr gut gekümmert; super aufgenommen; sind für einen da; rundum gut versorgt

8: Einzelnennungen

sehr kompetent; nachgefragt, ob auch Schülerinnen untersuchen dürfen; medizinisches Personal total gut; das Beste draus gemacht; Personal vom Fachlichen her gut; souverän gehandelt

In 28 der 32 Tiefeninterviews gibt es Positivnennungen zum Kreißsaal.

Am häufigsten bemerken die Frauen positiv, dass die **allgemeine Art des Umgangs** im Kreißsaal „sehr nett“ (Interviews 5 B, 11 E, 23 K, 71 A.2) , „lieb“ (Interviews 7 C, 11 E, 14 F, 16 G, 51 V) oder „super freundlich“ (Interviews 17 H, 34 P, 68 Z) ist. Diese Beschreibungen dienen meist als Einstieg in ihre positiven Erfahrungsberichte, die dann im freien Erzählen weiter ausgeführt werden.

Die zweitgrößte Gruppe aller Äußerungen (17%) beschreibt die **emotionale Präsenz** des Kreißsaalpersonals positiv. Das besondere Gewicht dieses Aspektes wird in den Tiefeninterviews überaus deutlich. Manche Frauen sprechen auch von Empathie oder Einfühlungsvermögen.

Die Mütter schätzen es wert, wenn das Personal aufnahmefähig für ihre Ängste und ihre Aufregung ist: „Irgendwie hatten die es immer im Gespür, wann der richtige Moment ist, sich mal ein bisschen Zeit zu nehmen. Bei mir haben irgendwann ein wenig die Nerven versagt, weil die Einleitung nicht geklappt hatte. Die haben irgendwie immer gemerkt, jetzt müssen sie sich mal zwei Minuten Zeit nehmen und mir mal ein Massageöl geben oder ein paar Ängste nehmen, das war wirklich ganz schön.“ (Interview 64 Y). Mehrere Frauen loben, dass sie sich durch das Personal mit ihren Sorgen und Bedürfnissen gesehen, gehört und ernstgenommen fühlen: „Auch als ich erzählt hab, dass ich Angst hab´, dass ich erschöpft bin, weil ich grad´ Corona hatte.“ (Interview 11 E).

Beruhigender oder ermutigender Zuspruch wird durch mehrere Mütter positiv herausgestellt: „Ja, als ich ja auch dann in den OP kam, war da auch eine Schwester, die hat gemerkt, dass ich natürlich aufgeregt war, die hat mir die Hand gestreichelt und halt Mut zugesprochen, dass das alles gutgeht.“ (Interview 34 P). Eine andere Frau: „(...) vor allen Dingen Lächeln, das tut wirklich sehr gut. Auch die Zusprache, du schaffst das, du machst das toll. Das hilft wirklich dann auch sehr.“ (Interview 11 E). Auch für eine andere Mutter hatte die empathische Unterstützung durch das Kreißsaalpersonal einen entscheidenden Unterschied in der Bewältigung ihrer Entbindung bedeutet: „Auch so viel Zuspruch während der letzten Phase, die ich als extrem empfand, sie haben dann so toll mich unterstützt, das ist ja auch nicht immer selbstverständlich. Da hab´ ich mich auch ganz oft bei denen bedankt, weil - das, was die gesagt haben, da spielt auch wieder empathisch sein wieder mit rein, dass die da so mitgeföhlt

haben und mich motiviert haben, das war ganz toll. Ja. Ohne den Zuspruch hätte ich das auch gar nicht so gut hingekriegt.“ (Interview 89 E.2).

Die durch die emotionale Präsenz des Personals entstehende zwischenmenschliche Nähe beschreibt eine Mutter so: „Also ich muss sagen, die Hebammen, die ich hatte, die waren... nicht scheu. Ich hatte das Gefühl, das waren keine Hebammen, sondern eher wie Freunde. Also das Zwischenmenschliche war super. Das hat mir super gutgetan. Mein Mann konnte nicht kommen, weil mein Sohn zuhause war, und dann hatte ich quasi halt die fremden Personen um mich sozusagen, aber in dem Moment waren sie mir nicht fremd und das fand ich so schön.“ (Interview 81 D.2).

16% der Nennungen, die dritthäufigste Gruppe, beziehen sich auf **individuelle Betreuung**. Eine individuelle Betreuung unter Geburt bedeutet für viele Mütter eine grundsätzliche Bereitschaft des Personals, ihnen zuzuhören und auf ihre speziellen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen.

Dies kann zum einen die Durchführung erleichternder Begleitmaßnahmen bedeuten, beispielsweise Bauchmassagen, kalte Kompressen, heiße Steine zur Massage oder eine PDA, die sofort auf Wunsch erfolgt (Interview 52 W, 64 Y, 11 E, 10 D).

Zum anderen betonen einige Mütter die Möglichkeit, den gesamten Entbindungsprozess nach ihren Wünschen und Vorlieben zu beeinflussen. Für eine Frau war dies so ein wichtiges positives Erlebnis, dass sie ihr Tiefeninterview spontan hiermit beginnt: „Sie haben auch immer direkt gefragt, haben Sie Vorstellungen, wie Sie entbinden möchten? Und sind immer auf meine Wünsche eingegangen. Das finde ich nicht selbstverständlich und hätte ich auch gar nicht so erwartet hier.“ (Interview 89 E.2). Die Entscheidungsfindung war möglich, „ohne dass auf mich Druck ausgeübt wurde, dass ich irgendwas Bestimmtes machen muss, sondern dass ich immer noch selbst entscheiden konnte, ob ich das jetzt wirklich möchte oder nicht“ (Interview 10 D).

Für einige Mütter bedeutet diese Entscheidungsfreiheit, Eingriffe oder Maßnahmen zunächst ablehnen zu können: „(...) ich hab dann gesagt, bitte kein Oxytocin spritzen sondern erstmal warten. Dann wurde auch mit verschiedenen Mitteln versucht, (...) dass es sich natürlich löst und ja, da hatte ich das Gefühl, ich werde ernstgenommen.“ (Interview 11 E). Eine andere Frau erzählt: „Ich bin eigentlich jemand, der am liebsten gar nichts möchte, weder ein Medikament noch irgendeinen Eingriff in diesen ganzen natürlichen Entbindungsprozess und im Endeffekt hatte ich jetzt genau das Gegenteil, es ist sogar zum Kaiserschnitt gekommen. Aber die haben sich wirklich- man hört ja oftmals grad auch in Krankenhäusern, dass man da relativ schnell Medikamente gibt, Kaiserschnitt, PDA, das auch so ein bisschen aufgedrängt

kriegt, aber das war wirklich gar nicht so. Also die haben natürlich immer mal wieder auch gefragt und so, aber die haben wirklich viel probiert.“ (Interview 68 Z).

Eine Mutter fasst zusammen: „Und dass halt dann immer wieder nach neuen Möglichkeiten gesucht wurde, wie man weitermachen kann, was man machen kann. Das finde ich immer sehr, sehr gut, wenn von den Ärzten wie auch von den Hebammen einfach Kommunikation stattfindet und gemeinsam eine Lösung gesucht wird und nicht einfach gesagt wird, wir machen das jetzt so und so, egal, ob sie das jetzt wollen oder nicht. Ja, das finde ich sehr gut.“ (Interview 33 O).

Besonders positiv wird es ferner von den Frauen hervorgehoben, wenn zusätzliche Betreuungsleistungen erbracht werden. Dies kann zum Beispiel die Hebamme sein, die nach Schichtende nochmal vorbeikommt, um sich zu verabschieden (Interview 60 X), oder der Kreißsaalarzt, der nach Schichtende auf Station kommt, um sicherzustellen, dass nach einer Notfallsituation keine Fragen offen geblieben sind (Interview 40 R). Auch ein extra angebotenes Nachsorgegespräch gehört dazu (Interview 17 H). Dies wird von den Frauen sehr positiv bemerkt.

13% aller Positivnennungen betrifft den **Kommunikationsstil**. Hierzu äußert sich etwa die Hälfte der Frauen im weiteren Gespräch detailliert. Dies zeigt deutlich, wie wichtig die Art der Kommunikation ist, welchen Stellenwert sie für eine als gelungen empfundene Gesamterfahrung im Kreißsaal ist.

Eine Mutter betont: „Man fühlt sich nicht so von oben herab behandelt sag ich jetzt mal. Sondern es wird wirklich auf Augenhöhe kommuniziert und in dem Moment einfach passend. Und es ist auch immer mal der eine oder andere Witz dabei gewesen, dass man sich nicht so wie eine Nummer fühlt.“ (Interview 41 S). Positiv bemerkt wird auch, dass das Personal sich vorstellt.

Einige Frauen empfinden Erleichterung durch eingestreute Witze, Ablenken durch persönlich interessierte Fragen oder wenn das Personal im Kreißsaal selbst „ein bisschen Privates erzählt, um [...] das angenehmer zu machen“ (Interview 16 G, 34 P, 41 S). Wird der Mutter außerdem kommuniziert, wenn das Personal selbst im Stress ist, hilft ihr dies, Verständnis für zum Beispiel eigene Wartezeiten aufzubringen (Interview 95 F.2 und 68 Z).

Non-verbale Kommunikation wird ebenfalls als sehr wichtig und stress-reduzierend empfunden: „Auch so Dinge wie mal die Hand auflegen und sagen, das schaffen Sie schon. Auch dieses Nonverbale, das sie gemacht haben, fand ich sehr gut.“ (Interview 76 B.2). Kommunikation durch Berührung der Hände wird häufig erwähnt, beispielsweise mit „Händchen gehalten“ (Interview 7 C), „Hand gestreichelt“ (Interview 34 P), oder auch die Ermutigung: „Drücken Sie mich ruhig ganz feste an der Hand“ (Interview 29M).

Informationen sind den Müttern im Kreißsaal zwar auch wichtig, dieser Aspekt macht jedoch nur 11% aller Positivnennungen aus. Am häufigsten loben die Frauen hier, wenn sie über die einzelnen Schritte des Entbindungsprozesses detailliert informiert werden: „Als ich da reinkam und hingelegt wurde, da haben sie mir auch die ganzen Schritte erzählt, wir machen jetzt eine Spritze da.“ (Interview 16 G). Eine andere Frau sagt: „Thema Geburtseinleitung, das ist mein erstes Kind, ich kannte mich da nicht aus, was man da für welche Medikamente nimmt und wie sowas verläuft und wie lang es dauern kann. (...) Dass gesagt wird, was passiert ist.“ (Interview 33 O). Eine weitere wiederum: „(...) haben mir und meinem Partner alles erklärt, wie das dann ablaufen wird“ (Interview 34 P).

Es wird auch wertgeschätzt, wenn dies zumindest im Nachgang passiert, da dies der Mutter hilft, das Geschehene zu verstehen und zu verarbeiten: „Also von daher war es dann nochmal ganz gut, dass sie dann auch nochmal erklärt hat, wer aus welchen Gründen gekommen ist und was der für eine Funktion hatte. Auch um das alles zu verstehen, was da eigentlich grad passiert war.“ (Interview 17 H).

Unter Informationen fällt auch die Aufklärung über Eingriffe (OP oder PDA). Hier wird eine detaillierte, ausgewogene Aufklärung der jeweiligen Maßnahme mit Nennung von Vor- und Nachteilen sowie Beantworten von Fragen der Mutter genannt (Interview 10 D, 33 O, 40 R, 51 V). Besonders positiv wird bemerkt, wenn der Mutter eine wohlinformierte Entscheidung ermöglicht wird, ohne dass Druck in eine bestimmte Richtung ausgeübt wird: „(...) dann haben sie mir auch nochmal die Vorteile und Nachteile genannt und welche Optionen ich habe, aber es mir freigelassen. Das fand ich immer richtig gut.“ (Interview 89 E.2)

Nur etwa 7% aller Positivnennungen zum Kreißsaal betreffen überraschenderweise den Faktor **Zeit**.

Es wird positiv bemerkt, dass das Personal sofort unmittelbar auf Bedürfnisse der Mütter reagiert („jederzeit bereit zu helfen, wenn irgendwas war“ (Interview 10 D), „direkt um einen gekümmert“ (Interview 81 D.2)).

Häufiger noch wird positiv der Aspekt des Sich-Zeit-Lassens (Interview 7 C) beziehungsweise Ruhe Schaffens (Interview 64 Y) erwähnt. Das Personal lässt die Mütter nicht spüren, dass keine Zeit für sie da ist und bleibt solange wie nötig dabei, ohne gehetzt zu sein: „Die sind auch dabeigeblichen und haben geguckt, dass ich das auch richtig mache und sind erst weggegangen, als sie gemerkt haben, ich hab verstanden, wie ich das machen soll.“ (Interview 10 D), „Wir haben halt vorher von mehreren Seiten gehört, hmm, da ist es so hektisch und da hat niemand Zeit, aber ich finde, das hat man jetzt nicht so gespürt bei den Angestellten.“ (Interview 17 H).

Fast die Hälfte aller interviewten Frauen konnte im Kreissaal ein positives **Grundgefühl** entwickeln. 11% der Nennungen sind Aussagen wie: „gut aufgehoben gefühlt“ (Interview 48 U), „rundum gut versorgt“ (Interview 81 D.2), „wie ich hier behandelt wurde, war echt gut“ (Interview 7 C). Das Personal habe sich „sehr gut gekümmert“ (Interview 3 A) und „alles gemacht, dass man sich wohlfühlt“ (Interview 34 P).

Dieses Grundgefühl beschreibt eine Mutter so: „Ich hatte vorher so einen Geburtsplan gemacht und hab den gar nicht mehr ausgepackt, weil ich das Gefühl hatte, ich bin hier in guten Händen und wenn’s soweit ist, kann ich sagen, was ich brauche und werde dann auch gehört und muss das nicht vorher detailliert durchgehen. Was ich mir so vorgestellt hab, ist unter Geburt ganz anders gelaufen, aber das war total okay, da war so ein Vertrauen da. Das war wirklich gut.“ (Interview 64 Y).

Ein positives Grundgefühl entsteht für einige Frauen auch durch den Eindruck hoher fachlicher Kompetenz, die eine beruhigende Wirkung auf sie entfaltet: „Also ich wollte sagen, dass das ärztliche Personal sehr, sehr gut ausgebildet ist hier. Das hat mir ziemlich gut gefallen, das hat mich ziemlich [*betont*] beruhigt. Dadurch, dass ich ja mit Zwillingen kam, Einleitung und dann doch Kaiserschnitt, das war schon sehr viel hoch und runter, da hat mich beruhigt, dass ich immer das Gefühl hatte, die wissen schon, was sie tun.“ (Interview 25 L).

Einige Positivnennungen lassen sich nicht in obige Kategorien einordnen und betreffen als **Einzelnennungen** unterschiedliche Aspekte. So fällt einer Mutter die Frage nach Erlaubnis, ob auch Schülerinnen sie untersuchen dürften, positiv auf. Eine andere Frau betont, dass das Personal „trotz ungewünschten Verlaufs (...) das Beste draus gemacht“ habe. Die undifferenzierten positiven Eindrücke wie „Personal total gut“, „Kreißsaal fand ich super“, „zu 100% zufrieden“ werden ebenfalls unter Einzelnennungen erfasst.

In Kapitel 3.1.1 wurde bereits erläutert, dass die meisten Positivnennungen zum Kreißsaal sich nicht eindeutig den Kreißsaalärzten oder den Hebammen bzw. Pflegekräften zuordnen lassen. Manche Frauen loben jedoch ausdrücklich die sie betreuenden Hebammen oder Ärzte. Diese Nennungen sind bereits in der obigen Darstellung aller Positivnennungen zum Kreißsaal enthalten, und werden im Folgenden zusätzlich gesondert aufbereitet.

Sowohl die Hebammen als auch die Kreißsaalärzte werden jeweils mehrfach allgemein positiv beschrieben mit beispielsweise „ganz toll“ (Interview 21 J) und „super/ sehr nett“ (Interview 33 O, 5 B, 25 L).

Ausdrücklich positiv auf die Ärzte des Kreißsaals bezogen wurde dreimal eine einfühlsame, beruhigend-souveräne Art: „Der Arzt hat das so routiniert gemacht ohne Hektik, ohne

Alarmstimmung, sondern das war so- das hat sich angefühlt wie ein Teil der normalen Geburt. Das war richtig gut.“ (Interview 64Y).

Vier Frauen betonen eine aus Sicht der Patientin angemessene, verständliche Aufklärungen und Ablaufinfos zur OP. Einer von ihnen ist dies so wichtig, dass sie es direkt zu Beginn ihres Tiefeninterviews auf die offene Einstiegsfrage hin ausführt: „(...) und ich fand auch, dass sie mir die Sachen immer gut erklärt haben. Ich bin medizinischer Laie und dann weiß man manchmal nicht, was gemeint ist, wenn Ärzte reden, aber ich fand, die haben das immer alles so erklärt, dass man das auch verstehen konnte.“ (Interview 10D).

Eine Mutter lobt die gemeinsame Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung persönlicher Wünsche: „Ganz am Anfang ging’s bei mir darum, ob eingeleitet werden soll und die Ärztin war da auch sehr offen und hat das auch mit mir besprochen, sodass wir uns dann gemeinsam erstmal dagegen entschieden haben.“ (Interview 23K).

Neben dieser fachlich-informativen Funktion ist den Müttern außerdem persönliches Engagement besonders positiv aufgefallen in Form von Nachgesprächen, Nachuntersuchungen und extra Nachfragen auch nach Schichtende oder am Tagesende auf Station: „Der Chirurg wiederum kam jetzt zweimal noch zu mir nach Kaiserschnitt, das fand ich sehr aufmerksam. Nicht, dass er dachte, sein Job wär’ jetzt quasi erstmal erledigt gewesen, also seine [betont] Zuständigkeit, aber nein, er war auch gestern nochmal da und hat sich den Schnitt und alles nochmal angesehen.“ (Interview 5B).

Eine andere Mutter erzählt: „Also im Kreißsaal der Arzt, der uns betreut hat, der kam dann auch tatsächlich nochmal auf Station nach seinem Nachtdienst, also zu Schichtende, und hat auch nochmal nachgefragt, ob noch irgendwelche Fragen bestehen, weil es ein bisschen kritisch am Ende war. Danach wollte er halt wissen, ob ich- wie wir das so erlebt haben und ob das alles- ja. (...) Das fand ich auf jeden Fall sehr aufmerksam von ihm, muss ich wirklich sagen.“ (Interview 40R).

Insgesamt werden die Ärzte im Kreißsaal explizit insgesamt etwa 20 Mal positiv betont erwähnt.

In Bezug auf die Hebammen lag der Fokus eher auf emotionaler Unterstützung während der Entbindung. Sie werden explizit etwa 25 Mal betont positiv erwähnt, insbesondere für ihre emotionale Präsenz oder Empathie (8 Mal). Sie werden fast durchweg als nett, lieb und freundlich beschrieben. Die Mütter betonen in Bezug auf die Hebammen explizit eine herzliche Art, Geborgenheit, dass sie mit „Herzblut“ (Interview 29 M) dabei seien und den Entbindenden das Gefühl geben, nicht allein zu sein. Besonders erwähnt wird ein besonderes „Gespür“ (Interview 64 Y) dafür, wann die Mutter während der Entbindung besondere Zuwendung braucht: „Vor allem, dass die Hebammen sehr motivierend waren, dass die auf einen

eingehen, dass die einem auch, wenn man sagt, ich glaub', ich schaff's nicht mehr, dass die einem dann gut zureden.“ (Interview 52W). Eine wichtige Funktion ist also auch das Ängste nehmen bei der Mutter.

Das gelungene Verhältnis zu ihrer betreuenden Hebamme beschreibt eine andere Mutter so: „Die Hebammen, die ich hatte, die waren... nicht scheu. Ich hatte das Gefühl, das waren keine Hebammen, sondern eher wie Freunde. Also das Zwischenmenschliche war super. Das hat mir super gutgetan. Mein Mann konnte nicht kommen, weil mein Sohn zuhause war, und dann hatte ich quasi halt die fremden Personen um mich sozusagen, aber in dem Moment waren sie mir nicht fremd und das fand ich so schön.“ (Interview 81 D.2). Eine andere Frau beschreibt Ähnliches: „Die Hebammen sind einem schon...[betont] sehr nah, finde ich. (...) Also die Hebammen an sich sind schon sehr herzlich, auffällig herzlich würde ich sagen.“ (Interview 71 A.2). Das persönliche Engagement ist einer Mutter besonders in Erinnerung geblieben: „(...) die eine Hebamme (...) ist dann mit Freizeitklamotten nochmal reingekommen, um sich zu verabschieden (...). Das ist dann einfach so nah und nicht so, ah komm', jetzt ist meine Schicht rum, jetzt geh' ich einfach. Das fand ich so schön, das ist mir im Kopf geblieben.“ (Interview 60 X).

5 Mal wird das Informieren und Aufklären durch die Hebammen erwähnt, zweimal speziell Hilfe beim Anlegen ihres Babys: „Das war richtig gut, die hat mir auch geholfen beim ersten Mal anlegen, was ich auch super fand.“ (Interview 18 I).

Einige Aussagen beziehen sich auf die individuelle Betreuung, beispielsweise die Veranlassung einer sofortigen PDA auf Wunsch, die Anwendung von Massageöl oder heißen Steinen sowie die engmaschige, fürsorgliche Betreuung nach Geburt: „(...) die Hebammen sowieso, die waren auch danach sehr fürsorglich, haben sich sofort gekümmert, als ich wissen wollte, wann ich denn auf Station komme, weil das auch nochmal ein Problem war, weil alles belegt war. Da haben die sofort das Bettchen für ihn geholt, dass ich ihn mal ablegen kann. (...) Ja, da wurde einfach gut reagiert.“ (Interview 95 F.2). Das besondere Eingehen auf die Mutter während des Entbindungsprozesses erinnert eine andere Frau sehr lebhaft: „(...) hab gesagt, ich muss den Kleinen jetzt da rausdrücken, der Muttermund ist auf, sie hat direkt gesagt, ok, wir glauben Ihnen, aber lassen Sie uns die Handschuhe schnell anziehen!“ (Interview 14F).

4.3.2 Der Kreißsaal: Negativnennungen

Mehrfachnennungen möglich

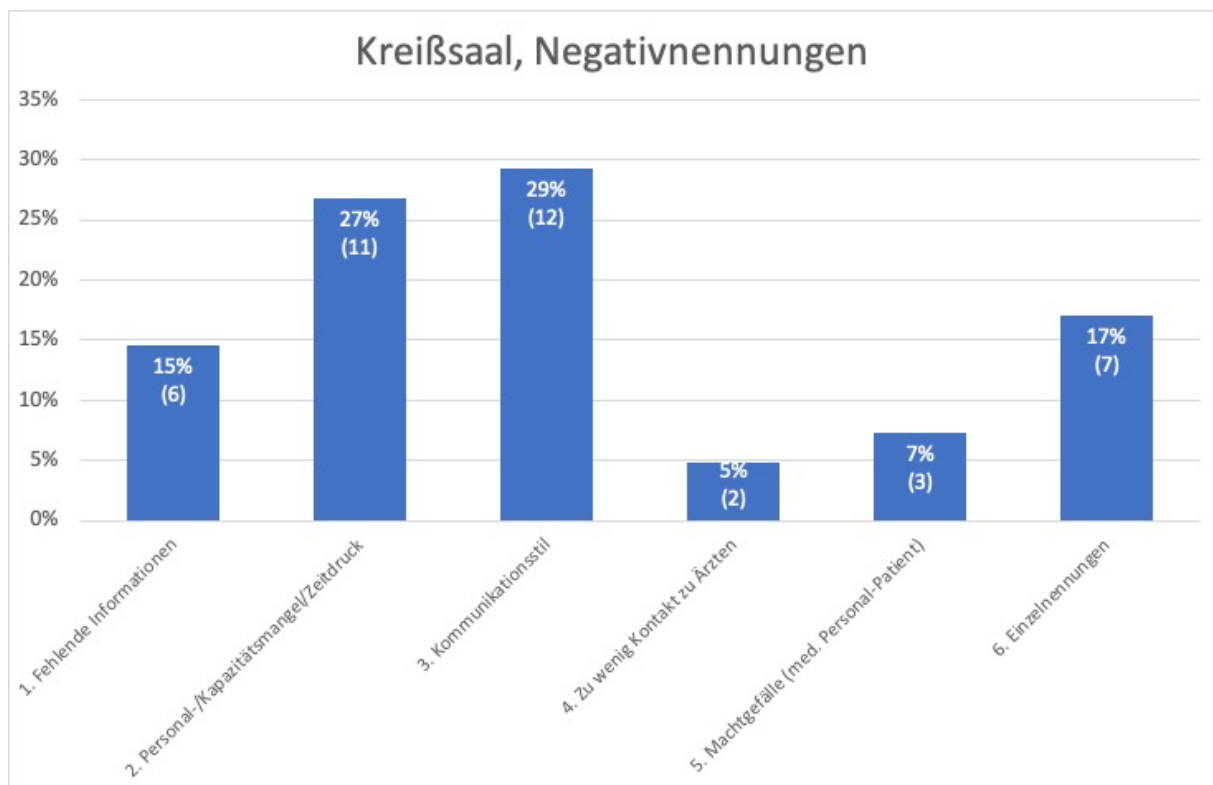


Abb. 6

Beispielinhalte der Subcodes:

1: Fehlende Informationen

nachfragen müssen; nicht Bescheid gesagt/angerufen (kein Platz am Einleitungstermin); begrenzte Zahl von Einleitungsplätzen im Vorgespräch nicht erwähnt; kein Familienzimmer trotz Werbung; überrascht von vielen Leuten im OP

2: Personal-/Kapazitätsmangel/ Zeitdruck

zeitlicher Druck aufgebaut durch Hebamme; Zeitdruck im Kreißsaal; viel los; stundenlang alleine im Kreißsaal; acht Stunden gewartet; am Entbindungstermin kein Platz frei; es kommt manchmal keiner

3: Kommunikationsstil

über Patientin hinweg kommuniziert; Standardtext runtergerasselt; jeder gibt andere Empfehlung; angemault worden; harte Sprüche; über Patienten gelästert; nach OP keine Kommunikation über Verlauf; fehlendes Familienzimmer verschwiegen; keine Info während Entscheidungsprozess

4: Zu wenig Kontakt zu Ärzten

kein Arztkontakt nach OP; kein Arzt trotz Zusage

5: Machtgefälle (medizinisches Personal-Patient)

zu vaginaler Geburt gedrängt; Übungsobjekt für Schülerinnen; Begleitperson nicht bleiben

6: Einzelnennungen

alleine Angst gehabt; viele Medikamente, damit man ruhiggestellt ist; unterschiedliche Empfehlungen von Arzt und Hebamme

Insgesamt gibt es in Bezug auf den Kreißsaal deutlich mehr Positivnennungen (166 Äußerungen) als Negativnennungen (41 Äußerungen). Jedoch wird in 19 der 32 Tiefeninterviews auch Kritik am Kreißsaalpersonal geübt.

Diese bezieht sich zu einem Drittel auf den **Kommunikationsstil**. Auch hier in negativem Sinne zeigt sich dessen Bedeutung.

Eine Mutter erinnert sich an misslungene beziehungsweise fehlende Kommunikation mit ihr im Moment der Entscheidung für einen Notkaiserschnitt: „Das hat mich halt schon gestört, dass man erst nachfragen muss, um Bescheid zu wissen, dass da nicht gesagt wurde, was los ist, sondern dass da unter sich in medizinischer Fachsprache kommuniziert wird. Klar, ich komm auch aus dem medizinischen Bereich, aber was die Gynäkologie angeht, die Geburtshilfe, ist mir halt alles fremd und dann sitzt du halt da und hast die ganzen Begriffe im Kopf und weißt dann nicht, wie man´s zuordnen soll. Das finde ich halt schade, dass man da, wo´s eigentlich um mich geht, gar nicht weiß, was überhaupt geschieht. Klar, die müssen untereinander kommunizieren, aber dass man da im Dunkeln gelassen wird und einfach irgendwas gemacht wird, ohne dass ich so richtig weiß, wie geht´s jetzt weiter? Das sollte man dann so erklären,

dass die Mutter auch aufgeklärt wird: So, wir haben jetzt das entschieden, das ist für Sie und für die Kinder besser, anstatt dass man dasitzt und erstmal selbst nachfragen muss: Können Sie mich bitte aufklären? Ich würde auch gern jetzt Bescheid wissen, was hier passiert.“ (Interview 32 N). Auch im Nachgang scheint die Kommunikation mangelhaft gewesen zu sein, da laut Mutter auch nach ihrem Notkaiserschnitt niemand gekommen ist, um mit ihr darüber zu sprechen. Dies ist ihr sehr vordringlich negativ im Bewusstsein geblieben, da sie ihr Tiefeninterview hiermit beginnt und dies auch im Verlauf wiederholt thematisiert (Interview 32 N): „Also ich fand, ähm- also ich, ich hatte überhaupt- also ich war ja in Vollnarkose gewesen und es kam ja danach, als ich wach geworden bin, niemand von den Ärzten, der mich operiert hat, zu mir. Also ich wusste überhaupt nicht, wie die OP jetzt abgelaufen ist. Dem Kind ging’s gut, das hab’ ich ja gesehen, war ja kurz auch bei mir. Aber wie jetzt die OP verlaufen ist, was jetzt genau gemacht wurde- ich wusste halt gar nichts, mein Mann wusste auch nichts. Ich hab’ halt schon damit gerechnet, dass wenigstens jemand von den Ärzten ins Zimmer kommt, aber es kam halt niemand. (...) das hat mich halt schon hart getroffen, dass ich überhaupt nichts wusste, was jetzt los ist.“ (Interview 32 N).

Eine andere Mutter erzählt, wie achtlose Kommunikation bei ihr zu einem Vertrauensverlust führte: „Im Kreißsaal, die hatten ein bisschen Zeitdruck irgendwie. Dann war das so, dass ich dann jetzt schnell fertig gemacht werden sollte für den Kaiserschnitt und es war noch die Frage: Wann kommt sie? Wann können wir aufschneiden? Weil im Nacken... ich weiß nicht, ob es ein Notkaiserschnitt war oder auch einfach der Nächste...aber es schien ein bisschen Stress gewesen zu sein im OP, weil der nächste Kaiserschnitt schon in den Startlöchern war. Da war ich mir jetzt nicht sicher- werde ich jetzt hier nur schnell abgefertigt? Hoffentlich passiert dann auch kein Kunstfehler. Ich glaub, ich hab’ sogar dann auch einfach gefragt: Haben Sie Stress, oder? Ich hör das ja mit. Ich krieg das mit. Ich wäre sehr froh, wenn sie sich die Zeit nehmen, die es braucht für den Kaiserschnitt, für das Kind und für mich, weil ich dann auch keine Lust hab, eine schiefe Narbe oder sowas zu haben. Da haben sie halt über mich hinweg kommuniziert miteinander aber irgendwie gedacht, ich würde das nicht hören, aber ich hör ja alles. [...] Ich hab’ ganz viel gezittert. Ich war einfach nervös wegen des Kaiserschnitts und Betäubung und alles, und da hat der Anästhesist [*betont*] über mich hinweg über die grüne Absperrung zum Chirurgen gemeint: Im Notfall machen wir es einfach in Vollnarkose. Das- ja, [*lacht ungläubig*], das hab’ ich auch gehört! Ich bin ja nicht taub.“ (Interview 5 B).

Eine andere Mutter kritisiert das Unpersönliche der Kommunikation: „Also er war halt, ich sag nicht redefault, aber er hat halt seinen Standardtext runtergerasselt.“ (Interview 7 C). Einer anderen Frau ist der unfreundliche Ton des Personals im Gedächtnis geblieben: „Dann ist die Maskenpflicht weggefallen, dann war ich zu Untersuchungen und wurde da dann angemault, dass ich keine Maske aufhab (...).“ (Interview 25 L). (Kontext: Die Datenerhebung der Studie im Frühjahr 2023 fällt in die Zeit auslaufender Pandemiemaßnahmen). Weiterhin erinnert sich

diese Mutter an „harte Sprüche“ und merkt an: „Gut, dass ich psychisch relativ stabil bin, ich kenn´ da Leute, die wären wahrscheinlich voll an die Decke gegangen.“ (Interview 25 L).

Eine Mutter berichtet von Lästern des Personals: „(...) dieser Glaskasten, wo der Pflegestützpunkt ist, der war immer offen und da hat jeder so gelästert, über Ärzte, über Patienten, bei offener Tür und man saß dann da zwei Stunden und hat gewartet und alles gehört und ich will das nicht hören. (...) Ich finde das ein bisschen kritisch. Datenschutzrechtlich sowieso, aber auch auf persönlicher Ebene fühlt man sich da nicht so wohl.“ (Interview 64 Y).

Eine andere Frau wirft dem Personal bewusste Unterschlagung von Informationen vor: „Familienzimmer gibt es seit Neuestem nicht mehr, Im Internet steht aber, dass es das gibt. Eine Hebamme hat mir sogar verraten, dass es wegen Geld ist, damit die hier besser Geld machen können und deswegen erzählen die sowas auch nicht bei der Anmeldung.“ (Interview 51 V).

Die zweitgrößte Gruppe aller Negativnennungen (27%) bezieht sich auf **Personal- oder Kapazitätsmangel** sowie **Zeitdruck** im Kreißsaal. Die Überlastung der Kreißsaalkapazität scheint ein häufiges Problem zu sein. Eine Mutter berichtet, wie sie sich während des vorangehenden Entbindungsprozesses durch die auffordernden Kommentare ihrer betreuenden Hebamme unter Druck gesetzt fühlte, die „(...) fragte: Und? Und? Die Oberärztin säße ihr zeitlich bisschen im Nacken.“ (Interview 5 B).

Mehrere Frauen schildern, dass sie zum vereinbarten Entbindungstermin zur Geburtseinleitung erschienen sind und dann vor Ort erfahren mussten, dass doch kein Platz für sie frei war (Interviews 33 O, 51 V, 52 W). Dies habe sie „sehr gestresst und überfordert“ (Interview 52 W). Eine Betroffene berichtet, dass „ich mich zumindest auch drüber geärgert hab: Ich hatte eigentlich einen Entbindungstermin zur Geburtseinleitung. Da hatte ich mit der Ärztin einen Termin ausgemacht mit Uhrzeit, ich sollte meine ganzen Sachen auch schon mitbringen. Als ich dann da war, hieß es, es sei gar kein Platz mehr frei und ich bin wieder heimgeschickt worden. Das hat mich halt bisschen geärgert, weil man so auf diesen Tag hinfiebert, (...). Und dann wird man wieder heimgeschickt mit der Aussage, dass es ungewiss sei, wann es denn losgeht.“ (Interview 33 O).

Weiterhin erzählen mehrere Frauen von Wartezeiten von teilweise bis zu acht Stunden im Kreißsaal (Interviews 5 B, 34 P, 48 U, 68 Z). Meist wussten die Frauen nichts über die Gründe oder Begleitumstände, was zusätzliche Unzufriedenheit verursachte. Eine Mutter schlägt vor: „Das wäre vielleicht gut, einfach ein Feedback zwischendurch, dass jemand zwischendurch schnell man reinguckt und einfach mal kurz sagt, wie der Stand ist, wie lange es noch dauert,

damit man irgendwas weiß. Weil man sitzt da manchmal und fragt sich- okay, werde ich jetzt vergessen oder ist das jetzt bewusst so? Wieso lieg ich jetzt so lang da?“ (Interview 68 Z).

Ein geringerer Anteil aller Negativnennungen zum Kreißsaal (15%) entfällt auf **fehlende Informationen**.

Eine Mutter fühlt sich unzulänglich über die Geschehnisse im Kreißsaal informiert: „Das hat mich halt schon gestört, (...) dass da nicht gesagt wurde, was los ist (...).“ (Interview 32 N). Eine andere Frau ist nicht hinreichend auf die Situation im OP vorbereitet: „Ich war überrascht, wie viele Leute im OP waren.“ (Interview 71 A.2).

Zum anderen bemängeln zwei Frauen, deren Entbindungstermin nicht wie geplant stattfinden konnte, dass sie hierüber nicht rechtzeitig informiert wurden (Interview 51V, 52 W). Eine von ihnen schlägt vor: „(...) Dass man diese Einleitungssituation mit den begrenzten Plätzen in dem Vorbereitungsgespräch einfach erwähnt. (...) Dass man sich als Schwangere (...) dann entsprechend auf die Situation einstellt. Man kommt hierhin, es ist aber nicht gesichert, dass es dann auch losgeht und ich glaube, dadurch ist sehr viel Stress und Überraschung dabei.“ (Interview 52 W).

Nur zwei Negativnennungen (5% insgesamt) erwähnen **zu wenig Kontakt zu Ärzten** im Kreißsaal. In einem Fall entfiel der erwartete ärztliche Kontakt wie bereits oben ausgeführt direkt nach ihrem Notkaiserschnitt völlig (Interview 32 N), bei der anderen Frau fand der angekündigte ärztliche Ultraschall nicht statt (Interview 95 F.2).

Nur eine einzige Mutter berichtet in ihrem Tiefeninterview (51 V) von mehreren Situationen, in denen für sie ein **Machtgefälle** zwischen ihr und dem medizinischen Personal negativ spürbar gewesen ist (7% aller Nennungen). Sie gibt auch im Fragebogen zur Gesamtzufriedenheit die schlechtmöglichste Note. In ihrem Tiefeninterview erzählt sie, dass das Personal ihr vom gewünschten Kaiserschnitt abgeraten habe, obwohl die medikamentöse Einleitung über zwei Tage erfolglos blieb. Stellenweise empfand sie dies als Nötigung beziehungsweise Erpressung: „(...) Die haben mir immer wieder vom Kaiserschnitt abgeraten (...). Also die haben gesagt, wenn du eine normale Geburt machst, dann kriegst du was zu essen. So weit war das. Weil ich hatte Hunger und ich durfte nichts essen und die haben gesagt, wenn ich eine normale Geburt mache, dann dürfte ich sogar essen.“ (Interview 51V). Ferner erzählt sie von der Durchführung eines CTGs: „(...) Die haben mir Hebammenschülerinnen gebracht und die haben drei Stunden lang das gleiche Herz abgehört. Drei Stunden saß ich da auf der Fensterbank, die haben mich dahingehockt wie einen Krüppel (...).“ (Interview 51V). Auch berichtet sie, dass ihr Mann von den Geschehnissen im Kreißsaal ausgeschlossen worden sei, obwohl er als Begleitperson angemeldet war. Lediglich eine einzige Interviewte thematisiert ein Machtgefälle zwischen Patientin und Kreißsaalpersonal. Somit stellt dieser Aspekt im Rahmen dieser Studie eine absolute Ausnahme dar.

Unter **Einzelnennungen** sind folgende Kritikpunkte enthalten: Ein als Zumutung empfundener Ultraschall um zwei Uhr nachts sowie die Angst und Alleinsein, da der Mann nachts nicht anwesend sein durfte, sowie das Resümee: „(...) Ich habe in meinem Leben noch nie so gelitten wie hier. Das ist wirklich die allerschlimmste Zeit in meinem Leben grade.“ (Interview 51V).

Eine andere überhaupt nicht zufriedene Mutter berichtet: „Grad so beim Kaiserschnitt, Hauptsache viele Medikamente, sodass man irgendwie damit ruhiggestellt ist.“ (Interview 45 T). Eine weitere Einzelnennung betrifft widersprüchliche Anweisungen des Personals zum weiteren Entbindungsprozess: „(...) die eine Hebamme sagte, okay, wir versuchen nochmal ein bisschen, ob wir die Geburt so vorankriegen, und zwei Minuten später kam der Arzt und sagte, der Stand ist so, so und so, eigentlich raten wir zum sofortigen Kaiserschnitt“ (Interview 5B).

Eine Mutter berichtet über ihre Sectio: „Als [sie] in meinen Bauch reingingen, das war natürlich erschreckend.“ (Interview 16G). Diese Aussage ist aufgrund ihrer Komplexität hier als Einzelnennung erfasst und wird später diskutiert werden.

4.3.3 Die Wochenbettstation: Positivnennungen zum Pflegepersonal

Mehrfachnennungen möglich

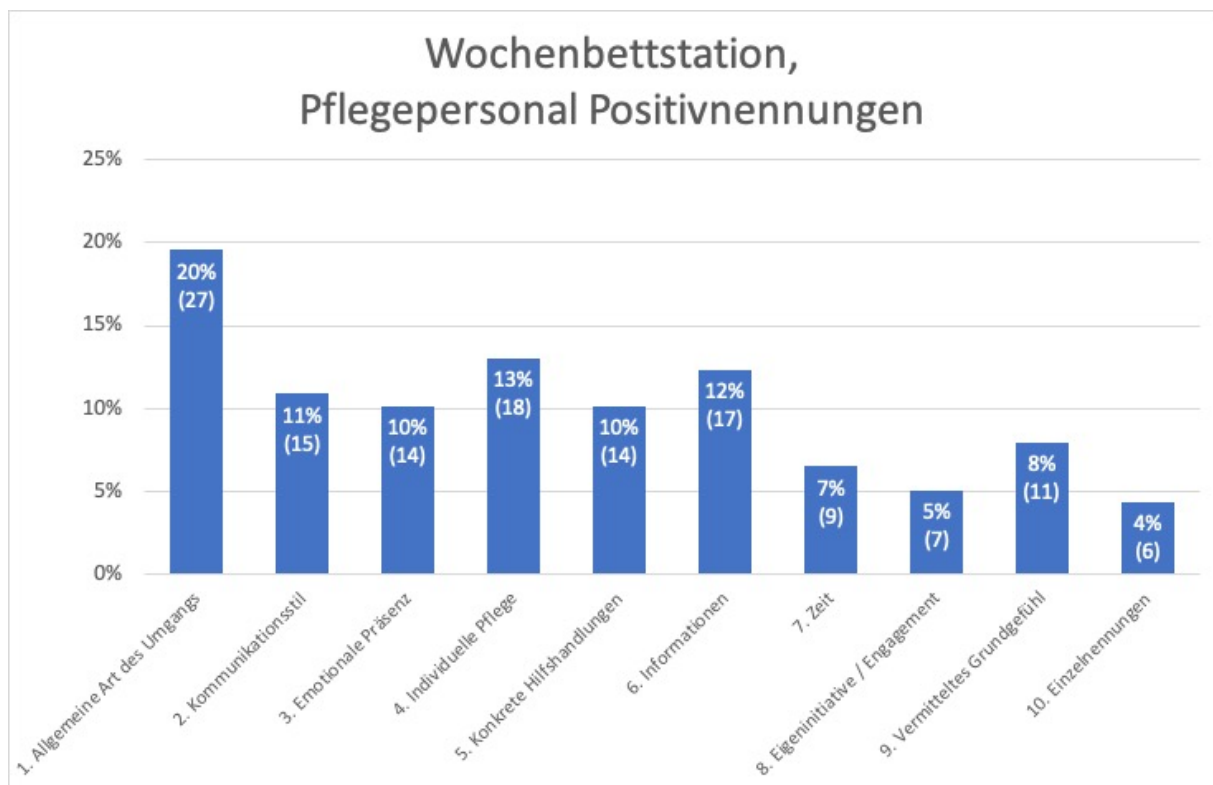


Abb. 7

Beispielinhalte der Subcodes:

1. Allgemeine Art des Umgangs

(super) hilfsbereit; sehr/ super nett; einfühlsam; verständnisvoll, (wirklich/ komplett/ mega) lieb; liebevoll; extrem/sehr/super freundlich; (echt/sehr/super) zuvorkommend; total unkompliziert; super angenehm; sehr offen

2. Kommunikationsstil

hören zu; Händchen gehalten; immer auch ein netter Spruch; der eine oder andere Witz; kommt ein Lächeln zurück; nie eine Grimasse gezogen; immer nett vorgestellt; nicht von oben herab behandelt, auf Augenhöhe kommuniziert; Kommunikation untereinander ganz in Ordnung; Kommunikation voll gut; klar kommuniziert; klare Anweisung bekommen

3. Emotionale Präsenz

Empathie; (alle) sehr aufmerksam; fühl mich gesehen; bin nicht so allein; offenes Ohr; sofort ernstgenommen; sehr fürsorglich, musste nicht nachfragen, das kam von selbst; waren einfach da/ kamen immer wieder, ohne aufdringlich zu sein; kommt ständig jemand und fragt, ob alles gut ist; [Hilfsangebot] ohne dass ich was sagen musste; gesagt, das ist normal, keine Angst

4. Individuelle Pflege

man fühlt sich nicht wie eine Nummer; auf meine Wünsche/Bedürfnisse eingegangen; bedürfnisorientiert; ansprechbar für Wünsche; bei allen Anliegen geholfen; auf Bedenken eingegangen, verschiedene Alternativen gesagt; nicht versucht, irgendwas durchzudrücken, gefragt, was ich will; Nachtschwester hat geholfen, konnte fünf Minuten spazieren gehen; versucht, jedermann glücklich zu machen; Beschwerden ernst genommen; versucht, Ruhe zu geben, weil ich gesagt hab, dass ich das brauch; nicht dauernd belagert, hatte auch meine Ruhe

5. Konkrete Hilfshandlungen

sollen wir was bringen/holen; sollen wir wickeln/gucken; gleich Medikamente gekriegt, wenn man Bescheid sagt; Gefühl, dass er Fieber hatte, direkt Fieber gemessen; bringen mir Tee; direkt Gelbwert gemessen, als ich nachgefragt hab; Wasser geholt, als ich noch nicht aufstehen konnte; geholfen, Windeln zu wechseln; hilfsbereit, die helfen zu wickeln, das Bett machen, Wasser holen

6. Informationen

Fragen beantwortet; immer Ansprechpartner da; immer unglaublich freundlich (bei Fragen); man kann sich mit allen Fragen an sie wenden; über alles (sehr) gut aufgeklärt; (Ablauf) Stück für Stück mit einem besprochen; immer erklärt, was man machen kann und soll; verschiedene Alternativen gesagt; immer ein-, zweimal am Tag gefragt, ob was unklar ist; klar kommuniziert, dass man weiß, was los ist; gesagt, dann kommt Essen oder eine Kontrolle; das Anlegen gezeigt; Alternativen zum Stillen aufgezeigt; kamen immer wieder, wollten das Stillen zeigen; mit dem Stillen gesagt, probier doch mal so

7. Zeit

lassen sich Zeit; immer Zeit für mich; jederzeit bereit zu helfen; lassen einen diesen Druck, den sie selber haben, nicht so spüren; gehört, es ist so hektisch und da hat niemand Zeit, hat man nicht so gespürt bei den Angestellten; direkt um einen gekümmert; innerhalb kürzester Zeit jemand da

8. Eigeninitiative/ Engagement

nicht selbst gefragt; kam von denen aus; von sich aus gesagt, dass es auch Einzelzimmer gibt; sprechen mit den Ärzten, dass (Schmerzmedikation) angepasst wird; (gefragt) sollen wir wickeln, sollen wir gucken, fand ich klasse; super engagierte Leute; voll engagiert und mit Freude dabei

9. Vermitteltes Grundgefühl

gut versorgt; sehr, sehr gut/direkt aufgehoben gefühlt; super aufgenommen; sehr zufrieden und sehr wohlgefühlt; gut betreut gefühlt; wie ich hier behandelt wurde, war echt gut; man fühlt sich wohl und muss keine Angst haben

10. Einzelnennungen

gut, dass man dazu anhält, eher schneller wieder mobil zu werden; Station finde ich super; man merkt, dass die mit Kindern umgehen können; medizinischen Personal total gut; das ganze Personal ist vom Fachlichen her gut

28 der 32 interviewten Frauen bewerten die Kontaktqualität zum Pflegepersonal der Wochenbettstation im Detail positiv.

Wie bei dem Kreißsaalpersonal beziehen sich auch hier die meisten Positivnennungen auf die **allgemeine Art des Umgangs** und dienen meist als Einstieg in detailliertere Berichte. Die Frauen bezeichnen das Pflegepersonal sehr häufig als „super freundlich“ (Interviews 17 H, 68 Z), „sehr nett“ (Interviews 5B, 11 E, 79 C.2) oder grundsätzlich als „hilfsbereit“ (Interviews 10 D, 18 I, 33 O). Auch „zuvorkommend“ ist eine oft gewählte Beschreibung des allgemeinen Umgangs (Interviews 10D, 17 H, 21 J, 34 P, 64 Y).

Die zweithäufigste Gruppe (13% aller Positivnennungen und fast die Hälfte aller interviewten Frauen) hebt positiv hervor, dass die Pflege auf der Wochenbettstation **individuell orientiert** ist. Hierunter verstehen sie, dass auf ihre Wünsche, Bedürfnisse, Anliegen und Beschwerden nach Möglichkeit gezielt eingegangen wird und die Mütter gehört und in ihren speziellen Anliegen ernstgenommen werden (Interviews 7 C, 11 E, 23 K, 60 X, 89 E.2).

Wenn das Pflegepersonal sich der Mutter gegenüber bedürfnisorientiert verhielt, wurde dies häufig positiv herausgestellt, beispielsweise in Form von Rücksichtnahme auf vermehrtes Ruhebedürfnis: „Und jetzt hab´ ich gemerkt, dass die hier wirklich auch...versuchen mir Ruhe zu geben, weil ich auch gesagt hab, dass ich das brauche. (...) ich glaube, die versuchen mich jetzt schon auch noch mehr abzuschirmen.“ (Interview 10D). Ähnliches berichtet eine andere Frau: „Ich hab´ das Gefühl, man wird jetzt hier nicht dauernd so belagert, also ich hatte auch meine Ruhe.“ (Interview 11 E). Eine andere Mutter: „Auch ernstgenommen zu werden, also was Beschwerden angeht, da wird hier wirklich geguckt.“ (Interview 7 C).

Die niederschwellige Bereitschaft, auf Wünsche der Mutter einzugehen, wird sehr positiv bemerkt: „Wenn man einen Wunsch hatte, waren sie auch da. (...) Und sie haben auch immer über Nacht gesagt, wenn´s irgendwas gibt, können Sie die Klingel gerne auch über Nacht nutzen.“ (Interview 17 H).

Eine andere Frau erzählt, wie das Personal ihre Sorgen hinsichtlich des Stillens auffing und einen selbstbestimmten Umgang hiermit ermöglichte: „Ich hatte jetzt Bedenken in Bezug auf das Stillen, ob das gut funktioniert, ob ich da zufüttern soll oder nicht. Da hatte ich schon den Eindruck, dass da gut drauf eingegangen worden ist und mir verschiedene Alternativen gesagt wurden, wie man´s machen kann und aber nicht versucht wurde, irgendwas durchzudrücken. Es wurde einfach nur erwähnt, was geht und ich konnte sagen, dann will ich das probieren. Ja. (...) Also das war ganz schön, dass (...) gefragt wurde, was ich denn will.“ (Interview 95F.2).

12% aller Positivnennungen, über ein Drittel der interviewten Mütter, loben umfassende **Informationen** und gelungene Aufklärung durch das Wochenbettstationspersonal: „(...) ich fand auch, dass sie mir die Sachen auch immer gut erklärt haben.“ (Interview 10 D), „Es wurde einem auch immer erklärt, was man machen kann und soll, man konnte mit allen Fragen nach vorne gehen“ (Interview 17 H), „(...) haben über alles sehr gut aufgeklärt.“ (Interview 23 K), „Es war immer ein Ansprechpartner da oder es kam direkt jemand, wenn was war.“ (Interview 81 D.2). Insbesondere niederschwelliges Ansprechen, Informieren und Aufzeigen verschiedener Alternativen zum Thema Stillen und Anlegen des Babys empfinden viele Frauen positiv (Interviews 10 D, 34 P, 41 S, 60 X, 95 F.2). Eine Mutter lobt: „Ich glaub, es ist nicht so, dass Hebammen irgendwie routinemäßig hier auf der Station arbeiten, aber das fand ich halt cool, dass man jemanden hat, der einem zum Beispiel das Anlegen oder so zeigt.“ (Interview

60 X). Eine andere: „Ja, dann war das halt auch mit dem Stillen, also bei ihm hat's halt jetzt perfekt auch funktioniert, aber es wurde auch nochmal mehr geguckt, es wurde gesagt, ach, probier' doch mal so und hier (...)“ (Interview 41 S).

Daneben sind auch der Ablauf und die Routinen auf der Wochenbettstation Gegenstand des Informationsbedarfs: „Das wird alles Stück für Stück mit einem besprochen, wie der Ablauf ist“ (Interview 33 O). Eine Mutter fasst zusammen: „Ich hab' auch grad eben gefragt, wann ich entlassen werden kann, dann wurde auch direkt gesagt, dass die meisten nach zwei Tagen gehen und es wurde klar kommuniziert, dass es jetzt erstmal nicht so scheint, dass da irgendwas gegen spricht. (...) sodass man nicht abwartend dasitzt und nicht weiß, was los ist, sondern dass ganz klar ist, wir müssen jetzt noch die und die Untersuchung machen und wenn die gut aussieht, dann ist alles gut. Das ist für mich immer ganz schön zu wissen- wovon hängt es ab und was sind die Risiken, was kann jetzt noch passieren, warum bin ich überhaupt hier?“ (Interview 95 F.2).

11% der Positivnennungen beziehen sich auf einen gelungenen **Kommunikationsstil** des Pflegepersonals. Ein Viertel der Mütter beschreibt diesen oft facettenreich und differenziert mit Mehrfachnennungen positiv. „Sich vorstellen“ (Interview 17 H) und „Lächeln“ (Interview 48 U) wird hier positiv erwähnt. Mehrere Mütter loben auch, dass das Personal ihnen zuhörte (Interviews 11 E, 48 U, 7 C). Besonders positiv wird dies bemerkt, wenn die Mutter aufgrund von emotionaler Belastung Gesprächsbedarf hatte: „(...) hatten auch mal ein offenes Ohr, weil...ich hab' ja auch viel geweint eine Zeit [*verlegenes Lachen*]. Das muss ich schon sagen, das war schon toll.“ (Interview 7C). In diesem Zusammenhang hatte das Personal der Mutter auch „Händchen gehalten“ (Interview 7 C).

10% aller Positivnennungen beziehen sich auf die **Empathie** beziehungsweise die **emotionale Präsenz** des Pflegepersonals, die auch als Vorbedingung für einen gelungenen Kommunikationsstil und individuelle Pflege gesehen werden kann. Einige Frauen beschreiben das Pflegepersonal als „sehr aufmerksam“ (Interview 76 B.2, 18 I, 34 P) oder „fürsorglich“ (Interview 81 D.2): „Man musste auch nicht nachfragen, das kam von selbst. Das finde ich sehr schön hier. (...) Man hat sich direkt aufgehoben gefühlt und nicht so allein. (...) Die haben einen sofort ernstgenommen.“ (Interview 81 D.2). Einige Mütter nennen konkrete Beispiele, in denen sich diese Aufmerksamkeit für sie positiv zeigte: „(...) wenn die gesehen haben, dass die Getränke alle sind, dann haben die gefragt, sollen wir nochmal was bringen, oder wenn man grad beim Stillen war- ich hab am Anfang auch noch zugefüttert- dann so, okay, sind Sie soweit? Sollen wir schon nochmal alles holen? Und dann musste ich nicht extra aufstehen, was natürlich grad mit den Schmerzen am Anfang ganz gut ist. Nee, ich fand das echt gut.“ (Interview 18 I). Eine andere: „Also auch wenn man da vor an den Stützpunkt geht, man wird nicht- manchmal ist es ja auch so, dass die einen dann nicht wahrnehmen und man steht da

ewig und weiß nicht- Entschuldigung? Darf ich jetzt stören oder nicht? Die sind da eigentlich sehr aufmerksam.“ (Interview 34 P).

Eine Mutter erzählt, wie das Pflegepersonal sie in ihrer Panik beruhigte: „Ich habe (...) gesagt, das ist ein Notfall mit dem Kind, da war noch Wasser in ihm. Ich wusste nicht- ich hab´ drei Kinder, das hab´ ich noch nicht erlebt. Bei diesem Kind hab´ ich es erlebt, es hat Wasser gespuckt, ich weiß nicht, was ich in dieser Situation machen soll. (...) Dann ist eine andere gekommen, die hat gesagt, das ist normal, Sie können ihn auf den Rücken legen und es atmet von alleine, keine Angst, das ist bei vielen Kindern so.“ (Interview 79 C.2).

Mehrere Mütter beschreiben eine bedürfnisorientierte Präsenz des Personals, das die Mutter „ohne aufdringlich zu sein“ (Interview 34 P) betreut. Eine Frau beschreibt dies so: „Also ich fand gut, dass sie nicht aufdringlich waren und dass sie aber einfach da waren. Also dass sie reinkamen, gemerkt haben, das ist mein zweites Kind, die kommt zurecht, und dann gesagt haben, wenn irgendetwas ist, melden Sie sich.“ (Interview 3A).

10% aller Positivnennungen (über ein Drittel aller interviewten Mütter) beschreiben **konkrete Hilfshandlungen** des Personals. Dies sind häufig einfache Tätigkeiten, die die Mutter in dem Moment (körperlich) entlasten, beispielsweise Windeln bereitstellen (Interview 48 U), Getränke holen (Interview 18 I, 34 P, 48 U, 79 C.2), das Baby wickeln (Interview 79 C.2, 41 S), das Bett beziehen (Interview 79 C.2) oder auch Medikamente verabreichen (Interview 7 C). Diese Hilfe bei ihrer Versorgung und der des Kindes wird von vielen Müttern positiv bemerkt, insbesondere, wenn diese freundlich und spontan erfolgt: „Die eine hat dann, als ich noch nicht aufstehen konnte, auch gefragt: Soll ich nochmal Wasser holen? Ohne, dass ich was sage. Also das ist ja kein Hotel und so, aber das ist einfach- das war so voll die nette Geste, und eine so eine Geste reicht schon und man ist irgendwie- es ist alles gut.“ (Interview 48U).

5% aller Positivnennungen heben solch **besonderes Engagement** des Personals in Form von **Eigeninitiative** positiv hervor. Einer Mutter sind die Nachtschwester besonders in Erinnerung geblieben: „(...) es wurde nochmal gefragt: Sollen wir noch den Kleinen- sollen wir wickeln, sollen wir gucken- fand ich klasse, weil grad auch in der Situation, wenn man- ich glaub, die Damen in der ersten Nacht waren auch nur zu zweit, wo ich dann echt gesagt hab, wow.“ (Interview 41S). Eine andere Mutter erzählt: „Sonst musste man auch viel nach Schmerzmedikamenten nachfragen, das ist auch nicht so, sondern dann kommt auch das Personal: Läuft das? Reicht das so? Müssen wir das anpassen? Und sie sprechen mit den Ärzten, dass das angepasst wird, also das war total unkompliziert und angenehm.“ (Interview 18I).

7% aller Positivnennungen, also eher selten, stellen **Zeit** als Faktor in den Mittelpunkt. Zum einen ist hier die Reaktionszeit gemeint, mit der das Personal auf die Mutter reagiert: „Wenn ich klingel‘, da ist innerhalb kürzester Zeit jemand da.“ (Interview 68 Z).

Zum anderen wird auch positiv betont, dass das Personal sich im Kontakt mit der Mutter Zeit lässt, insbesondere dann, wenn es selbst im Stress ist: „Und lassen einen diesen Druck, den sie selbst haben, einfach nicht spüren, ne? (...) Und es gibt halt Leute, die das komplett abfedern können und das ist glaub ich viel, viel wert.“ (Interview 25L). Eine weitere Mutter lobt: „Man merkt schon, dass die Arbeitsbelastung hoch ist, aber die meisten Schwestern sind trotzdem nett und hilfsbereit.“ (Interview 18I).

8% der Positivnennungen beschreiben einfach ein positives **Grundgefühl**. Die Mütter fühlen sich „gut betreut“ (Interview 71 A.2) und „sehr gut aufgehoben“ (Interview 25 L). Eine Mutter resümiert: „Wie ich hier behandelt wurde, das war echt gut. (...) Man fühlt sich wohl und muss keine Angst haben.“ (Interview 7C).

Einige wenige Äußerungen lassen sich keine Gruppe zuordnen und werden als **Einzelnennung** erfasst (4% aller Positivnennungen). Eine Mutter konstatiert beispielsweise: „Das ganze Personal ist vom Fachlichen her gut.“ (Interview 89 E.2). Eine andere Frau merkt kurz und knapp an: „Station find‘ ich super.“ (Interview 60X).

4.3.4 Die Wochenbettstation: Negativnennungen zum Pflegepersonal

Mehrfachnennungen möglich

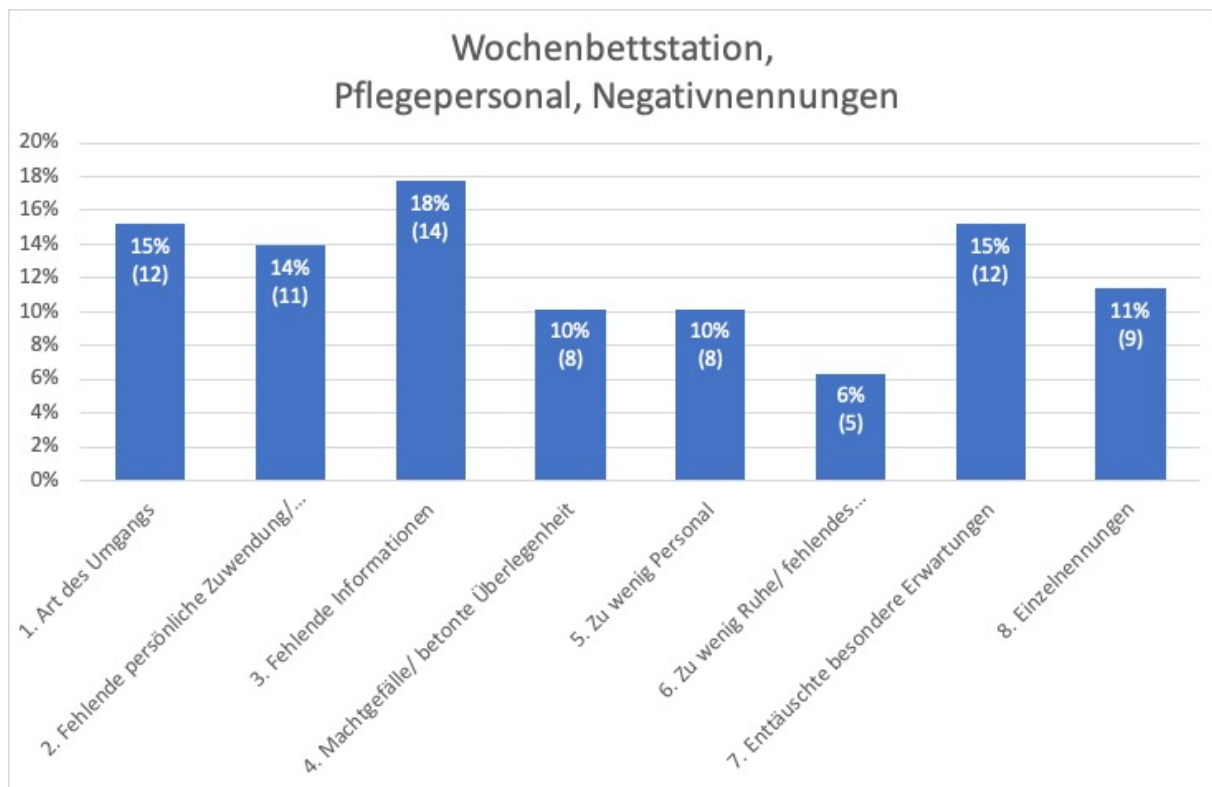


Abb. 8

Beispielinhalte der Subcodes:

1. Art des Umgangs

nicht so nett; patziger Ton; sehr unzufrieden, wie manche Schwestern mit einem umgehen; keine Lust zu arbeiten; sagt eiskalt Nein; hat sich nicht im Griff gehabt; irgendetwas raus(ge)hauen

2. Fehlende persönliche Zuwendung/ Empathie

abgestumpfte Leute; emotional nicht drauf eingegangen; man will mir nicht wirklich zuhören/ nicht gehört gefühlt; spulen ihre Platte ab; mehr Unterstützung gewünscht; Personal hat kein Verständnis; wurde abgespeist; zehnmal geklingelt und es kam keiner; nicht verziehen, wenn man nicht direkt auf den Beinen ist; muss betteln, dass mir jemand hilft

3. Fehlende Informationen

man bekommt nichts erklärt; keiner hat mir gezeigt, wie's geht; wünsche mir jemanden, der wirklich Ahnung hat (Anlegen des Babys); sehr unerschließbare Dinge; Tagesplan gewünscht; Abläufe auf Station nicht klar; weiß nie, wann jemand kommt; Schwestern und Hebammen schwer auseinander zu halten; jeder hat was anderes gesagt; unterschiedliche Anweisungen verunsichern

4. Machtgefälle/ betonte Überlegenheit

man glaubt mir nicht; fühle mich sehr kontrolliert; möchte nicht verurteilt werden; bin die ganze Zeit leise und geduldig, weil ich auf die angewiesen bin; Vorurteile; muss meinen Mund halten, will keine Probleme haben

5. Zu wenig Personal

hohe Arbeitsbelastung; Personalmangel/ Personal fehlt; unterbesetzt; gestresst; fehlende Zeit

6. Zu wenig Ruhe/ fehlendes Säuglingszimmer

Stillzimmer wäre sinnvoll; Kinderzimmer gibt es nicht mehr; niemand hat mir die Kinder abgenommen; ganz viel Hektik; ständig kommt jemand rein

7. Enttäuschte besondere Erwartungen

konnte keinen Kinderwagen haben; trotz Privatversicherung mit kranken Leuten in einem Zimmer; besondere Getränke schnell vergriffen; keine gute Stillberatung; kein Einzelzimmer; Mann wurde rausgeschickt; Schwester wollte Wäsche nicht rausholen; musste Babymilch selbst holen

8. Einzelnennungen

Essen schmeckt nicht / ist ein Wermutstropfen/ Katastrophe; fühl mich gar nicht wohl; möchte nicht auf meine Depression angesprochen werden; Papa darf nicht rund um die Uhr da sein; Zimmernachbarin erzählt mir Horrorstories vor der OP; die allerschlimmste Zeit in meinem Leben gerade

Über die Hälfte der interviewten Frauen (18 von 32 Müttern) übt Kritik am Pflegepersonal auf der Wochenbettstation. Etwa ein Drittel aller Nennungen zum Pflegepersonal sind negativ.

Fehlende Informationen führen zu 18% aller Negativnennungen.

Es fehlen Informationen zu organisatorischen Abläufen und Routinen auf der Wochenbettstation: „Also ich bin quasi hierhergekommen und wirklich erklärt [*kurze Pause*] bekommt man nichts. Man muss jetzt auch nicht eine Person haben, die einem was erklärt, sondern es reicht ja vielleicht ein Zettel, auf dem draufsteht, Sie sind auf der und der Station, normalerweise gibt es zwischen da und da Essen, dann und dann sind Besuchszeiten aktuell (...).“ (Interview 25 L). Derselbe Wunsch kommt auch von anderen Müttern: „So ein bisschen einen Tagesplan. Was steht an die nächsten Tage? Es gibt eine tägliche Visite oder dann und dann wird das Baby untersucht, sodass man einfach eine Idee hat, wie hier alles läuft.“ (Interview 64Y). Eine andere Frau: „Ansonsten war mir von den Abläufen her besonders hier auf Station nicht so klar, dass die Kinderärzte separiert sind von den Gynäkologen und den Hebammen (...), an wen man sich wenden kann.“ (Interview 76 B.2). Einige Frauen konnten Hebammen und Schwestern nicht klar unterscheiden: „Hier wusste ich gar nicht, wer dann jetzt im Endeffekt Schwester und wer Hebamme war, bringe alles durcheinander.“ (Interview 71 A.2).

Außerdem fehlen manchen Frauen Informationen bezüglich der Pflege ihres Babys, beispielsweise zum Stillen: „Dadurch, dass hier auch viele Hebammenschülerinnen rumlaufen, (...) ist aber das Wissen irgendwo auch zu Ende und es wäre halt schon super, wenn wenigstens einmal jemand kommen würde, der [*betont*] wirklich weiß, was er macht und das mit einem durchgeht.“ (Interview 48 U). Eine andere Mutter erzählt: „(...) es kommen dann halt auch einfach Leute rein und sagen: So geht's nicht! Aber keiner hat's mir vorher gezeigt, wie's geht.“ (Interview 25 L).

Aber auch wenn Informationsvermittlung stattfindet, berichten mehrere Frauen von unterschiedlichen, sich widersprechenden Anweisungen, die sie verunsichern und ratlos zurücklassen: „Je nachdem, welche Schicht man hat, denkt man so, man macht alles falsch, wenn der Nächste dann kommt und sagt, nee, was machen Sie denn da?“ (Interview 76 B.2). Eine andere Mutter berichtet von einer ähnlichen Erfahrung: „Missverständnisse zum Beispiel beim Zufüttern. Da hat die eine Schwester gesagt, zwei Milliliter und die andere sagt, zehn Milliliter (...) das verunsichert einen“ (Interview 60 X).

15% aller Negativnennungen bemängeln die **allgemeine Art des Umgangs**. Die Schwestern seien „nicht alle so nett“ (Interview 14 F). Konkret berichten hier mehrere Frauen über Bemerkungen oder Kommentare durch das Pflegepersonal, die sie als unangebracht empfanden. Eine Mutter war nach einem unerwarteten Kaiserschnitt aufgrund einer Influenza-Infektion auf der Wochenbettstation isoliert und von ihren gerade entbundenen Kindern, die in der Kinderklinik aufgenommen wurden, getrennt worden. Sie befand sich in einer emotionalen Ausnahmesituation und bekam in dem Moment von einer Schwester zu hören „Was weinen

Sie denn jetzt?“ (Interview 32 N). Die Mutter findet: „Man sollte sich im Griff haben, und nicht einfach irgendwas raushauen.“ (Interview 32N). Einer Primipara wurden mangelnde Kenntnisse in der Babypflege unterschwellig vorgeworfen: „Was, Sie haben noch nie gewickelt?“ (Interview 45 T). Bei einer anderen Mutter war die Entbindung so schnell verlaufen, dass sie im Foyer der Klinik entband und dort durch das Personal unterstützt wurde. Sie erinnert sich im Nachgang negativ an den Kommentar, sie habe „das Kind im Schweinsgalopp verloren“ (Interview 21 J).

Manche als unangemessen empfundene Antwort des Pflegepersonals steht in Zusammenhang mit einem sehr hohen Anspruch auf Unterstützung seitens der Patienten: „Und die kam rein und diskutiert mit mir, ich hab´ nur gebeten, dass sie mir von meiner Wäsche was rausholt, nur das hier. Da sagt sie: Brauchen Sie eine Dame, die Ihnen bis morgen hier hilft, oder was?“ (Interview 79 C.2). In einem anderen Beispiel bat die Mutter, dass ihr die Säuglingsmilch gebracht werde und bekam zur Antwort: „Sie können doch laufen, oder?“ (Interview 95 F.2). Eine weitere sehr unzufriedene Patientin äußert: „Gestern habe ich auf den Notfallknopf geklingelt, weil ich bin alleine auf Toilette gegangen und die Schwester hat ernsthaft gesagt- *[betont jedes Wort]* ich helfe Ihnen jetzt ausnahmsweise. Ausnahmsweise! Ich hab´ dann nur gesagt, oh mein Gott, ist okay, ich mach´s selber.“ An anderer Stelle in ihrem Interview: „Ich hab´ zu ihr gesagt, können Sie bitte dem anderen Baby Milch geben (...) und die sagt eiskalt, nein, sie hätte was Besseres zu tun (..)“ (Interview 51 V).

So betreffen 15% aller Negativnennungen **besondere Erwartungen** der Frauen, die das Pflegepersonal nicht erfüllt. Es fällt auf, dass zwei der drei sehr unzufriedenen Mütter mit Mehrfachnennungen in diese Kategorie gehören. Konkret nennen sie neben bereits oben beschriebenen negativ beantworteten Erwartungen, dass ihnen beispielsweise ein Einzelzimmer (Interview 51 V) oder ein Kinderwagen zum Spaziergehen auf dem Klinikgelände (Interview 14 F) verwehrt wurde. Eine von ihnen beschwert sich, dass ihrem Mann zeitweise die Anwesenheit untersagt wurde (Interview 51 V). Eine weitere Patientin beklagt, dass die Unterstützung der Mutter durch das Pflegepersonal in für sie anstrengenden oder schmerzhaften Situationen umfassender hätte sein können, wie zum Beispiel beim Toilettengang (Interview 32 N). Eine andere empfindet es als Privatpatientin als Zumutung mit einer anderen Frau in einem Zimmer untergebracht zu werden (Interview 29 M).

Eine weitere Mutter wünscht sich eine bessere Stillberatung auf der Wochenbettstation: „Das habe ich auch nicht wirklich verstanden, dass auf einer Station, wo Mütter mit Neugeborenen sind, dass da keine richtig gute Stillberatung ist! (...) Und wenn es dann so weit ist, dann kommt halt einfach keine Unterstützung!“ (Interview 48 U).

14% der Negativnennungen beziehen sich auf **fehlende persönliche Zuwendung oder Empathie** durch das Pflegepersonal: „Leute- egal was du sagst, die hören irgendwie nicht zu,

sondern spulen ihre Platte ab.“ (Interview 48 U). Eine andere: „Es gibt Leute, die sind sehr...[Pause] vielleicht abgestumpft, ich weiß es nicht? So wo ich dachte, ach du meine Güte.“ (Interview 25 L). Befindet sich die Mutter zusätzlich durch besonders belastende Umstände in einer persönlichen Ausnahmesituation, schadet fehlende Empathie dem Vertrauensverhältnis besonders nachhaltig und grundsätzlich. Eine Frau entband ihre Zwillinge vorzeitig und ungeplant per Kaiserschnitt und musste unmittelbar darauf aufgrund einer Influenza-Infektion vollständig kontaktisoliert werden. Sie erzählt: „Ich hab´ halt gesagt, ich würd gern bei den Kindern sein. Und das war- das war jetzt nicht in dem Sinn beleidigend, aber halt schon verletzend, weil sie hat dann gemeint: Was weinen Sie denn jetzt? Den Kindern geht´s doch gut, Sie müssen doch nicht dort sein, Sie können doch anrufen. (...) Da hab´ ich halt für mich gedacht, (...) Habt doch ein bisschen Verständnis für mich (...). Klar, jeder hat mal einen schlechten Tag oder so, aber ich finde, in dem Beruf sollte man sich unter Kontrolle haben und dem Patienten nicht noch mehr Sorgen bereiten. Ich bin auch so schon fix und fertig (...) und wenn man dann, wo man sich eigentlich geborgen fühlen möchte, wenn jemand dann sowas gesagt bekommt, das ist halt schon... da verliert man auch irgendwie das Vertrauen in das Personal.“ (Interview 32 N).

Auch eine andere Mutter fühlt sich nach dem Schock ihres ungeplanten Kaiserschnitts nicht verstanden: „Es ist auch nochmal ein Unterschied, ob man eine OP hatte oder ob man eine natürliche Geburt hatte. Ich bin ja im Krankenwagen hergebracht worden, der war in Beckenendlage, das war ein ungeplanter Eingriff und dann wird man so ein bisschen- dann verzeiht man nicht, wenn man nicht direkt auf den Beinen ist. Ich persönlich wurde jetzt auch noch nicht so oft in meinem Leben operiert und es ist ja auch unser erstes Kind.“ (Interview 45 T). Sie gibt im Fragebogen maximale Unzufriedenheit an. Auch die beiden anderen sehr unzufriedenen Frauen gehen mit Nennungen in diese Kategorie ein. Eine von ihnen fühlt sich nicht auf Augenhöhe behandelt und ernstgenommen: „(...) auch nicht wirklich so auf den Mutterinstinkt gehört. Ich bin ja nicht das erste Mal Mama. Ich kenn das ja alles schon. Und das hat mich halt schon sehr enttäuscht. Man will mir auch nicht wirklich zuhören.“ (Interview 14F). Die dritte Unzufriedene: „Aber es ist halt sehr, sehr, sehr schwer, wie mir nicht richtig geholfen wird, überhaupt nicht eigentlich, kann man so sagen. Ich muss halt hier die ganze Zeit betteln, dass mir jemand hilft.“ (Interview 51V).

Eine **betonte Überlegenheit** beschreiben insgesamt nur zwei sehr unzufriedene Frauen mit Mehrfachnennungen. Eine von ihnen „möchte nicht irgendwie verurteilt werden oder dass jemand mit mir wegen Vorurteilen anders umgeht.“ (Interview 14 F). Sie erhält zur Antwort auf die Frage nach einer Flasche: „Kann aber auch sein, dass er weint, weil er Entzugerscheinungen hat von ihrem Rauchen.“ (Interview 14 F). Später wird ihr mitgeteilt: „die Fingernägel sind für die Versorgung vom Kind sehr unvorteilhaft.“ (Interview 14F). In der Folge resümiert sie: „Ich fühl´ mich hier auch sehr kontrolliert. (...) ich muss ja meinen Mund

halten, ich will ja keine Probleme haben“ (Interview 14 F). Ein ähnlich spürbar gewordenen **Machtgefälle** beschreibt die andere Mutter: „Ich bin die ganze Zeit leise, ich bin die ganze Zeit geduldig, weil ich auf die angewiesen bin.“ (Interview 51 V).

Weitere 10% aller Negativnennungen beziehen sich auf **Personalmangel** auf der Wochenbettstation: „Personalmangel ist ja vorhanden.“ (Interview 29 M), eine weitere: „Aber man sieht halt wirklich, dass Personal fehlt, dass das Personal nicht da ist, es ist wirklich schlimm.“ (Interview 51 V). Eine weitere: „Man hat zwischendurch den Personalmangel bemerkt. Also grade nachts (...)“ (Interview 25 L). Manche Frauen spüren den Personalmangel indirekt durch das Pflegepersonal, das „einfach gestresst war“ (Interview 95 F.2). Eine andere Mutter bemerkt direkt im ersten Satz ihres Tiefeninterviews: „Man merkt wirklich schon, dass die Arbeitsbelastung hoch ist.“ (Interview 18 I), oder auch: „Ich mein´, die sind ja auch bestimmt ein bisschen unterbesetzt, wie überall?“ (Interview 60 X).

Zwei Frauen, die im Fragebogen nach der Gesamtzufriedenheit eine neutrale beziehungsweise eher unzufriedene Bewertung abgaben (Nr. 101 und 102), konstatierten der Studienleiterin gegenüber ausdrücklich, dass merklicher Personalmangel herrsche. Es gebe keine Zeit für ihre Fragen oder Anliegen, zudem dauere es Stunden, bis jemand auf ihr Klingeln reagiere. Beide Mütter sind nicht in der Statistik der Negativnennungen erfasst, da kein vollständiges Tiefeninterview gewünscht wurde. Ihre Äußerungen stützen jedoch die anderen Nennungen der Kategorie.

6% aller Negativnennungen beziehen sich auf **zu wenig Ruhe**. In manchen Aussagen wird deutlich, dass ein Säuglingszimmer für die Mütter in unterschiedlicher Hinsicht eine Entlastung bedeutet hätte: „Ich war der Meinung, dass es hier ein Kinderzimmer gibt, wo man grade am Anfang vielleicht mal zwei, drei Stunden schlafen kann und sein Kind mal gut abgeben kann. War nie so geplant, das auszunutzen oder so, aber hätte ich jetzt zwei Kinder gehabt, weiß ich nicht, ob ich da geschafft hätt, ganz ehrlich. Das gibt´s wohl nicht mehr...“ (Interview 25 L). Tatsächlich hätte sich eine Mutter mit Zwillingen zeitweise diese Entlastung gewünscht, da sie direkt nach ihrem Kaiserschnitt „(...) schon selber auf meine Kinder aufpassen musste, niemand hat mir die Kinder abgenommen, niemand.“ (Interview 51 V). Eine andere Mutter: „Und ja, letztes Mal (...) bin ich einmal dahin [Stillzimmer] gegangen, weil ich in einem Doppelzimmer war und dann haben sie mit mir eine Stillberatung gemacht, während die andere Patientin gerade Besuch gehabt hat (...), deswegen war es gut, dass da so ein Ausweichraum war.“ (Interview 10 D).

Zwei Mütter hätten sich insgesamt mehr Ruhe gewünscht: „Das sorgt insbesondere bei den Babys für ganz viel Hektik, wenn Tür auf, Tür zu, ok, es kommt jemand, es kommt keiner“ (Interview 29 M). Eine der sehr unzufriedenen Mütter sagt: „...jeden Tag kommen immer verschiedene- (...) ich wollte heute zum Beispiel halt [betont] zum ersten Mal auf die Toilette

gehen seitdem ich hier bin und dann kommt die Fotografin, dann kommt die- [Partner der Mutter fügt ein: „Büchereidienst, dann Physio, dann kam-“, Mutter fährt fort:] Reinigungsdienst und man weiß aber nie, wann überhaupt jemand kommt und dann sitzt man vielleicht grade hier oben ohne“ (Interview 45 T).

11% aller Negativnennungen konnten keiner anderen Kategorie zugeordnet werden und sind als **Einzelnennungen** erfasst. Mehrfach wird das Krankenhausessen bemängelt (Interview 11 E, 29 M, 51 V). Eine Mutter hätte sich gewünscht, dass „der Papa rund um die Uhr da sein darf“ (Interview 45 T). Eine Patientin beklagt: „Meine Schwiegermutter trägt ein Kopftuch und auf einmal waren die komplett verändert, (...) wie wir hier behandelt werden, wie ein Stück Scheiße.“ (Interview 51 V). Eine andere Frau wollte nicht auf ihre Depression in der Vorgeschichte angesprochen werden: „Wenn ich jetzt wirklich mit einem Psychologen sprechen will, dann würd´ ich´s sagen. Ich weiß nicht, ich möchte da nicht noch unbedingt arg drauf angesprochen werden.“ (Interview 21 J).

4.3.5 Die Wochenbettstation: Stationsärzte

Die Ärzte der Wochenbettstation bleiben in den Tiefeninterviews der Frauen häufig eher im Hintergrund. Insgesamt äußern sich die Mütter zu ihnen deutlich seltener detailliert (61 Nennungen), als sie es im Vergleich zu dem Kreißsaalpersonal oder dem Pflegepersonal auf der Wochenbettstation tun. Viele der interviewten Frauen erwähnen die Ärzte der Station nicht spontan, sondern äußern sich erst zu ihnen, als die Interviewerin explizit danach fragt.

Die Interviews lassen aber einen Rückschluss auf die Kontaktmenge der Frauen mit den Ärzten der Wochenbettstation zu.

Nur zwei Mütter berichten ausdrücklich von zu wenig Kontakt zu den Stationsärzten (s. Kapitel Ärzte der Wochenbettstation, Negativnennungen). Vier Frauen geben an, sogar viel Kontakt auch zu ihren Ärzten auf Station gehabt zu haben: „oh, ich hatte ja mit vielen Ärzten Kontakt.“ (Interview 23 K), oder: „Ständig Arztbesuche.“ (Interview 16 G).

In der überwiegenden Mehrheit kann der Kontakt der Stationsärzte zu den Müttern als wenig, aber ausreichend bezeichnet werden:

„Da hatte ich jetzt eigentlich nicht so viele Berührungspunkte? (...) aber da ich auch keine Probleme habe, glaub´ ich, ist das auch relativ kurz gehalten.“ (Interview 34 P).

„Die hab´ ich jetzt nur einmal für zwei Minuten gesehen. (...) Ich bin meine Fragen losgeworden, deswegen war es okay“ (Interview 64 Y).

„Die hab ich jetzt nicht so oft gesehen, die kommen halt morgens dann zur Visite. (...) Ich brauchte jetzt auch nicht mehr“ (Interview 95 F.2).

„Also das war für mich völlig ausreichend. Schlussendlich sollen die sich auf das Wesentliche konzentrieren.“ (Interview 18 I).

Positivnennungen zu den Stationsärzten

Mehrfachnennungen möglich

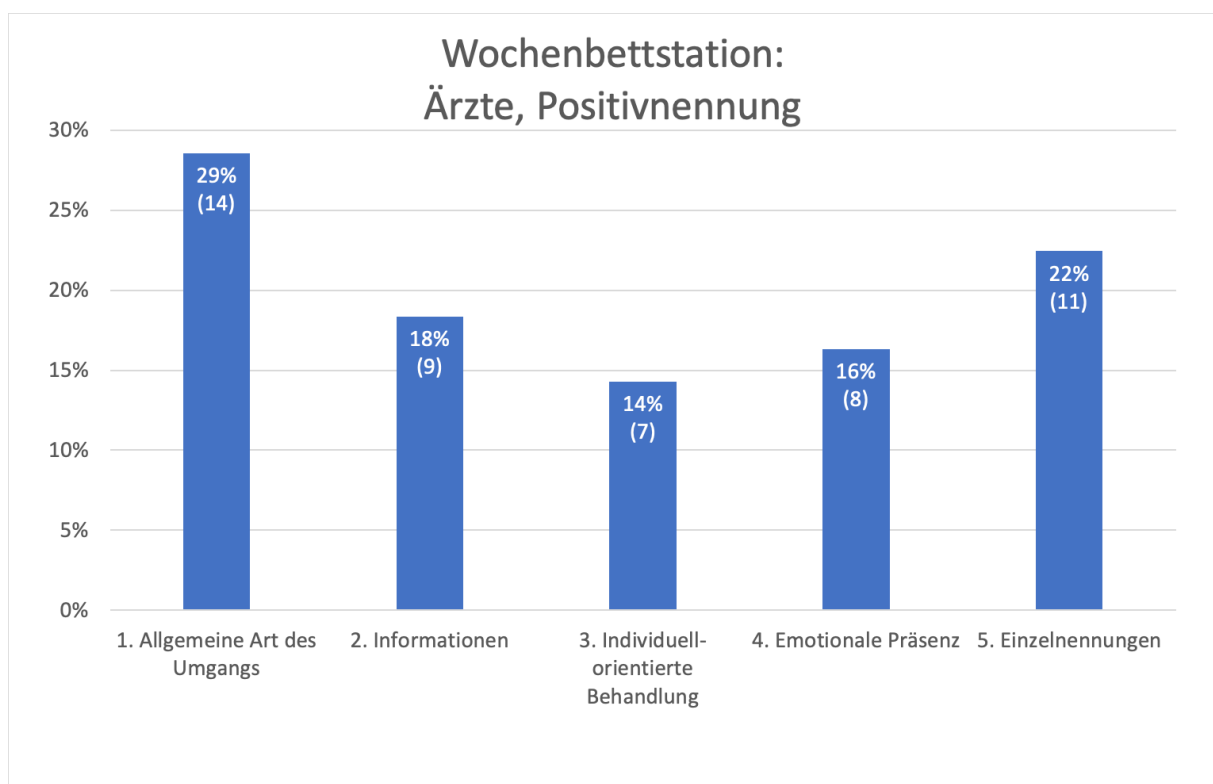


Abb. 9

Beispielinhalte der Subcodes:

1. Allgemeine Art des Umgangs

nett; freundlich; offen; sehr lieb; nett vorgestellt; sehr freundlicher, netter Umgang

2. Informationen

immer gut erklärt; sehr gut aufgeklärt; Fragen losgeworden; alles in Kurzfassung erklärt; gefragt, ob ich es verstanden habe; Kinderarzt bei Fragen nicht genervt

3. Individuell-orientierte Behandlung

auf meine Wünsche eingegangen; bei Frühgeburt auf Hautkontakt und Kuscheln geachtet; engmaschige ärztliche Visiten mit Ultraschall; bedarfsgerechte Schmerzmittelverordnung; individuelle Vorgeschichte beachtet; wiederholtes ärztliches Gespräch in patientengerechter Sprache bei eingeschränkten Deutschkenntnissen

4. Emotionale Präsenz

Aufmerksamkeit; total empathisch; mich beruhigt; zusätzliche ärztliche Visiten; sehr fürsorglich; gekümmert; sehr gut aufgehoben gefühlt

5. Einzelnennungen

nur Positives zu berichten; vom Fachlichen her gut; sehr gut ausgebildet; kann mich nicht beschweren; nichts zu beanstanden; gute Erfahrungen gemacht; Unterstützung, schneller mobil zu werden; funktionierende Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal

Die größte Gruppe an Nennungen beschreibt auch hier eine **allgemein positive Art des Umgangs**. „Freundlich“ (Interview 21 J, 60 X, 76 B.2) fällt hier am häufigsten, zum Teil in verschiedenen Variationen und Bekräftigungen: „super freundlich“ (Interview 68 Z, 17 H), „sehr, sehr freundlichen, sehr netten Umgang“ (Interview 23 K). Eine andere Frau beschreibt die Ärzte als „nett“ (Interview 71 A.2), eine sonst sehr Unzufriedene bezeichnet sie sogar als „sehr lieb“ (Interview 51 V).

18% aller Positivnennungen beziehen sich auf gute Aufklärung und **Informationen**. Die Frauen sind „über alles sehr gut aufgeklärt“ (Interviews 23 K, 51 V). Eine Mutter lobt: „Ich bin medizinischer Laie und dann weiß man manchmal nicht, was gemeint ist, wenn Ärzte reden, aber ich fand, die haben das immer alles so erklärt, dass man das auch verstehen konnte.“ (Interview 10 D). Positiv wird niederschwelliger, regelmäßiger Kontakt und die Gelegenheit für Fragen bemerkt: „auch hier auf Station kommt eigentlich immer (...) von den Ärzten (...) mindestens ein-, zweimal am Tag jemand und fragt, ob noch irgendetwas unklar ist.“ (Interview 40 R). Eine andere: „Ich bin meine Fragen losgeworden“ (Interview 64 Y).

Weitere 16% der Positivnennungen heben die **emotionale Präsenz** der Stationsärzte hervor. Eine Mutter resümiert: „Ich hatte viele Gespräche mit dem Oberarzt und der ist total gründlich, total empathisch. War klasse. Ich hab mich sehr, sehr gut aufgehoben gefühlt.“ (Interview 89 E.2). Andere Frauen beschreiben die Ärzte als „sehr fürsorglich“ (Interview 81 D.2) oder loben sie als „sehr [betont] aufmerksam, zum Beispiel die eine Oberärztin, die kam heute nochmal rein und wollte sehen, wie es so ist, das hätte sie nicht machen müssen.“ (Interview 76 B.2). Diese „Aufmerksamkeit“ (Interview 16 G) beschreibt auch eine weitere Mutter besonders positiv: „Ich hab´ heute morgen mit der Ärztin, die hier war, gesprochen. Das war auch das erste Mal, wo ich das Gefühl hatte, jetzt hört mal jemand zu.“ (Interview 48 U).

Sie erzählt auch von einer Situation, in der die Stationsärztin ein Gespür für ihre Patientin zeigt: „(...) ich hatte hier eine Bettnachbarin, die war Türkin, konnte Deutsch, aber nicht so gut. Und die Oberärztin hat halt super schnell geredet und dann war sie weg mit der Assistenzärztin und dann hat sie mich halt gefragt, was hieß das genau, was soll ich jetzt machen? (...) Am nächsten Tag kam die junge Ärztin alleine und hat langsam gesprochen, deutlich gesprochen, hat gefragt, haben Sie es verstanden? Sollen wir Ihre Tochter zum Übersetzen anrufen? Weil es war wirklich auch ein kritisches Thema. Das (...) fand ich voll gut zwischenmenschlich und sie war dann auch beruhigt und dass man auf sowas achtet, das fand ich auch super positiv. (...) Das sind halt echt auch so die Sachen, die dann in Erinnerung bleiben.“ (Interview 48 U). Die Reaktion der Assistenzärztin zeugt auch von einer angepassten, an der Patientin orientierten Betreuung. Eine solche **Individuell-orientierte ärztliche Behandlung** ist in insgesamt 14% der Positivnennungen zu finden. Eine Mutter lobt: „Es hören alle zu und gehen auf meine Wünsche ein“ (Interview 11 E).

Die Frauen berichten hier Unterschiedliches, konkret die bedürfnisorientierte Schmerzmittelgabe (Interview 18 I, 29 M) oder regelmäßige Ultraschalluntersuchungen (Interview 16 G). Eine Ärztin hatte sich mit der Vorgeschichte ihrer Patientin beschäftigt und „wusste, beim ersten Mal war es mit dem Stillen nicht gut“ (Interview 48 U). Eine andere Mutter lobt: „(..) da meinte dann die Ärztin, ach, das geht aber gar nicht, (...) Das ist doch eine Frühgeburt, die muss doch sofort zur Mama, mit Hautkontakt und Kuscheln. Das fand ich ganz toll, dass es eben nicht so dieses, ich bin jetzt hier in einer großen Uniklinik, da muss jetzt irgendwie Schema F eingehalten werden“ (Interview 11 E).

Relativ viele Positiväußerungen (22%) sind unter **Einzelnennungen** erfasst, da sie zu undifferenziert oder unspezifisch sind, um einer Kategorie inhaltlich zugeordnet werden zu können. Hierunter fallen beispielsweise positive Urteile wie „ich kann nur Positives berichten“ (Interview 89 E.2), „nur gute Erfahrungen mit den Ärzten gemacht“ (Interview 51 V), „da hab´ ich nichts zu beanstanden.“ (Interview 32 N) oder „Kann mich nicht beschweren, war alles gut“ (Interview 40 R). Zwei Frauen äußern den Eindruck, „dass das ärztliche Personal sehr, sehr

gut ausgebildet“ (Interview 25 L) beziehungsweise „vom Fachlichen her gut [ist]“ (Interview 89 E.2).

Eine Mutter lobt, dass die Kommunikation zwischen den Stationsärzten und dem Pflegepersonal gut funktioniere: „(...) jetzt hat man gemerkt, dass dann auch die Rückmeldung kam: Die Schwester hat gesagt- was meinen Sie denn? Reicht´s Ihnen aus oder sollen wir was anpassen? Und ja, dass man da so mit in den Kontext genommen wird, das ist gut.“ (Interview 18 I).

Negativnennungen zu den Stationsärzten

Mehrfachnennungen möglich

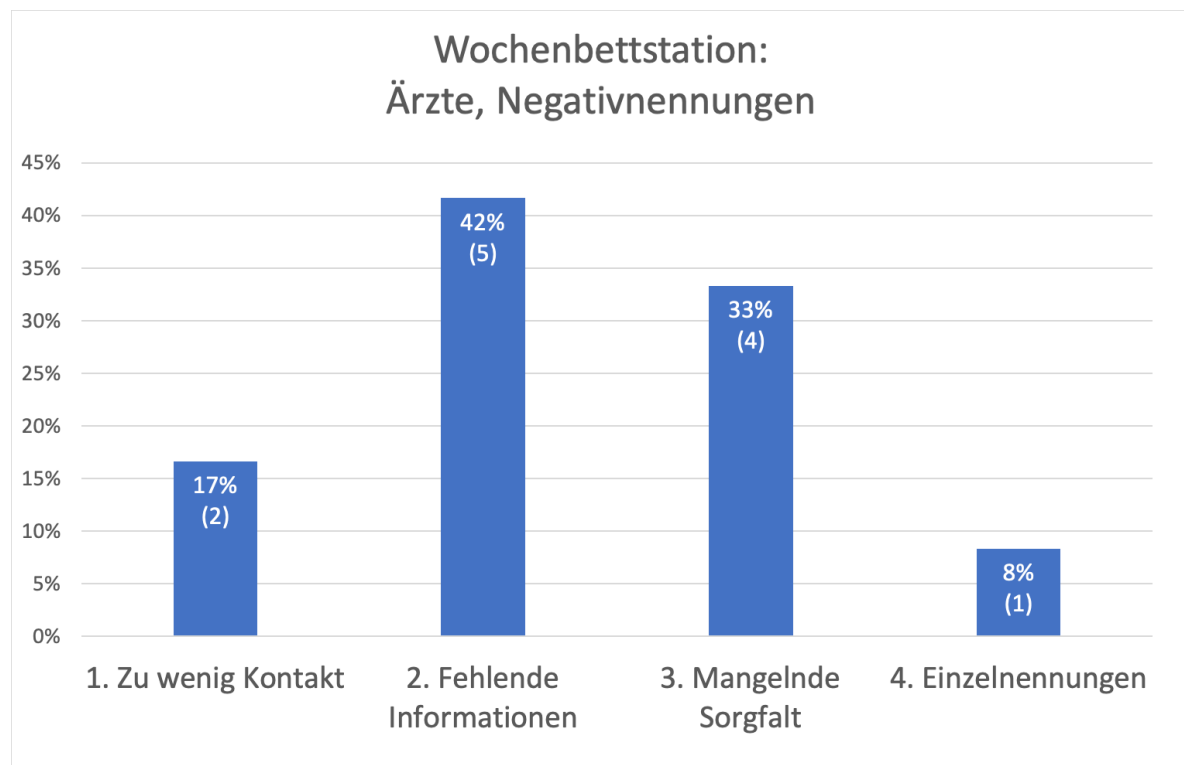


Abb. 10

Beispielinhalte der Subcodes:

1. Zu wenig Kontakt

von den Ärzten kam niemand; keinen einzigen Kinderarzt zu Gesicht bekommen

2. Fehlende Informationen

wusste gar nichts; weiß nicht, was untersucht wurde; keine Info über Visite; Gelbwertkontrolle ohne hinreichende Begründung

3. Mangelnde Sorgfalt

mit Zimmernachbarin verwechselt; Visite vergessen; für Patientin unverständliches Arztgespräch; angekündigter Ultraschalltermin entfällt ohne Grund

4. Einzelnennungen

ruhiggestellt mit Medikamenten

Nur 6 der 32 Frauen äußern sich im Tiefeninterview negativ zum Kontakt mit den behandelnden Stationsärzten (12 Negativnennungen insgesamt).

Am häufigsten werden **fehlende Informationen** bemängelt (42% aller Negativnennungen). Bereits zuvor erwähnt wurde die Mutter mit Notkaiserschnitt, die nach ihrer OP keine Informationen hierüber erhielt (Interview 32 N, s. Kapitel Kreißsaal, Negativnennungen). Die Mutter wurde auf der Wochenbettstation aufgrund einer Influenza-Infektion kontaktisoliert und hatte auch durch die Stationsärzte zunächst keine Informationen erhalten (Interview 32 N).

Zwei Mütter erhalten unzureichende Informationen zu Untersuchungen, die an ihrem Kind vorgenommen wurden: „Heute Nacht um zwei haben sie ihn plötzlich mitgenommen, irgendwas untersucht, ich weiß noch nicht mal genau was.“ (Interview 48 U). Bei dem Baby der anderen Mutter wird eine „transkutane Kontrolle“ wiederholt, „was nur bestätigt hat, dass es unter der Grenze war- (...) Wäre das jetzt nötig gewesen?“ (Interview 21 J). Eine weitere Frau hätte sich die Information gewünscht: „heute kommt eine Visite, sodass man sich vorbereiten kann mit Fragen“ (Interview 64 Y).

Drei Mütter berichten von Beispielen **mangelnder Sorgfalt** der Stationsärzte. Eine Mutter wird mit ihrer Zimmernachbarin verwechselt (Interview 5 B). Eine weitere Mutter berichtet, dass ihr ein Ultraschalltermin mit Uhrzeit angekündigt wurde und dann ohne Erklärung entfiel (Interview 48 U). Eine Andere erzählt: „Weil es hieß, ich dürfte halt auch erstmal nicht zu den Kindern,

bis die Visite da war, aber es kam halt auch niemand zu mir. (...) Ich wusste halt nur von den Pflegern, dass es ziemlich stressig war. Ob ich da vergessen wurde [?]“ (Interview 32 N).

Hier wird als Beispiel für mangelnde Sorgfalt der bereits oben erwähnte Fall genannt, in dem bei einer Visite die Sprachbarriere einer türkischsprachigen Patientin kaum berücksichtigt wurde (Interview 48 U).

Von **zu wenig Kontakt** berichten nur zwei Frauen. Eine von ihnen bemängelt, „dass man keinen einzigen Kinderarzt (...) zu Gesicht bekommt. (...) Mit uns hat noch nie ein Arzt über ihn [ihren Sohn] gesprochen. Kein Mal seit der Geburt.“ (Interview 48 U). Die Kritik der Zweiten ist bereits in den Kategorien fehlende Informationen und mangelnde Sorgfalt erfasst, da nach Notkaiserschnitt und Kontaktisolierung kein ärztlicher Kontakt mit ihr stattfand, obwohl dies ihr angekündigt wurde und auch wichtig für sie gewesen wäre (Interview 32 N).

Eine Negativäußerung wird als **Einzelnennung** erfasst. Die Mutter hat den Eindruck: „grad so beim Kaiserschnitt, Hauptsache viele Medikamente, sodass man irgendwie damit ruhiggestellt ist.“ (Interview 45 T).

4.4 Tiefeninterviews (Studienteil 2)

Im Folgenden sind die inhaltlichen Ergebnisse aus den Tiefeninterviews zum zweiten Studienteil dargestellt. Es handelt sich um Erinnerungen an frühere Entbindungen, die nach längerem zeitlichen Abstand von mindestens einem Jahr noch präsent sind. Es geht darum, die Aspekte einer Entbindungserfahrung zu dokumentieren, die essentiell sind und daher spontan erinnert werden. Dieser Studienteil soll dazu dienen, die Ergebnisse des ersten Teils in ihrer langfristigen Bedeutung nochmals zu überprüfen.

4.4.1 Studienteil 2: Positivnennungen

Mehrfachnennungen möglich

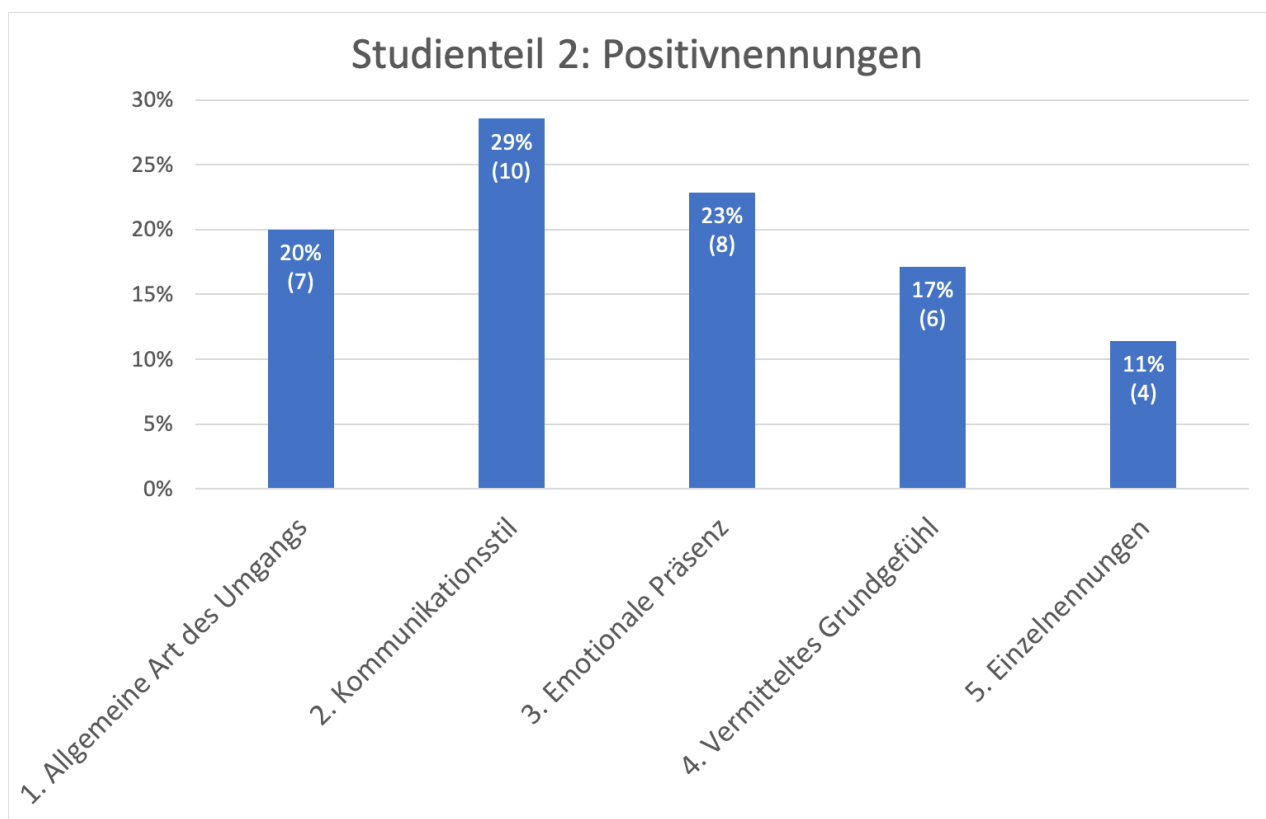


Abb. 11

Beispielinhalte der Subcodes:

1. Allgemeine Art des Umgangs

tolle Ärztin/ Hebamme; super; ganz Liebe; nett; freundlicher/ guter Kontakt

2. Kommunikationsstil

die Hand nehmen, streicheln, Ermutigung, Lob, kleine Rückmeldungen, nicht aufdringliche, professionelle Kommunikation des Personals untereinander; transparent in den Abläufen; Tipps gegeben

3. Emotionale Präsenz

super empathisch; einfühlsam; sehr zugewandt; aufbauend; unterstützend; man ist sich nicht fremd; nicht alleine gefühlt; versucht mich zu beruhigen

4. Vermitteltes Grundgefühl

richtig gut um einen gekümmert; (sehr) gut aufgehoben gefühlt; wohlgefühlt; Gefühl, die Leute wissen, was sie tun

5. Einzelnennungen

Mann durfte (in Coronapandemie) früh mit dabei sein; alles richtig gemacht; präsente Hebammen und Schwestern

In 15 Tiefeninterviews fallen insgesamt 35 Positivnennungen.

Über jede dritte Frau erinnert allgemein eine positive **Art des Umgangs**:

„Die Ärztin, die geholfen hat, war toll. Deswegen bin ich wiedergekommen.“ (Studienteil 2, Nr. 11)

„Das war auch eine tolle Hebamme an dem Tag. Also das muss ich schon sagen, die, die bei der Entbindung dabei waren, das waren durch die Reihe weg alles ganz Liebe.“ (Studienteil 2, Nr. 1)

„Bei der Hebamme (...) war der Kontakt wirklich freundlich und gut“ (Studienteil 2, Nr. 15)

„wie nett die waren“ (Studienteil 2, Nr. 8)

„Zwei von drei [Hebammen] waren eigentlich super.“ (Studienteil 2, Nr. 14)

29% der Positiverinnerungen betonten auch nach diesem längeren zeitlichen Abstand konkrete Beispiele des **Kommunikationsstils** als positiv.

Non-verbale Kommunikation bleibt nachdrücklich in Erinnerung, beispielsweise „mal die Hand nehmen“ (Studienteil 2, Nr. 1) oder auch während des Kaiserschnitts „durch das Tuch gestreichelt“ zu werden (Studienteil 2, Nr. 14).

Ermutung und Lob durch das Personal wird positiv betont: „Auch einfach mal gesagt zu bekommen, [mit Nachdruck] haben Sie gut gemacht!“ oder „mal einfach sagen, hier, wird!“ (Studienteil 2, Nr. 1).

Einer Mutter erinnert sich an die Assistenzärztin, die sie während des Kaiserschnitts „einbezogen“ hatte und „kleine Rückmeldungen“ gab: „das fand ich schon echt schön.“ (Studienteil 2, Nr. 14). Eine kurze Kontrolle und Kontakt durch die Ärztin, um „einfach zu sagen, okay, es ist alles gut“ wird ebenfalls wertgeschätzt. (Studienteil 2, Nr. 14).

Auch die Kommunikationsweise des Personals untereinander wird genau wahrgenommen: „Aber ich weiß, dass ich das als [betont] angenehm in Erinnerung hab´, wie die sich verhalten haben, dass ich gedacht hab´, das ist nicht aufdringlich und die tauschen sich professionell miteinander aus, ohne dass die mich jetzt mit den Sachen, die für mich nicht relevant sind, behelligen, und wenn irgendwas für mich wichtig ist, dann sagen die mir das. Das fand ich gut.“ (Studienteil 2, Nr. 2). (Dieses Verhalten wird hier positiv bewertet, Gleiches könnte von einer gestressten, misstrauischen Mutter jedoch vielleicht auch als beunruhigend wahrgenommen werden).

Eine Mutter lobt insbesondere die Entscheidungsfindung in ihrem Entbindungsprozess: „Sie haben gesagt, Sie würden es [die Sectio] empfehlen (...), aber ich hatte letztendlich das finale Wort und das fand ich halt gut. Das hat mir auch gut getan.“ (Studienteil 2, Nr. 14).

Eine andere Frau findet gut, dass „die sehr transparent waren in den Abläufen? Also es war schon irgendwie... klar, okay, in so und so viel Stunden wird das gemacht, das und das steht noch auf dem Programm und dann und dann ist Screening und Hörtest. Das fand ich gut, da konnte man sich so dran entlang hangeln.“ (Studienteil 2, Nr. 15).

Eine weitere: „Die kamen dann auch und haben dann auch nochmal Tipps gegeben mit dem Halten... das sind alles noch so positive Sachen, an die ich mich noch erinnern kann.“ (Studienteil 2, Nr. 1)

Die **emotionale Präsenz** insbesondere des Kreißsaalpersonals betrifft weitere 23% aller Positiverinnerungen, zum Beispiel als „super empathisch“ (Studienteil 2, Nr. 14), „einfühlsam“ (Studienteil 2, Nr. 8), „sehr zugewandt“, „aufbauend“ und „unterstützend“ (Studienteil 2, Nr. 2). Eine Mutter erinnert sich sehr genau an ihre operierende Ärztin, die ein Gespür für die Aufregung der Mutter während des Kaiserschnitts besaß und versuchte, sie zu beruhigen. (Studienteil 2, Nr. 14). Auch die Möglichkeit, ihren ungeplanten Kaiserschnitt mit einer

„Nachsorgehebamme“ zu besprechen, ist als wichtig in Erinnerung geblieben: „das war einfach schön, dass man sich so... nicht so alleine fühlt.“ (Studienteil 2, Nr. 14).

Eine andere Frau hatte durch die zwischenmenschliche Zuwendung auf Augenhöhe durch ihren Arzt nicht das Gefühl, dass sie „fremd“ und „nur der Patient“ sei. (Studienteil 2, Nr. 12).

Sechs Mütter haben ein **positives Grundgefühl**, wenn sie sich an die zurückliegende Entbindung erinnern: „Also es wurde sich richtig um einen gekümmert, wir wurden richtig gut versorgt.“ (Studienteil 2, Nr. 4). Zwei hatten sich „gut aufgehoben“ (Studienteil 2, Nr. 9 und 10) beziehungsweise „wohlgefühlt“ (Studienteil 2, Nr. 12). Eine Mutter hatte „einfach so dieses Gefühl, (...) die Leute wissen, was sie tun.“ (Studienteil 2, Nr. 8). Eine andere erzählt: „Es ging dann in der letzten Phase nicht mehr so schnell voran, wie ich mir das vorgestellt hatte, aber da haben die irgendwie so auf mich eingewirkt, dass ich mich trotzdem sicher gefühlt hab´ in der Situation und das gut meistern konnte.“ (Studienteil 2, Nr. 2).

Manche Aussagen konnten keine der obigen Kategorien zugeordnet werden und sind als **Einzelnennungen** erfasst. Eine Frau erinnert sich positiv an präsentes Personal, das niederschwellig auf die Mütter zuing. „Die sind zu einem gekommen, haben auch nochmal nachgefragt (...). Ich glaube, es lag wirklich daran, dass auch mehr Hebammen und Schwestern vorhanden waren und auch präsenter waren.“ (Studienteil 2, Nr. 4).

Eine Mutter ist dankbar, dass ihr Mann während der Coronapandemie dennoch „relativ früh schon mit dabei sein“ durfte. (Studienteil 2, Nr. 9). Sie hatte bei ihrer Entbindung medizinische Komplikationen erlebt und resümiert dennoch positiv in Bezug auf das Personal: „Auch wenn es für mich im Nachhinein jetzt noch immer ein sehr [stockt kurz] schlimmes Erlebnis war, aber ich glaube, die Ärzte und Hebammen haben da alles richtig gemacht.“ (Studienteil 2, Nr. 9).

Drei der 15 Mütter haben eine uneingeschränkt positive Erinnerung an das geburtshilfliche Personal (Studienteil 2, Nr. 11, 9, 12). Hier fällt auf, dass zwei von ihnen sogar medizinisch ungünstige, komplikationsträchtige Verläufe erlebten; ihre Gesamterfahrung wurde durch eine gelungene Betreuung jedoch so positiv geprägt, dass sich beide Mütter deshalb entschieden, erneut an dieser Klinik zu entbinden. Eine von ihnen erzählt: „ich muss sagen, [betont] weil ich mich hier wohlgefühlt hab´ und man sich auch gekümmert hat, wollte ich beim zweiten Mal auch hier entbinden.“ (Studienteil 2, Nr. 12). Insbesondere der behandelnde Arzt war ihr besonders positiv mit einer persönlichen, emotionalen Präsenz in Erinnerung geblieben: „Das war dann auch so, dass man sich da auch schon richtig kannte, ne? Dass die auch meinen Sohn kannten und das war ganz schön, ja. (...) Man ist eigentlich fremd, aber es war nicht so- es ist nur der Patient.“ (Studienteil 2, Nr. 12).

4.4.2 Studienteil 2: Negativnennungen

Mehrfachnennungen möglich

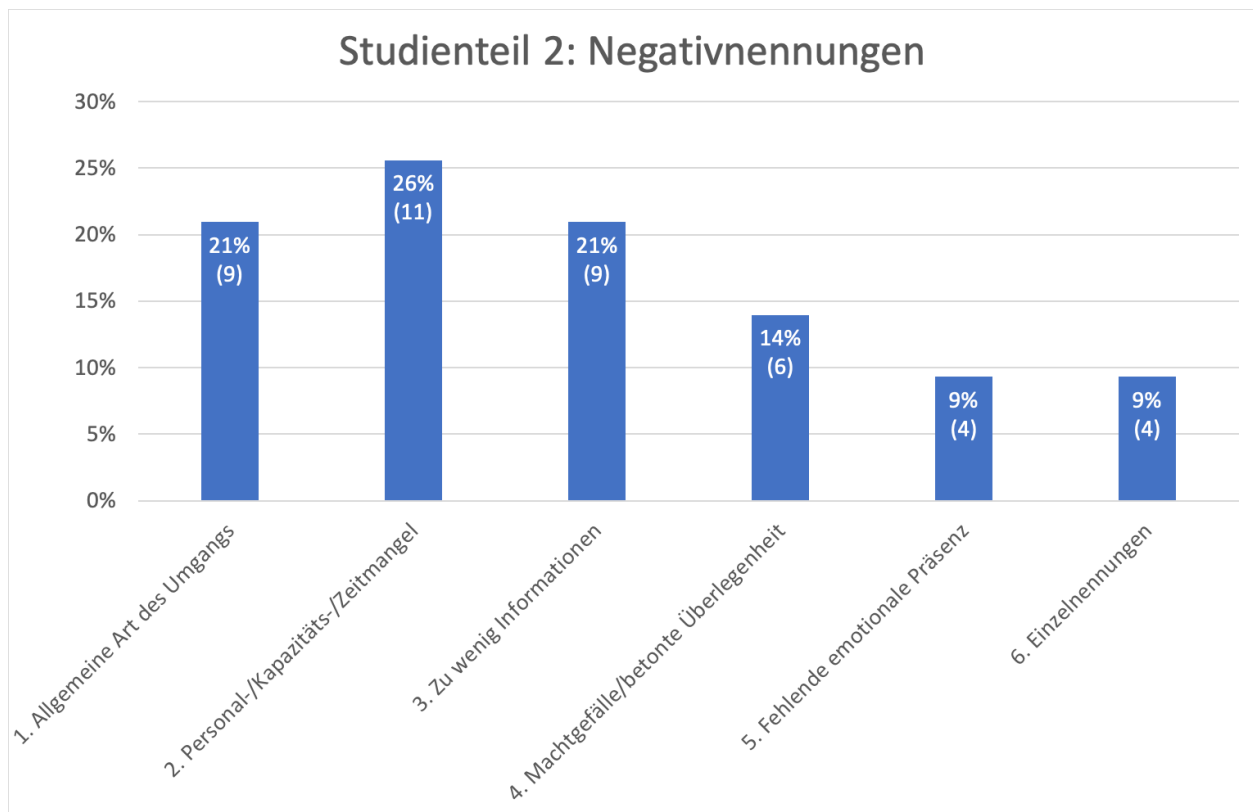


Abb. 12

Beispielinhalte der Subcodes:

1. Allgemeine Art des Umgangs

ruppiger Ton; kurz angebunden; unhöflich; demonstrativ genervt; nicht mit Namen vorgestellt; Vorwürfe gemacht; herumkommandiert; gesagt, das sei nicht ihr Problem

2. Personal-/Kapazitäts-/Zeitmangel

Einleitung unterbrochen (Kreißsaal voll); gehetzter Eindruck im Kreißsaal; mehr Betreuung im Kreißsaal gewünscht; man musste Kontakt [für Hilfestellungen] aktiv suchen; jeder hatte zu tun, mit dem ersten Baby allein gelassen; keine Hebamme, das Stillen zu zeigen; beim Stillen war die Zeit nicht da, im Stich gelassen gefühlt; nach Schmerzmittel gefragt und nie bekommen; Schwester kam nach anderthalb Stunden immer noch nicht

3. zu wenig Informationen

nicht aufgeklärt gefühlt; keine Information darüber, was passiert; zu wenig Anleitung zum Stillen/ Wickeln; Gelbstich des Babys/Stillen nicht erklärt; jeder sagt etwas anderes; grober Fahrplan gewünscht

4. Machtgefälle/betonte Überlegenheit

Kaiserschnittwunsch ignoriert; hatte total den Stempel; bei Visiten über einen statt mit einem gesprochen; Hebamme: ich habe hier das Sagen; Kommentar: Stillen mit Ihrer Brust?; Stillberaterin fasst direkt an die Brust ohne sich vorzustellen

5. fehlende emotionale Präsenz

wie Nummer gefühlt; Anästhesist unangemessen entspannt; Ärztin reagiert unhöflich auf Zittern; Hormontief der Mutter nicht beachtet

6. Einzelnennungen

hatte nicht das Gefühl, mir hört jemand zu; Besucherraum fehlt; Aufstehen während PDA nicht erlaubt; zu früh gefordert nach OP

Insgesamt werden in 15 Interviews zu 17 Entbindungen 42 Negativnennungen erfasst.

Ein Drittel der Frauen erinnert sich an einen **unfreundlichen Umgang**. Fast alle dieser Negativnennungen beziehen sich auf den Kreißsaal. Mehrfach ist hiermit konkret der Umgangston gemeint, der als kurz angebunden (Studienteil 2, Nr. 8), „ruppig“ (Studienteil 2, Nr. 15) oder wie im folgenden Fall als „unhöflich“ erlebt wurde: „ich weiß noch, dass die Ärztin mich ständig ermahnt hat, dass ich doch endlich mal stillliegen soll. Und auch, als ich gesagt hab´, dass ich das nicht absichtlich mache, dass ich das gerade nicht kontrollieren kann und dass sie da sehr unhöflich war, das ist (...) mir in Erinnerung geblieben.“ (Studienteil 2, Nr. 15).

Zwei Frauen ist ihre betreuende Hebamme so negativ in Erinnerung geblieben, dass beide ihren Erlebnisbericht hiermit beginnen: „Beim ersten Mal war meine Erfahrung nicht so gut. Die Hebamme, die war- die empfand ich als sehr schwierig. Da sind dann auch [*betont*] mir Vorwürfe gemacht worden, warum ich denn nicht sage, dass ich Wehen hab´- wo ich mir denke, ähm, Entschuldigung, aber das sieht man auf dem CTG, das seh´ selbst ich.“ (Studienteil 2, Nr. 3). Die andere Frau war unangenehm berührt von ihrer Hebamme, die eine

unterstellte Kollegin „nicht mit Namen vorgestellt“ und „herumkommandiert“ habe (Studienteil 2, Nr. 14). Außerdem sei sie demonstrativ genervt gewesen, was die Mutter als unangemessen empfand (Studienteil 2, Nr. 14).

Eine andere Mutter musste notfällig per Rettungsdienst in eine Klinik gebracht werden und hatte angegeben, im Kreißsaal der Uniklinik Mainz bekannt zu sein. Der Termin zur Geburtsanmeldung war dort zwar bereits ausgemacht, hatte jedoch noch nicht stattgefunden. Die dortige Mitarbeiterin hielt ihr bei Eintreffen vor: „Sie haben uns am Telefon angelogen!“ (Studienteil 2, Nr. 8).

Am häufigsten thematisieren die interviewten Mütter **Personal-, Kapazitäts- und Zeitmangel**. (26% aller Negativnennungen, über jede zweite Frau). Insbesondere Primiparas bemängeln zu wenig Betreuung und Unterstützung auf der Wochenbettstation:

„bei meinem Ersten war die Zeit irgendwie nicht da. (...) Also man hat dann mal gefragt, dann hieß es, ich komm´ gleich, aber (...) nach zwei Stunden hab´ ich mir dann auch gedacht, okay, nee, dann fütter´ ich mit Flasche zu, weil er war halt am Schreien immer. (...) hauptsächlich war mir damals das Stillen auch wichtig und da hab´ ich mich halt sehr im Stich gelassen gefühlt.“ (Studienteil 2, Nr. 7).

„Beim ersten Mal fand ich auf Station die Kommunikation nicht so gut. Also da- vielleicht war auch viel los, ich weiß es nicht. (...) da kam zum Beispiel keine Hebamme, um uns direkt am Anfang beim ersten Kind zu zeigen, wie man´s macht mit dem Stillen, mit dem Anlegen.“ (Studienteil 2, Nr. 6)

„Damals war´s halt so, dass wir uns da so ein bisschen allein gelassen gefühlt haben (...) mit der Narbe und dem Baby, das erste Baby. (...) jeder hatte sehr, sehr viel zu tun und ähm, dann kam das immer sehr zu kurz, beziehungsweise man hat immer dreimal drüber nachgedacht, ob man jetzt auf´s Knöpfchen drückt oder nicht.“ (Studienteil 2, Nr. 5)

„da hätte ich es mir schon gewünscht, dass halt jemand da wäre, der sich vielleicht mal zehn Minuten Zeit nehmen kann und nicht direkt wieder weg muss. Der einem zeigen kann, der Kopf liegt zum Beispiel falsch, deswegen klappt´s vielleicht nicht oder auch das Wickeln, ich hab´ vorher noch nie ein Kind gewickelt. (...) Einfach, dass vielleicht ein bisschen mehr Zeit für einen da ist, weil grad, wenn man frisch entbunden hat und dann allein hier hockt und es ist vielleicht noch das erste Kind, dann denkt man, was soll ich jetzt tun? (...) Also es wird einem zwar immer angeboten, aber ich finde, man hat das Gefühl, die bieten das zwar an, aber eigentlich haben sie gar keine Zeit dafür. Die können ja auch nichts dafür, aber dann traut man sich auch gar nicht zu sagen, können Sie mir das vielleicht nochmal zeigen?“ (Studienteil 2, Nr. 10)

„Was mir da einfach aufgefallen ist- man musste den Kontakt aktiv suchen, es wurde nicht auf einen zugegangen. Wenn man den Kontakt dann hatte, war soweit alles gut, aber es kam niemand nach dem Motto, hey, das ist dein erstes Kind, weißt du, wie man wickelt oder weißt du, wie man´s anzieht oder wie man stillt oder so.“ (Studienteil 2, Nr. 15). Genau das hätte sich auch eine andere Mutter gewünscht: „auch überhaupt mal drüber zu gucken, weil ich finde, wenn man Erstgebärende ist, man hat halt keine Ahnung.“ (Studienteil 2, Nr. 14)

Von Personal- und Kapazitätsmangel im Kreißsaal berichten drei Mütter. Dort habe ein „gehetzter Eindruck“ geherrscht (Studienteil 2, Nr. 2). Bei einer anderen war die Einleitung unterbrochen worden, weil der Kreißsaal voll war (Studienteil 2, Nr. 10). Eine Primipara erzählt: „es war halt mein erstes Kind, ich hatte im Grunde keine Ahnung, was jetzt passiert (...), wir hätten uns einfach mehr Betreuung gewünscht.“ (Studienteil 2, Nr. 15).

Fast genauso häufig werden in den Erinnerungen **fehlende Informationen** bemängelt (21% aller Negativnennungen, fast jede zweite Frau). Eine Mutter fühlte sich während ihrer vaginalen Entbindung nicht hinreichend über die Maßnahmen aufgeklärt und resümiert: „das war halt einfach dann keine schöne Situation (...) wenn man nicht wirklich Informationen kriegt, was jetzt gerade passiert. (...) nach der Geburt hab´ ich gefragt, ob ich den Geburtsbericht lesen kann, weil ich einfach gerne wissen wollte, was passiert ist bei mir, weil mit mir niemand gesprochen hat. (Studienteil 2, Nr. 15).

Zu wenig Anleitung und Hilfestellungen beim Stillen sind ein oft wiederholtes Thema (Studienteil 2, Nr. 8, 10, 14): „Ich hab´ halt wirklich sehr große Probleme mit dem Stillen gehabt (...) also da kann man vielleicht irgendwie ansetzen und erstmal gucken, dass man da versucht, was zu verbessern, dass die Frauen sich da besser aufgefangen fühlen.“ (Studienteil 2, Nr. 2). Diese Mutter hätte sich außerdem auch mehr Informationen zum Wochenbett allgemein gewünscht, beispielsweise zum Thema Belastungsinkontinenz durch Beckenbodenschwäche nach Entbindung. In einem Sonderfall war eine Frau nach der Entbindung auf die Intensivstation aufgenommen worden und erhielt keinerlei Wochenbettgerechte Betreuung, beispielsweise zum Stillen: „Ich fiel irgendwie aus dem System. (...) ich war echt alleine.“ (Studienteil 2, Nr. 8).

Nicht zuletzt hätte sich eine Mutter einen „groben Fahrplan“ für die Wochenbettstation gewünscht: „Vorgesehen ist, Sie bleiben drei Tage, jetzt gucken wir erstmal am ersten Tag, dass das Stillen klappt, am zweiten passiert das, am dritten gehen Sie nachhause“ (Studienteil 2, Nr. 6).

10% der Negativerinnerungen betreffen **fehlende emotionale Präsenz** des Klinikpersonals. Ihre länger zurückliegende Entbindung fasst eine Mutter so zusammen: „da hab´ ich mich

damals nicht so gut gefühlt, muss ich sagen. Da war ich mehr die Nummer.“ (Studienteil 2, Nr. 7).

Eine andere Frau erinnert sich noch sehr genau negativ an die Ärztin, die sie direkt nach ihrer Entbindung nähte und kein emotionales Gespür für sie zeigte: „ich weiß noch, dass die Ärztin mich ständig ermahnt hat, dass ich doch endlich mal still liegen soll. Und auch, als ich gesagt hab´, dass ich das nicht absichtlich mache, dass ich das gerade einfach nicht kontrollieren kann und dass sie da sehr unhöflich war, das ist (...) mir in Erinnerung geblieben (...) - wenn sie zum Beispiel dann gesagt hätte, gut, dann warte ich mal eben zwei Minuten, mal runterkommen oder mir einfach Informationen geben, mit dem Kind ist alles gut“ (Studienteil 2, Nr. 15).

Eine Mutter schildert lebhaft die als unangemessen empfundene Entspanntheit ihres betreuenden Anästhesisten während ihres Kaiserschnitts: „Ja und die PDA lag auch nicht gut, das heißt, ich hatte Schmerzen. Der Anästhesist war...(...) [*imitiert fröhlich unbeschwerte Stimme*] Okay! Ja gut! Also ihr Mann kommt gleich. Ich so, okay, [*betont*] ich habe Schmerzen! Ich spüre das gerade, könnte ich irgendwas kriegen? -Ach so. Ja. Wollen wir mal Dipi probieren?“ (Studienteil 2, Nr. 14).

Eine Mutter hat eine Krankenschwester auf der Wochenbettstation negativ im Gedächtnis behalten: „Mein Sohn hat einen Gelbstich entwickelt und ich wusste halt nicht, dass das normal ist bei kleinen Kindern. Da ist die Schwester kurz reingekommen- [*imitiert leicht barschen Tonfall*] Ah, der ist aber gelb. Und wollte wieder rausgehen. Ich so, ja, hä? Wie, der ist gelb, was heißt das denn jetzt? Was soll ich denn jetzt machen? -Ja, stellen Sie ihn ans Fenster. Und dann ist sie wieder rausgegangen. Und (...) ich hab´ halt dann, komplett die Hormone, hab´ ich erstmal angefangen zu heulen, weil ich wusste auch nicht, was das jetzt bedeutet. Also ich finde, das hätte nicht sein müssen.“ (Studienteil 2, Nr. 10). Diese besondere emotionale Labilität der Mutter im Wochenbett beschreibt auch eine andere Frau so: „Aber wenn man die Hormonumstellung hat und man einfach nur noch heult, wenn irgendwas ist... man kann in dem Moment auch nicht für sich kämpfen. Das geht in dem Moment einfach nicht. Dann kommen die Tränen und man will eigentlich irgendwas sagen, weiß ich noch genau, wie das war. Da braucht man einfach jemand, der dann sagt, komm, ich zeig dir, wie man stillt, ich erklär´ dir, was mit deinem Kind ist.“ (Studienteil 2, Nr. 8).

In sechs Negativerinnerungen wird ein **Machtgefälle** beziehungsweise eine **betonte Überlegenheit** des medizinischen Personals gegenüber der Mutter deutlich. Dies äußerte sich zum einen in übergriffigen Berührungen: „Beim ersten Mal kam die Stillberaterin hier rein und hat mir [*betont*] direkt an die Brust gefasst ohne sich vorzustellen.“ (Studienteil 2, Nr. 3) oder zum anderen in herablassenden Kommentaren: „Ah, Sie wollen stillen? Ja, mit ihrer Brust. Ich glaube nicht, dass das funktioniert. Ich bringe Ihnen nachher ein Stillhütchen. Okay? Dann hat

sie mir die da hingestellt und ist gegangen. (...) also das fand ich halt einfach so- weil es hat super geklappt, sie hat getrunken und es war alles super und ich habe jetzt keine auffällige Brust.“ (Studienteil 2, Nr. 14).

Eine Mutter beschreibt Vorurteile durch das behandelnde Personal: „Und da hast du so richtig gemerkt, ich hatte total den Stempel, Sectio, Einzelzimmer, Medizinstudentin. Das war halt... das war wirklich schwierig. (...) Und ich so, ja, war ja auch gar nicht geplant, die Sectio. -Ach so, oh. Wieso denn nicht? Sobald man das gesagt, dass die nicht geplant war, waren die nett.“ (Studienteil 2, Nr. 14).

Eine Mutter erinnert sich äußerst negativ an ihre Hebamme und deren dominante Art: „sie hat gesagt, sie legt mir jetzt einen Blasenkatheter. Und dann hab´ ich gesagt, das möchte ich nicht- oder ungern, ich möchte gern aufstehen (...) - [imitiert kurz angebundenen, barschen Tonfall] Nee (...), ich bin hier die Geburtsbegleiterin, [betont] ich habe hier das Sagen.“ (Studienteil 2, Nr. 14). Die Mutter urteilt: „es ist ja dann trotzdem auch eine Form von Körperverletzung, weil es ist ja einfach eine Maßnahme, die nicht sein muss!“ (Studienteil 2, Nr. 14).

Einer Frau ist ihre Entbindung vordringlich negativ in Erinnerung geblieben, da ihr zunächst wiederholt ein Kaiserschnitt verweigert worden ist: „Das war ja bei der letzten Geburt dann die Ärztin, die ich erwürgen wollte (...) weil die immer gesagt hat, wir warten noch, wir warten noch (...). Ich hab schon nach Kaiserschnitt geschrien, aber es wurde trotzdem noch gewartet.“ (Studienteil 2, Nr. 1).

Eine andere Mutter hat die ärztlichen Visiten als herabsetzend empfunden: „das finde ich bei Visiten grundsätzlich, es wird eher über einen gesprochen als mit einem.“ (Studienteil 2, Nr. 15).

Einige Äußerungen sind als **Einzelnennung** erfasst. Eine Mutter hätte sich damals auf der Wochenbettstation insgesamt mehr Ruhe gewünscht: „Wenn [betont] ständig jemand reinkommt- (...) es war einfach ein bisschen too much.“ Sie fände einen gesonderten Raum zum Empfangen von Besuchen als Ausweichmöglichkeit sinnvoll. (Studienteil 2, Nr. 2). Eine andere Frau empfindet die Anforderungen an die Mütter nach einem Kaiserschnitt als verfrüht: „in der Chirurgie (...), jemandem mit so einer Abdomenoperation würde man niemals so fordern, stehen Sie jetzt auf! Sondern: Waren Sie denn heute schon auf den Beinen?“ (Studienteil 2, Nr. 14).

Zwei Frauen hatten das Gefühl, dass nicht auf sie eingegangen wurde. Eine erzählt: „ich hab´ halt die ganze Zeit gesagt, weil (...) meine Frauenärztin hatte mich angerufen, Verdacht auf Schwangerschaftsvergiftung, gucken Sie bitte, gucken Sie bitte. (...) aber es verging halt

wirklich Stunde um Stunde (...) ich hatte weder das Gefühl, mir hört jemand zu, noch dass jemand wirklich mal sagt, okay, da ist vielleicht was, ne?“ (Studienteil 2, Nr. 8).

In dem anderen Fall berichtet die Frau: „also ich hatte das Gefühl, es wurden nie Kompromisse gemacht. Mir ist schon klar, dass das nicht immer so laufen kann, wie ich das gerne möchte, aber ich hatte auch das Gefühl, dass in Situationen, wo es gegangen [*betont*] wäre, keine Kompromisse eingegangen wurde. [Interviewerin: „Okay, zum Beispiel?“ Die Mutter antwortet:] Ähm- ich hatte eine PDA. Ich war aber durchaus in der Lage, meine Beine zu bewegen, und ich war der Meinung, ich könnte auch zum Beispiel in den Vierfüßlerstand oder mich halt irgendwie bewegen; das durfte ich nicht. Ich sollte unbedingt liegen bleiben.“ (Studienteil 2, Nr. 15).

Fünf der 15 interviewten Frauen äußern rein negative Erinnerungen an ihre zurückliegende Entbindungserfahrung. Sie bemängeln insbesondere unzureichende Unterstützung und Anleitung auf der Wochenbettstation (Studienteil 2, Nr. 5, 6), speziell auch zum Stillen (Studienteil 2, Nr. 13, 7), unfreundlichen Umgang sowie übergriffiges Verhalten der Stillberaterin (Studienteil 2, Nr. 3) und das Gefühl: „Da war ich mehr die Nummer.“ (Studienteil 2, Nr. 7).

4.4.3 Schlussfolgerungen der Frauen aufgrund ihrer bleibenden Erinnerungen und ihre Bedeutung für diese Arbeit

Zwei ehemalige Patientinnen verarbeiteten und bewerten ihre Erfahrungen völlig gegensätzlich und vor allem resultieren daraus entscheidende Weichenstellungen für ihr weiteres Leben.

Die eine Mutter konnte trotz einer sie stark belastenden ersten Entbindungserfahrung mit Zuversicht und großem Vertrauen in das Klinikpersonal zu einer weiteren Geburt wiederkommen, die andere jedoch ist so traumatisiert, dass sie sogar davor zurückschreckt, ein weiteres Kind zu bekommen.

Die erste Mutter beschreibt ihre Situation wie folgt: „also wir haben uns alle gut aufgehoben gefühlt (...). Deswegen wollte ich auch gerne nochmal hier entbinden. (...) Auch wenn es für mich im Nachhinein jetzt noch immer ein sehr [*stockt kurz*] schlimmes Erlebnis war, aber ich glaube, die Ärzte und Hebammen haben da alles richtig gemacht.“ (Studienteil 2, Nr. 9).

Die zweite Mutter sagt noch zwei Jahre später: „Also- wir... überlegen, überhaupt noch ein Kind zu bekommen. Weil die Erfahrung so blöd war. (...) Ich weiß noch, als meine Tochter auf der Welt war, hab´ ich so gesagt, das mach´ ich nie wieder, das war die Hölle.“ (Studienteil 2, Nr. 15)

Es stellt sich die Frage, was die entscheidenden Faktoren sind, die zu solch extrem konträren Ergebnissen geführt haben. Welche der insgesamt erhobenen positiven wie negativen Aspekte der Erfahrungen sämtlicher befragten Frauen sind handlungsweisend besonders relevant, da sie sogar langfristig das weitere Leben der Frauen beeinflussen?

Erste Verhaltensempfehlungen an das medizinische Personal werden aus einiger zeitlicher Distanz von drei Interviewten des zweiten Teils tatsächlich als Wünsche ausformuliert:

„Da wär’ einfach ganz viel Medizinisches vermeidbar gewesen, wenn das Zwischenmenschliche da gewesen wäre.“ (Studienteil 2, Nr. 15).

„Und natürlich bist du nicht irgendwie krank oder so, aber du brauchst halt eine andere Betreuung. Es sind ja auch viele andere Themen, die einen dann plötzlich überwältigen. Und ich finde, da muss man halt einfach ein Augenmerk darauf legen, dass da wirklich genügend Personal ist und dass dann nicht alles zwischen Tür und Angel gemacht wird. (...) Es gibt einfach Bereiche, wo es halt nochmal wichtiger ist und ich finde, das muss man auch schulen.“ (Studienteil 2, Nr. 14).

„Aber ich finde, (...) man braucht einfach eigentlich viel, viel mehr Zeit für diese soziale Ebene. Das fehlt total. Aber ich finde es einfach ungemein wichtig. (...) es gibt ja auch Studien, die das zeigen, dass man gar nicht viel mehr Zeit wirklich braucht für sein Tagesgeschäft, wenn man diese soziale Ebene, die Empathieebene bedient. Also dass man sich halt die Zeit kurz nehmen kann, zum Patienten zu gehen. (...) Die sind halt einfach [*betont*] super dankbar, wenn man sich diese fünf Minuten nimmt. Weil es ist ja teilweise nicht länger, ne? (...) Und auch eine Wertschätzung! (...) Also dass das nicht negativ abgestempelt wird oder als Bonus, sondern das muss halt dazugehören! Fester Bestandteil!“ (Studienteil 2, Nr. 14).

5 Diskussion

Die Diskussion dieser Dissertationsstudie gliedert sich in mehrere Abschnitte.

Zunächst wird eine erste grobe Einordnung aller Ergebnisse getroffen. Dann wird die Gesamtzufriedenheit der Mütter mit Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals laut orientierendem Eingangsfragebogen auch unter Bezug auf die begleitend erhobene Parität, das Alter und den Entbindungsmodus der Mütter sowie bestehende Forschungsergebnisse analysiert. Diskrepanzen zwischen den Gesamtzufriedenheiten im Fragebogen und dem Inhalt der zugehörigen Tiefeninterviews werden beispielhaft besprochen.

Den Hauptteil der Diskussion stellt die Analyse des vorab ausführlich dargelegten Materials aller Tiefeninterviews (Teil 1 und Teil 2) dar. Die inhaltliche Auswertung aller Tiefeninterviews weist die gleichen inhaltlichen Schwerpunkte auf wie die am Ende des letzten Kapitels deutlich formulierten Resümees der ehemaligen Patientinnen. Welche zwischenmenschlichen Aspekte sind positiv wie negativ entscheidend für den Kontakt zum Personal und damit letztendlich für die Entbindungserfahrung? Welche pragmatischen Handlungsempfehlungen lassen sich hieraus für das Personal ableiten, um möglichst vielen Frauen eine positive Entbindungserfahrung zu ermöglichen? Zunächst werde ich einige allgemeine Handlungsempfehlungen für das medizinische Personal ableiten. Im Folgenden werde ich dann aus allen Tiefeninterviews (Teil 1 und 2) die Schwerpunkte für eine gelungene Kontaktqualität im Kreißsaal herausarbeiten und daraus praktische Verhaltensempfehlungen für das Kreißsaalpersonal entwickeln. Anschließend werde ich auch für die Wochenbettstation aus allen Tiefeninterviews (Teil 1 und 2) die entscheidenden Aspekte für die Kontaktqualität analysieren und auch hier entsprechende Handlungsempfehlungen für das Pflegepersonal der Wochenbettstation aussprechen. Auf Besonderheiten des ärztlichen Kontakts auf der Wochenbettstation wird eingegangen werden. Die neuen Erkenntnisse durch diese Analyse werde ich mit der bestehenden wissenschaftlichen Forschung zu diesem Thema in Bezug setzen. Nicht zuletzt werde ich zeigen, dass meine Schlussfolgerungen exakt mit den Wünschen und Beurteilungen übereinstimmen, die ehemalige Patientinnen im zweiten Studienteil nach einigem zeitlichen Abstand rückblickend selbst formulieren.

Abschließend wird auf die Repräsentativität des Studienkollektivs und die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auch auf andere Patientengruppen eingegangen, sowie grundsätzliche Überlegungen zu mütterlichen Erwartungen an die klinische Geburtshilfe und möglicherweise daraus entstehende Konflikte für eine gelungene Behandlungsqualität angestellt.

Einleitend sollte gesagt werden, dass sowohl die Gesamtzufriedenheit der Mütter als auch große Teile der Tiefeninterviews dem geburtshilflichen Personal der Universitätsmedizin Mainz sehr positive Leistungen in Bezug auf die Kontaktqualität bescheinigen. Dies fällt umso mehr auf, weil die vorangehende Literaturrecherche ein eher düsteres Bild der Betreuungsqualität in der klinischen Geburtshilfe zeichnet. Insbesondere der inhaltliche Vergleich der Entbindungserfahrungen, die einige Jahre zurückliegen, mit den aktuellen Erfahrungsberichten der Frauen zeigen eine insgesamt positive Entwicklung in Bezug auf die Kontaktqualität. Insgesamt scheint schon vieles durch ein sehr motiviertes und engagiertes Personal getan worden zu sein, und es werden schon weitgehend die richtigen Aspekte bereits berücksichtigt, sodass vieles bereits sehr gut funktioniert. Besonders bemerkenswert ist hierbei der Umstand, dass diese überaus positiven Ergebnisse sogar an einer Universitätsklinik, einem Maximalversorger mit hoher Patientendichte und entsprechend hoher Grundbelastung des Personals, erzielt wurden. Dies zeigt, dass es durchaus möglich ist, auch unter vergleichsweise schwierigen Umständen eine hohe Qualität im Kontakt zwischen den Müttern und dem Personal zu erreichen. Das häufig vorgebrachte Argument, dass es aufgrund Zeit- und Ressourcenmangels nicht möglich sei, auf einen guten Kontakt zum Patienten zu achten, verliert gemessen an den vorliegenden Studienergebnissen seine Berechtigung. Die aus den Studienergebnissen im Folgenden abgeleiteten Handlungs- und Verhaltensempfehlungen sind daher weniger aus dem Mangel einer guten Kontaktqualität heraus entwickelt, sondern vor allem aus den betont positiven Aspekten aus Sicht der Frauen. Es finden sich durchaus einige Stellschrauben und Nuancen, anhand derer man mit vergleichsweise minimalem Aufwand große positive Effekte erzielen kann.

5.1 Fragebogenergebnisse: Hohe Gesamtzufriedenheit mit der Kontaktqualität zum medizinischen Personal

Die orientierende Eingangserhebung mittels Fragebogen zur Gesamtzufriedenheit mit der Kontaktqualität zum medizinischen Personal während der Entbindung ergab ein überwältigend positives Bild: Über 90% aller Studienteilnehmerinnen kreuzte eine positive Bewertung an (s. Kapitel 4.2). Dies deckt sich indirekt mit anderen Studien, die durchaus positive Ergebnisse bezüglich der Gesamtzufriedenheit der Frauen mit ihrer allgemeinen Betreuungssituation in der stationären Geburtshilfe ergaben. Allerdings sind enorm hohe Zufriedenheitswerte in schriftlichen Zufriedenheitsumfragen durchaus typisch und als sogenannter „ceiling effect“ ein bekanntes Problem der differenzierten Forschung (11, 14, 18). Es wurde bereits diskutiert, dass sehr positive Ergebnisse von Zufriedenheitsumfragen die tatsächliche Patientenerfahrung nicht immer angemessen spiegeln (11, 16), sondern verschiedene verzerrende Einflüsse wie Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit, Dankbarkeitseffekte (14), das Machtgefälle zwischen Arzt und Patient (11, 12) oder das Anpassen des

patienteneigenen Anspruchsniveaus an die erlebte Realität (11, 14) eine Rolle spielen können. Diese Studie hatte nicht das Ziel, diese vermuteten Bias in schriftlichen Zufriedenheitsumfragen zu identifizieren und möglichst zu umgehen. Der Zweck der verwendeten Eingangsfrage war auch bei bekannten Limitationen hinsichtlich ihrer Aussagekraft dazu gedacht, eine erste orientierende Vorstellung zu vermitteln, in welchem Rahmen sich die Zufriedenheit der Wöchnerinnen mit ihrer Betreuung überhaupt bewegt. Bislang war keine bekannte, vergleichbare Erhebung vor Ort durchgeführt worden. Derart positive Ergebnisse übertreffen dennoch die Erwartungen und können unter Berücksichtigung der Tiefeninterviews durchaus als Beleg eines grundsätzlich gelungenen Kontakts zwischen den Müttern und dem Personal an dieser Klinik gewertet werden.

Nur knapp 4% der Teilnehmerinnen hatten explizit angekreuzt, „weniger“ oder sogar „überhaupt nicht“ zufrieden mit der Kontaktqualität gewesen zu sein. Interessanterweise wünschten ausnahmslos alle der explizit unzufriedenen Frauen das anschließende Gespräch. Dies bestätigt das vermutete Bedürfnis der Mütter, insbesondere negative Erfahrungen thematisieren zu wollen. Es darf durchaus angenommen werden, dass allein die Möglichkeit, ihre (negativen) Erfahrungen in einem vertrauensvollen Gespräch direkt und gezielt besprechen zu können, eine Entlastung und möglicherweise auch die Milderung ihrer Unzufriedenheit bewirkt. Eine Frau, die im Fragebogen die schlechteste Bewertung vergeben hatte, betonte dies spontan auch ganz ausdrücklich nach ihrem Tiefeninterview.

Tatsächlich scheint die Zufriedenheit mit dem Kontakt zum Personal ein polarisierendes Thema mit hoher Relevanz für die Mütter zu sein. Über 95% aller Frauen hatten eine entschiedene Meinung hierzu; nur 5 von 102 Frauen hatten diesbezüglich eine neutrale Bewertung abgegeben. Der Bias der sogenannten Tendenz zur Mitte, also die Neigung von Befragten, bei mehrstufigen (Likert-)Skalen eher die mittleren und nicht die extremen Werte auszuwählen, spielt hier definitiv keine Rolle.

Die Verhältnisse der begleitend erhobenen Parameter zeigen, dass die laut Fragebogen „vollkommen“ zufriedenen Mütter häufiger vaginal entbunden hatten (knapp 60%) und öfter Multiparas waren (über 56%). Umgekehrt hatten drei Viertel der (sehr) unzufriedenen Mütter per Sectio entbunden. Das Durchschnittsalter der „vollkommen“ zufriedenen Mütter unterschied sich kaum vom Gesamtkollektiv. Insgesamt lassen die Ergebnisse also vermuten, dass die Gesamtzufriedenheit der entbindenden Mütter an dieser Klinik in erster Linie stärker durch den Entbindungsmodus und etwas weniger stark durch die Parität beeinflusst wird. Die statistische Prüfung dieser Hypothese wurde nicht unternommen, da diese Studie den Fokus auf die qualitative Analyse der Tiefeninterviews legt- dennoch scheint insbesondere die vaginale Entbindung statt der Sectio erstrebenswerter.

5.2 Die Tiefeninterviews: Alter, Parität, Entbindungsmodus und Gesamtzufriedenheit

Die Quote von knapp einem Drittel der Teilnehmerinnen, die ein weiterführendes explorierendes Gespräch zu ihren Erfahrungen wünschte, übertraf die Erwartungen an die Interviewbereitschaft bei Weitem (erwartet war eher jede 5.-8. Studienteilnehmerin). Dies zeigt den großen Gesprächsbedarf der Frauen und den Wunsch, ein Feedback zu geben. Bedarf und Sinnhaftigkeit sowie Relevanz der Tiefeninterviews zu dieser Thematik wurden also in der Praxis durch die positive Resonanz der Teilnehmerinnen bestätigt.

Welche Mütter in Bezug auf Alter, Parität und Entbindungsmodus nahmen am Tiefeninterview teil?

Im Vergleich zum Gesamtkollektiv der Studienteilnehmerinnen nahmen Multiparas das Gesprächsangebot häufiger wahr als Erstgebärende. Es wäre denkbar, dass die Entbindung als erstmaliges Erlebnis überwältigender und daher vereinnahmender ist als wenn die Situation bereits zuvor erlebt wurde. Einige Erstgebärenden dürften auf der Wochenbettstation vielleicht noch keine Kapazitäten für eine Reflexion über den Kontakt zum betreuenden Personal gehabt haben. Vielleicht fühlten sie sich in dieser erstmaligen persönlichen Ausnahmesituation auch zu unsicher, um ein Urteil über die erlebte Kontaktqualität fällen und im Interview vertreten zu können. Für Multiparas könnte eine wiederholte Entbindung tendenziell eine geübtere Erfahrung sein, zu der sie durch frühere Erlebnisse bereits einen persönlichen Referenzrahmen besitzen, anhand dessen sie das Erlebte einordnen und relativieren können: Was ist „normal“ und erwartbar während einer stationären Entbindung? Wie fühlt das Personal seine betreuende Rolle aus? Was brauche und fühle ich selbst in dieser Situation und inwiefern werden meine Bedürfnisse hinsichtlich des Kontakts zum Personal erfüllt? Was sind überhaupt „berechtigte“ Bedürfnisse in Bezug zur Betreuung? Besonders durch den Vergleich mehrerer Entbindungserfahrungen kann die Mutter diese Fragen vielleicht besser beantworten und einzelne Aspekte der Kontaktqualität eher als positiv oder verbesserungswürdig bewerten.

Die Tendenz, dass ältere Mütter eher ein Gespräch wünschten, könnte ebenso erklärt werden (der Altersdurchschnitt lag bei knapp 34 Jahren im Vergleich zu knapp 32 Jahren im Gesamtkollektiv). Mit zunehmendem Alter werden Bedürfnisse eventuell selbstbewusster vertreten und die Hemmschwelle sinkt, auch Kritik an in ihren Augen verbesserungswürdigen Punkten zu formulieren. Gemessen an einer gesamten Altersspanne von etwa 23 Jahren zwischen der jüngsten und der ältesten Mutter, in die sich die Alter aller anderen interviewten Frauen relativ gleichmäßig einordnen, ist der Unterschied jedoch eher mäßig und sollte nicht überbewertet werden.

Daneben fällt auf, dass Frauen, die mit einer Sectio entbunden hatten, seltener ein Interview gaben als Frauen ohne Kaiserschnitt. Die Sectionrate im Gesamtkollektiv lag bei 48%; in der interviewten Gruppe betrug sie unter 44%. Eine Sectio bedeutet eine invasivere und für manche Frauen unnatürlichere Art zu entbinden, die mit einer anderen Rolle der Mutter während des Entbindungsprozesses einhergeht und psychologisch eine ganz andere Verarbeitung erfordert. Es ist gut vorstellbar, dass ein größerer operativer Eingriff wie ein Kaiserschnitt die persönlichen Ressourcen der Mutter ganz anders beansprucht als eine komplikationslosere vaginale Entbindung. Der Kontakt zum betreuenden Personal mag gerade in solch existentiellen Situationen besonders wichtig, die Gesprächsbereitschaft in Form einer Studienteilnahme jedoch seltener gegeben sein.

Die tiefergehende Exploration zeigt in einigen Fällen Differenzen zwischen der hohen Gesamtzufriedenheit in der schriftlichen Umfrage und den tatsächlichen Äußerungen der Befragten im persönlichen Gespräch. Auch dieses Phänomen wurde in vorangehenden Studien bereits beschrieben (s. Kapitel 2.2). Über ein Drittel der tiefeninterviewten Mütter äußert trotz (sehr) hoher Gesamtzufriedenheit im Tiefeninterview auch Kritik, besonders ausgeprägt war diese Diskrepanz bei sechs Frauen. Ein bereits in der Literaturdiskussion besprochener Grund hierfür mag die patienteneigene Relativierung ihrer Kritikpunkte vor dem Hintergrund eines in ihren Augen überlasteten Gesundheitssystems und Personals sein (16). Dieser Faktor scheint insbesondere in der vorliegenden Studie von Relevanz zu sein, da einige Mütter ihre Anmerkungen und Kritik im Tiefeninterview ausdrücklich relativieren, beispielsweise mit „es sind ja sehr viele Fälle, alles gut“ (Interview 5 B), „das lag glaub ich einfach daran, dass die einfach gestresst war.“ (Interview 95 F.2) oder „ist völlig verständlich, Personalmangel weiß jeder“ (Interview 48 U).

Ferner mag wie in der Forschung bereits diskutiert ein empfundenes Machtgefälle zwischen medizinischem Personal und Patient verbunden mit der Angst vor negativen Konsequenzen bei geäußelter Kritik für die extrem hohen Zufriedenheitswerte der schriftlichen Umfrage eine Rolle gespielt haben (12). Bei der Konzipierung dieser Studie wurde versucht, diesen verzerrenden Faktor möglichst zu entkräften, indem die Frauen über die Unabhängigkeit der Studie und der durchführenden Projektleiterin informiert wurden. Ebenso wurden sie explizit darauf hingewiesen, dass jede Form der Teilnahme anonymisiert und ohne jede Weitergabe ihrer Daten an das behandelnde Personal erfolgen würde. Dennoch mag dieser Faktor allein aufgrund der räumlichen und situativen Nähe der Studienteilnahme zur Entbindungssituation auf der Wochenbettstation zumindest eine unbewusste Rolle gespielt haben: „es soll bei Ihnen nicht so ankommen, als ob ich die Uni schlechtreden will“ (Interview 32 N). Die Frauen, die ein Tiefeninterview ablehnten, hatten entweder keinerlei Bedarf, Kritik (oder Lob) zu thematisieren oder sie waren durch die oben diskutierten Einflüsse möglicherweise gehemmt, dies zu tun.

Aus der Literaturrecherche geht auch hervor, dass die Patienten ihre Bewertung auch durch Vergleiche mit früheren, schlechteren Erfahrungen ins Positive relativierten (12). Auch dieser Zusammenhang findet sich in dieser Studie in einigen Tiefeninterviews mit Multiparas. Viele von ihnen nahmen auch am zweiten Studienteil teil und thematisierten dort die Kontaktqualität früherer Entbindungen an der Universitätsmedizin genauer (s. Kapitel 4.4). Verglichen mit der früheren Entbindungserfahrung ergab sich häufig ein positives Urteil zugunsten der aktuellen Entbindungserfahrung: „ich hatte schon das Gefühl, dass (...) die Arbeit sich hier verbessert hat“ (Studienteil 2, Nr. 5) oder auch: „wir haben auch unser erstes Kind hier bekommen und da fanden wir es dieses Mal deutlich besser.“ (Interview 40 R).

5.3 Die inhaltliche Analyse aller Tiefeninterviews: Empfehlungen für Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals

Die Ergebnisse der Tiefeninterviews zeigen wenig überraschend, dass sowohl auf der Wochenbettstation als auch im Kreißsaal eine weit verbreitete Wertschätzung eines freundlichen Umgangs besteht. Auch für die langfristige Erinnerung an die Entbindungserfahrung ist dies sehr wichtig. Die Frauen wünschen sich einen grundsätzlich freundlichen, zuvorkommenden, offenen Auftritt des Personals. Dazu gehört auch, sich namentlich vorzustellen. Ein unhöflicher oder ruppiger Umgangston bleibt den Müttern langfristig negativ in Erinnerung. Vielen Müttern ist durchaus bewusst, dass das Krankenhauspersonal zum Teil großem Stress ausgesetzt ist; jedoch machen achtlose, unfreundliche oder patzige Kommentare wie „Was weinen Sie denn jetzt?“ (Interview 32 N), „Was, Sie haben noch nie gewickelt?“ (Interview 45 T), „Sie können doch laufen“ (Interview 95 F.2) oder „nein, (...) hätte was Besseres zu tun“ (Interview 51 V) einen bleibenderen negativen Eindruck auf die Mütter als vielleicht zu erwarten: „Ich kann halt auch verstehen, dass es stressig ist oder dass man manchmal seine Emotionen nicht unter Kontrolle hat, aber ich finde, man sollte sich im Griff haben und nicht einfach irgendwas rausbauen. Man denkt, man hat nichts gemacht, aber dass man dann halt die Person dann so trifft, das ist einem glaub´ ich in dem Moment nicht bewusst. (...) aber für mich bleibt das halt trotzdem in mir drin.“ (Interview 32 N). Das Personal sollte also stets dieses Bewusstsein wachhalten und immer versuchen, unüberlegte unfreundliche Bemerkungen zu vermeiden. Dies gelingt eventuell besser, wenn sich das Personal, das sich ja in einer gewohnten alltäglichen Arbeitssituation befindet, immer wieder vor Augen führt, dass dieselbe Situation für die Mütter (besonders für die Erstgebärenden) hingegen eine oft unnatürlich empfundene Ausnahmesituation in ihrem Leben darstellt. Dazu später mehr.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen ferner deutliche schwerpunktmäßige Unterschiede der Patientinnenbedürfnisse im Kreißsaal und auf der Wochenbettstation.

5.3.1 Der Kreißsaal: Analyse und Empfehlungen für eine gute Kontaktqualität

Im Kreißsaal ist eine emotionale Präsenz, das heißt Empathie und Einfühlungsvermögen des Personals entscheidend für eine gelungene Entbindungserfahrung und in der positiven langfristigen Erinnerung die höchstbewertete Kontaktqualität. Vor allem spielt eine aufmerksame, fürsorglich empathische Haltung der Hebammen die größte Rolle für die Herstellung einer zwischenmenschlichen Nähe. Konkrete Aspekte des Kommunikationsstils wie beruhigenden oder ermutigenden Zuspruch erleben die Frauen als enorm positiv und machen manchmal einen entscheidenden positiven Unterschied während ihrer Entbindung: „Auch so viel Zuspruch während der letzten Phase, die ich als extrem empfand, sie haben dann so toll mich unterstützt, das ist ja auch nicht immer selbstverständlich. Da hab´ ich mich auch ganz oft bei denen bedankt, weil - das, was die gesagt haben, da spielt auch wieder empathisch sein wieder mit rein, dass die da so mitgeföhlt haben und mich motiviert haben, das war ganz toll. Ja. Ohne den Zuspruch hätte ich das auch gar nicht so gut hingekriegt.“ (Interview 89 E.2). Konkret helfen den Frauen Sätze wie: Du schaffst das, du machst das toll!, Das schaffen Sie schon, das wird, oder: Haben Sie gut gemacht! Besonders hilfreich ist auch die non-verbale Kommunikation: Lächeln und insbesondere Berühren, Nehmen, Streicheln oder Drücken der Hände. Kleine derartige Gesten werden noch Jahre später positiv erinnert, dies unterstreicht ihre Wichtigkeit. Auch eingestreute Witze oder Ablenken durch persönlich interessierte Fragen können der Mutter bei großer Nervosität helfen. All dies sind im Hinblick auf eine gute Kontaktqualität wirksame, verhältnismäßig einfach umsetzbare Verhaltensweisen, die jedoch im rechten Moment eingesetzt werden müssen und somit eine gewisse grundsätzliche emotionale Präsenz des Personals für die Verfassung der jeweilige Mutter voraussetzen.

Die Wichtigkeit des Kommunikationsstils im Kreißsaal zeigt sich in dieser Studie insbesondere dadurch, dass die häufigste Kritik sich auf den Kommunikationsstil in Momenten von Entscheidungen bezieht. Kommuniziert das Personal hier nicht offen und verständlich mit der betroffenen Mutter auf Augenhöhe, sondern bespricht sich beispielsweise im Beisein der Frau mit Fachtermini, ohne sie miteinzubeziehen, wird dies nachhaltig und sehr vordringlich negativ erlebt. Dabei geht es weniger darum, der Mutter selbst die Entscheidung zu überlassen, sondern vielmehr sie auf verständliche, gleichwertige Weise miteinzubeziehen: „Klar, die müssen untereinander kommunizieren, aber dass man da im Dunkeln gelassen wird und einfach irgendwas gemacht wird, ohne dass ich so richtig weiß, wie geht´s jetzt weiter? Das sollte man dann so erklären, dass die Mutter auch aufgeklärt wird: So, wir haben jetzt das entschieden, das ist für Sie und die Kinder besser, anstatt dass man dasitzt und erstmal selbst nachfragen muss“ (Interview 32 N). Auch achtlose Kommunikation des Personals untereinander im Beisein der Mutter („Wann können wir aufschneiden?“, „Im Notfall machen

wir es einfach in Vollnarkose.“ (Interview 5 B)) verursachen bei dieser einen Vertrauensverlust. Durch eine grundsätzliche Achtsamkeit auf die eigene Sprache, auch und gerade wenn man die Mitkollegen adressiert und nicht die anwesende Patientin selbst, könnten Belastungen des Vertrauensverhältnis zwischen der Mutter und dem Personal vermieden werden.

Ein interessantes und für die Praktikabilität der Verhaltensempfehlungen sehr wichtiges Studienergebnis ist die Tatsache, dass für die Frauen der tatsächlich eingesetzte Zeitaufwand des Kontakts für dessen Qualität nicht maßgeblich entscheidend ist. Ein besonderer zeitlicher Umfang im Kontakt zum Kreißsaalpersonal steht im absoluten Hintergrund und ist für die emotionale Präsenz nicht zentral. Wichtig ist das „Gespür, wann der richtige Moment ist, sich mal ein bisschen Zeit zu nehmen.“ (Interview 64 Y). Das Kreißsaalpersonal muss die Mutter also nicht unbedingt ununterbrochen intensiv betreuen, aber idealerweise merkt es, wann die Mutter dessen Präsenz braucht.

Für eine optimale Betreuung ist wichtig, dass das Personal bereit ist, den Frauen zuzuhören und auf ihre speziellen Bedürfnisse und Wünsche einzugehen. Dies reicht von Begleitmaßnahmen wie Massagen, heißen Steinen oder einer PDA bis hin zu grundsätzlichen Möglichkeiten, die Entbindung nach ihren Vorstellungen beeinflussen zu können. Die Mütter betonen besonders positiv, wenn sie umfassend informiert ohne Druck vonseiten des Personals Entscheidungen treffen können. (In dieser Studie scheint die Informationsvermittlung im Kreißsaal insgesamt gelungen. Weder bei den Positiv- noch Negativnennungen steht das Thema Informationen und Aufklärung besonders im Fokus). Häufig meint diese Entscheidungsfreiheit, Eingriffe oder Maßnahmen zunächst ablehnen zu können. Allein die Rücksichtnahme des Personals hierauf, insbesondere im Setting eines großen Maximalversorgers, ist für manche Frau letztendlich sogar wichtiger als der tatsächliche Verlauf der Entbindung: „Ich bin eigentlich jemand, der am liebsten gar nichts möchte, weder ein Medikament noch irgendeinen Eingriff in diesen ganzen natürlichen Entbindungsprozess und im Endeffekt hatte ich jetzt genau das Gegenteil, es ist sogar zum Kaiserschnitt gekommen. Aber die haben sich wirklich- man hört ja oftmals grad auch in Krankenhäusern, dass man da relativ schnell Medikamente gibt, Kaiserschnitt, PDA, das auch so ein bisschen aufgedrängt kriegt, aber das war wirklich gar nicht so. Also die haben natürlich immer mal wieder auch gefragt und so, aber die haben wirklich viel probiert.“ (Interview 68 Z). Auch bei anderen Müttern findet sich eine zum Teil im Vorfeld eine negative Erwartungshaltung gegenüber der Uniklinik als großem Krankenhaus, insbesondere im Hinblick auf die individuelle Entscheidungsfreiheit und Rücksichtnahme: „Sie haben auch immer direkt gefragt, haben Sie Vorstellungen, wie Sie entbinden möchten? Und sind immer auf meine Wünsche eingegangen. Das finde ich nicht selbstverständlich und hätte ich auch gar nicht so erwartet hier.“ (Interview 89 E.2). Möglicherweise ist diese positive Überraschung ein Faktor für die überaus hohen Gesamtzufriedenheiten.

Es sollte soweit möglich also versucht werden, die Vorstellungen und Wünsche der Mutter zur Entbindung aktiv zu erfragen und Entscheidungsfreiräume zu schaffen, indem man die Frauen verständlich und hinreichend über Alternativen aufklärt. Dies macht für die Frauen einen sehr positiven Unterschied.

Eine Art Sahnehäubchen im individuellen, persönlichen Verhältnis der Mutter zum Kreißsaalpersonal können Nachgespräche, Nachuntersuchungen und extra Nachfragen auch nach Schichtende oder am Tagesende auf Station sein. Mehrere Mütter erlebten dieses Verhalten insbesondere bei den Kreißsaalärzten als außerordentlich positiv; möglicherweise auch, weil es über die erwartete Funktion eines Arztes hinausgeht. Wenn das Personal hierfür Kapazitäten hat, kann es durch solches Verhalten einen besonders positiven Effekt bei der Mutter erzielen.

Ein großes Problem stellen Kapazitätsmangel und Zeitdruck im Kreißsaal dar. Dies wird für die Mütter hauptsächlich spürbar durch zum Teil sehr lange Wartezeiten und den Druck, schneller beziehungsweise nicht in ihrem eigenen Tempo entbinden zu können. Die Mutter ist im Kreißsaalbetrieb oft in einer eher passiven Rolle, sie wartet auf Untersuchungen, die Geburtseinleitung oder andere ärztliche Tätigkeiten. Wird die Wartezeit sehr lang, löst dies Unsicherheit bei der Mutter aus, sie fühlt sich vergessen, geringgeschätzt oder verloren. Bei unvermeidlicher Wartezeit (das Verständnis hierfür ist bei Bewusstsein von Notfällen oder Personalknappheit zum Teil angedeutet) wünschen die Frauen sich einen kurzen informativen Kontakt zum Personal, der signalisiert, dass sie wahrgenommen und registriert sind, im besten Fall auch eine kurze Einordnung der Gründe ihrer Wartezeit und eine Perspektive, wann es voraussichtlich weitergeht.

Einige Frauen schildern außerdem, dass sie zum vereinbarten Entbindungstermin zur Geburtseinleitung erschienen sind und dann vor Ort erfahren, dass kein Platz mehr frei ist. Eine Betroffene berichtet, dass „ich mich (...) geärgert hab: Ich hatte eigentlich einen Entbindungstermin zur Geburtseinleitung. Da hatte ich mit der Ärztin einen Termin ausgemacht mit Uhrzeit, ich sollte meine ganzen Sachen auch schon mitbringen. Als ich dann da war, hieß es, es sei gar kein Platz mehr frei und ich bin wieder heimgeschickt worden. Das hat mich halt (...) geärgert, weil man so auf diesen Tag hinfiebert, (...). Und dann wird man wieder heimgeschickt mit der Aussage, dass es ungewiss sei, wann es denn losgeht.“ (Interview 33 O). Die Rücksprache mit dem zu diesem Zeitpunkt Leiter der Geburtshilfe der Uniklinik Mainz ergibt, dass dies tatsächlich ein bekanntes und durchaus häufiges Problem ist, dass geplante Einleitungstermine aus Kapazitätsgründen verschoben werden müssen. Die Indikation einer Einleitung werde relativ streng gestellt und betreffe etwa 15% aller Entbindungen (deutschlandweiter Durchschnitt sei eher zwischen 20-25% aller Entbindungen). Dennoch besteht ein klinikinternes Spannungsfeld in Bezug auf die

Bettenkapazität der Frauenklinik. Was könnte das Personal dennoch konkret tun, um diese Situation für die betroffenen Mütter zu verbessern? Die Frauen äußern diesbezüglich folgende Wünsche: „Dass man diese Einleitungssituation mit den begrenzten Plätzen in dem Vorbereitungsgespräch einfach erwähnt. (...) Dass man sich als Schwangere (...) dann entsprechend auf die Situation einstellt.“ (Interview 52 W). Ein anderer Vorschlag ist, dass das Personal die Mutter kurzfristig vorher telefonisch informiert, dass kein Einleitungsplatz für sie verfügbar ist. Aus den Äußerungen der Frauen geht nämlich hervor, dass für sie der größte negative Stress aus der Überraschung und der unerwarteten Absage erst vor Ort resultiert. Selbst wenn der Einleitungstermin verschoben werden muss, könnte dadurch laut den Frauen ein deutlich positiver Unterschied gemacht werden.

Betrachtet man das Thema Machtgefälle beziehungsweise betonte Überlegenheit im Kreißsaal, fällt hier eine auffällige Diskrepanz zu der bestehenden Recherche zum Thema traumatische Entbindungserfahrungen und Gewalt im Kreißsaal auf. Studien sprechen hier zum Teil von bis zu 30% traumatischen Entbindungserfahrungen (91). In dieser Studie spielt dieses Thema kaum eine Rolle. Eine Mutter empfand den gesamten Entbindungsprozess im Kreißsaal als sinnlose, „traurige“ Quälerei, da sie den gewünschten Kaiserschnitt zunächst nicht bekam. Eine langfristige Erinnerung betrifft eine ähnliche Situation, in der der Mutter ihr Wunsch nach einem Kaiserschnitt zunächst versagt wurde (Studienteil 2, Nr. 1). Auch wenn dies an dieser Klinik Einzelfälle zu sein scheinen, könnte ein verstärkter Fokus auf aufklärende, verständliche Begründung solcher Entscheidungen für die betreffenden Mütter hilfreich sein.

Ein anderer Punkt verdient hier noch eine nähere Betrachtung. Eine Mutter berichtet über ihre Sectio: „Als [sie] in meinen Bauch reingingen, das war natürlich erschreckend.“ (Interview 16G). Die Mutter ist eindeutig nicht darauf gefasst, dass die Operation selbst durchaus als brachial empfunden werden kann; sie ist insbesondere als Primipara nicht angemessen informiert oder vorbereitet. Die Erinnerung ist für sie zuvorderst mit Schrecken besetzt, das Personal lieferte in diesem Moment also keinen ausreichenden Beistand, Beruhigung und Erklärung, sie ist mit diesem Schock isoliert und alleingelassen. Hierin zeigt sich die Diskrepanz zwischen der Sectio als Routinevorgang für das Personal und einer für die Patientin existentiellen Situation mit einer völlig anderen subjektiven OP-Erfahrung besonders deutlich. Nicht zuletzt liest sich ihre OP-Erfahrung als Gefühl des Ausgeliefertseins, das nicht hinreichend abgefangen werden konnte. Für diese Mutter hätte mehr emotionale Präsenz des Kreißsaalpersonals und dadurch emotionaler Bestand wahrscheinlich einen deutlichen Unterschied für ihre Erfahrung gemacht.

In Gesamtschau geht es in der Beziehung zwischen der Mutter und dem Kreißsaalpersonal im Kern um eine individuelle Betreuung, die vor allem in Form von Mitgefühl, Trösten, Ermutigen und emotionalem Beistand gewollt ist. Der tatsächliche Zeitaufwand im Kontakt ist hier weniger

entscheidend als die grundsätzliche Zugewandtheit und emotionale Präsenz des Personals, das den für die Frauen richtigen Moment für notwendige Handlungen erkennt. Da die Entbindung für die Patientin eine vulnerable Ausnahmesituation darstellt, ist die Rolle der Patientin im Kreißsaal oft eher passiv im Sinne einer Notlage, in der sie jemanden braucht, der sie emotional stützt. Im Vergleich zur Wochenbettstation sind dies deutlich andere Prioritäten. Dort steht die emotionale Präsenz des Personals wider Erwarten eher im Hintergrund, und das Bedürfnis nach einer individuellen Betreuung beinhaltet anderes.

5.3.2 Die Wochenbettstation: Analyse und Empfehlungen für eine gute Kontaktqualität

Eine gute Kontaktqualität zum Pflegepersonal auf der Wochenbettstation ist für die Frauen in erster Linie durch eine freundliche, individuelle Betreuung charakterisiert: Das Wahrnehmen und gezielte Eingehen auf ihre Wünsche, Bedürfnisse, Anliegen und Beschwerden. Emotionale Präsenz meint hier, dass das Personal empathisch und empfänglich für die individuellen Bedürfnisse der Frauen ist. Die Rolle der Mütter ist hier aktiver als im Kreißsaal, sie haben bestimmte Erwartungen an das Personal vor allem in Form von gezielter Informationsvermittlung und Hilfeleistungen. Eigeninitiative des Personals wird zwar im Einzelnen wertgeschätzt, vor allem soll das Pflegepersonal jedoch niederschwellig aufnahmebereit sein für die Wünsche, Fragen und Anregungen der Patientin selbst. Dabei kann das Anspruchsniveau der Mütter zum Teil sehr hoch sein- hieraus resultieren dann schnell enttäuschte besondere Erwartungen und Kritik am Personal. Bei einer sehr unzufriedenen Mutter scheint diese Diskrepanz das Kernproblem auf der Wochenbettstation gewesen zu sein: „Aber es ist halt sehr, sehr, sehr schwer, wie mir nicht richtig geholfen wird, überhaupt nicht eigentlich, kann man so sagen. Ich muss halt hier die ganze Zeit betteln, dass mir jemand hilft.“ (Interview 51V). Da diese Mutter in ihrem Interview außerdem einige andere drastische Aussagen traf, die bereits an anderer Stelle zitiert sind, suchte die Interviewerin in diesem Fall das betreuende Pflegepersonal auf, um auch dessen Ansicht in Erfahrung zu bringen. Eine Schwester spricht von einer „falschen Erwartungshaltung“ der Mutter, „so nach dem Motto, ich geb´ die Babys ab und muss mich um nichts kümmern.“ Dies sei kein fünf-Sterne-Hotel. Eine andere Schwester ergänzt: „Sie klingelt dauerhaft, ich war seit sieben [Uhr] gefühlt alle zehn Minuten drin.“

Vielleicht das wichtigste konkrete Bedürfnis der Mütter auf der Wochenbettstation betrifft die Vermittlung von Informationen zur Babypflege, insbesondere Anleitungen zum Stillen sowie Alternativen dazu. Die Sicherstellung einer zuverlässigen, kompetenten und geduldigen Stillberatung ist für eine gelungene Wochenbeterfahrung sehr wichtig. Wenn diese nicht gegeben ist, prägt das die langfristige Erinnerung an die Entbindungserfahrung nachhaltig

negativ. Im Vergleich der langfristigen Erinnerungen mit den aktuellen Erfahrungsberichten scheint hier schon eine positive Entwicklung stattgefunden zu haben, dies bestätigt eine Rücksprache mit dem Studienleiter: Die Wichtigkeit der Stillberatung ist intern hinlänglich bekannt; derzeit würden einige ausgebildete Stillberaterinnen (hauptberuflich Hebammen oder Kinderkrankenschwestern) routinemäßig Stillberatungen auf der Wochenbettstation durchführen. Die personelle Situation wird diesbezüglich noch immer als zu knapp eingeschätzt und es werde versucht, diese an den Bedarf anzupassen. Eine entsprechende Sprechstunde oder ein extra Stillberatungszimmer wird intern diskutiert. Aus Sicht der Mütter ist genau dies absolut wünschenswert.

Insbesondere in den Langzeiterinnerungen ist die unzureichende Informationsvermittlung häufig eng mit einem empfundenen Personal- beziehungsweise Zeitmangel verknüpft: „da hätte ich es mir schon gewünscht, dass halt jemand da wäre, der sich vielleicht mal zehn Minuten Zeit nehmen kann und nicht direkt wieder weg muss. Der einem zeigen kann, der Kopf liegt zum Beispiel falsch, deswegen klappt’s vielleicht nicht oder auch das Wickeln, ich hab’ vorher noch nie ein Kind gewickelt. (...) Einfach, dass vielleicht ein bisschen mehr Zeit für einen da ist, weil grad, wenn man frisch entbunden hat und dann allein hier hockt und es ist vielleicht noch das erste Kind, dann denkt man, was soll ich jetzt tun? (...) Also es wird einem zwar immer angeboten, aber ich finde, man hat das Gefühl, die bieten das zwar an, aber eigentlich haben sie gar keine Zeit dafür. Die können ja auch nichts dafür, aber dann traut man sich auch gar nicht zu sagen, können Sie mir das vielleicht nochmal zeigen?“ (Studienteil 2, Nr. 10). Besonders Primiparas wünschen sich in diesem Sinne mehr Betreuung. Multiparas hingegen schätzen es eher, wenn das Personal rein bedürfnisorientierte Präsenz zeigt und sie nicht „belagert“ (Interview 11 E). Der reine zeitliche Umfang des Kontakts spielt genau wie im Kreißsaal zwar eine eher untergeordnete Rolle, der zeitliche Faktor ist jedoch eher in dem Sinne wichtig, als dass die erwünschten Hilfe- und Informationsleistungen durch das Personal bedarfsgerecht zeitnah erfolgen. Besonders Mütter mit Kaiserschnitt und Wundschmerz erleben die erwähnten Hilfestellungen (häufig einfachere Tätigkeiten wie Getränke, Windeln oder Babymilch bereitstellen oder helfen, Windeln zu wechseln) als einen wichtigen Betreuungsbestandteil. Hier sollten falls möglich verstärkt Hilfskräfte eingesetzt werden, die die höher qualifizierten Pflegekräfte entlasten und diesen mehr Kapazität für beispielsweise ausführliche Informationsvermittlung verbleibt.

Für eine optimale Betreuung sollte das Pflegepersonal der Wochenbettstation vielleicht zu Beginn der Betreuung die Bedürfnisse der Patientin individuell im Hinblick auf ihre Parität, ihre medizinische Vorgeschichte und den medizinischen Verlauf einschätzen und beispielsweise insbesondere Primiparas besonders niederschwellig in Bezug auf Informationsvermittlung und Hilfestellungen berücksichtigen und aktiv ansprechen, soweit möglich mit ausreichend Zeit und besonderer Geduld. Widersprüchliche Anweisungen verschiedener Pflegekräfte verunsichern

und sollten vermieden werden. Diesbezüglich könnte die aktive Vermittlung einheitlicher interner Leitlinien beispielsweise zum Thema Zufüttern oder der Babypflege hilfreich sein.

Einige Frauen wünschen mehr Informationen zu den Routinen und allgemeinen Abläufen auf der Wochenbettstation und schlagen hierzu selbst beispielsweise eine Art Informationsflyer vor: „es reicht ja vielleicht ein Zettel, auf dem draufsteht, Sie sind auf der und der Station, normalerweise gibt es zwischen da und da Essen, dann und dann sind Besuchszeiten aktuell“ (Interview 25 L). Da dies relativ regelhaft organisierte Teile des Stationsalltags betrifft, wäre das Erstellen und Verteilen solchen Infomaterials beispielsweise bei Aufnahme der Mutter auf die Wochenbettstation denkbar. Weiterführende Informationen wie „Was steht an die nächsten Tage? Es gibt eine tägliche Visite oder dann und dann wird das Baby untersucht“ (Interview 64Y) sind wahrscheinlich eher individuell und weniger allgemeingültig, sollten soweit möglich gegebenenfalls bei der Erstellung dieses Infomaterials ebenfalls berücksichtigt werden.

Ein Säuglingszimmer, das aktuell auf der Wochenbettstation nicht zur Verfügung steht, würde insgesamt eine Entlastung für alle Beteiligten darstellen. Bis vor Kurzem stand solch ein Säuglingszimmer, in dem die Frauen ihre Babys zeitweise betreuen lassen konnten, auf Station noch zur Verfügung. Laut Studienleiter wurde dies bewusst abgeschafft, um das Grundkonzept der sogenannten Mutter-Kind-Einheit auf der Wochenbettstation vollumfänglich umzusetzen und die Frau an ihre mütterliche Rolle inklusive aller Aufgaben der Babypflege möglichst früh umfassend zu gewöhnen. Grundsätzlich scheint dies sinnvoll, andererseits entstehen hierdurch Überlastungen sowohl der Frauen als auch des Pflegepersonals. Die Mütter fordern in Momenten der Überforderung verstärkt umfassende Unterstützung durch das Personal, das bis in kleinste Aufgaben und Situationen anwesend sein soll und bemängeln dann unzureichende Betreuung, wenn das Personal dem Umfang der Bedürfnisse nicht gerecht werden kann. Ein Säuglingszimmer könnte zumindest insofern eine sinnvolle Entlastung bedeuten, dass die Mütter ihr Baby nicht regelhaft, sondern nur ausnahmsweise in Momenten vollständiger Überforderung abgeben können um beispielsweise „mal zwei, drei Stunden [zu] schlafen“ (Interview 25 L) und dadurch insgesamt etwas regenerierter das Wochenbett mit seinen Aufgaben besser bewältigen zu können.

Analysiert man die Bedeutung des Machtgefälles beziehungsweise eine betonte Überlegenheit des Personals gegenüber der Mutter für deren Entbindungserfahrung, so fällt eine eher positive Gesamtentwicklung auf- die Frauen berichten aktuell deutlich seltener von solchen Erlebnissen. Wenn das Personal allerdings Überlegenheit gegenüber der Mutter betont, besitzt dies ein enorm negatives Gewicht für sowohl die aktuelle Gesamtzufriedenheit mit der Kontaktqualität als auch die langfristige Erinnerung der Frauen. Konkret sollte das Personal auf der Wochenbettstation verstärkt darauf achten, überhebliche Kommentare zu vermeiden, beispielsweise über Äußerlichkeiten oder Verhaltensweisen der Mutter. „Stempel“

(Studienteil 2, Nr. 14) oder Vorurteile spüren die Frauen sehr schnell. Auch Respektlosigkeiten wie ein Griff an die Brust der Mutter ohne Vorstellung oder Erklärung in der Stillberatung sollten nicht vorkommen. Speziell ist hier auch die ärztliche Visite zu erwähnen: Es ist häufig allgemeine Praxis, dass am Bett der Patientin über sie gesprochen wird, ohne sie einzubeziehen. Die fachliche Fallbesprechung sollte vor dem Zimmer erfolgen, sodass der direkte Patientenkontakt in erster Linie Kommunikation auf Augenhöhe umfasst.

Die ärztlichen Visiten stellen häufig den einzigen Kontakt dar, den die Frauen auf der Wochenbettstation zu den Ärzten haben. Die Kontaktmenge ist also eher gering und für die meisten Mütter auch zufriedenstellend, wenn die Kontaktqualität gut ist. Meistens sind die Ärzte der Wochenbettstation auch in der langfristigen Erinnerung nicht sehr präsent. Die Analyse der Tiefeninterviewergebnisse zeigt, dass ihre wichtigste erwartete Funktion Informationen und Erklärungen sind. Die Ärzte sollten also den Fokus der ärztlichen Visite besonders darauf legen, der Mutter Raum für offene Fragen zu geben. Wenn die Ärzte außerdem besonders aufmerksam zuhören und auf die individuellen Anliegen der Mutter eingehen, wird das besonders positiv bemerkt. Fehlt diese emotionale Präsenz beziehungsweise Sorgfalt (beispielsweise bei Verwechslungen oder Übergängen werden bei Visite), fällt dies den Frauen besonders negativ auf. Hier könnte ein großes Potential liegen, die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Kontakt besonders effektiv zu steigern. Zudem ist ein enger Austausch zwischen Pflegepersonal und Stationsärzten sehr sinnvoll und sollte gefördert werden.

5.3.3 Nutzen der vorliegenden Arbeit

Die aus dem Material der Tiefeninterviews heraus entwickelten inhaltlichen Kategorien wie emotionale Präsenz, individuelle Betreuung, Informationen und allgemeine Art des Umgangs bestätigen grundsätzlich bekannte wichtigste Aspekte der Kontaktqualität zu medizinischem Personal. Eine individualisierte Betreuung, in der die Bedürfnisse der Frauen gehört werden, und Empathie im Sinne einer emotional warmen, stützenden Präsenz sind auch zentrales Ergebnis für eine gelungene Kontaktqualität dieser Exploration. Diese Studie hat weiterführend versucht, zu präzisieren, welche Handlungen, Worte und Gesten genau diesen Zweck erfüllen, um möglichst konkrete Empfehlungen aussprechen zu können. Ein relevanter Teil der existierenden qualitativen Erhebungen zur Kontaktqualität aus Sicht der Frauen fand in anderen Ländern statt, deren Gesundheitssysteme und alltägliche klinische Praxis sich von deutschen Verhältnissen unterscheiden. Dies bedeutet eine eingeschränkte Übertragbarkeit dieser Daten für Deutschland. Einzelne konkrete Aspekte, die in dieser Studie herausgearbeitet wurden, finden sich in manchen der wenigen ähnlichen ausländischen

Studien wieder, beispielsweise ermutigende Kommentare im Kreißsaal, das Ermöglichen gut informierter eigener Entscheidungen oder Kritik der Frauen an widersprüchlichen Anweisungen zum Thema Stillen. Die Literaturrecherche hat diesbezüglich jedoch einen Datenmangel insbesondere für Deutschland ergeben, sodass diese Studie einen Beitrag leistet, die Relevanz internationaler Studien für Deutschland zu prüfen sowie zu konkretisieren.

5.4 Repräsentativität des Studienkollektivs und der Studienergebnisse

Durch das Studiendesign ergeben sich einige konzeptionelle Einschränkungen hinsichtlich der Repräsentativität des Studienkollektivs.

Insgesamt nahmen 104 Frauen an der vorliegenden Studie teil; sie alle hatten ihre Kinder an der Universitätsmedizin Mainz entbunden. Die Studie beinhaltet insgesamt 117 Entbindungen dieser Frauen. Es ist keine Auswahl der Teilnehmerinnen hinsichtlich medizinischer Kriterien unternommen worden- allerdings stellt allein die Wahl der Universitätsklinik als Entbindungsort eine gewisse Selektion dar, da dort überwiegend Risikoklientel vorstellig wird (laut Studienleiter etwa 70% aller Entbindungen). Dies ist sicher auch ein Grund für die überdurchschnittlich hohe Sectio-Rate: 43,8% aller Entbindungen waren Kaiserschnitte. Laut statistischem Bundesamt lag die bundesweite Sectiorate 2023 bei 32,6%. Es fiel auf, dass bei den Erstgebärenden des ersten Studienteils die Kaiserschnitttrate sogar noch höher lag (54%). Neben medizinischen Kriterien bei Risikogeburten, die Mütter für ihre Entbindung die Universitätsklinik wählen lassen, spielt laut den Tiefeninterviews auch die persönliche Neigung der Frauen eine Rolle, die Universitätsklinik als Maximalversorger mit der Sicherheit einer umfassenden medizinischen Versorgung zu bevorzugen. Mütter, die der klassischen Schulmedizin eher abgeneigt sind, bevorzugen wahrscheinlich häufiger alternative, interventionsarme Entbindungsmöglichkeiten wie Geburtshäuser.

Insgesamt waren in dieser Studie bezogen auf die Entbindungen Primi- und Multiparas ungefähr zu gleichen Teilen vertreten. Auch das durchschnittliche Alter bei Entbindung ist bezogen auf alle Studienteile mit 30,85 Jahren vergleichbar mit dem bundesweit durchschnittlichen Alter entbindender Mütter (31,7 Jahren laut statistischem Bundesamt, bezogen auf 2023). Die Volljährigkeit als Teilnahmebedingung vorausgesetzt, waren weitestgehend alle entbindungsfähigen Alter Teil der Studie (19 bis 42 Jahre).

Da die explorativen Tiefeninterviews den Kern der Studie bilden, waren für eine Teilnahme gute Deutschkenntnisse im Sinne einer ausreichend differenzierten Artikulationsfähigkeit Voraussetzung für die Studienteilnahme. Dementsprechend besteht ein Bias der Studienergebnisse hinsichtlich Migrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse, die nicht an der Studie teilnehmen konnten. Es wurde keine Definition für einen sogenannten

Migrationshintergrund festgelegt; dementsprechend war dies kein Faktor, der in der Auswertung gesondert berücksichtigt werden konnte. Allerdings stellt sich die Frage nach möglichen Unterschieden in beispielsweise den Ansprüchen von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund und dessen Rolle in ihrer Beurteilung der Kontaktqualität zum Personal. Bei einigen Teilnehmerinnen war eine ausreichend gute Artikulationsfähigkeit für ein Interview gegeben, allerdings war Deutsch eindeutig nicht ihre jeweilige Muttersprache. Da drei der vier (sehr) unzufriedenen Studienteilnehmerinnen dieser Gruppe angehören, stellen soziokulturelle Hintergründe und Prägungen mutmaßlich einen durchaus relevanten Faktor dar und es könnte sich auch in Anbetracht der statistisch höheren Fertilitätsraten von Migrantinnen diesbezüglich eine weitere gezielte Exploration lohnen.

Das Studienkollektiv ist in seinen erhobenen Merkmalen also bis auf eine überdurchschnittlich hohe Sectio-Rate und Ausschluss fremdsprachiger Frauen ohne gute Deutschkenntnisse durchaus repräsentativ für in der klinischen Geburtshilfe entbindenden Mütter. Die Literaturrecherche legt nahe, dass insbesondere an großen Häusern wie der Universitätsmedizin die Kontaktqualität in der klinischen Geburtshilfe verbesserungswürdig ist, die anhand dieses Studienkollektivs gewonnenen Ergebnisse und Analysen können sich jedoch auch für andere, kleinere Häuser der klinischen Geburtshilfe zur Verbesserung der Kontaktqualität eignen. Der größte limitierende Faktor der Studie hinsichtlich ihrer Repräsentativität und Übertragbarkeit ihrer Ergebnisse ist sicherlich die kleine Studienteilnehmerinnenzahl des qualitativen Teils, der den Kern dieser Arbeit darstellt. Die Größenordnung von 34 Tiefeninterviews ist für qualitative Forschung dieser Art jedoch durchaus üblich, da ihre Durchführung, Auswertung und Analyse enorm zeitintensiv sind. Im Rahmen dieser Dissertation war keine umfänglichere, größere Studie praktikabel. Daher stellt diese Arbeit den ersten Versuch einer Bestandsaufnahme an der Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz dar, um die Kontaktqualität in der klinischen Geburtshilfe konkret zu analysieren und möglichst praktische Hinweise zur Verbesserung zu liefern.

Da durch die wissenschaftliche Forschung hinreichend belegt ist, dass die Kontaktqualität nicht nur, aber insbesondere in der klinischen Geburtshilfe der wichtigste determinierende Faktor ist (s. Kapitel 2.4), eignet sich dieses spezielle Patientenkollektiv besonders gut für eine Studie. Natürlich stellt die Entbindung eine sehr spezielle Situation dar, und die Studienergebnisse weisen dementsprechend Besonderheiten für beispielsweise die Betreuung im Kreißsaal und der Wochenbettstation auf. Jedoch decken sich die gefundenen essentiellen Aspekte einer hohen Kontaktqualität grundsätzlich mit den anderen Forschungsergebnissen und stellen keine Alleinstellungsmerkmale der klinischen Geburtshilfe dar. Die daraus abgeleiteten, praktischen Handlungs- und Verhaltensempfehlungen könnten insofern auch für andere Patientengruppen zumindest Anhaltspunkte für weitere Forschung liefern.

5.5 Grundsätzliche Problematik mütterlicher Erwartungen an die klinische Geburtshilfe

Die Analyse der Ergebnisse lässt ein grundsätzliches Spannungsfeld aufscheinen, in dem sich die stationäre geburtshilfliche Betreuung bewegt. Die Explorationen liefern aus Sicht der Patientinnen häufig die Wunschvorstellung einer möglichst natürlichen, interventionsarmen Entbindung in einer freundlichen, emotional stützenden Umgebung ohne Leiden oder Gefahren für Mutter und Kind und anschließend vollumfänglichen Unterstützung in jeder Hinsicht im Wochenbett. In diesem Idealbild selbst ist schon der Widerspruch angelegt, dass eine Geburt nie schmerzfrei, ungefährlich und nur angenehm ist. Die Frauen wählen für ihre Entbindung oft die Universitätsklinik als Maximalversorger inklusive Kinderklinik, um zum einen im Notfall die umfassendste medizinisch mögliche Versorgung in Anspruch nehmen zu können, zum anderen um die Interventionen der modernen Medizin auf Wunsch nutzen zu können- sei es eine PDA, um die Schmerzen des Geburtsprozesses zu lindern oder ein Kaiserschnitt, wenn die Mutter zu erschöpft vom natürlichen Geburtsprozess ist. Mit diesen Vorteilen der hochentwickelten stationären Geburtshilfe gehen jedoch auch zwangsläufig die Nachteile derselben einher- das hochtechnisierte Umfeld einer großen Klinik mit instrumenteller Überwachung sowie medizinische Interventionen in den Entbindungsprozess, die schnell zu Gefühlen des Kontrollverlusts oder Erfahren eines Machtgefälles führen können, und nicht zuletzt zu Stress des stellenweise überlasteten Personals sowie zu Stress bei den Frauen selbst, die sich diesem verdichteten Betrieb gezwungenermaßen ein Stück weit anpassen und unterordnen müssen. Viele Frauen tendieren dazu, wenn sie die Erfahrung machen, an ihre Grenzen zu stoßen, persönliche Einschränkungen sehr niederschwellig negativ wahrzunehmen und diese häufig dem geburtshilflichen Personal anzulasten. Dies gilt vermutlich vor allem für junge, gesunde Primiparas, die vielleicht sogar das erste Mal in der Rolle der Patientin im Krankenhausbetrieb sind, den das Personal natürlich als alltägliche Normalität erlebt. Nicht zuletzt scheint eine unzureichend realistische Vorbereitung auf die (erste) stationäre Entbindung Teil des Konflikts zu sein. Vielleicht sollte dieses Spannungsfeld im Vorfeld in den Vorgesprächen mit der Patientin behutsam thematisiert werden, um überhöhte Erwartungen und daraus resultierende Enttäuschungen zu vermeiden.

6 Zusammenfassung

6.1 Zielsetzung und Methodik

Die vorliegende Studie erfasst mit einem mixed-methods Ansatz an der Frauenklinik der Universitätsklinik Mainz zum einen bei 102 Müttern die Gesamtzufriedenheit mit Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals anhand einer Likert-Skala, und zum anderen bei 32 dieser Mütter in Tiefeninterviews nach Entbindung die aus Sicht der Patientinnen wichtigsten positiven und negativen konkreten Aspekte im Kontakt zum geburtshilflichen Personal qualitativ. In weiteren 15 Tiefeninterviews wird ergänzend untersucht, welche konkreten Kommunikations- und Verhaltensaspekte auch nach über einem Jahr positiv oder negativ Erinnerung geblieben sind und somit besonderes Gewicht besitzen. Aus der Analyse dieser Daten gehen die vorliegenden konkreten Kommunikations- und Verhaltensempfehlungen für das medizinische Personal hervor, um möglichst effektiv die Kontaktqualität und damit die Entbindungserfahrung der Mutter zu verbessern. Die vorangehende Literaturrecherche hat diesbezüglich einen Mangel an Daten für Deutschland ergeben. Limitationen hinsichtlich Repräsentativität und Übertragbarkeit der Ergebnisse auch auf andere Patientengruppen bestehen insbesondere aufgrund der Methodik-bedingt begrenzten Stichprobengröße und der unizentrischen Erhebung.

6.2 Ergebnisse und Analyse: Empfehlungen für Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals

Sowohl die schriftliche Ersterhebung zur Gesamtzufriedenheit der Mütter als auch große Teile der Exploration zu den wichtigsten Aspekten im Kontakt fallen insgesamt sehr positiv aus. Dies spricht für einen grundsätzlich außerordentlich gelungenen Kontakt zwischen den Frauen und dem geburtshilflichen Personal an dieser Klinik. Dies zeigt, dass durch engagiertes Personal auch an einem großen Maximalversorger mit entsprechend hohen Belastungen eine sehr gute Kontaktqualität möglich ist. Die Ergebnisse zeichnen ein deutlich positiveres Bild als viele internationale Studien zu diesem Thema oder breite (quantitative) Erhebungen wie der Picker-Report (2) in Deutschland.

In der orientierenden schriftlichen Ersterhebung geben 55,88% aller Teilnehmerinnen an, vollkommen zufrieden mit Kommunikation und Verhalten des geburtshilflichen Personals zu sein, weitere 35,29% der befragten Mütter sind überwiegend zufrieden. Nur 3,92% der Teilnehmerinnen sind laut Fragebogen weniger oder überhaupt nicht zufrieden.

Die qualitative Analyse aller Tiefeninterviews ergibt unter anderem folgende, aus mütterlicher Perspektive essentiellen Aspekte für die Kontaktqualität und daraus folgende Empfehlungen für Kommunikation und Verhalten des medizinischen Personals:

Wichtig ist natürlich zunächst ein allgemein freundlicher Umgangston. Konkret sollte hier stets darauf geachtet werden, sich namentlich vorzustellen und unhöfliche, überhebliche oder achtlose Kommentare zu vermeiden (es werden Beispiele dargestellt).

Im Kreißsaal erweist sich in dieser Studie die emotionale Präsenz oder Empathie des Personals als essentiell wichtig. Insbesondere bei den Hebammen wird geschätzt, wenn sie emotionale Nähe herstellen. Ein besonderer zeitlicher Umfang des Kontakts zum geburtshilflichen Personal ist nicht entscheidend, sondern dessen Vorhandensein im richtigen Moment in richtiger Form. Diese zu erkennen, erweist sich als wichtige Herausforderung für das Personal. Effektiv ist beruhigender und ermutigender Zuspruch, Berühren, Nehmen, Streicheln oder Drücken der Hände, an passender Stelle eingestreute Witze, Ablenken der Mutter durch persönlich interessierte Fragen oder das Teilen kleiner persönlicher Beiträge. Das Kreißsaalpersonal sollte außerdem verstärkt darauf achten, die Mutter in Momenten von Entscheidungen im Entbindungsprozess offen, verständlich und niederschwellig miteinzubeziehen, deren Wünsche und Vorstellungen bezüglich des Entbindungsprozesses aktiv zu erfragen und soweit möglich umfassend informierte Entscheidungen der Mutter zu ermöglichen. Zusätzliche Nachgespräche sind ein sehr geschätztes Extra. Falls lange Wartezeiten entstehen, ist eine kurze Information der Mutter wünschenswert, ebenso in Fällen nicht stattfindender Einleitungstermine.

Auf der Wochenbettstation liegt der zentrale Fokus auf individuellen Betreuungsleistungen, die bedürfnisorientierte Präsenz und Aktivität des Pflegepersonals erfordern. Konkret ist das Bereitstellen von Informationen zur Babypflege, speziell zum Stillen, sowie einfache, unmittelbar zeitnahe Hilfstätigkeiten am wichtigsten. Widersprüchliche Anweisungen sollten durch einheitliche Richtlinien bezüglich Babypflege und Stillen vermieden werden. Auf individuelle Bedürfnisse der Mutter sollte soweit möglich eingegangen werden, wobei manche Frauen eine sehr hohe Erwartungshaltung zu haben scheinen. Dennoch zeigt sich, dass insbesondere Primiparas oder Sectios in den ersten Tagen überfordert sein können. Sie benötigen mehr Betreuung und Hilfe, als durch die strikte Vorgabe der sogenannten Mutter-Kind-Einheit geleistet wird. Die Wiedereinführung eines Säuglingszimmers könnte eine notwendige Entlastung der Mütter und des Personals bedeuten. Ferner ist eine regelhafte, kompetente und geduldige Stillberatung absolut wünschenswert.

Die Stationsärzte haben in den Augen der Frauen die zentrale Funktion, den Müttern Informationen zu ihren Fragen zu liefern. Wenn der Arzt die individuellen Besonderheiten des

Falls wahrnimmt und beachtet, sollte er dies der Patientin auch vermitteln, da sich dies besonders positiv auf ihre Zufriedenheit auswirkt.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Kontaktqualität zwischen Patientin und Personal entscheidend geprägt wird durch die Empfänglichkeit des Personals für Signale der Patientin und die Bereitschaft, möglichst zeitnah darauf zu reagieren. Die Reaktionen können in emotionaler Zugewandtheit und dem Herstellen menschlicher Nähe bestehen oder auch in der Bereitstellung hilfreicher Informationen und entlastender Hilfstätigkeiten kurz nach der Entbindung. Diese Empathie sollte als „soziale Ebene“ nicht als „Bonus“, sondern als „fester Bestandteil“ zum Klinikalltag gehören. (Studienteil 2, Nr.14).

7 Literaturverzeichnis

1. Ahmed HM. Role of verbal and non-verbal communication of health care providers in general satisfaction with birth care: a cross-sectional study in government health settings of Erbil City, Iraq. *Reprod Health*. 2020;17(1):35.
2. Stahl KN-K, M. Picker Report 2017
Hohe Fallzahl- gute Geburt?
Wie Frauen ihre Betreuung in großen und kleinen Kliniken erleben. 2017.
3. Stahl K, Nadj-Kittler M. Picker Report 2014 – Neue Perspektiven – wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern. 2014.
4. Christoph Gehrlach TA, David Schwappach. Der Patients' Experience Questionnaire Patientenerfahrungen vergleichbar machen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2009.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729.
6. Golda N, Beeson S, Kohli N, Merrill B. Analysis of the patient experience measure. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(4):645-51.
7. Services TCfHCQatGWUMCSOPHaH. Good for health, good for business: the case for measuring patient experience of care [Available from: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2010/rwjf69384.
8. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US)
Copyright 2001 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2001.
9. Crow H, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*. 2002;6(32).
10. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff (Millwood)*. 1991;10(4):254-67.
11. Aust B. Zufriedene Patienten?: Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung: WZB, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik; 1994.
12. Burt J, Campbell J, Abel G, Aboulghate A, Ahmed F, Asprey A, et al. Programme Grants for Applied Research. Improving patient experience in primary care: a multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience. Southampton (UK): NIHR Journals Library
Copyright © Queen's Printer and Controller of HMSO 2017. This work was produced by Burt et al. under the terms of a commissioning contract issued by the Secretary of State for Health. ; 2017.
13. Russell S. Patients' Experiences: Top Heavy with Research. A Literature Review. . Melbourne: Bayside Medicare Local; 2013.
14. Ruprecht T. Patientenerfahrungen als Qualitätsindikator – das Picker-Modell 2001.
15. Gehrlach C, Güntert B. Expectations and patient satisfaction in hospitals: construction and application of an expectation-based experience typology and its use in the management of quality and expectations. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2015;109(8):585-93.

16. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med*. 1998;47(9):1351-9.
17. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess*. 2012;16(30):i-xii, 1-509.
18. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL. National survey of hospital patients. *Bmj*. 1994;309(6968):1542-6.
19. Tsianakas V, Maben J, Wiseman T, Robert G, Richardson A, Madden P, et al. Using patients' experiences to identify priorities for quality improvement in breast cancer care: patient narratives, surveys or both? *BMC Health Serv Res*. 2012;12:271.
20. Casaca P, Schäfer W, Nunes AB, Sousa P. Using patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures to elevate the quality of healthcare. *Int J Qual Health Care*. 2023;35(4).
21. BarmerGEK. AOK und Barmer befragen Klinikpatienten Thieme kma online; 2011 [22.07.2024]. Available from: <https://www.kma-online.de/aktuelles/panorama/detail/aok-und-barmer-befragen-klinikpatienten-a-23317>.
22. gGmbH BG. Weisse Liste (Internet) Zitiert am 11.06.2024 2024 [Available from: https://www.weisse-liste.de/wichtige_information/].
23. Bertelsmann-Stiftung. Weisse Liste Projektbeschreibung 2024 [Available from: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/weisse-liste/projektbeschreibung>].
24. Gesundheit Bf. gesund.bund.de (Internet) Zitiert am 11.06.2024. 2024 [Available from: <https://gesund.bund.de>].
25. Picker. Who we are 2024 [23.07.2024]. Available from: <https://picker.org/who-we-are/>.
26. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care*. 2002;14(5):353-8.
27. Anderson C, Kirkpatrick S. Narrative interviewing. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(3):631-4.
28. Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring patient experience: concepts and methods. *Patient*. 2014;7(3):235-41.
29. Tucker JL, III, Munchus GM, III. The Predictors of Quality Care. *Military Medicine*. 1998;163(11):754-7.
30. Schaeffer D. Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus Eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2006.
31. Steiner-Hofbauer V, Schrank B, Holzinger A. What is a good doctor? *Wien Med Wochenschr*. 2018;168(15-16):398-405.
32. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract*. 1999;16(1):4-11.
33. Larrabee JH, Bolden LV. Defining patient-perceived quality of nursing care. *J Nurs Care Qual*. 2001;16(1):34-60; quiz 74-5.
34. Lövgren G, Engström B, Norberg A. Patients' narratives concerning good and bad caring. *Scand J Caring Sci*. 1996;10(3):151-6.
35. Anderson RT, Barbara AM, Weisman C, Hudson Scholle S, Binko J, Schneider T, et al. A qualitative analysis of women's satisfaction with primary care from a panel of focus groups in the National Centers of Excellence in Women's Health. *J Womens Health Gend Based Med*. 2001;10(7):637-47.

36. Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Reed E, Bennett J. Patient–health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient education and counseling*. 2001;43(1):61-71.
37. Trzeciak S, Roberts BW, Mazzarelli AJ. Compassionomics: hypothesis and experimental approach. *Medical hypotheses*. 2017;107:92-7.
38. Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and Affective Aspects of Physician Behavior. *Medical Care*. 1992;30(4):283-98.
39. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*. 2002;52(Suppl):S9-12.
40. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med*. 2020;133(5):561-6.
41. Lown BA, Rosen J, Marttila J. An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(9):1772-8.
42. Institut P. Picker Report 2013
Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
-Kurzversion-. 2013.
43. Clark W, Lipkin M, Graman H, Shorey J. Improving physicians' relationships with patients. *J Gen Intern Med*. 1999;14 Suppl 1(Suppl 1):S45-50.
44. Wang Y, Wu Q, Wang Y, Wang P. The Effects of Physicians' Communication and Empathy Ability on Physician-Patient Relationship from Physicians' and Patients' Perspectives. *J Clin Psychol Med Settings*. 2022;29(4):849-60.
45. Silverman J, Kinnersley P. Doctors'non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *British Journal of General Practice*. 2010;60(571):76-8.
46. Mast MS CG. The role of nonverbal communication in medical interactions: Empirical results, theoretical bases, and methodological issues. In book: *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*: Oxford University Press; 2013.
47. Byrne PS, Heath CC. Practitioners' use of non-verbal behaviour in real consultations. *J R Coll Gen Pract*. 1980;30(215):327-31.
48. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Cmaj*. 1995;152(9):1423-33.
49. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989;27(3 Suppl):S110-27.
50. Lown BA, Dunne H, Muncer SJ, Chadwick R. How important is compassionate healthcare to you? A comparison of the perceptions of people in the United States and Ireland. *Journal of Research in Nursing*. 2017;22(1-2):60-9.
51. SULLIVAN L. Doctor offers patient-communication PEARLS. *Caring for the Ages*. 2008;9(7):4.
52. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *J Med Pract Manage*. 2001;16(4):184-91.
53. Rowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction. A study of doctor-patient interviews. *Eval Health Prof*. 1990;13(2):168-85.
54. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*. 1991;32(2):175-81.
55. Barrier PA, Li JT, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc*. 2003;78(2):211-4.

56. Fuehrer S, Weil A, Osterberg LG, Zulman DM, Meunier MR, Schwartz R. Building Authentic Connection in the Patient-Physician Relationship. *J Prim Care Community Health*. 2024;15:21501319231225996.
57. Locock L, Robert G, Boaz A, Vougioukalou S, Shuldham C, Fielden J, et al. Using a national archive of patient experience narratives to promote local patient-centered quality improvement: an ethnographic process evaluation of 'accelerated' experience-based co-design. *J Health Serv Res Policy*. 2014;19(4):200-7.
58. Coulter A, Locock L, Ziebland S, Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *Bmj*. 2014;348:g2225.
59. Tsianakas V, Robert G, Maben J, Richardson A, Dale C, Griffin M, et al. Implementing patient-centred cancer care: using experience-based co-design to improve patient experience in breast and lung cancer services. *Support Care Cancer*. 2012;20(11):2639-47.
60. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:349124.
61. Attarha M. KZ, Bakhtiari M., Jamilian M. The Outcome of Midwife-Mother Relationship in Delivery Room: A Qualitative Content Analysis. *Health*. 2016;8(4):336-43.
62. Kennedy HP. THE ESSENCE OF NURSE-MIDWIFERY CARE: The Woman's Story. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1995;40(5):410-7.
63. Ojelade OA, Titiloye MA, Bohren MA, Olutayo AO, Olalere AA, Akintan A, et al. The communication and emotional support needs to improve women's experience of childbirth care in health facilities in Southwest Nigeria: A qualitative study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2017;139(S1):27-37.
64. Green JM, Coupland VA, Kitinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*. 1990;17(1):15-24.
65. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(2):Cd003766.
66. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*. 1994;21(1):4-13.
67. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl Nature):S160-72.
68. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience---the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. 2013;29(4):407-15.
69. Cass GKS, Goyder K, Strachan B, Bahl R. Can we improve women's experience of operative vaginal birth? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;252:424-30.
70. Hall H, Fooladi E, Kloester J, Ulnang A, Sinni S, White C, et al. Factors that Promote a Positive Childbearing Experience: A Qualitative Study. *J Midwifery Womens Health*. 2023;68(1):44-51.
71. Stahl K. Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern. Konstituierende Dimensionen, Rolle des geburtsmodus und Gesamtzufriedenheit. . Universität Osnabrück: Fachbereich Humanwissenschaften2012.
72. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016;39:112-23.
73. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2003;21(2):113-23.
74. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol*. 2017;8:560.

75. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med.* 2010;40(11):1849-59.
76. Lundgren I, Karlsdottir SI, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2009;4(2):115-28.
77. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth.* 1992;19(2):64-81.
78. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth.* 2003;30(4):235-47.
79. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:81.
80. Pedersen A, Sieprath K, Köhler M. Validierung der deutschen Übersetzung des Childbirth Experience Questionnaire (CEQ2). *Diagnostica.* 2021;67(2):87-97.
81. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007;7:26.
82. Goodman PM, MC.; Tavakoli, AS. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing.* 2004;46(2):212-9.
83. van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth.* 2003;30(2):75-82.
84. Borrelli SE, Spiby H, Walsh D. The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery.* 2016;39:103-11.
85. Pereda-Goikoetxea B, Huitzi-Egilegor JX, Zubeldia-Etxeberria J, Uranga-Iturrioz MJ, Elorza-Puyadena MI. Hospital Childbirth: Perspectives of Women and Professionals for a Positive Experience-A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(19).
86. Hosseini Tabaghdehi M, Keramat A, Kolahdozan S, Shahhosseini Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nurs Open.* 2020;7(4):1233-8.
87. Bohren MA, Titiloye MA, Kyaddondo D, Hunter EC, Oladapo OT, Tunçalp Ö, et al. Defining quality of care during childbirth from the perspectives of Nigerian and Ugandan women: A qualitative study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2017;139(S1):4-16.
88. Khadivzadeh T KM, Sepehri Shamloo Z, Esmaily H. Assessment of Midwives' Communication Skills at the Maternity Wards of Mashhad Teaching Hospitals in 2014. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.* 2015;3(3):394-400.
89. Taghizadeh Z RA, Mehran A, Alimoradi Z. Usage of communication skills by midwives and its relation to clients' satisfaction. *Hayat.* 2006;12(4):47-55.
90. Melese T, Gebrehiwot Y, Bisetegnè D, Habte D. Assessment of client satisfaction in labor and delivery services at a maternity referral hospital in Ethiopia. *Pan Afr Med J.* 2014;17:76.
91. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth.* 2003;30(1):36-46.
92. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Adv Nurs.* 2010;66(10):2142-53.

93. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):21.
94. Thomson G, Downe S. Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(4):268-73.
95. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: A mixed-methods systematic review. *Midwifery*. 2018;59:4-16.
96. Pascali-Bonaro D, Kroeger M. Continuous Female Companionship During Childbirth: A Crucial Resource in Times of Stress or Calm. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2004;49(S1):19-27.
97. Thorstensen KA. Trusting Women: Essential to Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2000;45(5):405-7.

8 Anhang

Datentabellen:

Gesamtzufriedenheit der Studienteilnehmerinnen laut Fragebogen (Studienteil 1)

-Gesamtzufriedenheiten des Gesamtkollektivs:

Zufriedenheit laut Fragebogen	Anzahl der Frauen	Prozent
vollkommen (1)	57	55,88%
überwiegend (2)	36	35,29%
neutral (3)	5	4,90%
weniger (4)	1	0,98%
überhaupt nicht (5)	3	2,94%

-Gesamtzufriedenheiten der tiefeninterviewten Studienteilnehmerinnen:

Zufriedenheit laut Fragebogen	Anzahl der Frauen	Prozent
vollkommen (1)	17	53,13%
überwiegend (2)	11	34,38%
neutral (3)	0	0,00%
weniger (4)	1	3,13%
überhaupt nicht (5)	3	9,38%

Entbindungsmodus der Studienteilnehmerinnen:

-Studienteil 1: Gesamtkollektiv

Entbindungsmodus Gesamtkollektiv	Anzahl der Frauen	Prozent
Sectio	49	48,04%
vaginal	53	51,96%

-Studienteil 1: Entbindungsmodus der Primiparas

Entbindungsmodus Primiparas	Anzahl der Frauen	Prozent
Sectio	27	54%
vaginal	23	46%

-Studienteil 1: Entbindungsmodus der „vollkommen“ Zufriedenen

Entbindungsmodus „vollkommen“ Zufriedener	Anzahl der Frauen	Prozent
Sectio	23	40,35%
Vaginal	34	59,65%

-Studienteil 1: Entbindungsmodus der tiefeninterviewten Teilnehmerinnen

Entbindungsmodus Tiefeninterviewte	Anzahl der Frauen	Prozent
Sectio	14	43,75%
vaginal	18	56,25%

-Studienteil 2:

Entbindungsmodus Tiefeninterviewte	Anzahl der Frauen	Prozent
Sectio	4	23,53%
vaginal	13	76,47%

Parität der Studienteilnehmerinnen:**-Studienteil 1: Gesamtkollektiv**

Parität Gesamtkollektiv	Anzahl der Frauen	Prozent
Primipara	50	49,02%
Multipara	52	50,98%

-Studienteil 1: nur „vollkommen“ zufriedene Teilnehmerinnen

Parität „vollkommen“ Zufriedener	Anzahl der Frauen	Prozent
Primipara	25	43,86%
Multipara	32	56,14%

-Studienteil 1: nur tiefeninterviewte Teilnehmerinnen

Parität Tiefeninterviewte	Anzahl der Frauen	Prozent
Primipara	12	37,5%
Multipara	20	62,5%

-Studienteil 2:

Parität Tiefeninterviewte	Anzahl der Frauen	Prozent
Primipara	13	76,47%
Multipara	4	23,53%

Alter der Studienteilnehmerinnen:

-Studienteil 1: Gesamtkollektiv

Alter (in Jahren)	Anzahl der Frauen
19	3
20	0
21	1
22	1
23	1
24	1
25	1
26	1
27	5
28	6
29	7
30	8
31	8
32	9
33	16
34	9
35	8
36	2
37	1
38	0
39	6
40	3
41	1
42	2

-Studienteil 1: nur „vollkommen“ zufriedene Teilnehmerinnen

Alter (in Jahren)	Anzahl der Frauen
19	1
20	0
21	0
22	1
23	1
24	0
25	1
26	1
27	3

28	4
29	1
30	5
31	4
32	6
33	12
34	6
35	2
36	1
37	1
38	0
39	2
40	3
41	0
42	2

-Studienteil 1: nur tiefeninterviewte Teilnehmerinnen

Alter (in Jahren)	Anzahl der Frauen
19	0
20	0
21	0
22	0
23	0
24	1
25	0
26	0
27	0
28	0
29	3
30	4
31	3
32	2
33	4
34	4
35	4
36	0
37	0
38	0
39	3
40	2

41	0
42	2

-Studienteil 2:

Alter (in Jahren)	Anzahl der Frauen
23	1
24	1
25	1
26	0
27	1
28	3
29	1
30	0
31	2
32	4
33	0
34	0
35	2
36	1

Subcodes Studienteil 1

-Kreißsaal Positivnennungen

Subcode	Absolute Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen in Prozent	Anzahl der Frauen
1. Allgemeine Art des Umgangs	30	18,07%	23
2. Kommunikationsstil	21	12,65%	14
3. Informationen	18	10,84%	13
4. Emotionale Präsenz	29	17,47%	18
5. Individuell-orientierte Betreuung	27	16,26%	19
6. Zeit	11	6,62%	9
7. Vermitteltes Grundgefühl	19	11,44%	12
8. Einzelnennungen	11	6,63%	7

-Kreißsaal Negativnennungen

Subcode	Absolute Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen in Prozent	Anzahl der Frauen
1. Fehlende Informationen	6	14,63%	5
2. Personal-/Kapazitätsmangel/ Zeitdruck	11	26,83%	8
3. Kommunikationsstil	12	29,27%	8
4. Zu wenig Kontakt zu Ärzten	2	4,88%	2
5. Machtgefälle	3	7,32%	1
6. Einzelnennungen	7	17,07%	5

-Wochenbettstation: Pflegepersonal, Positivnennungen

Subcode	Absolute Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen in Prozent	Anzahl der Frauen
1. Allgemeine Art des Umgangs	27	19,56%	23
2. Kommunikationsstil	15	10,87%	8
3. Emotionale Präsenz	14	10,14%	11
4. Individuelle Pflege	18	13,04%	15
5. Konkrete Hilfshandlungen	14	10,14%	12
6. Informationen	17	12,32%	12
7. Zeit	9	6,52%	9
8. Eigeninitiative/ Engagement	7	5,07%	7
9. Vermitteltes Grundgefühl	11	7,97%	9
10. Einzelnennungen	6	4,35%	5

-Wochenbettstation: Pflegepersonal, Negativnennungen

Subcode	Absolute Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen in Prozent	Anzahl der Frauen
1. Art des Umgangs	12	15,19%	8
2. Fehlende persönliche Zuwendung/ Empathie	11	13,92%	9
3. Fehlende Informationen	14	17,72%	9

4. Machtgefälle/betonte Überlegenheit	8	10,13%	2
5. Zu wenig Personal	8	10,13%	7
6. Zu wenig Ruhe	5	6,33%	5
7. Enttäuschte besondere Erwartungen	12	15,19%	8
8. Einzelnennung	9	11,39%	7

-Wochenbettstation: Ärzte, Positivnennungen

Subcode	Absolute Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen in Prozent	Anzahl der Frauen
1. Allgemeine Art des Umgangs	14	28,57%	11
2. Informationen	9	18,37%	9
3. Individuell-orientierte Behandlung	7	14,28%	5
4. Emotionale Präsenz	8	16,33%	6
5. Einzelnennung	11	22,45%	8

-Wochenbettstation: Ärzte, Negativnennungen

Subcode	Absolute Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen in Prozent	Anzahl der Frauen
1. Zu wenig Kontakt	2	16,67%	2
2. Fehlende Informationen	5	41,67%	4
3. Mangelnde Sorgfalt	4	33,33%	3
4. Einzelnennungen	1	8,33%	1

Subcodes Studienteil 2

-Positivnennungen

Subcode	Absolute Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen in Prozent	Anzahl der Frauen
1. Allgemeine Art des Umgangs	7	20,00%	6
2. Kommunikationsstil	10	28,57%	4

3. Emotionale Präsenz	8	22,86%	4
4. Vermitteltes Grundgefühl	6	17,14%	6
5. Einzelnennungen	4	11,43%	4

-Negativnennungen

Subcode	Absolute Anzahl der Nennungen	Anzahl der Nennungen in Prozent	Anzahl der Frauen
1. Allgemeine Art des Umgangs	9	20,93%	5
2. Personal-/Kapazitäts-/Zeitmangel	11	25,58%	8
3. Zu wenig Informationen	9	20,93%	7
4. Machtgefälle/betonte Überlegenheit	6	13,95%	4
5. Fehlende emotionale Präsenz	4	9,30%	4
6. Einzelnennungen	4	9,30%	4

9 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich insbesondere meinem Betreuer für seine freundliche Offenheit und geduldige, hilfsbereite Unterstützung danken.

Neben dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin möchte ich auch den Verantwortlichen für die Bereitschaft danken, diese Studie an ihrer Klinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde zu ermöglichen.

