

**Primary Nursing als Konzept für die Pflege und Beratung von
Frauen im Wochenbett unter besonderer Berücksichtigung der
Stillförderung**

von

Andrea Hasenjäger

Pflege/Pflegemanagement
Evangelische Fachhochschule Berlin
zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom Pflegewirtin FH

vorgelegte Diplomarbeit

Betreuerin: Prof. Dr. O. Dibelius

Zweitgutachterin: Prof. Dr. D. Heckhausen

Berlin, 17. Juni 2002

INHALTSVERZEICHNIS

GLOSSAR	I
1 EINFÜHRUNG UND KONZEPTION	2
2 GEBURTSHILFE UND WOCHENBETT IN DEUTSCHLAND	6
2.1 Die Entwicklung der Geburtshilfe von der Nachkriegszeit bis heute	6
2.1.1 Die außerklinische Geburtshilfe heute	7
2.1.2 Die klinische Geburtshilfe heute	8
2.2 Das Wochenbett als Phase der Neufindung	9
2.2.1 Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind	9
2.2.2 Das klinische Wochenbett	11
2.2.3 Integrative Wochenbettpflege	13
2.2.4 Postnatales Rooming-in	14
2.3 Schlussfolgerungen	16
3 STILLEN – STAND DER DISKUSSION UND DER FORSCHUNG	17
3.1 Rückblick	17
3.2 Vorteile des Stillens	18
3.3 Kontraindikationen oder Stillhindernisse	20
3.4 Die WHO/UNICEF Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus“	21
3.5 Die aktuelle Situation in Deutschland	23
3.5.1 Stillförderung in den Kliniken	24
3.5.2 Nachklinische Stillberatung	26
3.6 Schlussfolgerungen	27
4 PRIMARY NURSING	27
4.1 Begriffsklärungen	27
4.2 Geschichte des Primary Nursing	30

4.3	Grundlagen des Primary Nursing	30
4.4	Vor- und Nachteile für Patienten und Personal	33
4.4.1	Auswirkungen auf das Personal	33
4.4.2	Auswirkungen auf die Patientinnen	35
5	BETRACHTUNG AUSGEWÄHLTER PFLEGEKONZEPTE	36
5.1	Primary Nursing und Bezugspflege im deutschsprachigen Raum	36
5.2	Pflegekonzepte geburtshilflicher Stationen	39
6	EMPFEHLUNGEN ZUR KONZEPTIONELLEN ERNEUERUNG DER WOCHENBETTBETREUUNG	45
6.1	Ziele	45
6.2	Voraussetzungen für ein neues Pflegesystem	47
6.2.1	Voraussetzungen auf institutioneller Ebene	47
6.2.2	Voraussetzungen auf Mitarbeiterebene	51
6.3	Akteure und Phasen der Veränderung	52
6.4	Etablierung neuer Strukturen	56
6.4.1	Feststellung des Schulungsbedarfs	56
6.4.2	Konzeption der Schulungen	57
6.4.3	Umgestaltung der Arbeitsabläufe	61
6.4.4	Aufgaben der Primary Nurse	64
6.4.5	Angebote während des Aufenthalts	66
6.4.6	Entlassung und Nachsorge	66
6.4.7	Dienstplan	68
6.4.8	Langfristig angestrebter Zustand (Flussdiagramm)	70
6.4.9	Evaluation	71
6.5	Widerstand als Chance	71
7	DISKUSSION UND AUSBLICK	73
	LITERATURVERZEICHNIS	A

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

	<i>Seite</i>
Abbildung 1: 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen.....	22
Abbildung 2: 10 Elemente des Primary Nursing	31
Abbildung 3: Lerninhalte für die Vorbereitung auf Primary Nursing	61
Abbildung 4: Flussdiagramm Sollzustand	70
Tabelle 1: Karolinska Krankenhaus Stockholm	40
Tabelle 2: Vinzenz-Pallotti-Hospital Bensberg	41
Tabelle 3: Humboldt Krankenhaus Berlin	42
Tabelle 4: AKH Wels.....	43
Tabelle 5: British Columbia Women's Hospital	44
Tabelle 6: Kaiser Permanente Medical Center Department of Pediatrics Santa Clara.....	45
Tabelle 7: Ziele des Primary Nursing im Wochenbett.....	47
Tabelle 8: Veränderung von Normen in der Pflege hin zu Primary Nursing	56

GLOSSAR

Bonding: Bestimmtes Verhaltensmuster von Mutter und Vater, welches erkennen lässt, dass sie ihr Kind annehmen

Formula: Im allgemeinen auf Kuhmilchbasis industriell hergestellte Säuglingsnahrung

Fototherapie: Anwendung von Licht zur Therapie der Neugeborenenengelbsucht

Frühgeborene: Neugeborene, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (260 Tage) zur Welt kommen *oder* weniger als 2500g Geburtsgewicht aufweisen

Cardiotokographie: Aufzeichnung der Wehentätigkeit der Mutter und der Herzfrequenz des Kindes (CTG)

Meningitis: Hirnhautentzündung

Morbidität: Die Anzahl der Erkrankungen einer bestimmten Population (z.B. Frauen, Männer, Lebendgeborene...) innerhalb einer bestimmten Zeit

Mortalität: Die Anzahl der Sterbefälle bezogen auf die Gesamtbevölkerung

Neonatologie: Fachgebiet, welches sich mit Neugeborenen und Frühgeborenen befasst

Periduralanästhesie: Rückenmarksanästhesie, bei der über einen dünnen Katheter ein Betäubungsmittel verabreicht wird, welches die Schmerznerven blockiert

perinatal: um die Zeit der Geburt herum

Perinatalzentren: Behandlung von Mutter und Kind unter einem Dach, an Kliniken der Maximalversorgung angesiedelt. Der sonst notwendige Transport von frühgeborenen Kindern vom Geburtsort zur Kinderklinik entfällt, da hier alle für die Behandlung von Mutter und Kind notwendigen Disziplinen arbeiten (Geburtshilfe, Gynäkologie, Neonatologie, Kinderchirurgie, etc.)

postpartal: nach der Geburt

präpartal: vor der Geburt

Rooming-in: Das Neugeborene wird nach der Geburt mit der Mutter in einem Zimmer untergebracht

Sectio (caesarea): Kaiserschnittentbindung

Self-demand-feeding: Das Neugeborene wird so oft gestillt oder gefüttert wie es möchte

SIDS: Sudden infant death syndrome – die Kinder sterben aus pathologisch nicht nachweisbarer Ursache im ersten Lebensjahr (plötzlicher Kindstod)

Wochenbett: Zeitraum von 6 - 8 Wochen nach der Entbindung, innerhalb dessen alle Rückbildungsvorgänge bei der Frau abgeschlossen werden

„Wenn die Pflege eine menschenfreundliche Rolle übernimmt, kann sie ein einflussreicher Faktor innerhalb des Gesundheitswesens der Zukunft werden“ (MACMAHON 2000, S. 204).

1 EINFÜHRUNG UND KONZEPTION

Einführung

„Obwohl die Wöchnerinnen in den Abteilungen getrennt von den operierten Frauen untergebracht sind, ist die Atmosphäre der Gebärklinik doch die eines Hauses für kranke Menschen statt eines der guten Hoffnung. Im Krankenhaus herrscht ferner die charakteristische Hierarchie verschiedener akademischer und nichtakademischer Berufsgruppen, deren berufliche Identität mit der Heilung Kranker verbunden ist. Gruppendynamisch zeigt sich, daß alle Stufen in diesem System Spannungen auf niedrigere Ränge abladen, um ihr eigenes emotionales Gleichgewicht wiederherzustellen. Naturgemäß gibt es für die Patientinnen, die auf der untersten Stufe des hierarchischen Systems stehen, keine emotionale Abfuhrmöglichkeit, und zwar weder für Frustration noch für Angst, obwohl sie gerade zu diesem Zeitpunkt in einer Phase großer existentieller Angstbereitschaft und Labilität besonderer Zuwendung bedürfen“ (ZIMPRICH 1983, S. 147).¹

Die Entwicklung der Geburtshilfe unterlag in den letzten Jahrzehnten einem grundlegenden Wandel. Die Vorgänge rund um die Geburt wurden in die Krankenhäuser verlegt. Der Focus der Geburtsmedizin orientierte sich fortan am Risiko. Der an sich natürliche Vorgang des Gebärens wurde pathologisiert. Die Frauen verloren im Krankenhaus ihre Autonomie. Sie mussten und müssen sich den Klinikroutinen anpassen. Mutter und Kind wurden separiert. Die Folgen der frühen Trennung zeigten sich erst später, wenn die Frauen längst aus der Obhut der Klinik entlassen waren. Der Aufbau einer Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung wurde erschwert.

Das 1983 von ZIMPRICH gezeichnete Bild der Situation der Frau nach der Geburt trifft mit Sicherheit noch heute auf die meisten Geburtskliniken zu. Die Vorgänge orientieren sich nicht an den Bedürfnissen von Mutter und Kind sondern an gewachsenen Traditionen und Ritualen. Nicht umsonst waren/sind viele Mütter froh, wenn sie das Krankenhaus verlassen konnten/können oder sie wählen gleich eine ambulante Geburt.

Die Entwicklung der Frauenbewegung in den siebziger Jahren hat entschieden das Selbstbewusstsein zukünftiger Mütter geprägt. Viele Frauen wollten sich nicht mehr den Routinen der Medizin der Kreißsäle aussetzen und forderten zunehmend die Rückbesinnung auf die Geburt als natürliche Lebensphase und nicht als Krankheit. Dem

¹ Alle Zitate werden originalgetreu wiedergegeben, d. h. in den meisten Fällen nach alter deutscher Rechtschreibung.

wurde Rechnung getragen, langsam wurden die Kreißsäle den Vätern und den Wünschen der Frauen geöffnet.

Inzwischen nimmt der Druck auf die Kliniken noch zu, denn die Konkurrenz rund um die Geburt wächst bei gleichzeitig rückläufigen Geburtenzahlen. Heute bemühen sich ca. 1100 Geburtskliniken um 780 000 schwangere Frauen pro Jahr (ASSENMACHER 2002, S. 29). Gesunde Frauen entscheiden sich im Vorfeld der Geburt, wo sie ihr Kind zur Welt bringen möchten. Weite Wege sind dabei durch die Motorisierung der Gesellschaft kein Hindernis mehr. Die Klinik um die Ecke wird so nicht automatisch zum Ort der Wahl, wenn sie den Vorstellungen der Familie nicht entspricht.

Die Kreißsäle reagierten auf die Kundinnenwünsche² mit zahlreichen Neuerungen (z. B. andere Geburtspositionen, Zulassung der Väter bei der Geburt, Wassergeburt). Die Wünsche der Frauen wurden wahrgenommen und integriert. Die der Geburt folgende Zeit wurde jedoch bisher wenig beachtet. Sie schien nicht ausschlaggebend für die Wahl des Geburtsortes zu sein. Dies wird sich sicher in absehbarer Zeit ändern. Einige Kliniken haben bereits mit der Umstrukturierung der Wöchnerinnenstationen begonnen. Sie betreuen Mutter und Kind nicht mehr getrennt voneinander, wie es eine in Deutschland gewachsene Kultur mit sich brachte, wo Kinderkrankenschwestern³ für das Neugeborene und die Brust und Krankenschwestern für die Rückbildungsvorgänge des Unterleibes der Frau verantwortlich waren. Bei der Zusammenführung der Pflege wurde jedoch häufig vergessen, dass die Verinnerlichung neuer Normen nur durch die konsequente Einbeziehung der Mitarbeiterinnen in die Veränderungsprozesse passieren kann. Dort, wo die neuen Konzepte wie Rooming-in⁴ einfach durch Weisung implementiert wurden, ohne den Mitarbeiterinnen neue Arbeitsfelder aufzuzeigen, wurden die neuen Normen nicht gelebt und sogar sabotiert⁵ (SCHIEMANN 1993, S. 184). Der notwendige Paradigmenwechsel konnte nicht stattfinden.

Die Klinikroutinen hatten auch Auswirkungen auf die Stillfähigkeit der Frauen. Ein erfolgreiches Stillen der Kinder war erschwert bis unmöglich, da das frühe Anlegen versäumt wurde und alle Kinder ausnahmslos mit Säuglingsnahrung ernährt wurden. Der Glaube an die eigene Stillfähigkeit wurde von Seiten des Pflegepersonals erschüttert (PFAHL 1993, S. 23). Das Wissen der Pflegekräfte rund um das Stillen beruhte auf Erfahrungen, welche wiederum von der Anwendung falscher Praktiken geprägt waren⁶. Es gab keine Richtlinien,

² Weibliche Personenbezeichnungen schließen Männer mit ein und umgekehrt. Da das Thema hauptsächlich Frauen betrifft, wird die weibliche Form überwiegend beibehalten.

³ Da im Bereich der Wöchnerinnen- und Neugeborenenpflege vorwiegend Frauen arbeiten, werden die weiblichen Berufsbezeichnungen verwendet.

⁴ Rooming-in: Das Neugeborene wird nach der Geburt mit der Mutter in einem Zimmer untergebracht.

⁵ Dies geschieht z. B., indem Ängste der Frauen, ihrem Kind könnte etwas zustoßen während sie schlafen, verstärkt werden und so das Kind wieder als Betreuungsobjekt gewonnen wird.

⁶ So wurden die Kinder z. B. nur alle vier Stunden zum Stillen gebracht, was aus dem Bedarf der flaschenernährten Kinder abgeleitet war. Muttermilchersatzprodukte sind langsamer verdaulich als Muttermilch. Muttermilch ist nach

wie Frauen zum Stillen anzuleiten sind. Widersprüchliche Anweisungen schürten die Verwirrung. Hinzu kam das aggressive Marketing der Säuglingsnahrungsindustrie (PASCH 1993, S. 190). Zwischenzeitlich galt Muttermilch sogar als extrem schadstoffbelastet und daher für Neugeborene als bedenklich⁷ (SCHMIDT 1993, S. 18/19).

All dies stürzt auf eine Mutter/Familie ein, die sich gerade in einer extremen Situation befindet. Sie hat die Verantwortung für das Kind und möchte das Beste. Nur was ist das Beste? Kann Stillen gut sein? Reicht die Milch? Wird das Kind satt? Verunsicherte Mütter suchen den Rat des oft selbst unsicheren Pflegepersonals, welches durch die Funktionalisierung der Pflege seinen Auftrag der Gesundheitsförderung aus dem Blickwinkel verloren hat. Diesen Auftrag in das Zentrum zu stellen und die Wochenbettpflege von pathologisierenden Elementen zu befreien wird die zukünftige Pflege rund um die Geburt prägen.

Nur eine evidenzbasierte und kontinuierliche Pflege und Beratung von Frauen im Wochenbett kann diese in ihrem Glauben an die eigenen Fähigkeiten stärken und so zum langfristigen Stillerfolg beitragen. Das Stillen mit all seinen Vorteilen kommt Kind, Mutter, Familie und Gesellschaft zugute (siehe Abschnitt 3.2, S. 18).

Ziel

Es ist Ziel dieser Arbeit, das Pflegesystem Primary Nursing auf seine Anwendbarkeit bei der Wochenbettpflege und Stillberatung zu prüfen. Dabei sollen sowohl die Bedürfnisse der Familien als auch die des Personals Berücksichtigung finden.

Des weiteren soll die Frage geklärt werden, wie Arbeitsabläufe der Wochenbettpflege familien- und stillfreundlich gestaltet werden können.

Es werden Vorschläge für die Umsetzung eines Konzepts zur Umstrukturierung der Pflege im Bereich des Wochenbetts gemacht.

Begründung des Vorgehens

Angesichts der Tatsache, dass die Themen Stillen, Stillförderung und Primary Nursing sowohl im deutschsprachigen als auch im angloamerikanischen Sprachraum bereits ausführlich bearbeitet wurden, lag es nahe, anhand der zur Verfügung stehenden Literatur eine theoriegestützte Konzeptentwicklung vorzunehmen. Vorhandenes Wissen und erste Ansätze im Bereich der integrativen Wochenbettpflege werden aufgegriffen und

zwei Stunden verdaut und daher ist es ganz normal, wenn die Kinder dann wieder trinken möchten. Dies wurde jedoch anders interpretiert: Die Frau hat zuwenig Milch. Es wurde zugefüttert und so bewahrheitete sich diese Aussage, denn die Milchmenge kann nur durch häufiges Anlegen gesteigert werden.

⁷ Hierbei ging es vor allem um DDT, PCB und Dioxine. Es wurde jedoch noch nirgendwo auf der Welt eine Krankheit bei Kindern beschrieben, die auf den Schadstoffgehalt der Muttermilch zurückzuführen war. Insgesamt geht der Schadstoffgehalt der Muttermilch zurück (SCHMIDT 1993, S. 21).

zusammengeführt. Erste Überlegungen, selbst explorativ tätig zu werden und Telefoninterviews mit Müttern zu Ihren Erfahrungen im Krankenhaus zu führen, wurden angesichts der bereits verfügbaren Daten verworfen. Das gewählte Vorgehen kombiniert eine gezielte Literaturanalyse mit eigenen Erfahrungen im Bereich der Pflege und des Stillmanagements⁸.

Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte zum einen über elektronische Datenbanken wie MEDLINE, HECLINET, PUBMED und CINAHL sowie die Cochrane Library, zum anderen in verschiedenen Bibliotheken vor Ort. Die Literaturangaben relevanter Artikel bildeten eine weitere Quelle für die Auffindung einschlägiger Literatur. Zusätzlich wurden Internetrecherchen zu den Themen Stillen und Primary Nursing durchgeführt. Es stellte sich heraus, dass kontrollierte und randomisierte Studien speziell zum Thema Stillen in den deutschsprachigen Fachzeitschriften kaum publiziert sind⁹. Die vorhandene Literatur wurde mit Hilfe des Programms LITERAT verwaltet.

Folgende Schwerpunktthemen kristallisierten sich bei der Literaturrecherche heraus:

- Arbeiten zum Thema Primary Nursing und Bezugspflege (Grundlagenwerke sowie Erfahrungsberichte)
- Arbeiten zu den Themen Ernährung, Stillen und Stillförderung (randomisierte Studien und Erfahrungsberichte)
- Arbeiten zu den Themen Wochenbett ambulant und in der Klinik, speziell zu Rooming-in und zur integrativen Wochenbettpflege
- Arbeiten zu Themengebieten, die tangiert werden, wie Beratung in der Pflege, Mutter-Kind-Bindung, Frühgeborenen, Change-Management, Projekt-Management

Konzeption der Arbeit

Ausgehend von der eingangs geschilderten Problematik werden historische und aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse der Geburtsmedizin einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Grundlegende Erkenntnisse zur frühen Mutter-Kind-Bindung und zu den Vorteilen des Stillens werden analysiert.

Parallel soll untersucht werden, wie die Pflege auf Wöchnerinnenstationen organisiert ist und welche Ansätze zu Verbesserungen es gibt.

⁸ Tätigkeit als Kinderkrankenschwester auf einer neonatologischen Intensivstation seit 1990.

⁹ Spezielle Artikel hierzu, wie sie z. B. im *Journal of Human Laktation* zu finden sind, mussten zeitaufwendig fernbestellt werden, da die Zeitschrift in Berliner Bibliotheken nicht vorhanden und auch über das Internet nicht verfügbar ist.

Speziell wird dann das Pflegesystem Primary Nursing dargestellt. Schließlich wird auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse ein Konzept mit Vorschlägen für die Umsetzung vorgestellt.

Nach der Einführung im ersten Teil und der Begründung des Vorgehens wird im zweiten Teil die Entwicklung der Geburtshilfe in Deutschland skizziert.

In Teil drei wird dargelegt, warum das Stillen durch das Klinikpersonal gefördert und unterstützt werden sollte und was bisher geschieht.

Teil vier befasst sich mit dem Pflegesystem Primary Nursing im Vergleich zu anderen Zuteilungssystemen.

Beispiele aus der Fachliteratur für die Anwendung von Primary Nursing und für ganzheitliche Versorgungsmodelle werden in Teil fünf analysiert.

In Teil sechs werden die einzelnen Punkte zu einem Konzept für die Wochenbettbetreuung und Stillberatung zusammengeführt.

Die Ergebnisse werden im abschließenden Teil diskutiert. Es wird ein Ausblick auf die zu erwartenden und wünschenswerten Entwicklungen gegeben.

2 GEBURTSHILFE UND WOCHENBETT IN DEUTSCHLAND

2.1 Die Entwicklung der Geburtshilfe von der Nachkriegszeit bis heute

„Die Geburt ist eine intime und vielleicht die größte und wesentlichste Angelegenheit der Familie und nicht des Geburtshelfers oder der Hebamme...Deshalb ist die ‚Dreifaltigkeit‘ oder bei fehlendem, nichtzugegenem Vater die Mutter-Kind-Dyade, eine heilige Situation im wahrsten Sinne des Wortes“ (FEDOR-FREYBERGH 1983, S. 47).

Da das Wochenbett nicht abgekoppelt von den Vorgängen rund um Schwangerschaft und Geburt betrachtet werden kann, wird im folgenden ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Geburtshilfe der letzten Jahrzehnte gegeben.

Um 1900 waren Krankenhausgeburten den Frauen mit pathologischem Geburtsverlauf vorbehalten. Hausgeburten waren die Regel. Hebammen betreuten die Frauen in der häuslichen Umgebung vor, während und nach der Geburt. Mit der Technisierung der Geburtshilfe und der Einführung verbesserter Überwachungsmöglichkeiten nahm der Trend zur Krankenhausgeburt in den fünfziger Jahren zu. In den sechziger Jahren war die ausschließliche Verlagerung der Geburt in die Kliniken bereits abgeschlossen (ALBRECHT-ENGEL 1997, S. 31), was hauptsächlich dem Sicherheitsbedürfnis der Menschen geschuldet war und ist (ZIMPRICH 1983, S. 146). Die Klinikgeburt wurde 1968 zur Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Institutionalisierung der Geburtshilfe bedeutete gleichzeitig eine Pathologisierung eines an sich natürlichen Vorgangs. Cardiotokographie¹⁰ und Ultraschalldiagnostik wurden zu Routineverfahren, die Möglichkeiten der medikamentösen Beeinflussung des Geburtsverlaufs nahmen zu.

„Erich Saling¹¹ hat... gesagt, dass nun eine neue Zeit der Geburtshilfe anbreche, daß sich ein entscheidender Wandel vollziehe. Neben das manuelle Geschick des Geburtshelfers trete nun die größere Berücksichtigung der Pathophysiologie und der Biochemie und der Einsatz der Elektronik“ (WINAU 1995, S. 106).

Hiervon profitierten zweifelsfrei Risikogeburten wie Frühgeborene oder Neugeborene mit komplizierten Geburtsverläufen. Auch ist erkennbar, dass die Versorgung in Perinatalzentren zur Senkung der Mortalität und Morbidität dieser Kinder beitrug. Der unkritische Einsatz der modernen Methoden, nicht zuletzt auch aus rechtlichen Gesichtspunkten, führte jedoch zu Ängsten der werdenden Mütter vor der Apparatedizin. Die emotionalen Bedürfnisse der Frauen gerieten den Geburtsmedizinerinnen aus dem Blickfeld, was zur Entstehung der außerklinischen Geburtshilfe beitrug.

2.1.1 Die außerklinische Geburtshilfe heute

In den siebziger Jahren war eine zunehmende Zahl geplanter außerklinischer Geburten¹² zu beobachten. Aus dieser Bewegung heraus, angeregt durch die Birth Centers in den USA, entwickelte sich die Idee der Geburtshäuser (KOLIP 2000). Im Gegensatz zur risikoorientierten klinischen Geburtshilfe ist die Arbeit der Geburtshäuser ressourcenorientiert und berücksichtigt verstärkt die psychosozialen Bedürfnisse der Frauen. Die Normalität von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wird betont (DANGEL-VOGELANG, HOLTHAUS, KORPORAL, KOLLECK 1997, S. 33ff). Hebammen sind berechtigt, normal verlaufende Geburten eigenverantwortlich zu leiten. Bei pathologischen Verläufen müssen Hebammen ärztliche Hilfe, Ärzte wiederum bei jeder Geburt eine Hebamme hinzuziehen (GESETZ ÜBER DEN BERUF DER HEBAMME UND DES ENTBINDUNGSPFLEGERS vom 4.6.1985, § 4 Abs.1). So arbeiten die meisten Geburtshäuser mit freiberuflichen Hebammen, ohne Ärzte.

1986 wurde in Berlin-Charlottenburg das erste Geburtshaus Deutschlands gegründet (NEUMEYER 1993). Die Gründungsfrauen wollten nicht mehr länger hinnehmen, wie in den Kliniken der siebziger und achtziger Jahre die Geburten betreut wurden: Programmiert,

¹⁰ Cardiotokographie: Aufzeichnung der Wehentätigkeit der Mutter und der Herzfrequenz des Kindes (CTG)

¹¹ Erich SALING – Geburtshelfer, bis 1990 Leiter der Frauenklinik Berlin-Neukölln.

¹² Unter dem Begriff „außerklinische Geburten“ sind gemeinhin Hausgeburten, Praxisgeburten und Geburtshausgeburten zusammengefasst.

technisiert, ohne Rücksicht auf die emotionalen Bedürfnisse der Frauen und des Kindes¹³ (ZIMMERMANN 1998, S. 11-20). In den neunziger Jahren entstanden in allen größeren deutschen Städten Geburtshäuser. Die Rate an außerklinischen Geburten ist in Berlin mit ca. 3,5% am höchsten in Deutschland (1998), wobei Berlin auch die höchste Geburtshausdichte aufweist. Im übrigen Bundesgebiet sind außerklinische Geburten mit ca. 1% aller Geburten eher Randerscheinungen (NEUMEYER 2000, S. 47).

Das viel diskutierte Risiko¹⁴ der außerklinischen Geburtshilfe wird durch vorherigen Ausschluss von Frauen, deren Schwangerschaftsverlauf Komplikationen erwarten lässt (Risikoselektion), minimiert (HASENJÄGER 2001, S. 8).

Wichtiges Merkmal neben der Individualität der Versorgung im Geburtshaus ist die Kontinuität der Begleitung durch *eine* Hebamme während der gesamten Geburt. Störungen durch einen Schichtwechsel der Hebamme finden nicht statt. Die Betreuung des Wochenbetts¹⁵ und hierbei die Stillförderung bildet einen weiteren wichtigen Arbeitsschwerpunkt der Geburtshäuser. Die Kontinuität der Versorgung wird im häuslichen Bereich fortgesetzt. Die Wöchnerinnen erhalten in der Regel *eine* Hebamme als Bezugsperson.

Die Geburtshausbewegung und die Forderungen der Frauen trugen entscheidend zu den folgenden Veränderungen der klinischen Geburtshilfe bei (NEUMEYER 1993).

2.1.2 Die klinische Geburtshilfe heute

Frauen wurden (und werden teilweise auch heute noch) vor einer Geburt im Krankenhaus zahlreichen Routinen unterworfen. Eine Befragung Berliner Kliniken ergab, dass vielerorts noch Maßnahmen wie Teilrasur, Einlauf oder das Legen eines venösen Zugangs zu den Aufnahmeritualen gehören (VOGET 1997, S. 183). Die Frauen werden so zu Patientinnen, werden passiv und abhängig gemacht und „z. T. auch infantilisiert“ (FREUD 1991, S. 133). Die Gebärposition Rückenlage ist noch sehr verbreitet:

„Die Steinschnittlage, bei der die Frau mit angezogenen Beinen auf dem Rücken liegt, entspricht den Vorstellungen der (männlichen) Geburtshelfer, wie ihre Arbeit ergonomisch am sinnvollsten ist, d. h. diese sitzen günstig, haben

¹³ Die Geburten wurden häufig medikamentös eingeleitet, was dem Krankenhaus eine bessere Planbarkeit ermöglichte. Die Frauen wurden und werden in Rückenlage gelagert, was für den Arzt eine günstige Position ist, für die Frau u.U. jedoch sehr schmerzhaft sein kann. Die gesamte Geburt wurde technisch überwacht, die Atmosphäre war klinisch steril. Die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt war noch undenkbar (ZIMMERMANN 1998).

¹⁴ Bis heute wird um das Thema Sicherheit kontrovers gestritten, obwohl einige Studien belegen, dass „bei korrekter Risikoselektion und rechtzeitiger Verlegung in eine nahegelegene Klinik...für ein ‚low risk‘-Kollektiv eine Geburtshausentbindung hinsichtlich der perinatalen Ergebnisse mit einer Klinikgeburt vergleichbar“ ist (DAVID, KRAKER VON SCHWARZENFELD, KENTENICH 1998, S. 208).

¹⁵ Wochenbett: Zeitraum von 6-8 Wochen nach der Entbindung, innerhalb dessen alle Rückbildungsvorgänge bei der Frau abgeschlossen werden.

„Ihr ‚Arbeitsfeld‘ vor sich und können leicht eingreifen“ (ALBRECHT-ENGEL 1997, S. 31).

Frauen werden so in eine passive Position gebracht. Auch wird in dieser Position häufig eine Periduralanästhesie¹⁶ notwendig, da eine aktive Verarbeitung der Wehenschmerzen verhindert wird.

Die Entwicklung der außerklinischen Geburtshilfe und die offene Äußerung der Unzufriedenheit mit der Technisierung der Geburt durch die Mütter führte in den siebziger Jahren auch zum Wandel in den Kliniken, der bis heute nicht abgeschlossen ist. Auch die Arbeiten von LEBOYER (1981) gelten als Wegbereiter für diese Veränderungen.

Gebärhocker, Akupunktur, Wassergeburt, Anwesenheit des Partners während der Geburt sind nur einige Beispiele von Praktiken, die heute in zahlreichen Kreißsälen Usus sind, jedoch vor wenigen Jahren noch undenkbar waren.

„Die stark rückläufige Geburtenrate führte zu einem immensen Konkurrenzdruck unter den Abteilungen. Die Kliniken, die auf die Verbraucherinnen-Wünsche eingingen, hatten (und haben) Zulauf, so dass die anderen folgen mussten, um nicht aufgrund mangelnder Geburtenzahlen schließen zu müssen“ (ALBRECHT-ENGEL 1997, S. 31).

Die Entwicklung der Wochenstationen hat hier jedoch nicht Schritt gehalten, da die Schwangeren den Geburtsort in aller Regel nach den Leistungen des Kreißsaals auswählen und die Tage nach der Geburt (noch) eher nebensächlich sind (KAHF 1992, S. 454; HABEL-LEBACH 1998, S. 276).

Es ist unter anderem Ziel dieser Arbeit, Anregungen zu geben, wie die Arbeitsorganisation einer Wöchnerinnenstation familienfreundlich gestaltet werden kann.

2.2 Das Wochenbett als Phase der Neufindung

2.2.1 Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind

Zu der sensiblen Phase nach der Geburt existieren zahlreiche Forschungsarbeiten. Heute steht außer Zweifel, dass die frühe Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind und Vater und Kind immens wichtig ist für den Aufbau des für das Kind lebenswichtigen *Bondings*¹⁷. Maßgeblich für das Neudenken der klinischen Praxis waren die Forschungsarbeiten von KLAUS & KENNEL in den frühen siebziger Jahren. Sie kritisierten die Trennung von Mutter

¹⁶ Periduralanästhesie: Rückenmarksanästhesie, bei der über einen dünnen Katheter ein Betäubungsmittel verabreicht wird, welches die Schmerznerve ausschaltet.

¹⁷ Als Bonding wird ein bestimmtes Verhaltensmuster von Mutter und Vater beschrieben, welches erkennen lässt, dass sie ihr Kind annehmen (LUDINGTON-HOE, GOLANT 1994, S. 29). KITZINGER spricht sogar davon, dass die Mutter sich „verliebt“ (KITZINGER 1998, S. 249ff). Verantwortlich ist u. a. das Hormon Oxytozin, welches auch für das Einsetzen des Milchspendereflexes notwendig ist. Es wird ausgeschüttet, wenn die Mutter ihr Kind sieht, hört, berührt oder stillt. Es wird auch als das „Hormon der Familienliebe“ bezeichnet, da die Ausschüttung von Oxytozin beim Orgasmus, am Ende der Geburt und beim Stillen am höchsten ist (KROTH 1998, S. 127). Die Trennung von Mutter und Kind stört die Ausschüttung von Oxytozin und damit die Entwicklung des Bondings.

und Kind unmittelbar nach der Geburt und zeigten, dass Mütter mit frühem Kontakt zu ihrem Kind diesem gegenüber weitaus positivere Gefühle zeigten als Mütter, denen erst später Kontakt zum Neugeborenen ermöglicht wurde (KLAUS & KENNEL 1987). Sie formulierten „sieben Gesetzmäßigkeiten“, u. a. die folgende und sicher umstrittenste These:

„Es gibt eine die ersten Minuten und Stunden nach der Geburt umfassende sensible Phase, während derer es im Interesse einer optimalen späteren Entwicklung erforderlich ist, daß die Mutter bzw. der Vater engen körperlichen Kontakt mit dem Säugling halten“ (KLAUS & KENNEL 1987, S. 33).

Es stellte sich weiterhin heraus, dass früher Körperkontakt und frühes Anlegen des Kindes an die Brust wesentlich sind für einen langfristigen Stillerfolg (WRIGHT, RICE, WELLS 1996, S. 671; DENNIS 2002, S. 17). Stillen wiederum hat einen erwiesenen positiven Einfluss auf das Bonding (LAWRENCE 1994, S. 181ff).

Die Kliniken sind heute bemüht, den frühen Körperkontakt zwischen Mutter und Kind zu ermöglichen. Die früher regelrecht abgeschotteten Säuglings- und Frühgeborenenstationen haben sich den Eltern geöffnet. Hier hat in den neunziger Jahren geradezu ein Quantensprung stattgefunden. Die Känguru-Methode¹⁸ hat sich bei Frühgeborenen sehr bewährt, um die Bindung zwischen Mutter/Vater und Kind zu fördern und gleichzeitig die Entwicklung der Kinder positiv zu beeinflussen¹⁹ (LUDINGTON-HOE, GOLANT 1994). Kritisch angemerkt sei hier, dass sich eltern- und kinderfreundliche Praktiken noch nicht flächendeckend durchgesetzt haben, da häufig unbewusste Vorbehalte des Personals die Einbeziehung der Eltern erschweren. Diese werden eventuell sogar als „Eindringlinge“ erlebt (FREUD 1991, S. 127) und nicht als das, was sie sind: untrennbar zum Kind gehörend. Dieses Phänomen spielt auch eine Rolle bei der Wochenbettpflege (siehe Kapitel 2.2.2, S. 11), wobei die Pflegenden in den ersten Tagen nach der Geburt offensichtlich in der besonderen Verantwortung stehen, einen ungestörten Mutter/Vater-Kind-Kontakt zu ermöglichen. Wichtig für das Personal ist ebenfalls die Fähigkeit, Situationen zu erkennen, in denen in der sensiblen Phase ein Kontakt zwischen Mutter und Kind nicht möglich war (z. B. durch Erkrankung der Mutter oder bei Frühgeborenen). Hier sollte alles mögliche getan

¹⁸ Känguru-Methode oder -Pfleger entstand Ende der siebziger Jahre in Bogota (Kolumbien), wo man mangels Inkubatoren dazu überging, die Mütter der Frühgeborenen anzuweisen, ihre Kinder 24 Stunden am Tag bei sich zu tragen. Die Sterblichkeit sank von 70 auf 30% und die Mütter nahmen ihre Kinder besser an (LUDINGTON-HOE, GOLANT 1994, S. 39f). Seit einigen Jahren werden hierzulande schon sehr kleine Frühgeborene den Müttern oder Vätern einige Stunden am Tag auf die bloße Brust gelegt.

¹⁹ Im letzten Drittel der Schwangerschaft wird eine intensive Beziehung zum Ungeborenen aufgebaut. Es entstehen Visionen vom Kind und vom zukünftigen Zusammenleben. Die Geburt eines Frühgeborenen zerstört diese Visionen, denn plötzlich ist alles anders. Das Kind entspricht nicht dem vorher entworfenen Bild, ist winzig klein, wird sehr schnell zwecks medizinischer Versorgung von der Mutter getrennt; der Geburtsmodus entspricht nicht der Vorstellung, denn häufig wird ein Kaiserschnitt notwendig. Das rasche Vorgehen ist ein Schockerlebnis. So ist der Aufbau einer Beziehung zum Kind erschwert. Oft müssen die Eltern Wochen oder Monate mit dem Kind auf der Intensivstation verbringen (HENZE 1997; S. 107 ff).

werden, Eltern und Kind näher zu bringen und die wechselseitige Beziehung zu fördern (HENZE 1995, S. 18).

2.2.2 Das klinische Wochenbett

Mit der Hospitalisierung der Geburt erfolgte automatisch die Aufnahme der Wöchnerinnen in die Krankenhäuser. Durch den gleichzeitig stattfindenden gesellschaftlichen Wandel hin zur Kleinfamilie wurden die Frauen nun auch zunehmend abhängiger von professioneller Beratung in der Phase des Wochenbetts, da die Weitergabe von Wissen über die Generationen wegfiel.

Die Verlagerung des Geburtsgeschehens und des Wochenbetts aus dem familiären Zusammenhang in die Krankenhäuser führte zur Abwertung des Wochenbetts insgesamt und zu dessen Reduzierung auf körperliche Rückbildungsvorgänge (POLLEIT 1995, S. 103). Viele Sitten und Gebräuche, die letztendlich dem Schutz der Mutter und des Neugeborenen dienten, sind in Vergessenheit geraten. Die komplexe Phase der Übergangszeit von der Schwangerschaft zur Mutterschaft wird heute gesellschaftlich wie wissenschaftlich stiefmütterlich behandelt (HASSELER 1997, S. 50), was angesichts der vielfältigen psychischen und physischen Veränderungen in dieser Zeit unverständlich ist.

„Obwohl die Wochenbettzeit in Deutschland ‚offiziell‘ nach sechs Wochen (dann erfolgt die gynäkologische Abschlussuntersuchung) und die Mutterschutzfrist nach acht Wochen (früher darf die Frau nicht wieder arbeiten), ist sie im Bewusstsein der Menschen bereits nach dem Klinikaufenthalt zu Ende. Einer jungen Mutter wird keine längere Schonzeit zugestanden, bzw. da sie keine Hilfe erhält, muss sie ihren Alltag mit Kind meist allein meistern. Es ist auffallend, dass viele junge Eltern diese erste Zeit nur als Belastung erleben...“ (ALBRECHT-ENGEL 1997, S. 33).

Die Überwachung des Wochenbettverlaufs ist eine der Hebamme bzw. dem Entbindungspfleger vorbehaltene Tätigkeit (GESETZ ÜBER DEN BERUF DER HEBAMME UND DES ENTBINDUNGSPFLEGERS vom 4.6.1985, § 4 Abs. 2). Bis 1983 gab es den Beruf der Wochenpflegerin, deren Tätigkeit mit der Änderung der Berufs- und Prüfungsordnung den Hebammen zugeordnet wurde. Dennoch versorgen heute in den meisten bundesdeutschen Kliniken Krankenschwestern die Mutter und Kinderkrankenschwestern das Neugeborene, was zur Separierung der Mutter-Kind-Paare führte (siehe Abschnitt 2.2.4). HASSELER (1997, S. 53) vermutet, dass die Tatsache, dass die meisten Hebammen nach dem 2. Weltkrieg freiberuflich tätig waren und der Entwicklung hin zur Klinikgeburt nicht mit einem Nachwuchsschub bei den Hebammen Rechnung getragen wurde, dazu führte, dass die den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit in die Hände anderer Pflegekräfte überging. Im Gegensatz zu anderen Ländern, wo Hebammen die Wochenstationen leiten (z. B. Schweden [HENZ 2001], Großbritannien), übernehmen sie hierzulande fast ausschließlich die ambulante Wochenbettbetreuung. Klinische Wochenbettbetreuung durch Hebammen,

wie sie z. B. im Vinzenz-Pallotti-Hospital in Bensberg²⁰ stattfindet, ist die Ausnahme (POLLEIT 1995, S. 104).

Die in viele Kliniken übliche Funktionspflege²¹ führte zu einer Arbeitsteilung, welche paradox anmutet:

„Die Krankenschwester übernahm/übernimmt die ‚Pflege für unten‘, d. h. sie führte/führt die Kontrolle der Lochien durch, überprüfte/überprüft die Blasen- und Darmfunktion, achtete/achtet auf Nahtbeschwerden und linderte bzw. lindert diese. Die ‚Pflege für oben‘ oblag/obliegt der Kinderkrankenschwester, die das Stillen, die Brustpflege und die Beratung/Anleitung der Neugeborenenpflege als Aufgabengebiet übernahm/übernimmt“ (HASSELER 1997, S. 53).

Dies führte und führt zu zahlreichen Problemen, da die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen oft mangelhaft ist und sogar die Pflegedokumentationen getrennt geführt werden. Mütter werden durch eine Fülle von Ratschlägen und zu viele Lösungsmöglichkeiten verunsichert (LANG, KRAMMER 2002, S. 16). Als Folge beobachtete KAHF:

„Jeden Tag erlebe ich, dass die vorherrschenden Gefühle auf den Wochenstationen und den Kinderzimmern nicht etwa Zufriedenheit, Glück und Fröhlichkeit sind, sondern Verärgerung, Gekränktheit, Frust, Unmut und daraus resultierend eine Fülle von Missverständnissen“ (KAHF 1992, S. 452).

Insgesamt gilt die Arbeit auf einer Wöchnerinnenstation als wenig prestigeträchtig und manchmal sogar als „Schonarbeitsplatz“ (HABEL-LEPACH 1998, S. 276). Dies resultiert nicht zuletzt daraus, dass Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern für die Pflege und Betreuung von Kranken ausgebildet wurden und sich auf den Wöchnerinnenstationen, wo ihre Arbeit hauptsächlich aus Beratung und Unterstützung eines natürlichen Vorgangs bestehen sollte, unterfordert fühlen (KAHF 1992, S. 452). Andererseits sind Themen wie Patientenedukation und Beratung in der Pflege in der hiesigen Ausbildung noch nicht verankert, was dazu führt, dass Pflegenden auf diese Aufgaben unzureichend vorbereitet sind (HASSELER 2002, S. 109).

Hebammen sollen mindestens ein Drittel ihrer Ausbildungszeit im Bereich der Neugeborenen- und Wochenbettspflege verbringen. Hingegen nimmt dieser Bereich bei den Kinderkrankenschwestern höchstens ein Viertel der praktischen Ausbildungszeit ein; bei der Krankenpflege sind in der Berufs- und Prüfungsordnung lediglich 350 Stunden hierfür vorgesehen (HASSELER 1997, S. 54). Die Berufsgruppen sind so unterschiedlich gut für den Bereich der Wochenbettspflege qualifiziert. In einem Artikel wurde die Frage aufgeworfen:

²⁰ Das Vinzenz-Pallotti-Hospital in Bensberg hat eine Vorreiterrolle bei der Diskussion um Alternativen der klinischen Geburtshilfe. Der Leiter, Dr. Gerd ELDERING, hat sich hier verdient gemacht und z. B. die Wassergeburt in Deutschland propagiert und gefördert (ELDERING, GUTKE 1993, S. 69).

²¹ Siehe S. 27.

„Gibt es nicht eine Überkapazität rund um die Mutter und das Kind? Zu viele Berufe mit zu viel Zeit?“ (BRECHBÜHLER 1995, S. 21) und gleichzeitig wird die Forderung nach einer Berufsgruppe aufgestellt, die alle Bereiche abdecken soll: Von der Geburtsvorbereitung über die Geburtshilfe bis zur Wöchnerinnenbetreuung (ebd.). Nach der von HASSELER durchgeführten Analyse der Berufs- und Prüfungsordnungen trifft diese Forderung auf die Berufsgruppe der Hebammen zu (HASSELER 1997, S. 54). Es bleibt jedoch die Frage, „Wo sind die Hebammen auf den Wochenstationen geblieben?“ (KAHF 1992, S. 452). Da die dreiteilige Organisation rund um die Geburt, welche über Jahrzehnte gewachsen ist, nicht von heute auf morgen behoben werden kann, muss es Ziel sein, die vorhandenen Strukturen zu optimieren. Erste Schritte in diese Richtung wurden durch die Einführung der integrativen Wochenbettpflege gegangen.

2.2.3 Integrative Wochenbettpflege

„Integrative“²² oder synonym auch „ganzheitliche“ Wochenbettpflege meint die Versorgung der Wöchnerin und des Neugeborenen durch *eine* Pflegeperson (Kinderkrankenschwester, Krankenschwester *oder* Hebamme) je Schicht (RULF 2001), mit dem Ziel der besseren Beratung der Familie und Förderung des Bondings nach der Geburt (KOHLMANN 1996). Die Entwicklung nahm erst in den neunziger Jahren ihren Anfang und löste Diskussionen zwischen den Berufsgruppen aus, welche durch Ängste vor dem Verlust von spezifischen Arbeitsplätzen gekennzeichnet waren²³. Bei dem heutigen Trend zur ambulanten Geburt und der Verkürzung der Liegezeiten der Wöchnerinnen werden die Kliniken und das Personal nicht mehr an integrierten Versorgungsformen vorbei kommen. Mütter wünschen sich Kontinuität in der Pflege und Beratung. Eine einzige Bezugsperson zu haben, wird als sehr wichtig angesehen (LIND-KEEL 1996, S. 187). Die Entwicklung ist noch im vollen Gange²⁴. Die in der Literatur vorgefundenen Beispiele für ganzheitliche Wochenbettpflege berichten von höherer Zufriedenheit bei Müttern und beim Personal (KOHLMANN 1996; KOHLMANN 1997; ABOU-DAKN, KOHLMANN 2000; RULF 2001; MÜLLER, MATHE 1999; LANG, KRAMMER 2002; POLLEIT 1995).

Zu einer integrierten Wochenbettpflege gehört neben der Aufhebung der personellen Trennung auch die Auflösung der organisatorischen und inhaltlichen Trennung. Hier werden

²² Die Begriffe an sich werden relativ unkritisch verwendet. Wie umfassend ist „ganzheitlich“? Wer soll wo „integriert“ werden? Da der Gebrauch dieser Termini allerdings üblich ist, werden sie auch in dieser Arbeit verwendet.

²³ Der Vorsitzende des Berufsverbandes für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger e.V. sagte hierzu: „es ‚koche berufspolitisch schon etwas‘ in ihm, Kompetenzgrenzen zwischen den Berufsgruppen derart oszillieren zu sehen“ (KRAY 1997, S. 74).

²⁴ SCHIEMANN fand bei ihrer Untersuchung von Krankenhäusern im Landkreis Osnabrück Anfang der neunziger Jahre nur eins von zehn Krankenhäusern, bei dem keine Trennung der Pflegeteams vorlag (SCHIEMANN 1993, S. 251). Von 20 Berliner Geburtsabteilungen gaben 1997 immerhin schon sechs an, ganzheitlich zu pflegen (VOGET 1997, S. 252 ff).

die meisten Probleme vermutet, da der Fort- und Weiterbildungsbedarf des Personals bei Umstrukturierungen meist unterschätzt wird (HASSELER 2002).

Die Aufhebung der „halbierten Mutter“ und der „Isolierung des Kindes“ im Neugeborenenzimmer (LANG, KRAMMER 2002, S. 17) ist in jedem Fall eine Grundvoraussetzung für die Einführung eines Primary-Nursing-Systems.

2.2.4 Postnatales Rooming-in

Ursprünglich zur Vermeidung von Infektionen wurden um die Jahrhundertwende getrennte Säle für Neugeborene und Wöchnerinnen eingeführt. Mütter und Kinder kamen nur zu den Mahlzeiten zusammen, meist nach einem festen Zeitplan (Zentralsystem oder Rooming-out [SCHIEMANN 1993, S. 9]). Obwohl aus hygienischer Sicht völlig obsolet, wird die Separierung in vielen Kliniken heute noch durchgeführt.

Gelockert wurde die Trennung²⁵ in den siebziger Jahren, befördert durch die Ideen von LEBOYER und die bereits erwähnten Forschungen von KLAUS & KENNEL. Die Kinder wurden nun tagsüber zeitweise zu ihren Müttern gebracht, nachts aber weiterhin im Neugeborenenzimmer betreut (intermittierendes Rooming-in). Von festen Essenszeiten nahmen viele Kliniken zugunsten eines „self-demand-feeding“²⁶ Abstand. Ein kontinuierliches Rooming-in²⁷ (oder Vollzeit-Rooming-in) ist heute noch eher die Ausnahme (SCHIEMANN 1993, S. 9). SCHIEMANN fand 1988 in Deutschland kaum mehr als ein halbes Dutzend Krankenhäuser, in denen Rooming-in ohne zeitliche Reglementierung seitens der Institution stattfand (1993, S. 5). Eine einige Jahre später in Berlin durchgeführte Untersuchung gab ein ähnliches Bild: Die 20 untersuchten Geburtsabteilungen gaben nächtliche Rooming-in-Raten von selten bis maximal 80% an; tagsüber hatten offensichtlich fast alle Mütter ihre Kinder bei sich (VOGET 1997, S. 251ff). „Nachts ‚wollen die Mütter nicht‘, so argumentieren die Schwestern“ (VOGET 1997, S. 259). Im Rahmen der bundesweiten SuSe-Studie²⁸ 1998, bei der 177 Kliniken befragt wurden, zeigte sich, dass in 67% der Kliniken Tag- und Nacht-Rooming-in auf Wunsch der Mutter möglich war, aber nur von durchschnittlich 10% praktiziert wurde (HOLTERMANN, DULON 2001, S. 519). Leider liegen keine Zahlen zu den heutigen Verhältnissen vor, es ist jedoch anzunehmen, dass sich hier nur langsam etwas ändert.

²⁵ Frühe Ansätze zum Rooming-in gab es nach SCHIEMANN jedoch bereits früher in den USA und in Deutschland durch CRETIVUS an der Frauenklinik Mainz zu Beginn der fünfziger Jahre (SCHIEMANN 1993, S. 6 f).

²⁶ Self-demand-feeding: Das Neugeborene wird so oft gestillt oder gefüttert, wie es möchte. Es kann seine Trinkmenge selbst bestimmen (BALUCH 1991).

²⁷ Kontinuierliches Rooming-in: Mutter und Kind können ununterbrochen, auch nachts, zusammen sein. Vätern und Geschwistern wird uneingeschränkt Kontakt ermöglicht.

²⁸ Erste bundesweite Studie zum Thema Stillen und Säuglingsernährung des Forschungsinstituts für Kinderernährung Dortmund (FKE) in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Dabei sind die Vorteile des kontinuierlichen Rooming-in vielfältig, wie aus den von SCHIEMANN zitierten Studien hervorgeht: Es hat einen günstigen Einfluss auf das Bonding durch die Vermeidung der frühen Trennung, trägt zur Zufriedenheit der Mütter bei und ist verbunden mit signifikant höherer Stillfrequenz und Stildauer (daher von der WHO als „Schritt zum erfolgreichen Stillen“ empfohlen; siehe Abschnitt 3.4, S. 21). Des Weiteren sind bei Mutter und Kind niedrigere Infektionsraten als beim Zentralsystem oder intermittierendem Rooming-in festgestellt worden. Die Kinder schreien weniger und zeigen ein gleichmäßigeres Schlafmuster (SCHIEMANN 1993, S. 41ff).

Als Hindernisse für die Einführung von kontinuierlichem Rooming-in wird häufig angeführt, dass die Mütter Zeit zur Erholung finden sollen. Das scheint angesichts gängiger Krankenhausroutinen paradox, da seitens der Pflegenden oft bereits vor sechs Uhr mit dem Wecken der Frauen begonnen wird²⁹ (SCHIEMANN 1993, S. 251).

Dazu muss festgestellt werden, dass es in anderen Ländern durchaus gängige Praxis ist, Mütter und Kinder Tag und Nacht beisammen zu lassen, ohne dass sich die Frauen überfordert fühlen (SCHIEMANN 1993, S. 10). SCHIEMANN stellte bei Interviews mit Müttern, die kontinuierliches Rooming-in erlebten, fest:

„daß ein kontinuierliches Zusammensein mit dem neugeborenen Kind für Mütter nicht per se eine zusätzliche Belastung für das physische und psychische Befinden darstellt, wie in Krankenhäusern allgemein angenommen und gegenüber Müttern häufig noch vehement vertreten wird.

Die Interviews mit den Betroffenen...enthalten eine breite Palette von Äußerungen in unterschiedlichen Kontexten, die eher auf das Gegenteil schließen lassen und zwar in dem Sinne, daß das Erleben der gegenseitigen Nähe den Anpassungsprozeß für Mutter und Kind in der nachgeburtlichen Phase fördert... und die Wirkung äußerer Streßfaktoren abmildert“ (SCHIEMANN 1993, S. 259).

Andererseits scheint es manchen Frauen wichtig zu sein, die Möglichkeit zu haben, ihr Kind und damit die Verantwortung auch einmal abgeben zu können (LIND-KEEL 1996, S. 187), was dennoch nicht gegen ein kontinuierliches Rooming-in spricht.

Ein anderer Grund, welcher der Einführung von kontinuierlichem Rooming-in entgegensteht, ist durchaus ernster zu nehmen:

„Dort, wo Rooming-in auf Anordnung eingeführt wurde, bestand in der Regel Widerstand seitens des Pflegedienstes in der Geburtshilflichen Abteilung, insbesondere der Kinderkrankenschwestern. Das ist nicht weiter verwunderlich, weil sie sich in der Regel als einzige hinsichtlich ihres Aufgabenbereichs und ihres Rollenverständnisses von dieser Änderung

²⁹ KAHF schreibt hierzu: „Das ‚Durchbetten‘ von einer Frau zur anderen, morgens um sechs Uhr auf einer Wochenstation, ist mehr als nur Tradition. Ich betrachte es als unüberlegte Handlung, ja fast als Schikane. Denn zu Hause macht man sein Bett auch nicht so früh, besonders nicht, wenn man einen Säugling hat, welcher einen just eine Stunde vorher schon einmal geweckt hatte“ (KAHF 1992, S. 453).

tangiert fühlten: Sie sollten die Kinder an die Mütter abgeben, ohne für sich (zunächst) neue Arbeitsinhalte zu sehen und einüben zu können. In den meisten untersuchten Krankenhäusern wurde Rooming-in eben nicht als Paradigmenwechsel mit weitreichenden Auswirkungen auf das gesamte geburtshilfliche Konzept gesehen, das durch eine Aufwertung der Rolle der Eltern und Neugeborenen Rollenänderungen aller beteiligte Gesundheitsberufe erfordert“ (SCHIEMANN 1993, S. 68).

Das „Whose Baby?-Syndrom“ spielt hier eine große Rolle: Das Personal möchte seine Kompetenz über das Kind nicht an die Mütter abgeben (FREUD 1991, S. 124). Dies drückt sich z. B. darin aus, dass Ängste der Mütter, ihrem Kind könnte etwas geschehen, wenn sie schlafen, vom Personal eher verstärkt als abgebaut werden (SCHIEMANN 1993, S. 184).

Bei der Arbeit mit Frauen im Wochenbett sollte:

„Das übergeordnete Ziel ... vor allem darin bestehen, daß man der gesunden Mutter die volle Verantwortung für die Pflege ihres Neugeborenen anvertraut, während die Schwestern oder Hebammen in bloß beratender Funktion zur Verfügung stehen, sooft die Mutter die Hilfe wünscht oder verlangt“ (KLAUS & KENNEL 1987, S. 136).

2.3 Schlussfolgerungen

Die beschriebene Situation der Geburtshilfe und die besondere Lage der Frau nach der Geburt machen es notwendig, dass sich das Personal geburtshilflicher Abteilungen seiner Verantwortung bewusst wird:

- Die Mutter-Kind-Dyade bzw. Vater-Mutter-Kind-Triade muss gefördert und unterstützt werden; unnötige Trennungen sind zu vermeiden.
- Die Geburt als sensible Phase im Leben zweier/dreier Menschen (Mutter, Neugeborenes, Vater) ist als natürlicher Prozess zu respektieren, in welchen Eingriffe, wenn sie notwendig sind, mit äußerster Sensibilität zu erfolgen haben.
- Die überwiegende und wichtige Tätigkeit in dieser Zeit ist die Unterstützung und Beratung der neuen Familie bei Beachtung ihrer Autonomie.
- Hierzu bedarf es großer Empathie und hoher Sachkompetenz, welche nur durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung erworben werden können.
- Neue geburtshilfliche Konzepte können nicht ohne die Einbeziehung des Personals eingeführt werden, da die Akzeptanz der Neuerungen wesentliche Voraussetzung für deren Erfolg ist.
- Eine optimale Personalauswahl und Personalentwicklung sind in diesem Zusammenhang Anforderungen an das Pflegemanagement.

Nicht zuletzt muss den neuen Anforderungen mit der Änderung der Curricula Rechnung getragen werden, in denen Patientenedukation, Gesundheitsförderung und Gesprächsführung thematisiert werden müssen.

3 STILLEN – STAND DER DISKUSSION UND DER FORSCHUNG

3.1 Rückblick

Das Stillen dient der Ernährung des Säuglings sowie der Aufrechterhaltung der Verbindung zwischen Mutter und Kind nach der Geburt („laktierende Tragzeit“ [TÖNZ 1997, S. 92]). Jahrhunderte lang war Stillen (durch Selbststillen oder das Stillen durch Ammen) unentbehrlich zum Überleben der Menschen, auch, wenn es immer wieder Ansätze gab, Säuglinge alternativ zu ernähren.

Das Ammenwesen hatte zwischen dem 16. und 19. Jahrhundert in Europa seinen Höhepunkt erreicht, obwohl Ärzte immer wieder das Selbststillen propagierten (TÖNZ 1997, S. 100). In manchen Regionen wurde die Muttermilch bereits früh durch „Mehlmas“ ersetzt, was zu einer hohen Säuglingssterblichkeit führte. Auch die Kinder, welche von Ammen ernährt wurden, starben häufig, was nicht an der Muttermilch an sich sondern an den meist ärmlichen Verhältnissen und an der Vernachlässigung der Kinder lag (FAHR 1996 a, S. 431). Um die Wende zum 20. Jahrhundert mehrten sich die kritischen Stimmen, da angesichts einer Kindersterblichkeit von 20% offensichtlich war, dass gestillte Kinder die besseren Chancen hatten - ihre Mortalität war sieben Mal geringer als die künstlich ernährter Kinder (WOLF 2002, S. 34). In großen Fabriken wurden Stillstuben eingerichtet, Stillprämien wurden vergeben, Stillen wurde zur mütterlichen Pflicht (KILLERSREITER 2001, S. 543).

Mit der Möglichkeit der Pasteurisierung wurde Anfang des 20. Jahrhunderts erstmals industriell hergestellte Fertignahrung als gleichwertiger Muttermilchersatz angepriesen. Aggressive Werbung der Babynahrungshersteller ließ die künstliche Milch als bessere Alternative zur Muttermilch erscheinen und förderte so die Abnahme der Stillwilligkeit (TÖLLNER, SIGLER 1997, S. 57). Auch die geschilderte Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt wird für die Abnahme der Stillquote verantwortlich gemacht (SPRINGER, VOGTMANN, WINKLER, ROBEL-TILLIG, MÖCKEL 1997, S. 41). Bis in die siebziger Jahre nahm die Stillhäufigkeit immer weiter ab (TÖNZ 1997, S. 108). Das Bild des Säuglings, der mit der Flasche ernährt wird, prägte sich als Norm ein. Dem Tiefpunkt des Stillens folgte die Zeit des Umdenkens in der Geburtsmedizin, in der sich eine Rückbesinnung auf das Stillen als natürliche Ernährung durch einen reglerechten Stillboom ausdrückte. In den skandinavischen Ländern nahm diese Entwicklung ihren Ursprung. In Schweden stieg die Stillrate der zweimonatigen Kinder innerhalb von sieben Jahren von 20 auf 80% (TÖNZ 1997, S. 108). Dies war auch den sich langsam ändernden Klinikroutinen zu verdanken, denn das frühe und häufige Anlegen der Babies, welches nur im Rooming-in-System gegeben ist, hat wesentlichen Einfluss auf den Stillerfolg (DIGIROLANO, GRUMMER-STRAWN, FEIN 2001, S. 94).

Gleichzeitig stellte die WHO 1981 einen Kodex über die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten auf. Auch in Deutschland ist die Vermarktung gesetzlich geregelt (SÄUGLINGSNAHRUNGSWERBEGESETZ³⁰ - SNWG vom 10.10.1994), jedoch werden Verstöße kaum geahndet, wie die ARBEITSGEMEINSCHAFT FREIER STILLGRUPPEN 1998 feststellte. Lebensmittelriesen wie Nestlé oder der Milchindustrieverband haben massive wirtschaftliche Interessen an der Vermarktung ihrer Produkte, welche geeignet sind, die Stillwilligkeit und die Stilldauer zu senken. Daher erkannte drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes die Gesundheitsministerkonferenz (GMK), dass das Gesetz national noch nicht in allen Bereichen umgesetzt ist und z. B. das Verschenken oder billige Verkaufen von Säuglingsanfangsnahrung an Institutionen zur Verwendung oder Weiterleitung außerhalb obwohl verboten immer noch üblich ist³¹ (FRIEDRICH 1998, S. 116).

„Die Hersteller wissen, daß junge unsichere Mütter vor allem beim ersten Kind noch auf Hilfe angewiesen sind. Ärzte bzw. Pflegepersonal stellen ihre ersten und wichtigsten Ansprechpartner dar. Deshalb lassen die Hersteller keine Gelegenheit aus, auch diese Berufsgruppen für sich zu gewinnen“ (FAHR 1996 b, S. 475).

Die GMK appellierte an die Institutionen, „darauf zu achten, daß diese Nahrung nur für mit Säuglingsanfangsnahrung ernährte Säuglinge verwendet oder verteilt wird, die mit Säuglingsanfangsnahrung ernährt werden müssen und dies nur so lange, wie diese Säuglinge sie tatsächlich brauchen“ (FRIEDRICH 1998, S. 117). Insgesamt muss festgestellt werden, dass gesetzliche Bemühungen allein nicht ausreichen, um das Stillen zu unterstützen. Das Gesundheitspersonal vor Ort ist gefordert, mit Muttermilchersatzprodukten kritisch umzugehen und nicht, nur weil es einfacher erscheint, den schnellen Griff zur Flasche zu tun.

„Da es in der Gesellschaft und in den Familien kaum noch eine Stilltradition gibt, übernimmt das medizinische Fachpersonal eine führende Rolle beim Wiederaufbau einer ‚Stillkultur‘“ (TIETZE 1997, S. 152).

3.2 Vorteile des Stillens

Vorteile für das Kind

Muttermilch ist für die Ernährung des Säuglings optimal zusammengesetzt und den Bedürfnissen des Kindes angepasst. Dass die Ernährung mit Muttermilch deutliche ernährungsphysiologische, psychologische, immunologische, soziale und ökonomische Vorteile für den Säugling und die Mutter mit sich bringt ist inzwischen weithin anerkannt.

³⁰ So ist z. B. Werbung, die darauf gerichtet ist, vom Stillen abzuhalten, die Begriffe wie „humanisiert“ oder „maternisiert“ verwendet, die den Eindruck erweckt, dass Flaschennahrung der Muttermilch gleichwertig oder überlegen ist, die durch Kinderbilder das Erzeugnis idealisiert verboten (SNWG 1994, § 3).

³¹ Es ist erwiesen, dass Frauen, die zur Entlassung Proben von Säuglingsanfangsnahrung oder Gutscheine erhalten schneller abstillen (WRIGHT, RICE, WELLS 1996).

Zwar hat die natürliche Ernährung in den Industrieländern³² nicht mehr den lebenserhaltenden Effekt wie vor hundert Jahren, wo die Sterblichkeit nicht gestillter Kinder sieben Mal größer war als die der Brustkinder (WOLF 2002, S. 35), dennoch überwiegen die Vorteile gegenüber einer Formula-Ernährung³³. So haben gestillte Kinder seltener Mittelohrentzündungen, weniger respiratorische Erkrankungen, leiden seltener unter Asthma, Neurodermitis oder Allergien. Es sterben weniger gestillte Kinder am plötzlichen Kindstod (SIDS³⁴) als alternativ ernährte Säuglinge. Sie erkranken später seltener an insulinpflichtigem Diabetes mellitus, Morbus Crohn oder Leukämie. Auch wurde festgestellt, dass sich das Stillen positiv auf die kognitive Entwicklung der Kleinkinder auswirkt. Gestillte Kinder sind insgesamt weniger krank als nichtgestillte Altersgenossen (DENNIS 2002, S. 13; LAWRENCE 1994, S. 31-33; KROTH 1998, S. 79ff; KRAMER, CHALMERS, HODNETT 2001). Besonders Frühgeborene sollten mit Muttermilch³⁵ ernährt werden, da sie unmittelbar von deren immunprotektiver Wirkung profitieren. Die Mütter bilden Antikörper gegen die pathologischen Keime (vorausgesetzt, sie besuchen ihr Kind) und geben diese mit der Muttermilch an ihr Kind weiter. Lebensbedrohliche Erkrankungen wie die nekrotisierende Enterocolitis³⁶ oder Meningitis treten seltener auf (GOTSCH 2000, S. 8). Gestillte Frühgeborene können früher aus dem Krankenhaus entlassen werden als nichtgestillte Kinder gleicher Gewichtsklasse (WARREN, TAN, DIXON, GHAUS 2000; SCHANLER, SHULMAN, LAU 1999). Allerdings bedürfen die Mütter dieser Kinder einer besonderen Stillberatung und Unterstützung (SCHWERTMANN 1998; MARTIN 2000). Hilflosigkeit und Schuldgefühle ‚frühgeborener Mütter‘ werden durch das Stillen gemindert (GOTSCH 2000, S. 8).

Vorteile für die Mutter

Für die Mutter hat das Stillen zahlreiche Vorteile: Die Rückbildung des Uterus wird beschleunigt, Nachblutungen lassen sich schneller nach, das vorschwangerschaftliche Gewicht wird schneller wieder erreicht. Langfristig senkt Stillen das Risiko, an Brust- oder Ovarialkrebs oder postmenopausaler Osteoporose zu erkranken.

Beim Stillen ausgeschüttete Endorphine wirken stimmungsaufhellend und beugen Wochenbettdepressionen vor (DENNIS 2002, S. 13; KROTH 1998, S. 83; LAWRENCE 1994, S. 181ff; BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT 1986, S. 13-43).

³² In den Entwicklungsländern, wo die hygienisch einwandfreie Herstellung von Formula-Nahrung nicht gewährleistet ist, bzw. keine Antibiotika zur Behandlung von Infektionen der Säuglinge zur Verfügung stehen, ist Stillen auch heute noch lebensnotwendig.

³³ Formula: Im allgemeinen auf Kuhmilchbasis industriell hergestellte Säuglingsnahrung.

³⁴ Sudden infant death syndrome – die Kinder sterben aus pathologisch nicht nachweisbarer Ursache im ersten Lebensjahr (plötzlicher Kindstod).

³⁵ Bis die Kinder in der Lage sind, selbst an der Brust zu trinken, kann die Milchproduktion mit einer elektrischen Milchpumpe aufrecht erhalten werden. Die Muttermilch wird dann per Magensonde verabreicht.

³⁶ Lebensbedrohliche Darminfektion bei Frühgeborenen.

Die Mutter-Kind-Beziehung wird enger, was den empfindlichen Prozess des „Mutter Werdens“ positiv unterstützt und entlastend wirkt. Das Selbstwertgefühl der Frauen wird gestärkt (FAHR 1996 a, S. 432).

Auch, wenn Stillen kein hundertprozentiges Verhütungsmittel ist, so senkt es doch das Risiko einer erneuten Schwangerschaft erheblich (UNITED NATIONS 1992).

Die Muttermilch ist frei von pathogenen Keimen und steht jederzeit richtig temperiert zur Verfügung und hat daher auch einen rein praktischen und ökonomischen Vorteil. Die Frau spart die Zeit der Milchzubereitung und Geld.

Gesellschaftliche Vorteile

Die vorgestellten positiven Aspekte des Stillens und dessen präventive Wirkung zeigen, dass das Stillen zur Senkung von Kosten auf dem Gesundheitssektor beiträgt. Ausgaben für Antibiotika, Krankenhauskosten, ambulante Arztkosten zur Behandlung genannter Krankheiten können vermieden werden. Die Sozialversicherungsträger müssten daher ein großes Interesse an der Stillförderung haben³⁷.

Das Familiensystem wird durch das bessere Bonding dauerhaft gestärkt, wodurch das Kind gute Entwicklungschancen bekommt (MOLINSKI 1993, S. 41).

Stillen ist eine sehr umweltfreundliche Form der Ernährung. Wasser und Energie, die notwendig sind, um Flaschen zu waschen und um Säuglingsnahrung herzustellen, werden gespart. Große Mengen an Müll (Verpackungen, Babyflaschen, Flaschenwärmer, Sauger) entstehen erst gar nicht³⁸.

Gesamtgesellschaftlich gesehen sind stillende Mütter ein Gewinn in jeder Hinsicht. Rein ökonomisch gesehen senken sie jedoch das Bruttosozialprodukt durch das Nichtkonsumieren von Verbrauchsgütern wie Säuglingsnahrung und Zubehör und geringeren Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen. Wird darum das Stillen von legislativer Seite nur halbherzig gefördert?

3.3 Kontraindikationen oder Stillhindernisse

Nur wenige Gründe werden als echte Stillhindernisse beschrieben. Abgeraten wird vom Stillen bei HIV-Infektion der Mutter, da das Virus durch die Muttermilch auf das Kind übertragen wird sowie bei Tuberkulose oder Hepatitis-Erkrankung, sofern das Neugeborene nicht unmittelbar nach der Geburt geimpft wurde (STILLEMPFEHLUNGEN DER FRAUENÄRZTLICHEN AKADEMIE SOWIE DER AKADEMIE FÜR KINDERHEILKUNDE UND

³⁷ Eine Untersuchung in den USA fand heraus, dass die Krankenhauskosten für flaschenernährte Kinder 15 mal höher waren als für gestillte Kinder (PASCH 1993, S. 198).

³⁸ Drei Millionen Flaschenkinder erzeugen 70 000 Tonnen Metallabfall (FAHR 1996 a, S. 433).

JUGENDMEDIZIN 1997, S. 25). Auch die Einnahme bestimmter Substanzen (Medikamente³⁹, gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum oder radioaktive Substanzen) kann eine Kontraindikation darstellen.

Vorangegangene Mammaoperationen können das Stillen unmöglich machen.

Eine zu geringe Milchbildung ist, obwohl häufig als Abstillgrund genannt, nur bei 1 bis 5% der Mütter ein tatsächliches Problem: „Eine vermeintlich zu geringe Milchmenge beruht aber eher auf Unsicherheit der Mutter als auf einer tatsächlichen Hypogalaktie“ (HOLTERMANN, DULON 2001, S. 520). Insgesamt betrachtet gibt es nur wenige wirkliche Stillhindernisse und Kontraindikationen.

3.4 Die WHO/UNICEF Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus“

Der weltweite Rückgang der Stillfreudigkeit, die Expansion der Hersteller kommerzieller Babynahrung und die Schätzung der UNICEF, dass weltweit jährlich eine Million Kinder sterben, weil sie nicht ausreichend mit Muttermilch versorgt werden, führten zu einer Stillkampagne der Weltgesundheitsorganisation (HAHN 1995, S. 294).

Die WHO/UNICEF Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus“ (Teil der weltweiten „Initiative Baby Friendly Hospital“ = BFHI) basiert auf der Innocenti-Deklaration von 1990, welche das Ziel hat, allen Müttern das volle Stillen ihres Säuglings in den ersten sechs Lebensmonaten⁴⁰ und dann teilweise bis zum Alter von zwei Jahren zu ermöglichen (HORMANN, NEHLSSEN 1997, S. 10). Die Krankenhäuser wurden aufgefordert, die „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ in ihre Betreuungskonzepte aufzunehmen. Bei erfolgreicher Umsetzung können sich die Einrichtungen durch die Initiative zertifizieren lassen und erhalten dann den Titel „Stillfreundliches Krankenhaus“.

10 Schritte zum erfolgreichen Stillen

Alle Einrichtungen, in denen Entbindungen stattfinden und Neugeborene betreut werden, sollten folgende 10 Anforderungen erfüllen:

1. Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahegebracht werden.
2. Das gesamte Mitarbeiterteam in Theorie und Praxis so schulen, dass es diese Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann.
3. Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren.
4. Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten ½ Stunde nach der Geburt anzulegen.

³⁹ Es gibt jedoch eine große Palette an Medikamenten, die nicht in die Muttermilch übergehen.

⁴⁰ Der gesundheitliche Nutzen von ausschließlicher Stillen über sechs Monate oder darüber hinaus wurde in großen Studien bestätigt (KRAMER, KAKUMA 2002).

5. Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind.
 6. Neugeborenen zusätzlich zur Muttermilch weder Flüssigkeit noch sonstige Nahrung geben, wenn es nicht aus gesundheitlichen Gründen angezeigt scheint.
 7. „Rooming-in“ praktizieren – Mutter und Kind erlauben zusammenzubleiben – 24 Stunden am Tag.
 8. Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.
 9. Gestillten Säuglingen keinen Gummisauger oder Schnuller geben.
 10. Die Entstehung von Stillgruppen fördern und die Mütter bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen.
- (Quelle: SIEBERT, STÖGMANN, WÜNDISCH 1997, S. 18)

Abbildung 1: 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen

Im Jahr 2000 gab es bereits 14.845 als stillfreundlich ausgezeichnete Krankenhäuser in 132 Ländern (OLIVEIRA, CAMACHO, TEDSTONE 2001, S. 326). In Deutschland ließen sich bisher nur 15 Krankenhäuser zertifizieren, wohingegen alle 64 schwedischen Entbindungskliniken die Auszeichnung erhielten (HENZ 2001, S. 59).

Dass im deutschsprachigen Raum das UNICEF-Programm als „Einmischung von außen“ von vielen Klinikleitungen abgelehnt wird (RAGETH, PILZ, UNGER, HUNTER 1998, S. 102), liegt nach Ansicht der Autorin unter anderem an den verfestigten patriarchalischen Klinikstrukturen – die meist männlichen Geburtshelfer lehnen eine Einstufung durch weiblich dominierte Stillgruppen und –verbände explizit ab und setzen auf eine „freiwillige Selbstverpflichtung“ zur Stillförderung (FRAUENÄRZTLICHE AKADEMIE UND AKADEMIE FÜR KINDERHEILKUNDE UND JUGENDMEDIZIN 1997, S. 25). Hierbei wird verkannt, dass eine solche Auszeichnung sowohl Motivator für das Personal als auch Wettbewerbsvorteil für die Klinik, sowie adäquates Instrument zur Qualitätssicherung in der Stillberatung sein kann (LEHMANN-BURI 1998, S. 72). Dies lässt sich aus den Erfahrungsberichten bereits zertifizierter Krankenhäuser (SPRINGER, VOGTMANN, WINKLER, ROBEL-TILLIG, MÖCKEL 1997; RAGETH, PILZ, UNGER, HUNTER 1998; CATTANEO, BUZZETTI 2001; RENZEL 1996) und aus positiven Presseberichten schließen (FUCHS 2002).

Auch wurden die positiven Effekte des „10 Schritte Programms“ auf die Stillfrequenz, Stilldauer und auf die Zufriedenheit der Mütter und des Personals in Studien nachgewiesen (CATTANEO, BUZZETTI 2001; RAGETH, PILZ, UNGER, HUNTER 1998; WRIGHT, RICE, WELLS 1996; DI GIROLAMO, GRUMMER-STRAWN, FEIN 2001; KRAMER, CHALMERS, HODNETT et al. 2001).

Als kritisch für die Einführung werden meist die Punkte 6 und 9 genannt, was unverständlich erscheint, da durchaus ein gewisser Spielraum vorgesehen ist. Auch brauchen

hauptsächlich Säuglinge, die nicht in der Nähe ihrer Mutter sind, Beruhigungssauger. Sieht man sich die aktuelle Situation zu Punkt 7 an (Rooming-in; siehe Abschnitt 2.2.4, S. 14), so kann davon ausgegangen werden, dass die Strukturen der meisten geburtshilflichen Stationen das eigentliche Hindernis darstellen.

3.5 Die aktuelle Situation in Deutschland

Da über das Stillen in Deutschland bisher nur wenige Daten vorlagen, wurde 1997 durch das Bundesministerium für Gesundheit eine länderübergreifende Studie in Auftrag gegeben. Die wesentlichen Ergebnisse der Studie zu Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland (SuSe-Studie), bei der 177 Geburtskliniken und 1717 Mutter-Kind-Paare einbezogen wurden, werden hier kurz zusammengefasst:

- Von primär 90% stillwilligen Müttern stillten 73% ihr Kind bei Entlassung aus der Geburtsklinik voll, 13% teilweise (zum Vergleich: 1988 stillten 55% der Mütter nach der Geburt voll).
- Nach zwei Monaten stillten lediglich noch 42% der Mütter ihr Kind ausschließlich, 28% teilweise (1988 stillten nach drei Monaten 36,5% voll oder teilweise).
- 60% der befragten Mütter hatten vor, ihr Kind sechs Monate voll zu stillen, wie von der WHO empfohlen. Nur 33% der Mütter stillten vier Monate voll und lediglich 10% sechs Monate – 50% haben so ihr primäres Ziel nicht erreicht.
- Im 2. Lebenshalbjahr wurden nur noch 25% der Säuglinge teilgestillt.
- Die mittlere Stilldauer (mit und ohne Zufütterung) lag bei 26 Wochen.
- 9,2% der Säuglinge wurden von Anfang an nicht gestillt.

(HOLTERMANN, DULON 2001, S. 519f; DULON, KERSTING 2001; HORMANN, NEHLSSEN 1997, S. 8)

Insgesamt hat die anfängliche Stillhäufigkeit zugenommen, die Stillquoten bleiben jedoch hinter denen skandinavischer Länder zurück (siehe S. 39).

Neben Abstillgründen, die physisch bedingt sind (z. B. wunde Brustwarzen, Milchstau, Brustentzündung, Trinkschwierigkeiten des Kindes oder dem Empfinden, zu wenig Milch zu haben [HOLTERMANN, DULON 2001, S. 520]) wird wenig über die sozialen und gesellschaftlichen Gründe des Nichtstillens berichtet. In Deutschland ist Stillen im öffentlichen Raum häufig mit Problemen verbunden – die Mütter stoßen auf Unverständnis und Intoleranz. Eine „Stillkultur“ wie in skandinavischen Ländern gibt es nicht (FAHR 1996 b, S. 476).

Eine Vereinbarkeit von Stillen und Berufstätigkeit scheint für viele Frauen ausgeschlossen, obwohl der Gesetzgeber das Mutterschutzgesetz in weiten Teilen auf die gesamte Stillzeit ausgedehnt hat. Den Frauen ist laut MUTTERSCHUTZGESETZ § 7 „die zum Stillen erforderliche Zeit, mindestens aber zweimal täglich eine halbe Stunde oder einmal eine Stunde

freizugeben“ (ARBEITSGESETZTE 2001, S. 345). Wie kommt ein nach Bedarf gestilltes Kind jedoch zur Mutter, wenn es nicht in der Nähe betreut wird? In der Realität gestaltet sich das Stillen am Arbeitsplatz schwierig, auch wenn es bereits vereinzelt Arbeitgeber gibt, die eine betriebliche Betreuung der Kinder ihrer Angestellten initiieren.

So bleibt den stillwilligen Müttern nur, die gesetzlich zugebilligte Elternzeit in Anspruch zu nehmen (BUNDESERZIEHUNGSGELDGESETZ §15) und auf einen großen Teil des Familieneinkommens zu verzichten, da lediglich für acht Wochen nach der Geburt Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht und das Erziehungsgeld nur den untersten und bis zu sechs Monaten den mittleren Einkommensgruppen zusteht (FAHR 1997 a, S. 19).

Die soziale und gesellschaftliche Sicherung und Anerkennung stillender Mütter lässt hierzulande noch viele Wünsche offen.

„Stillen als eine Selbstverständlichkeit in Deutschland und europaweit? Noch nicht. Dafür ist die Flasche als Norm viel zu stark eingepägt. Zweifel an der Stillfähigkeit sind unter Müttern und deren medizinischen Begleitern viel zu verbreitet, die Bedeutung des Stillens und der Muttermilch noch sehr unterbewertet und die Bestrebungen der Industrie für künstliche Babynahrung, ihre Produkte zu verkaufen, noch viel zu erfolgreich.“ (HORMANN, NEHLSSEN 1997, S. 15).

Derzeit bemühen sich verschiedene Gruppen und Verbände um die Verbesserung der Stillsituation⁴¹. Einige beeinflussen wesentlich die Arbeit und Empfehlungen der WHO und UNICEF. In Deutschland ist die Berufsgruppe der Laktationsberaterinnen bisher eine Randerscheinung. Die kosten- und zeitaufwendige Prüfung⁴² zur IBCLC⁴³ wird von den Kliniken kaum gefördert (FRIEDRICH 2001; BECK 1998). Als Multiplikatoren könnten Laktationsberaterinnen in den Geburtskliniken für die Etablierung einer einheitlichen Stillförderung von großem Nutzen sein.

3.5.1 Stillförderung in den Kliniken

„Bezüglich der Schwierigkeiten, die die Frauen in dieser Phase erleben, wird das Personal in der Klinik als wenig verständnisvoll wahrgenommen. Bei den Müttern entsteht das Gefühl, dass das Personal das Stillen als einen Vorgang

⁴¹ Hier die wichtigsten: La Leche-Liga (LLL - internationale Stillgruppenorganisation mit Ursprung in den USA 1970) und La Leche-Liga Deutschland e. V.; Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen (AFS); Verband Europäischer Laktationsberaterinnen (VELB), in dem die nach einem internationalen Programm ausgebildeten und geprüften Laktationsberaterinnen (IBCLC) organisiert sind; Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e. V. (BDL); International Lactation Consultant Association (ILCA – Verband der Laktationsberaterinnen auf internationaler Ebene).

⁴² Die Kandidaten benötigen einen Abschluss in einem medizinisch/pflegerischen Beruf, mindestens 1800 Praxisstunden in der Stillberatung und ein erfolgreich abgeschlossenes Fortbildungsprogramm zur Laktationsberaterin von mindestens 190 Stunden in den letzten drei Jahren. Das Examen ist von der US National Commission for Certifying Agencies anerkannt und findet weltweit in jedem Jahr am gleichen Tag statt. Nach fünf Jahren kann der Titel bestätigt werden und nach 10 Jahren muss das Examen wiederholt werden, um ein dem aktuellen Forschungsstand entsprechendes Wissensniveau aufrecht zu erhalten (FRIEDRICH 2001, S. 66).

⁴³ IBCLC: International Board Certified Lactation Consultant

betrachtet, der von Natur aus in Gang kommt. Diese Sichtweise wird als anstrengend erlebt“ (HASSELER 2001 a, S. 51).

Von den „10 Schritten zum erfolgreichen Stillen“ werden derzeit nur wenige umgesetzt, wie die SuSe-Studie feststellte.

- zu 1.** Über schriftliche Richtlinien zur Stillförderung, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahegebracht werden, verfügten 38% der befragten Kliniken.
- zu 2.** Die Mitarbeiterinnen wurden nur in 20% der Kliniken mehr als einmal im Jahr zum Thema Stillen geschult.
- zu 3.** 80% der schwangeren Frauen wurden über die Vorteile und die Praxis des Stillens informiert.
- zu 4.** In fast allen Kliniken (94%) wurde es Müttern ermöglicht, ihr Kind innerhalb der ersten ½ Stunde nach der Geburt anzulegen.
- zu 5.** Keine Erkenntnisse.
- zu 6.** In 60% der Kliniken war Zufütterung auf medizinische Indikationen beschränkt.
- zu 7.** „Rooming-in“ 24 Stunden am Tag wurde nur in 10% der Kliniken praktiziert.
- zu 8.** Stillen nach Bedarf erfolgte in fast allen befragten Krankenhäusern.
- zu 9.** Lediglich 10% der Abteilungen verwendeten alternative Fütterungsmethoden wie Löffelfütterung.
- zu 10.** Stillgruppen oder Stillberaterinnen gab es nur an 22% der Kliniken.

(HOLTERMANN, DULON 2001, S. 519 ff).

„Bei der Untersuchung wesentlicher Risikofaktoren ($p < 0,01$) für eine Stilldauer von weniger als 4 Monaten ergaben sich folgende Befunde: Mütter mit niedrigem Bildungsabschluss; Mehrgebärende; Mütter ohne Still Erfahrung; alleinerziehende Mütter; Mütter, die in den ersten 14 Tagen Stillprobleme hatten; Mütter, die in der Klinik überwiegend Tages-Rooming-in praktiziert hatten; Mütter, die ihr Kind nicht innerhalb der 1. Stunde nach der Geburt angelegt hatten; Mütter deren Säuglinge in den ersten 3 Tagen pp (post partum A. H.) Säuglingsmilch oder Flüssigkeit zugefüttert wurde“ (DULON, KERSTING 2001).

Insgesamt stellt sich ein erheblicher Verbesserungsbedarf in den Kliniken dar. Besonders das Fehlen von schriftlichen Beratungsrichtlinien führt oft zur Konfusion der Mütter, zu Verunsicherung und damit zu Unzufriedenheit. Das Personal der Klinik kann einen negativen Einfluss auf das Stillen ausüben durch inkonsequente, falsche oder inadäquate Informationen und Unterstützungen (DENNIS 2002, S. 19).

„There is clear evidence for the effectiveness of professional support on the duration of any breastfeeding although the strength of its effect on the rate of exclusive breastfeeding is uncertain. Lay support is effective in promoting exclusive breastfeeding while the strength of its effect on the duration of any

breastfeeding is also uncertain” (SIKORSKI, RENFREW, PINDORIA, WADE 2002, S. 2).

Zahlreiche Studien haben belegt, dass die Unterstützung und Beratung der Mütter präpartal⁴⁴ und postpartal⁴⁵, vor allem „face-to-face“, Einfluss auf den langfristigen Stillterfolg haben (PORTEOUS, KAUFMANN, RUSH 2000; MORROW, GUERRERO, SHULTS, CALVA, LUTTER, BRAVO ET AL. 1999; CATTANEO, BUZZETTI 2001; PUGH, MILLIGAN 1998; SUSIN, GIUGLIANI, KUMMER, MACIEL, SIMON, SILVEIRA 1999).

Bei zwei großen Literaturanalysen zum Thema Stillen und Interventionen zu dessen Unterstützung, erschienen im *Journal of Human Lactation* und im *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, findet sich nicht eine deutsche Studie (OLIVEIRA, CAMACHO, TEDSTONE 2001; DENNIS 2002). Dies kann als Zeichen dafür gewertet werden, dass der Forschungs- und Handlungsbedarf bisher unterschätzt wurde. Vor allem für die Pflegeforschung gibt es in diesem Bereich noch ein großes Feld, welches nur darauf wartet, bestellt zu werden.

3.5.2 Nachklinische Stillberatung

Der Gesetzgeber sichert jeder Frau nach der Geburt eines Kindes und dem Klinikaufenthalt eine Hebammenbetreuung zu⁴⁶. Doch viele Eltern wissen von diesem Anspruch nichts oder erfahren zu spät davon (ALBRECHT-ENGEL 1997, S. 33). Jede Frau muss sich selbst um eine Hebamme kümmern, welche sie im Wochenbett zu Hause betreuen wird.

Durch die Verkürzung der Liegedauer nach einer Geburt in der Klinik und dem Trend zur ambulanten Geburt ist eine häusliche Unterstützung der Frauen von großer Bedeutung, da viele Stillprobleme erst einige Tage nach der Entbindung mit dem Milcheinschuss beginnen. Die Studie von ESCOBAR et al. (USA) hat erwiesen, dass häusliche Besuche bei Müttern nach kurzem Krankenhausaufenthalt (< 48 Stunden) zu einem signifikant besseren Stillterfolg führten (ESCOBAR, BRAVEMAN, ACKERSON, ODOULI, COLEMAN-PHOX et al. 2001, S. 723; LIEU, BRAVEMAN, ESCOBAR, FISCHER, JENSVOLD et al. 2000, S. 1058).

Auch britische Studien zeigten eine deutliche Steigerung der Stillrate (27%) bei häuslicher Unterstützung durch Hebammen (OLIVEIRA, CAMACHO, TEDSTONE 2001, S. 335).

Zum Thema mütterliche Müdigkeit als Abstillgrund forschten PUGH und MILLIGAN. Nach sieben postpartalen Hausbesuchen durch „professional community health nurses“ und eingehender Beratung und Unterstützung stillten 50% der Mütter mit dieser Intervention

⁴⁴ präpartal: vor der Geburt

⁴⁵ postpartal: nach der Geburt

⁴⁶ Tägliche Besuche bis zum 10. Tag nach der Geburt und 16 Leistungen im Zeitraum zwischen dem 11. Tag nach der Geburt und bis zum Ablauf von acht Wochen sind abrechnungsfähig (HEBAMMENHILFE-GEBÜHRENVERORDNUNG Anlage zu § 2 Abs. 1). Während der gesamten Stillzeit kann bei Problemen Hebammenhilfe in Anspruch genommen werden.

noch nach sechs Monaten gegenüber 27% der Kontrollgruppe (PUGH, MILLIGAN 1998, S. 192).

Deutsche Studien zum Verhältnis zwischen häuslicher Hebammenhilfe und Art der Ernährung der Säuglinge konnten nicht gefunden werden.

Veränderungen im klinischen Bereich mit dem Ziel der Optimierung der Stillberatung in der kurzen Zeit des Klinikaufenthalts der Frauen im Wochenbett greifen zu kurz, wenn sie nicht mit einer nachklinischen Betreuung verbunden werden.

3.6 Schlussfolgerungen

Stillen hat evidente und langfristige Vorteile für Mutter und Kind und muss daher als unbedingt förderungswürdig angesehen werden. Alle Mütter und Väter sollten bereits präpartal über die Vorteile des Stillens gründlich informiert sein, um eine wohlüberlegte Entscheidung treffen zu können, wie sie ihr Kind ernähren möchten. Diese Entscheidung ist von Pflegenden und Medizinern nach aktuellem Forschungsstand zu unterstützen.

Die Bestandsaufnahme hat jedoch gezeigt, dass es an deutschen Kliniken noch einen großen Nachholbedarf gibt, vor allem, was die Strukturen und Abläufe anbelangt. Im Folgenden wird zu prüfen sein, ob Primary Nursing ein Weg zu mehr Kontinuität in der Pflege und Beratung sein kann und welche Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches und effektives neues Pflegesystem vorhanden sein müssen.

4 PRIMARY NURSING

4.1 Begriffsklärungen

Die in Abschnitt 2.2.2 beschriebene Teilung der Pflege von Mutter und Kind im Wochenbett ist Ausdruck einer Funktionspflege. Integrative Konzepte bewegen sich mehr in Richtung Gruppenpflege oder Bezugspflege. Was steckt jedoch hinter diesen Begriffen? Beim Literaturstudium wurde deutlich, dass sich die unterschiedlichsten Definitionen der Pflegesysteme finden. Daher scheint es notwendig, für diese Arbeit vorab einige Definitionen auszuwählen.

Funktionspflege⁴⁷

Die pflegerische Arbeit wird bei der Funktionspflege funktional zwischen den Beschäftigten aufgeteilt, das Vorgehen ist standardisiert und zeitökonomisch ausgerichtet. Eine Pflegekraft übernimmt eine Aufgabe und führt sie bei allen Patientinnen aus (z. B. „Durchbetten“). Monotonie, Unterforderung und Sinnentleerung können die Folge einer solchen rigiden

⁴⁷ Im englischen "functional nursing" oder "team nursing".

Arbeitsteilung sein (MÜHLBAUER, REINARDT, SÜLLWOLD 1994, S. 469). Konsequenzen für die Patientinnen sind Diskontinuität, Fragmentierung und letztendlich Unzufriedenheit. Die Stationsleitung bildet die Spitze der Statushierarchie, ganz unten befinden sich z. B. die Schülerinnen des ersten Ausbildungsjahres. Analog dazu gibt es eine Hierarchie der Tätigkeiten: Den Schülerinnen werden einfachere Aufgaben zugeordnet, den erfahrenen Schwestern die angeseheneren. Dieses Pflegesystem ist im weitesten Sinne vergleichbar mit der Arbeitsteilung, wie sie von TAYLOR am Beginn des 20. Jahrhunderts propagiert wurde⁴⁸: Trennung der Planung von der Ausführung, rationeller Einsatz der Menschen im Produktionsprozess, Kontrolle durch das Management (STAEHLE 1994, S. 22/23). Andererseits weist das System starke bürokratische Merkmale auf (Bürokratiemodell nach Max WEBER⁴⁹): Spezialisierte Aufgabenerfüllung, strenge Hierarchie, Ausführung nach technischen Regeln und Normen (STAEHLE 1994, S. 28). Folge kann die Entfremdung der Mitarbeiterinnen von ihrer Tätigkeit sein, da ihre gesamten Fähigkeiten nicht zum Einsatz kommen.

„Paradoxically, the people who are the most suitably qualified to care for the sick spend most of their time caring for the least sick“ (PONTIN 1999, S. 585).

Die Funktionspflege ist heute noch sehr verbreitet.

Ganzheitspflege oder patientenorientierte Pflege⁵⁰

Sinn einer ganzheitlichen Pflege ist es, die Patientinnen mit nur wenigen Pflegepersonen je Schicht zu konfrontieren und den Pflegenden die Verantwortung für alle Pflegeabläufe bei einer bestimmten Anzahl von Menschen zu geben. Die Trennung von Planung und Ausführung soll vermieden werden (MÜHLBAUER, REINARDT, SÜLLWOLD 1994, S. 472). Unterschiedliche Pflegesysteme, die eine Neuverteilung der pflegerischen Arbeit gegenüber der Funktionspflege gemein haben, werden üblicherweise als „ganzheitlich“ bezeichnet (BREIT, BÖHNER 1991). Dazu gehören Bereichs- oder Gruppenpflege⁵¹, Zimmerpflege oder Patientenzuteilung⁵², Bezugspflege⁵³ und Primary Nursing.

⁴⁸ TAYLOR, Frederick Winslow: The Principles of Scientific Management (1911). Scientific Management: Als Paradebeispiel gelten die Ford Highland Park Werke 1913, bei denen FORD Menschen und Maschinen am Fließband arbeitsorganisatorisch optimal anordnete und uniforme Massenprodukte fertigen ließ (STAEHLE 1994, S. 25).

⁴⁹ WEBER, Max: Wirtschaft und Gesellschaft (1921).

⁵⁰ Im Englischen am ehesten gleichzusetzen mit „human centred nursing“ .

⁵¹ Stationen werden in kleinere Gruppen oder Bereiche unterteilt und von einer Gruppen- oder Bereichsleitung geleitet, die wiederum der Stations- bzw. Abteilungsleitung gegenüber rechenschaftspflichtig ist. Pflegepersonen sind für alle Patientinnen bestimmter Bereiche zuständig. Die Patientin hat so weniger Kontaktpersonen, die Pflegenden wissen besser über einzelne Patientinnen Bescheid. Auch erhalten die Pflegenden mehr persönlichen Entscheidungs- und Verantwortungsspielraum (KIM 1995, S. 312). Hierarchien sind weiterhin vorhanden und sogar noch um eine Ebene erweitert (Gruppenleitung).

⁵² Bei der Zimmerpflege werden am Schichtbeginn die Patientinnen den einzelnen Pflegenden zugeteilt. Um Wege zu vermeiden werden die Zuständigkeiten auf die Zimmer verteilt (siehe Bereichs- oder Gruppenpflege). Die Gesamtkontrolle behält die Stationsleitung. In jeder Schicht wechseln die Verantwortlichkeiten.

Primary Nursing

Die Begriffe Bezugspflege und Primary Nursing werden in der deutschen Literatur teilweise synonym verwendet (BLESES 1996; BLESES 1998; ANDRASCHKO 1996). Wie im Bezugspflegesystem übernimmt eine Pflegeperson die Verantwortung für eine Patientin von der Aufnahme bis zur Entlassung, 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche. Sie erstellt den Pflegeplan, ist für die Durchführung und Dokumentation der Pflegemaßnahmen verantwortlich, spricht mit Ärztinnen und Angehörigen und plant die Entlassung (KELLNHAUSER 1994, S. 747). Die zwischenmenschlichen Beziehungen stehen in der Originalliteratur nicht so sehr im Vordergrund wie bei der Bezugspflege (MANTHEY 1980 a). Es geht vielmehr um eine Kontinuität der Pflege und um Verantwortungsübernahme. Daher schlägt KELLNHAUSER als alternativen deutschen Begriff die „Primär-Pflege“ vor, da dies im Sinne von „Erst-Verantwortung“ oder „Haupt-Verantwortung“ passender wäre (KELLNHAUSER 1998 a, S. 634).

Als wertvollstes Gut in diesem System betrachtet MANTHEY die Pflegenden (MANTHEY 1980b). Der Ansatz entspricht humanistischen Managementideen wie Human Resources: Die Mitarbeiterinnen werden als Quelle einer Vielzahl von Fähigkeiten betrachtet, das Management muss herausfinden, wie diese gefördert und im Sinne des Unternehmens einzusetzen sind (STAEHLE 1994, S. 38).

Durch die Übernahme von Verantwortung wird die Arbeit der Pflegenden qualitativ bereichert, was modernen Personalentwicklungsideen entspricht (Job enrichment [DAMROWSKI, MEYER-PANNWITT, PRECHT 2000, S. 135]).

Fest steht, dass die Grenzen zwischen den Systemen fließend sind und scharfe Abgrenzungen unmöglich erscheinen. Teilweise werden Arbeitsabläufe in Gruppenpflegesystemen wiederum funktionalisiert (SCHLETTIG, HEIDE 1993, S. 82). Im Sinne einer kontinuierlichen Pflege für die Patientinnen ist eine Bezugs- oder Primär-Pflege sicher das Sinnvollste. In dieser Arbeit soll es im folgenden um das Primary-Nursing-System gehen. Parallelen zur Bezugspflege sind zwangsläufig. Da das Organisationsmodell Primary Nursing als solches in der Literatur gut beschrieben ist, wird dieser Terminus im folgenden beibehalten.

⁵³ Eine Pflegekraft soll in diesem System kontinuierlich von der Aufnahme bis zur Entlassung für eine Patientin zuständig sein. Damit wird die gesamte Verantwortung für den Pflegeverlauf auf eine Bezugsperson übertragen. Die Intensivierung zwischenmenschlicher Beziehung wird bei diesem System betont (SCHLETTIG, HEIDE 1993, S. 10). In der Realität wird jedoch oft schon von Bezugspflege gesprochen, wenn eine Pflegekraft über die Dauer eines Dienstes für eine Reihe von Patientinnen die Verantwortung trägt.

4.2 Geschichte des Primary Nursing

Primary Nursing als Organisationskonzept entstand in den USA Anfang der sechziger Jahre. Es gab zu dieser Zeit zahlreiche Ansätze, welche auf eine Umstrukturierung der Pflegeorganisation zielten (z. B. von Lydia HALL am Loeb Centre New York). Wer nun genau mit einem derartigen Pflegesystem begonnen hat, lässt sich nicht mehr zweifelsfrei nachvollziehen, jedoch wird Marie MANTHEY gemeinhin als Begründerin des Primary Nursing bezeichnet (ERSSER, TUTTON 2000, S. 22).

„Sie (MANTHEY A. H.), aber auch weitere Pflegende in den USA, stellten fest, daß Gruppenpflege sehr problematisch ist; Patienten erhielten bruchstückhafte, entpersönlichte und keine kontinuierliche Pflege, und Pflegende fühlten sich angesichts ihrer Arbeit entmutigt und frustriert“ (ERSSER, TUTTON 2000, S. 22).

Am Universitätshospital Minneapolis (Minnesota/USA) wurde Primary Nursing 1968 von MANTHEY mit Erfolg eingeführt. Danach verbreitete sich das System in den USA und folgend, ausgehend von Manchester, Oxfordshire und Burford, auch in weiten Teilen Großbritanniens (FISCHER 2002, S. 70). 1989 wurde das *Primary Nursing Network* vom *King's Fund Centre for Health Service Development* London gegründet. Primary Nursing wird heute außerdem z. B. in Australien, Japan, der Schweiz, Finnland und auch in Deutschland praktiziert (TEBMANN 1996, S. 46). Hier begann die Umsetzung relativ spät.

Das Evangelische Amalie Sieveking Krankenhaus e. V. in Hamburg und das Therapiezentrum Burgau waren die ersten Vertreter in Deutschland Mitte der neunziger Jahre (FISCHER 2002, S. 70). Im Therapiezentrum Burgau wurde eine Fachweiterbildung zur Primary Nurse in der neurologischen Rehabilitationspflege etabliert (NEUMANN, STREUBELT 2002).

Im Juni 2000 organisierten sich die wenigen deutschen Vertreter im Primary Nursing Netzwerk. Weitere Mitglieder sind nach den genannten Pionieren u. a. das Klinikum Ingolstadt, das Universitätsklinikum Frankfurt am Main, das Klinikum der Philips-Universität Marburg sowie einige Vertreter ambulanter Dienste⁵⁴. Die Kontaktaufnahme mit den Mitgliedern des Netzwerks ergab, dass es bisher keine Wöchnerinnenstation mit einem Primary-Nursing-System gibt.

4.3 Grundlagen des Primary Nursing

Vier Elemente sind Kernstücke des Primary Nursing:

- Verantwortung der einzelnen Pflegekraft für die Pflegequalität
- Tägliche Zuteilung nach dem Prinzip der fallbezogenen Pflege
- Direkter Kommunikationsfluss

⁵⁴ Siehe http://www.primarynursing.de/Kontakt/hauptteil_kontakt.html

- Pflegedurchführender ist sogleich Pflegeplanender

(MANTHEY 1980 a zitiert nach ERSSER, TUTTON 2000, S. 5).

PONTIN stellt heraus, dass diese vier Elemente durch die Ergänzung anderer Autoren im Laufe der Zeit auf zehn angewachsen sind: Die „5a's and 5c's“:

- ✓ Accountability – the acceptance of the ultimate results of action taken...
 - ✓ Advocacy – the process of representing the case of another...
 - ✓ Assertiveness – the indication of appropriate feelings and behavior...
 - ✓ Authority – the right to use powers or controls to influence or command others...
 - ✓ Autonomy – the commitment of self-direction or initiation of independent action...
 - ✓ Collaboration – the sharing of insights, skills, knowledge, and/or resources of people...
 - ✓ Communication – the interaction or process where information is interchanged...
 - ✓ Commitment – the support for a defined cause...
 - ✓ Continuity – an uninterrupted process...
 - ✓ Co-ordination – organized action...”
- (PONTIN 1999, S. 586).

Abbildung 2: 10 Elemente des Primary Nursing

Verantwortung, das Vertreten der Patienteninteressen, Kongruenz, Autorität, Autonomie, Zusammenarbeit, Kommunikation, Verpflichtung, Kontinuität und Koordination sind demnach Merkmale der Pflege im Primary-Nursing-System.

Eine Patientin wird ihrer Primary Nurse zugeteilt, welche sie von der Aufnahme bis zur Entlassung, idealer Weise noch darüber hinaus im ambulanten Bereich oder der häuslichen Pflege begleitet. Die Verantwortung für die Patientin wird so dezentralisiert und von der Stationsleitung auf die Pflegedurchführenden übertragen (MANTHEY 1980 b, S. 11). Mit der Verantwortung verbunden muss die Pflegendende autorisiert sein, Entscheidungen am Patienten zu treffen und ist für diese rechenschaftspflichtig. Die Pflegeplanende führt die Pflege selbst aus. Wichtig ist eine schriftliche Pflegeplanung, an welche sich die folgenden Dienste halten können und eine Pflegedokumentation anhand derer die Primary Nurse überprüfen kann, was in ihrer Abwesenheit am Patienten unternommen wurde.

Hierdurch wird ein hohes Maß an Kontinuität erreicht, was auch die Ausbildung einer Patient-Pflegeperson-Beziehung begünstigt⁵⁵ (ERSSER, TUTTON 2000, S. 9).

⁵⁵ Hier sind die Parallelen zur Bezugspflege unübersehbar.

Primary Nursing wird auch als „Vehikel zur Durchführung professioneller Pflege“ gesehen – Voraussetzung hierfür ist natürlich eine fachlich kompetente Pflegekraft (ERSSER, TUTTON 2000, S. 32).

Die Primary Nurse

Primary Nurses übernehmen die Verantwortung für eine Reihe von Patientinnen, abhängig von der Pflegeintensität (ALSOPP 2000, S. 105). Die Primary Nurse muss neben einem fundierten Fachwissen über die nötigen Schlüsselqualifikationen verfügen. Dies sind vor allem Fähigkeiten im kommunikativen Bereich (Zuhören, Beraten, Einfühlen, konstruktive Konfliktlösungsstrategien) und integrativer Art (Teamfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Organisationsfähigkeit). Des Weiteren führt sie die Pflegeplanung durch und muss in der Lage sein, den Pflegeprozess zu dokumentieren, da sie über die an den Patientinnen getroffenen Maßnahmen rechenschaftspflichtig ist (FITZGERALD 2000, S. 64f). Die Primary Nurse kommuniziert direkt mit den Patientinnen, deren Angehörigen, den Ärzten und Therapeuten sowie anderen beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus. Sie ist so auch für die Gestaltung und Organisation des Tagesablaufs des Betroffenen zuständig (HART 2000, S. 124). Insofern wird sie zur Case-Managerin⁵⁶ der Patientinnen.

Auch, wenn die Primary Nurse die Verantwortung für die Patientin 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche übernimmt, muss sie selbstverständlich nicht die ganze Zeit anwesend sein. Während ihrer Abwesenheit übernehmen die Associate Nurses die Pflege nach den von der Primary Nurse vorgegebenen Zielen und Richtlinien.

Die Associate Nurse

Die Associate Nurse vertritt die Primary Nurse während ihrer Abwesenheit. Sie hält sich bei ihrer Pflege an die vorgegebene Planung, ist jedoch berechtigt bzw. verpflichtet, eigene Entscheidungen zu treffen, wenn dies notwendig erscheint, welche sie dann vor der Primary Nurse rechtfertigen muss (KELLNHAUSER 1994, S. 48). Associate Nurses sollten nicht anfangen, funktionelle Pflege zu betreiben. Das Prinzip, alle Maßnahmen am Patienten durch eine Person durchführen zu lassen bleibt bestehen. Nur so kann die Qualität der Pflegeinterventionen beurteilt und ggf. modifiziert werden. Idealerweise können Associate Teams gebildet werden, die dann bestimmten Primary Nurses zugeordnet sind (ALLSOPP 2000, S. 93). Associate Nurses können z. B. Teilzeitkräfte oder Pflegenden sein, die gerade keine Primär-Patientinnen betreuen, oder diese Tätigkeit in Vorbereitung auf ihre Tätigkeit als Primary Nurse ausführen (GOULDING, HUNT 2000, S. 83f). Associate Nurses sind direkt der Stationsleitung unterstellt.

⁵⁶ Case-Management: Fallbezogenes Management des Aufenthalts im Krankenhaus.

Die Stationsleitung (Head Nurse)

Zahlreiche Entscheidungen werden im Primary-Nursing-System dezentralisiert und entfallen so als Aufgaben der Stationsleitung. Die Stationsleitung wird z. B. von der Aufgabe der Pflegeplanung und Aufgabenzuteilung entlastet und kann sich so verstärkt dem Personalmanagement zuwenden. Sie sollte dafür sorgen, dass die Pflegenden entsprechend der gegebenen Anforderungen qualifiziert sind. Des Weiteren steht sie als Pflegeexpertin zur Verfügung, wenn Primary Nurses Rat benötigen. Personalentwicklung, Personalauswahl, Personalführung und Qualitätsmanagement sowie die Durchführung von Pflegevisiten sind neue Aufgabenschwerpunkte (WEIDEMANN 1999 a, S. 577). Meist arbeiten die Stationsleitungen nicht selbst als Primary Nurses wegen der möglichen Unvereinbarkeit beider Rollen (GOULDING, HUNT 2000, S. 83; ANDRASCHKO 1996, S. 10).

Ein partizipativer, kooperativer Führungsstil gilt als Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Einführung von Primary Nursing (FISCHER 2002, S. 72; WEIDEMANN 1999 b, S. 648).

4.4 Vor- und Nachteile für Patienten und Personal

4.4.1 Auswirkungen auf das Personal

„Primary Nurses und alle anderen Pflegenden, die innerhalb des herausfordernden und spannenden Primary-Nursing-Systems arbeiten, blühen geradezu auf, wenn sie die Möglichkeit erhalten, mehr Verantwortung zu übernehmen“ (GOULDING, HUNT 2000, S. 85).

Die Pflegenden im Primary-Nursing-System können durch den Verantwortungszuwachs mehr Befriedigung aus ihrer Arbeit ziehen (STEVEN 1999, S. 342). Durch ein gesteigertes Selbstwertgefühl wird es ihnen möglich, sich gegenüber anderen Berufsgruppen zu behaupten (KELLHAUSER 1998, S. 641).

Primary Nurses sind den Patientinnen näher und können Beziehungen aufbauen. Sie können ihr ganzes Repertoire an Fähigkeiten einsetzen. Sie erleben ihre Arbeit als Ganzes, nicht mehr fragmentiert und funktionsorientiert (MELCHIOR, HALFENS, ABU-SAAD, PHILIPSEN, BERG 1999). Durch eine verbesserte Personalentwicklung werden die Pflegenden entsprechend ihrer Fähigkeiten gefördert. MANTHEY plädiert dafür, eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen, in der den Pflegenden auch erlaubt wird, Fehler zu machen:

„A positive belief about nurses' commitment to giving good patient care also results in reasonable tolerance toward human error. Fear of committing an error in medication administration or in the performance of treatment procedures has infected the nursing profession with an unhealthy attitude toward the reality of human error. Although a supreme being is the only entity to which we attribute qualities of infallibility, our profession has not learned how to deal effectively with the reality of human fallibility“ (MANTHEY 1980 b, S. 14).

Eine gewisse Toleranz erleichtert Entscheidungen, der Druck auf die einzelne Pflegekraft nimmt ab. Die größte Angst der Pflegenden, nämlich die, dass sie mit ihrem Namen für ihr Tun einstehen müssen, wird abgebaut (MANTHEY 1980 b, S. 15).

Die Pflegenden müssen im Primary-Nursing-System sehr eng mit den Patientinnen und Angehörigen zusammenarbeiten, wodurch sie emotional verletzbar werden können (SEARS, WILLIAMS 2000, S. 180). Oft bestehen Unsicherheiten im Umgang mit Nähe und Distanz (MISCHKE 2002, S. 76). Um einfühlsam auf die Belange der Patienten eingehen zu können, müssen die Pflegenden etwas von sich selbst geben. Das setzt eine starke Persönlichkeit und adäquate Stressbewältigungsmodelle voraus (DEWING 2000, S. 160). Ein Mangel an Vorbereitung auf die neue Rolle kann die Primary Nurse in eine schwierige Situation bringen. Die Last der Verantwortung, das Gefühl allein zu arbeiten und die Pflicht sich zu rechtfertigen können enormen Stress auslösen.

„Damit sich Stress und Lohn die Waage halten, ist es wichtig, daß sich die Primary Nurses ihrer Erfolge bewusst sind, da Pflegende häufig nur ihr Versagen und nicht ihre Erfolge registrieren. Erfahrene Primary Nurses erkennen, wie viel des Outcomes ihrer Pflege zuzuschreiben ist. Dabei werden Primary Nurses herausfinden, daß es tatsächlich mehr Erfolge als Mißerfolge gibt“ (DEWING 2000, S. 163).

Associate Nurses sind ähnlichem Druck ausgesetzt, besonders, wenn Primary Nurses starr auf ihren Pflegeplan beharren (DIEHL 1991, S. 278). Hinzu kommt eventuell die fehlende Anerkennung ihrer Arbeit durch die Stationsleitung oder die Primary Nurses. Inoffizielle Hierarchien können sich bilden und zu Fronten innerhalb des Pflegeteams führen. Es muss allgemein anerkannt sein, dass die Associate Nurses eine gleichwertige Arbeit am Patienten verrichten.

Der Führungsstil der Pflegeleitung, ein positives Klima, flexible Arbeitszeitmodelle, die Möglichkeit, Supervision und Coaching in Anspruch zu nehmen, können sehr hilfreich bei der Bewältigung dieser Konflikte sein.

Angesichts der großen Herausforderung für die Beteiligten muss bei der Einführung mit einer gewissen Fluktuation gerechnet werden, wie Studien zeigten (MELCHIOR, HALFENS, ABU-SAAD, PHILIPSEN, BERG 1999).

Ärztliches Personal lernt die Vorteile nach einer gewissen Übergangszeit schätzen. Sie erhalten eine Ansprechpartnerin, die genau über die Patientinnen Bescheid weiß. Befürchtungen, dass ihren Anordnungen in diesem System weniger Bedeutung beigemessen wird, können durch eine gute Information der Mediziner über den Sinn von Primary Nursing ausgeräumt werden (SEARS, WILLIAMS 2000, S. 189).

4.4.2 Auswirkungen auf die Patientinnen

„Do all patients need a primary nurse? (Antwort MANTHEY A.H.) Yes. Primary nursing is a delivery system. As such, its patients have a right to receive all of the elements in that system. If some patients do have, while other patients do not have, primary nurses, both patients and all those who visit patients become aware of a two-class-system...Short-term patients have the same right to know who is coordinating their care as do long-term patients” (MANTHEY 1989, S. 22).

Die Vorteile für die Patientinnen, im Primary-Nursing-System gepflegt zu werden, sind mannigfaltig. Die Patientin erhält eine feste Ansprechpartnerin für den gesamten Krankenhausaufenthalt. Diese ist mit der Anamnese und dem Verlauf der Betroffenen bestens vertraut. Auf Veränderungen des Krankheitsbildes kann schnell reagiert werden. Die Kommunikation mit den Therapeuten wird optimiert. Die Patientinnen werden in ihre Pflege einbezogen, die Pflege wird individueller. Pflegeinterventionen werden verständlicher und können besser hinterfragt werden, da sich (im günstigsten Fall) ein Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Primary Nurse bildet. Primary Nursing kann das Muster der Kommunikation Pflegekraft – Patientin verbessern und damit wiederum das Wohlergehen der Patientin beeinflussen. Zwischenmenschliche Pflege wird so zum therapeutischen Prozess. Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen kann durch Primary Nursing gesenkt werden (ERSSER, TUTTON 2000, S. 146).

Angehörige und Bezugspersonen erhalten einen festen Ansprechpartner. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Angehörigen steigt (MELCHIOR, HALFENS, ABU-SAAD, PHILIPSEN, BERG 1999, S. 88).

Nachteilig kann der limitierte Zugang der Patientin zum Pfllegeteam sein (ERSSER, TUTTON 2000, S. 153). Passen Primary Nurse und Patientin nicht zusammen, treten Schwierigkeiten in der Interaktion auf und unternimmt die Pflegekraft nichts dagegen, so ist die Betroffene dem ausgeliefert. Kritiker des Konzepts meinen, dass die Patientenautonomie herabgesetzt wird durch die Macht der Pflegenden, die Klienten in ihrer Wahlfreiheit zu beschränken (STEVEN 1999, S. 345). MANTHEY schreibt dazu:

„An important factor in the primary nursing assignment is the patient’s right to participate in the decision making process. Since most nurses are not usually known to newly admitted patients, participation at the point of admission is limited to patients who have been previously hospitalized on the unit. If at any time during a patient’s hospitalization, he or she expresses the desire to change primary nurses or expresses an inability to relate well with his primary nurse, reassignment should be made quickly and with impunity...The same is true when a patient does not get along with a nurse” (MANTHEY 1989, S. 23).

Das System muss implizit die Möglichkeit des Wechsels der Primary Nurse beinhalten. Die Stationsleitung muss fähig sein, Unstimmigkeiten zwischen Pflegekraft und Patientin zu erkennen und diese zur Sprache zu bringen.

5 BETRACHTUNG AUSGEWÄHLTER PFLEGEKONZEPTE

5.1 Primary Nursing und Bezugspflege im deutschsprachigen Raum

Aus Mangel an veröffentlichten Primary-Nursing-Projekten wird hier u. a. auf Modelle der Bezugspflege zurückgegriffen, da sich die Erfahrungen bei der Einführung wegen der großen Nähe zu Primary Nursing vergleichen lassen.

Therapiezentrum Burgau – Primary Nursing

Im Therapiezentrum Burgau entschloss man sich 1994 Primary Nursing einzuführen, als es in der Beziehung noch keine Erfahrungen in Deutschland gab. Im Zuge der Konzeptentwicklung wurde großes Interesse der Pflegenden an einer Umstrukturierung sichtbar, es traten aber auch Ängste zu Tage. Es wurde erkannt, dass eine Implementierung nur im Zusammenhang mit einer umfassenden Qualifikation des Pflegeteams in Hinblick auf die neuen Anforderungen zu wagen war. Die bereits in Abschnitt 4.2 erwähnte Weiterbildung zur Primary Nurse wurde konzipiert. Soziale und integrative Kompetenzen werden den erfahrenen Pflegenden (Voraussetzung mindestens zwei Jahre Berufserfahrung) in 400 theoretischen und 320 klinisch-praktischen Unterrichtsstunden vermittelt. Die Erfahrungen werden als durchweg positiv geschildert: Die Auswertungen der Pflege-Planungen

„belegen signifikant positive Qualitätsentwicklungen...In der Pflegepraxis zeigt sich immer mehr klare und verantwortliche, patientenbezogene Pflegezuständigkeit. Angehörigenarbeit wird geplant und zielorientiert geleistet“ (NEUMANN, STEUBELT 2002, S. 80).

Die Weiterbildung ist beispielgebend für die Einführung von Primary Nursing in anderen Kliniken. Langfristig sollten diese Inhalte in die grundständige Pflegausbildung einfließen.

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke – Bezugspflege

Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke erarbeitete bereits 1988 ein patientenorientiertes Pflegesystem. Die Einführung zog sich, wie auch bei den folgenden Beispielen, über Jahre hin.

Im Bezugspflegesystem des anthroposophisch orientierten Krankenhauses Herdecke ist

„jede Pflegende zugleich ‚PN‘ und ‚AN‘ (Primary Nurse und Associated Nurse), Bezugspflegerin und ‚nur‘ vorwiegend Ausführende. In der jeweiligen Rolle wechseln die Aufgaben zwischen den gleichberechtigten Teammitgliedern. Bei jeder Pflegenden des Teams liegen Planung, Koordination und praktische Pflege in einer Hand“ (SCHLETTIG, HEIDE 1993, S. 90).

Das Pflegesystem der Bezugspflege, wie es in Herdecke praktiziert wird, grenzt sich bewusst vom Primary Nursing ab und kommt dem dennoch sehr nahe. Kritisiert werden am Primary Nursing die Hierarchien zwischen Primary Nurses und Associate Nurses, was

sicher nicht unberechtigt ist, da solche Unterscheidungen für den deutschen Pflegedienst ungewöhnlich sind und die genannten Risiken in sich bergen (siehe Abschnitt 4.4.1, S. 33). Die Bezugspfleger in Herdecke sind für die Aufnahme, Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Evaluation und Entlassung ‚ihrer‘ Patienten zuständig. Die Ausführungsverantwortung haben sowohl Bezugspfleger als auch deren Vertretungen (SCHLETTIG, HEIDE 1993, S. 105). Wichtige Elemente des Primary Nursing finden sich also wieder.

Wie der Internetseite des Krankenhauses zu entnehmen ist, werden die Patienten in Herdecke seit 1988 zunehmend im Bezugspflegesystem betreut⁵⁷.

Kantonsspital Basel (Schweiz) – Bezugspflege

Das Personal einer chirurgischen Station am Kantonsspital Basel sah sich aufgrund des Rufs der Abteilung als „kalte, unpersönliche Fabrik“ veranlasst, ihr Pflegesystem zu überdenken (WALSER, SETTELEN-STRUB 1998, S. 8). 1992 wurde das „Projekt Bezugspflege“ ins Leben gerufen und als langfristiger Prozess zur Änderung der Strukturen etabliert. Ziel war es, den Patienten eine bessere Pflegequalität zu bieten und den Pflegenden mehr Mitsprachemöglichkeiten bei der Entwicklung ihres Arbeitsbereichs zuzubilligen. Die Pflegeabläufe waren zu betriebsorientiert anstatt kundenorientiert. Mehr Offenheit und Transparenz sollten das Arbeitsklima verbessern und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen grundlegend optimieren.

Anhand der Stufen des systemischen Projektmanagements wurde ein Projektablauf konzipiert, verschiedene Arbeitsgruppen wurden ins Leben gerufen. Es wurde bedacht, dass die Veränderung langsam vor sich gehen muss, um die Betroffenen nicht zu überfordern oder zu verunsichern (WALSER, SETTELEN-STRUB 1998).

Die 1995 vorliegenden Resultate sprechen für das Projekt: Die Patienten äußerten sich zufrieden über die klaren Zuständigkeiten und die persönliche Betreuung; die Pflegenden fanden mehr Freude an ihrer Tätigkeit, beschrieben jedoch auch Situationen der Überforderung bei komplexen Patientensituationen; die Führungsebene rückte dichter zusammen und berichtete von mehr Zusammenhalt unter den Pflegenden.

„Der Mitarbeiter hat keine reine ausführende Funktion mehr, sondern wird selbst zum Handelnden, in einem Umfeld, das seinerseits auf ihn wirkt. Dieses Gefühl der Wertschätzung, der Möglichkeit zur eigenen Entfaltung, spiegelt sich in seiner Haltung dem Kranken gegenüber wider, der sich durch das ihm entgegengebrachte Interesse in den Pflegeprozeß einbezogen fühlt“ (WALSER, SETTELEN-STRUB 1998, S. 17).

⁵⁷ http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/dashaus/txt_pfleger.htm (Zugriff 8.5.2002)

Klinikum Ingolstadt – Primary Nursing

Einen nicht ganz gradlinigen Weg bei der Einführung von Primary Nursing beschreibt MISCHKE für das Klinikum Ingolstadt. Hier wurde 1999 die Entscheidung getroffen, Primary Nursing einzuführen und ein Projekt für die Dauer von zwei Jahren angelegt. Inzwischen wurde das Projekt verlängert. Es ist abzusehen, dass die vollständige Einführung von Primary Nursing noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Grundsätzliche Veränderungen, die mit einem Paradigmenwechsel einhergehen sollen, brauchen ein flexibles Zeitbudget und:

„Dies fordert neben Engagement und Motivation, die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit, mit traditionellen Arbeitsabläufen und Ritualen sowie das Entwickeln von neuen Ideen. Dabei werden Ängste und Zweifel offen ausgesprochen und diskutiert. Die wesentlichen Punkte sind, die Angst vor der umfassenden Rund-um-die-Uhr-Verantwortung für den gesamten Aufenthalt des Patienten, befürchtete Einschränkungen der Dienstplangestaltung und Unsicherheit im professionellen Umgang mit Nähe und Distanz“ (MISCHKE 2002, S. 76).

Festgestellt wurde auch, dass eine Umsetzung von Primary Nursing eine interdisziplinäre Auseinandersetzung erfordert, um die Kommunikation mit den Patienten zu optimieren (MISCHKE 2002).

Die Wöchnerinnenstation des Klinikums Ingolstadt hat sich, wie durch Nachfrage bei der zuständigen Projektleiterin zu erfahren war, bisher nicht an der Einführung von Primary Nursing beteiligt sondern führte zunächst eine integrative Wochenbettpflege ein. Dies ist nach Ansicht der Autorin unbedingte Voraussetzung für eine spätere Einführung von Primary Nursing.

Schlussfolgerungen für die Einführung von Primary Nursing

Alle Beispiele zeigen sehr deutlich, dass eine Einführung von Primary Nursing gelingen kann. Hierfür werden jedoch viel Zeit und Mittel, z. B. um Projektteams am Leben zu erhalten oder Weiterbildungen zu finanzieren, benötigt. Alle Mitarbeiterinnen müssen in den Veränderungsprozess von Anfang an einbezogen werden.

Die Einführung von Primary Nursing in der Wochenbettpflege setzt eine integrative Pflege voraus, d. h. die Pflegenden müssen in der Lage sein sowohl die Mutter als auch das Neugeborene kompetent zu betreuen. Daher ist es notwendig, vorhandene Ansätze integrativer Wochenbettpflege zu betrachten und auf ihre Stärken und Schwächen hin zu analysieren. Die Analyse erfolgt u. a. nach folgenden Kriterien: Zuteilungssystem, Berufsgruppen, Rooming-in, Stillfreundlichkeit, pathologisierende Routinen, Nachsorgeangebote.

5.2 Pflegekonzepte geburtshilflicher Stationen

Karolinska Krankenhaus Stockholm (Schweden)

Die vorliegenden Informationen gehen auf den Erfahrungsbericht einer deutschen Praktikantin zurück (HENZ 2001). Das Karolinska Krankenhaus in Stockholm ist die größte schwedische Geburtsklinik mit etwa 5000 Geburten im Jahr. Es gibt hier zwei Wochenstationen mit je 18 Betten, sowie eine Familienstation, wo die Aufnahme von Vätern und Geschwistern möglich ist. Die Wochenbettpflege ist Aufgabe der Hebammen, welche ein 1 ½ -jähriges Aufbaustudium nach der dreijährigen Krankenpflegeausbildung absolvieren⁵⁸. Gearbeitet wird im Zimmerpflegesystem, das Mutter-Kind-Paar wird als Einheit betreut. Ein Neugeborenenzimmer gibt es nicht, Mutter und Kind bleiben 24 Stunden am Tag zusammen (auch bei Fototherapie, Blutentnahmen oder nach Kaiserschnittentbindung). Hierbei ist erwähnenswert, dass das Karolinska Krankenhaus von der WHO als „Stillfreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet wurde. Dementsprechend werden alle „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ umgesetzt. Eine Hebamme ist mit einer halben Stelle für Lehre und Forschung auf dem Gebiet des Stillens tätig. Sie führt regelmäßig Fortbildungen für alle Mitarbeiterinnen durch und ist für die Qualitätssicherung zuständig. Ansonsten ist der Stellenschlüssel mit deutschen Verhältnissen vergleichbar.

Die Hauptaufgabe der Hebammen ist die Unterstützung, Beratung und Ermutigung der Frauen beim Stillen und der Neugeborenenpflege⁵⁹. Die Familie soll sich sicher fühlen, wenn sie nach durchschnittlich drei Tagen die Klinik verlässt.

Die Mutter wird mit einem Stationsrundgang und einem Aufnahmegespräch begrüßt. Die Frau kann sich selbständig versorgen, bedient sich am Essenswagen, macht ihr Bett selbst, kümmert sich um ihre Blumen. Dies dient der Mobilisation der Frauen und bestärkt sie in ihrer Autonomie. Der Partner wird von Anfang an in die Unterstützung seiner Frau einbezogen. Es wird also kein Hotelservice angeboten, die Hebammen haben so mehr Zeit für die Patientenedukation. Schmerzmittel werden großzügig verabreicht, die Frau kann dabei ihre Schmerzen auf einer Skala einschätzen und bestimmt den Bedarf an Medikamenten selbst. Eine frühe Mobilisation ist daher auch nach Sectio möglich. Die Entlassung erfolgt am 4. postoperativen Tag⁶⁰.

Die Frauen erfahren eine proaktive Pflege. Das Wochenbett wird so wenig wie möglich pathologisiert. Es werden z. B. keine Vitalzeichen bei der Frau oder beim gesunden Neugeborenen kontrolliert. Morgendliche Weckrunden mit dem Fieberthermometer gibt es demnach nicht. Auch werden nur jene Frauen ärztlich visitiert, bei denen Auffälligkeiten

⁵⁸ Im Gegensatz zur deutschen Ausbildungsordnung, in der die Hebammenausbildung ein eigenständiger dreijähriger Ausbildungsgang ist.

⁵⁹ Das Neugeborene wird von der Mutter versorgt, die Hebammen stehen beratend zur Seite.

⁶⁰ In deutschen Kliniken sind Aufenthalte von sieben bis zehn Tagen nach Kaiserschnitt üblich.

vorliegen. Dies alles ist nur durch ein fundiertes Wissen der Hebammen möglich, welches sie befähigt, Frauen und Neugeborene auch ohne störende Interventionen einzuschätzen. Nach der Entlassung werden die Mutter-Kind-Paare in der Wiedervorstellungsambulanz betreut, wenn Probleme mit dem Kind oder im Wochenbett auftreten. Mit Stillproblemen kann die Frau sich an die Kinderversorgungszentrale wenden, wo eine Beratung durch Kinderkrankenschwestern stattfindet. Häusliche Hebammenbesuche, wie hierzulande möglich, gibt es nicht oder nur in ländlichen Gebieten.

Dennoch werden 42% der Kinder nach sechs Monaten voll und 74% teilweise gestillt (Vergleich Deutschland siehe Abschnitt 3.5, S. 23).

„Ausschlaggebend für die hohe Stillrate ist zum Teil die gute Anleitung in der Klinik, vor allem aber die Einführung stillfreundlicher Krankenhausroutinen. So wird Stillproblemen wirkungsvoll vorgebeugt. Gleichzeitig spart man viel Mühe und Zeitaufwand für die Behandlung von Stillproblemen“ (HENZ 2001, S. 65).

Positiv	Negativ
Hebammenversorgung Keine Pathologisierung des Wochenbetts 24-Stunden-Rooming-in Zimmerpflege Klinische Nachbetreuung Stillfreundliches Krankenhaus	Keine häusliche Weiterbetreuung Kein Primary Nursing

Tabelle 1: Karolinska Krankenhaus Stockholm

Vinzenz-Pallotti-Hospital Bensberg

Die Wochenbettpflege im Vinzenz-Pallotti-Hospital Bensberg ist ein Beispiel für die erfolgreiche Umstrukturierung einer Wochenstation von der Separierung von Mutter und Kind zu einer integrierten Pflege.

„Unsere vorrangige Aufgabe besteht darin, die Mütter und Väter in ihrer individuellen Familiensituation zu erfassen, die Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Bindung zu fördern und ihnen den Übergang zum Elternsein zu erleichtern. Damit entfällt die klassische Vorbildfunktion der Säuglingsschwester, die durch ihr professionelles Auftreten das Selbstvertrauen junger Mütter sehr leicht untergraben kann. Statt dessen versuchen wir den Eltern Sicherheit im Umgang mit ihrem Neugeborenen zu vermitteln, indem sie – sozusagen im

„Schutz der Institution Krankenhaus – die Versorgung des Kindes von Anfang an möglichst selbständig übernehmen können“ (POLLEIT 1995, S. 104).

Die Pflege der Mutter-Kind-Paare wird von einer Pflegekraft, einer Hebamme oder Kinderkrankenschwester übernommen. Es wird im Gruppenpflegesystem gearbeitet und die Pflege wird nicht mehr funktionalisiert. Die Kinder befinden sich bei ihren Müttern, können jedoch nachts abgegeben werden. Eine routinemäßige Arztvisite entfällt, dafür gibt es eine gemeinsame Mittagsübergabe und eine tägliche Arztprechstunde – die Mütter können ihrerseits bei Bedarf die Ärztin aufsuchen.

Vormittags findet ein Wochenbettbesuch durch die zuständige Hebamme oder Kinderkrankenschwester statt. Hier werden alle Verrichtungen von Betten machen, Blutdruck messen bis Uteruskontrolle erledigt. Das Neugeborene wird einmal täglich im Säuglingszimmer gewogen und von einer Kinderkrankenschwester beurteilt. Die Mütter können dabei anwesend sein und werden zur Pflege angeleitet.

Die Aufnahme von Vätern und Geschwistern in Familienzimmern ist möglich.

Die Hebammen können nach einem Jahr wieder in den Kreißsaal wechseln, die Kinderkrankenschwestern können einen Dienst im Monat im Kreißsaal verbringen (POLLEIT 1995).

Insgesamt hat hier eine Änderung zu mehr Ganzheitlichkeit stattgefunden. Es wurden aber auch pathologisierende Routinen beibehalten. Die Pflege hat so noch proaktive Potentiale.

Positiv	Negativ
Hebammenversorgung 24-Stunden-Rooming-in möglich Keine Funktionspflege mehr Abbau von stillunfreundlichen Krankenhausroutinen	Keine häusliche Weiterbetreuung Kein Primary Nursing Pathologisierende Elemente

Tabelle 2: Vinzenz-Pallotti-Hospital Bensberg

Humboldt Krankenhaus Berlin

Als einziges Krankenhaus in Berlin hat das Humboldt Krankenhaus die Auszeichnung als „Stillfreundliches Krankenhaus“ erhalten. Hier wurde schon 1991 mit der integrierten Wochenbettbetreuung begonnen (ABOU-DAKN, KOHLMANN 2000). Es wird angestrebt, dass jede Frau eine feste Bezugsperson, die sie im idealen Fall von der Aufnahme bis zur

Entlassung betreut, erhält. Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern wurden zu einem interprofessionellen Team zusammengeführt.

Die Krankenhausroutinen wurden stillfreundlicher gestaltet. Kontinuierliches Rooming-in trägt zur Unterstützung des Bondings und der Stillbeziehung bei (KOHLMANN 1996, S. 908).

Positiv	Negativ
Interprofessionelles Team	Keine Hebammenbetreuung
Erste Ansätze zum Primary Nursing	Keine häusliche Weiterbetreuung
24-Stunden-Rooming-in	Pathologisierende Elemente
Stillfreundliches Krankenhaus	

Tabelle 3: Humboldt Krankenhaus Berlin

AKH Wels (Österreich)

In österreichischen Kliniken ist, wie in deutschen Kliniken, die getrennte Pflege von Mutter und Kind üblich. 1997 wurden in der Frauenklinik am AKH Wels Kinderzimmerteam und Wochenbettteam zusammengelegt. Eine gemeinsame Betreuung von Mutter und Kind fand jedoch erst nach einer zweijährigen gegenseitigen Einarbeitungsphase statt. 1999 startete das Projekt einer ganzheitlichen Wochenbettpflege. Es wurde ein unbeschränktes Rooming-in eingeführt und letztendlich das Neugeborenenzimmer abgeschafft. Die Kinder können nachts den Kinderkrankenschwestern übergeben werden.

Die Pflege arbeitet im Gruppenpflegesystem. Zahlreiche Routinen wurden beibehalten (z. B. tägliches Babybad, Vitalzeichenkontrolle, Betten machen).

Die Zufriedenheit des Personals und der Mütter ist gut:

„Rücksprachen mit mehrgebärenden Müttern, die eines ihrer Kinder in einem Krankenhaus mit zwei getrennten Abteilungen entbunden haben, ergaben, dass alle Mütter die ganzheitliche Mutter-Kind-Betreuung positiv beurteilten und diesem Pflegesystem den Vorzug geben...Laut einer Umfrage jener Pflegepersonen, die vor der Zusammenlegung nur fachspezifisch gearbeitet haben, fanden alle ihren neuen Aufgabenbereich interessanter, berichteten alle über eine höhere Arbeitsqualität und wesentlich bessere Arbeitszufriedenheit“ (LANG, KRAMMER 2002, S. 19).

Positiv	Negativ

Interprofessionelles Team 24-Stunden-Rooming-in möglich Keine Funktionspflege mehr Lange gegenseitige Einarbeitung	Keine Hebammenbetreuung Keine häusliche Weiterbetreuung Pathologisierende Elemente
---	--

Tabelle 4: AKH Wels

British Columbia Women's Hospital Vancouver (Kanada)

Eine perinatale und postpartale Pflege in einem Raum verbunden mit Primary Nursing wird im B. C. Women's Hospital in Vancouver im Rahmen eines Projekts angeboten.

„In a system with single room maternity care, when the parturient woman is in established labor, families are admitted to one room and stay there throughout the intrapartum and postpartum periods. The newborn remains with the family at all the times. This type of care promotes a philosophy of family centered care, characterized by continuity, a team approach to decision making, respect for privacy and individual choice, and appreciation of childbirth as a natural and normal process“ (JANSSEN, KLEIN, HARRIS, SOOLSMA, SEYMOUR 2000, S. 235).

1997 wurden sieben Räume wohnlich gestaltet und mit einer Schlafgelegenheit für eine zweite Person ausgerüstet. Die Frauen gebären in diesem Zimmer und bleiben danach für die gesamte Zeit bis zur Entlassung in diesem Raum. Die Räume sind Frauen, deren Anamnese eine normale Geburt erwarten lässt, vorbehalten („low risk mothers“).

Ein Team von Hebammen und Krankenschwestern versorgt die Frauen vor, während und nach der Geburt im Primary-Nursing-System.

Im Rahmen einer Studie wurde die Patientinnenzufriedenheit zwischen dem Einzelzimmer-System und der herkömmlichen Pflege gemessen. Die Teilnehmerinnen des Projekts zeigten eine wesentlich höhere Zufriedenheit in allen Bereichen: Information, Unterstützung, Pflegekontinuität, Patientenedukation, Assistenz beim Stillen und Entlassungsvorbereitung (JANSSEN, KLEIN, HARRIS, SOOLSMA, SEYMOUR 2000, S. 243). Die durchschnittliche Verweildauer war kürzer als bei herkömmlicher Wochenbettpflege.

Positiv	Negativ
Primary Nursing 24-Stunden-Rooming-in Hebammenbetreuung	Keine häusliche Weiterbetreuung

Familienzentrierte Pflege Reduzierung pathologisierender Elemente	
---	--

Tabelle 5: British Columbia Women's Hospital

***Kaiser Permanente Medical Center Department of Pediatrics Santa Clara
(Californian/USA)***

Da fast allen vorangegangenen Beispielen eine fehlende institutionalisierte Nachbetreuung gemein ist, wird auf ein amerikanisches Beispiel der Nachbetreuung von Mutter-Kind-Paaren zurückgegriffen (ESCOBAR, BRAVEMAN, ACKERSON, ODOULI, CAPRA et al. 2001).

Am Kaiser Permanente Medical Center Department of Pediatrics (KPMCP) in Santa Clara wurde Müttern nach einem kurzen postpartalen Krankenhausaufenthalt (< 48 Stunden) ein Servicepaket angeboten (innerhalb 72 Stunden nach Entlassung). Das Angebot nennt sich „Newborn Club“, ist an der Klinik angesiedelt und arbeitet an sieben Tagen der Woche.

Alle Frauen, die ihr Kind in dieser Klinik geboren haben, erhalten die Möglichkeit an täglichen Gruppen-Visiten teilzunehmen (fünf bis sechs Paare je Sitzung). Diese dauern ca. zwei Stunden und konzentrieren sich auf das Neugeborene und das Stillen. Eine Krankenschwester mit Zusatzausbildung zur Laktationsberaterin sieht sich am Beginn jeder Sitzung die Neugeborenen an, wiegt sie, beurteilt die Hautfarbe etc. Bei Auffälligkeiten wird sofort ein Neonatologe hinzugezogen. Die übrige Zeit steht der Schulung zu den Themen Stillen, Säuglingspflege, Gesundheitserziehung zur Verfügung. Frauen mit Stillproblemen können im Anschluss Einzelberatungen erhalten.

Im Rahmen einer Studie wurde diese „hospital-based-group“ durch Hausbesuche ergänzt. Die Mutter-Kind-Paare der Interventionsgruppe wurden durch eine speziell geschulte Krankenschwester 48 Stunden nach Entlassung besucht. Jeder Besuch dauerte 60 bis 90 Minuten (n = 508). Die Ergebnisse wurden mit denen von Müttern verglichen, die lediglich den „Newborn Club“ in Anspruch genommen hatten (n = 506). Das klinische Outcome beider Gruppen war vergleichbar mit dem eines Klinikkollektivs mit längerem Krankenhausaufenthalt, jedoch verbunden mit höherer Zufriedenheit der Mütter und erhöhter Stillbereitschaft und -dauer. Die Hausbesuche waren kostenintensiver, brachten aber eine signifikant höhere Zufriedenheit der Familien mit sich.

„In contrast, higher proportions of mothers in the home visit group rated excellent or very good the preventive advice delivered (80% vs. 44%), the provider's skills and abilities (87% vs. 63%), the newborn's post hospital care

(75% vs. 47%)” (LIEU, BRAVEMAN, ESCOBAR, FISCHER, JENSVOLD, CAPRA 2000, S. 1058).

Leider werden in den Artikeln die Krankenhausroutinen nicht thematisiert.

Positiv	Negativ
Kurzer Krankenhausaufenthalt Klinische Nachbetreuung Häusliche Nachbetreuung	Hohe Kosten (Keine Aussage über Klinikroutinen)

Tabelle 6: Kaiser Permanente Medical Center Department of Pediatrics Santa Clara

Schlussfolgerungen

Die dargestellten pflegerischen Konzepte für die Wochenbettbetreuung und die Nachsorge haben unterschiedliche Schwerpunkte und zielen auf die Optimierung der Versorgung von Mutter und Kind. Einige Ansätze für Primary Nursing konnten festgestellt werden. Die Tatsache, dass die Artikel alle aus den letzten Jahren stammen zeigt, dass die Entwicklung noch recht neu ist.

Die Ansätze aus Schweden und den USA offenbaren, dass eine klinische bzw. eine klinische und häusliche Nachbetreuung der Wöchnerinnen zu höheren Stillraten und größerer Zufriedenheit der Mütter führt.

Des weiteren ist es offensichtlich möglich, das Wochenbett im Krankenhaus von pathologisierenden Routinen zu befreien. Dieser Gesichtspunkt spielt bei der Einführung von Primary Nursing eine große Rolle, da die Pflegenden wegen der neuen Aufgaben, die auf sie zukommen, eine Entlastung benötigen.

Die dargestellte kanadische Studie zeigt, dass die Einführung von Primary Nursing im Zusammenhang mit der Einrichtung von Familienzimmern eine große Zufriedenheit bei den Betroffenen erzeugt. Es lohnt sich also, auch einmal unkonventionelle Wege zu gehen.

6 EMPFEHLUNGEN ZUR KONZEPTIONELLEN ERNEUERUNG DER WOCHENBETTBETREUUNG

6.1 Ziele

Ein ausgewiesenes Problem bei der Pflege und Beratung von Wöchnerinnen ist ein Mangel an Kontinuität. Häufig wird die Pflege aufgeteilt und zerstückelt zwischen den einzelnen

Berufsgruppen (siehe Abschnitt 2.2.2, S. 11). Dies führt zu Unzufriedenheit und Verunsicherung der Mütter in der ohnehin sehr sensiblen Phase nach der Geburt.

„Descriptive studies of women’s experiences of maternity care have consistently shown that women do not like fragmented care, inconsistent advice, insensitive caregivers, and long waiting times” (WALDENSTRÖM, BROWN, MCLACHLAN, FORSTER, BRENNECKE 2000, S. 156).

Ziele der Einführung von Primary Nursing sind:

- Die Frauen erfahren eine kontinuierliche Pflege und Betreuung durch eine Pflegeperson (Primary Nurse oder Primary Midwife) von der Aufnahme bis zur Entlassung bzw. als langfristiges Ziel auch darüber hinaus im häuslichen Wochenbett.
- Eine standardisierte Stillberatung in dem Sinne, dass jede Mitarbeiterin den gleichen aktuellen Wissensstand um das Stillen hat und in der Lage ist, dieses Wissen zu vermitteln, führt zu einer höheren Stillrate und Stildauer. Dabei werden die „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ beachtet. Stillfrequenz und Dauer werden evaluiert.
- Die Entlassung der Mutter-Kind-Paare erfolgt früh, wenn keine medizinischen Kontraindikationen bestehen. Die Frauen gelangen so mit ihren Kindern in ein natürliches Umfeld, was dem Stillen zuträglich ist.
- Die Beratung des Mutter-Kind-Paares wird nachklinisch fortgesetzt. Eine Nachbetreuungssprechstunde wird institutionalisiert. Ambulante Wochenbettbesuche werden durch die Primary Nurses vorgenommen.
- Die Klinik reduziert die Kosten des stationären Aufenthalts. Durch die kurze Verweildauer werden Personalmittel frei, welche der nachstationären Betreuung zugute kommen.
- Das Aufgabenfeld der Pflegenden wird erweitert, sie erhalten mehr Verantwortung und können eine nähere Beziehung zu den Familien aufbauen (Job enrichment⁶¹).
- Im Zentrum der Tätigkeit der Primary Nurse steht die Beratung und Unterstützung der Familien. Von Hotelleistungen wie Betten machen werden alle Pflegenden weitestgehend entlastet. Diese werden als aktivierendes Moment auf die Frauen übertragen, soweit es ihnen möglich ist.
- Mutter und Kind verbringen 24 Stunden des Tages gemeinsam. Die Frauen lernen so schneller, mit dem Kind umzugehen und haben einen erleichterten Übergang in das häusliche Umfeld. Durch ein gutes Bonding fällt es ihnen leichter, auch belastende Situationen mit dem Kind zu meistern.
- Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und der Familien wird erhöht. Dies wird vor und nach der Einführung evaluiert.

⁶¹ Job enrichment: Der Verantwortungsbereich wird qualitativ erweitert.

Für die Familie	Für das Pflegepersonal
Kontinuierliche Pflege	Verantwortungszuwachs
Individuelle Pflege	Autonomie
Familienzentrierte Pflege	Kontinuität
Entpathologisierung des Wochenbetts	Erfolgserlebnisse
	Entwicklung

Tabelle 7: Ziele des Primary Nursing im Wochenbett

6.2 Voraussetzungen für ein neues Pflegesystem

6.2.1 Voraussetzungen auf institutioneller Ebene

Die wachsende Konkurrenz rund um die Geburt ist bei rückläufigen Geburtenzahlen offensichtlich⁶². Die meisten Geburtskliniken haben darauf mit dem Umbau ihrer Kreißsäle reagiert. Dass dieser Weg allein nicht ausreicht, muss vom Management rechtzeitig erkannt werden. Bereits heute wird in der Geburtshilfe über Fallpauschalen abgerechnet. Die bevorstehende Einführung der DRG's⁶³ dürfte auch die letzten Kliniken zum Umdenken zwingen.

Dabei kann es nicht Ziel sein, Frauen überstürzt nach einer Geburt zu entlassen (es sei denn, sie wünschen eine ambulante Geburt). Es sollte vielmehr ein Dienstleistungsangebot gemacht werden, bei dem die Zeit auf der geburtshilflichen Station für die Familie optimal gestaltet wird, so dass sie sich gut auf die Zeit zu Hause einstellen kann. Die Vernetzung mit Nachsorgeangeboten bzw. das Angebot einer Nachbetreuung sollte unbedingt enthalten sein. Wie die Beispiele zeigten, ist dann auch eine Entlassung nach zwei oder drei Tagen möglich.

Jede zufriedene Familie ist die beste Werbung für die Klinik⁶⁴. Dessen sollte sich die Leitung der Institution bewusst sein. Die Zeiten, in denen Frauen in die nächst gelegene Klinik zur Geburt gingen, sind längst vorbei. Die meisten Familien bekommen nur noch ein bis zwei

⁶² Dies wird ganz aktuell bei einer Untersuchung von ÖKO-TEST deutlich, wo versucht wurde, die 100 besten Geburtskliniken Deutschlands zu listen. 300 Kliniken drohten im Vorfeld mit einer Klage gegen die Veröffentlichung (ASSENMACHER 2002).

⁶³ Diagnosis Related Groups: Pauschale Vergütung erbrachter Krankenhausleistungen nach Fallgruppen.

⁶⁴ Die Analyse des Kommunikationskonzepts der außerklinischen Geburtshilfe in Berlin ergab, dass 47% der betreuten Frauen nach Empfehlung von Freundinnen, Verwandten und Bekannten den Geburtsort wählten, 17% waren Zweit- oder Drittgebärende. Werbungen in Zeitschriften, Büchern, Broschüren hingegen brachten selten Kundinnen (HASENJÄGER 2001, S. 22).

Kinder. Darum soll *alles* bei der Geburt stimmig sein. Kein Krankenhausaufenthalt wird derart geplant wie die Geburt. Es gibt einen regelrechten Kliniktourismus – alle in Frage kommenden Geburtsabteilungen werden besichtigt. Der Trend geht dabei eindeutig zur natürlichen Geburt im idealen Fall verbunden mit maximaler Sicherheit. Die Abteilungen, welche ihre Bemühungen um die einzelne Familie erkennen lassen, haben die besseren Karten. Bei einem Bericht über das als „Stillfreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnete Humboldt-Klinikum liest sich das so:

„Ich habe mir mehrere Krankenhäuser angesehen“, sagt die 32-jährige Flugbegleiterin, die vor kurzem eine Tochter zur Welt brachte. Die Idee des stillfreundlichen Krankenhauses habe sie überzeugt“ (FUCHS 2002, S. 27).

Voraussetzung für die Einführung eines Primary-Nursing-Systems ist das Problembewusstsein des Managements. Hier sind alle Managementebenen angesprochen.

Pflegemanagement

Das Pflegemanagement muss sich der besonderen Situation der Geburtshilfe bewusst sein. Der Wille zur Veränderung und die Bereitschaft, die Mitarbeiterinnen zu fördern, dürfen nicht fehlen. Bei der Einführung von Primary Nursing sollte die Leitung unterstützend und beratend wirken, die Initiative kann jedoch idealer Weise von den Beschäftigten ausgehen. Diese Eigeninitiative wird selbstverständlich in solchen Abteilungen am besten geweckt, in denen ein partizipatives Klima herrscht und die Mitarbeiterinnen spüren, dass sie und ihre Ideen ernst genommen werden. Sind es die Mitarbeiterinnen jedoch gewohnt, dass Druck auf sie ausgeübt wird, sind Neuerungen unbeliebt und sind die Hierarchien verkrustet, kann eine Neuorientierung erschwert aber nicht unmöglich sein. Krisen können Anlass für Veränderungen sein. Soweit sollte es aber besser nicht kommen.

Möglichst alle Mitarbeiterinnen müssen für die Veränderung gewonnen werden. Dass nur eine Pflegeleitung, welche über die notwendigen kommunikativen und sozialen Kompetenzen verfügt, dieses Ziel erreichen kann, ist selbstverständlich.

Das Pflegemanagement hat außerdem die Aufgabe, die anderen Leitungsebenen für eine Veränderung zu gewinnen. Argumente sind hierbei der Wettbewerbsvorteil durch eine kontinuierliche und individuelle Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt sowie die Vorteile für die Stillberatung. Eine Klinik, die viele Kinder gestillt entlässt mit nachweislich langer Stlldauer hat wiederum einen Vorteil vor der Konkurrenz. Des weiteren trägt ein ganzheitlich orientiertes Pflegesystem zur Qualitätssicherung bei. Die Mitarbeiterinnen werden durch die Bereicherung ihrer Aufgabe motiviert. Sogar Fehlzeiten lassen sich auf diesem Wege reduzieren (ERSSER, TUTTON 2000, S. 240).

Ein großer Fehler wäre, eine Veränderung auf dem Gebiet der Pflege an den Medizinern vorbei zu installieren. Notfalls müssen vorübergehend Kompromisse einkalkuliert werden.

Ärztliche Leitung

Oft sind auf dieser Ebene Widerstände bei Veränderungen der Pflegestruktur zu erwarten. Eine Umstellung auf Primary Nursing bedeutet für die Ärzte ein Umdenken, denn nicht die Stationschwester ist für alle Patientinnen verantwortlich, sondern die Primary Nurse oder die jeweilige Associate Nurse. Der Ärztlichen Leitung müssen die Vorzüge des Systems bewusst gemacht werden, denn auf eine Zusammenarbeit und Unterstützung dieser Ebene kann der Pflegedienst nicht verzichten. Ängste vor Prestige- und Machtverlust werden eine Rolle spielen, denn an den Stellen, wo die Pflege an Kompetenz gewinnt fürchten die Mediziner eventuell um ihre Pfründe.

Die Leitung muss bereit sein, die ärztlichen Mitarbeiter ebenfalls auf dem Gebiet der Stillförderung zu schulen, um einen einheitlichen Wissensstand des gesamten Gesundheitspersonals zu erreichen. Im Gegenzug sollten regelmäßige Fortbildungen der Ärzte für die Pflegenden zu bestimmten Krankheitsbildern stattfinden.

Auch die Entpathologisierung von Klinikabläufen kann nur in Zusammenarbeit mit den Ärzten stattfinden. Diese müssen bereit sein, auf bestimmte Routinen zu verzichten und sollten dafür besser mit den Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern und Hebammen kommunizieren. Deren Einschätzung, dass es einer Frau gut geht, sagt oft mehr aus, als ein gemessener Wert.

Die Pflege kann vom Know how der Mediziner unmittelbar profitieren, wenn es um die wissenschaftliche Begleitung des Projekts geht.

Geschäftsführende Leitung

Größte Sorge jeder betriebswirtschaftlichen Leitung ist natürlich die Entstehung von Kosten bei einer Umstrukturierung. Kurzfristig sind diese sicher nicht zu vermeiden. Langfristig sollten sich diese Kosten durch die verkürzten Liegezeiten der Frauen, die Gewinnung neuer Kundinnen und die voraussichtlich rückläufige Ausfallquote der Mitarbeiterinnen amortisieren. Es wird Aufgabe des Pflegemanagements sein, die Kosten in Zusammenarbeit mit dem Controlling zu kalkulieren⁶⁵.

Zu erwartende Kosten sind: Fortbildungskosten (Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen), Dozentenhonoreare, Reisekosten, Arbeitszeit, die für die Projektarbeit aufgewendet wird und am Patienten nicht zur Verfügung steht, Arbeitsmaterialien für die Projektarbeit (etwa ein Arbeitsplatz für die Projektleitung, Moderationsmaterialien), Kosten für die wissenschaftliche Begleitung, Kosten für den Rat externer Experten und eventuell Personalbeschaffungskosten bei Fluktuation. Bei Strukturveränderungen könnten auch Umbaukosten anfallen.

⁶⁵ Ideal wäre ein System, bei welchem dem Pflegemanagement ein bestimmtes Budget für derartige Prozesse zur Verfügung steht.

Da es sich um ein Konzept handelt, welches die Stillberatung verbessern soll, ist die Einbeziehung von Sponsoren erfolgversprechend. Firmen, welche Stillhilfsmittel wie Milchpumpen oder Stilltees herstellen, unterstützen häufig Weiterbildungen für Klinikmitarbeiter⁶⁶. Für die wissenschaftliche Begleitung können z. B. Studentinnen des Pflegemanagements gewonnen und/oder die Unterstützung von Hoch- oder Fachhochschulen gesucht werden. Da Primary Nursing in Deutschland noch relativ neu ist, dürfte das Interesse bei pflegewissenschaftlichen Studiengängen vorhanden sein.

Des weiteren können Drittmittel in das Projekt gelenkt werden. Die Unterstützung der ärztlichen Leitung ist unerlässlich, da Drittmittel meist von dieser Seite eingeworben und verteilt werden.

Auch ist die Förderung aus Bundesmitteln zu suchen. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt innovative Projekte. Allerdings entsehen hier Kosten durch die Antragstellung.

Internes Know how muss aktiviert werden. Nicht selten gibt es unerkannte Talente unter den Mitarbeiterinnen. Diese sollten schon im Sinne der Mitarbeitermotivation genutzt werden (z. B. können Mitarbeiterinnen mit bestimmten Interessen Fortbildungseinheiten zu ausgewählten Themen gestalten).

Ganz genau können die Kosten sicher nie gegengerechnet werden, da sich die Rahmenbedingungen im Laufe des Prozesses ändern werden – die Vergütung erbrachter Leistungen wird jährlich neu verhandelt bzw. die DRG's neu bewertet, Personal wird ausgetauscht und neue Schulungskosten entstehen.

Wie sieht der vorerst nicht monetäre Benefit für die Klinik aus?

- Mitarbeiterinnen werden gefördert und dadurch motiviert.
- Change-Management und/oder Projekt-Management werden an der Klinik etabliert.
- Die Veränderung hat Vorbildfunktion für andere Abteilungen.
- Die Organisation lernt mit Veränderungen umzugehen.
- Die Reputation der Klinik wird durch zufriedene Kundinnen positiv gestärkt.

Personalvertretung

Der Betriebs- bzw. Personalrat oder bei konfessionellen Einrichtungen die Mitarbeitervertretung sollte von Anfang an in Veränderungsprozesse einbezogen werden. Gleiches gilt für Schwerbehindertenvertreter und Frauenbeauftragte. Werden sie übergangen, hat dies eventuell unmittelbare Auswirkungen auf den Erfolg der Strukturänderung. Die Klinikleitung ist zwingend auf die Zusammenarbeit angewiesen, wenn

⁶⁶ Auf das Sponsoring der Säuglingsnahrungshersteller sollte nach Möglichkeit verzichtet werden, da diese keine Gelegenheit auslassen, ihre Produkte an die Frau zu bringen. Das Ziel, das Stillen zu fördern könnte unglaubwürdig werden.

es um Personalentscheidungen geht (BETRIEBSVERFASSUNGSGESETZ §§ 87,94, 99, 102 u. a.).

6.2.2 Voraussetzungen auf Mitarbeitererebene

Die Bereitschaft zur Veränderung muss auf Mitarbeitererebene vorhanden sein. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass eine Unzufriedenheit mit der derzeitigen Arbeitssituation Ausgangspunkt für eine Veränderung darstellen kann. Mit anderen Worten: Eine gut funktionierende Station mit Gruppenpflegesystem o. ä., guter Stillberatung, zufriedenen Mitarbeiterinnen, zufriedenen Müttern, hohen Stillquoten, kontinuierlichem Rooming-in sollte natürlich nicht zwanghaft umstrukturiert werden.

Die Erfassung der Ist-Situation durch Personalbefragung⁶⁷, Patientinnenbefragung und eventuell Arbeitsablaufanalyse ist daher der einer der ersten Schritte (siehe Ist-Analyse S. 52).

Es ist zu bedenken, dass viele unterschiedliche Berufsgruppen betroffen sind: Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern, Hebammen und eventuell auch Laktationsberaterinnen. Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass jede Mitarbeiterin in der Lage ist, ihre Verhaltensweisen zu verändern und sich neuen Strukturen anzupassen. Dies gelingt natürlich um so besser, je mehr die Mitarbeiterinnen spüren, dass sie einbezogen und ihre Ängste und Vorbehalte ernst genommen werden.

Es muss analysiert werden, welche Personen bei Veränderungen gewinnen und welche verlieren. Es ist z. B. eindeutig, dass Kinderkrankenschwestern das Neugeborenenzimmer als ihren Arbeitsplatz bei einer Umstellung auf kontinuierliches Rooming-in verlieren. Den ‚Verlierern‘ müssen neue Perspektiven und, wenn dies nicht ihren Vorstellungen entspricht, andere Möglichkeiten innerhalb der Institution aufgezeigt werden⁶⁸. Sind in der Abteilung regelmäßige Mitarbeitergespräche üblich, können diese genutzt werden, um individuell auf die Wünsche, Ängste und Hoffnungen der Betroffenen einzugehen. Niemand kann gezwungen werden, als Primary Nurse zu arbeiten.

„Although my life since 1969 has been dedicated to the implementation of this system for the delivery of nursing care, I have had to reluctantly accept the fact that I cannot make nurses into primary nurses. The acceptance has been powered by a recognition that certain types of people, if pressured into this system against their will, can exert a subtle (and sometimes not so subtle) form of sabotage, or undermining, that has a serious negative effect on basic patient safety...The only way I know to avoid it is to involve such persons in the planning process. This means, however, that people in higher-level positions

⁶⁷ Die Einbeziehung des Betriebs- bzw. Personalrats ist hier gesetzlich vorgeschrieben.

⁶⁸ Siehe Fußnote 67

may not exert their authority to force the implementation of primary nursing against the will of the staff" (MANTHEY 1980 b, S. 14).

Dies zu akzeptieren und einen langen Weg unter Einbeziehung des Personals zu gehen ist Aufgabe des Pflegemanagements.

6.3 Akteure und Phasen der Veränderung

Veränderungen in Institutionen können auf unterschiedliche Art und Weise angegangen werden. Im folgenden werden Aspekte des Change-Managements und des Projekt-Managements eine Rolle spielen (KRAUS, WESTERMANN 1998; BROOME 1997; JENDROSCHE 1998; DAMKOWSKI, MEYER-PANNWITT, PRECHT 2000).

Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe entsteht je nachdem, ob eine Veränderung *Top-down*⁶⁹ oder *Bottom-up*⁷⁰ initiiert wird. Ein Top-down-Vorgehen kann heftige Widerstände bei der Belegschaft hervorrufen. Dennoch muss häufig die Anregung für Veränderungen aus den Führungsetagen kommen. Entscheidend ist, dass dies in einer Art und Weise geschieht, die den Mitarbeiterinnen Mitsprache und kreative Mitgestaltung zusichert. Vertreter der Führungsebene sowie die Personalvertretungen gehören der Steuerungsgruppe an und sind dafür verantwortlich. Sie erteilen den Projektauftrag, genehmigen Mittel und legen Beginn und Ende des Projekts fest.

Ist-Analyse

Die Situationsanalyse sollte äußerst sensibel erfolgen. Bereits hier können Mitarbeiterinnen verschreckt werden und sind später nicht mehr zugänglich.

Bestandteile einer Ist-Analyse in unserem Fall wären: Die Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit, die Ermittlung des Ausbildungsstands (Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern, Zusatzausbildungen, besondere Interessen...), die Erfassung der strukturellen Gegebenheiten (Zimmer, Neugeborenenzimmer...), die Analyse des Pflegesystems (Gruppenpflege, Funktionspflege...), die Erstellung eines Organigramms, eine Befragung der Familien (Zufriedenheit, Kritik, Entscheidungskriterien für die Klinikwahl...) und eine Befragung des Umfelds (zuweisende Gynäkologen, Kreißsaal, Frühgeborenenstation...).

Der Umfang macht deutlich, dass bereits hier viel Zeit von Nöten ist. Dieser Schritt ist dennoch nicht zu unterschätzen, denn:

⁶⁹ Top-down: Von der Führungsebene ausgehend.

⁷⁰ Bottom-up: Von der Mitarbeiterebene ausgehend.

„Für die Suche beziehungsweise das Auffinden von neuartigen Lösungswegen, die nicht im Sinne von Standardlösungen schon bekannt sind, ist die detaillierte Kenntnis der Situation unabdingbare Voraussetzung“ (KRAUS, WESTERMANN 1998, S. 65).

Diskussion und Zielfindung

Bei der Untersuchung zweier Kliniken, an denen die integrierte Wochenbettpflege eingeführt wurde, stellte HASSELER (2002) folgende Defizite fest:

„Mangelnde Transparenz und Einbeziehung des Personals in der Phase der Entwicklung und Umsetzung der neuen Betreuungsformen...“

Das Personal fühlt sich in der Anfangsphase unter Druck gesetzt und kann sich mit dem Konzept nicht identifizieren...“

Angst vor der Übernahme berufsfremder Tätigkeiten...“ (HASSELER 2002, S. 107).

Die Mitarbeiterinnen müssen von Beginn an einbezogen werden. Daher ist z. B. ein gemeinsamer Klausurtag⁷¹ ein guter Auftakt für einen Veränderungsprozess.

Dieser sollte unbedingt durch externe und professionelle Moderatoren begleitet werden. Diese visualisieren die gewonnenen Daten der Ist-Analyse. Wichtig ist die Darstellung von Stärken, Schwächen und Ressourcen.

Das Konzept Primary Nursing können Experten vorstellen. Diese sollten eigene (möglichst positive) Erfahrungen mit dem Pflegesystem mitbringen. Den Mitarbeiterinnen muss die Möglichkeit gegeben werden, sich mit Primary Nursing auseinander zu setzen. Hierzu können schriftliche Materialien ebenso dienen wie Erfahrungsberichte. Einzelnen interessierten Mitarbeiterinnen sollten Hospitationen in Einrichtungen angeboten werden, welche Primary Nursing praktizieren und/oder als stillfreundliches Krankenhaus gelten. Ein bis zwei motivierte und erfahrene Mitarbeiterinnen, möglichst solche mit pädagogischem Geschick (z. B. Berufspraktische Trainer), sollten für die Ausbildung zur IBCLC finanzielle Unterstützung erhalten. Sie können bei der Umsetzung stillfreundlicher Praktiken als Multiplikatoren fungieren⁷².

Die Diskussion im Team sollte immer wieder neu angeregt werden, damit möglichst viele Ideen entstehen.

Ein zweites Treffen dient dann dazu, Visionen zu entwickeln. Die Erfahrungen der Hospitanten bilden dabei eine Grundlage.

⁷¹ Unbedingt außerhalb der Klinik. Ein gemeinsamer Tag im Grünen wirkt sehr inspirierend!

⁷² Stillberatung nur durch Laktationsberaterinnen durchführen zu lassen ist nicht der richtige Weg, da es, im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung, besser ist, wenn jede Pflegendende Stillberatung als ihre Aufgabe betrachtet. Bei speziellen Problemen wird der Rat einer IBCLC jedoch von großem Wert sein.

Wie könnte Primary Nursing bei uns umgesetzt werden? Was kann an der Wochenbettbetreuung und Stillberatung noch optimiert werden? Welche Chancen sehen wir? Welche Risiken kommen auf uns zu? Was könnte uns auf dem Weg behindern?

Ist eine Auseinandersetzung erfolgreich in Gang gesetzt worden, entstehen Ideen und Konzepte relativ rasch. Allerdings kann eine zu frühe Lösungsorientierung den Prozess behindern.

Change Agent oder Projektleitung

Für die Implementierung von Primary Nursing wird ein Change Agent in Person der Stationsleitung empfohlen. Gründe sind:

„1. Das Verfügen über rechtmäßige Autorität, Veränderungen herbeizuführen. Verfügen Change Agents nicht über diese Autorität, hängt ein Erfolg von ihrem Einfluß auf das Personal ab, das von den Veränderungen betroffen ist. Es ist wichtig, sich bewusst zu machen, daß ein Bottom-Up-Ansatz mit einem demokratischen Führungsstil vereinbar ist, bei dem der Change Agent das Personal aktiv an Entscheidungsfindungen beteiligt. Das Risiko eines autoritären Ansatzes liegt darin, daß Veränderung trotz auftretender Schwierigkeiten einfach erzwungen wird.

2. Als Mitglied des Stationsteams ist es für den Change Agent einfacher, die vom Veränderungsprozeß Betroffenen zu unterstützen. Sein Einsatz auf der Station bewahrt das Personal davor, in alte Normen zurückzufallen, wenn er abwesend ist.

3. Engagement und Motivation für die Veränderung wird verbessert...Der Schritt zum Primary Nursing stellt keine bloße Veränderung des Dienstplans dar, er bedeutet eine Revolution der pflegerischen Denk- und Handlungsweise, die beträchtliche Auswirkungen auf das Pflegepersonal haben wird...

4. Der Change Agent muß für die Veränderung persönliche wie auch fachspezifische Unterstützung leisten können...

5. Der von innerhalb der Organisation kommende Change Agent kennt wahrscheinlich die Stärken und Schwächen der einzelnen Pflegenden, die möglichen Widerstände und die Schlüsselfragen und -probleme...“ (JOHNS 2000, S. 39/40).

Ob die Stationsleitung tatsächlich für eine derartige Aufgabe, zusätzlich zu ihren eigentlichen Schwerpunkten, geeignet ist, hängt von der Person ab. Neben den genannten Vorteilen, welche die Stationsleitung auf ihrer Seite hat, gibt es eine Reihe Nachteile wie mögliche Betriebsblindheit, undurchschaubare Abhängigkeiten, Vorurteile, fehlendes Methodenwissen (Moderationstechniken, Problemlösungstechniken) oder ähnliches.

Die Steuerung der Veränderung durch eine externe Projektleitung setzt eine Person mit viel Erfahrung in der Prozessbegleitung voraus. Eine Kombination aus beiden Vorschlägen wäre ein Projektleitungsteam – Change Agent (Stationsleitung) *und* Projektleitung oder externer Change Agent (BROOME 1997, S. 77) mit klarer Verteilung der Kompetenzen.

Für die neue Aufgabe innerhalb des Teams sollte die Stationsleitung Unterstützung in Form eines Coachings erhalten.

Projektgruppe

Vertreter aller betroffenen Berufsgruppen müssen der Projektgruppe angehören. Sie sollte jedoch nicht aus mehr als fünf bis neun Mitarbeiterinnen bestehen, da sonst der Problemlösungsauftrag nicht zu bewältigen wäre (JENDROSCH 1998, S. 80). Aufgabe der Projektgruppe ist die Darstellung des Ist-Zustands z. B. als Flussdiagramm und die Festlegung des Soll-Zustands. Hier können dann Stellen identifiziert werden, an denen Lösungskonzepte ansetzen müssen.

Maßnahmen- und Realisierungsplan müssen aufgestellt, Aufwand und Nutzen des Projekts müssen gegenübergestellt werden.

Die Zeitplanung sollte immer angemessen sein. Erfahrungen zeigen, dass Veränderungsprozesse in Gesundheitseinrichtungen aufgrund der verfestigten Hierarchien meist lange brauchen. Auch die vorangegangenen Beispiele zeigten, dass die Implementierung von Primary Nursing zwei Jahre und länger dauern kann. Allerdings ist die Einhaltung eines Zeitplans wiederum sehr wichtig, damit das Projekt nicht im Sande verläuft. Bei der Erarbeitung eines Lösungskonzepts müssen regelmäßige Rückmeldungen an die Mitarbeiterschaft stattfinden, wo das Projekt steht. Ist das Konzept soweit ausgereift, dass mit der Umsetzung begonnen werden kann, wird es den Betroffenen vorgestellt.

Die Prozessschritte und die Verantwortlichen können dann festgelegt werden.

Implementierung

Der Übergang zur Implementierung ist ein kritischer Schritt von der Planung zur praktischen Veränderung. Daher ist zu bedenken, dass die Mitarbeiterinnen nicht überfordert werden dürfen. Ihnen muss die Zeit gegeben werden, sich an neue Strukturen und Verhaltensweisen zu gewöhnen. Sie müssen neue Normen lernen. Eine sehr genaue Vorbereitung aller auf die neuen Aufgaben muss daher zu einem Lösungskonzept gehören. Insgesamt muss der Prozess einfühlsam begleitet werden.

Alte Normen	Neue Normen
Wertschätzung medizinischer Tätigkeiten	Wertschätzung von Pflege per se
Gehorsam gegenüber den Ärzten	Berufliches Selbstverständnis den Ärzten gegenüber

Schwerpunkt liegt auf dem Ausführen von Tätigkeiten	Schwerpunkt liegt auf der Befriedigung von Patientenbedürfnissen
Die Situation wird vorwiegend durch die Pflegeperson kontrolliert	Die Situation wird vorwiegend durch den Patienten kontrolliert
Schwerpunkt ist die physisch orientierte Pflege	Ausgewogenheit zwischen psychosozialer und physisch orientierter Pflege
Patientenedukation ist nebensächlich	Patientenedukation ist Hauptaufgabe

Tabelle 8: Veränderung von Normen in der Pflege hin zu Primary Nursing⁷³

6.4 Etablierung neuer Strukturen

Basierend auf den zuvor geschilderten Ergebnissen der Literaturanalyse unter Einbeziehung der eigenen beruflichen Erfahrungen wird im folgenden ein Konzept vorgestellt, mit dessen Hilfe die Umstrukturierung des Pflegesystems einer Wöchnerinnenstation hin zum Primary Nursing ermöglicht werden soll. Es geht speziell auf qualitative Verbesserungen der Stillberatung ein. Ziel ist ebenso die Entpathologisierung der Klinikroutinen.

Selbstverständlich muss jede Klinik abhängig von der jeweiligen Ausgangssituation ihren eigenen Weg finden. Konzepte können daher nie Patentrezepte sein.

6.4.1 Feststellung des Schulungsbedarfs

Die Mitarbeiterinnen müssen für die Übernahme neuer Tätigkeiten adäquat geschult werden. Wird dies versäumt, können Überforderung und Frustration die Folge sein:

„Das Personal schildert die Übernahme neuer Tätigkeitsfelder und neuer Aufgaben als problematisch. Es fühlte sich überfordert, wenn es Tätigkeiten erlernen musste, die nicht Bestandteil der Ausbildung waren. Als Beispiel wurde von den Kinderkrankenschwestern die i.m.-Injektion bei Erwachsenen angeführt. Beim Zeitpunkt der Befragung empfanden einige Befragte noch immer Unsicherheiten, obwohl die Implementierung des ‚Konzepts‘ einige Jahre zurücklag. Die Befragten der Kliniken B und C fühlten sich trotz der Fortbildungen und gegenseitiger Hospitationen in fachlicher Hinsicht unsicher. Dieser Befund lässt darauf schließen, dass die Fortbildungen nicht den Lernbedürfnissen des Personals entsprachen und dies nicht optimal für die neue Tätigkeit vorbereitet worden war“ (HASSELER 2002, S. 107).

⁷³ Angelehnt an JOHNS 2000, S. 44/45.

Das Personal der genannten Kliniken hatte keine Mitsprache bei der Gestaltung der Fortbildungen. Diese wurden pädagogisch und didaktisch weder begleitet noch auf ihren Nutzen hin evaluiert. Die Einarbeitungszeit wurde hier offensichtlich von den Initiatoren unterschätzt.

Wird die Betreuungsform und/oder das Pflegesystem geändert, ist eine Personalentwicklung der Mitarbeiterinnen, welche auf deren Wünsche und Bedürfnisse einget, unerlässlich. Daher muss bestenfalls in Einzelgesprächen der Stand der einzelnen Mitarbeiterin ermittelt werden, denn auch ein zuviel an Schulung kann demotivierend wirken. Die Mitarbeitergespräche können auch dazu dienen herauszufinden, wer sich für die Aufgaben der Primary Nurse interessiert und wer es vorzieht, vorerst als Associate Nurse zu arbeiten. Da in der Regel dreijährig examinierte Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern in der Wochenbettpflege arbeiten und Pflegehelferinnen die Ausnahme sind, wären potentiell alle zum Primary Nursing befähigt. Es ist jedoch wichtig, auf die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen Rücksicht zu nehmen. Als entlastendes Moment könnte vorgeschlagen werden, dass sich die Primary Nurses und Associate Nurses in bestimmten Abständen abwechseln. Das macht es allerdings notwendig, alle gleichermaßen zu schulen. Danach ist die Zusammenarbeit mit einer Fortbildungseinrichtung oder der Krankenpflegeschule zu suchen. Die Schulungen müssen pädagogisch versierte Personen in Zusammenarbeit mit dem Change Agent und der Projektleitung konzipieren. Zu einzelnen Themen können Pflegespezialisten herangezogen werden.

Die Mitarbeiterinnen müssen die Möglichkeit erhalten, das Gelernte in die Praxis einzubringen. Besteht noch keine integrierte Versorgungsform, können z. B. Patenschaften eingerichtet werden – Kinderkrankenschwestern und Krankenschwestern lernen sich gegenseitig an. Hierfür reichen ein paar Tage *nicht* aus (HASSELER 2002). Die Dauer hängt vom Wissensstand der einzelnen Pflegenden ab und sollte individuell festgelegt werden.

6.4.2 Konzeption der Schulungen

Je nach Stand der geburtshilflichen Station sollte zu folgenden Themen geschult werden:

Evidenzbasierte Stillberatung und Wochenbettbetreuung

Dies umfasst sowohl die Wissensvermittlung von ernährungsphysiologischen und sozialen Vorteilen des Stillens, Techniken, Prävention von Stillproblemen, stillfreundlichen Praktiken, Vermeidung von stillhemmenden Praktiken, Umgang mit speziellen Stillproblemen sowie Mittel und Wege zur psychosozialen Unterstützung stillwilliger Mütter und Kinder. Es ist wichtig, jeden Mitarbeiter (auch Ärzte, Hebammen und andere Pflegekräfte, welche mit

Müttern in Kontakt treten) hier auf einen Wissensstand zu bringen, damit die Mütter nicht durch unterschiedliche Ratschläge verwirrt werden⁷⁴. Gleiches gilt für die Wochenbettpflege. Die Seminare der Stillberatung sollten dazu genutzt werden, hauseigene Richtlinien zu entwickeln. Hierfür müssen Verantwortliche benannt werden, welche die Erfahrungen und Vorschläge der Teilnehmenden während der Seminare aufnehmen und mit den evidenzbasierten Erkenntnissen verbinden. Idealerweise sollten diese Verantwortlichen selbst Laktationsberaterinnen sein. Richtlinien werden nur gelebt, wenn sich die Mitarbeiterinnen darin wiederfinden. Beratungsinhalte, deren Unwirksamkeit oder sogar Schädlichkeit für das Stillen erwiesen ist, können in diesem Rahmen diskutiert werden. Die Verhaltensweisen sollten so langsam aus dem Stationsalltag verschwinden⁷⁵. Auch das Lesen und Analysieren wissenschaftlicher Artikel und Überprüfen der Anwendbarkeit in der eigenen Praxis sind wichtige Fähigkeiten für die Umsetzung evidenzbasierter Pflege.

Patientenedukation

„Beratung wird als Dienstleistung verstanden...Beratung dient der Unterstützung kognitiver, emotionaler und handlungsorientierter Risiko-, Konflikt- und Problembewältigungsanstrengungen, indem sie als die Förderung und Chancennutzung, Motivation und Fähigkeit zur Ausgestaltung neuer Erfahrungsräume des einzelnen gilt... Beratung ist einmalig, individuell und speziell und somit unabhängig von Standards“ (PIAZZA 2000, S. 6).

Die Mitarbeiterinnen sollen lernen, wie sie das Informationsbedürfnis bzw. die Wünsche und Bedürfnisse der Wöchnerin einschätzen können (z. B. anhand einer Pflegeanamnese oder eines speziellen Fragenkatalogs). Themen der Gesprächsführung, Konfliktlösungsstrategien und Methoden des Lernens sind wichtige Grundlagen sowohl für die Stillberatung⁷⁶ als auch für die Übernahme von Verantwortung bei Primary Nursing. Zu lernen, dass Gespräche und Beratung wichtige Tätigkeiten und demnach auch *Arbeit* sind, ist für viele Pflegenden essentiell für das Akzeptieren dieser neuen (alten) Aufgabe⁷⁷.

Gerade Kinderkrankenschwestern haben oft Probleme, mit Erwachsenen umzugehen. Hierbei spielt das „Whose Baby-Syndrom“ eine Rolle als auch die Tatsache, dass viele

⁷⁴ „Andere sind der Meinung, dass die Hilfe der Hebammen in der Phase des ‚Mutter werdens‘ eher störend wirkt, da widersprüchliche Ratschläge gegeben werden oder die Betreuung aufdringlich, grob und unsensibel ist“ (HASSELER 2001 a, S. 53).

⁷⁵ Als Beispiel sei hier der unkritische Einsatz von sogenannten Stillhütchen (Silikonauflagen für die Brustwarze) angeführt, deren Gebrauch nachweislich zum Rückgang der Milchmenge und zum schnelleren Abstillen führt.

⁷⁶ So ist es, um beim Beispiel der Stillhütchen zu bleiben, nicht damit getan zu sagen, dass der Gebrauch nicht gut ist für das Stillen. Die Mütter müssen vielmehr einfühlsam erklärt bekommen, warum es wichtig ist, dass das Kind ohne Hilfsmittel an die Brust geht. Da die Kinder häufig in der Anfangszeit sehr schreien, wenn sie die Brustwarze nicht finden, ist die sensible Unterstützung der Mutter immens wichtig.

⁷⁷ In der täglichen Praxis haben viele der Pflegenden, wenn nicht sogar die Mehrzahl, gelernt, dass Patientengespräche nicht die Wertigkeit anderer Pflegehandlungen haben.

gerade diesen Beruf ergriffen haben, weil sie mit Kindern und nicht mit Erwachsenen umgehen wollen (KOLLAK, KÜPPER 1999, S. 336). In der Beraterrolle können die Verluste der Zuständigkeit für das Neugeborene ausgeglichen werden. Dazu benötigen die einzelnen jedoch viel Zeit und theoretische Grundlagen, die in den Ausbildungen bisher fehlen (KOCH-STRAUBE 2001, S. 183).

Die professionelle Beratung orientiert sich heute meist an den Prinzipien der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl R. ROGERS (1996). Basisvariablen guter Beratungsbeziehungen sind nach ROGERS Empathie, Authentizität (Aufrichtigkeit), Akzeptanz und Wertschätzung des Klienten. Der humanistische Ansatz ist für die Pflegeberatung sehr gut geeignet (KOCH-STRAUBE 2001, S. 27).

Gerade Eltern, die keine Bilderbuchgeburt erlebt haben (z. B. nach Frühgeburt, Kaiserschnitt oder gar Totgeburt), bedürfen einer sensiblen Pflege (HENZE 1997; PIECHOTTA 1997). An die Stillberatung werden hier besondere Ansprüche gestellt. In solchen Fällen kann die Hinzuziehung professioneller Hilfe ratsam sein (Laktationsberaterinnen oder in speziellen Fällen Psychologen). Die Pflegenden sollten in die Lage versetzt werden, beginnende Wochenbettdepressionen zu erkennen und zu wissen, an wen man sich notfalls wenden kann.

Leitbildentwicklung

Die Auseinandersetzung mit verschiedenen Pflege-theorien, welche für die Wochenbettbetreuung geeignet erscheinen, ist sinnvoll, um den Veränderungen eine Richtung zu geben und neue Leitbilder zu entwickeln (HASSELER 2001 b).

Im Zusammenhang mit Primary Nursing wird vor allem die Interaktionstheorie nach Hildegard PEPLAU diskutiert (PEPLAU 1995; KELLNHAUSER 1998 a). Dabei muss der Vergleich der Pflegebeziehung mit den Phasen der Abhängigkeit von Kleinkindern nicht jedermanns Sache sein (PEPLAU 1995, S. 69 ff). Wichtig erscheint der wissenschaftstheoretische Aspekt der Beziehung zwischen Patientin und Pflegeperson. Dieser ist in der Theorie von MANTHEY zwar explizit nicht hervorgehoben, implizit jedoch vorhanden, da die Zuständigkeit für bestimmte Patientinnen den Beziehungsaufbau erleichtert. Die Beziehung selbst kann einen pflegetherapeutischen Prozess in Gang setzen. Eine andere anwendbare Pflege-theorie ist die der Familien- und umweltbezogenen Pflege nach FRIEDMANN (1996).

„Die Pflege der Familie bedeutet eine Verlagerung des Pflegeansatzes auf eine höhere Systemebene, zu Interaktionssystemen, zum Familiensystem oder zu Umweltsystemen, die mit der Familie zusammenarbeiten. Die Grundlage der familien- und umweltbezogenen Pflege ist die Erkenntnis, daß die Familie die wichtigste Vernetzung für die Betroffenen bedeutet“ (FRIEDMANN 1996, S. 53).

Die Einbeziehung der Familie erscheint immer dort notwendig, wo Angehörige nach der Entlassung für die Pflege der Angehörigen verantwortlich sind, was nach der Geburt zweifelsohne der Fall ist, denn das Kind und die Mutter bedürfen weiterer Pflege und Unterstützung. Leider gibt es noch keine Erfahrungen mit der Anwendung dieser Pflgetheorie in der Wochenbettpflege (HASSELER 2001 b, S. 539). Es wäre aber durchaus möglich, basierend auf dieser Theorie, verbunden mit dem Konzept des Primary Nursing, ein Modell für Wochenstationen zu erarbeiten.

Letztendlich kann konstruktiv darüber gestritten werden, ob Primary Nursing an sich eine Pflegephilosophie ist oder ob es nur ein Werkzeug für die Durchführung individualisierter Pflege darstellt (PONTIN 1999).

Speziell kann sich die Projektgruppe mit der Leitbildentwicklung befassen, da sonst die Gefahr besteht, dass man sich in Details verliert. Die Ergebnisse werden anschließend mit den Mitarbeiterinnen diskutiert.

Schulung sozialer und organisatorischer Kompetenzen

Für die Pflegenden, die zukünftig als Primary Nurses arbeiten werden, ist es zusätzlich wichtig, pädagogische und didaktische Fähigkeiten zu erwerben, um ihr fachliches Wissen an andere Mitarbeiterinnen sowie an Eltern weitergeben zu können.

Des Weiteren sollen Beziehungsfähigkeit, Umgang mit Nähe und Distanz, Konfliktmanagement, Teamfähigkeit sowie Organisationsfähigkeit geschult werden.

Abbildung 3: Lerninhalte für die Vorbereitung auf Primary Nursing⁷⁸

Dass für derart umfangreiche Schulungsprogramme ein ausreichender Zeitrahmen vorgesehen sein muss, liegt auf der Hand. Sechs bis zwölf Monate werden je nach Strukturierung benötigt, um alle Mitarbeiterinnen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Regelmäßige Auffrischungsseminare sollten folgen. Ein Grundstock an Literatur zur Vertiefung bestimmter Themen sollte den Pflegenden zur Verfügung gestellt werden. Langfristig könnten die Schulungen als eine eigenständige Weiterbildung etabliert werden, die auch für externe Pflegende interessant ist.

6.4.3 Umgestaltung der Arbeitsabläufe

Interprofessionelle Teams

Parallel zu den Schulungen kann, wenn dies nicht bereits erfolgt ist, mit der Schaffung des interprofessionellen Teams begonnen werden. Schrittweise übernehmen zunächst die Krankenschwestern-Kinderkrankenschwestern-Patenschaften die Versorgung der Mutter und des Neugeborenen. Schrittweise werden die einzelnen Mutter-Kind-Paare allein versorgt. Die Mitarbeiterinnen sollten sich dennoch immer auf die Hilfe der jeweils anderen

⁷⁸ Angelehnt an NEUMANN, STREUBELT 2002, S. 80.

Berufsgruppe verlassen können. Hebammen sind durch die Strukturierung ihrer Ausbildung dazu befähigt, die Wochenbettbetreuung komplett zu übernehmen. Sie sollten jedoch nicht von der Einarbeitung ausgeschlossen werden, wenn sie jahrelang an der Funktionspflege teilgenommen haben.

Des Weiteren sollten Rotationen mit anderen Abteilungen etabliert werden, mit denen die Wochenstation zusammenarbeiten muss (z. B. Kreißsaal, neonatologische Intensivstation).

Entpathologisierung der Arbeitsabläufe

Im Rahmen von Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln werden die Arbeitsabläufe der Station analysiert (JENDROSCH 1997, S. 90). Den Gruppen sollte dabei die Hilfe der Projektleitung oder von Prozessberatern angeboten werden. Laktationsberaterinnen können wichtige Hinweise für die stillfreundliche Gestaltung des Klinikaufenthalts geben. Mindestens ein entscheidungsbefugter Arzt sollte der Arbeitsgruppe angehören. Dabei ist die Bereitschaft entscheidend, sich von Traditionen und Ritualen zu verabschieden. Hier einige Vorschläge, wie Stück für Stück Patientinnenautonomie zurückgegeben werden kann:

- Abschaffung der morgendlichen Weckrunde: Der Tag sollte mit dem Frühstück beginnen, das in einem angemessenen Zeitrahmen (z. B. als Büfett) angeboten wird. Die Frauen entscheiden selbst, wann sie aufstehen.
- Temperaturmessung und Vitalzeichenkontrolle erfolgt nur noch bei Risikomüttern (z. B. bei vorzeitigem Blasensprung).
- Die Frauen entscheiden selbst, wie viel Hilfe sie benötigen z. B. zum Betten machen. Die Väter werden in die Versorgung der Frau und des Kindes einbezogen.
- Jedes Mutter-Kind-Paar erhält einen täglichen Wochenbettbesuch von der zuständigen Primary Nurse oder, solange das System nicht etabliert ist, von der zuständigen Kranken- oder Kinderkrankenschwester. Hierbei werden alle Untersuchungen und Pflegemaßnahmen durchgeführt. Wer Unterstützung beim Betten benötigt erhält diese. Der Zeitpunkt des Besuches wird mit der Frau abgestimmt.
- Die Neugeborenen bleiben kontinuierlich bei der Mutter – kontinuierliches Rooming-in wird die Regel. Das Stillen und das Bonding werden so gefördert. Die Pflegenden sollten die Mütter dazu ermuntern, den Kindern viel Hautkontakt anzubieten (wie bei der Känguru-Methode beschrieben). Notfalls kann jede Mutter bei Bedarf das Kind nachts einer Pflegeperson anvertrauen.
- Die Neugeborenen werden immer dann gestillt, wenn sie danach verlangen (self-demand-feeding), mindestens 8 – 12 mal täglich. Eine komplette Stillmahlzeit wird von der Primary Nurse beobachtet und dokumentiert. Daraus und aus der Pflegeanamnese wird der Beratungsbedarf der Mutter abgeleitet und für die folgenden Dienste geplant.

Die Mutter lernt, wie sie erkennen kann, ob das Kind ausreichend trinkt und wann es hungrig ist. Das Vertrauen in die eigene Stillfähigkeit wird gestärkt.

- Die Neugeborenen werden, soweit kein anderer Bedarf besteht, einmal am Tag der Entlassung durch die Mutter gebadet. Die Pflegende unterstützt und berät dabei. Es ist nicht notwendig, die Kinder täglich zu baden.
- Gesunde Neugeborene werden nur einmal täglich gewogen und in Augenschein genommen.
- Eine Visite findet nur bei Risikomüttern statt. Für alle anderen wird eine Arztprechstunde eingerichtet.
- Die Zimmer der Station werden wohnlich gestaltet. Eine Möglichkeit ist, den Frauen zu gestatten, eigene Bettwäsche mit in das Krankenhaus zu bringen. Auch den Kindern kann von Anfang an private Kleidung angezogen werden.
- Der Wegfall des Neugeborenenzimmers sollte die Möglichkeit bieten, Einzelzimmer einzurichten. Gemeinsam mit dem Kreißsaal ist zu prüfen, ob die Räume auch für eine Geburt herzurichten sind. Damit würde eine in Deutschland bisher einmalige Möglichkeit geschaffen, der Familie eine kontinuierliche Geburtsumgebung zu bieten (siehe: British Columbia Women's Hospital Vancouver (Kanada), S. 43).
- Auch der weitere Ausbau von Familienzimmern ist wünschenswert nach dem Vorbild eines „Mutter-Kind-Hotels im Krankenhaus“ (KAUFMANN-WEHLER 2000). Gegen Zuzahlung könnten hier Väter, Bezugspersonen und Geschwister Aufnahme finden. Die Familie wird so von Anfang an in ihrer Verantwortungsübernahme gestärkt. Der Vater erhält Gelegenheit, die Vorzüge des Stillens kennen zu lernen⁷⁹.
- Die Besuchsregelung sollte so gestaltet werden, dass genug Ruhe für die Frauen bleibt. Väter und Geschwister sollten jederzeit willkommen sein.
- Bis dato allen Frauen verabreichte Medikamente sind auf ihre evidente Notwendigkeit zu prüfen. Jedes Medikament gibt den Frauen das Gefühl, krank zu sein. Dahingegen sollten Schmerzmittel den Frauen nach operativen Entbindungen eine rasche Mobilisation erleichtern.
- Kinder, bei denen Interventionen wie Fototherapie notwendig werden, bleiben bei den Müttern (vgl. THOMAS, HENSSELER 1995). Neugeborene, die Schwierigkeiten haben, ihre Körpertemperatur zu halten, werden nicht ins Wärmebett sondern den Müttern auf die Brust gelegt. Die Frauen lernen, dass sie das Wichtigste sind, was ihr Kind braucht.
- Kinderärzte untersuchen die Neugeborenen in Anwesenheit der Mutter und beziehen sie ein.

⁷⁹ Die Einbeziehung der Väter bei der Stillberatung wird häufig vernachlässigt. Ihre Überzeugung kann allerdings großen Einfluss auf die Dauer des Stillens haben.

- Müssen Neugeborene oder Frühgeborene auf einer anderen Station versorgt werden, ist die Mutter so früh als möglich (nach Sectio im Bett oder im Rollstuhl) zum Kind zu bringen. Der Kontakt zwischen Mutter und Kind ist so oft wie möglich zu gewährleisten. Die Primary Nurse informiert sich über den Zustand des Kindes und hält die Familie auf dem Laufenden. Die Pflegenden der Neonatologie ihrerseits stellen den Kontakt zu den Eltern und zur Primary Nurse der Wochenstation her. Wenn möglich sollte die Mutter zum Rooming-in auf der Kinderstation übergeleitet werden.
- Stillzimmer mit einer wohnlichen Atmosphäre werden eingerichtet, in denen den Müttern, die von ihrem Kind getrennt sind, die Möglichkeit zum Abpumpen der Muttermilch gegeben wird.
- Entlassungsgeschenke mit Muttermilchersatzprodukten gibt es grundsätzlich nicht mehr. Stattdessen wird ein Paket mit Broschüren über das Stillen und über Unterstützungsangebote zur Entlassung überreicht (z. B. Adressen von Laktationsberaterinnen, Stillgruppen, Familienberatungen).

Die Klinik spart Ressourcen wie Medikamente, Wäsche, Personal. Das Familiensystem wird in seiner Verantwortungsübernahme für das Neugeborene gestärkt. Selbstverständlich müssen für Risikomütter modifizierte Richtlinien gelten. Daher sind ein fundiertes Fachwissen und Erfahrung der Mitarbeiterinnen Voraussetzungen für den Erfolg des Konzepts.

6.4.4 Aufgaben der Primary Nurse

Erfüllt die Station bereits viele der genannten Voraussetzungen, kann mit der Einführung von Primary Nursing begonnen werden. Dabei ist es nicht von entscheidender Bedeutung, dass die Primary Nurse Primary Nurse heißt. Sie kann genauso gut Primär-Schwester, Bezugs-Pflegende oder ähnlich heißen, denn auf den Namen kommt es dabei nicht an. Die Primary Nurse:

- hat die Verantwortung für die Pflegeplanung und Ermittlung des Beratungsbedarfs der Frau
- gibt die Richtung der Interventionen vor und plant die Stillberatung
- führt die Mutter-Kind-Dokumentation
- ist bei ihrer Arbeit autonom und trifft Entscheidungen unter Einbeziehung der Familie
- ist für die getroffenen Entscheidungen rechenschaftspflichtig
- sorgt für die Kontinuität der Pflege
- koordiniert den Aufenthalt der Frau
- kooperiert mit anderen Berufsgruppen im Interesse der Familie
- arbeitet eng mit den Associate Nurses zusammen und unterstützt diese bei der Pflege
- plant die Entlassung und Überleitung und informiert über Nachsorgeangebote

- hält telefonisch Kontakt mit der Familie
- setzt die Pflege im häuslichen Umfeld fort (langfristiges Ziel).

Die Frau soll die Primary Nurse möglichst bereits vor der Geburt kennen lernen. Hierzu empfiehlt sich ein Stillkurs für Schwangere, der von den derzeitigen Primary Nurses geleitet wird. Dort erhalten die werdenden Mütter erste wichtige Informationen und lernen Pflegende der Station kennen.

In einigen Fällen wird es möglich sein, dass sich die Primary Nurses bei Aufnahme der Frau im Kreißsaal vorstellen. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass dies nicht die Regel sein wird.

Ist eine Kontaktaufnahme vor der Aufnahme auf die Wöchnerinnenstation nicht möglich, sollte diese jedoch möglichst bald nach der Geburt stattfinden. Die Familie sollte den vollen Namen⁸⁰, die Berufsbezeichnung und die Aufgaben ihrer Primary Nurse erfahren und einen Überblick über den Tagesablauf der Station erhalten. An einer Tafel wird eine Übersicht über die zuständigen Primary Nurses gegeben – am besten mit Foto (CHILTON 2000, S. 113). Auch die anderen Pflegenden stellen sich vor.

Wenn es die Verfassung der Frau zulässt wird die Pflegeanamnese erhoben. Dies sollte in einem ruhigen Gespräch erfolgen, bei dem nicht einfach ein Fragenkatalog abgehakt wird. Dieses Gespräch dient gleichzeitig zum Vertrauensaufbau zwischen Primary Nurse und Klientin. Bereits hier können viele Fragen beantwortet werden.

Die Primary Nurse besucht die Frau mindestens einmal täglich, beobachtet das Stillen, erklärt die Säuglingspflege, begutachtet die Rückbildungsvorgänge und gibt Hinweise für den Übergang in das häusliche Umfeld. Dieser Besuch muss nicht zwingend in den Vormittagsstunden stattfinden. Hat die Primary Nurse Spätdienst⁸¹, so wird die Frau darüber informiert und die Pflege durch die Associate Nurse soweit vorgenommen wie notwendig. Bei Problemen sind alle Pflegenden in der Lage, adäquat zu intervenieren.

Die erste Zeit nach der Geburt ist geprägt von Unsicherheit. Viele Informationen stürzen auf die Mutter ein. Von Stund an hat sie die Verantwortung für einen neuen Menschen. Die Reaktionen auf diese Situation sind vielfältig. Viele Fragen werden immer wieder gestellt. Die Primary Nurse und auch die anderen Pflegenden müssen darauf geduldig eingehen und die Fragen immer wieder beantworten. Gerade aus diesem Grund ist es so wichtig, dass alle an einem Strang ziehen.

⁸⁰ Die Einführung von Visitenkarten wäre eine schöne Geste. Des weiteren sollten alle Mitarbeiter gut lesbare Namensschilder tragen mit Nachnamen und Berufsbezeichnung. Die Einführung von Primary Nursing kann dazu genutzt werden, eine Diskussion über die gewünschte Anrede („Schwester“, „Pfleger“, „Frau“, „Herr“...) anzuregen.

⁸¹ Der Spätdienst ist insofern von Vorteil, dass Väter besser in die Beratung integriert werden können.

6.4.5 Angebote während des Aufenthalts

Bei einer Studie in Brasilien wurde Müttern und Vätern nach der Geburt ihres Kindes ein Video zum Thema Stillen gezeigt, dieser Film anschließend mit Experten diskutiert und zusätzlich eine Broschüre zum Thema Stillen ausgehändigt. Diese einfachen Maßnahmen führten zu einer signifikant höheren Stillrate bei der Interventionsgruppe, sowie zu einer deutlich längeren Stilldauer. Hierfür war auch das Wissen des Vaters ausschlaggebend (SUSIN, GIUGLANI, KUMMER, MACIEL, SIMON, SILVEIRA 1999).

Es ist sinnvoll, für Mütter und Väter sowie auch für andere Bezugspersonen täglich zu einer festen Zeit einen Stillkurs anzubieten. Dabei kann ein Film gezeigt oder eine Unterrichtssequenz geboten werden. Wichtig ist, dass eine versierte Fachkraft, die in der Lage ist, Fragen zu beantworten, den Kurs leitet. Das alleinige Aushändigen einer Broschüre ohne Erklärungen hat keinen Einfluss auf das Stillen (CURRÓ, LANNI, SCIPIONE, GRIMALDI, MASTROIACOVO 1997).

Das Angebot ausdrücklich auch an Väter und Großeltern zu machen ist wichtig, da die stillwilligen Frauen aufgrund der verlorengegangenen Stillkultur häufig mit Vorbehalten aus der eigenen Familie kämpfen müssen (SCHÜCKING 1997). Die Chance, Familienmitglieder über die Vorteile des Stillens aufzuklären, kommt so rasch nicht wieder.

Weitere Kurse könnten zu den Themen Säuglingspflege, Unterstützungsmöglichkeiten und finanzielle Hilfen für Familien (z. B. durch den Sozialdienst) angeboten werden. Insgesamt sollten die Frauen jedoch nicht überfordert werden, da die Aufnahmekapazitäten für Neuigkeiten gerade nach einer Geburt begrenzt sind. Kurse zu genannten Themen wurden an einigen Kliniken im Rahmen einer Elternschule etabliert (HOPPE 1995). Hier erschließen sich neue Einnahmemöglichkeiten für die Klinik. Die Familien werden mit diesen ergänzenden Angeboten an den Anbieter gebunden⁸².

6.4.6 Entlassung und Nachsorge

„Für einige Frauen ist jedoch die Entlassung in die häusliche Umgebung ein Schock. Das Gefühl des Alleinseins kontrastiert mit dem Gefühl, unterstützt werden zu wollen. Unterstützung erhöht das Vertrauen und reduziert sozialen und physischen Stress“ (HASSELER 2001 a, S. 51).

Die Entlassung ist Aufgabe der Primary Nurse. Wiederum sollte ein Gespräch stattfinden (mit Mutter *und* Vater oder Bezugspersonen), bei dem informiert und beraten wird. Wie sicher fühlt sich die Mutter im Umgang mit ihrem Kind? Wie oft trinkt das Kind? Beginnt das

⁸² Die Krankenkassen finanzieren z. B. Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse. Viele andere Angebote wie Baby-Schwimmen oder PEKIP (Prager Eltern-Kind-Programm) werden von den Familien selbst bezahlt. Neu ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen auch gesundheitsfördernde Angebote wie Raucherentwöhnungskurse oder Rückenschule unter bestimmten Voraussetzungen unterstützen (SGB V vom 21. Juni 2000 § 20 Abs. 1 und 2). Diese Angebote können speziell auf Eltern zugeschnitten und in die Elternschule integriert werden (HASENJÄGER 2001, S. 13 ff).

Neugeborene zuzunehmen? Hat die Frau Schmerzen oder Probleme beim Stillen? Welche Unterstützung kann die Frau nach der Entlassung erwarten? Ist die häusliche Hebammenbetreuung in die Wege geleitet? Wird eine Haushaltshilfe benötigt?

Das Angebot einer Weiterbetreuung im häuslichen Wochenbett wird nicht jede Station aus eigener Kraft bewältigen können. Alle Frauen sollten daher bereits in der Schwangerschaft eine Liste freier Hebammen erhalten (z. B. bei genanntem Stillkurs oder bei einem Säuglingspflegekurs).

Langfristig sollte die Vernetzung mit außerklinischen Einrichtungen angestrebt werden (siehe Abschnitt 2.1.1, S. 7). Mit freien Hebammen, Hebammenpraxen oder Geburtshäusern können Verträge geschlossen werden, in denen vereinbart wird, dass eben jene Anbieter die klinisch betreuten Mütter im häuslichen Bereich weiterbetreuen. Die Frauen müssten sich so nicht mehr selbst um die Nachsorge bemühen. Die Überleitung findet durch die Primary Nurse statt. Sie kommuniziert telefonisch und mittels eines Verlegungsprotokolls mit den Hebammen. Ein reibungsloser Übergang wird so gewährleistet. Informationsverluste an Schnittstellen können durch die Vernetzung mit den außerklinischen Anbietern vermieden werden. So können die Hebammen zu gemeinsamen Fortbildungen oder anderen Aktivitäten geladen werden. Gegenseitige Vorurteile werden abgebaut. Im Hinblick auf die Stillberatung können beide Seiten voneinander profitieren. Die Kontinuität der Stillberatung findet dann im häuslichen Umfeld keinen Abbruch.

Zusätzlich ist ein klinisches Nachsorgeangebot denkbar⁸³. Vorerst ein bis zweimal pro Woche werden die Wöchnerinnen mit ihren Kindern zu einer Gruppensitzung eingeladen, welche durch eine Primary Nurse geleitet wird. Die Mütter erhalten Hinweise zum Stillen, zum Wochenbett und können sich darüber hinaus mit anderen Frauen in der gleichen Situation austauschen.

Weiterhin kann der Kontakt durch verschiedene Gruppen und Kurse wie Stillgruppe, Gruppen für Eltern frühgeborener Kinder, Rückbildungsgymnastik oder Babymassage aufrecht erhalten werden.

Alle entlassenen Frauen sollten nach 24 und 48 Stunden durch ihre Primary Nurse oder eine Associate Nurse angerufen und nach dem Befinden befragt werden. Diese Initiative ist wenig aufwendig, hätte aber einen sehr unterstützenden Effekt. Die Frauen fühlen sich nicht so allein gelassen und wissen, dass sie sich wirklich wieder an das Krankenhaus wenden können, wenn sie Informationen oder Unterstützung brauchen.

Ergänzend kann ohne weitere Probleme eine Hotline eingerichtet werden. Da die Stationen ohnehin 24 Stunden täglich besetzt sind, kann das Angebot an die Familien gemacht werden, sich jederzeit mit Problemen an die Station zu wenden.

⁸³ Siehe: Kaiser Permanente Medical Center Department of Pediatrics Santa Clara (Californian/USA) S. 44.

Die Telefonnummer der Hotline sowie weiterer Serviceangebote können bei Entlassung in einer Broschüre überreicht werden – je kreativer desto besser, damit das Angebot nicht bei den vielen aufzunehmenden Informationen untergeht.

Wenn es die Ressourcen der Stationen zulassen, sollten Wochenbettbesuche durch die Primary Nurses oder Hebammen stattfinden. So wäre eine optimale Kontinuität der Betreuung im Wochenbett gewährleistet.

6.4.7 Dienstplan

Die Dienstplangestaltung dürfte bei Beginn des Primary Nursing sicher einige Unsicherheiten mit sich bringen. Vorteilhaft für die Wochenbettpflege ist die kurze durchschnittliche Verweildauer. Die Primary Nurses müssen also keine langen Blöcke arbeiten. Fünf bis sieben Dienste am Stück wären jedoch gut. Teilzeitkräfte könnten z. B. an Wochenenden Primary Nurses Aufgaben übernehmen.

Denkbar wäre die Bildung von Teams, d. h. der Dienstplan wird nicht für die ganze Abteilung geschrieben sondern z. B. für fünf Stellen, von denen sich je eine Pflegende pro Schicht um ca. fünf Mutter-Kind-Paare kümmert (je nach Pflegeintensität). Die Verantwortungen wechseln dann zwischen den Kolleginnen.

Ein interessantes Modell ist das des Co-Primary Nursing: Zwei Pflegende fungieren zusammen als Primary Nurses für einen Patienten während dessen Aufenthalt (KAPLOW, ACKERMAN, OUTLAW 1989, S. 42). Die Teams werden je nach Dienstplan eingeteilt. Dies hat sich gerade bei Langzeitpatienten bewährt, da so die Abwesenheit einer Primary Nurse besser kompensiert werden kann.

Im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke wurden im Rahmen der Einführung der Bezugspflege neue Dienstzeiten eingeführt. Die Bezugspflegenden arbeiten im geteilten Dienst von 6.30 Uhr bis 12 Uhr und von 16 Uhr bis 19.30 Uhr für die Dauer einer Woche im Monat. Sie sind so morgens und abends präsent. Während der Mittagszeit übernimmt ein Zwischendienst die Verantwortung. Der Spätdienst geht von 12.30 Uhr bis 21 Uhr und für den Nachtdienst stehen Dauernachtwachen zur Verfügung (SCHLETTIG, HEIDE 1993, S. 135). Dieses Modell kann so nicht empfohlen werden. Dauernachtdienst hat physiologische und soziale Nachteile. Der geteilte Dienst kann für Beschäftigte mit weitem Arbeitsweg zum Problem werden.

Ein anderer Weg wäre die Einführung einer Kernarbeitszeit z. B. von 8 Uhr bis 16 Uhr. Diese „total normale Arbeitszeit“ könnte ein zusätzlicher Anreiz sein, als Primary Nurse zu arbeiten. Erfahrungen zeigen, dass die Einführung einer Kernarbeitszeit durch die Neuverteilung der täglichen Arbeiten möglich wird (TISCHLER 1997). Diese Arbeitszeit ist zudem familienfreundlich. Erfahrene Mitarbeiterinnen verlassen häufig nach der Erziehungszeit die Kliniken, da Schichtarbeit sich in der Regel schlecht mit der

Familienarbeit vereinbaren lässt. Den Krankenhausbetreibern gehen so wichtige Potentiale verloren. Eine Kernarbeitszeit würde vielen Frauen den Weg in den Beruf wieder öffnen.

Das Arbeitszeitgesetz bietet viele weitere Möglichkeiten. Arbeitszeiten von zehn Stunden sind denkbar (ARBEITSZEITGESETZ § 4). Die Einrichtung von Arbeitszeitkonten (z. B. flexible Jahresarbeitszeit) ermöglicht einen flexiblen Personaleinsatz, was gerade im Bereich der Geburtshilfe, wo die Belegung schlecht gelenkt werden kann, wichtig ist⁸⁴. Die Kreativität des Pflegemanagements ist hier gefragt, um die Arbeitsabläufe wirtschaftlich zu gestalten und gleichzeitig die Kontinuität in der Pflege zu gewährleisten.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen müssen dabei eingehalten, können jedoch auch mehr als bisher ausgeschöpft werden. Hier kann der Rat von erfahrenen Arbeitsrechtlern von Nutzen sein.

Wie der Dienstplan konkret gestaltet wird, hängt von den Ergebnissen des Diskurses mit den Mitarbeiterinnen ab.

⁸⁴ In der Regel finden Geburten nicht geplant statt. Daher kann nicht vorausgesehen werden, wie viele Aufnahmen es am Tag geben wird. Dies kann zu ungewöhnlichen Arbeitsspitzen sowie zu Leerlaufphasen führen.

6.4.8 Langfristig angestrebter Zustand (Flussdiagramm)

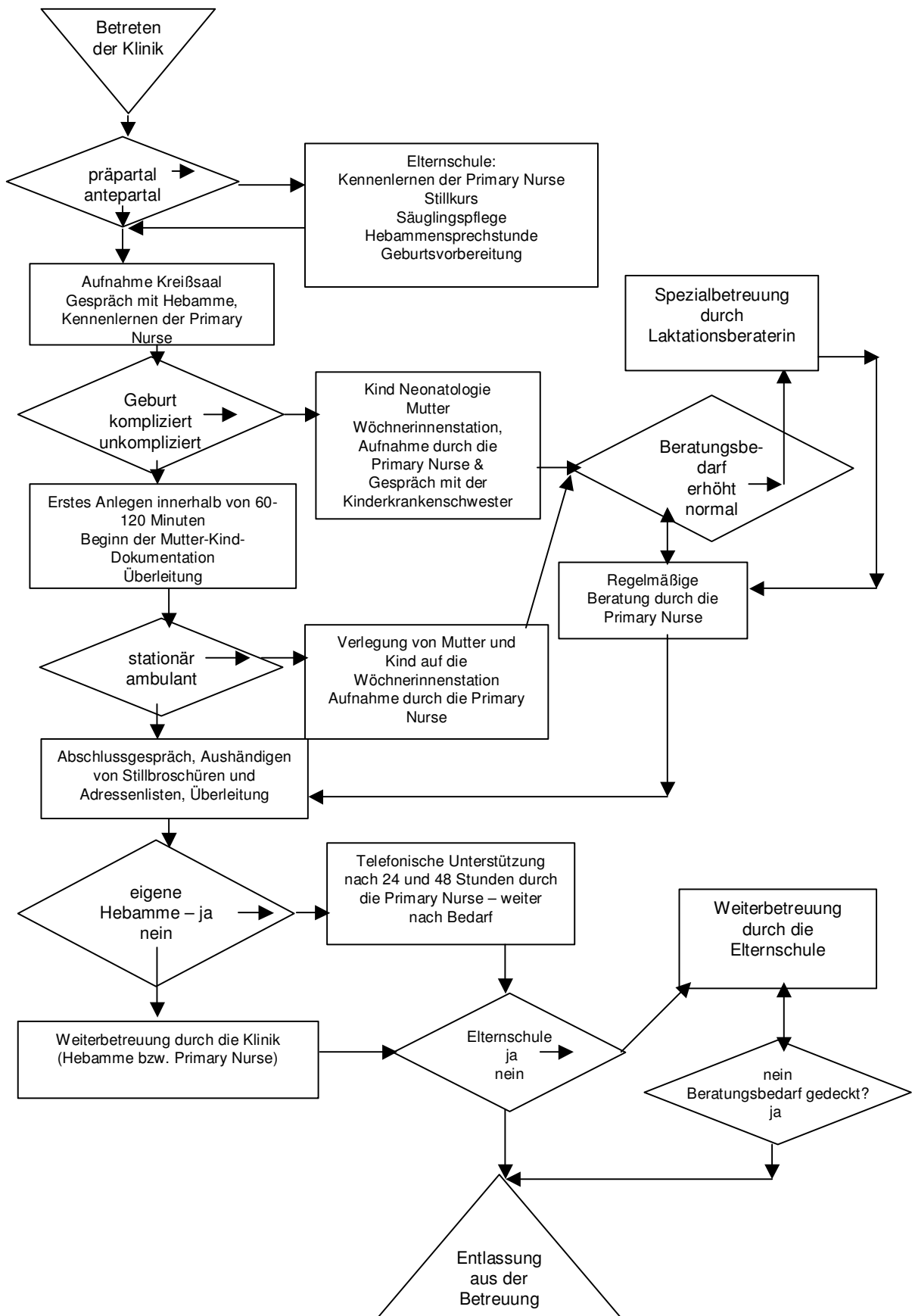


Abbildung 4: Flussdiagramm Sollzustand

6.4.9 Evaluation

Am festgelegten Ende des Projekts sollte immer eine Evaluation als Erfolgskontrolle vorgenommen werden. Dabei kann die Effektivität der Interventionen sowie die Verbesserung der Qualität gegenüber dem Ist-Zustand gemessen werden (BROOME 1997, S. 43). Bei längeren Projekten können auch Zwischenevaluationen sinnvoll sein, um zu ermitteln, ob man sich auf dem richtigen Weg befindet.

Der Versuch der Pflegequalitätsmessung ist immer schwierig. Was soll gemessen werden: Zufriedenheit, Verweildauer oder Outcome? Für die Messung der Pflegequalität gibt es bewährte Skalen (z. B. Qualpacs – Quality of Patient Care Scale [ERSER, TUTTON 2000, S. 142]). Die Anwendung auf einer Station deren Patientinnen in den meisten Fällen nicht krank sind, dürfte jedoch wenig Sinn machen.

Die Messung der Patientenzufriedenheit wird verlässlichere Aussagen bringen. Auch hierzu gibt es bereits Fragebögen, die sich bewährt haben (z. B. Newcastle Satisfaction with Nursing Scale [WALSH & WALSH 1999]). Die quantitative Messung der Stillfrequenz und ein Follow up über die Stilldauer und Zufriedenheit der Mütter mit dem Gedeihen der Kinder ist bei Interventionen, die eine Verbesserung der Stillberatung zum Ziel haben, notwendig.

Überprüft werden sollte die Einhaltung von Standards und Richtlinien in der Pflege und Beratung sowie der Fortbildungsstand der einzelnen Mitarbeiter.

Bei der Evaluation sollte in jedem Fall die Hilfe von wissenschaftlich erfahrenen Menschen in Anspruch genommen werden. Nur qualitativ und quantitativ sauber erhobene Daten eignen sich für spätere Veröffentlichungen und als Argument bei der geschäftsführenden Leitung. Dem Personal können Erfolge deutlich gemacht und Schwachpunkte zur Kenntnis gebracht werden.

Parallel zum Veränderungsprozess muss sich ein Qualitätssicherungssystem entwickeln, welches dauerhaft zur Aufrechterhaltung eines optimalen Betreuungsstandards beiträgt. Dazu gehören Richtlinien, Standards, Stellenbeschreibungen, Checklisten und die Einrichtung von Qualitätszirkeln.

Zu einer kontinuierlichen Evaluation gehört die Etablierung einer Kultur, die ein ständiges Hinterfragen des eigenen Handelns beinhaltet.

6.5 Widerstand als Chance

Maßnahmen, die eine Implementierung von Verhaltensänderungen zum Inhalt haben, stoßen stets auf Widerstand. Das innerbetriebliche Gleichgewicht wird gestört, die Mitarbeiterinnen werden verunsichert. Die Folge kann das Festhalten an alten Normen und Idealen sein. Andere Ausflüchte gegen Veränderungen können Dienst nach Vorschrift,

innere Kündigung, Krankheit, Schuldzuweisungen, Rückzug oder die Suche nach Hierarchien sein (JENDROSCH 1998, S. 71).

Dabei wird u. a. sichtbar:

„1. Diejenigen, deren Bedürfnisse durch den Status quo erfüllt werden, zeigen eine fast universelle Tendenz, diesen aufrecht erhalten zu wollen.

2. Widerstand gegen Veränderungen steigt proportional zu einem Gefühl der Bedrohung durch diese“ (JOHNS 2000, S. 47).

Ursachen für Widerstände gegen die Einführung patientenorientierter Pflegesysteme können unklare Veränderungsprogramme, fehlerhafte Planung, Mangel an Informationen, schlechte Erfahrungen mit anderen Veränderungsprozessen, mangelnde Überzeugung von der Veränderung, das Verhalten des Change Agents und die Infragestellung bisheriger Arbeitsweisen sein (JOHNS 2000, S. 47-49). Die Angst der Mitarbeiterinnen vor Stellenabbau, mangelnde Qualitätssicherung, mangelnde soziale Kompetenzen bei Führungspersonen, fehlende Beteiligung der Mitarbeiterinnen, geringe Ressourcenbereitstellung und noch zahlreiche andere Fehler bei Innovationsprozessen können Widerstände bei den Beteiligten auslösen (DAMKOWSKI, MEYER-PANNWITT, PRECHT 2000, S. 97/98). Vor allem die Verantwortungsübernahme für die Patientinnen und die Rechenschaftspflicht der Primary Nurse werden bei den Beschäftigten Ängste hervorrufen. Diese sollten ernst genommen und in den Prozess integriert werden.

Existiert im Unternehmen eine etablierte Kultur der Konfliktbehandlung, können Widerstände positiv genutzt werden. BROOME meint dazu:

„Man muß manchmal Druck im System erzeugen, um Energie freizusetzen. Diese Energien können oft bei Mitarbeitern gefunden werden, die schon unter Druck stehen. Diese sind gute Energiequellen für Veränderungen“ (BROOME 1997, S. 16).

Durch das Verstehen der Ursachen für die Widerstände entsteht die Chance, diese als Ressource für die Veränderungsprozesse zu nutzen. Widerstände sind somit nicht per se negativ. Jedoch besteht immer die Gefahr, dass die negativen Gefühle und Ängste an die „die auf der untersten Stufe des hierarchischen Systems stehen“ (ZIMPRICH 1983, S. 147), nämlich die Familien, weitergegeben wird. Daher ist die Entstehung von Widerständen durch die frühe und konsequente Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und die Berücksichtigung der genannten Fehlerquellen zu begrenzen. Die Pflegenden im Primary Nursing System sollten die Möglichkeit erhalten, an Supervisionen oder anderen entlastenden Maßnahmen teilzunehmen.

7 DISKUSSION UND AUSBLICK

Die Geburt eines Kindes ist eine tiefgreifende Umbruchsituation im Leben einer Familie und besonders im Leben der Frau. Die sensible Phase nach der Geburt ist von besonderer Bedeutung für den Beziehungsaufbau zwischen dem Kind und seinen Eltern. Personal und Betreiber der Kliniken stehen in der besonderen Verantwortung, den Familien gute Bedingungen für diese Phase zu bieten und den Beziehungsaufbau zu unterstützen. Dabei spielt das Thema Ernährung des Säuglings eine besondere Rolle. Die überwiegende Mehrzahl der Frauen möchte heute ihr Neugeborenes stillen (siehe Abschnitt 3.5.1, S. 24). Diese erfreuliche Entwicklung muss durch das Personal der Kliniken unterstützt werden. Hierzu wird ein evidenzbasiertes Wissen benötigt, welches in den Ausbildungen heute noch nicht vermittelt wird (FAHR 1997 b). Die Klinikbetreiber und im besonderen das Pflegemanagement sind gefordert, die Mitarbeiterinnen der betroffenen Bereiche in dieser Hinsicht zu schulen und ein breites Fortbildungsprogramm aufzulegen.

Langfristig müssen Themen der Gesprächsführung, Patientenedukation und Gesundheitsförderung in die Ausbildung aufgenommen werden (KOCH-STRAUBE 2001, S. 183 ff). Die Reform der Ausbildung in Deutschland ist lange überfällig. Die Schwächen des derzeitigen Systems werden gerade in der Wochenbettpflege deutlich. Durch die getrennte Ausbildung von Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern und Hebammen bildeten sich Arbeitsteilungsmodelle, die nicht mehr im Sinne der Patientinnen und Kundinnen sind. Eine grundständige Ausbildung mit anschließender Spezialisierung hin zu den unterschiedlichen Fachrichtungen ließe auch die Etablierung einer Weiterbildung „Wochenbettpflege“ zu. Die Pflegenden hätten die Möglichkeit, mehrere Abschlüsse zu erwerben und so ihre Position auf dem nationalen und internationalen Arbeitsmarkt zu verbessern⁸⁵.

Momentan sind Hebammen die Spezialistinnen für die Wochenbettpflege. Dem sollte bei der Einstellungspolitik Rechnung getragen werden. Die in Kreißsälen arbeitenden Hebammen sollten z. B. durch ein Rotationssystem in die Wochenbettbetreuung einbezogen werden, damit Kinderkrankenschwestern und Krankenschwestern von deren Ausbildungsvorsprung profitieren können.

Die Betreuung im häuslichen Wochenbett durch Mitarbeiterinnen der Klinik oder durch die Vernetzung mit außerklinischen Dienstleistungsanbietern ist unbedingte Voraussetzung bei einer Verkürzung des Klinikaufenthalts. Die junge Familie kann so unterstützt und gefördert, auftretende Stillprobleme oder Probleme mit dem Neugeborenen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Es könnte ein Modell der Zukunft sein, dass entsprechend weitergebildete Pflegekräfte sowohl in der Klinik auf der Station als auch in der ambulanten

⁸⁵ Dies ist notwendig, da Kinderkrankenschwestern große Probleme mit der Anerkennung ihrer Ausbildung in Europa haben (Ausnahme sind die deutschsprachigen Länder).

Pflege, die vom selben Träger angeboten wird, tätig sind⁸⁶. Im Sinne einer maximalen Pflegekontinuität könnte so eine Betreuungsform angeboten werden, die bezogen auf die Wochenbettpflege und Stillberatung eine lückenlose Versorgung von der Geburt längstens bis zum Ende der Stillzeit zulässt. Frustrationen sowohl auf Seiten der Familien als auch auf Seiten des Personals können so verhindert werden. Das Pflegepersonal erhält ein reizvolles neues Aufgabenfeld, was zur Erhöhung der Zufriedenheit beiträgt.

Sich verändernde Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erfordern adäquate Reaktionen der Beteiligten auf Meso- und Mikroebene. Besser wäre jedoch ein vorausschauendes Handeln im Interesse der Familien, bevor es zu erzwungenen Veränderungen kommt. Nur so kann das Personal von Beginn an in den Veränderungsprozess einbezogen werden und nur so wird die Veränderung eine Chance haben, akzeptiert und gelebt zu werden. Dabei muss das gesamte Handeln auf den Prüfstand. Alle Klinikabläufe müssen kritisch hinterfragt werden. Welche Traditionen und Rituale werden gepflegt, ohne den Patientinnen zu nützen? Können wir es uns leisten, qualifizierte Pflegekräfte mit Arbeiten zu beschäftigen, für die keine Ausbildung benötigt wird (z. B. Hol- und Bringdienst, Putzarbeiten)? Ist die funktionale Arbeitsteilung ökonomisch gerechtfertigt? *Wie* wollen Patientinnen gepflegt und beraten werden?

Ergebnis dieser Arbeit ist, dass Primary Nursing ein geeignetes Pflegesystem für die Betreuung und Beratung von Frauen im Wochenbett darstellt. Das hohe Maß an Kontinuität ist gerade im Hinblick auf die Stillberatung sinnvoll. Informationsverluste und Missverständnisse können so vermieden werden.

Dabei kann das klassische Primary Nursing, welches aus amerikanischen und englischen Gesundheitseinrichtungen stammt, Vorbild sein. Eine eins zu eins Übernahme in das deutsche System ist aufgrund der Rahmenbedingungen jedoch nicht möglich. Beispielsweise sind in den Krankenhäusern Großbritanniens 11 bis 12 Stunden Schichten üblich. Dies ist der Kontinuität sicher sehr zuträglich, in Deutschland aber aufgrund von Arbeitszeitgesetzen nicht umzusetzen.

Das deutsche Pflegesystem sieht weniger Hierarchiestufen vor als englische und angloamerikanische Systeme. Das bringt jedoch auch mit sich, dass Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegende hierzulande beschränkt sind. In dieser Hinsicht wird sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten viel ändern, da die Akademisierung der Pflegeberufe voranschreitet. Die wissenschaftlich ausgebildeten Pflegekräfte werden nicht nur in den Führungsetagen benötigt. Im Einsatz auf den Stationen könnten sie viel bewegen. Hierzu müssen Anreize in Form neuer Vergütungsmodelle und auch in Form neuer und der Abflachung althergebrachter Hierarchien geschaffen werden. So könnte es ein Anreiz für

⁸⁶ Es ist z. B. möglich klinikgestützte Sozialstationen zu betreiben. Auch könnten Hebammen Leistungen im Wochenbett privat abrechnen.

Absolventinnen von Pflegestudiengängen sein, als Primary Nurse mit gewachsener Verantwortung und Rechenschaftspflicht zu arbeiten, entlastet von pflegefremden Aufgaben. Die Pflegeforschung könnte in den Pflegealltag integriert werden.

Dass derartige Visionen zu Ängsten unter den Klinikbeschäftigten und Klinikbetreibern führen, liegt nahe. Im Sinne der Qualitätssicherung und im Sinne einer patientenorientierten und individuellen Pflege muss diese Entwicklung jedoch vorangetrieben werden. Geschieht dies nicht, werden, wie es heute bereits geschieht, die besten Pflegenden die direkte Pflege aufgeben und in das Management abwandern. Solche Verluste kann sich kein Berufsstand leisten, der sich gegenüber der Medizin als eigenständige Fachrichtung etablieren und emanzipieren will.

Die Betreiber der Kliniken und das Pflegemanagement müssen ihrerseits bemüht sein, qualifiziertes Personal zu halten. Dabei werden momentan in den Gesundheitseinrichtungen frühere Fehler der freien Wirtschaft anscheinend nochmals durchgemacht. Es wird nicht erkannt, dass gerade im Dienstleistungsbereich die Mitarbeiterinnen die wichtigste Ressource sind, die es nicht ohne Rücksicht auszunutzen gilt, sondern welche gepflegt werden muss und die regelmäßig Zeit zur Erneuerung braucht. Natürlich sind die Klinikbetreiber einem enormen wirtschaftlichem Druck ausgesetzt. Es ist jedoch abzusehen, dass im Rahmen der Einführung der DRG's etliche Betten abgebaut werden müssen. Um den ökonomischen Zwängen Stand halten zu können werden engagierte Mitarbeiterinnen benötigt, welche bereit sind, ihre ganze Kreativität einzubringen. Dies werden sie sicher nur an einem Arbeitsplatz tun, der ihnen Gestaltungsspielräume gibt, wo sie in Entscheidungsprozesse einbezogen werden und wo die Politik der Klinik transparent ist. Menschen brauchen sichere Räume, in denen sie sich entwickeln können. Nur so werden sie nicht an alten Normen festhalten.

Eine Unternehmenspolitik, in dessen Mittelpunkt der Mensch steht – als Kunde/Patient und Mitarbeiter – wird auf kurze Sicht Investitionen erfordern, welche sich auf lange Sicht auszahlen werden. Die Leistungsträger müssen daher eine langfristige Unternehmenspolitik möglich machen und eine gewisse Planungssicherheit herstellen. Auch müssen Handlungsspielräume geschaffen werden, z. B. in den Möglichkeiten der Vernetzung zwischen ambulanten und klinischen Angeboten. Speziell am Thema Stillförderung sollten die gesetzlichen Krankenkassen großes Interesse haben, denn die präventive Wirkung des Stillens kann die Leistungsträger auf lange Sicht entlasten. Daher sollten alle qualitativ guten Modelle, welche die Förderung des Stillens bezwecken, finanziell unterstützt werden.

Primary Nursing ist ein Modell mit Zukunft, nicht nur bei der Pflege im Wochenbett. Es wird jedoch großer Anstrengungen bedürfen, es zu etablieren. Paradigmenwechsel benötigen viel Zeit. Es ist zu hoffen, dass die Pflege während dieser Zeit nicht von den rasanten Veränderungen des Gesundheitssystems eingeholt wird. Das Pflegemanagement muss

schnellstens handeln und die Pflege so gestalten, dass sie mit den Entwicklungen Schritt halten kann.

LITERATURVERZEICHNIS

- ALBRECHT-ENGEL, Ines: *Geburt in der Bundesrepublik. Ein Rückblick über die letzten zwanzig Jahre.* In: *Dr. med. Mabuse*, 22. Jg. (1997), H. 110, S. 30-33.
- ALLSOPP, Chris: *Primary Nursing in einer chirurgischen Abteilung.* Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems.* 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 89-99.
- ANDRASCHKO, Heinz-Gerd: *Das System der Bezugspflege. Eine Neuerung, die in der Wirklichkeit wirkt.* In: *Pflegezeitschrift*, 49. Jg. (1996), H. 12 (Beilage), S. 3-12.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT FREIER STILLGRUPPEN: *Report über die Verstöße gegen den internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten in Deutschland.* o.O. 1998.
- ARBEITSGESETZE: *ArbG. 59. Aufl.* München (dtv) 2001. (= Beck-Texte im dtv)
- ÄRZTEKAMMER BERLIN (Hrsg.): *Perinatalerhebung Berlin 1993 - 1999.* Berlin 2000.
- ASSENMACHER, Harry: *Die besten Geburtskliniken in Deutschland. Der große Krankenhaus-Check Teil 1.* In: *ÖKO-TEST*, 2002, H. 6, S. 28-34.
- BACHMAIER, Sabine; FABER, Jan; HENNING, Claudius; KOLB, Rüdiger; WILLIG, Wolfgang: *Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene.* Weinheim (Beltz Taschenbuch) 1989.
- BALUCH, Eleonore: *Stillen im Vergleich zwischen festen Stillzeiten mit Unterbringung der Kinder im Kinderzimmer und self-demand feeding im rooming in-System.* Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule Aachen. Medizinische Dissertation 1991 Als Manuskript gedruckt.
- BECK, Susanne: *Berufsbild Laktationsberaterin.* In: *kinderkrankenschwester*, 17. Jg. (1998), H. 10, S. 438.
- BLESES, Helma: *Bundespflegemodell: Ganzheitliches Pflegesystem soll die Pflege verbessern.* In: *Pflegezeitschrift*, 49. Jg. (1996), H. 2, S. 116-118.
- BLESES, Helma: *Das Pflegekonzept des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen GmbH.* In: *Pflegezeitschrift*, 51. Jg. (1998), H. 2 (Beilage), S. 2-11.
- BRECHBÜHLER, Monika: *Zwischen Konkurrenz und Unsicherheit.* In: *Krankenpflege*, 1995, H. 11, S. 20-22.
- BREIT, Achim; BÖHNER, Gerd: *Die neue Pflege - ein holistisches Modell. 2. Folge: Primary Nursing.* In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 30. Jg. (1991), H. 3, S. 215-216.
- BROMME, Annabel: *Change-Management in der Pflege. Veränderungen planen-gestalten-bewerten.* Berlin, Wiesbaden (Ullstein Mosby) 1997.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.): *Themen - Ressortforschung - Kurzberichte.* Berlin 2001. (= <http://www.bmggesundheit.de/themen/ressort/2001/2.htm> (7.04.2002))
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT (Hrsg.): *Stillen und Muttermilchernährung.* Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz (W. Kohlhammer) 1986.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): *Stillen und Muttermilchernährung.* Köln 1993.
- BURNS, Sarah: *Die Auswirkungen von Primary Nursing auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung.* Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines*

- patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 205-217.
- CATTANEO, Adriano; BUZZETTI, Roberto: *Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative.* In: *BMJ*, 323. Jg. (2001), H. 12, S. 1358-1362.
- CHILTON, Sue: *Eine Veränderung zum Besseren - Primary Nursing in einer inneren Abteilung.* Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 101-119.
- CRETIUS, K.: *Gemeinsame Unterbringung von Mutter und Neugeborenen auf der Wochenstation.* In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 15. Jg. (1955), S. 712.
- CURRÒ, Vincenzo; LANNI, Roberta; SCIPIONE, Fanny; GRIMALDI, Valentina; MASTROIACOVO, Pierpaolo: *Randomised controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breast feeding.* In: *Archives of Disease in Childhood*, 76. Jg. (1997), H. 6, S. 500-504.
- DAMKOWSKI, Wulf; MEYER-PANNWITT, Ulrich; PRECHT, Claus: *Das Krankenhaus im Wandel. Konzepte - Strategien - Lösungen.* Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer) 2000.
- DANGEL-VOGELSANG, Bärbel; HOLTHAUS, Eckard; KORPORAL, Johannes; KOLLECK, Bernd: *Außerklinische Geburtshilfe in Hessen. Wie modern ist die HebammengGeburtshilfe?* Hamburg 1997.
- DAVID, M.; KRAKER VON SCHWARZENFELD, H.; KENTENICH, H.: *Geburtshausentbindung - eine sichere Alternative zur Klinikgeburt? Perinataldaten im Vergleich.* In: *Geburtshilfe*, 58. Jg. (1998), S. 208-215.
- DENNIS, Cindy-Lee: *Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review.* In: *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 31. Jg. (2002), H. 1, S. 12-32.
- DEWING, Jan: *Primary Nursing - Folgen für die Pflegeperson.* Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 155-169.
- DIEHL, Margit: *Meine Erfahrungen mit Primary Nursing.* In: *Krankenpflege*, 1991, H. 5, S. 276-279.
- DIGIROLAMO, Ann M.; GRUMMER-STRAWN, Laurence M.; FEIN, Sara: *Maternity care practices: Implications for breastfeeding.* In: *Birth*, 28. Jg. (2001), H. 2, S. 94-100.
- DULON, Madeleine; KERSTING, Mathilde: *Erfassung der Situation des Stillverhaltens in der Bundesrepublik Deutschland: die SuSe-Studie.* Aus: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Themen - Ressortforschung - Kurzberichte.* Berlin 2001.
(=<http://www.bmggesundheit.de/themen/ressort/2001/2.htm> Zugriff 7.04.2002)
- ELDERING, Gerd; GUTKE, Annette: *Entwicklung der alternativen Geburtshilfe am Beispiel der Frauenklinik Bensberg.* Aus: Eldering, Gerd; Siebert, Wolfgang (Hrsg.): *Alternativen der klinischen Geburtshilfe. Bewährtes, Diskussionswertes, Rechtliches.* München (Hans Marseille) 1995. S. 65-79.
- ELDERING, Gerd; SIEBERT, Wolfgang (Hrsg.): *Alternativen der klinischen Geburtshilfe. Bewährtes, Diskussionswertes, Rechtliches.* München (Hans Marseille) 1995.
- ERSSER, Steven; TUTTON, Elizabeth Aus dem Engl. von Susanne Bernhart (Hrsg.): *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000.

- ERSSER, Steven; TUTTON, Elizabeth: *Perspektiven von Primary Nursing*. Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems*. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 221-244.
- ERSSER, Steven; TUTTON, Elizabeth: *Primary Nursing - Auswirkungen auf den Patienten*. Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems*. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 137-153.
- ERSSER, Steven; TUTTON, Elizabeth: *Primary Nursing - Worum geht es?* Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems*. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 3-35.
- ESCOBAR, Gabriel J.; BRAVEMAN, Paula A.; ACKERSON, Lynn; ODOULI, Roxana; COLEMAN, Kim; CAPRA, Angela M.; WONG, Carlene; LIEU, Tracy A.: *A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge*. In: *Pediatrics*, 108. Jg. (2001), H. 3, S. 719-727.
- EVIDENCED BASED NURSING ABSTRACT: *A breastfeeding intervention increased breast feeding and reduced GI tract infections and atopic eczema*. (Originalartikel: Kramer, M. S.; Chalmers, B.; Hodnett, E. D. et al.) In: *Evidenced Based Nursing*, 4. Jg. (2001), S. 10.
- FAHR, Sonja: *Stillen - unter soziologischer Betrachtung. Teil 1: Einleitende Betrachtungen über Säuglingsernährung im Wandel der Zeit und über die Vorteile des Stillens*. In: *kinderkrankenschwester*, 15. Jg. (1996 a), H. 11, S. 431-433.
- FAHR, Sonja: *Stillen - unter soziologischer Betrachtung. Teil 2: Ursachen für das gegenwärtige Stillverhalten*. In: *kinderkrankenschwester*, 15. Jg. (1996 b), H. 12, S. 475-479.
- FAHR, Sonja: *Stillen - unter soziologischer Betrachtung. Teil 3: Stillförderung - was wird bereits getan?* In: *kinderkrankenschwester*, 16. Jg. (1997 a), H. 1, S. 19-21.
- FAHR, Sonja: *Stillen - unter soziologischer Betrachtung. Teil 4: Stillförderung - was sollte getan werden?* In: *kinderkrankenschwester*, 16. Jg. (1997 b), H. 2, S. 67-70.
- FEDOR-FREYBERGH, Peter G.: *Psychophysische Gegebenheiten der Perinatalzeit als Umwelt des Kindes*. Aus: Schindler, Sepp; Zimprich, Hans (Hrsg.): *Ökologie der Perinatalzeit. mit Beiträgen von 22 Mitarbeitern*. Stuttgart (Hippokrates) 1983. S. 24-49.
- FISCHER, Thomas: *Der Patient und sein Pfleger*. In: *PFLEGE AKTUELL*, 56. Jg. (2002), H. 2, S. 70-72.
- FISCHER, Thomas: *Voneinander Lernen. Das Primary Nursing Netzwerk*. In: *PFLEGE AKTUELL*, 55. Jg. (10), H. 2001, S. 542-543.
- FITZGERALD, Mary: *Fort- und Weiterbildung als Vorbereitung auf Primary Nursing*. Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems*. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 57-69.
- FRAUENÄRZTLICHE AKADEMIE UND AKADEMIE FÜR KINDERHEILKUNDE UND JUGENDMEDIZIN: *Stillempfehlungen*. Aus: Siebert, Wolfgang; Stögmann, Walter; Wündisch, Gerhard F. (Hrsg.): *Stillen - einst und heute*. München (Hans Marseille) 1997. S. 23-26.
- FREDOR-FREYBERGH, Peter G.: *Psychosoziale Gegebenheiten der Perinatalzeit als Umwelt des Kindes*. Aus: Schindler, Sepp; Zimprich, Hans (Hrsg.): *Ökologie der Perinatalzeit. mit Beiträgen von 22 Mitarbeitern*. Stuttgart (Hippokrates) 1983. S. 24-49.

- FREUD, W. E.: *Das "Whose Baby?-Syndrom". Ein Beitrag zum psychodynamischen Verständnis der Perinatologie*. Aus: Stauber, M. et al. (Hrsg.): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin, Heidelberg (Springer) 1991. S. 123-137.
- FRIEDMANN, Marie-Luise: *Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 1996.
- FRIEDRICH, Christiane: *Einige Antworten auf Fragen rund um die Zusatzqualifikation IBCLC*. In: *kinderkrankenschwester*, 20. Jg. (2001), H. 2, S. 66.
- FRIEDRICH, Hannes; HANTSCH, Brigitte; HENZE, Karl-Heinz; PIECHOTTA, Gudrun (Hrsg.): *Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch*. Bern (Hans Huber) 1997. (= Reihe Pflegewissenschaft.)
- FRIEDRICH, Jule: *Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz zum Säuglingsnahrungswerbegesetz*. In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 1998, H. 3, S. 116/117.
- FUCHS, Claudia: *Ein bisschen wie Tanzen lernen. Das Humboldt-Klinikum darf sich als einziges in Berlin "stillfreundliches Krankenhaus" nennen*. In: *Berliner Zeitung*, Nr. 64 vom 16./17. März 2002.
- GOTSCH, Gwen: *Stillen von Frühgeborenen. 2. Aufl.* München 2000.
- GOULDING, Julie; HUNT, John: *Rechenschaftspflicht und rechtliche Fragen bei Primary Nursing*. Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 71-85.
- HABEL-LEPACH, Doris: *Die Zukunft ist weiblich*. In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 1998, H. 6, S. 275-277.
- HAHN, Brigitte: *"Initiative Babyfreundliches Krankenhaus" der WHO und der UNICEF*. In: *kinderkrankenschwester*, 14. Jg. (1995), H. 7, S. 294-296.
- HART, Chris: *Zum Greifen nah - Primary Nursing in einer psychiatrischen Abteilung*. Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 121-133.
- HASENJÄGER, Andrea: *Praktikumsbericht: Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt - Beratung und Koordination e. V.* Evangelische Fachhochschule Berlin. Unveröffentlichter Praktikumsbericht des Studiengangs Pflege/Pflegemanagement 2001. Als Manuskript gedruckt.
- HASSELER, Martina: *Bedeutung qualifizierter Fort- und Weiterbildung für die Umsetzung neuer Betreuungsformen am Beispiel der stationären Wochenbettbetreuung*. In: *kinderkrankenschwester*, 21. Jg. (2002), H. 3, S. 106-110.
- HASSELER, Martina: *Der Übergang "Mutter werden". Ergebnisse einer australischen pflegewissenschaftlichen Studie*. In: *kinderkrankenschwester*, 20. Jg. (2001a), H. 2, S. 51-53.
- HASSELER, Martina: *Pflegetheorien für die Pflege und Betreuung im Wochenbett*. In: *kinderkrankenschwester*, 20. Jg. (2001b), H. 12, S. 537-539.
- HASSELER, Martina: *Stationäre Wochenbettbetreuung. Hebamme, Krankenschwester, Kinderkrankenschwester - wer ist verantwortlich?* In: *Dr. med. Mabuse*, 22. Jg. (1997), H. 110, S. 50-54.
- HEBAMMENHILFE-GEBÜHRENVERORDNUNG (HebGV): *vom 28.10.1986, zuletzt geändert am 7.10.1997. BGBl. I S. 2397* Berlin 1997.

- HENZ, Carmen: *Ganzheitliche Wochenpflege in einer Universitätsklinik. Bericht über Erfahrungen während eines Praktikums am Karolinska Krankenhaus in Stockholm*. In: *kinderkrankenschwester*, 20. Jg. (2001), H. 2, S. 59-65.
- HENZE, Karl-Heinz: *Die frühe postnatale Entwicklung des Kindes und ihre Bedeutung für die stationäre Betreuung*. In: *Pflege Band 8*, 1995, H. 1, S. 14-20.
- HENZE, Karl-Heinz: *Frühgeburt*. Aus: Friedrich, Hannes; Hantsche, Brigitte; Henze, Karl-Heinz; Piechotta, Gudrun (Hrsg.): *Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch*. Bern (Hans Huber) 1997. (=Reihe Pflegewissenschaft.) S. 105-118.
- HENZE, Karl-Heinz: *Frühgeburt*. Aus: Friedrich, Hannes; Hantsche, Brigitte; Henze, Karl-Heinz; Piechotta, Gudrun (Hrsg.): *Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch*. Bern (Hans Huber) 1997. (=Reihe Pflegewissenschaft.) S. 105-118.
- HENZE, Karl-Heinz: *Kaiserschnittgeburt*. Aus: Friedrich, Hannes; Hantsche, Brigitte; Henze, Karl-Heinz; Piechotta, Gudrun (Hrsg.): *Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch*. Bern (Hans Huber) 1997. (=Reihe Pflegewissenschaft.) S. 141-155.
- HOFMANN, Irmgard: *Ethische Konflikte in der Pflege. 3. Folge. Kooperationsbeziehungen zwischen Eltern, Kind und Stationsteam*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 36. Jg. (1997), H. 11, S. 920-925.
- HOLTERMANN, Birgit; DULON, Madeleine: *Stillen in der Geburtsklinik und im 1. Lebensjahr: Ergebnisse der bundesweiten SuSe-Studie*. In: *kinderkrankenschwester*, 20. Jg. (2001), H. 12, S. 519-521.
- HOPPE, Annemie: *Die Elternschule - unverzichtbare Notwendigkeit einer geburtshilflichen Abteilung*. Aus: Eldering, Gerd; Siebert, Wolfgang (Hrsg.): *Alternativen der klinischen Geburtshilfe. Bewährtes, Diskussionswertes, Rechtliches*. München (Hans Marseille) 1995. S. 81-86.
- HORMANN, Elizabeth; NEHLSSEN, Erika: *Die aktuelle Stillsituation in Deutschland und europaweit*. Aus: Siebert, Wolfgang; Stögmann, Walter; Wündisch, Gerhard F. (Hrsg.): *Stillen - einst und heute*. München (Hans Marseille) 1997. S. 7-16.
- JANSSEN, Patricia A.; KLEIN, Michael C.; HARRIS, Susan J.; SOOLSMA, Jetti; SEYMOUR, Laurie C.: *Single room maternity care and client satisfaction*. In: *Birth*, 27. Jg. (2000), H. 4, S. 235-243.
- JENDROSCH, Thomas: *Projektmanagement. Prozeßbegleitung in der Pflege*. Wiesbaden (Ullstein Medical) 1998.
- JOHNS, Christopher: *Einführung und Bewältigung von Veränderungen - Der Schritt zu Primary Nursing*. Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 37-55.
- KAHF, Sigrun: *Das klinische Wochenbett - heute noch zeitgemäß?* In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 1992, H. 11, S. 451-454.
- KAPLOW, Roberta; ACKERMAN, Nancy; OUTLAW, Elizabeth: *Co-primary nursing in the intensive care unit*. In: *Nursing Management*, 20. Jg. (1989), H. 12, S. 41-46.
- KÄPPELI, Silvia (Hrsg.): *Pflegekonzepte. Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 1993.
- KAUFMANN-WEHLER, Stefanie: *Ein Mutter-Kind-Hotel im Krankenhaus*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 39. Jg. (2000), H. 9, S. 756-761.

- KELLNHAUSER, Edith: *Primary Nursing - Primär Pflege. Primary Nursing und die Interaktionstheorie von Hildegard Peplau*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 37. Jg. (1998 a), H. 8, S. 633-638.
- KELLNHAUSER, Edith: *Primary Nursing und Feminismus*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 37. Jg. (1998 b), H. 8, S. 639-641.
- KELLNHAUSER, Edith: *Primary Nursing. Ein neues Pflegemodell*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 33. Jg. (1994), H. 9, S. 747-752.
- KILLERSREITER, Birgitt: *Historische und persönlichkeitspsychologische Aspekte der Mutterrolle*. In: *kinderkrankenschwester*, 20. Jg. (2001), H. 12, S. 540-543.
- KIM, Jong-Duk: *Gruppenpflege - Wege zur patientenorientierten Pflege*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 35. Jg. (1996), H. 4, S. 308-318.
- KITZINGER, Sheila: *Schwangerschaft und Geburt. bewußt und selbstbestimmt erleben. 2. Aufl.* München (dtv) 1998.
- KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H.: *Mutter - Kind - Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung*. München (dtv) 1987. (= dialog und praxis)
- KOCH-STRAUBE, Ursula: *Beratung in der Pflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2001.
- KOHLMANN, Gerlinde: *Die Umsetzung der ganzheitlichen Pflege auf einer Wochen- und Neugeborenen-Station*. Aus: Voget, Hanne (Hrsg.): *schwanger in Berlin. und Potsdam*. Berlin (Lia) 1997. S. 248-249.
- KOHLMANN, Gerlinde; ABOU-DAKN, Michael: *Integrierte Wochenbettpflege. Chance zur Veränderung nutzen*. In: *Heilberufe*, 52. Jg. (2000), H. 4, S. 15/16.
- KOLIP, Petra (Hrsg.): *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen*. Weinheim, München 2000.
- KOLIP, Petra: *Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchsphasen*. Aus: Kolip, Petra (Hrsg.): *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen*. Weinheim, München 2000. S. 9-30.
- KOLLAK, Ingrid; KÜPPER, Hans: *Vom professionellen Umgang mit Eltern*. In: *PFLEGE AKTUELL*, 53. Jg. (1999), H. 6, S. 336-338.
- KRAMER, M. S.; CHALMERS, B.; HODNETT, E. D. for the PROBIT Study Group: *Promotion of Breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus*. In: *JAMA*, 2001, H. Jan 24/31, S. 413-420.
- KRAMER, M. S.; KAKUMA, R.: *Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, 2002, H. 1, S. <http://www.update-software.com/abstracts/ab003517.htm> (19.02.2002).
- KRAUS, Georg; WESTERMANN, Reinhold: *Projektmanagement mit System. Organisation, Methoden, Steuerung. 3., erweiterte Aufl.* Wiesbaden (Gabler) 1998.
- KRAY, Ralph: *Ganzheitliche Wochen- und Kinderpflege im Hearing. Gratwanderung zu einer sach- und zeitgemäßen Mutter- und Kind-Versorgung*. In: *kinderkrankenschwester*, 16. Jg. (1997), H. 2, S. 73-75.
- KROTH, Carina: *Stillen und Stillberatung* Wiesbaden (Ullstein Medical) 1998.
- LANG, Inge; KRAMMER, Christina: *Ganzheitliche Wochenbettpflege*. In: *kinderkrankenschwester*, 21. Jg. (2002), H. 1, S. 16-20.
- LAWRENCE, Ruth A.: *Breastfeeding. A guide for the medical profession. Fourth edition*. St. Luis, Baltimore, Berlin, Boston u. a. (Mosby) 1994.

- LEBOYER, Frédéric: *Geburt ohne Gewalt. Erweiterte Neuausgabe von "Der sanfte Weg ins Leben. Geburt ohne Gewalt" 1974.* München (Kösel) 1981.
- LEHMANN-BURI, Madeleine: *Ein stillfreundliches Wochenbett. Was heißt das?* In: *kinderkrankenschwester*, 17. Jg. (1998), H. 2, S. 72-74.
- LIEU, Tracy A.; BRAVEMAN, P. A.; ESCOBAR, G. J.; FISCHER, A. F.; JENSVOLD, N. G.; CAPRA A. M. ET AL.: *A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge.* In: *Pediatrics*, 105. Jg. (2000), H. 5, S. 1058-1065.
- LIND-KEEL, G.: *Die Bedeutung der neuen Lebenssituation für die erstgebärende Frau.* Aus: Käppeli, Silvia (Hrsg.): *Pflegekonzepte. Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 1993. S. 181-188.
- LUDINGTON-HOE, Susan M.; GOLANT, Susan K.: *Liebe geht durch die Haut. Eltern helfen ihrem frühgeborenen Baby durch die Känguruh-Methode.* München (Kösel) 1994.
- MANTHEY, Marie: *A theoretical framework for primary nursing.* In: *Journal of Nursing Administration*, 10. Jg. (1980 b), H. 6, S. 11-15.
- MANTHEY, Marie: *An expert answers common question about primary nursing.* In: *Nursing Management*, 20. Jg. (1989), H. 3, S. 22-24.
- MANTHEY, Marie: *The practice of primary nursing.* Boston (Blackwell Scientific) 1980 a.
- MARTIN, Alexa: *Stillen von Frühgeborenen: Eine retrospektive Befragung und eine prospektive Untersuchung.* Freie Universität Berlin. Inaugural-Dissertation Fachbereich Humanmedizin 2000 Als Manuskript gedruckt.
- MCMAHON, Richard: *Macht und Kommunikation bei Primary Nursing.* Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems.* 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 193-204.
- MELCHIOR, Matthijs E. W.; HALFENS, Ruud J. G.; ABU-SAAD, Huda Huyer; PHILIPSEN, Hans; BERG, Andre A. van den: *The effects of primary nursing on work-related factors.* In: *Journal of Advanced Nursing*, 29. Jg. (1999), H. 1, S. 88-96.
- MISCHKE, Claudia: *Ziel Primary Nursing - Eine Idee wird umgesetzt. Erfahrungen eines Implementierungsprozesses.* In: *PFLEGE AKTUELL*, 56. Jg. (2002), H. 2, S. 74-76.
- MOLINSKI, Hans: *Stillen aus nervenärztlicher Sicht.* Aus: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Stillen und Muttermilchernährung.* Köln 1993. S. 40-44.
- MORROW, Ardythe L.; GUERRERO, Lourdes; SHULTS, Justine; CALVA, Juan J.; LUTTER, Chessa; BRAVO, Jane: *Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial.* In: *The Lancet*, 353. Jg. (1999), H. Apr 10, S. 1226-1231.
- MÜHLBAUER, Bernd H.; REINHARDT, Jürgen; SÜLLWOLD, Gundula: *Bereichs- und Bezugspflege im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis.* In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 33. Jg. (1994), H. 6, S. 465-473.
- MÜLLER, Hildegard; MATHE, Simone: *Projekt: Ganzheitliche Wochenbettpflege. -auch für Schüler erlernbar?* In: *kinderkrankenschwester*, 18. Jg. (1999), H. 5, S. 186-189.
- NATIONALE STILLKOMMISSION DEUTSCHLAND: *Stillempfehlungen der nationalen Stillkommission Deutschland (Stand: Juni 1996).* Aus: Siebert, Wolfgang; Stögmann, Walter; Wündisch, Gerhard F. (Hrsg.): *Stillen - einst und heute.* München (Hans Marseille) 1997. S. 19-22.
- NEHLSSEN, Erika: *Stillmanagement.* Aus: Siebert, Wolfgang; Stögmann, Walter; Wündisch, Gerhard F. (Hrsg.): *Stillen - einst und heute.* München (Hans Marseille) 1997. S. 27-52.

- NEUMANN, Claudia; STEUBELT, Monika: *Qualifikation notwendig. Fachweiterbildung zur Primary Nurse in der neurologischen Rehabilitationspflege*. In: *PFLEGE AKTUELL*, 56. Jg. (2002), H. 2, S. 77-80.
- NEUMEYER, Erika: *Außerklinische Geburten in Berlin*. Freie Universität Berlin. Unveröffentlichte soziologische Diplomarbeit 1993. Als Manuskript gedruckt.
- NEUMEYER, Erika: *Ergebnisse außerklinischer Geburten in Berlin 1997 - 1998*. Aus: Ärztekammer Berlin (Hrsg.): *Perinatalerhebung Berlin 1993 - 1999*. Berlin 2000. S. 46-57.
- OLIVEIRA, Maria Ines Couto de; CAMACHO, Luiz A. B.; TEDSTONE, Alison E.: *Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions*. In: *Journal of Human Lactation*, 17. Jg. (2001), H. 4, S. 326-343.
- PASCH, Helga: *Beeinflussung von Werbung für Muttermilchersatznahrung auf das Stillen*. Aus: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Stillen und Muttermilchernährung*. Köln 1993. S. 190-200.
- PEPLAU, Hildegard E.: *Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel, Eberswalde (Recom) 1995.
- PFAHL, Birgit: *Vorteile des Stillens aus der Sicht der Mutter*. Aus: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Stillen und Muttermilchernährung*. Köln 1993. S. 22-32.
- PIAZZA, Simone di: *Beratung in der Kinderkrankenpflege*. In: *Pflege*, 14. Jg. (2001), H. 1, S. 5-11.
- PIECHOTTA, Gudrun: *Totgeburt*. Aus: Friedrich, Hannes; Hantsche, Brigitte; Henze, Karl-Heinz; Piechotta, Gudrun (Hrsg.): *Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch*. Bern (Hans Huber) 1997. (=Reihe Pflegewissenschaft.) S. 123-139.
- POLLEIT, Heike: *Konzept einer ganzheitlichen Wochenpflege*. Aus: Eldering, Gerd; Siebert, Wolfgang (Hrsg.): *Alternativen der klinischen Geburtshilfe. Bewährtes, Diskussionswertes, Rechtliches*. München (Hans Marseille) 1995. S. 103-108.
- PONTIN, David: *Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing?* In: *Journal of Advanced Nursing*, 29. Jg. (1999), H. 3, S. 584-591.
- PORTEOUS, Rena; KAUFMANN, Karyn; RUSH, Janet: *The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: a randomized trial*. In: *Journal of Human Lactation*, 16. Jg. (2000), H. 4, S. 303-308.
- PUGH, Linda C.; MILLIGAN, Renee A.: *Nursing intervention to increase the duration of breastfeeding*. In: *Applied Nursing Research*, 11. Jg. (1998), H. 4, S. 190-194.
- RAGETH, J. Ch.; PILZ, S.; UNGER, C.; HUNTER, A.: *Erfahrungen bei der Einführung des UNICEF-Programmes "Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen"*. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 202. Jg. (1998), H. 2, S. 102-106.
- RENZEL, Herma: *Ein Weg zum "Stillfreundlichen Krankenhaus". Erfahrungsbericht einer Kinderkrankenschwester aus dem Kreiskrankenhaus Hameln*. In: *kinderkrankenschwester*, 15. Jg. (1996), H. 9, S. 353-354.
- ROGERS, Carl R.: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy*. Frankfurt am Main (Fischer) 1996. (= Geist und Psyche)
- RULF, Ursula: *Integrative Wochenpflege. Ganzheitliche Betreuung von Mutter und Kind und positive Auswirkungen auf die Stillbegleitung*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 40. Jg. (2001), H. 10, S. 833-835.

- SALING, Peter; LANGNER, Klaus (Hrsg.): *Das Kind im Bereich der Schwangerschafts- und Geburtsmedizin. Von den Anfängen bis zur Gegenwart.* Mühlheim (Ruhr) (H.U.F.) 1995.
- SÄUGLINGSNAHRUNGSWERBEGESETZ (SNWG): *Gesetz über die Werbung für Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung.* In: *Bundesgesetzblatt*, 1994, H. Teil I, S. 2846.
- SCHANLER, Richard J.; SHULMAN, Robert J.; LAU, Chantal: *Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula.* In: *Pediatrics*, 103. Jg. (1999), H. 6, S. 1150-1157.
- SCHIEMANN, Doris: *Postnatales Rooming-in. Eine empirische Untersuchung - Konsequenzen für die Praxis.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 1993.
- SCHINDLER, Sepp; ZIMPRICH, Hans (Hrsg.): *Ökologie der Perinatalzeit. mit Beiträgen von 22 Mitarbeitern.* Stuttgart (Hippokrates) 1983.
- SCHLETTIG, Hans J.; HEIDE, Ursula von der: *Bezugspflege.* Berlin, Heidelberg, New York u.a. (Springer) 1993.
- SCHMIDT, Eberhardt: *Vorteile des Stillens aus pädiatrischer Sicht.* Aus: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Stillen und Muttermilchernährung.* Köln 1993. S. 12-21.
- SCHÜCKING, Beate A.: *Konkurrenz rund um Schwangerschaft und Geburt.* In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 1998, H. 6, S. 274-275.
- SCHWERTMANN, Bärbel: *Der lange Weg zur Brust. Stillvorbereitung eines intensivpflichtigen Frühgeborenen.* In: *kinderkrankenschwester*, 17. Jg. (1998), H. 5, S. 191-197.
- SEARS, Heather Jane; WILLIAMS, Shirley: *Primary Nursing - Auswirkungen auf das Pflegemanagement.* Aus: Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.) Aus dem Engl. von Susanne Bernhart: *Primary Nursing. Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 2000. S. 171-190.
- SIEBERT, Wolfgang; STÖGMANN, Walter; WÜNDISCH, Gerhard F. (Hrsg.): *Stillen - einst und heute.* München (Hans Marseille) 1997.
- SIGLER, M.; TÖLLNER, U.: *Stilldarstellung in der Kunstgeschichte.* Aus: Siebert, Wolfgang; Stögmann, Walter; Wündisch, Gerhard F. (Hrsg.): *Stillen - einst und heute.* München (Hans Marseille) 1997. S. 65-90.
- SIKORSKI, J.; RENFREW, M J.; PINDORIA, S.; WADE, A.: *Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review).* In: *The Cochrane Library*, 2002, H. 1, S. <http://www.update-software.com/abstracts/ab001141.htm> (19.02.2002).
- SPRINGER, Skadi; VOGTMANN, C.; WINKLER, G.; ROBEL-TILLING, E.; MÖCKEL, A.: *Von der Stillschwester zum "Stillfreundlichen Krankenhaus" - Stillförderung in der Universitätsfrauenklinik Leipzig.* In: *Zentralblatt für Gynäkologie*, 119. Jg. (1997), H. 1, S. 41-46.
- STAEHLE, Wolfgang H.: *Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. 7. Aufl.* München (Vahlen) 1994. (= Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften)
- STAUBER, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe.* Berlin, Heidelberg (Springer) 1991.
- STEVEN, Alison: *Named nursing: in whose best interest?* In: *Journal of Advanced Nursing*, 29. Jg. (1999), H. 2, S. 341-347.
- SUSIN, Lulie R. O.; GIUGLIANI, Elsa R. J.; KUMMER, Suzane C.; MACIEL, Marileide; SIMON, Cristina; SILVEIRA, Leticia C.: *Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates?* In: *Birth*, 26. Jg. (1999), H. 3, S. 149-156.

- TEßMANN, Susanne: *Primary Nursing - Ein Besuch in London*. In: *Pflege Management*, 4. Jg. (1996), H. 3, S. 45-46.
- THOMAS, Anja; HENSSLER, Brigitte: *Umgang mit "Problemkindern" auf einer Wochenstation*. Aus: Elderling, Gerd; Siebert, Wolfgang (Hrsg.): *Alternativen der klinischen Geburtshilfe. Bewährtes, Diskussionswertes, Rechtliches*. München (Hans Marseille) 1995. S. 87-91.
- TIETZE, K. W.: *Stillempfehlungen der Nationalen Stillkommission Deutschlands*. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 201. Jg. (1997), S. 152-153.
- TISCHLER, Klaus: *Einführung der Kernarbeitszeit auf einer chirurgischen Station. Erfahrungen aus dem Universitätsklinikum Erlangen*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 36. Jg. (1997), H. 10, S. 867-869.
- TÖLLNER, U.; SIGLER, M.: *Stilldarstellung in Werbung und Propaganda*. Aus: Siebert, Wolfgang; Stögmann, Walter; Wündisch, Gerhard F. (Hrsg.): *Stillen - einst und heute*. München (Hans Marseille) 1997. S. 53-64.
- TÖNZ, O.: *Stillen in der guten alten Zeit*. Aus: Siebert, Wolfgang; Stögmann, Walter; Wündisch, Gerhard F. (Hrsg.): *Stillen - einst und heute*. München (Hans Marseille) 1997. S. 91-111.
- UNITED NATIONS (Hrsg.): *Nutrition and population links. Breastfeeding, family planning and child health. Papers from the ACC/SCN 18th Session Symposium*. Geneva (Lavenham Press) 1992.
- VOGET, Hanne (Hrsg.): *schwanger in Berlin. und Potsdam*. Berlin (Lia) 1997.
- VOGET, Hanne: *Befragung von Schwestern der Wochenbett- und Säuglingsstation*. Aus: Voget, Hanne (Hrsg.): *schwanger in Berlin. und Potsdam*. Berlin (Lia) 1997. S. 252-261.
- VOGET, Hanne: *Besuche in den Kreißsälen aller Berliner Krankenhäuser*. Aus: Voget, Hanne (Hrsg.): *schwanger in Berlin. und Potsdam*. Berlin (Lia) 1997. S. 175-206.
- WALDENSTRÖM, Ulla; BROWN, Stephanie; MCLACHLAN, Helen; FORSTER, Della; BRENNECKE, Shaun: *Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized trial*. In: *Birth*, 27. Jg. (2000), H. 3, S. 156-167.
- WALSER, Matthias; SETTELEN-STRUB, Christina: *Projekt Bezugspflege am Kantonsspital Basel*. In: *Pflegemanagement*, 6. Jg. (1998), H. 5, S. 8-17.
- WALSH, Mike; WALSH, Anna: *Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale*. In: *Journal of Advanced Nursing*, 29. Jg. (1999), H. 2, S. 307-315.
- WARREN, Inga; TAN, Guat Choo; DIXON, Paula D.; GHAUS, Karena: *Breast feeding success and early discharge for preterm infants. The result of a dedicated breast feeding programme*. In: *Journal of Neonatal Nursing*, 6. Jg. (2000), H. 2, S. 43-48.
- WEIDEMANN, Karl-Heinz: *Das Organisationsmodell "primary nursing" - Teil 2: Primärpflege erfordert auch kooperative Führung*. In: *Pflegezeitschrift*, 52. Jg. (1999 b), H. 9, S. 647-650.
- WEIDEMANN, Karl-Heinz: *Organisationsmodell "primary nursing": Pflege und Stationsmanagement werden getrennt*. In: *Pflegezeitschrift*, 52. Jg. (1999 a), H. 8, S. 575-580.
- WINAU, Rolf: *Das Kind im Bereich der Schwangerschafts- und Geburtsmedizin. Historische Anmerkungen*. Aus: Saling, Peter; Langner, Klaus (Hrsg.): *Das Kind im Bereich der Schwangerschafts- und Geburtsmedizin. Von den Anfängen bis zur Gegenwart*. Mülheim (Ruhr) (H.U.F.) 1995. S. 104-107.

- WOLF, Helmut: *Hygiene - Eine Herausforderung zu allen Zeiten*. In: *pädiatrie hautnah*, 2002, H. 1, S. 33-35.
- WRIGHT, Anne; RICE, Sydney; WELLS, Susan: *Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding*. In: *Pediatrics*, 97. Jg. (1996), H. 5, S. 669-675.
- ZIMMERMANN, Dorit: *Geburtshäuser. Ganzheitliche Geburt als Alternative*. München 1998.
- ZIMPRICH, Hans: *Erfahrungen und Überlegungen zur Mutter-Kind-Situation in einer Wöchnerinnenstation*. Aus: Schindler, Sepp; Zimprich, Hans (Hrsg.): *Ökologie der Perinatalzeit. mit Beiträgen von 22 Mitarbeitern*. Stuttgart (Hippokrates) 1983. S. 146-155.

Kontakt zur Autorin:
andrea.hasenj@web.de