

Masterthesis

„ANTILOPE – Anforderungen an Stillberatung in der
Neonatologie aus Sicht von Pflegenden“

Verfasserin

Janina Tönnes

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]er

[REDACTED]

Betreuende Professorin

Frau Prof. Dr. Sörensen

Zweite Prüfende

Frau Blanck-Köster (M.A.)

Abgabedatum

26.05.2021

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Studiengang Pflege M.Sc.
IV. Kohorte

Zusammenfassung

Hintergrund: Pflegende der Neonatologie sind in einer entscheidenden Position, Mütter darin zu unterstützen, eine Stillbeziehung zu ihrem frühgeborenen Kind aufzubauen. Dennoch berichten Mütter immer wieder von mangelnder Unterstützung.

Ziel: Diese Arbeit untersucht die Aspekte von Stillberatung in der Neonatologie aus der Sicht von Pflegenden, um die Versorgung der Familien zu verbessern.

Methoden: Auf der Grundlage verschiedener Techniken der Grounded Theory wurden Workshops und Expert*inneninterviews mit Pflegenden durchgeführt und ausgewertet.

Ergebnisse: Der familien-individuelle Unterstützungsbedarf konnte als zentrale Herausforderung der Stillunterstützung in der Neonatologie identifiziert werden. Wichtige Strategien, um ihm gerecht zu werden, sind die Familienorientierung, eine ehrliche Kommunikation sowie die Kooperation innerhalb des Teams. Pflegepersonalbezogene Faktoren, wie das Rollenverständnis und die persönliche Erfahrung der Pflegenden, haben den bedeutsamsten Einfluss auf diese Strategien. Eine bedarfsgerechte Unterstützung stärkt die mütterliche Kompetenz und fördert die Bindung sowie das Sicherheitsgefühl. Im Falle inadäquater Unterstützung wird die mütterliche Kompetenz geschwächt, sodass diese das Stillen womöglich beendet.

Schlussfolgerungen: Die Stillunterstützung in der Neonatologie ist für Pflegende eine besondere Herausforderung, auf die sie in ihrer Ausbildung sowie durch Fortbildungen besser vorbereitet werden müssen, um Mütter kompetent zu unterstützen. Zukünftige Forschung sollte die hierfür notwendigen Maßnahmen ergründen und evaluieren.

Abstract

Background: Neonatal nurses play a critical role in assisting mothers build up a breastfeeding relationship to their preterm baby. Nevertheless, mothers complain about missing support.

Purpose: This study explores the aspects of breastfeeding consultation in the neonatology from the nursing point of view for optimizing the care of preterm families.

Methods: By using different techniques of the grounded theory methodology workshops and interviews with nurses were carried out and analyzed.

Results: The pivotal challenge of breastfeeding consultation in the neonatology poses the individual need for support of each family. The main strategies to handle it are putting the family into focus, communicating honestly, and cooperating with colleagues. Factors associated with the individual nurse, e.g., how she*he defines her*his role as a nurse and personal experiences, have the most impact on these strategies. Supporting the families as needed strengthens the mothers' competencies and promotes bonding as well as a feeling of safety. In case of inadequate support, the mothers' competencies are weakened so she may stop breastfeeding.

Implications: Breastfeeding support in the neonatology is a special challenge for nurses. There is a need to better prepare them for this challenge through basic nursing education and continued education, so that mothers are supported competently. Further research is needed to investigate and evaluate the actions required to achieve this goal.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problembeschreibung	1
1.2	Untersuchungsziel und Fragestellung	3
1.3	Gang der Untersuchung	3
2	Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1	Neonatologie und Perinatalzentrum	4
2.2	Frühgeborene und die Auswirkungen einer frühen Geburt.....	5
2.3	Entwicklungsförderung und Familienzentrierung.....	7
2.4	Stillen und Auswirkungen von Muttermilchernährung.....	8
2.5	Physiologischer Aufbau einer Stillbeziehung.....	10
2.6	Gestörter Aufbau der Stillbeziehung nach einer Frühgeburt	11
2.7	Stillunterstützung für Mütter von Frühgeborenen	14
2.8	Situation der Pflegenden in der Neonatologie	15
3	Methodologie und Methodik	17
3.1	Qualitative Forschung	17
3.2	Grounded Theory	18
3.3	Bedeutung der forschenden Person – theoretische Sensibilität	19
3.4	Workshops	20
3.4.1	Zugang zum Feld, Setting und Rekrutierung der Teilnehmer*innen	20
3.4.2	Beschreibung und Durchführung der Workshops	22
3.5	Interviews	23
3.5.1	Expert*inneninterviews, theoretisches Sampling und Leitfadententwicklung.....	23
3.5.2	Rekrutierung der Teilnehmer*innen und Durchführung der Interviews ..	26
3.5.3	Transkription	27
3.6	Auswertung	28

3.6.1	Offenes Kodieren.....	28
3.6.2	Axiales Kodieren.....	29
3.7	Datenschutz und Forschungsethik	31
4	Empirische Ergebnisse.....	31
4.1	Beschreibung der Teilnehmer*innen	31
4.2	Familien-individueller Unterstützungsbedarf	32
4.2.1	Ursachen	34
4.2.2	Kontext	34
4.2.3	Interaktionale Strategien.....	36
4.2.4	Intervenierende Bedingungen.....	41
4.2.5	Konsequenzen.....	45
5	Diskussion.....	47
6	Limitationen.....	56
7	Schlussfolgerungen.....	59
8	Literaturverzeichnis	61
9	Anhang.....	1
A.1	Informationsschreiben Workshop.....	1
A.2	Einwilligungsschreiben Workshop.....	3
A.3	Demografiebogen.....	4
A.4	Informationsschreiben Einzelinterview	6
A.5	Einwilligungsschreiben Einzelinterview	8
A.6	Eingangsinformationen zu Interviewbeginn.....	9
A.7	Leitfäden der Einzelinterview	10
A.7.1	Leitfaden der Interviews Nummern 104, 010, 115	10
A.7.2	Leitfaden des Interviews Nummer 331	12
A.7.3	Leitfaden der Interviews Nummern 006, 009	14
A.8	Deskriptive Statistik der Pretest-Teilnehmerinnen (n=3)	16

A.9 Interviewtranskripte	17
Eidesstattliche Erklärung.....	97

Abkürzungsverzeichnis

BPD	bronchopulmonale Dysplasie
EFCNI	European Foundation for the Care of Newborn Infants
et al.	et alii / et aliae (und andere)
ELBW	extremely low birth weight
Hrsg.	Herausgeber*in
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
IBFAN	International Baby Food Actions Network
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IVH	intraventrikuläre Blutung
IYCF	Infant and Young Child Feeding
NEC	nekrotisierende Enterokolitis
PVL	periventrikuläre Leukomalazie
ROP	Frühgeborenen-Retinopathie
VLBW	very low birth weight
WBTi	World Breastfeeding Trends Initiative
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 paradigmatisches Modell (Strübing 2014: 25)	30
Abbildung 2 absolvierte Weiterbildungen der Teilnehmerinnen (eigene Darstellung)	32
Abbildung 3 paradigmatisches Modell zum familien-individuellen Unterstützungsbedarf (eigene Darstellung in Anlehnung an Strauss / Corbin 1996: 78).....	33
Abbildung 4 Einflüsse auf die Durchführung von Stillunterstützung (eigene Darstellung)	50
Abbildung 5 positiver Einfluss von Fortbildungen auf die Stillunterstützung durch Pflegende der Neonatologie (eigene Darstellung).....	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Verteilung der Frühgeborenen in Deutschland 2019 nach Gestationsalter und Geburtsgewicht (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2021: 4)	5
Tabelle 2 Transkriptionsregel in Anlehnung an Fuß und Karbach (2019: 39-81)	27
Tabelle 3 beispielhafter Auszug einer Kategorie als Ergebnis der Workshopauswertung in Anlehnung an Strauss und Corbin (1996: 53)	29
Tabelle 4 Deskriptive Statistik der Studienteilnehmerinnen (n=18)	31

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Laut World Health Organization (WHO; 2018) werden jährlich circa zehn Prozent der Kinder weltweit zu früh geboren. In Deutschland belief sich die Zahl der frühgeborenen Kinder im Jahr 2019 auf 64.437 (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2021: 4). Dies entsprach 8,4% aller Neugeborenen und rund 44% der behandelten Patient*innen auf neonatologischen Stationen dieses Jahres. Dieser Anteil stagniert in Deutschland in den letzten Jahren (vgl. IQTIG 2020a: 82; IQTIG 2018: 78).

Für die Familien ist eine Frühgeburt ein krisenhaftes Erlebnis (vgl. Bruns-Neumann 2006: 150–154; Weigl 2018: 269 f.). Die Schwangerschaft endet in der Regel unerwartet, das Kind ist von intensivmedizinisch und -pflegerischer Versorgung abhängig und die Eltern befinden sich in einem emotionalen Ausnahmezustand. Häufig dauert es lange, bis sie sich als Mütter und Väter begreifen (vgl. Söhnngen / Schnepf 2019: 211). Yang et al. (2019: 3) fanden in einer Befragung von Müttern frühgeborener Kinder heraus, dass die Gabe von Muttermilch bei den Frauen dazu beiträgt, sich als Mutter zu fühlen.

Gleichzeitig ist Muttermilch für Frühgeborene mehr als nur Nahrung. Muttermilch unterstützt die Hirnentwicklung, ist leicht verdaulich und schützt besonders zu früh geborene Kinder vor Krankheiten, wie einer Sepsis oder der nekrotisierenden Enterokolitis (vgl. Patel et al. 2013: 516 f.; Kribs 2015: 27-30). Darüber hinaus hat Stillen auch Langzeiteffekte für Frühgeborene und ihre Mütter. Hierzu zählen reduzierte Risiken an Diabetes mellitus oder Krebs zu erkranken (vgl. Berns 2015: 95; Güngör et al. 2019: 766; Unar-Munquía et al. 2017: 428). Eine wertvolle Möglichkeit der Unterstützung ihres Kindes liegt für die Eltern also in der Gabe von Muttermilch.

Kleine Frühgeborene können auf Grund ihrer Unreife noch nicht selbst an der Brust trinken, sodass die Mütter in dieser vulnerablen Situation zusätzlich vor der Herausforderung stehen, den Aufbau ihrer Milchproduktion ohne Beteiligung ihres Kindes leisten zu müssen. Es ist die Aufgabe des Gesundheitsfachpersonals eines Perinatalzentrums, dem Stillwunsch in dieser besonderen Situation professionell zu begegnen, denn diese Mütter brauchen ein breites Unterstützungsangebot, um ihre Milchbildung zu initiieren und eine Stillbeziehung zu ihrem Kind aufzubauen (vgl. Spatz 2018: 5; Gebauer et al. 2018: 956; Gianni et al. 2018: 4-6; Fernández Medina 2019:

358). Den Pflegenden der Neonatologie kommt hierbei eine besondere Rolle zu (vgl. Walz et al. 2018; Rollins et al. 2016: 493). Sie unterstützen die Mütter durch eine familienzentrierte Arbeitsweise, Beratung und Anleitung der Mütter bereits zu Beginn der Laktation sowie Förderung des ausgedehnten Haut-zu-Haut-Kontaktes und des direkten Stillens an der Brust ebenso, wie durch eine organisierte, professionelle Still- und Laktationsberatung (vgl. Gebauer et al. 2018: 956; Gianni et al. 2018: 4-6; Fernández Medina 2019: 358).

Einer Untersuchung von Hallowell et al. (2014: 293 f.) zufolge, leisten Pflegende auf neonatologischen Intensivstationen in den USA im Durchschnitt in jeder Schicht bei einem von sieben Eltern-Kind-Paaren Stillberatung. Gleichzeitig geben Gesundheitsfachpersonen an, dafür nicht ausreichend ausgebildet und wenig erfahren zu sein, wie Spatz (2005: 31 f.) verschiedene Studienergebnisse aus den USA zusammenfasst. Auch die Mütter selbst bemängeln häufig die Beratung durch die Pflegenden der Neonatologie. Ihnen fehlt praktische Anleitung und emotionale Unterstützung, sodass der Eindruck entsteht, als würde nicht das Stillen, sondern die Flaschenfütterung angestrebt (vgl. Mörelius et al. 2020: 2425). Außerdem berichten die Mütter, dass Ermutigung nicht ausreicht, sondern sie fachkompetente Beratung und Erklärungen brauchen, die sich nicht von einer Schicht zur nächsten vollkommen voneinander unterscheiden (vgl. Fernández Medina 2019: 356).

Die Welt-Still-Trends-Initiative (WBTi) identifiziert in ihrem Evaluationsbericht auch für Deutschland unter „Indikator 5: Unterstützung des Stillens im Sinne der Globalen Strategie (IYCF) durch Gesundheitsversorgung und Ernährungsberatung“ (International Baby Food Actions Network IBFAN 2018: 23) Versorgungslücken. Sie werden auf einen Mangel an Stillthemen in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung sowie in den Fortbildungsvorgaben für die betreffenden Berufsgruppen zurückgeführt (vgl. IBFAN 2018: 25). Spatz (2005: 31) betont das Risiko, dass durch den Mangel an Wissen und Erfahrung in der Stillberatung inadäquate oder gar keine Unterstützung durch die Pflegenden stattfindet. Um Mütter im neonatologischen Kontext professionell in ihrem Stillwunsch unterstützen zu können, ist eine adäquate Ausbildung im Bereich der Stillberatung notwendig (vgl. Spatz 2005: 32).

Dem Kind und der Familie die bestmögliche Entwicklung zu ermöglichen, stellt den zentralen Kern der neonatologischen Pflege dar (vgl. Cricco-Lizza 2011: 401). Dies sollte in besonderem Maße auch für die Entwicklung einer stabilen Stillbeziehung

gelten, da mit ihr vielfältige kurz- und langfristige gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind einhergehen. Hierbei muss bedacht werden, dass Stillförderung in der Neonatologie eine außergewöhnliche Herausforderung darstellt (vgl. Cricco-Lizza 2016: 97). Blatz et al. (2020: 314) fassen zusammen, dass es trotz der inzwischen großen Bemühungen hinsichtlich familienzentrierter Betreuung und der Präferenz, alle Kinder mit Muttermilch zu versorgen, große Lücken in der Entwicklung und Nutzung von Strategien gibt, die dazu beitragen, dass Pflegende in der Lage sind, effektive Stillberatung zu leisten und sich dabei wohlfühlen.

1.2 Untersuchungsziel und Fragestellung

Ziel dieses Forschungsvorhabens ist es, die Versorgung von Familien mit einem Frühgeborenen zu verbessern. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Still- und Laktationsberatung durch neonatologisch Pflegende, die durch die Mütter von Früh- und kranken Neugeborenen immer wieder als defizitär und uneinheitlich beschrieben wird. Sie soll einen Beitrag zum Verständnis der Anforderungen an Pflegende der Neonatologie leisten, die täglich mit der Still- und Laktationsberatung konfrontiert sind, und Hintergründe liefern, warum Familien in vielen Fällen nicht adäquat beraten werden. Die Hauptfragestellung, die untersucht werden soll, lautet daher:

Welche Aspekte charakterisieren die Stillberatung in der Neonatologie aus Sicht der Pflegenden?

Von dieser Fragestellung ausgehend werden im Verlauf der Forschung weitere Unterfragen formuliert, die auf den bis dahin erfassten Daten basieren. So wird gewährleistet, dass sowohl der Forschungsprozess als auch der Erkenntnisgewinn von den erhobenen Daten geleitet wird. Dieses Vorgehen erfüllt den Anspruch der Grounded Theory, Fragestellungen prozess- und handlungsorientiert zu gestalten (vgl. Strauss / Corbin 1996: 23). Die Ergebnisse der Themenanalyse könnten zum Beispiel zur Entwicklung von Stillfortbildungen in der Neonatologie oder zur Aufdeckung und Behebung struktureller Probleme beitragen, damit die dort tätigen Pflegenden eine bedarfsgerechtere Begleitung der Familien gewährleisten können.

1.3 Gang der Untersuchung

In der Einleitung dieses Forschungsberichts wurden die Relevanz des gewählten Themas und die Problemstellung beschrieben. Weiterhin wurden das Ziel der Untersuchung und die daraus resultierende Fragestellung abgeleitet. Im folgenden

Kapitel wird der theoretische Hintergrund dargelegt, indem der Kontext des Untersuchungsgegenstandes beleuchtet wird. Die Belege für die Aussagen dieser ersten beiden Kapitel stammen aus einer umfassenden Literaturrecherche in Fach- und Sachbüchern, Veröffentlichungen themenbezogener Vereine und Organisationen sowie wissenschaftlicher Datenbanken nach dem Schneeballprinzip. Das dritte Kapitel dieser Arbeit enthält die ausführliche Beschreibung der methodologischen Grundlagen und des methodischen Vorgehens, woran sich die Darstellung der empirischen Ergebnisse anschließt. Nach der Diskussion dieser Ergebnisse im Hinblick auf den aktuellen Forschungsstand und der Darstellung der Limitationen dieser Qualifikationsarbeit, schließt die Arbeit mit einem Fazit und den Schlussfolgerungen für die Pflegeforschung und die Pflegepraxis.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Neonatologie und Perinatalzentrum

Auf neonatologischen Stationen behandelt speziell ausgebildetes medizinisches und pflegerisches Fachpersonal Früh- und kranke Neugeborene (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. 2021). Laut Auswertung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (vgl. IQTIG 2020a: 81) wurden im Jahr 2019 105.061 Kinder ohne Fehlbildungen, die unmittelbar nach der Geburt zum Tod führen, neonatologisch behandelt. Mehr als die Hälfte der behandelten Kinder waren Termingeborene (58.459 / \approx 55,64%) (vgl. IQTIG 2020a: 82).

Häufig bildet eine Neonatologie in Verbindung mit der geburtshilflichen Abteilung des jeweiligen Krankenhauses ein Perinatalzentrum. Perinatalzentren sind spezialisiert auf die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen. Sie werden in Perinatalzentren der Level eins (höchste Versorgungsstufe), Level zwei sowie Zentren mit perinatalem Schwerpunkt (niedrigste Versorgungsstufe) unterteilt. Abhängig von der Versorgungsstufe staffelt sich das Patient*innenklientel. In Zentren mit perinatalem Schwerpunkt werden Kinder ab der 32. Schwangerschaftswoche versorgt. Perinatalzentren des Levels zwei versorgen Kinder ab der 28. Schwangerschaftswoche. In der höchsten Versorgungsstufe, Level eins Zentren, werden alle Frühgeborenen und kranken Neugeborenen behandelt. Entsprechend ihrer Versorgungsstufe zeichnen sich die Zentren auch durch eine besondere

räumliche sowie technische Ausstattung und speziell ausgebildetes medizinisches sowie pflegerisches Personal aus. Seit 2006 beschreibt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen die genauen Anforderungen an die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität von Perinatalzentren. Hierin ist etwa die Quote an Pflegepersonen, die eine Weiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege abgeschlossen haben müssen, festgeschrieben. Zur Ernährung werden keine Vorgaben gemacht (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). Die jährliche Strukturabfrage des IQTIG erfasste für das Jahr 2019 deutschlandweit die Daten von 309 Perinatalzentren. Hiervon fielen 157 Einrichtungen auf Level eins Zentren, 48 Einrichtungen waren Level zwei Zentren und 104 Einrichtungen gaben an, einen perinatalen Schwerpunkt zu haben (vgl. IQTIG 2020b: 18).

2.2 Frühgeborene und die Auswirkungen einer frühen Geburt

Kinder, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren werden, werden als Frühgeborene bezeichnet. Der Anteil der Frühgeborenen an der Gesamtzahl der neugeborenen Kinder betrug im Jahr 2019 8,4% (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2021: 4). Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Verteilung der 64.437 zu früh geborenen Kinder im Jahr 2019 nach Schwangerschaftswoche und Geburtsgewicht.

Tabelle 1 Verteilung der Frühgeborenen in Deutschland 2019 nach Gestationsalter und Geburtsgewicht (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2021: 4)

	n	%
Gestationsalter (vollendete Schwangerschaftswochen)		
32 – 36 (mäßig bis spät)	53.117	≈ 82,42%
28 – 31 (sehr früh)	6.733	≈ 10,45%
< 28 (extrem früh)	4.587	≈ 7,12%
Geburtsgewicht		
< 1000 Gramm (extremely low birth weight)	5.251	≈ 8,15%
1000 – 1499 Gramm (very low birth weight)	5.473	≈ 8,49%
Gesamt < 1500 Gramm	10.724	≈ 16,64%

Je kürzer die Schwangerschaft dauert und je leichter das Kind bei der Geburt ist, desto unreifer sind die verschiedenen Organsysteme. Hierdurch kann es zu postnatalen Anpassungsstörungen kommen, die die Behandlung durch ein neonatologisches

Team erfordern und mit einer Trennung von Mutter und Kind direkt nach der Geburt einhergehen. Alle Organsysteme können betroffen sein. Im Folgenden werden nur die Komplikationen genannt, die zu besonderen chronischen Problemen führen können. Im Bereich der Lunge betrifft dies die bronchopulmonale Dysplasie (BPD). Hierbei wird das Lungengewebe nicht adäquat weiterentwickelt, was lebenslange Auswirkungen hat. Frühgeborene sind auch häufiger von Hörstörungen und der Frühgeborenenretinopathie (ROP) betroffen, einer Sehstörung, die zum Beispiel durch hohe Sauerstoffapplikation hervorgerufen wird (vgl. Herting 2019: 110-113). Die neurologische Entwicklung hängt maßgeblich vom Gestationsalter bei der Geburt, dem intrauterinen Wachstum und den Komplikationen in der Neonatalperiode ab. Je früher ein Kind zur Welt kommt, desto weniger entwickelt sind die Gehirnstrukturen, insbesondere die Gyrierung. Dieser Mangel an intrauteriner Entwicklung lässt sich besonders bei Frühgeborenen unter der 28. Schwangerschaftswoche nur teilweise extraterin kompensieren (vgl. Lundquist et al. 2015: 296). Versorgungsformen, wie die entwicklungsfördernde Pflege, versuchen die Hirnentwicklung positiv zu beeinflussen. Gleichzeitig haben Frühgeborene erhöhte Risiken eine Hirnblutung (IVH) oder eine periventrikuläre Leukomalazie (PVL) zu erleiden. Beide gehen mit dem Verlust von Hirnsubstanz und ungünstigen Langzeitprognosen einher. Es können unter anderem ein Hydrozephalus, Bewegungsstörungen bis hin zu Lähmungen, eine mentale Retardierung oder Verhaltensauffälligkeiten auftreten (vgl. Herting 2019: 113). Auch der Darm frühgeborener Kinder ist noch nicht voll entwickelt. Einerseits kann es zu Gedeihstörungen kommen, da die Absorptionsfähigkeit des Darms noch nicht ausreichend ist, während Frühgeborene im Vergleich zu Termingeborenen einen höheren Kalorien-, Protein- und Phosphatbedarf haben. Andererseits kann eine nekrotisierende Enterokolitis (NEC) auftreten, die nicht selten operativ behandelt werden muss (vgl. Herting 2019: 113 f.). Die Ernährung mit Muttermilch kann die Risiken alle der hier beschriebenen Erkrankungen und ihre Folgen reduzieren, sodass Frühgeborene Kinder im späteren Leben gesünder sind (vgl. Lewis et al. 2017: 28; Lechner / Vohr 2017: 71; Cacho et al. 2017: 54; Keller et al. 2019: 202 f.).

Durch die Notwendigkeit, dass Frühgeborene die natürliche, intrauterine Entwicklung extraterin leisten müssen, gilt es diese bestmöglich zu fördern. Gleichzeitig werden aus Paaren Eltern eines Frühgeborenen. Söhngen und Schnepf (2019: 211) fanden in einer qualitativen Untersuchung von Eltern extrem frühgeborener Kinder heraus, dass

diese ihre Situation als Katastrophe empfinden, die es irgendwie zu überstehen gilt. Sie haben es besonders schwer, eine Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und behalten teilweise tiefverwurzelte Ängste und Verunsicherungen zurück (vgl. Söhngen / Schnepf 2019: 212 f.). Die Eltern frühgeborener Kinder weisen häufiger psychische Beschwerden, wie akute oder chronische Stressreaktionen, Depressionen und Bindungsschwierigkeiten auf. Früher, wiederholter und ausgedehnter Haut-zu-Haut-Kontakt (sogenannte Kängurupflege) wirkt sich unter anderem positiv auf die Bindung aus und reduziert diese psychische Belastung (vgl. Weigl 2018: 269 f.). Die psychosoziale Betreuung von Eltern Frühgeborener ist ebenso vorgeschriebener Bestandteil der neonatologischen Versorgung, wie eine entsprechende Nachsorge über den Klinikaufenthalt hinaus (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2021).

2.3 Entwicklungsförderung und Familienzentrierung

Während technische Neuerungen das Überleben zunehmend kleinerer Frühgeborener sichern, rückt die Frage nach der späteren Lebensqualität dieser Kinder und Familien in den Blick. Hier zeigt sich, dass die Art und Weise der Betreuung einen entscheidenden Einfluss hat. Durch eine entwicklungsfördernde Betreuung versuchen neonatologische Teams eine gesunde Hirnentwicklung der Kinder zu ermöglichen. Dafür sind sowohl die Bindung zu den Eltern als auch eine an das Kind angepasste sensorische Stimulation wichtig (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2006: 1). Der Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ hat 2006 die „Leitsätze zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie“ herausgegeben, in denen die Grundsätze und Rahmenbedingungen einer entwicklungsfördernden Betreuung beschrieben werden. Unter anderem werden die Autonomie und Kompetenzförderung der Eltern, die Stressreduktion für Kind und Eltern, die psychosoziale Begleitung der Familie, eine entwicklungsfördernde Betreuung durch nicht-invasive Techniken und die Kängurupflege sowie die Ernährung mit Muttermilch aufgeführt (vgl. Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. 2006: 1-5). Sie lehnen sich an die Rechte von Eltern und Neugeborenen der European Foundation for the Care of Newborn Infants (vgl. EFCNI 2019) an.

Häufig ist die entwicklungsfördernde Betreuung Teil eines Konzepts zur familienzentrierten Betreuung. Die familienzentrierte Betreuung hat ebenfalls zum Ziel, die Entwicklung zu früh geborener Kinder positiv zu beeinflussen und sieht hier die

Familie als entscheidend an. Nach einer Analyse von Carlitscheck (2013) existiert allerdings keine einheitliche Definition für familienzentrierte Betreuung, sodass auch die Umsetzung unterschiedlich erfolgt. In ihrer Dissertation entwickelte sie folgende Definition für die familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie:

„Familienzentrierte Betreuung ist ein Mehrebenenansatz zur Planung, Durchführung und Evaluation von neonatologischen Versorgungsleistungen, in dessen Zentrum die Familie in ihrer jeweiligen Form und mit ihren individuellen Bedürfnissen und Ressourcen steht. Sie zielt kurzfristig auf die Wiederherstellung und Erhalt der Gesundheit sowie langfristig auf die Förderung einer optimalen Entwicklung des Kindes und umfasst alle an diesen Zielen beteiligten Berufsgruppen. Praktisch basiert sie auf einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen den Eltern, dem Kind und den neonatologischen Fachleuten. Ihr liegt die Anerkennung der besonderen Bedeutung der Familie für eine optimale kindliche Entwicklung zugrunde.“ (Carlitscheck 2013: 300)

Eine zentrale Bedeutung kommt der professionellen Grundhaltung des gesamten neonatologischen Teams zu. Der Paradigmenwechsel von der hochtechnisierten zur ganzheitlichen medizinischen Versorgung zieht einen weiteren Paradigmenwechsel in der neonatologischen Versorgung nach sich: von der Versorgung des Kindes zur Versorgung der Familie. Die Eltern und das Kind bilden eine Einheit und sind als solche zu betreuen. Das Ziel ist die optimale Förderung der Eltern-Kind-Bindung. Hierzu werden beispielsweise das Känguruen und das Stillen gefördert. Weitere Aspekte des Konzeptes betreffen das Entlassmanagement und die Nachsorge, die Information und Aufklärung, die Kooperation, die psychosozialen Entwicklungsprozesse, die entwicklungsfördernde Pflege, die Partizipation und die familienorientierten Rahmenbedingungen, wie die Mitaufnahme der Eltern, um Trennungen zu vermeiden (vgl. Carlitscheck 2013: 300 f.).

2.4 Stillen und Auswirkungen von Muttermilchernährung

72% bis 97% aller Frauen beginnen nach der Geburt zu stillen. Der Anteil der ausschließlich, voll- oder teilgestillten Säuglinge reduziert sich nach sechs Monaten auf 50% (vgl. Sievers et al. 2018: 911). Aktuell findet kein Stillmonitoring in Deutschland statt und auch die Stillraten Frühgeborener werden nicht systematisch erhoben (vgl. Sievers et al. 2018: 917). In den Nationalen Gesundheitszielen für Deutschland werden unter anderem die Erhöhung des Anteils der stillenden Frauen sowie der Gesamtstilldauer beschrieben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017: 60). Dies wird angestrebt, weil Stillen und Muttermilchernährung sowohl für die stillende Frau als auch für den gestillten Säugling nachgewiesene Gesundheitsvorteile

mit sich bringen. Kurzfristig lässt sich bei stillenden Frauen feststellen, dass sich die Gebärmutter rascher zurückbildet und sie seltener Stressreaktionen zeigen. Langfristig sinken für stillende Frauen in Abhängigkeit von der Stilldauer die Risiken an Brustkrebs, Uteruskrebs oder Eierstockkrebs zu erkranken. Außerdem sind sie seltener von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Diabetes mellitus betroffen (vgl. Abou-Dakn 2018: 986-988).

Für den Säugling stellt Muttermilch die natürliche Ernährungsform dar und ist in ihrer Zusammensetzung optimal auf seine Bedürfnisse abgestimmt (vgl. Rouw et al 2018: 945). Die WHO (2017: 25) empfiehlt, sechs Monate ausschließlich zu stillen und danach unter Einführung von Beikost bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr und darüber hinaus weiter zu stillen. Sie definiert eine Rate von 50% an in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillten Kindern als Global Target 5 bis zum Jahr 2025 (vgl. WHO 2017: 25). Schätzungen zufolge könnten mit einer Erhöhung der Rate ausschließlichen Stillens auf 95% im ersten Lebenshalbjahr 823.000 Kinder jährlich vor dem Tod bewahrt werden (vgl. Victora et al 2016: 475). Muttermilch ist nicht nur optimal zusammengesetzt, sie ist für den Säugling auch leicht verdaulich. Ihre einzelnen Bestandteile erfüllen unterschiedliche Funktionen, deren Wirkmechanismen teils kaum erforscht sind (vgl. Lønnerdal 2017: 179 f.; Moukarzel / Bode 2017: 202). Als gesichert gilt, dass Muttermilch die Hirnentwicklung und das kindliche Mikrobiom positiv beeinflusst und sich darüber günstig auf die Prävention von Adipositas und Diabetes mellitus auswirken könnte. Ausschließlich gestillte Säuglinge haben seltener akute oder chronische Infekte sowie ein geringeres Risiko am plötzlichen Kindstod zu versterben (vgl. Rouw et al 2018: 945-947). Mit Blick auf zu früh geborene Kinder zeigen sich weitere präventive Effekte. Mütter mit frühgeborenen Kindern produzieren sogenannte Prätermmilch, die in allen Stadien der Laktation im Vergleich zu Frauen termingeborener Kinder einen höheren Gehalt an Nährstoffen und bioaktiven Substanzen aufweist. Dadurch wird das Frühgeborene mit seiner immunologischen und organfunktionellen Unreife geschützt. In der Folge sinken hinsichtlich des kurzfristigen Outcomes die Risiken an nekrotisierender Enterokolitis, bronchopulmonaler Dysplasie, Retinopathia prämaturoorum und Septitiden zu erkranken (vgl. Miller et al. 2018: 13-28; Spiegler et al. 2016: 77 f.). In Bezug auf das langfristige Outcome erkranken muttermilchernährte Frühgeborene seltener an respiratorischen Infekten und weisen eine bessere Hirnentwicklung auf, die zu höheren

Intelligenzquotienten und besseren mathematischen sowie motorischen Fähigkeiten führt (vgl. Gebauer et al. 2018: 953 f.). Schlussendlich fördert das Stillen ebenfalls die Entwicklung einer stabilen Bindung zwischen der Mutter und dem Kind oder wie Sander (2019a: 26) folgert: „Stillförderung ist Bindungsförderung, ist Unterstützung bei der Entwicklung der mütterlichen Kompetenz!“

2.5 Physiologischer Aufbau einer Stillbeziehung

Nach einer komplikationslosen Geburt entspricht es dem instinktiven Verhalten eines gesunden, termingeborenen Neugeborenen, den Weg zur mütterlichen Brust zu finden und das erste Mal zu stillen (Self-attachment). Dieses Verhalten wird durch direkten, ununterbrochenen Hautkontakt in den ersten ein bis zwei Stunden nach der Geburt (Bonding) optimal unterstützt. Gleichzeitig trägt das Bonding in hohem Maße zur Entwicklung einer starken Mutter-Kind-Bindung bei (vgl. Karall et al. 2020: 553). In den nächsten Stunden und Tagen stillt ein gesundes Kind häufig und uneingeschränkt, wodurch die Milchbildung stimuliert und eine stabile Milchmenge aufgebaut wird, die das Kind über die ersten Monate seines Lebens sicher ernährt. Hierbei ist das korrekte Andocken, eine gute Stillposition und damit ein effektives Saugen an der Brust notwendig. In der Folge wird das Kind nach Bedarf gestillt. Das heißt, dass die Länge der einzelnen Mahlzeit variieren kann, ebenso wie die Zeit zwischen den Mahlzeiten. Das Kind wird angelegt, wenn es erste Stillzeichen zeigt. Besonders in den ersten Wochen kommt es immer wieder zu sogenannten Clusterfeeding-Phasen. Meist in den Abendstunden trinkt ein Säugling dann über mehrere Stunden immer wieder kurz an der Brust und regt damit die Milchbildung für die nächsten Tage zusätzlich an (vgl. Karall et al. 2020: 553 f.). Stillen dient jedoch nicht nur der Ernährung. Nahrungsunabhängiges (nonnutritives) Saugen an der Brust stärkt die Bindung, beruhigt nach einem ereignisreichen Tag oder tröstet während oder nach unangenehmen Situationen. Auch, wenn ein Kind hungrig ist, hat es während einer Stillmahlzeit immer wieder Phasen nonnutritiven Saugens, um den nächsten Milchspendereflex auszulösen und so mehr Milch zu erhalten (vgl. Karall et al. 2020: 554). Es wird empfohlen, dass Mutter und Kind unter sicheren Bedingungen gemeinsam, mindestens in einem Zimmer, schlafen, sodass die Mutter zeitnah und adäquat auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren kann. Dies trägt zu einer stabilen Stillbeziehung bei und verringert das Risiko den plötzlichen Kindstod zu erleiden (vgl. Karall et al. 2020: 554).

2.6 Gestörter Aufbau der Stillbeziehung nach einer Frühgeburt

Der Aufbau der Stillbeziehung wird durch unterschiedliche Faktoren, die mit der Geburt eines Früh- oder kranken Neugeborenen einhergehen, gestört. Besonders die Mütter sind zusätzlich zu den bereits beschriebenen Auswirkungen der Frühgeburt auf die Eltern noch einmal anders betroffen. Einige Mütter empfinden die frühe Geburt als Versagen ihres Körpers und geben sich die Schuld für den Zustand ihres Kindes (vgl. Mörelius et al 2020: 2423). Außerdem trauern die Frauen um den Teil ihrer Schwangerschaft, den sie durch die Frühgeburt nicht erleben konnten, und um ihre Wunschvorstellung von der Geburt und der ersten gemeinsamen Zeit mit dem Baby (vgl. Fernández Medina 2019: 353; Hurst et al. 2013: 368). Hinzu kommen die Angst um das Überleben des Kindes und die hoch-technisierte, unruhige Umgebung der neonatologischen Intensivstation, die kaum Privat- und Intimsphäre für die Familie bietet und in der Regel mit einer Trennung von Eltern und Kind einhergeht (vgl. Fernández Medina 2019: 354 f.). In dieser hochbelasteten Situation aus Angst, Unsicherheit und Orientierungslosigkeit sind die Eltern gezwungen, eine Entscheidung über die Ernährung ihres Kindes zu treffen, denn besonders die ersten Stunden und Tage nach der Geburt sind ein kritisches Zeitfenster für den Aufbau der mütterlichen Milchproduktion (vgl. Fernández Medina 2019: 351; Lucas et al. 2014: 244). Bereits auf diese Entscheidung hat das Gesundheitsfachpersonal einen großen Einfluss, denn Mütter vertrauen der Beratung durch das neonatologische Fachpersonal (vgl. Ikonen et al. 2015: 398; Yang et al. 2019: 4). Bower et al. (2017: 190) fanden in Interviews mit Müttern von VLBW Kindern heraus, dass die Mehrheit der Frauen vor der Geburt geplant hatte zu stillen. Aber auch die Frauen, die bis zur Geburt geplant hatten, Formula zu füttern, entschieden sich nach der Aufklärung über die Bedeutung der Muttermilch für das Frühgeborene für den Stillbeginn (vgl. Bower et. al 2017: 190; Fernández Medina 2019: 352). Die verschiedenen Hintergründe und Auswirkungen dieser Entscheidung sind durch zahlreiche Studien belegt. Die Bereitstellung von Muttermilch bietet den Frauen die Chance, die durch die frühe Geburt ausgelösten Schuldgefühle zu lindern (vgl. Ikonen et al. 2015: 398; Lucas et al. 2014: 245), etwas für ihr Kind zu tun, das niemand sonst tun kann, und gleichzeitig scheint es gerade in der ersten Zeit auf der neonatologischen Intensivstation, das Einzige zu sein, was Mütter zur Gesundung ihres Kindes beitragen können (vgl. Bower et al. 2017: 191; Rossman et al. 2013: 362; Yang et al. 2019: 3). Gleichzeitig berichten viele Mütter,

dass es ihnen half sich als Mutter zu fühlen, weil Milch für ihr Baby bereitzustellen eine typische mütterliche Aktivität ist (vgl. Mörelius et al. 2020: 2423; Yang et al. 2019: 3; Rossman et al. 2013: 361). Hier zeigt sich bereits, dass die Erfahrungen mit dem Stillen und erreichte oder nicht erreichte Stillziele untrennbar mit dem Gefühl, eine gute Mutter zu sein, verbunden sind (vgl. Palmér / Ericson 2019: 6; Hurst et al. 2013: 371).

Um ihren Kindern Muttermilch zur Verfügung stellen zu können, sind Mütter Frühgeborener häufig auf mechanische Milchpumpen angewiesen, da die meisten Frühgeborenen aufgrund ihrer Unreife nicht in der Lage sind, die Milchproduktion durch direktes Saugen an der Brust adäquat zu stimulieren (vgl. Sander 2019a: 26). Dies stellt eine große Herausforderung dar (vgl. Fernández Medina 2019: 354) und kann eine paradoxe Erfahrung sein. Einige Mütter empfinden durch das Abpumpen eine Distanzierung vom Kind, da es durch die Pumpe ersetzt wird, und hassen die Milchpumpe. Andere Mütter hingegen sehen genau darin ihre Verbindung zum Kind und drücken durch das Abpumpen ihrer Milch ihre Liebe zum Kind aus (vgl. Hurst et al. 2013: 368-371; Rossman et al. 2013: 363; Lucas et al. 2014: 245; Meier 2016: 493). Alle Mütter brauchen Informationen sowie emotionale Unterstützung, um mit den vielfältigen Herausforderungen, die das Pumpen mit sich bringt, sicher umgehen und weitermachen zu können, denn es ist unverzichtbar, um das Kind später stillen zu können (vgl. Lucas et al. 2014: 245-247; Ikonen et al. 2015: 398; Mörelius et al 2020: 2424). Bis dahin kann es für viele Mutter-Kind-Paare ein langer Weg sein (vgl. Meier et al. 2017: 7). Für alle Mütter ist es ein großer Aufwand und kostet enorme körperliche und emotionale Anstrengungen, Muttermilch abzupumpen und eine Stillbeziehung zu ihrem Kind aufzubauen (vgl. Yang et al. 2019:4; Palmquist et al. 2019: 4). Es kostet sie Energie, Schlaf, Kontakte zu Freund*innen und der Familie sowie Zeit, die besonders wertvoll ist, wenn sie stattdessen mit dem Kind verbracht werden könnte. Dies führt zu emotionalem Stress (vgl. Mörelius et al 2020: 2424; Bower et al. 2017: 191 f.; Palmquist et al. 2019: 4; Fernández Medina 2019: 354). Außerdem berichten einige Mütter, dass sie sich durch das Gesundheitsfachpersonal auf ihre Funktion als Milchgeberin reduziert und nicht mehr als Mutter wahrgenommen fühlen (vgl. Ikonen 2015: 402; Bower et al. 2017: 190; Ericson / Palmér 2018: 5; Palmquist et al. 2019: 4 f.; Fernández Medina 2019: 354). Dennoch nehmen viele Mütter das Abpumpen verglichen mit den Herausforderungen, mit denen ihr Kind konfrontiert ist, als geringfügiges Problem wahr. Mit der Dauer des Krankenhausaufenthaltes steigen

allerdings oftmals die Schwierigkeiten beim Abpumpen, sodass es viel Hingabe und Opferbereitschaft seitens der Mütter erfordert, nicht aufzugeben (vgl. Bower et al. 2017: 191 f.; Fernández Medina 2019: 354; Hoban et al. 2015: 308).

Das Stillen selbst erscheint hinter der Etablierung der Milchmenge zunächst zweitrangig und die Mütter Frühgeborener sind häufig wenig zuversichtlich dieses Ziel zu erreichen. Wenn sie erfolgreich stillen, gibt ihnen dies Sicherheit und stärkt ihre mütterliche Kompetenz (vgl. Ikonen et al. 2015: 400). Palmér und Ericson (2019) beschreiben drei unterschiedliche Navigationsstile mit denen Mütter ihren eigenen, einzigartigen Weg zum Stillen oder nicht Stillen finden. Die Frauen, die entspannt navigieren, hatten meist keine größeren Schwierigkeiten beim Stillstart. Sie empfinden eine intime Beziehung und eine starke Bindung zu ihrem Kind und sind stolz, dankbar und zufrieden. Das Stillen geht für sie einher mit Ruhe, Sicherheit und Wohlbefinden (vgl. Palmér / Ericson 2019: 3 f.). Bei einer Navigation in Ambiguität haben die Mütter für ihren Stillerfolg gekämpft. Nach einem schwierigen Start haben sie Probleme überwunden und Herausforderungen gemeistert, um ihrem Kind Muttermilch zur Verfügung zu stellen oder zu stillen, worauf sie stolz sind. Dennoch kann sich hier die Richtung noch einmal ändern, beispielsweise, wenn sich das Stillen nicht mehr richtig anfühlt, sodass diese Mütter ihren Stillbeginn dann bereuen (vgl. Palmér / Ericson 2019: 5). Den dritten Stil bezeichnen Palmér und Ericson als Navigation mit Schwierigkeiten. Hierbei betrachten die Frauen das Stillen eher als körperliche Leistung, denn als Beziehung zum Kind. Dieser Navigationsstil tritt häufig nach Frühgeburten oder bei körperlicher Einschränkung der Mutter durch Krankheiten auf. Die Mütter hadern mit ihrem Versagen, sind gestresst und frustriert durch ihr eigenes oder das Unvermögen des Kindes zu stillen und stillen schließlich ab. Häufig dauert es lange, diesen Verlust zu akzeptieren und die Frauen trauern (vgl. Palmér / Ericson 2019: 4). Durch den großen Wunsch und gefühlten Zwang ihr Kind mit Muttermilch zu ernähren oder zu stillen empfinden Frauen, die ihre Laktationsziele nicht erreichen, häufig Schuldgefühle, Frustration, Scham, Enttäuschung und Selbstzweifel (vgl. Mörelius et al. 2020: 2423;2426; Ikonen et al. 2015: 402 f.; Bower et al 2017: 191; Palmquist et al. 2019: 4). Nur für wenige Frauen führt das Abstillen zu einem Gefühl von Freiheit oder Zufriedenheit und verbessert die Bindung zu ihrem Kind (vgl. Ikonen 2015: 403).

2.7 Stillunterstützung für Mütter von Frühgeborenen

Still- und Laktationsberatung ist eine effektive Methode, um die Stillraten und die Stilldauer zu erhöhen (vgl. McFadden et al. 2019: 6-9). Das Joanna Briggs Institute (2012) fasst in einem Best Practice Information sheet besonders hilfreiche und besonders hinderliche Ansätze für die Stillberatung zusammen, die durch aktuellere Forschungsergebnisse unterstützt werden. Authentische Anwesenheit der Pflegenden erzeugt ihren Ergebnissen nach Vertrauen und Empathie, was dazu führt, dass die Beratung eher an die Bedürfnisse der Frau angepasst wird und die Frauen die Beratung eher als effektiv, angenehm und hilfreich empfinden (vgl. The Joanna Briggs Institute 2012: 134; Palmér / Ericson 2019: 6). Die Mütter wünschen sich mehr Aufmerksamkeit der Pflegenden, intensivere emotionale Unterstützung und die Begleitung durch speziell ausgebildete Laktationsberater*innen (vgl. Lucas et al. 2014: 247 f.; Ikonen 2015: 404; Palmquist et al. 2019: 5; Fernández Medina 2019: 356). Außerdem ermöglicht sensibles, ruhiges und hoffnungsvolles Fachpersonal es den Müttern, die Kontrolle über ihre eigene Stillsituation zu behalten, was bedeutsam für das Vertrauen der Frauen in ihre Fähigkeiten ist (vgl. The Joanna Briggs Institute 2012: 134; Ericson / Palmér 2018: 3 f.). Weiters brauchen Mütter Zeit, um Fragen zu stellen, sowie Bestätigung und Ermutigung, um diese erste herausfordernde Zeit zu meistern (vgl. The Joanna Briggs Institute 2012: 134). Die Mütter wünschen sich, dass ihre Perspektive als Mutter anerkannt und geschätzt wird (vgl. Lucas et al. 2014: 247 f.; Ikonen 2015: 404). Evidenzbasierte Informationen und Erfahrungen sollten in einem Dialog, der durch echtes Interesse an der individuellen Stillsituation der Mutter gekennzeichnet ist, miteinander geteilt sowie Fragen und Sorgen diskutiert und besprochen werden. Weiters erfordert eine einfühlsame Beratung ausreichend Zeit, um respektvoll praktische Unterstützung zu leisten, Techniken gemeinsam auszuprobieren und Mahlzeiten zu beobachten (vgl. The Joanna Briggs Institute 2012: 134; Yang et al. 2019: 4; Palmér / Ericson 2019: 6; Mörelius et al 2020: 2425-6).

Die größten Hindernisse beim Abpumpen sind unter anderem schlechte oder uneinheitliche Beratung, Mangel an Privatsphäre und zu wenig Ermutigung und Unterstützung (vgl. Lucas et al. 2014: 51). Der Übergang vom Abpumpen zum Stillen stellt eine besondere Herausforderung dar. Unsicherheiten bei Pflegenden führen dazu, dass das Stillen als zu schwierig wahrgenommen wird und Mütter eher mit der Flasche füttern (vgl. Lucas et al. 2014: 247 f.; Ikonen 2015: 404; Mörelius et al 2020:

2425). Ein Mangel an Wissen und Engagement seitens der Pflegenden kann zu Misstrauen und Verwirrung bei den Eltern führen (vgl. Lucas et al. 2014: 251; Ericson / Palmér 2018: 5 f.; Fernández Medina 2019: 356). Pflegepersonal benötigt mehr Achtsamkeit und bessere Schulungen, denn das Abpumpen und das Stillen auf neonatologischen Intensivstationen sind Herausforderungen für die Mütter und die Pflegenden. Inadäquate Unterstützung hindert Mütter daran ihre Laktations- und Stillziele zu erreichen (vgl. Lucas et al. 2014: 251; Ericson / Palmér 2018: 5-7; Palmquist et al. 2019: 5).

2.8 Situation der Pflegenden in der Neonatologie

Durch die Fokussierung auf die intensivpflegerische und -medizinische Betreuung von Früh- und kranken Neugeborenen in den letzten Jahrzehnten ist unter den Pflegenden Stillwissen verloren gegangen, sodass auch heute noch viele Vorurteile herrschen (vgl. Sander 2019a: 27; Kühn 2015: 16). In ethnografischen Studien konnte Cricco-Lizza (2011; 2016) zeigen, dass Kontrolle für neonatologisch Pflegende eine wichtige Strategie ist, um den alltäglichen Unsicherheiten und Unvorhersehbarkeiten, die mit der Versorgung Frühgeborener einhergehen, zu begegnen. Dies führt dazu, dass auch das Stillen technisiert und kontrolliert wird, wobei die sozialen und emotionalen Aspekte dieser Mutter-Kind-Interaktion vernachlässigt werden (vgl. Cricco-Lizza 2011: 404-406). Die meisten von Cricco-Lizza (2016) befragten neonatologisch Pflegenden waren sich der positiven Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit von Mutter und Kind bewusst. Das Stillen in der Neonatologie selbst wird jedoch als schwierig wahrgenommen (vgl. Cricco-Lizza 2016: 93 f.). Außerdem beschreiben Pflegende Formulanahrung per Flasche zu füttern als einfach, sicher und praktisch. Zusätzlich erlaubt die Flaschenfütterung es ihnen, die Ernährung des Kindes jederzeit zu kontrollieren, was beim Stillen nur bedingt möglich ist (vgl. Cricco-Lizza 2016: 95; Shattnawi 2017: 396). Auch Pflegende, die der Meinung sind, Muttermilch sei das Beste für das Frühgeborene, verhalten sich widersprüchlich und betrachten Stillförderung eher als Luxus denn als Notwendigkeit (vgl. Shattnawi 2017: 393).

Viele weitere Faktoren können einen Einfluss darauf haben, in welchem Maß Pflegende in der Neonatologie Stillunterstützung leisten. Hierzu zählen, in welcher Phase des Aufenthaltes sich das Kind befindet und ob Pflegende Ressourcen, wie Zeit oder Material, zur Beratung haben (vgl. Hallowell et al. 2014: 298; Cricco-Lizza 2011: 406; Shattnawi 2017: 394 f.). Besonders bedeutsam scheint auch zu sein, welche

Priorität die Pflegenden der Muttermilchernährung zuschreiben. Shattnawi (2017: 393 f.) fand heraus, dass die Mehrheit der von ihr interviewten neonatologisch Pflegenden sich nicht für die Stillberatung der Mütter verantwortlich fühlte und sie nicht als ihre Aufgabe betrachtete. Stattdessen gaben sie die Beratung an Pflegende anderer Stationen oder Angehörige ab, was die Autorin auf eingeschränktes Wissen und dadurch fehlendes Selbstbewusstsein, Zeitmangel, zu viel andere Tätigkeiten und einen Mangel an Fortbildungsprogrammen zurückführt (vgl. Shattnawi 2017: 394). Ein einheitliches Level an Wissen und Expertise könnte helfen, Ängste ab- und Selbstbewusstsein aufzubauen (vgl. Cricco-Lizza 2011: 407). Nachweislich leistet die Mehrheit der neonatologisch Pflegenden nach entsprechender Fortbildung evidenzbasierte Stillberatung in jeder Schicht (vgl. Spatz et al. 2017: 204; Cricco-Lizza 2016: 95 f.).

Für Deutschland zeigt sich, dass die Erhöhung des Anteils der stillenden Frauen sowie der Gesamtstilldauer zwar in den Nationalen Gesundheitszielen beschrieben werden, allerdings ohne diese systematisch zu fördern (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017: 60). Stillthemen fehlen bereits in der pflegerischen Ausbildung fast vollständig, sodass die Welt-Still-Trends-Initiative fordert, diese in den Curricula zu verankern und verbindliche Vorgaben zur Fortbildung für alle, die mit Müttern und Säuglingen arbeiten, festzuschreiben (vgl. IBFAN 2018: 25 f.). Die Rahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz beinhalten keine Empfehlungen zur Stillförderung (vgl. Träger der Nationalen Präventionskonferenz: 2018). Die seit 1994 tätige Nationale Stillkommission gibt Informationen und Empfehlungen heraus, welche jedoch nicht verbindlich für die Kliniken sind. Außerdem werden weder die Fortbildungskosten noch der Zeitaufwand für die Stillberatung im Krankenhausfinanzierungsplan berücksichtigt (vgl. IBFAN 2018: 14 f.). Durch die fehlenden Rahmenbedingungen ist es vom Interesse einzelner Pflegepersonen abhängig, ob und zu welchen Themen sie Fortbildungen besuchen. Die Stillberatung der Familien basiert deshalb häufig auf persönlicher Stillererfahrung und eigenen Erlebnissen (vgl. Sander 2019a: 27; IBFAN 2018: 25 f.).

Die Pflegenden sind für die Mütter die Hauptansprechpartner*innen in Bezug auf die Stillunterstützung (vgl. Lucas et al. 2014: 246). Professionelle Still- und Laktationsberatung ist eine knappe Ressource in der Neonatologie, weshalb jede*r

Pflegende wichtig und gefordert ist, eine gute Stillunterstützung zu leisten (vgl. Hallowell et al. 2014: 298).

3 Methodologie und Methodik

3.1 Qualitative Forschung

Um die Forschungsfrage, welche Aspekte die Stillberatung in der Neonatologie aus Sicht der Pflegenden charakterisieren, zu beantworten, sollten Pflegende der Neonatologie ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen zum Thema Still- und Laktationsberatung schildern können. Für das geplante Vorhaben wurde daher ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. In der qualitativen Forschung herrscht die Grundannahme, dass die Betroffenen ihre Erfahrungen und ihr Erleben am besten selbst schildern können (vgl. Holloway / Wheeler 1997: 5-7). Strauss und Corbin (1996: 4 f.) sehen qualitative Methoden als hilfreich an, um Verständnis für die Ansichten der*s anderen zu entwickeln. Hierzu werden Methoden, wie die teilnehmende Beobachtung, Interviews oder Gruppendiskussionen eingesetzt (vgl. Flick / von Kardoff / Steinke 2008: 332). Die*der Forschende zieht sich aus der Situation zurück, nimmt eine kritische Haltung ein, analysiert die vorhandenen Daten und reflektiert die eigenen Ansichten. In dieser Haltung spiegelt sich bereits ein Teil der Qualitätskriterien, die an die qualitative Forschung gestellt werden, wider. Für die qualitative Forschung gelten nach Lamnek (2010: 20) die Prinzipien der Offenheit, Kommunikation, Prozesshaftigkeit, Reflexivität, Flexibilität und Explikation. Offenheit meint hierbei die Grundhaltung der*s Forschenden dem Forschungsgegenstand, ohne zuvor gebildete Hypothesen entgegenzutreten. Die Kommunikation, beispielsweise in qualitativen Interviews, dient der*m Forschenden, um die Wirklichkeit, wie der*die Erforschte sie erlebt, zu verstehen. Diese Wirklichkeit ist nicht starr, sondern verändert sich. Sie befindet sich stets in einem Prozess, sodass der*die Forschende diese Prozesshaftigkeit reflektieren und gegebenenfalls die Methoden flexibel anpassen muss. Schlussendlich ist es ein Qualitätsmerkmal von Forschung, die einzelnen Schritte des gegangenen Forschungsprozesses transparent und nachvollziehbar darzustellen sowie Herausforderungen, Entscheidungen und Lösungen zu diskutieren (vgl. Lamnek 2010: 20-24). Als methodologische Grundlage dieser qualitativen Forschungsarbeit dient die Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996).

3.2 Grounded Theory

Die Grounded Theory basiert auf dem symbolischen Interaktionismus, welcher Phänomene ohne vorgefasste Theorien untersucht. Die Sprache wird hierbei als zentrales Mittel zum Ausdruck von Verhalten und Ansichten betrachtet (vgl. Lamnek 2010: 35). Ziel ist es, die handelnden Personen in ihrem spezifischen Umfeld zu verstehen (vgl. Holloway / Wheeler 1997: 119) und mittels systematischer Datenerhebung und Datenauswertung eine gegenstandsverankerte Theorie zu entwickeln (vgl. Lamnek 2010: 91). Diese Theorie wird mit den gewonnenen Daten belegt. Sie beschreibt und erklärt die Realität des Forschungsbereichs, sodass sie zu anderen Theorien in Bezug gesetzt werden kann, um aus dieser Verbindung neue Erkenntnisse zu gewinnen und praktischen Nutzen zu ziehen (vgl. Strauss / Corbin 1996: 7-9). Hierzu wird der Forschungsprozess so strukturiert, dass die eigenen Vorannahmen der*s Forschenden überwunden werden können und die entstehende Theorie der Realität so nah wie möglich kommt (vgl. Strauss / Corbin 1996: 39). Die Grounded Theory kann daher als Forschungsstrategie betrachtet werden, die Techniken zur Datensammlung und Datenauswertung bietet (vgl. Reichert / Wilz 2016: 56). Seit ihrer Entwicklung durch die Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss in den 1960er Jahren wurde die Grounded Theory mehrfach in verschiedene Richtungen weiterentwickelt (vgl. Mey / Mruck 2011: 16-19). In der vorliegenden Arbeit wurde dem Ansatz, wie er von Strauss begründet und mit Corbin (1996) weiterentwickelt wurde, gefolgt (vgl. Reichert / Wilz 2016: 50).

Auf Grund begrenzter Ressourcen ist das Ziel dieser Qualifikationsarbeit keine gegenstandsverankerte Theorie nach theoretischer Sättigung der Daten zu entwickeln (vgl. Mey / Mruck 2011: 15f.). Vielmehr werden die Grundannahmen und Verfahren der Grounded Theory herangezogen, um eine fundierte, realitätsnahe Themenanalyse zu erstellen (vgl. Strauss / Corbin 1996: 93). Das Ziel des methodischen Vorgehens ist es daher, vorläufige Kategorien und Subkategorien aus den Daten zu bilden, ihre Beziehungen zu prüfen und, sofern möglich, ein zentrales Phänomen der Stillberatung in der Neonatologie anhand der Daten nachvollziehbar belegen zu können (vgl. Equit / Hohage 2016: 22). Hierzu werden verschiedene Techniken der Grounded Theory genutzt, wie die theoretische Sensibilität, das theoretische Sampling und die verschiedenen Kodier- und Analyseverfahren, die nachfolgend näher beschrieben werden.

3.3 Bedeutung der forschenden Person – theoretische Sensibilität

Die Erfahrungen und das Verständnis der Forschenden, im vorliegenden Fall für das Thema Still- und Laktationsberatung in der Neonatologie, sind wichtige Voraussetzungen für ihre theoretische Sensibilität. Die theoretische Sensibilität beschreibt eine Eigenschaft der Forscherin, die es ihr ermöglicht, Phänomene in den Daten zu erkennen und die Daten mit Bedeutung zu verknüpfen (vgl. Truschkat et al. 2011: 356). Sie entsteht durch Berufserfahrung, das Befassen mit Fachliteratur, wächst im Verlauf der Forschung und benötigt die Reflektion des Erlebten (vgl. Muckel 2011: 340). Ohne die Reflektion können die Erfahrungen und Vorannahmen den Blick einseitig werden lassen. Es entsteht ein Konflikt zwischen dem Vorwissen der Forscherin und ihrer wissenschaftlichen Verpflichtung zur Offenheit den Daten gegenüber sowie dem datenbasierten Erkenntnisgewinn (vgl. Equit / Hohage 2016: 16). Die Reflektion ist daher ein wichtiges Instrument, um Phänomene und Antworten über den eigenen Erfahrungshorizont hinaus zu entdecken (vgl. Strauss / Corbin 1996: 56). Die Forscherin der vorliegenden Arbeit hat zu diesem Zweck während des gesamten Prozesses ein Forschungstagebuch geführt und darin an jedem Forschungstag ihre Erkenntnisse und Annahmen reflektiert (vgl. Breuer et al. 2011: 438 f.). Dies ist von umso größerer Bedeutung, da sie selbst fachlich versiert in der Still- und Laktationsberatung als auch Teil des untersuchten neonatologischen Pflegeteams ist (vgl. Truschkat et al. 2011: 360). Erst durch ihr Vorwissen und die persönliche Involvierung wurde das Forschungsinteresse geweckt, was sich nach Strauss und Corbin (1996: 21) günstig auf die Motivation und das Forschungsbemühen auswirken kann.

Hinsichtlich der Datengewinnung gilt es der Grounded Theory folgend eine Methode auszuwählen, die dem Forschungsgegenstand gerecht wird (vgl. Reichertz / Wilz 2016: 54). Im vorliegenden Fall entschied sich die Forscherin für Interviews, denen zwei Workshops vorausgingen. Ausgehend von der Hauptfragestellung wollte sie dadurch eine erste, inhaltliche, datenbasierte Orientierung im Themenfeld erlangen und den Einfluss durch ihr Vorwissen und ihre Erfahrungen reduzieren (vgl. Truschkat et al. 2011: 359 f.).

3.4 Workshops

3.4.1 Zugang zum Feld, Setting und Rekrutierung der Teilnehmer*innen

Zu Beginn der Forschung mittels der Grounded Theory wird die Auswahl der Teilnehmenden von der Hauptfragestellung, dem Zugang zum Forschungsfeld, den Ressourcen und Zielen geleitet (vgl. Strauss / Corbin 1996: 151). Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden daher als potenzielle Teilnehmende Pflegende einer neonatologischen Station eines Akutkrankenhauses definiert. Der Feldzugang war durch den Umstand gegeben, dass die Forscherin selbst innerhalb des untersuchten Feldes tätig ist. Das kollegiale Verhältnis erleichterte in diesem Fall den Feldzugang (vgl. Truschkat et al. 2011: 362; Holloway / Wheeler 1997: 38).

Um das Setting, aus dem die Teilnehmer*innen rekrutiert wurden, näher beschreiben zu können, wurde am 07.01.2021, ein Informantinnengespräch mit der pflegerischen Stationsleitung, Mara Heldt, geführt. Die folgende Beschreibung beruht auf ihren Angaben. Die neonatologische Station ist Teil eines Level eins Perinatalzentrums in einem Krankenhaus der Maximalversorgung, in dem jährlich circa 1750 Kinder geboren und circa 320 Kinder im Perinatalzentrum behandelt werden. Seit Bezug eines Neubaus im September 2019 besteht die Station aus elf Familienzimmern und drei Mehrbettzimmern mit Lärmschutz- und Tageslichtkonzept sowie einer Elternlounge. Pro Schicht betreuen fünf Pflegende maximal 16 Familien. Aktuell sind circa 33 Vollzeitkräfte verteilt auf circa 50 Stellen im Team tätig, davon internationale Mitarbeiterinnen, entwicklungsfördernde Neonatalbegleiter*innen, Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC sowie Fachweiterbildungsteilnehmerinnen der (pädiatrischen) Intensivpflege. Die Personalanforderungen nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses werden weitestgehend erfüllt. Im Rahmen der Zertifizierung der geburtshilflichen Abteilung als babyfreundliches Krankenhaus im Jahr 2002 nahmen auch die Pflegenden aus der Kinderklinik an den notwendigen Basisseminaren teil. Dies findet nicht mehr statt.

Das Versorgungskonzept der Neonatologie zeichnet sich durch eine familienorientierte Bezugspflege aus. Besonders seit Bezug der neuen Station ist das Thema Stillen durch die räumlichen Gegebenheiten und den Einfluss der Neonatalbegleiter*innen präsenter. Die Muttermilchernährung hat einen hohen Stellenwert. Besonders gefördert wird dies durch die Chefärztin. Das Stillen selbst ist im Team noch nicht hoch

angesehen, da durch den Ausbau des Teams ein hoher Fortbildungsbedarf besteht. Die Pflegenden haben teilweise wenig Vorwissen und geben die Beratung aus Angst und Unsicherheit an die Stillberater*innen ab. Ein Konzept zur interdisziplinären Arbeit befindet sich in der Entwicklung. Durch die Coronaviruspandemie (näher erläutert in Kapitel 6 Limitationen) gibt es kaum Einschränkungen der Besuchsregelungen. Mütter und Väter dürfen jederzeit gemeinsam beim Kind sein. Weitere Besucher*innen sind allerdings nicht mehr erlaubt. Durch die allgemeinen Abstandsregeln sind tröstende Gesten nicht möglich. Die Maskenpflicht schränkt die Kommunikation ein. Ebenso sind Treffen der Eltern in der dafür vorgesehenen Lounge und der damit verbundene Austausch nicht erlaubt. Dies fordert die Pflegenden zusätzlich. Schlussendlich sind Versammlungen des Teams durch die genannten Maßnahmen ebenfalls nicht erlaubt, sodass keine Stillfortbildungen des Teams durchgeführt werden können (mündliche Informationen von Mara Heldt, pflegerische Stationsleitung der Neonatologie, Hamburg, 07.01.2021).

Aus diesem Umfeld wurden die Forschungsteilnehmer*innen rekrutiert. Um einen niedrighschwelligem Zugang zu den Workshops zu gewährleisten, wurden zuvor folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt:

Einschlusskriterien:

- Examierte Pflegefachpersonen
- Tätigkeit im Pflegedienst auf der Neonatologie
- Beherrschen der deutschen Sprache
- Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung

Ausschlusskriterien:

- Zugehörigkeit zu anderer Berufsgruppe
- Tätigkeit außerhalb des Pflegedienstes
- Tätigkeit in anderer Fachabteilung
- keine deutschen Sprachkenntnisse
- keine schriftliche Einverständniserklärung vorhanden

Die erste Information des neonatologischen Pflegeteams über das geplante Forschungsvorhaben fand persönlich auf einer Mitarbeiterbesprechung der Station im Juni 2020 statt. Es wurde mündlich über die Ziele und den Ablauf des Forschungsvorhabens sowie über die Rolle der Teilnehmenden und den zu erwartenden Aufwand für diese berichtet. Parallel dazu erhielt jedes Mitglied des

Pflegeteams ein Schreiben mit den entsprechenden Informationen sowie eine schriftliche Einwilligungserklärung in Papierform in ihr*sein persönliches Postfach auf der Station (siehe Anhang A.1 und A.2) Sowohl auf der Mitarbeiterbesprechung als auch im Stationsdienst und über die im Informationsschreiben angegebenen Kontaktwege konnten Fragen zum Vorhaben und Vorgehen gestellt werden. Die Einwilligung zur Teilnahme an einem Workshop erfolgte im Vorfeld schriftlich mittels eines eigens dafür aufgestellten Briefkastens auf der neonatologischen Station.

3.4.2 Beschreibung und Durchführung der Workshops

Wie bereits beschrieben, ist die Person der Forscherin sowohl eng mit dem Thema der Still- und Laktationsberatung als auch mit den befragten Personen verknüpft. Um dennoch auch zu Beginn der Forschung das Prinzip der Offenheit bestmöglich zu berücksichtigen, wurde mittels der Methode der erfahrungsorientierten Themensammlung nach Rohm (2020: 121–126) das Untersuchungsfeld aus der individuellen Sicht der Pflegenden erschlossen. „Die Methode beteiligt die Betroffenen aktiv, macht unterschiedliche Sichtweisen transparent, garantiert eine differenzierte Bestandsaufnahme und sorgt für gemeinsame Orientierung“ (Rohm 2020: 121).

Die Workshops fanden im August und September 2020 in Veranstaltungsräumen des teilnehmenden Krankenhauses statt. Insgesamt wurden zwei Workshops mit jeweils sechs Teilnehmenden durchgeführt. Innerhalb einer Workshopgruppe wurden Kleingruppen von jeweils drei Personen gebildet (vgl. Rohm 2020: 122). Anhand der umfassenden Literatur zur Situation der Mütter in der Neonatologie ergab sich die grundlegende Fragestellung, aus welchen Gründen Pflegende nicht adäquat auf diese reagieren. Ziel der Workshops war daher die Erstellung zweier Themenlandschaften zur Fragestellung: ‚Was brauchen wir für gute Stillberatung in der Neonatologie?‘. Die Bezeichnung ‚gute Stillberatung‘ wurde bewusst nicht vordefiniert, sondern innerhalb von Kleingruppen durch die beiden vorbereitenden Fragen: ‚Worin siehst du deine Aufgabe in der Stillberatung?‘ und ‚Welche Erwartungen von außen an deine Stillberatung nimmst du wahr?‘ bearbeitet. Diese beiden Fragen folgten den Vorannahmen der Forscherin, dass jede*r ihre*seine Arbeit gut und richtig machen möchte sowie zufrieden mit der eigenen Arbeit ist, wenn sie*er sowohl den eigenen Erwartungen als auch den Erwartungen, die sie*er als an sich gestellt wahrnimmt, gerecht werden kann. Die Kleingruppenergebnisse der Fragen eins und zwei wurden

im Plenum vorgestellt. Die Antworten auf die dritte Frage wurden auf Karteikarten gesammelt und in der Großgruppe thematisch in Kategorien sortiert. Durch diese gemeinsame Erarbeitung der Kategorien fand bereits eine kommunikative Validierung der Ergebnisse statt (vgl. Lamnek 2010: 139). Die Forscherin fungierte hierbei als Moderatorin. Im Rahmen der Workshops wurden die Teilnehmenden gebeten, einen anonymen Fragebogen zur Erhebung der soziodemografischen Daten, welcher in Anlehnung an die Demographischen Standards (2016: 39-46) des Statistischen Bundesamtes erstellt wurde, auszufüllen und abzugeben (siehe Anhang A.3). Alle Teilnehmenden kamen dieser Aufforderung nach.

Nach Rohm (2020: 121 f.) dient die Methode der erfahrungsorientierten Themensammlung der Erfassung einer IST-Situation aus der subjektiven Sicht der Betroffenen aus möglichst vielen verschiedenen Perspektiven. Es wird angenommen, dass jede*r Einzelne durch ihren*seinen Blickwinkel zur Vollständigkeit der Themenlandschaft beiträgt. Entscheidend ist nicht die Einigung auf zentrale Punkte, sondern die Situation, Ansichten und Erfahrungen möglichst umfassend zu erfassen. Diese Orientierung teilt die Methode der erfahrungsorientierten Themensammlung mit der Grundannahme qualitativer Forschung. In seiner ursprünglichen Form dient der Workshop dazu, um Veränderungsprozesse anzustoßen (vgl. Rohm 2020: 125). In der vorliegenden Arbeit wurde er genutzt, um Gedankenanstöße und Themen außerhalb der Vorannahmen der Forscherin zu generieren (vgl. Truschkat et al. 2011: 359). Dazu wurden die innerhalb der Workshops erarbeiteten Themenlandschaften und Leitfragen schriftlich in Form von Plakaten und fotografisch festgehalten (vgl. Rohm 2020: 122–124). Die Workshops wurden durch die Forscherin entsprechend der Grounded Theory direkt im Anschluss an die Durchführung offen kodiert, sodass die gefundenen Konzepte und ersten Kategorienvorschläge die weitere Datenerhebung leiten konnten. (vgl. Strauß / Corbin 1996: 48). Diese Technik wird in Kapitel 3.6.1 näher beschrieben. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde dann ein erster Interviewleitfaden für die nachfolgenden qualitativen Interviews erstellt.

3.5 Interviews

3.5.1 Expert*inneninterviews, theoretisches Sampling und Leitfadenentwicklung

Das Kernelement der Datenerhebung bilden Interviews. Zentrale Aspekte aus den Workshops sollten vertieft und erweitert sowie neue Erkenntnisse gewonnen werden.

Der eingangs beschriebene Anspruch qualitativer Forschung, Personen mit ihren individuellen (Erfahrungs-) Hintergründen und in ihren einzigartigen Kontexten hinsichtlich ihrer Handlungen, Motive und Sinnzuschreibungen zu erforschen und zu verstehen, lässt sich methodisch durch Interviews erfüllen (vgl. Hopf 2008: 350 f.). Im vorliegenden Fall wurden sechs theoriegenerierende Expert*inneninterviews geführt. Bogner und Menz (2009: 66) beschreiben theoriegenerierende Expert*inneninterviews als Methode, um die subjektiven Wissensbestände von Expert*innen für die Bildung einer konzeptuell dichten Theorie zu nutzen. Darin stimmen sie weitestgehend mit den in Kapitel 3.2 beschriebenen Grundprinzipien der Grounded Theory überein. Auch das theoretische Sampling und die vergleichende Analyse in der Datenauswertung werden auf theoriegenerierende Expert*inneninterviews angewendet (vgl. Bogner / Menz 2009: 66). Der Expert*innenbegriff bezeichnet in diesem Fall Personen, die auf Grund ihrer beruflichen Ausbildung und Ausübung über ein professionelles sowie Erfahrungswissen verfügen, und entspricht damit der wissenssoziologischen Definition (vgl. Bogner / Menz 2009: 69; Pfadenhauer 2009: 108). Gleichzeitig sollte er nicht zu einengend gedacht werden, um im Verlauf der Auswertung möglichst viele differente Perspektiven und Konzepte in die entstehenden Kategorien integrieren zu können. Um dies zu ermöglichen, wurden die offenen Ein- und Ausschlusskriterien für die Workshops auch auf die Expert*inneninterviews angewendet (siehe Kapitel 3.4.1).

Die Auswahl der befragten Personen und der untersuchten Ereignisse (= Sampling) basiert in der Grounded Theory darauf, welche Konzepte relevant für die entstehende Theorie sind (vgl. Lamnek 2010: 168). Die Relevanz von Konzepten zeigt sich durch wiederholtes Auftauchen oder auffällige Abwesenheit dieser in den Daten (vgl. Strauss / Corbin 1996: 148). Auf Grund dieser Daten werden vertiefende oder erweiternde Fragen gestellt, zu deren Beantwortung die Personen herangezogen werden, die diese Fragen am ehesten beantworten können (vgl. Truschkat et al. 2011: 354 f.). Die Ergebnisse einer Datenauswertung und die Vergleiche mit den bisher gesammelten Daten bestimmen jeweils die Fallauswahl für die folgende Datenerhebung. Darüber werden wiederum neue Vergleiche ermöglicht (vgl. Lamnek 2010: 95). Innerhalb des zyklisch iterativen Forschungsprozesses heißt dieser Vorgang theoretisches Sampling (vgl. Holloway / Wheeler 1997: 124; Equit / Hohage 2019: 12). Er zeigt bereits, wie eng die Datenerhebung und Datenauswertung in der Grounded Theory verwoben sind. Statt einer repräsentativen Stichprobe strebt die Grounded Theory eine für die

Entstehung einer gegenstandsverankerten und an den Daten belegbaren Theorie relevante Stichprobe an (vgl. Equit / Hohage 2016: 12). Auch, wenn in diesem Vorhaben die Entwicklung einer gegenstandsverankerten Theorie nicht das Ziel darstellte, wurde das theoretische Sampling als nützlich und wirksam erachtet, um den Forschungsgegenstand systematisch zu erschließen und neue Entdeckungen zu ermöglichen (vgl. Strauss / Corbin 1996: 152). Daher wurden die Teilnehmenden an den Interviews zunächst danach ausgewählt, welche Fragen sich in der Auswertung der Workshops stellten. Diese Fragestellungen wurden einmal nach den ersten drei Interviews und dann erneut nach dem vierten Interview vertieft und erweitert, um neue Erkenntnisse zu fördern. Interviewleitfäden strukturierten jeweils die Interviewführung.

Leitfadeninterviews sind üblich für Expert*inneninterviews. Meuser und Nagel (2009: 51 f.) sehen im Einsatz eines Leitfadens die Möglichkeit die Gesprächsinhalte sowohl hinsichtlich des gewünschten Expert*innenkontextes auszurichten als auch Erzählpassagen der*s Interviewten zu generieren. Ein Interviewleitfaden stellt durch seine Struktur sicher, dass die Themen von Interesse angesprochen werden. Gleichzeitig soll er das Gespräch nicht zu stark lenken und damit die Antwortmöglichkeiten der*des Interviewten beeinflussen oder einschränken. Eine Balance ist anzustreben (vgl. Kruse 2014: 216 f.). Ob diese Balance gelingt, hängt maßgeblich von der Art und Weise der Fragenformulierung ab. In der vorliegenden Arbeit wurden anhand der Workshopergebnisse Themenblöcke identifiziert, für die jeweils eine offene Leitfrage in Form einer Erzählaufforderung ausgearbeitet wurde. Für jeden Themenblock hat die Forscherin dann Aspekte zusammengetragen, die daraus relevant sein könnten, sowie Aufrechterhaltungsfragen formuliert, um im späteren Interview weitere Erzählanreize setzen zu können. Weiterhin wurden für den Fall, dass ein Aspekt von besonderer Relevanz noch nicht angesprochen wurde, konkrete Nachfragen formuliert (vgl. Kruse 2014: 217-220). Wie bereits erwähnt, wurden die Fragestellungen nach der Auswertung der ersten drei Interviews sowie nach dem vierten Interview überarbeitet, um eine größere Datenvielfalt zu erzielen. Ergänzend dazu wurde auch der Interviewleitfaden jeweils angepasst (siehe Anhang A.7). Dabei wurden die Fragestellungen schrittweise konkreter (vgl. Strauss / Corbin 1996: 152). Der Fragebogen zu den soziodemografischen Daten, der bereits in den Workshops verwendet wurde, schloss sich an den inhaltlichen Teil des Interviews an.

In diesem Zusammenhang wurde nur der erste Interviewleitfaden durch drei Pretests hinsichtlich seiner Handhabbarkeit, der Verständlichkeit der Fragen, der angenommenen Interviewdauer und des Einsatzes durch die Interviewerin getestet und noch einmal angepasst (vgl. Kruse 2014: 239). Diese drei Pretests fanden telefonisch mit Personen statt, die die definierten Einschlusskriterien erfüllten und keines der Ausschlusskriterien aufwiesen. Die Charakteristika der Teilnehmenden an den Pretests sind im Anhang A.8 zu finden.

3.5.2 Rekrutierung der Teilnehmer*innen und Durchführung der Interviews

Über den zweiten Schritt der Datenerhebung wurde im September 2020 mündlich in einer Mitarbeiterbesprechung nach Abschluss des letzten Workshops informiert. Für die Teilnahme an den Einzelinterviews wurde zunächst auf die Pflegenden zurückgegriffen, die zur Teilnahme an einem Workshop eingewilligt hatten, aber aus terminlichen oder gesundheitlichen Gründen nicht teilnehmen konnten. Nach den ersten beiden Interviews wurden die Teilnehmenden nach den beschriebenen Maßgaben des theoretischen Sampling rekrutiert. Alle Interviewteilnehmer*innen wurden persönlich angesprochen, erhielten ein schriftliches Informationsschreiben inklusive der Einwilligungserklärung sowie mindestens 48 Stunden Zeit für ihre Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme (siehe Anhänge A.4 und A.5). Nachdem sie der Interviewteilnahme zugestimmt hatten, bekamen sie die Möglichkeit sich vor dem Interview mit dem Interviewleitfaden vertraut zu machen. Im Dezember 2020 und Januar 2021 wurden sechs Expert*inneninterviews geführt. Durch die fortschreitende pandemische Lage, welche im Kapitel Limitationen näher erläutert wird, wurde nach dem ersten Interview von persönlichen Interviews abgesehen. Dies geschah vor allem auf Wunsch der Teilnehmenden, welche das Infektionsrisiko für ihre Familien möglichst gering halten wollten. Daher wurden die Interviews telefonisch geführt und mit Hilfe eines digitalen Aufnahmegerätes der Marke Olympus aufgezeichnet. Die digitale Aufnahme trägt zur Vollständigkeit der Datenerfassung bei und ermöglicht es der Forscherin sich auf das Gespräch und dessen Verlauf zu konzentrieren (vgl. Holloway / Wheeler 1997: 83). Parallel hat die Forscherin Notizen gemacht, um Gesprächswendungen im Anschluss besser nachvollziehen zu können und aufkommende Gedanken festzuhalten.

Alle Interviews begannen mit der Vermittlung von Einstiegsinformationen (siehe Anhang A.6) und der Klärung allgemeiner Fragen, um sich an die für die meisten

Teilnehmenden ungewohnte Interviewsituation zu gewöhnen (vgl. Kruse 2014: 269). Der weitere Gesprächsverlauf orientierte sich an dem jeweiligen Leitfaden, wobei die Reihenfolge der einzelnen Themenblöcke flexibel war und so auf die im Gespräch aufkommenden Themen reagiert werden konnte. Jedes Interview schloss mit der Frage nach weiteren Aspekten, die der*die Interviewte gerne anfügen wollte und mit der Abfrage der demografischen Daten. Den Empfehlungen Kruses (2014: 269 f.) folgend wurden die Teilnehmenden im Anschluss an das Interview gefragt, wie sie die Gesprächssituation empfunden haben und was sie motiviert hat teilzunehmen, sowie ein kurzes Postskript aus Sicht der Interviewerin verfasst. Die Einwilligungserklärungen wurden von allen Teilnehmenden unterzeichnet und entweder in Papierform oder fotografisch abgegeben.

3.5.3 Transkription

Die aufgezeichneten Interviews wurden mittels der Transkriptionssoftware f4 durch die Forscherin verschriftlicht. Die Verschriftlichung von Interviewdaten dient dazu, in der anschließenden Analyse ausführlich und mit der notwendigen Langsamkeit vorgehen zu können (vgl. Kruse 2014: 350).

Tabelle 2 Transkriptionsregel in Anlehnung an Fuß und Karbach (2019: 39-81)

Layout	
Textverarbeitungsprogramme	F4, Microsoft Word
Schrift	Arial 12
Rand	Links und rechts je 2 cm
Zeilennummern	1, 2, 3, etc. fortlaufend
Zeilenabstand	einfach
Zeilenausrichtung	Blocksatz
Zu Beginn jedes Transkriptes	Transkriptionskopf
Interviewer	I
Interviewpartner	B
Verschriftung	
Sprachglättung	Leichte Glättung, Erhalt von umgangssprachlichen und fehlerhaften Ausdrücken sowie fehlerhaftem Satzbau
Interpunktion	Grammatikalische Zeichensetzung
Pausen in Sekunden	(2) ab einer Pausenlänge von zwei Sekunden
Unverständliches	(unv.)
Non-verbale Äußerungen	(räuspern) (seufzt) (lacht)
	hm (zustimmend) / hm (verneinend)
Wort- / Satzabbrüche	Abc-
Wiederaufnahme eines Wortes	-xyz
Gleichzeitiges Sprechen	//
Unterbrechung / Störung	(Störung: Aufnahme pausiert)
Auslassung: nicht transkribierte Gesprächssequenz	(...) mit Zeitangaben der Auslassung ## bis ##
Zeitangaben	Nach jedem Absatz ##

Um die Qualität der Daten möglichst zu erhalten, wurden die Interviews zunächst nach den in Tabelle 2 angeführten Regeln transkribiert (vgl. Fuß / Karbach 2019: 100). Die Interviewten erhielten ihre jeweilige Verschriftlichung, um sicherzustellen, dass ihre Aussagen auch im schriftlichen Kontext korrekt wiedergegeben wurden. Nachdem sie ihre Transkripte kontrolliert und freigegeben hatten, wurden diese im Hinblick auf die*den Interviewten pseudonymisiert. Die inhaltliche Anonymisierung erfolgte durch Abkürzung der genannten Eigennamen. War dies nicht möglich, wurde ein umschreibendes Synonym gewählt und dieses mit einem Sternchen (*) gekennzeichnet. Namen und Orte oder Hinweise auf solche redaktionell abzuändern oder abzukürzen, hat, wie die Pseudonymisierung, den Zweck, Rückschlüsse auf die Interviewteilnehmenden zu verhindern (vgl. Kruse 2014: 366; Fuß / Karbach 2019: 98-100). Alle Interviewtranskripte finden sich in den Anhängen unter A.7. Zur Analyse hat die Forscherin die Transkripte anschließend in das Programm MAXQDA Analytics Pro 2020 importiert. Mithilfe dieses Auswertungsprogrammes wurde der erste Schritt der Analyse, das offene Kodieren vorgenommen.

3.6 Auswertung

3.6.1 Offenes Kodieren

Beim offenen Kodieren nach Strauss und Corbin (1996) werden die Daten, in diesem Fall die Workshopergebnisse und die Interviewtranskripte, zunächst Zeile für Zeile auf Hinweise oder Ereignisse untersucht, die beispielhaft für ein Phänomen stehen. Diese sogenannten Konzepte haben im optimalen Fall bereits abstrakte Namen. Sie beschreiben das Ereignis nicht, sondern benennen es (vgl. Mey / Mruck 2011: 25; Muckel 2011: 342). Ein wichtiges Verfahren des offenen Kodierens ist das ständige Vergleichen der gefundenen Konzepte miteinander. Es wird angestrebt, möglichst viele unterschiedliche Beispiele zu finden (vgl. Strübing 2014: 15). Beziehen sich Konzepte offenbar auf ein ähnliches Phänomen, werden sie in einer Kategorie zusammengefasst. Eine Kategorie fasst also einen Satz an Konzepten unter einem Oberbegriff zusammen (vgl. Strauss / Corbin 1996: 43-47). Anhand der unter ihr zusammengefassten Konzepte wird eine Kategorie hinsichtlich ihrer Eigenschaften und Dimensionen entwickelt. Als Eigenschaft einer Kategorie werden ihre spezifischen Charakteristika bezeichnet. Diese Charakteristika können hinsichtlich ihrer Ausprägung dimensionalisiert werden (vgl. Strauss / Corbin 1996: 51). So lassen sich die in den Daten gefundenen Konzepte einordnen. Jedes in den Daten gefundene

Ereignis steht beispielhaft für Ausprägungen von Dimensionen einer Eigenschaft der Kategorie. Auf diese Art und Weise werden die spezifischen Ereignisse zu abstrakteren Konzepten, die schließlich in Subkategorien zusammengefasst einer allgemeinen Kategorie untergeordnet werden können (vgl. Strübing 2014: 16).

Ein Zwischenergebnis aus den Workshops war etwa die Kategorie „Fachwissen“, die sich später als Subkategorie der „pflegepersonalbezogenen Faktoren“ herausstellte. Tabelle 3 zeigt einen Auszug der dazugehörigen Eigenschaften und Dimensionen.

Tabelle 3 beispielhafter Auszug einer Kategorie als Ergebnis der Workshopauswertung in Anlehnung an Strauss und Corbin (1996: 53)

Kategorie	Eigenschaften	Dimensionale Ausprägungen
Fachwissen	Durch Erfahrung	Beruflich ----- persönlich
	Ausmaß	Viel ----- wenig
	Eigene Wahrnehmung	Ausreichend ----- ungenügend

Je mehr ähnliche Konzepte oder dimensionale Ausprägungen gefunden werden, desto eher sollte nach Beispielen für andere dimensionale Ausprägungen gesucht werden. Generell sollten in der Analyse aufkommende Fragen beachtet werden. Wenn die vorhandenen Daten sie nicht beantworten, sollten diese Fragen in der nächsten Datenerhebung berücksichtigt werden. Die gebildeten Kategorien werden so permanent in weiteren Interviews geprüft und weiterentwickelt, da die Prozesse der Datengewinnung und Datenanalyse parallel stattfinden (vgl. Lamnek 2010: 90–94). Die gewonnenen Daten und die in der Datenauswertung aufkommenden Fragen leiten die folgende Datenerhebung hinsichtlich zu stellender Fragen und zu befragender Personen (vgl. Berg / Milmeister 2011: 311 f.). Hierin zeigt sich erneut das theoretische Sampling (vgl. Strauss / Corbin 1996: 148).

3.6.2 Axiales Kodieren

Der zweite in dieser Arbeit angewendete Analyseschritt ist das axiale Kodieren. Hierbei werden die entstandenen Subkategorien mit ihrer übergeordneten Kategorie in Beziehung gesetzt. Ausgehend von einem Phänomen, also dem zentralen Ereignis, welches es zu bewältigen gilt, werden die ursächlichen Bedingungen, der Kontext, die intervenierenden Bedingungen, die Handlungs- und interaktionalen Strategien sowie die Konsequenzen mit Hilfe des sogenannten paradigmatischen Modells (siehe Abbildung 1) erschlossen (vgl. Strauss / Corbin 1996: 76-78).

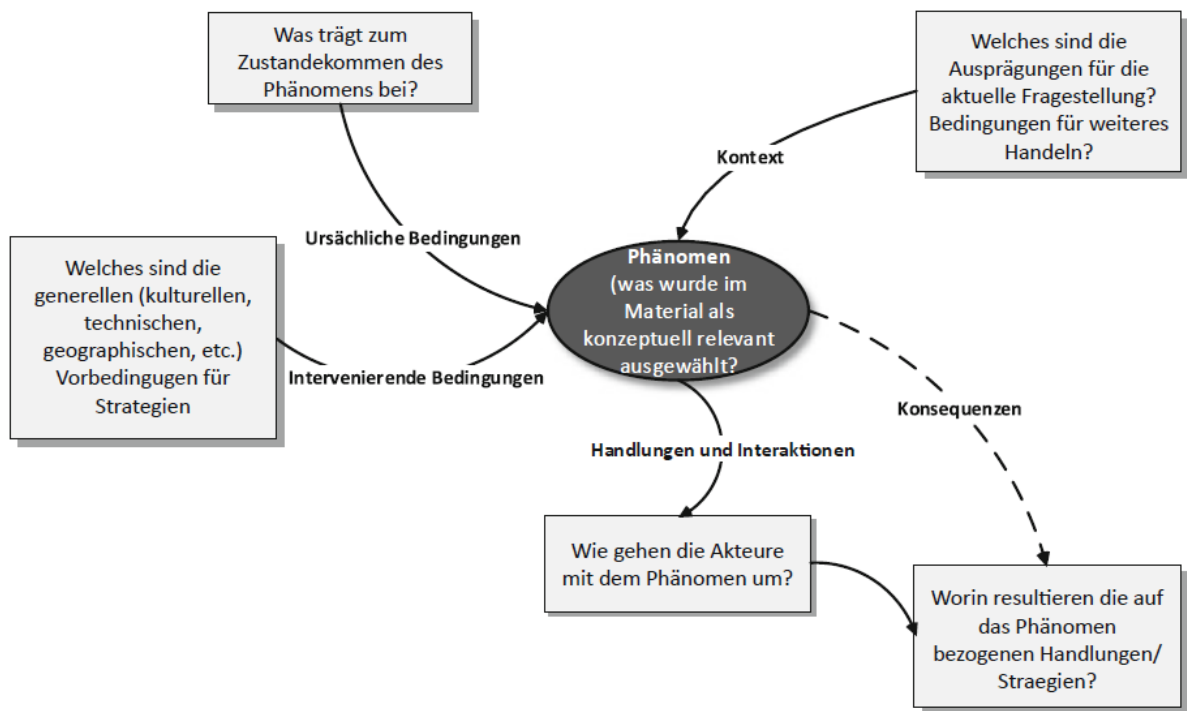


Abbildung 1 paradigmatisches Modell (Strübing 2014: 25)

Unter den ursächlichen Bedingungen werden Ereignisse und Umstände zusammengefasst, die zu dem zentralen Phänomen geführt haben (vgl. Strauss / Corbin 1996: 79). Der Kontext beschreibt die Eigenschaften des Phänomens und die Bedingungen, unter denen Handlungsstrategien gefunden und umgesetzt werden (vgl. Strauss / Corbin 1996: 80 f.) Intervenierende Bedingungen wiederum beinhalten hinderliche und förderliche Faktoren sowie allgemeine Vorbedingungen, wie die Kultur oder Biografie, die Einfluss auf die Handlungs- und Interaktionsstrategien haben (vgl. Strauss / Corbin 1996: 82). Diese Strategien sind Reaktionen zur Bewältigung des zentralen Phänomens (vgl. Strauss / Corbin 1996: 83). Sowohl die Handlung oder Interaktion selbst als auch ihr Ausbleiben resultieren in Konsequenzen (vgl. Strauss / Corbin 1996: 85). In welcher Beziehung die Subkategorien zueinander stehen, hängt maßgeblich davon ab, welches Phänomen als Ausgangspunkt gewählt wird (vgl. Strübing 2014: 18). Dies wird sich in der Darstellung der Ergebnisse zeigen. Strauss / Corbin (1996: 89) merken dazu an: „Wenn Ihnen diese Verfahren, Techniken und Schritte beim axialen Kodieren überwältigend kompliziert erscheinen, erinnern Sie sich daran, daß [sic!] die Wirklichkeit komplex ist“. An dieser Stelle der Analyse wurde die Auswertung der Daten auf Grund der begrenzten Ressourcen im Zusammenhang mit

der Erstellung einer Qualifikationsarbeit beendet, sodass es auch nicht zu einer theoretischen Sättigung der Kategorien kam.

3.7 Datenschutz und Forschungsethik

Verschiedene Maßnahmen zwecks Information und Einwilligung der Teilnehmenden sowie Schutz der personenbezogenen Daten wurden bereits beschrieben. Ausschließlich die Forscherin hat Zugang zu den kompletten Daten. Die Speicherung aller Daten (wie zum Beispiel Fotos, Mitschriften, Protokolle, und Transkripte) erfolgte auf einem externen Datenträger, der passwortverschlüsselt ist und zehn Jahre zurückbehalten wird (vgl. Fuß / Karbach 2019: 102 f.). Das Passwort wurde nach den Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik erstellt (vgl. Fuß / Karbach 2019: 106). Es wurde kein formales Votum eines Ethikkomitees eingeholt, da die Teilnahme der Pflegenden freiwillig erfolgte und weder vulnerable Gruppen noch sensible Themen angesprochen wurden. Es liegt jedoch die schriftliche Zustimmung des zuständigen Betriebsrats vom 01.07.2020 vor.

4 Empirische Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Teilnehmer*innen

Insgesamt haben 18 weibliche Pflegenden der Neonatologie an dem Forschungsprojekt teilgenommen. Hiervon entfielen jeweils sechs Pflegenden auf die beiden Workshops sowie sechs Pflegenden auf die einzeln durchgeführten Expertinneninterviews. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Verteilung der Teilnehmenden anhand der soziodemografischen Merkmale. Keine Teilnehmerin nahm an beiden Erhebungen teil.

Tabelle 4 Deskriptive Statistik der Studienteilnehmerinnen (n=18)

soziodemografische Variable	n (%) Mittelwert ± SD
Alter in Jahren (n=17, eine fehlende Angabe)	35,4 ± 10,9 (range 23-59)
Selbst Kind(er) geboren	8 (44,4)
Hat selbst gestillt	8 (44,4)
Ausbildung in der Kinderkrankenpflege	14 (77,8)
Ausgebildet in Deutschland	15 (83,3)
Weiterbildung absolviert	8 (44,4)
Vollzeittätig / Teilzeittätig	10 (55,6) / 8 (44,4)
Berufserfahrung in der Kinderkrankenpflege	10,7 ± 10,4 (range 1-39)
Berufserfahrung in der Neonatologie	7,2 ± 6,4 (range 1-26)

Abbildung 2 stellt dar, welche Weiterbildungsgänge die acht weitergebildeten Teilnehmerinnen absolviert haben.

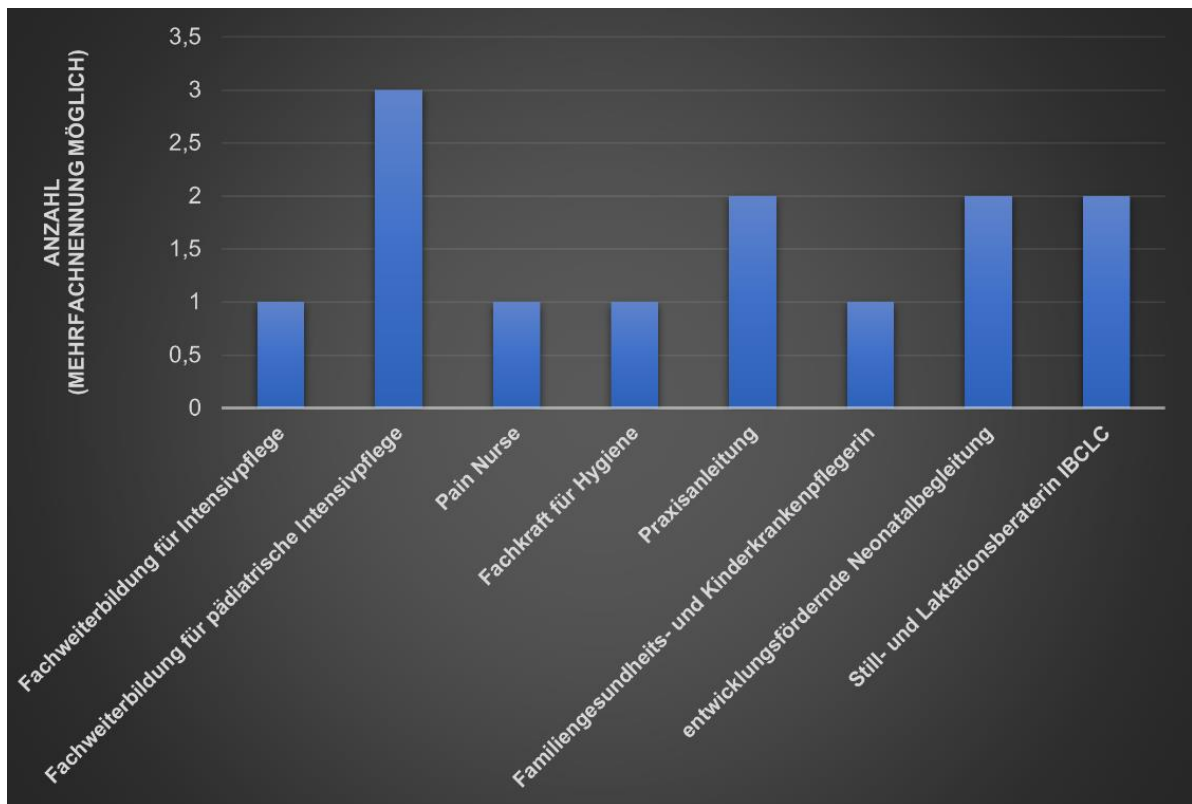


Abbildung 2 absolvierte Weiterbildungen der Teilnehmerinnen (eigene Darstellung)

4.2 Familien-individueller Unterstützungsbedarf

Als zentrales Thema der Workshops und Interviews hat sich der familien-individuelle Unterstützungsbedarf herauskristallisiert. Abbildung 3 zeigt die Zusammenhänge der verschiedenen Kategorien und Subkategorien im Hinblick auf dieses zentrale Phänomen in Form des paradigmatischen Modells (vgl. Strauss / Corbin 1996: 78). In den folgenden Unterkapiteln werden diese näher erläutert und durch Zitate belegt.

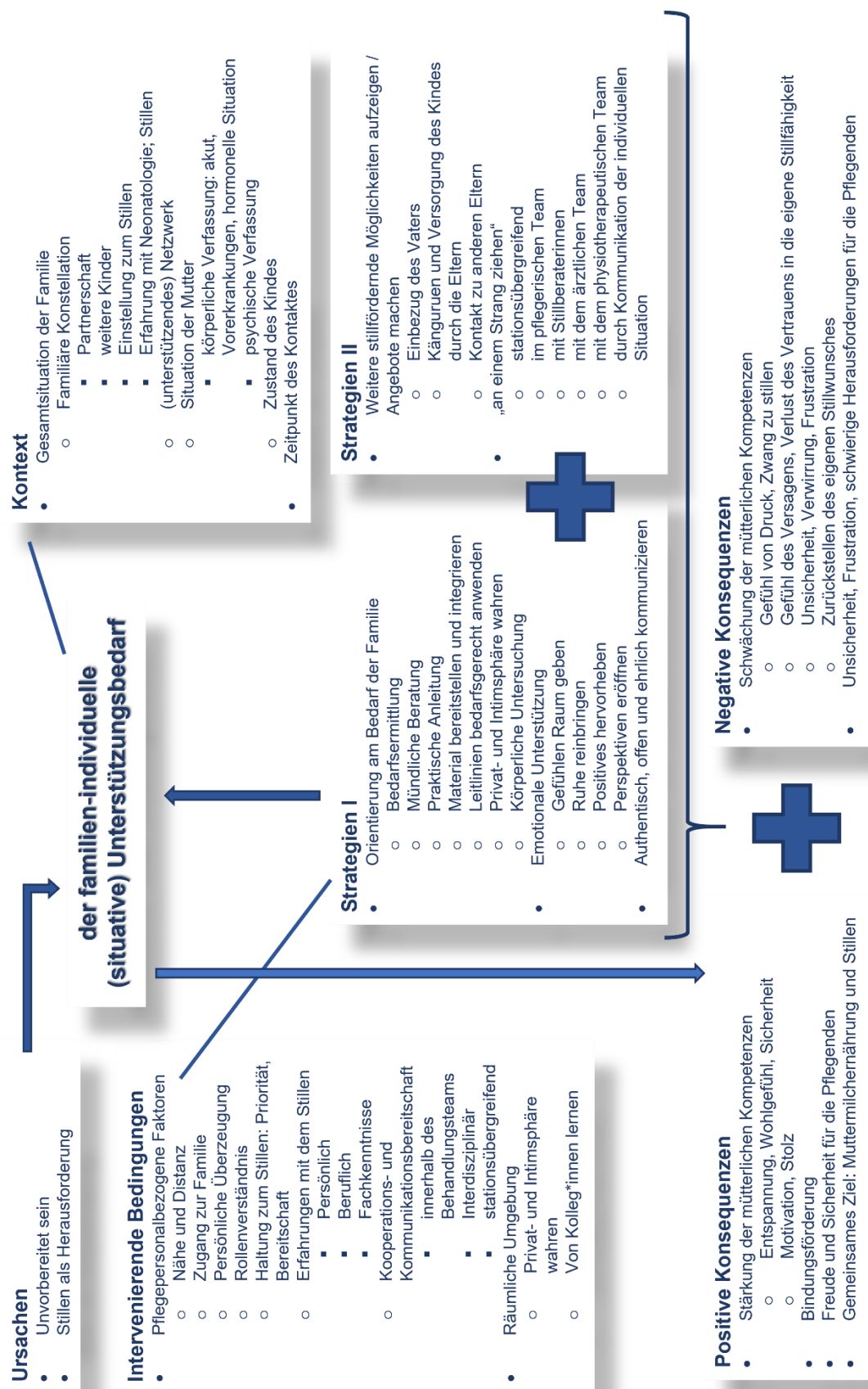


Abbildung 3 paradigmatisches Modell zum familien-individuellen Unterstützungsbedarf (eigene Darstellung in Anlehnung an Strauss / Corbin 1996: 78)

4.2.1 Ursachen

Die Pflegenden der Neonatologie halten den Mangel an Vorbereitungsmöglichkeiten für die primäre Ursache des allgemeinen Unterstützungsbedarfes, den die Familien in der Neonatologie haben:

„Es muss einem bewusst sein, dass das nicht so geplant war für die, dass die sich das nicht gewünscht haben. ähm dass die auch völlig unvorbereitet in dieser Situation landen. Eltern von Frühchen mitunter ja schon ein bisschen vorbereitet, wenn sie schon eine Weile dalagen und ähm eine drohende Frühgeburt schon eine ganze Zeit in sich getragen haben. Die hatten ja zumindest die Chance, sich irgendwie so halbwegs damit auseinanderzusetzen; wissen trotzdem nicht, ähm was sie erwartet und wie sich das anfühlt vor allen Dingen.“ (Interview 010, Zeilen 1117-1124)

Im Hinblick auf das Stillen kommt die Pflegende zu dem Schluss: „Es ist eine Herausforderung, das hinzubekommen“ (Interview 010, Zeile 1241-1242).

4.2.2 Kontext

Den Kontext des Unterstützungsbedarfes bildet die familiäre Gesamtsituation. Die Interviewteilnehmerinnen berichten neben der partnerschaftlichen Konstellation der Eltern auch von Einflüssen durch Erfahrungen mit weiteren Kindern, mit Frühgeborenen oder der Neonatologie und durch ein bestehendes oder auch nicht bestehendes Netzwerk aus Unterstützer*innen:

„Weil ich schon das Gefühl habe, das kommt ja so ein bisschen auf die Partnerkonstellation auch an. Habe ich eine Frau, die sich ihrem Mann eher unterwirft und der findet das scheiße, ist es deutlich schwieriger, damit umzugehen ähm als habe ich eine ganz selbstbestimmte Frau, die genau, weiß sie will. Oder als habe ich eine Frau, ähm die hat schon drei Kinder gestillt ähm. Für die ist das überhaupt kein Thema. Oder habe ich eine Frau, für die ist das das erste Kind ähm, die mit der Situation 'Neonatologie' auch noch grundsätzlich total überfordert ist und dann hat man auch noch einen Mann daneben, der ihr irgendwie versucht, vorzuschreiben, wie sie es zu tun hat.“ (Interview 010, Zeilen 785-793)

Auch der Zustand des aktuell neonatologisch behandlungsbedürftigen Kindes ist von Bedeutung. Hierbei sind sowohl etwaige Erkrankungen als auch das erreichte Gestationsalter für Mutter und Kind von Bedeutung, wie diese beiden Pflegenden erläutern:

„[...] wenn ich jetzt zum Beispiel ein Kind habe, was auf der Station ist, was zehn Minuten CPAP hatte und sich dann gut adaptiert hat und dann an den Busen der Mutter geht und glücklich dahinschlummert, ähm ist das eine total andere Situation als wenn ich eine reife Asphyxie habe ähm, die einfach gekühlt wird und ein aEEG laufen hat ähm, da muss man natürlich schon den Unterschied ziehen [...] Ich glaube, das ist wichtig. Grundsätzlich würde ich sagen, dass die Betr- Beratung eines reifgeborenen Kindes ähm schon eine andere ist als von frühgeborenen Kindern. Erst einmal ist die Mutter viel weiter in der

Laktation, kommt viel schneller in die Milch ähm und wird den den Stillstart, wird es nicht so schwer haben, weil auch das Kind mit seiner ganzen Mundmotorik und mit seinem mit seinem Schluckreflex und Saugreflex viel weiter ist als ein frühgeborenes Kind.“ (Interview 009, Zeilen 3360-3372)

„[...] ich denke, dass man bei Frühgeborenen doch eine noch sehr viel größere Sensibilität irgendwie an den Tag legen muss ähm als bei reifgeborenen Kindern. Reifgeborene Kinder, da ist es ja oftmals einfach auch so, dass das Stillen einfach ähm ja fast von alleine klappt, sage ich einmal. Die brauchen ja oft gar nicht so viel Unterstützung ähm. Da gibt man der Mama das Kind raus und im Grund wissen reifgeborene Kinder einfach ja sehr oft schon, wo wo sie hingehören und äh wie d- wie das funktioniert. [...] grundsätzlich äh ist es bei Frühgeborenen natürlich viel viel schwieriger, sie überhaupt an die Brust zu kriegen. Ganz klar, aus dem Grund also, weil sie eben unreif sind und zu klein sind und ähm da eine größere Unterstützung brauchen, genauso, wie die Mütter. Also ich denke, bei reifgeborenen Kindern ist es auch für die Mutter sehr viel einfacher im Handling insgesamt ähm das Kind anzudocken als eben bei unseren Frühchen. (Interview 006, Zeilen 2913-2929)

Dieser Zustand des Kindes scheint die Pflegenden in einen Konflikt zwischen den Bedürfnissen der Mutter und den Bedürfnissen des Kindes zu bringen. Die Entscheidung der Eltern bezüglich der Ernährung ihres Kindes wird kritisch hinterfragt, wie folgende Ausführungen zeigen:

„[...] gerade, wenn es jetzt um ein sehr kleines Frühgeborenes geht, ne, ähm wenn jetzt Mami xy sagt ähm 'Ich möchte nicht stillen.' Dass man erstmal vielleicht versucht anzubahnen 'Wie kommt es zu dieser Entscheidung?'. Und wenn ein Hauch einer Möglichkeit besteht, sie vielleicht doch anders ähm davon überzeugen zu können. Dann sollte man es versuchen. Das denke ich schon auch. Aber, wenn jemand vehement sagt, er möchte das nicht, dann ja. Ich glaube, dann ist das auch schwierig zu sagen 'Ok, wir wollen es trotzdem.'. Ich denke schon, dass man immer noch einmal erwähnen sollte, welche Vorteile das hat.“ (Interview 010, Zeilen 1274-1282)

Ein besonderes Augenmerk wird auf die Situation der Mutter gelegt. Je nach individueller Vorgeschichte gilt es hierbei mögliche Vorerkrankungen, die Abläufe von Schwangerschaft und Geburt sowie die daraus resultierende aktuelle körperliche Verfassung zu beachten. Die Geburt und der Beginn der Laktation bringen eine große hormonelle Umstellung mit sich, die die psychische Verfassung neben dem Umstand, ein behandlungsbedürftig erkranktes Baby zu haben, zusätzlich destabilisiert. Für beide Elternteile ist es eine mentale Belastung:

„[...] eine Stunde haben beide ihr Leid von der Seele gesprochen. Und das ist, da ging es viel mehr, um die psychische Sit- oder die seelische Situation der Eltern als um die Milchbildung. Aber das ist nicht voneinander zu trennen, weil jede Belastung, also das ist ja hormonell auch einfach total einfach zu erklären. Jede hormonell äh jede äh psychische oder seelische Belastung setzt Cortisol frei. Cortisol blockt Oxytocin und Bumms machen die Brüste dicht. Also das ist ja einfach auch so ein Kreislauf, der da äh in Gang ist. Also ein hormoneller Kreislauf, der bei der Mutter abläuft.“ (Interview 009, Zeilen 3337-3344)

Die Pflegenden sind sich einig, dass es für das Maß der Unterstützung ebenfalls von Bedeutung ist, zu welchem Zeitpunkt des Aufenthaltes sie die Familien beraten:

„Entweder kommt man zu einem späteren Zeitpunkt ins Zimmer, wo schon diverse andere Pflegende im Zimmer waren. Oder man hat halt den ersten Kontakt und ich finde ähm dahingehend ändert sich meine eigene Initiative auch immer so ein bisschen, weil ich versuche, die den Familien anzupassen.“ (Interview 010, Zeile 740-743)

Eine Pflegende fasst auf die Frage, wovon sie den Grad ihrer Unterstützung oder Beratung abhängig macht, zusammen:

„[...] ja, also ich glaube, schon viel davon, wie viel die von mir verlangen. Wie viel wollen die an Informationen haben? Wie viel Beratung wollen die haben? Wollen die erst einmal in Ruhe gelassen werden? ähm wollen die sich erst einmal untereinander kennenlernen? ähm mit dem Neugeborenen. Ist ja schon etwas anderes. ähm oder auch, wie die Situationsabhängig. War das eine eine eine blöde Entbindung? Ging es der Mutter danach schlecht? ähm (2) wie au-, so ein bisschen, wie das familiäre Verhältnis ist. Danach würde ich das, also danach mache, mache ich das abhängig.“ (Interview 115, Zeilen 1575-1582)

4.2.3 Interaktionale Strategien

Das oberste Gebot, um dem individuellen Unterstützungsbedarf der Familien gerecht zu werden, ist für die Pflegenden der Neonatologie die Orientierung am Bedarf jeder einzelnen Familie. Sie erkennen an, „dass nicht jede Familie gleich ist. Und man sich, glaube ich, auf jede Familie einstellen sollte und die Pflegekräfte das vielleicht auch einfach umsetzen sollten, dass halt nicht jede Familie gleich ist [...]“ (Interview 115, Zeilen 1624-1626). Diese Pflegende führt weiter aus: „Das muss jede Mutter selbst entscheiden, ob sie stillen möchte, ob sie anlegen möchte, ob sie lieber pumpen möchte und das mit der Flasche füttern möchte oder ob sie abstillen möchte“ (Interview 115, Zeilen 1774-1776).

Eine andere Pflegende betont:

„[...] absolut wichtig ist für mich immer ähm und das habe ich eingangs ja schon gesagt, mit den Müttern zu gehen und ähm möglichst wenig Druck auf sie auszuüben. Das ist halt für mich immer total wichtig. Dass man da nicht mit dem erhobenen Zeigefinger steht und sagt 'Sie müssen, sie müssen, sie müssen.', sondern wirklich individuell schaut, wo steht die Frau [...]“ (Interview 009, Zeilen 3828-3832)

Für die Pflegenden ist es daher wichtig, die Bedarfe der Familien zu ermitteln, wie sich an folgender Aussage zeigt: „[...] es muss ja abgepasst für das Kind und für die Mutter sein oder für die Familie an sich: Was ist deren Bedürfnis? Wo wollen die überhaupt hin? Ich muss ja erstmal den Bedarf klären“ (Interview 104, Zeilen 119-121).

Sobald der Bedarf erfasst ist, unterstützen die neonatologisch Pflegenden beispielsweise durch mündliche Stillberatung und praktische Anleitung. Als besonders effektiv wird es wahrgenommen, wenn Beratung und Anleitung aufeinander aufbauen. Die Vorteile der Muttermilchernährung sind ein vielgenannter Beratungsinhalt, wie diese Aussage zeigt:

„Und natürlich liegt eine Stärke darin, dass sie vielleicht das Einzige, was sie im Moment tun kann, ist eben das Abpumpen und dass das also dahingehend beraten so, wie wir eben auch beraten, dass das eben so für gerade für Frühgeborene einfach ein Benefit, wenn die mit Muttermilch ernährt werden.“ (Interview 009, Zeilen 3221-3225)

Neben verschiedenen Techniken der Muttermilchgewinnung und des Stillens leiten die Pflegenden auch den Einsatz von Stillhilfsmitteln an. Die meisten Pflegenden haben eine positive Einstellung diesen Hilfsmitteln gegenüber:

„Aber wenn man die quasi einfangen kann und sagt 'Es gibt Stillhütchen.'. Wir können das Kind ein bisschen neben dem Stillen auch sondieren, damit es auf den Geschmack kommt und damit es merkt 'Ok, ich bin jetzt an der Brust. Ich fühle mich gesättigt.'. Und ich finde, das beruhigt auch die Frauen sehr sehr stark und deshalb bin ich auch so ein Befürworter von diesen Hilfsmitteln, wie Stillhütchen, Stillkissen.“ (Interview 331, Zeilen 2185-2190)

Trotz oder gerade auf Grund dieser positiven Einstellung, werden die Hilfsmittel allerdings nicht immer bedarfsgerecht eingesetzt, wie folgende Aussage einer Pflegenden belegt:

„Ich finde das ja, ich sehe das tatsächlich kritisch, dass bei jeder Mutter sofort ein Stillhütchen im Zimmer liegt, sofort. Die Kinder sind noch gar nicht auf Station und es liegt auf dem Pflegewagen. ähm ich finde das, natürlich finde ich das manchmal hilfreich oder in den meisten bei Frühchen ist das hilfreich, aber wenn man davon ausgeht, dass man eine 32. Woche an den Busen legt, dann ist das erst einmal für den Mamillen-Mund-Kontakt und für das Schlecken und Wahrnehmen der Brustwarze für den Kontakt, für die Ausschüttung der Hormone bei der Mutter und das funktioniert nicht mit Stillhütchen.“ (Interview 009, Zeilen 3675-3682)

Im Hinblick auf den bedarfsgerechten Einsatz von Leitlinien und Standards gibt eine Pflegende zu bedenken:

„Standards finde ich sinnvoll, wenn man aber auch einmal abschweifen kann vom Standard ähm. Es gibt die Standards und die Leitlinien, um zu wissen, wie man etwas macht. Aber man sollte auch einmal, also jedes Kind ist halt nicht gleich, also jedes Baby ist nicht gleich und jede Familie ist nicht gleich. Und daher sollte man dann möglichst auch einmal abweichen von den Leitlinien oder von dem Standard.“ (Interview 115, Zeilen 1606-1610)

Die Interviews zeigen, dass der emotionale Unterstützungsbedarf der Familien groß ist, wie bereits in der Kontextbeschreibung dargestellt wurde, und die Pflegenden sich dessen bewusst sind. Sie begrüßen die Zusammenarbeit mit der Stationspsychologin:

„Und natürlich die Psychologin, um den St- um das abzufangen, also um das Trauma abzufangen ähm, was die Mütter erlebt haben. Jede Mutter, die eine Frühgeburt erlebt hat, hat erlebt ein Trauma und das ist bei uns auf der Station oder besonders in der Neonatologie finde ich das schwierig ähm super schwierig für die Mütter, weil das in den meisten Fällen keinen Raum hat.“ (Interview 009, Zeilen 3254-3259)

Jedem Gefühl Raum zu geben und die Familien in dessen Bewältigung zu unterstützen, ist ebenso Aufgabe der Pflegenden, wie rein stillbezogene Inhalte zu vermitteln, wie diese Pflegende verdeutlicht:

„Und aber auch mal zu respektieren, das ist ja so ein bisschen unterschiedlich, ne. Ich finde, wenn sich jemand wirklich anstrengt und dann einfach auch einmal einen Hänger hat und sagt 'Heute ist irgendwie so ein Tag.'. Wo man einfach einmal sagt 'Ja, es ist einfach auch mal scheiße.' und das auch mal zulassen kann, ohne das Ziel so vor Augen zu verlieren, sondern ei-, einfach auch einmal Mut zu machen, auch einmal zu heulen. Und auch einmal herauslassen zu dürfen, wie kacke man das alles gerade findet. ähm und trotzdem zu bestärken, weiterzumachen [...].“ (Interview 010, Zeilen 1169-1179)

Eine ihrer Kolleginnen betont ebenfalls, wie wichtig es ist, positive Aspekte hervorzuheben und den Eltern Perspektiven aufzuzeigen: „Ja, ich finde schon wichtig, dass man auch Kleinigkeiten hervorhebt und positiv. Ja, und selbst wenn der nur an der Brust schlecken würde, ist ja auch positiv. Darum gehts ja, erstmal den Weg zu finden“ (Interview 104, Zeilen 590-592).

Sie berichten von den Herausforderungen, die aus den emotionalen Belastungen der Familien für die Stillunterstützung resultieren:

„Dann ähm, finde ich, maßgeblich tatsächlich erst einmal ein bisschen Ruhe in die Situation reinzubringen unter den Aspekten, dass wir trotzdem die Milchbildung in Gang bringen, dass wir trotzdem die Bindung zum Kind in Gang bringen unter der Situation, die wir gerade haben, selbst, wenn sie noch so schlecht ist.“ (Interview 010, Zeilen 928-931)

Bei allen interviewten Pflegenden kann eine klare kommunikative Haltung beobachtet werden. Sie erläutern folgendermaßen, warum sie eine authentische, offene und ehrliche Kommunikation bevorzugen:

„Man muss aber halt auch immer zugeben, wenn man, dass man es nicht weiß, vielleicht, finde ich. Das finde ich auch wichtig, um sich selbst besser zu fühlen und nicht und einfach mal zu sagen 'Ok, da muss ich mich erst informieren. Das können wir ja beim nächsten Versuch klären.“ (Interview 104, Zeilen 97-100)

„Das kommt auch deutlich besser an, wenn ich dann sage 'Ok, ich weiß es jetzt gerade nicht. Ich hole einen Stillberater.'. Dann ist schon auch wieder das Vertrauen zwischen der Mutter und mir deutlich besser, weil ich auch einfach ehrlich sage 'Ich weiß es einfach gerade nicht. Ich möchte ihnen nichts Falsches sagen. Ich hole jemanden, der sich damit sehr gut auskennt.“ (Interview 331, Zeilen 2165-2169)

Die Kommunikationshaltung ist also nicht nur eine intervenierende Bedingung für die Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams, sondern wird von den interviewten Pflegenden bewusst als Strategie im Umgang mit dem Phänomen eingesetzt, um eine Verbindung zu den Familien aufzubauen. Dies kann als positive Konsequenz ein Sicherheitsgefühl auf Seiten der Familien und der Pflegenden haben.

Eine weitere Strategie, um dem familien-individuellen Unterstützungsbedarf zu überwinden, liegt darin, den Familien weitere stillfördernde Möglichkeiten aufzuzeigen und Angebote zu machen. Die Pflegenden benennen, wie wichtig es auch für die Stillbeziehung ist, den Vater einzubeziehen, regelmäßigen Haut-zu-Haut-Kontakt zu fördern und die Eltern in der Versorgung ihres Kindes anzuleiten:

„Ja, und auch, dass man zum Beispiel den Vater auch mit involviert, finde ich auch wichtig. Stillen ist ja nicht nur eine Sache der Mutter eigentlich. Ok, das ist das, was die Mutter denkt, das Einzige, was sie geben kann. Aber es ist ja nicht so. Also der Vater hat da auch einen hohen Anteil dran, dass er die Frau mal unterstützt. Und die das auch gemeinsam machen. Das finde ich auch wichtig. Und der Vater muss halt auch aufgeklärt sein über das Thema. Und das ist nicht nur einfach die Mutter also es ist eigentlich auch eine Teamarbeit.“ (Interview 104, Zeilen 206-212)

„[...] ich finde, dass, wenn man die Mütter mit in die Versorgung mit einbindet und ähm auch das Stillen fördert oder auch einfach ähm zum Beispiel beim Bonden ähm Milch abzupumpen oder denen auch klarzumachen, dass viel Bonden ähm, viel Kuschneln, viel Nähe zu dem Baby, schon viel bringt auch für die Milchgewinnung. Also nicht nur für die Milchgewinnung, auch für die Bestärkung der Mutter-Kind-Beziehung. Aber auch einfach zum Thema hin äh die Milch zu gewinnen und mehr Milch zu produzieren.“ (Interview 115, Zeilen 1523-1529)

Die Pflegenden sehen außerdem Vorteile im Austausch der Familien untereinander und würden diesen gerne ermöglichen:

„[...] ich fände ja auch eigentlich toll und das geht natürlich wegen Corona nicht, wenn die Mütter sich miteinander austauschen könnten, weil ich glaube, das gibt den Eltern total Rückhalt, wenn sie sehen 'Ich bin nicht allein hier. Das geht anderen Müttern genauso. Ich kann das irgendwo lassen. Ich kann mich mit Gleichgesinnten in Führungszeichen austauschen und vielleicht auch supporten.'. ähm das wäre für mich auch ein Traum, wenn die Mütter einfach so einen Raum hätten, wo sie sich zusammensetzen könnten und einfach auch sprechen könnten miteinander.“ (Interview 009, Zeilen 3498-3505)

Die Konsultation von anderen Pflegenden, Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen oder professionellen Stillberater*innen ist ebenfalls eine oft genannte Strategie, um dem Bedarf der Familien gerecht zu werden:

„[...] dann gucke ich einfach, wer ist mit mir im Dienst und wenn es jemand von euch Stillberaterinnen ist, ist das super und dann greife ich auch gerne darauf zurück, dass ich sage 'Mensch, ich komme da und da nicht weiter. ähm kannst du mir da irgendwie helfen?'. Oder ich gucke, ob eine andere erfahrene Kollegin vielleicht mit da ist, die mich vielleicht

unterstützen kann und mir dann noch den ein oder anderen Tipp geben kann.“ (Interview 006, Zeilen 2699-2704)

Hierbei wünscht sich diese Pflegende eine ähnliche Einschätzung der Situation durch Ärzt*innen und Pflegende:

„Aber ich finde, dass die Ärzte derselben Meinung sein sollten, wie wir. Dass wir die soweit, wie sie es möchten, die Mütter, dass wir sie unterstützen in der in in ihrer Stillreise ihrer und ihrem Wunsch, den sie hegen, ihr Kind zu stillen. Das finde ich ganz ganz wichtig.“ (Interview 331, Zeilen 2292-2295)

Über den Rahmen der neonatologischen Station hinaus berichten die Pflegenden von der Kooperation mit der geburtshilflichen Abteilung in der Versorgung der Mütter:

„Also ich finde es einfach wichtig, dass wir einfach die gleichen Ziele verfolgen sollten und quasi ähm ja sozusagen an einem Strang ziehen sollten. ähm aber das ist ja nicht immer so gegeben. Also beispielsweise, wenn man nachts anruft bei einem neugeborenen Patienten und nach irgendwie Muttermilch fragt 'Ist schon ausgestrichen worden?', kriegt man ja öfters einmal als Antwort irgendwie 'Nein, die Mama schläft und das ist jetzt nicht wichtig und die braucht Ruhe und Schlaf.'. Und ähm ich glaube, dass da einfach noch mehr Zusammenarbeit ähm im Fokus stehen sollte und äh dass man noch mehr an einem Strang zieht quasi also.“ (Interview 006, Zeilen 2750-2758)

Die Pflegenden wünschen sich, dass sowohl in der Neonatologie als auch stationsübergreifend zwischen der neonatologischen und der geburtshilflichen Station die individuellen Situationen der Familien häufiger thematisiert werden:

„[...] ich finde, das ist, für mich ist das ein Bestandteil in der Übergabe, dass das einfach dazugehört äh, 'Was haben wir besprochen? Wie ähm wie kann man der Mutter, also ich sage jetzt mal, insbesondere der Mutter, damit helfen? Wie ist der Weg jetzt gerade? Wo ist ihr Problem?'.“ (Interview 010, Zeilen 1005-1009)

„Und ich finde tatsächlich, dass in unserer also klar, geht es um Muttermilchernährung, aber auch das fällt total hinten herüber in ganz vielen Situationen. ähm es wird in der Übergabe dann einmal kurz gesagt 'Ja, die Mutter hat zu wenig Milch. Ja, keine Ahnung, was wir da machen. Dann müssen wir einmal ähm äh die ähm äh zusätzliche Nahrung also die künstliche Säuglingsnahrung erwähnen ähm, weil das geht ja so nicht.' so 'Also da müssen wir ja jetzt bald einmal etwas machen.'. Das wird dann so oft salopp einfach daher gesagt, ähm ohne vielleicht den Hintergrund auch zu hinterfragen [...].“ (Interview 009, Zeilen 3316-3323)

Abschließend zeigt sich, dass die Pflegenden auch Strategien erdenken, um die Ursachen des Unterstützungsbedarfs zu beheben. Zwei von ihnen zählen die präpartale Vorbereitung der Eltern auf die ersten Stunden und Tage nach der Geburt zu den optimalen Rahmenbedingungen für die Unterstützung der Familien: „Das ist bei Frühgeburtlichkeit natürlich immer schwierig, aber ich finde ja auch

Stillvorbereitungskurse sind Gold wert, ne. ähm das kann man natürlich nur, also macht man ja erst gegen Ende der Schwangerschaft“ (Interview 009, Zeilen 3782-3784). Den möglicherweise entstehenden Kontext antizipierend schlägt eine Pflegende vor,

„dass ihnen das einfach schon von Anfang an erklärt wird, dass sie nicht äh quasi das Kind geboren haben und dann muss man noch mit diesen ganzen Erklärungen starten. Dann haben die ja schon ganz andere andere Dinge im Kopf und können das vielleicht gar nicht mehr so aufnehmen. Da ist der Zeitpunkt noch noch am Ende der Schwangerschaft sicherlich der sinnvollere. Und dass ihnen auch schon erklärt wird, wie dann, wenn ähm das Kind oder die Kinder geboren sind, so die ersten Stunden und Tag- Tage ablaufen ähm in Bezug auf das Ausstreichen und Abpumpen und äh wie es dann auch bei uns auf der Neo quasi in den ersten Tagen so abläuft und weitergeht.“ (Interview 006, Zeilen 2960-2968).

4.2.4 Intervenierende Bedingungen

Es wurde bereits vereinzelt deutlich, wie der Kontext die Wahl der Strategie beeinflusst. Unter den intervenierenden Bedingungen, die sich förderlich oder hinderlich auf den Erfolg der gewählten Strategie auswirken können, sind die pflegepersonalbezogenen Faktoren die größte Kategorie. Ob eine Pflegende ein freundschaftlich-nahes oder ein professionell-distanziertes Verhältnis bevorzugt oder über wie viel Fingerspitzengefühl sie verfügt, kann Auswirkungen auf den Zugang zur Familie und die Unterstützungsmöglichkeiten haben. Eine Pflegende erläutert:

„[...] dass man einfach auch, die mitunter mit ein bisschen Samthandschuhen anfassen muss, um überhaupt erstmal einen Zugang zu gewinnen. Wenn ich den Zugang habe, kann ich natürlich auch einfach ähm eine ganz andere Kommunikation leisten und eine ganz andere Arbeit leisten und eine ganz andere Bearb- Beratung leisten.“ (Interview 010, Zeilen 1125-1129)

Zwei weitere, häufig thematisierte Aspekte sind die persönliche Überzeugung der Pflegenden und ihr Anspruch an die eigene Arbeit. Die Pflegenden möchten es den Frauen mit einer individuell angepassten, bestmöglichen Unterstützung von Anfang an so leicht, wie möglich, machen. Alle Interviewten sind sich einig, dass die Muttermilchernährung und das Stillen wichtig für Kinder sind:

„Sehr wohl finde ich Stillen natürlich mega mega wichtig und ich finde das auch großartig, dass wir das so ähm doll vorantreiben und ähm versuchen, dass da ähm ja unsere Patienten nach Möglichkeit gestillt werden und die Mütter da dann die nötige Unterstützung erhalten.“ (Interview 006, Zeilen 2659-2662)

Sie kritisieren die allgemeine Haltung im Team dem Stillen gegenüber folgendermaßen: „Ich glaube aber trotzdem, dass, also jetzt mal auf unsere Situation in der Klinik bezogen, in vielen Köpfen einfach noch viel zu sehr drinnen ist 'Naja, es geht doch aber auch mit der Flasche.'“ (Interview 010, Zeilen 969-971). Außerdem wünschen sie sich, „dass wir das auch aus Überzeugung machen und nicht nur 'Es steht da und da und deswegen sage ich das.'. Du musst es halt auch irgendwie rüberbringen, dass du davon überzeugt bist, dass es so das richtige ist und nicht diese Unsicherheit“ (Interview 104, Zeilen 499-502).

Diese Haltung spiegelt sich auch in non-verbale Zeichen, wofür laut dieser Pflegenden jede*r ein Bewusstsein haben sollte:

„Mein Auftreten, also ja das ist grundsätzlich etwas, was ich ähm ganz ganz wichtig finde. Ich kann ja auch alleine mit, mit meinem Auftreten schon signalisieren, ob ich das Ganze jetzt so gut finde oder ob ich das Ganze nicht so gut finde und ähm ich finde, dessen muss man sich immer bewusst sein, dass egal, was ich mache, wie ich auftrete, wie ich was sage und wie man, alleine meine eigene Mimik ist, das ja schon spiegelt ähm, wie ich der Situation gerade gegenüber eingestellt bin.“ (Interview 010, Zeilen 816-822)

Im Hinblick auf die Wahrung der Privat- und Intimsphäre der Familien sehen die Pflegenden große Vorteile im Raumkonzept der Station:

„Also ich glaube schon, dass das sich wesentlich verändert hat und verbessert hat dadurch, dass ähm man mehr Ruhe in den Räumen hat ähm die die Türen zu machen kann, sich zurückziehen kann. ähm dass das auch für für unsere Mütter ein wesentlicher Aspekt ist, also in in diesen Räumen zu sitzen und zu stillen und abzapfen [...]“ (Interview 006, Zeilen 2989-2993)

Am Beispiel der Familienzimmer zeigt sich aber auch, dass das erlernte Rollenverständnis der Pflegenden die bedarfsgerechte Unterstützung beeinflusst:

„Ich glaube, dieses, dass die dieses äh Konzept 'Familienzimmer' und dass die Familien früh mit aufgenommen werden, also die Mütter und oder auch die Väter, ähm dass dadurch das Bild von einigen Pflegekräften so verloren geht. Weil also die haben gelernt, ähm sie versorgen das Kind und das ist so. Und dieses Familienzimmer, dieses Rooming-In, alles zusammen ein ein ein ein anderer Schritt ist, ein anderer Gedankengang, den man, als pflegende Person, also als Pflegekraft, glaube ich, noch irgendwie umsetzen muss im Kopf.“ (Interview 115, Zeilen 1560-1566)

Hier lässt sich mit Äußerungen zur Priorität des Stillens innerhalb des Behandlungsteams anschließen. Neben der familienzentrierten Betreuung betrachten einige Kolleginnen auch die Stillunterstützung nicht als ihre Aufgabe, wie diese Pflegende berichtet:

„Aber ich glaube, dass sie, wenn sie beraten, oft auch einen einen ja so einen leichten Unterton haben, dass sie darauf eigentlich keine Lust haben. Weil es für die meisten Pflegenden, gerade, also finde ich, auf äh in einer Neonatologie, ist deren Hauptmerkmal die Kinder zu versorgen. Und nicht, die Mutter darin zu beraten oder zu bestärken, äh die Milchgewinnung in in in Vordermann zu bringen oder ähm das zu fördern.“ (Interview 115, Zeilen 1513-1518)

Zwei andere Pflegende halten die Bereitschaft, sich mit dem Stillen auseinanderzusetzen, in ihrem Arbeitsbereich für unabdingbar. Eine von ihnen betont:

„Das ist halt echt ein Fokusthema ab einer gewissen Zeit, wo das Kind nicht mehr 24. Woche ist oder 27. Woche; wo es nicht nur um irgendwie erstmal ein bisschen größer werden geht, sondern, wo es dann auch ab da wo es möglich ist, ist es halt echt im Fokus. Ist halt auch ein großer Teil unserer Arbeit.“ (Interview 104, Zeilen 249-252)

Die Pflegenden empfinden insgesamt die Priorität des Stillens im Team als nicht hoch genug:

„[...] das könnte ausgebaut werden auf jeden Fall, finde ich. Also dass eben nicht sofort gesagt wird 'Ok, jetzt geht die Muttermilch zur Neige, jetzt holen wir einmal die Pre Nahrung aus dem aus dem Schrank.' ähm ja, dass wir da eben auch gucken, dass das einfach ähm Priorität also, dass das, dass die Priorität einfach angehoben wird.“ (Interview 009, Zeilen 3542-3546)

Alle Interviewteilnehmerinnen thematisieren den Einfluss persönlicher Stillererfahrung. Die Pflegenden, die selbst gestillt haben, beschreiben, dass ihnen erst durch ihre persönlichen Erlebnisse die Bedeutung des Stillens bewusst geworden ist, wie diese Pflegende ausführt: „Klar war Muttermilch wichtig. Das wusste ich ähm aber wie wichtig, das wusste ich zu dem Zeitpunkt, habe ich mir das irgendwie nicht klargemacht also, bevor ich selber Mutter war, war mir das irgendwie nicht so klar“ (Interview 009, Zeilen 3118-3120).

Sie benennen außerdem Unterschiede innerhalb des Teams zwischen Pflegenden mit persönlicher Stillererfahrung im Vergleich zu Pflegenden, die diese persönliche Erfahrung nicht haben: „Man merkt schon, dass wir, da wir ja auch Mütter haben, die auch also im Team, die ja auch selber gestillt haben, dass die eine ganz andere Bindung und eine ganz andere ähm Sichtweise zum Thema Stillen haben als die, die nie gestillt haben“ (Interview 115, Zeilen 1474-1476). Auch die Mütter reagieren laut dieser Interviewten anders: „Und meistens versteht sich dann so eine Mutter mit einer Kollegin, die selber gestillt hat, deutlich besser als mit einer jungen Schwester, die überhaupt gar kein, also nicht einmal selbst ein Kind hat, und vielleicht auch nicht mal sel- also Berufserfahrung aufweisen kann“ (Interview 331, Zeilen 2152-2155).

Berufliche Still Erfahrung wird laut der interviewten Pflegenden, außer in professionellen Weiterbildungen, wenig gesammelt:

„[...] da kommt man vielleicht auch zur Haltung zum Stillen. Das hat sich tatsächlich total verändert durch meine eigene Geburt und auch durch die Ausbildung zur IBCLC. Also ähm die Aspekte des Stillens, die Vorteile der Muttermilch, die Vorteile des Stillens für das Kind, für die Mutter ähm. Das hat sich so in vielerlei Hinsicht so dermaßen verändert, weil ich halt einfach die die Wichtigkeit erkannt habe durch die Ausbildung auch und durch die Intensität, mit der man sich mit dem Stillen beschäftigt.“ (Interview 009, Zeilen 3147-3152)

Die Fachlichkeit ist daher auch ein häufig genanntes Thema. Vorrangig berichten die Pflegenden der Neonatologie, dass jede*r Kolleg*in über ein gewisses Basiswissen verfügen sollte, da sie häufig von ähnlichen Erfahrungen, wie diese Pflegende, berichten:

„Ja, das ist schon manchmal schwierig den Erwartungen halt gerecht zu werden, (2) weil man dieses Hintergrundwissen zum Teil halt wirklich einfach nicht hat. Dieses 'Wie kann ich es jetzt, welche speziellen Griffe, welche speziellen Tipps habe ich jetzt einfach nochmal, die ich, wenn es wirklich nicht klappt, die ich aus dem petto holen kann?'. Die habe ich einfach nicht. So, das ist halt für mich dann schwierig, wenn erwartet wird 'Ja, aber ihr müsst das doch irgendwie hinkriegen, das Kind anzulegen und dies und das.'“ (Interview 104, Zeilen 275-281)

Sie äußern, dass es schwierig sei, diese Basis auf Grund der Größe und heterogenen Struktur des Teams herzustellen. Eine Pflegende kritisiert darüber hinaus die Informationsvermittlung:

„Das ist halt wichtig, dass man das vielleicht ähm nicht nur den Standard irgendwo hochzuladen und zu sagen 'Guckt euch das an. So soll das jetzt funktionieren.', sondern vielleicht in kleinen Gruppen sowas halt auch nochmal zu vermitteln. Durch gewisse Personen Stillberatung, dass solche Kurse oder solche kleinen Kurse oder Schulungen halt öfter angeboten werden.“ (Interview 104, Zeilen 243-247)

Der Erfolg interaktionaler Strategien hängt auch von den kommunikativen und kooperativen Kompetenzen der Mitglieder des Behandlungsteams ab. Sind diese gut ausgeprägt, gehen Pflegende bei Problemen „[...] in Gespräche mit Pflegekräften. Mit unseren Kollegen, wie die das sehen ähm vielleicht aber auch mi- zu einfach zu einem Arzt, dem man vertraut, mit wo man weiß, mit dem kann man reden. Und mit dem kann man vielleicht zusammen eine Lösung finden“ (Interview 115, Zeilen 1676-1679). Im umgekehrten Fall berichtet eine Pflegende: „Das kann halt auch echt Streit machen. Das ist leider manchmal wirklich so. Das ist ja nicht, es ist ja nicht mal Kritik, wenn du fragst 'Warum machst du das so und so?'. Weil ich kann daraus ja auch im Endeffekt vielleicht auch noch was lernen“ (Interview 104, Zeilen 433-436). Eine Stillberaterin

äußert folgenden Eindruck: „[...] ich glaube tatsächlich, dass wir als Stillberaterinnen dann auch die Schwestern nerven, die da einfach keinen Nerv darauf haben, das zu tun“ (Interview 009, Zeilen 3596-3597).

Insgesamt wird interdisziplinäres und stationsübergreifendes Arbeiten als wichtig erachtet und folgendermaßen eingeschätzt: „[...] die sehen es aus ihrem ähm Blickwinkel sozusagen und wir sehen es aus unserem Blickwinkel und ähm das muss man einfach auf einen Nenner bringen also“ (Interview 006, Zeilen 2795-2797).

Der Wunsch nach Vereinheitlichung zeigt sich auch anhand folgender Aussage:

„Und die Vereinheitlichung allgemein, dass wenn spezielle Fragen kommen, da halt einheitliche Antworten drauf kommen. Dass jeder mal noch einen anderen Griff hat oder so, das ist auch super, um sich zu ergänzen. Aber, dass die Grundprinzipien einfach vereinheitlicht sind [...].“ (Interview 104, Zeilen 604-607)

Eine Möglichkeit, diese Einheitlichkeit herzustellen und die berufsgruppen- sowie abteilungsübergreifende Kooperation und Kommunikation zu verbessern, sehen die Pflegenden in gemeinsamen Schulungen:

„Und vielleicht eben Fortbildungen oder Schulungen irgendwie, ähm die man dann gemeinsam auch hat. Also mit Schwestern aus ähm von der Entbindungsstation* und unseren ähm Schwestern und vielleicht auch ärztliche Kollegen oder so. Das könnte ich mir so vorstellen.“ (Interview 006, Zeilen 2769-2772)

4.2.5 Konsequenzen

Wenn die Pflegenden es schaffen, dem familien-individuellen Unterstützungsbedarf in seinen kontextbedingten Ausprägungen mit wirksamen Strategien, die durch intervenierende Bedingungen befördert wurden, zu begegnen, kann dies die elterlichen, insbesondere die mütterlichen, aber auch die pflegerischen Kompetenzen stärken. Die Pflegenden erleben, wie die Frauen sich durch die Versorgung ihrer Kinder zunehmend entspannen und wohlfühlen. Außerdem erfahren die Pflegenden Dankbarkeit für Gespräche und erlangen Sicherheit, wenn sie eine Lösung für eine komplexe Situation gefunden haben. Diese Sicherheit überträgt sich auf die Eltern:

„Aber es gibt für mich keinen Weg 'So muss es sein.', sondern es gibt immer Alternativen. Man muss sie halt nur kennen oder man muss wissen, wo man sie rausfindet. Wo man sie, wo e- stehen sie, wo kann ich es nachgucken, um mich sicherer zu fühlen und auch den Eltern Sicherheit zu geben [...].“ (Interview 104, Zeilen 127-130)

Welche Wirkung auch einfache Maßnahmen haben können, zeigt folgendes Beispiel:

„Die war so glücklich, weil das so gut funktioniert hat. ähm die hatte den CTG-Schlauch um während des Kuschelns, als es Zeit wurde zu pumpen, haben wir den hoch geruckelt und gepumpt. Bumms. Da ist nichts bei außer, dass man der Mutter natürlich die Pumpe geben

muss und die Pumpe wieder abbauen muss. Aber ansonsten ist da nichts bei.“ (Interview 009, Zeilen 3588-3592)

Wie groß die Herausforderung, das Stillen eines Frühgeborenen zu meistern, tatsächlich ist, zeigt sich an folgenden beiden Aussagen: „[...] sie kann ja auch hinterher ganz stolz sein, wenn sie genau diese Situation geschafft hat und da über sich hinaus gewachsen ist und damit das Ziel vielleicht viel eher erreicht werden kann“ (Interview 010, Zeilen 943-945).

„Oder geschweige denn, die kriegen es jetzt endlich einmal hin, koordiniert und gleichmäßig zu saugen an der Brust. Und man sieht, wie die Mutter sich freut, wie der Vater sich freut, wie alle im Kreis weinen einfach. Das ist, sage ich einmal so, schon auch ein sehr großer Erfolg.“ (Interview 331, Zeilen 2010-2013)

Der stillfördernde Effekt des Bondings wurde bereits in den Strategien erwähnt. Die Pflegenden berichten darüber hinaus auch vom entwicklungsfördernden und bindungsfördernden Effekt des Stillens:

„Ja, ich finde halt, so gerade sich, da über sich hinauszuwachsen und das Kind immer wieder bei sich zu haben und eben sich nicht dieser Situation entziehen zu können, in dem ich jemand anderen die Flasche in die Hand drücke und sage 'Hier füttere du mal.'. Das macht am Ende eben auch einfach diese Bindung aus. Ich musste mich einfach durch bestimmte Situationen mit diesem Kind zusammen durchquälen und ähm das aushalten und konnte es eben nicht weggeben. Und ich glaube, davon profitieren am Ende doch beide.“ (Interview 010, Zeilen 1258-1264)

Der Erfahrung der Pflegenden nach können Stillhilfsmittel das Stillen gemütlicher machen und bedarfsgerechte Unterstützung die Mütter zum Stillen motivieren. Diese Motivation spiegelt sich auch in der Haltung der Pflegenden wider:

„Also es gibt viel so insgesamt so, was das ähm Stillen in der Neonatologie anbetrifft, habe ich mir noch so überlegt eben, dass es einfach schön wäre nach Möglichkeit eben alle Kinder ähm, wo unsere Mütter es auch möchten, vollgestillt zu entlassen. Das wäre einfach so so ein Traumziel, sage ich einmal, was natürlich total toll wäre.“ (Interview 006, Zeilen 3005-3009)

Was passieren kann, wenn in der Beratung auf die Wichtigkeit von Muttermilch insistiert wird und die Grenzen der Mütter nicht respektiert werden, weiß folgende Pflegende zu berichten:

„Wir begleiten die Frauen in ihrem Prozess eines Stillbeginns und einer möglichen Stillbeziehung mit ihrem Kind. Und ähm natürlich fühlen viele Frauen sich unter Druck gesetzt. Das ist wahrscheinlich damit gemeint, wenn sie sa- wenn man sagt 'Man zwingt die.'. ähm, weil man die Vorteile des Stillens aufzeigt und weil man natürlich auch sehr da, also weil wir natürlich auch sehr da hinterher sind.“ (Interview 009, Zeilen 3872-3876)

Besonders durch verbale Äußerungen seitens der Pflegenden und Ärzt*innen, aber auch seitens der Angehörigen, fühlen Mütter sich unter Druck gesetzt: „Einige Frauen haben ja auch ganz schnell das Gefühl, wenn sie das nicht schaffen, dass sie ähm sich schlecht oder als Versagerin fühlen. Das nicht geschafft zu haben“, berichtet eine Pflegende (Interview 010, Zeilen 1226-1228). Eine andere schildert:

„Das ist schon einmal so ein richtig großer Stolperstein in der Stillbeziehung von Mutter und Kind. Auch quasi auch meinerseits auch in der Unterstützung, die ich dann der Mutter eigentlich geben möchte, aber die dann erschwert ist, weil die Mutter einfach durch ihre eigene Mutter so blockiert ist, dass sie einfach überhaupt gar kein Vertrauen mehr hat in ihre eigenen Stillfähigkeiten.“ (Interview 331, Zeilen 2019-2023)

Die mangelnde Einheitlichkeit in der Beratung trägt zur Schwächung der elterlichen Kompetenzen bei: „Wenn fünf Leute sechs Sachen sagen, [...] ich würde sagen, das stiftet auf jeden Fall echt viel Verwirrung und Unsicherheiten löst das natürlich noch mehr aus, wenn jeder was anderes sagt“ (Interview 104, Zeilen 367-374).

In letzter Konsequenz kann dies dazu führen, dass die Mütter ihren Stillwunsch zurückstellen: „[...] wir hatten das jetzt schon öfters, dass es mehrere Mütter gab, die gesagt haben, sie möchten auf das Stillen nicht mehr angesprochen werden. Und das finde ich in dem Moment einfach traurig“ (Interview 331, Zeilen 2470-2473).

5 Diskussion

Die nachfolgende Diskussion ordnet die Erkenntnisse dieser Arbeit in den Kontext des in Kapitel 2 dargestellten theoretischen Hintergrundes ein. Neben mit der aktuellen Fachliteratur übereinstimmenden Ergebnissen konnten auch einige neue Aspekte hinzugewonnen werden, die im Hinblick auf ihre Relevanz für die weitere Pflegeforschung und Pflegepraxis erörtert werden sollen.

Als zentrales Phänomen der Stillunterstützung in der Neonatologie beschreiben die Teilnehmerinnen dieser Untersuchung den familien-individuellen Unterstützungsbedarf. Er resultiert ihrer Erfahrung nach aus der Unmöglichkeit, sich auf das Stillen eines kranken oder zu früh geborenen Kindes vorzubereiten. Bernaix et al. (2006: 97) interviewten Eltern von Frühgeborenen hinsichtlich ihrer Erfahrungen in der Neonatologie. Diese gaben an, dass sie die Erwartungen an das Stillen ihres Kindes drastisch ändern mussten, nachdem die neonatologische Behandlung notwendig geworden war. Bernaix et al. (2006: 100) schließen daraus, dass jegliche vorgeburtliche Stillberatung oder -anleitung die Eltern nicht darauf hätte vorbereiten

können, die Laktation für ein frühgeborenes Kind zu initiieren und aufrecht zu erhalten. Erschwerend wird in der vorliegenden Untersuchung genannt, dass es herausfordernd ist, eine Stillbeziehung zu einem solchen Kind aufzubauen. Diese Ergebnisse werden ebenfalls durch die Literatur bestätigt. Yang et al. (2019: 4) beschreiben die vielfältigen herausfordernden Erfahrungen, die Mütter von Frühgeborenen gemacht haben. Nur wenige navigieren auf ihrer Stillreise entspannt (vgl. Palmér / Ericson 2019: 3 f.). Cricco-Lizza (2016: 6 f.) fand außerdem durch Interviews mit Pflegenden der Neonatologie heraus, dass die Stillunterstützung für Pflegende mit einem hohen Aufwand und viel persönlichem Einsatz verbunden ist. Auch die Pflegenden in ihrer Untersuchung haben die Erfahrung gemacht, dass es für Mütter Frühgeborener schwieriger ist, eine Stillbeziehung aufzubauen (Cricco-Lizza 2016: 93 f.).

Der vorliegenden Untersuchung folgend wird der Grad der Herausforderung und damit die Höhe des Unterstützungsbedarfs besonders durch den Kontext der familiären Gesamtsituation beeinflusst. Hierunter können die Zusammensetzung der Kernfamilie und das familiäre Umfeld gefasst werden. Beides wird durch die Frühgeburt und die neonatologische Behandlung beeinflusst. Ein weiterer Faktor ist das zu frühgeborene oder kranke Kind, das neu in die Familie kommt. Diese Kontextfaktoren sind bereits in der Literatur zu finden (vgl. Yang et al. 2019: 4; Söhngen / Schnepf 2019: 211). Die Ergebnisse aus der aktuellen Fachliteratur sowie dieser Arbeit erscheinen kongruent, wodurch das Schlüsselphänomen und sein Kontext unterstützt werden. Die Diskrepanz aus familiärem Unterstützungsbedarf und von den Müttern angezeigtem Unterstützungsmangel lässt sich nicht mit der mangelnden Wahrnehmung dessen durch die Pflegenden erklären.

Die interaktionalen Strategien, die Pflegende anwenden, um die Familien nach ihrem individuellen Bedarf zu unterstützen, sind untrennbar mit den intervenierenden Bedingungen verknüpft. Jede Strategie ist abhängig von der*dem Pflegenden, die*die sie anwendet. Ebenso ist es von der Pflegeperson abhängig, ob sie eine Strategie anwendet oder dies unterlässt und damit möglicherweise eine negative Konsequenz hervorruft. Die meistgenannte Strategie, um einer Familie in ihrem individuellen Unterstützungsbedarf gerecht zu werden, bestand in dieser Untersuchung in der Ermittlung des Bedarfes und der Anpassung von Beratungs- und Anleitungsinhalten sowie Materialien und Leitlinien an diesen Bedarf. Dem Joanna Briggs Institute (2012: 134) zufolge nehmen Mütter eine Beratung, die an ihre Bedürfnisse angepasst ist, eher

als nützlich und erfolgreich wahr. Dies gilt insbesondere, wenn sie das Gefühl haben, dass die*der Pflegende authentisch und für sie ansprechbar ist. Hierin findet sich eine weitere Überschneidung mit der vorliegenden Forschung, dernach die Pflegenden eine offene und ehrliche Kommunikationshaltung als Strategie einsetzen, um Vertrauen und Sicherheit aufzubauen. Intervenierend wirkt sich hierbei der persönliche Anspruch der*des Pflegenden an das Nähe-Distanz-Verhältnis zu der betreffenden Familie aus. Eine Wechselwirkung der Kommunikationshaltung könnte sich mit dem Zugang zur Familie und damit auch zum Verhältnis zwischen der*dem Pflegenden und der Familie ergeben. Ein Mangel an kommunikativer Kompetenz könnte also ein günstiges Verhältnis zwischen der*dem Pflegenden und der Familie verhindern und somit der individuellen Unterstützung die Grundlage entziehen.

In der Literatur findet sich außerdem die Forderung der Mütter nach emotionaler Unterstützung (Ericson / Palmér 2018: 4; Ikonen et al. 2015: 404), wie sie auch die neonatologisch Pflegenden der vorliegenden Untersuchung beschreiben. Laut Ikonen et al. (2015: 404 f.) brauchen Mütter ausdauernde emotionale Unterstützung sowie Pflegende, die Hoffnung ausstrahlen, um den Mut nicht zu verlieren und ihre Mutterrolle anzunehmen. Das Bewusstsein für die Bedeutung der emotionalen Unterstützung muss in der Pflegepraxis weiter geschärft werden. Die Pflegenden der vorliegenden Untersuchung berichten zwar, dass sie emotionale Unterstützung leisten und betonen die Wichtigkeit alle Emotionen zuzulassen, sie räumen aber ein, dass sie Gefühlen oftmals nicht genug Raum und Zeit lassen können. Die Unterstützung durch die Psychologin der Station schätzen sie sehr. Daneben halten die Befragten dieser Forschungsarbeit eine optimistische Grundhaltung und Perspektiven für bedeutsam in der Arbeit mit den Familien. Die positiven Konsequenzen in Form von Zufriedenheit, Stolz, Vertrauen und Dankbarkeit, die in der Fachliteratur angeführt werden (vgl. Palmér / Ericson 2019: 3 f.), haben auch die Pflegenden der vorliegenden Untersuchung erfahren dürfen. Bestimmte negative Auswirkungen, wie etwa, dass Frauen ihren Stillstart bereuen oder sich auf ihre Fähigkeit, Muttermilch zu produzieren, reduziert fühlen (vgl. Bower et al. 2017: 190, Palmér / Ericson 2019: 5), blieben jedoch ungenannt. Vor dem Hintergrund, dass einige Mütter einen Zwang zum Stillen spüren (vgl. Mörelius et al. 2020: 2424; Ikonen et al. 2015: 402) und die Pflegenden dieser Arbeit sich des Drucks, den sie mit ihrer Beratung zur Bedeutung der Muttermilchernährung für Frühgeborene möglicherweise auf die Mütter ausüben,

bewusst sind, wäre es möglich, dass Mütter ihre negativen Gefühle hinsichtlich des Stillens nicht in Gesprächen mit Pflegenden äußern. Diese könnten durch die ohnehin vorhandenen Schuldgefühle in Verbindung mit der Frühgeburt, die viele Mütter beschreiben (vgl. Ikonen et al. 2015: 398), und dem Versagensgefühl, wenn die Laktation nicht gelingt (vgl. Palmquist et al. 2019: 4), ein Tabuthema zwischen Müttern und Pflegenden der Neonatologie sein. Doch auch Pflegende fühlen sich mit der Stillunterstützung nicht immer wohl. Täglich stellt diese sie vor vielfältige praktische und emotionale Herausforderungen (vgl. Cricco-Lizza 2016: 94). Dies könnte eine weitere Erklärung dafür sein, weshalb Pflegende die Emotionen in Zusammenhang mit der Muttermilchgewinnung und dem Stillen seltener mit den Frauen besprechen.

Während die bisher diskutierten Strategien - die Orientierung am Bedarf der Familie und die emotionale Unterstützung – mit der Still- und Laktationsberatung verknüpft und aber auch auf andere Versorgungsbereiche anwendbar sind, bilden die berufliche Ausbildung, der Grad an Berufserfahrung sowie die persönliche Stillererfahrung die Grundlage, um aktiv Stillunterstützung zu leisten. Abbildung 4 stellt die Zusammenhänge schematisch dar.



Abbildung 4 Einflüsse auf die Durchführung von Stillunterstützung (eigene Darstellung)

Welches Rollenverständnis Pflegende in ihrer Ausbildung und in den ersten Jahren ihrer beruflichen Tätigkeit erlangen, beeinflusst nachhaltig ihr Verantwortungsgefühl nicht nur den Kindern, sondern auch den Müttern gegenüber. Auch die Prioritätensetzung in der täglichen Arbeit steht damit in Zusammenhang. Die Pflegenden der vorliegenden Untersuchung beschreiben diesen Rollenkonflikt ausführlicher. Sie berichten von einem Paradigmenwechsel, von der Versorgung des Kindes hin zur familienzentrierten Betreuung. Hier zeigt sich erneut der große, intervenierende Einfluss der einzelnen Pflegeperson auf die interaktionale Strategie. Die Einzelzimmer und das Rooming-In wirken sich positiv auf die Bindung und die Stillbeziehung aus, da Familien seltener getrennt sind, weniger Unruhe der Intensivstation mitbekommen und mehr Privatsphäre haben (vgl. Fernández Medina 2019: 355). Gleichzeitig sind die Einzelzimmer und die permanente Anwesenheit der Eltern herausfordernd für Pflegende. Durch die räumliche Trennung von anderen Patient*innen und damit auch von deren versorgenden Pflegenden, haben sie es schwerer, in der täglichen Arbeit voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu unterstützen. Außerdem muss sich ihr Rollenverständnis von der Versorgung der Kinder zur Versorgung der Familie erweitern. Im Informantinnengespräch zum Setting der vorliegenden Untersuchung sowie in den Interviews wurde zwar von den Umstellungen durch den Umzug der Station und die Fokussierung auf die familienzentrierte und entwicklungsfördernde Betreuung berichtet, wie die Pflegenden auf diese Veränderungen vorbereitet wurden, wurde allerdings nicht thematisiert. Die von Blatz et al. (2020: 315 f.) kritisierte Diskrepanz zwischen dem Anspruch der familienzentrierten Betreuung sowie der Muttermilchernährung von Frühgeborenen und der tatsächlichen Umsetzung wird auch in dieser Untersuchung evident. In ihrer Pilotstudie konnten sie zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung steigt, wenn in einer Fortbildungsmaßnahme auch die subjektiven Normen und die Haltung der Teilnehmenden adressiert werden, da diese den Willen, Stillunterstützung zu leisten, beeinflussen (vgl. Blatz et al. 2020: 316-319).

Ein Faktor, der die Haltung ebenfalls beeinflusst und in der vorliegenden Untersuchung wiederholt genannt wurde, ist die persönliche Still Erfahrung. Die Mehrheit der interviewten Pflegenden gab an, selbst gestillt und dadurch eine andere Sichtweise auf das Stillen erlangt zu haben. Unabhängig davon, ob die persönlichen Erfahrungen positiv oder negativ waren, trugen sie zur Motivation, Stillunterstützung zu leisten, bei.

Hierin zeigt sich ein Unterschied zur Literatur, in der sich positive eigene Stillerfahrungen der Pflegenden positiv auf ihr Engagement in der Stillunterstützung auswirkten und negative persönliche Stillerfahrungen Unbehagen in den Pflegenden auslösten, wenn sie Stillunterstützung leisten sollten (vgl. Cricco-Lizza 2009a: 240; Williams et al. 2013: 12). Persönliche Stillerfahrung scheint die Pflegenden in einem anderen Maß emotional betroffen und involviert zu machen. Cricco-Lizza (2009a: 240) sieht darin einen Hinweis darauf, dass Pflegende Schwierigkeiten haben könnten, ihre eigenen Erfahrungen von der Situation der Mütter in der Neonatologie zu trennen. Auch wenn dies durch die vorliegende Untersuchung nicht bestätigt wird, sollten die persönlichen Erfahrungen der Pflegenden von ihnen reflektiert werden. Die Reflexion könnte auch zu einer Erhöhung des Verantwortungsgefühls seitens der Pflegenden beitragen, sodass sie sich des großen Einflusses, den sie auf die Mütter haben, bewusster werden. Mit ihrer Aufklärung und Anleitung, ihrer Haltung sowie ihrer verbalen und non-verbalen Kommunikation befördern oder verhindern sie, dass Mütter von Frühgeborenen ihre Stillziele erreichen (vgl. Lucas et al. 2014: 251; Palmquist et al. 2019: 5; Shattnawi 2017: 394). Die Pflegenden der Neonatologie, die an der vorliegenden Untersuchung teilgenommen haben, haben diese Zusammenhänge nicht benannt. Allerdings sprachen sie detailliert über die angeführten Aspekte, sodass hier ein tieferes Verständnis für ihren Einfluss auf die Mütter zu vermuten ist. Doch auch sie berichtete, dass der Muttermilchernährung und dem Stillen innerhalb des gesamten Behandlungsteams eine zu geringe Priorität beigemessen wird und ihre Kolleg*innen sich für die Förderung der Stillbeziehung häufig nicht verantwortlich fühlen. Verschiedene Untersuchungen konnten zeigen, dass neonatologisch Pflegende dem Stillen eine geringe Priorität innerhalb ihres Aufgabenspektrums und damit weniger Zeit beimessen, wenngleich sie angaben, dass Muttermilch das Beste für ein Kind sei (vgl. Shattnawi 2017: 393; Cricco-Lizza 2009b: 360). Die geringe Prioritätenbeimessung geht mit der Zurückweisung von Verantwortung für die Beratung und Anleitung der Mütter einher. Die Pflegenden der Neonatologie sind sich des Unterstützungsbedarfes zwar bewusst, sehen es jedoch nicht als ihre Aufgabe an oder zeigen wenig Sicherheit und Zutrauen in ihre Fähigkeiten, die Mütter adäquat beraten und anleiten zu können. In der Folge unterlassen sie es. Als Begründung geben sie häufig ihren Erfahrungsmangel an (vgl. Shattnawi 2017: 394). Auch in der vorliegenden Untersuchung haben die Interviewten ihre Fachkenntnisse im Sinne

intervenierender Bedingungen thematisiert und primär auf ihren Ausbildungshintergrund sowie ihre berufliche und persönliche Stillererfahrung zurückgeföhrt. Wie im theoretischen Hintergrund dargestellt, mangelt es nicht nur in der pflegerischen, sondern auch in der ärztlichen Ausbildung an Stillthemen (vgl. IBFAN 2018: 25 f.). Darüber hinaus geht das tradierte Rollenverständnis mit einer Fokussierung der kindlichen Versorgung anstelle der familienzentrierten Betreuung einher, sodass häufig auch langjährige Berufserfahrung in der neonatologischen Kinderkrankenpflege nicht gleichbedeutend mit Erfahrung in der Still- und Laktationsberatung ist. Dieses Rollenverständnis befindet sich aktuell im Wandel.

Fortbildungen, die die unterschiedlichen Erfahrungshintergründe und Kenntnisstände der Pflegenden berücksichtigen, gelten als wirksame Maßnahme zur Stillförderung (vgl. Ward / Byrne 2011: 387 f.; Williams et al. 2013: 12-14; Watkins et al. 2017: 729-731). Nach entsprechender Fortbildung verfügen Pflegende nachweislich über mehr evidenzbasiertes Wissen und haben eine positivere Haltung dem Stillen gegenüber. Daraus resultiert, dass sie eher bereit sind, sich den Schwierigkeiten der Stillunterstützung zu stellen, und dementsprechend häufiger und bessere Stillunterstützung leisten. Sie gewinnen Selbstvertrauen und unterstützen sich auch innerhalb ihres Teams eher, wodurch sie Wertschätzung von Kolleg*innen erfahren (vgl. Cricco-Lizza 2016: 95 f.; Ward / Byrne 2011: 387 f., Spatz et al. 2015: 415; Froh et al. 2015: 421-423). Neonatologisch Pflegende, die keine zusätzliche Fortbildung in der Still- und Laktationsberatung erhalten haben, fühlen sich eher unwohl und inkompetent in der Unterstützung der Mütter. Sie verpassten häufiger Möglichkeiten für Beratung und kommunizierten in Schichtübergaben weniger zur Stillsituation der Familien (vgl. Cricco-Lizza 2016: 96).

Abbildung 5 zeigt schematisch, wie Fortbildungen sich ergänzend zur Ausbildung sowie zur persönlichen und beruflichen Stillererfahrung auf die Einflussfaktoren für die Stillunterstützung auswirken können. Ob Fortbildungen die Praxis und damit die Versorgung der Familien verändern, wird am meisten durch die leitenden Personen beeinflusst. Ihre Unterstützung sowie die Fortbildung einer großen Mehrheit des interdisziplinären Behandlungsteams sind notwendig, damit Fortbildungen die alltägliche Praxis nachhaltig verbessern können (vgl. Ward / Byrne 2011: 389).

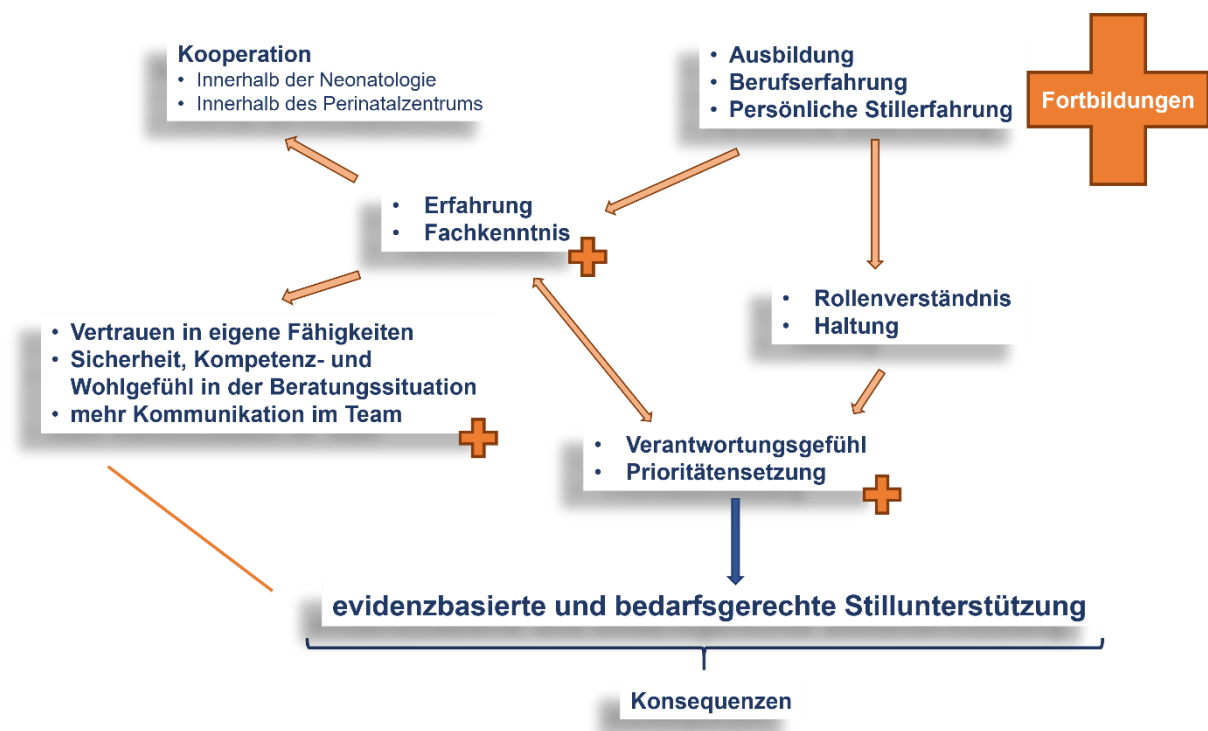


Abbildung 5 positiver Einfluss von Fortbildungen auf die Stillunterstützung durch Pflegende der Neonatologie (eigene Darstellung)

Ein Aspekt, der in der aktuellen Literatur seltener thematisiert wird, ist die berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Kooperation. Cricco-Lizza (2011: 402) beschreibt zwar, dass für Pflegende der Neonatologie Teamwork wichtig ist, sie sich auf die Unterstützung der Kolleg*innen verlassen, um Unsicherheiten zu begegnen, sowie Arbeitsbeziehungen unterstützend und produktiv finden. Jedoch beziehen sich die Aussagen der von ihr interviewten Pflegenden überwiegend auf Notfallsituationen und nicht auf die Stillunterstützung. Die Autorin erklärt dies mit den unterschiedlichen Wissensständen der Pflegenden in der Still- und Laktationsberatung, wodurch eine adäquate Unterstützung durch Kolleg*innen nicht immer möglich ist (vgl. Cricco-Lizza 2011: 405). Im Vergleich dazu zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass die Kooperation auch in der Stillberatung von großem Wert für die Pflegenden ist. In unterschiedlichen Kontexten äußerten sie, wie gerne sie auf die gewinnbringende Unterstützung durch pflegerische und ärztliche Kolleg*innen zurückgreifen und dass sie sich mehr interprofessionellen Austausch wünschen würden. Es fällt auf, dass die Pflegenden auch in diesem Punkt die Auswirkungen auf die Familien hervorheben. Ihrer Ansicht nach würde sich durch eine verbesserte Kommunikation und Kooperation auch die Versorgung der Familien verbessern. Sie

thematisieren die oftmals von der pflegerischen Einschätzung abweichende Sichtweise der Ärzt*innen und wünschen sich diesbezüglich eine größere Einheitlichkeit innerhalb des multiprofessionellen Behandlungsteams. Cricco-Lizza (2009: 360 f.) konnte ebenfalls beobachten, dass sowohl Ärzt*innen als auch Logopäd*innen seltener über das Stillen sprechen und eher die Flaschenfütterung oder den Einsatz künstlicher Sauger thematisieren. Gleichzeitig wird ein multiprofessioneller Ansatz zur Stillförderung als vorteilhaft beschrieben (vgl. Bixby et al. 2016: 78).

Auch die stationsübergreifende Zusammenarbeit zwischen der geburtshilflichen und der neonatologischen Abteilung wird von den neonatologisch Pflegenden als unzureichend und mit großem negativem Einfluss auf die Stillunterstützung beschrieben. Ein Hinweis auf die Bedeutung dieser Zusammenarbeit findet sich in der Literatur. Lee et al. (2013: 178) beschreiben die abteilungsübergreifende Kooperation und Kommunikation als entscheidend insbesondere für die Initiierung der Laktation. Eine Möglichkeit, sie zu verbessern, sehen die Interviewten der vorliegenden Untersuchung in gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen. Hierzu bedarf es allerdings der Bereitschaft aller Bereiche sowie ein entsprechendes Angebot. Für Deutschland konnte kein evaluiertes Fortbildungsprogramm zur Still- und Laktationsberatung identifiziert werden, welches alle involvierten Berufsgruppen und Abteilungen eines Perinatalzentrums in gleichem Maße beteiligt (vgl. Tönnies / Petersen-Ewert 2020: 160). Allerdings bieten private Weiterbildungszentren individualisierte Angebote an. Inwieweit dieser Mangel an Fortbildungsangeboten den bereits im theoretischen Hintergrund (vgl. Kapitel 2.8) beschriebenen Mangel an Stillthemen in der pflegerischen und ärztlichen Ausbildung ausgleicht, kann bezweifelt werden, zumal diese Fortbildungen nicht refinanziert werden (vgl. IBFAN 2018: 14 f.). Dennoch können multidisziplinär durchgeführte Stillfortbildungen als eine bedeutsame Maßnahme zur Stillförderung und damit zur Optimierung der Versorgung von Familien in der Neonatologie betrachtet werden. Sie sollten sowohl inhaltlich als auch methodisch an die neonatologischen Teams und die klinikspezifischen Strukturen angepasst werden (vgl. Vizzari et al. 2020: 1758; Blatz et al. 2020: 320).

Abschließend lässt sich sagen, dass die Durchführung bedarfsgerechter und evidenzbasierter Still- und Laktationsberatung in der Neonatologie aufgrund multipler Einflussfaktoren und Anforderungen ein komplexes Themenfeld ist. Alle von den

Interviewten getroffenen Aussagen beschreiben nur einen Teil ihrer Realität, die sich jederzeit verändern kann. Nach Lamnek (2010: 22) können sich sowohl der Forschungsgegenstand als auch die Forschung selbst verändern. Im Abgleich mit der wissenschaftlichen Fachliteratur hat sich gezeigt, dass viele Herausforderungen in der Stillunterstützung von Müttern, deren Kinder in der Neonatologie behandelt werden, sowie die Anforderungen an das betreuenden Pflegenden bereits bekannt sind. Trotz der geringen Anzahl an Teilnehmenden dieser Untersuchung, konnte eine Vielzahl an verschiedenen Aspekten bezüglich der Stillberatung in der Neonatologie ermittelt werden. Die Techniken der Grounded Theory haben aus Sicht der Autorin maßgeblich zu diesem umfassenden Ergebnis beigetragen. In Bezug auf die Gruppe der Teilnehmenden dieser Untersuchung und damit indirekt auch in Bezug auf den Behandlungskontext, in dem sie tätig sind, lässt sich festhalten, dass in den vielfach direkt und indirekt geäußerten Einflüssen durch (pflege-)personenbezogene Faktoren das größte Potenzial liegt, die Versorgung der Familien zu verbessern. Diese Veränderungen gehen von den Beteiligten aus.

6 Limitationen

Die vorliegende Forschungsarbeit wurde in den Jahren 2020 und 2021 angefertigt. Zu dieser Zeit befand und befindet sich die Welt in einer pandemischen Lage. Nachdem am 31.12.2019 aus Wuhan, China, die ersten Fälle von Lungenentzündungen gemeldet und am 07.01.2020 als Ursache dafür ein neuartiges Coronavirus gefunden wurde, verbreitete sich dieses Virus innerhalb weniger Wochen auf der ganzen Welt (vgl. WHO 2021). In Deutschland wurde das Virus das erste Mal am 27.01.2020 nachgewiesen (vgl. Tagesschau 28.01.2020). In der Folge stieg die Anzahl der betroffenen Länder und Infizierten rasant, sodass die WHO den Ausbruch am 11.03.2020 als Pandemie bezeichnete. Europa war mit mehr als 40% der gemeldeten Fälle bereits Mittelpunkt des Geschehens (vgl. WHO 2021). Um die Ausbreitung einzudämmen und die Bevölkerung zu schützen, wurden umfassende Maßnahmen seitens der Regierung beschlossen und umgesetzt, die immer wieder an die aktuelle Lage angepasst wurden. Die pandemische Lage und die damit einhergehenden Maßnahmen haben besonders die Datenerhebung dieser Arbeit beeinflusst. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Workshops im August und September 2020 galten in Hamburg ein Abstandsgebot und Kontaktbeschränkungen (vgl. Hamburgische SARS-

CoV-2-Eindämmungsverordnung – HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO i. d. F. v. 30. Juni 2020). Der Verordnung entsprechend wurden die Workshops mit maximal zehn Personen durchgeführt und zusätzlich auf einen Mindestabstand von 1,5 Metern zwischen den Teilnehmerinnen geachtet (vgl. §3 Absatz 2 Satz 4 HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO i. d. F. v. 30. Juni 2020). Bei jeglichen Krankheitszeichen oder möglichem Kontakt zu Coronavirusinfizierten wurde kurzfristig von einer Teilnahme abgesehen. Auf Grund der veränderten Lage zum Ende des Jahres 2020 wurde auch die Eindämmungsverordnung angepasst. Zusammenkünfte von bis zu fünf Personen aus zwei Haushalten waren zwar weiterhin erlaubt (vgl. §1 Absatz 2 Dreiundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung i. d. F. v. 27. November 2020) im Sinne des Infektionsschutzes wurde hiervon allerdings weitestgehend abgesehen. Nach Angebot durch die Forscherin zogen es fünf von sechs Teilnehmerinnen vor, das Interview telefonisch durchzuführen, welchem seitens der Forscherin nachgekommen wurde. In der Überlegung stand weiters, die Interviews in Videotelefonaten durchzuführen. Die Erfahrungen aus der Teilnahme an online Fortbildungen und privaten Videotelefonaten zeigte allerdings, dass die Internetverbindung am Standort der Forscherin von wechselhafter Stabilität ist, sodass mit vermehrten Verbindungsabbrüchen zu rechnen war. Stabilitätserhöhend wirkt sich in diesem Fall in der Regel die Deaktivierung der Videofunktion aus, wodurch im Grunde wieder ein Telefonat geführt wird. Um diese Unwägbarkeiten zu umgehen, wurden die Interviews direkt telefonisch durchgeführt. Lamnek (2010: 315) kritisiert zurecht, dass bei Telefoninterviews das wichtige persönliche, interpersonale Element qualitativer Interviews fehlt und dadurch Zusammenhänge, die nicht rein sprachlich erschlossen werden können, möglicherweise nicht entdeckt werden. Im Fall dieser Arbeit besteht allerdings ein vertrautes, kollegiales Verhältnis zwischen der Forscherin und den Interviewteilnehmerinnen, welches der möglichen Anonymität und Oberflächlichkeit eines Telefoninterviews entgegen gewirkt haben sollte. Alternativ wurde erwogen, die Interviews im Freien durchzuführen, was auf Grund der mannigfachen Hintergrundgeräusche ein großes Störpotenzial für die Tonaufnahme bedeutet hätte. Nebengeräusche sind auch im Sinne einer erleichterten Transkription zu vermeiden (vgl. Fuß / Karbach 2019: 88-90).

In Bezug auf das kollegiale Verhältnis besteht die Gefahr, dass diese aufgrund zu großer Nähe zur Forscherin eher sozial erwünschte Antworten gegeben haben könnten oder ihre Antworten nicht ausführlich genug erläutert haben könnten, in der Annahme, dass die Forscherin weiß, was mit ihrer Aussage gemeint ist (vgl. Kruse 2014: 305 f.). Außerdem könnte das kollegiale Verhältnis der Forscherin zu den Teilnehmenden die Verweigerung der Teilnahme erschwert haben (vgl. Holloway / Wheeler 1997: 52). Bei einer Verweigerung könnten Nachteile für das Teamgefüge oder den persönlichen Umgang im Dienst befürchtet worden sein. Gleichzeitig fällt auf, dass die Interviewteilnehmerinnen dem Stillen gegenüber sehr positiv eingestellt waren. Hier könnte ein Selektionsbias vorliegen, sodass nur Pflegende zur Teilnahme eingewilligt haben, die sich dem Thema verbunden fühlen. Außerdem zeigen die vielen persönlichen Stillerfahrungen, von denen die Pflegenden berichtet haben, wie emotional das Stillthema auch für sie ist, sodass auch hier von einer gewissen Vulnerabilität der Pflegenden ausgegangen werden muss, die in der Studienplanung unterschätzt wurde. Trotz der augenscheinlichen Offenheit der Teilnehmerinnen könnten aufgrund der emotionalen Involvierung also auch Aspekte nicht genannt worden sein.

Auch die Forscherin kann zur Verzerrung der Ergebnisse geführt haben (vgl. Holloway / Wheeler 1997: 8). Durch ihre Nähe zum Thema sowie ihre eigenen Erfahrungen und Erlebnisse in der Still- und Laktationsberatung kann ihre Offenheit neuen Erkenntnissen gegenüber eingeschränkt gewesen sein (vgl. Holloway / Wheeler 1997: 71). Weiterhin kann die Unerfahrenheit der Forscherin die Ergebnisse beeinflusst haben. Dies betrifft einerseits die Moderation der Workshops (vgl. Lipp / Will 2008: 18) und die Interviewführung (vgl. Kruse 2014: 217) sowie andererseits die Handhabung der Techniken der Grounded Theory und die Leitfadententwicklung, da dabei der Leitfaden auch durch das Vorverständnis der Forscherin geprägt wird (vgl. Kruse 2014: 230). Da sie allein geforscht hat und keiner Forschungsgruppe angehörte, musste sie ihre Rollenkonflikte selbst reflektieren. Weiterhin konnten die Methoden und die Ergebnisse nicht durch eine Forschungsgruppe validiert werden (vgl. Berg / Milmeister 2011: 304).

Zur Grounded Theory kann limitierend angeführt werden, dass sie kaum generalisierbar und wiederholbar ist (vgl. Holloway / Wheeler 1997: 132). Dies trifft in besonderem Maße auf die vorliegende Forschungsarbeit zu, da sie als

Qualifikationsarbeit angefertigt wurde und auf Grund begrenzter Ressourcen nicht die gegenstandsverankerte Theorie nach theoretischer Sättigung der Daten zum Ziel hatte. Die Anzahl der Teilnehmerinnen war daher begrenzt, sodass entstandenen Fragen nicht mehr in einem weiteren Interview nachgegangen werden konnte. Im Hinblick auf die Fragestellung hätte die allgemeinere Frage nach Stillförderung in der Neonatologie einen größeren Bezugsrahmen geboten, sodass auch mehr Berufsgruppen und Fachdisziplinen berücksichtigt worden wären. Die Reduktion auf die Pflegenden ist dem Umfang einer Qualifikationsarbeit geschuldet, auf Grund dessen sich auf die Hauptansprechpartner*innen für die Mütter fokussiert wurde (vgl. Truschkat et al. 2011: 370 f.). Durch den monozentrischen Ansatz und die in Deutschland noch neuartige Versorgungsform der familienzentrierten Neonatologie mit Rooming-In-Einzelzimmern wird die Übertragbarkeit auf andere Kliniken weiter eingeschränkt. Hier bietet sich allerdings die Chance, dass Kliniken, die ihre Versorgung in diese Richtung weiterentwickeln möchten, hilfreiche Erkenntnisse aus dieser Untersuchung ziehen.

7 Schlussfolgerungen

Auf Basis der vorliegenden Untersuchung lassen sich für die Pflegepraxis drei Kernaspekte identifizieren, durch deren Optimierung die Versorgung frühgeborener Familien hinsichtlich des Aufbaus einer zufriedenstellenden Stillbeziehung verbessert werden könnte. Sie sind als Elemente der personenbezogenen Faktoren intervenierende Bedingungen im Hinblick auf das zentrale Phänomen des familienindividuellen Unterstützungsbedarfs. Als solche hängen sie nicht nur mit der expliziten Stillunterstützung und deren Inhalten zusammen, sondern es zeigt sich, dass auch der Kontext, in dem diese Unterstützung stattfindet, von entscheidender Bedeutung ist.

Als erster Aspekt ist der Paradigmenwechsel von der kindzentrierten Versorgung zur Familienzentrierung und -orientierung zu nennen. Er kann und muss mit einer Veränderung des Rollenverständnisses der Pflegenden, aber auch aller anderen Berufsgruppen, die mit Familien arbeiten, einhergehen. Diese Entwicklung könnte durch wiederholte Thematisierung und aktive Beteiligung der Behandlungsteams befördert werden. Die Teams können gleichsam Moderatoren oder Barrieren des Veränderungsprozesses sein.

Zweitens muss die Stillförderung sowie die Still- und Laktationsberatung stärker in die Ausbildung zukünftiger Gesundheitsfachpersonen integriert werden. Stillförderung muss sowohl in der Theorie erfasst als auch in der Praxis aktiv erlernt werden. Nur so kann sie in den zukünftigen Behandlungsteams eine höhere Priorität beigemessen bekommen, was notwendig ist, um eine Erhöhung der Stillraten zu erreichen. Politische Entscheidungen zur Stillförderung und Finanzierung dieser sollten damit einhergehen. Die bestehenden Teams, und daraus insbesondere die Pflegenden als Hauptansprechpartner*innen für Mütter sowie die Gesundheitsfachpersonen, deren Ausbildung bereits länger zurückliegt, brauchen verpflichtende Stillfortbildungen und Schulungsmaßnahmen. Sie sollten sich sicher in der evidenzbasierten Beratung und Anleitung laktierender Frauen fühlen und eine positive Haltung nach außen tragen. Hierbei gilt es auch ihre persönlichen Still Erfahrungen zu berücksichtigen, da diese Auswirkungen auf die Haltung der Pflegenden und damit auf ihre Unterstützung haben.

Abschließend sollte die Kooperation und Kommunikation innerhalb eines Perinatalzentrums gefördert werden. Sie erscheint durch die vorliegende Arbeit als ausschlaggebend für die adäquate Unterstützung der Familien. Besonders die Vermittlung einheitlicher Informationen im Sinne eines abteilungsübergreifenden Leitfadens birgt großes Optimierungspotenzial. Dieser Leitfaden sollte unter aktiver Beteiligung der involvierten Berufsgruppen erarbeitet und zusammen mit Richtlinien für eine standardisierte Kommunikation implementiert werden.

Für die Pflegeforschung bleibt daher die Frage, wie diese Strategien methodisch optimal umgesetzt werden können. Außerdem bedarf es der Evaluation der Maßnahmen im Hinblick auf die personenbezogenen Outcomefaktoren, wie der Haltung der Pflegenden zum Stillen, aber auch hinsichtlich des Einflusses auf die Stillraten und die Stildauer, wozu ein politisch initiiertes Still-Monitoring notwendig wäre. Auch eine Ausweitung der hier vorgestellten Untersuchung im Hinblick auf Details der bisherigen Kategorien sowie neue Konzepte, die etwa durch die Integration weiterer Berufsgruppen in die Forschung gefunden werden könnten, wäre wünschenswert. Dadurch könnte eine gegenstandsverankerte Theorie im eigentlichen Sinne entwickelt werden. Die Situationsanalyse nach Clarke (2012) könnte sich hierbei als hilfreiche Weiterentwicklung der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) erweisen.

8 Literaturverzeichnis

- Abou-Dakn, Michael (2018): Gesundheitliche Auswirkungen des Stillen auf die Mutter, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 61, Nr. 8, S. 986-989, [online] doi: 10.1007/s00103-018-2776-1.
- Berg, Charles / Marianne Milmeister (2011): Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden: Über die Kodiervverfahren der Grounded-Theory-Methodologie, in: Günter Mey / Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 303-332.
- Bernaix, Laura W. / Cynthia A. Schmidt / Patricia A. Jamerson / Lorraine Seiter / Joan Smith (2006): The NICU Experiences of Lactation and Its Relationship to Family Management Style, in: *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, Jg. 31, Nr. 2, S. 95-100, [online] doi: 10.1097/00005721-200603000-00008.
- Berns, Monika (2015): Evidenzbasierte Stillempfehlungen für die Neonatologie, in: Thomas Kühn (Verfasser), *Muttermilchernährung bei Frühgeborenen*, Bremen, Deutschland: UNI-MED, S. 95-99.
- Bixby, Christine / Cindy Baker-Fox / Crystal Deming / Vijay Dhar / Caroline Steele (2016): A Multidisciplinary Quality Improvement Approach Increases Breastmilk Availability at Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit for the Very-Low-Birth-Weight Infant, in: *Breastfeeding Medicine*, Jg. 11, Nr. 2, S. 75-79, [online] doi: 10.1089/bfm.2015.0141.
- Blatz, Mary Ann / Amy J. Huston / Mary K. Anthony (2020): Influence of NICU Nurse Education on Intention to Support Lactation Using Tailored Techniques, in: *Advances in Neonatal Care*, Jg. 20, Nr. 4, S. 314-323, [online] doi: 10.1097/ANC.0000000000000702.
- Bogner, Alexander / Wolfgang Menz (2009): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion, in: Alexander Bogner, Beate Littig, Wolfgang Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, 3., grundlegend überarbeitete Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 61-98.
- Bower, Katherina / Tara Burnette / Daniel Lewis / Courtney Wright / Katie Kavanagh (2017): "I Had One Job and That Was To Make Milk": Mothers' Experiences Expressing Milk for Their Very-Low-Birth-Weight Infants, in: *Journal of Human Lactation*, Jg. 33, Nr. 1, S. 188-194, [online] doi: 10.1177/0890334416679382.
- Breuer, Franz / Günter Mey / Katja Mruck (2011): Subjektivität und Selbst-/ Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie, in: Günter Mey / Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 427-448.
- Bruns-Neumann, Erdmut (2006): Das Erleben von Eltern nach der Frühgeburt ihres Kindes, in: *Pflege*, Jg. 19, S. 146-155, [online] doi: 10.1024/1012-5302.19.3.146.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): *Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt*, Köln, Deutschland: Druckhaus Süd Medien GmbH.

- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (2006): Leitsätze zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie, Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., [online] https://www.fruehgeborene.de/sites/default/files/field_pblctn_file/leitsaetze.pdf [abgerufen am 26.05.2021].
- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. (2021): Pressemappe 2021, Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V., [online] https://www.fruehgeborene.de/sites/default/files/field_page_file/pm_2021_web.pdf [abgerufen am 26.05.2021].
- Cacho, Nicole T. / Leslie A. Parker / Josef Neu (2017): Necrotizing Enterocolitis and Human Milk Feeding – A Systematic Review, in: *Clinics in Perinatology*, Jg. 44, Nr. 1, S. 49-67, [online] doi: 10.1016/j.clp.2016.11.009.
- Carlitscheck, Jessica C. (2013): Familienzentrierte Betreuung in der Neonatologie – Situationsanalyse und Zukunftsperspektiven, Inaugural-Dissertation, Humanwissenschaftliche Fakultät, [online] https://kups.ub.uni-koeln.de/51111/1/Familienzentrierte_Betreuung_in_der_Neonatologie_Dissertation_Jessica_Carlitscheck.pdf [abgerufen am 26.05.2021].
- Clarke, Adele E. (2012): *Situationsanalyse: Grounded Theory nach dem Postmodern Turn*, Wiesbaden, Deutschland: Springer.
- Cricco-Lizza, Roberta (2009a): Formative Infant Feeding Experiences and Education of NICU Nurses, in: *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, Jg. 34, Nr. 4, S. 236-242, [online] doi: 10.1097/01.NMC.0000357916.33476.a3.
- Cricco-Lizza, Roberta (2009b): Rooting for the Breast: Breastfeeding Promotion in the NICU, in: *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, Jg. 34, Nr. 6, S. 356-364, [online] doi: 10.1097/01.NMC.0000363684.43186.fe.
- Cricco-Lizza, Roberta (2011): Everyday Nursing Practice Values in the NICU and Their Reflection on Breastfeeding Promotion, in: *Qualitative Health Research*, Jg. 21, Nr. 3, S. 399-409, [online] doi: 10.1177/1049732310379239.
- Cricco-Lizza, Roberta (2016): Infant Feeding Beliefs and Day-to-Day Feeding Practices of NICU Nurses, in: *Journal of Pediatric Nursing*, Jg. 31, Nr. 2, S. 91e-98e, [online] doi: 10.1016/j.pedn.2015.10.012.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) (2021): Was ist Neonatologie?, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V., [online] <https://www.dgkj.de/eltern/spezialisten-portraits/neonatologie#:~:text=Die%20Neonatologie%20befasst%20sich%20als,mitt%20der%20Behandlung%20von%20Fr%C3%BChgeborenen.> [abgerufen am 26.05.2021].
- Equit, Claudia / Christoph Hohage (2016): Ausgewählte Entwicklungen und Konfliktlinien der Grounded Theory Methodology, in: Equit, Claudia / Christoph Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis*, Weinheim, Deutschland, Basel, Schweiz: Beltz Juventa, S. 9-47.

- Ericson, Jenny / Lina Palmér (2018): Mothers of preterm infants' experiences of breastfeeding support in the first 12 months after birth: A qualitative study, in: *Birth Issues in Perinatal Care*, S. 1-8, [online] doi: 10.1111/birt.12383.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) (2019): EFCNI Rights of parents and newborns, EFCNI, [online] <https://www.efcni.org/health-topics/in-hospital/developmental-care/efcni-rights-of-parents-and-newborns/> [abgerufen am 26.05.2021].
- Fernández Medina, Isabel M. / Cayeton Fernández-Sola / Marie M. López-Rodríguez / José M. Hernández-Padilla / Mará del Mar Jiménez Lasserrotte / José Granero-Molina (2019): Barriers to Providing Mother's Own Milk to Extremely Preterm Infants in the NICU, in: *Advances in Neonatal Care*, Jg. 19, Nr. 5, S. 349-360, [online] doi: 10.1097/ANC.0000000000000652.
- Flick, Uwe (2012): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, 5. Auflage, Hamburg, Deutschland: Rowohlt.
- Flick, Uwe / Ernst von Kardoff / Ines Steinke (Hrsg.) (2008): *Qualitative Forschung*, 6., durchgesehene und aktualisierte Auflage, Hamburg, Deutschland: Rowohlt.
- Froh, Elizabeth B. / Regina Flynn-Roth / Sharon Barton / Diane L. Spatz (2015): The Voices of Breastfeeding Resource Nurses, in: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, Jg. 44, Nr. 3, S. 419-425, [online] doi: 10.1111/1552-6909.12565.
- Fuß, Susanne / Ute Karbach (2019): *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung*, 2. Auflage, Opladen, Deutschland, Toronto, Kanada: Barbara Budrich GmbH.
- Gebauer, Corinna / Daniel Klotz / Skadi Springer (2018): Der Stellenwert von Muttermilch für die gesunde Entwicklung Frühgeborener – aktuelle Übersicht und praktische Aspekte, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 61, Nr. 8, S. 952-959, [online] doi: 10.1007/s00103-018-2777-0.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V, in: *Bundesanzeiger – Amtlicher Teil* – 03.02.2021, Bundesanzeiger Verlag, [online] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2420/QFR-RL_2020-12-03_iK-2020-12-01.pdf [abgerufen am 26.05.2021].
- Gianni, Maria L. / Elena N. Bezze / Patrizio Sannino / Elena Stori / Laura Plevani / Paola Roggero / Massimo Agosti / Fabio Mosca (2016): Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences, in: *BMC Pediatrics*, Jg. 16, Nr. 179, S. 1-8, [online] doi: 10.1186/s12887-016-0722-7.
- Gianni, Maria L. / Elena N. Bezze / Patrizio Sannino / Michela Baro / Paola Roggero / Salvatore Muscolo / Laura Plevani / Fabio Mosca (2018): Maternal views of facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants, in: *BMC Pediatrics*, Jg. 18, Nr. 283, S. 1-7, [online] doi: 10.1186/s12887-018-1260-2.
- Güngör, Darcy / Perrine Nadaud / Carol Dreibelbis / Concetta C. LaPergola / Yat Ping Wong / Nancy Terry / Steve A. Abrams / Leila Beker / Tova Jacobovits / Kirsi

- M. Järvinen / Laurie A Nommsen-Rivers / Kimberly O. O'Brien / Emily Oken / Rafael Pérez-Escamilla / Ekhard E. Ziegler / Joanne M. Spahn (2019): Infant milk-feeding practices and childhood leukemia: a systematic review, in: *The American Journal of Clinical Nutrition*, Jg. 109, Supplement, S. 757S-771S, [online] doi: 10.1093/ajcn/nqy306.
- Hallowell, Sunny G. / Diane L. Spatz / Alexandra L. Hanlon / Jeannette A. Rogowski / Eileen T. Lake (2014): Characteristics of the NICU Work Environment Associated With Breastfeeding Support, in: *Advances in Neonatal Care*, Jg. 14, Nr. 4, S. 290-300, [online] doi: 10.1097/ANC.0000000000000102.
- Herting, Egbert (2019): Kinder mit besonderen Risiken: Frühgeborene, in: Axel Hübler, Gerhard Jorch (Hrsg.), *Neonatologie: die Medizin des Früh- und Reifgeborenen*, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart, Deutschland, New York, USA: Thieme, S. 108-124.
- Hoban, Rebecca / Harold Bigger / Aloka L. Patel / Beverly Rossman / Louis F. Fogg / Paula Meier (2015): Goals for Human Milk Feeding in Mothers of Very Low Birth Weight Infants: How Do Goals Change and Are They Achieved During the NICU Hospitalization?, in: *Breastfeeding Medicine*, Jg. 10, Nr. 6, S. 305-311, [online] doi: 10.1089/bfm.2015.0047.
- Holloway, Immy / Stephanie Wheeler (1997): *Qualitative Pflegeforschung*, Wiesbaden, Deutschland: Ullstein Medical.
- Hopf, Christel (2008): Qualitative Interviews – ein Überblick, in: Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*, 6., durchgesehene und aktualisierte Auflage, Hamburg, Deutschland: Rowohlt, S. 346-359.
- Hurst, Nancy / Joan Engebretson / Jane S. Mahoney (2013): Providing Mother's Own Milk in the Context of the NICU: A Paradoxical Experience, in: *Journal of Human Lactation*, Jg. 29, Nr. 3, S. 366-373, [online] doi: 10.1177/0890334413485640.
- Ikonen, Riikka / Eija Paavilainen / Marja Kaunonen (2015): Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding, in: *Advances in Neonatal Care*, Jg. 15, Nr. 6, S. 394-406, [online] doi: 10.1097/ANC.0000000000000232.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2018): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 – Neonatologie – Qualitätsindikatoren, IQTIG, [online] https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/neo/QSKH_NEO_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf [abgerufen am 26.05.2021].
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2020a): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 – Neonatologie – Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, IQTIG, [online] https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/neo/QSKH_NEO_2019_BUAW_V03_2020-09-24.pdf [abgerufen am 26.05.2021].
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2020b): Strukturabfrage gem. QFR-RL – Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2019, IQTIG, [online] <https://perinatalzentren.org/fileadmin/strukturabfragen->

berichte/IQTIG_Strukturabfrage-QFR-RL-EJ2019_2020-10-23_01.pdf [abgerufen am 26.05.2021].

International Baby Food Actions Network (IBFAN) Asia (2018): World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) – Evaluierung für Deutschland, IBFAN, [online] <https://www.stillen.de/wp-content/uploads/2018/08/WBTi-D-Report-Germany-deutsch.pdf> [abgerufen am 26.05.2021].

Karall, Daniela / Gabriele Nindl / Ingrid Zittera / Anja Bier / Gudrun von der Ohe / Márta Guóth-Gumberger / Sabine Scholl-Bürgi (2020): Stillen und Stillberatung, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Nr. 168, S. 547-560, [online] doi: 10.1007/s00112-020-00911-1.

Keller, Titus / Friederike Körber / André Oberthuer / Leonie Schafmeyer / Katrin Mehler / Kathrin Kuhr / Angela Kribs (2019): Intranasal breast milk for premature infants with severe intraventricular hemorrhage – an observation, in: *European Journal of Pediatrics*, Jg. 178, Nr. 2, S. 199-206, [online] doi: 10.1007/s00431-018-3279-7.

Kribs, Angela (2015): Stillen und Muttermilchernährung als Gesundheitsvorsorge: Langzeitauswirkungen, in: Thomas Kühn (Verfasser), *Muttermilchernährung bei Frühgeborenen*, Bremen, Deutschland: UNI-MED, S. 27-31.

Kruse, Jan (2014): *Qualitative Interviewforschung – Ein integrativer Ansatz*, Weinheim, Deutschland, Basel, Schweiz: Beltz Juventa.

Kühn, Thomas (2015): Einleitung, in: Thomas Kühn (Verfasser), *Muttermilchernährung bei Frühgeborenen*, Bremen, Deutschland: UNI-MED, S. 15-16.

Lamnek, Siegfried (2010): *Qualitative Sozialforschung*, 5., überarbeitete Auflage, Weinheim, Deutschland, Basel, Schweiz: Beltz.

Lechner, Beatrice E. / Betty R. Vohr (2017): Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Infants Fed Human Milk, in: *Clinics in Perinatology*, Jg. 44, Nr. 1, S. 69-83, [online] doi: 10.1016/j.clp.2016.11.004.

Lee, Henry Chong / Sarah Martin-Anderson / Audrey Lyndon / R. Adams Dudley (2013): Perspectives on Promoting Breastmilk Feedings for Premature Infants During a Quality Improvement Project, in: *Breastfeeding Medicine*, Jg. 8, Nr. 2, S. 176-180, [online] doi: 10.1089/bfm.2012.0056.

Lewis, Erin D. / Caroline Richard / Bodil M. Larsen / Catherine J. Field (2017): The Importance of Human Milk for Immunity in Preterm Infants, in: *Clinics in Perinatology*, Jg. 44, Nr. 1, S. 23-47, [online] doi: 10.1016/j.clp.2016.11.008.

Lipp, Ulrich / Hermann Will (2008): *Das große Workshop-Buch. Konzeption, Inszenierung und Moderation von Klausuren, Besprechungen und Seminaren*, 8., überarbeitete und erweiterte Auflage, Weinheim, Deutschland, Basel, Schweiz: Beltz.

Lønnerdal, Bo (2017): Bioactive Proteins in Human Milk – Potential Benefits for Preterm Infants, in: *Clinics in Perinatology*, Jg. 44, Nr. 1, S. 179-191, [online] doi: 10.1016/j.clp.2016.11.013.

- Lucas, Ruth / Rebecca Paquette / Carrie-Ellen Briere / Jacqueline G. McGrath (2014): Furthering Our Understanding of the Needs of Mothers Who Are Pumping Breast Milk for Infants in the NICU, in: *Advances in Neonatal Care*, Jg. 14, Nr. 4, S. 241-252, [online] doi: 10.1097/ANC.000000000000110.
- Lundequist, Aiko / Birgitta Böhm / Hugo Lagercrantz / Hans Forsberg / Ann-Charlotte Smedler (2015): Cognitive outcome varies in adolescents born preterm, depending on gestational age, intrauterine growth and neonatal complications, in: *Acta Paediatrica*, Nr. 104, S. 292-299, [online] doi: 10.1111/apa.12864.
- McFadden, Alison / Lindsay Siebelt / Joyce L. Marshall / Anna Gavine / Lisa-Christine Girard / Andrew Symon / Stephen MacGillivray (2019): Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis, in: *International Breastfeeding Journal*, Jg. 14, Nr. 42, S. 1-19, [online] doi: 10.1186/s13006-019-0235-8.
- Meier, Paula P. / Aloka L. Patel / Rebecca Hoban / Janet L. Engstrom (2016): Which Breast Pump for Which Mother: An Evidence-Based Approach to Individualized Breast Pump Technology, in: *Journal of Perinatology*, Jg. 36, Nr. 7, S. 493-499, [online] doi: 10.1038/jp.2016.14.
- Meier, Paula P. / Tricia J. Johnson / Aloka L. Patel / Beverly Rossman (2017): Evidence-based methods that promote human milk feeding of preterm infants: an expert review, in: *Journal of Clinical Perinatology*, Jg. 44, Nr. 1, S. 1-22, [online] doi: 10.1016/j.clp.2016.11.005.
- Meuser, Michael / Ulrike Nagel (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion, in: Alexander Bogner, Beate Littig, Wolfgang Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, 3., grundlegend überarbeitete Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35-60.
- Mey, Günter / Katja Mruck (2011): Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven, in: Günter Mey / Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 11-50.
- Miller, Jacqueline / Emma Tonkin / Raechel A. Damarell / Andrew J. McPhee / Machiko Suganuma / Hiroki Suganuma / Philippa F. Middleton / Maria Makrides / Carmel T. Collins (2018): A Systematic Review and Meta-Analysis of Human Milk Feeding and Morbidity in Very Low Birth Weight Infants, in: *Nutrients*, Jg. 10, Nr. 707, S. 1-35, [online] doi: 10.3390/nu10060707.
- Mörelus, Evalotte / Kajsa Kling / Eva Haraldsson / Siw Alehagen (2020): You can't flight, you need to fight – A qualitative study of mothers' experiences of feeding extremely preterm infants, in: *Journal of Clinical Nursing*, Nr. 29, S. 2420-2428, [online] doi: 10.1111/jocn.15254.
- Moukarzel, Sara / Lars Bode (2017): Human Milk Oligosaccharides and the Preterm Infant: A Journey in Sickness and in Health, in: *Clinics in Perinatology*, Jg. 44, Nr. 1, S. 193-207, [online] doi: 10.1016/j.clp.2016.11.014.
- Muckel, Petra (2011): Die Entwicklung von Kategorien mit der Methode der Grounded Theory, in: Günter Mey / Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory*

Reader, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 333-352.

- Palmér, Lina / Jenny Ericson (2019): A qualitative study on the breastfeeding experience of mothers of preterm infants in the first 12 months after birth, in: *International Breastfeeding Journal*, Jg. 14, Nr. 35, S. 1-8, [online] doi: 10.1186/s13006-019-0229-6.
- Palmquist, Aunchalee E.L. / Sarah M. Holdren / Cynthia D. Fair (2019): "It was all taken away": Lactation, embodiment, and resistance among mothers caring for their very-low-birth-weight infants in the neonatal intensive care unit, in: *Social Science & Medicine*, Jg. 244, Nr. 112648, S. 1-8, [online] doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112648.
- Patel, Aloka L. / Tricia J. Johnson / Janet L. Engstrom / Louis F. Fogg / Briana J. Jegier / Harold R. Bigger / Paula P. Meier (2013): Impact of Early Human Milk on Sepsis and Health Care Costs in Very Low Birth Weight Infants, in: *Journal of Perinatology*, Jg. 33, Nr. 7, S. 514-519, [online] doi: 10.1038/jp.2013.2.
- Pfadenhauer, Michaela (2009): Auf gleicher Augenhöhe. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte, in: Alexander Bogner, Beate Littig, Wolfgang Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, 3., grundlegend überarbeitete Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 99-116.
- Reichertz, Jo / Sylvia Wilz (2016): Welche Erkenntnistheorie liegt der GT zugrunde? (bezogen auf Anselm Strauss), in: Equit, Claudia / Christoph Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis*, Weinheim, Deutschland, Basel, Schweiz: Beltz Juventa, S. 48-66.
- Rohm, Armin (2020): Erfahrungsorientierte Themensammlung, in: Armin Rohm (Hrsg.), *Change-Tools. Erfahrene Prozessberater präsentieren wirksame Workshop-Interventionen*, 7. Auflage, o. O. i manager Seminare, S. 121-126.
- Rollins, Nigel C. / Nita Bhandari / Nemat Hajeebhoy / Susan Horton / Chessa K. Lutter / Jose C. Martines / Ellen G. Piwoz / Linda M. Richter / Cesar G. Victora (2016): Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?, in: *The Lancet*, Jg. 387, Nr. 10017, S. 491-504, [online] doi: 10.1016/s0140-6736(15)01044-2.
- Rossmann, Beverly / Amanda L. Kratovil / Michelle M. Greene / Janet L. Engstrom / Paula P. Meier (2013): „I Have Faith in My Milk”: The Meaning of Milk for Mothers of Very Low Birth Weight Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit, in: *Journal of Human Lactation*, Jg. 29, Nr. 3, S. 359-365, [online] doi: 10.1177/0890334413484552.
- Rouw, Elien / Aleyd von Gartzzen / Anke Weißenborn (2018): Bedeutung des Stillens für das Kind, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 61, Nr. 8, S. 945-951, [online] doi: 10.1007/s00103-018-2773-4.
- Sander, Cornelia (2019a): Superfood Muttermilch (Teil 1), in: *JuKiP – Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, Jg. 8, Nr. 1, S. 24-28, [online] doi: 10.1055/a-0792-8801.

- Shattnawi, Khulood Kayed (2017): Healthcare Professionals' Attitudes and Practices in Supporting and Promoting the Breastfeeding of Preterm Infants in NICUs, in: *Advances in Neonatal Care*, Jg. 17, Nr. 5, S. 390-399, [online] doi: 10.1097/ANC.0000000000000421.
- Sievers, Erika / Cornelia Weikert / Anke Weißenborn / Mathilde Kersting (2018): Stillmonitoring in Deutschland – aktueller Handlungsbedarf und Perspektiven, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 61, Nr. 8, S. 911-919, [online] doi: 10.1007/s00103-018-2772-5.
- Söhngen, Julia / Wilfried Schnepf (2019): Elternsein nach extremer Frühgeburt – die Katastrophe überstehen, in: *JuKiP – Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, Jg. 8, Nr. 5, S. 210-214, [online] doi: 10.1055/a-0985-7409.
- Spatz, Diane L. (2005): Report of a Staff Program to Promote and Support Breastfeeding in the Care of Vulnerable Infants at a Children's Hospital, in: *Journal of Perinatal Education*, Jg. 14, Nr. 1, S. 30-38, [online] doi: 10.1624/105812405X23630.
- Spatz, Diane L. / Elizabeth B. Froh / Regina Flynn-Roth / Sharon Barton (2015): Improving Practice at the Point of Care through the Optimization of the Breastfeeding Resource Nurse Model, in: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, Jg. 44, Nr. 3, S. 412-418, [online] doi: 10.1111/1552-6909.12570.
- Spatz, Diane L. / Elizabeth Froh / Katherine Dahlmeier (2017): NICU Nurses and Lactation-Based Support and Care, in: *Advances in Neonatal Care*, Jg. 17, Nr. 3, S. 203-208, [online] doi: 10.1097/ANC.0000000000000370.
- Spatz, Diane L. (2018): Increasing capacity for the provision of evidence-based human milk and breastfeeding support, in: *Infant*, Jg. 14, Nr. 2, S. 54-57.
- Spiegler, Juliane / Michael Preuß / Corinna Gebauer / Meike Bendiks / Egbert Herting / Wolfgang Göpel (2016): Does Breastmilk Influence the Development of Bronchopulmonary Dysplasia?, in: *The Journal of Pediatrics*, Jg. 169, S. 76-80, [online] doi: 10.1016/j.jpeds.2015.10.080.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards Ausgabe 2016, Band 17, Wiesbaden, Deutschland, [online] <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Demografische-Regionale-Standards/textbaustein-demografische-standards.html> [abgerufen am 26.05.2021].
- Strauss, Anselm / Juliet Corbin (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*, Weinheim, Deutschland: Beltz - Psychologie Verlags Union.
- Strübing, Jörg (2014): *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils*, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- The Joanna Briggs Institute (2012): Best Practice Information Sheet: Women's perceptions and experiences of breastfeeding support, in: *Nursing and Health Sciences*, Jg. 14, Nr. 7, S. 133-135, [online] doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00679.x.

- Tönnies, Janina / Corinna Petersen-Ewert (2020): Stillfortbildungen im Perinatalzentrum – ein systematischer Überblick, in: *JuKiP – Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, Jg. 9, Nr. 4, S. 156-161, [online] doi: 10.1055/a-1186-7733.
- Träger der Nationalen Präventionskonferenz (2018): Bundesrahmenempfehlungen – nach § 20d Abs. 3 SGB V, erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf [abgerufen am 26.05.2021].
- Truschkat, Inga / Manuela Kaiser-Belz / Vera Volkmann (2011): Theoretisches Samling in Qualifikationsarbeiten: Die Grounded-Theory-Methodologie zwischen Programmatik und Forschungspraxis, in: Günter Mey / Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 353-379.
- Unar-Munquía, Mishel / Gabriela Torres-Mejía / M. Arantxa Colchero / Teresita González de Cosío (2017): Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis, in: *Journal of Human Lactation*, Jg. 33, Nr. 2, S. 422-434, [online] doi: 10.1177/0890334416683676.
- Victora, Cesar G. / Rajiv Bahl / Aluísio J. D. Barros / Giovanny V. A. França / Susan Horton / Julia Krusevec, Simon Murch / Mari J. Sankar / Neff Walker / Nigel C. Rollins (2016): Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effects, in: *The Lancet*, Nr. 387, S. 475-490, [online] doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
- Vizzari, Giulia / Daniela Morniroli / Alessandra Consales / Valentia Capelli / Beatrice L. Crippa / Lorenzo Colombo / Gabriele Sorrentino / Elena Bezze / Patrizio Sannino / Valeria A. Soldi / Laura Plevani / Fabio Mosca / Maria L. Gianni (2020): Knowledge and attitude of health staff towards breastfeeding in NICU setting: are we there yet? An Italian survey, in: *European Journal of Pediatrics*, Jg. 179, Nr. 11, S. 1751-1759, [online] doi: 10.1007/s00431-020-03678-5.
- Walz, Johanna M. / Nicole Thiele / Silke Mader (2018): Erwartungen von Eltern an die Versorgung von Frühgeborenen – Sicht einer Elternvertretung, in: *Neonatalogie Scan*, Jg. 7, Nr. 1, S. 61-72, [online] doi: 10.1055/s-0044-100846.
- Ward, Kathryn N. / Jennifer P. Byrne (2011): A Critical Review of the Impact of Continuing Breastfeeding Education Provided to Nurses and Midwives, in: *Journal of Human Lactation*, Jg. 27, Nr. 4, S. 381-393, [online] doi: 10.1177/0890334411411052.
- Watkins, Amanda L. / Joan E. Dodgson / Darya Bonds McClain (2017): Online Lactation Education for Healthcare Providers: A Theoretical Approach to Understand Learning Outcomes, in: *Journal of Human Lactation*, Jg. 33, Nr. 4, S. 725-735, [online] doi: 10.1177/0890334417724348.
- Weigl, Tobias (2018): Psychische Auswirkungen der Frühgeburt auf die Eltern, in: *Die Hebamme*, Jg. 31, S. 268-273, [online] doi: 10.1055/a-0645-0275.

- Williams, Alison / Jeanine Young / Lauren Kearney / Samantha Keogh (2013): Improving knowledge of breastfeeding management: a practice development intervention for pediatric nurses, in: *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, Jg. 16, Nr. 2, S. 8-14.
- World Health Organization (WHO) (2017): *Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025*, Genf, Schweiz: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2018): Preterm Birth, WHO, [online] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> [abgerufen am 26.05.2021].
- World Health Organization (WHO) (2021): Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19), WHO, [online] <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> [abgerufen am 26.05.2021].
- Yang, Yuanyuan / Debra Brandon / Hong Lu / Xiamei Cong (2019): Breastfeeding experiences and perspectives on support among Chinese mothers separated from their hospitalized preterm infants: a qualitative study, in: *International Breastfeeding Journal*, Jg. 14, Nr. 45, S. 1-7, [online] doi: 10.1186/s13006-019-0242-9.

9 Anhang

A.1 Informationsschreiben Workshop

Informationsschreiben

ANTILOPE – Anforderungen an Stillberatung durch neonatologisch Pflegende

Liebe Kolleginnen!

Für viele von Euch ist die Stillberatung eine große Herausforderung. Das erschwert die Arbeit mit den Familien und kann sehr frustrierend sein. Die Gründe mögen vielfältig sein. Eben diese Vielfalt möchte ich gerne aufdecken. Dafür brauche ich Euch. Im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg möchte ich die Anforderungen an Stillberatung durch neonatologisch Pflegende ermitteln. Dazu möchte ich Euch zu Wort kommen lassen. Eure individuellen Wahrnehmungen, Erfahrungen und Ansichten sollen im Mittelpunkt stehen. Jeder Blickwinkel ist interessant und trägt zur Vollständigkeit der Themenlandschaft bei.

Mit Eurer Teilnahme helft Ihr dabei, eine wichtige Grundlage für die Entwicklung von Stillfortbildungen zu legen. Um Fortbildungen künftig so zu gestalten, dass sie die Versorgung unserer Familien bedarfsgerecht unterstützen, möchte ich Euch, die die Stillberatungen durchführen, nach Euren konkreten Bedarfen fragen. Wenn Ihr mich in meinem Vorhaben unterstützen wollt, werdet Ihr Teilnehmerinnen eines Workshops von zwei bis vier Stunden. In Kleingruppen bearbeitet Ihr verschiedene Fragestellungen zu dem Thema und haltet Eure Gedanken und Erfahrungen dazu schriftlich fest. Gemeinsam erstellen wir daraus eine Themenlandschaft aus Anforderungen, die Ihr selbst an Eure Beratung stellt, aber auch aus Anforderungen, die an Euch gestellt werden. Jeder steht frei, so viel oder wenig zu äußern, wie es sich für sie richtig und passend anfühlt. Die Themenlandschaft wird abschließend abfotografiert und fließt so in die Auswertung aller Daten ein.

Zur Teilnahme am Projekt bedarf es einer schriftlichen Einwilligung. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit – auch während oder nach dem Workshop – ohne Angabe von Gründen mündlich oder schriftlich zurückgezogen werden. Dies gilt bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Datenauswertung beginnt. Dieser Zeitpunkt wird am Workshoptag bekannt gegeben.

Eure Daten werden vertraulich behandelt und nur zu wissenschaftlichen Zwecken genutzt. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach DSGVO werden eingehalten. Für die Auswertung werden Eure Daten in pseudonymisierter Form gespeichert, sodass keine direkten Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Dies gilt auch für die Veröffentlichung der Ergebnisse. Eine Präsentation der Ergebnisse am Ende des Projektes ist geplant. Nach Projektabschluss werden Eure Daten für 10 Jahre sicher aufbewahrt.

Ich wäre Euch sehr dankbar, wenn Ihr Eure Erfahrungen und Ansichten mit mir teilen würdet. Möchtet Ihr an diesem Projekt teilnehmen oder habt noch Fragen bezüglich der Teilnahme oder des Ablaufs, spricht mich gerne persönlich an oder wendet Euch an mich unter:

0176/70877919

oder

j.toennes@asklepios.com

Vielen Dank!

Janina Tönnies

A.2 Einwilligungsschreiben Workshop

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich mündlich sowie schriftlich über das Forschungsprojekt *ANTILOPE* aufgeklärt wurde. Meine Fragen wurden beantwortet und ich weiß, wohin ich mich bei weiteren Fragen und Problemen wenden kann. Ich wurde darüber aufgeklärt und bin einverstanden, dass meine Daten zu Studienzwecken erhoben, gespeichert, verarbeitet und in pseudonymisierter Form ausgewertet werden. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen des Projekts wird mein Name nicht genannt. Mir ist bekannt, dass die Daten nach Studienabschluss noch 10 Jahre aufbewahrt werden müssen. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Projekt freiwillig ist und ich sie bis zum Punkt der Datenauswertung ohne Angabe von Gründen mündlich oder schriftlich zurückziehen kann. Für meine Entscheidung zur Teilnahme hatte ich ausreichend Zeit.

Ort, Datum

Name, Vorname der*s Teilnehmenden (Druckbuchstaben)

Unterschrift der*s Teilnehmenden

A.3 Demografiebogen

Demographiebogen

ANTILOPE – Anforderungen an Stillberatung durch neonatologisch Pflegende

Die folgenden Fragen helfen, die Ergebnisse dieses Projektes zu untersuchen bzw. auszuwerten. Dabei ist es wichtig, dass ich die Antworten auf die im Workshop gestellten Fragen nach Merkmalen auswerten kann, die gesellschaftliche Gruppen beschreiben. Hierfür benötige ich detaillierte Angaben zu Deiner Person, damit ich Dich einer entsprechenden Gruppe zuordnen können. Ich werte die Daten keinesfalls für Deine Person aus, sondern nur für Gruppen, zu denen man Dich zum Beispiel entsprechend Deiner Altersgruppe, Deinem Geschlecht oder Deinem Berufsabschluss zuordnen kann. Wenn Du eine Frage nicht beantworten möchtest, lasse das Feld frei.

Nr.	Demographische Daten	weiter mit
1	Welches Geschlecht hast Du? Männlich () Weiblich () Divers ()	
2	Die Ergebnisse dieser Befragung werden auch für unterschiedliche Altersgruppen ausgewertet. Bitte nenne dazu das Jahr Deiner Geburt. Geburtsjahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3	Hast Du die deutsche Staatsangehörigkeit? Ja () Nein ()	3 A 3 D
3 A	Hast Du zusätzlich eine andere Staatsangehörigkeit? Ja () Nein ()	
3 B	Wie bist Du deutsche/r Staatsbürger/-in geworden? A Durch Geburt () B Weil mindestens einer meiner Eltern die deutsche Staatsangehörigkeit hat () C Durch Heirat () D Durch Adoption () E Durch Einbürgerung ()	3 D 3 D 3 C 3 C 3 C
3 C	In welchem Jahr hast Du die deutsche Staatsangehörigkeit erworben? Im Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3 D
3 D	Bist Du in Deutschland geboren? Ja () Nein ()	
4	Hast Du oder Deine Partnerin ein Kind(er) geboren? Ja () Nein ()	
4 A	Hast Du oder Deine Partnerin ein Kinder(er) gestillt?	

Nr.	Demographische Daten	weiter mit
	Ja () Nein ()	
5	Welche beruflichen Ausbildungs- / Studienabschlüsse hast Du? _____ _____	
5°A	In welchem Land hast Du deine Ausbildung(en) / dein Studium absolviert? Deutschland () Ein anderes Land ()	
5°B	Welche beruflichen Weiterbildungen hast Du absolviert? _____ _____	
5°C	In welchem Land hast Du deine Weiterbildung(en) absolviert? Deutschland () Ein anderes Land ()	
6	Welche Erwerbssituation in dieser Liste trifft auf Dich zu? A Vollzeit-erwerbstätig () B Teilzeit-erwerbstätig ()	
6°A	Warst Du früher einmal vollzeit- oder teilzeit-erwerbstätig? Ja () Nein ()	
7	Welche berufliche Tätigkeit übst Du derzeit hauptsächlich aus? _____	
7°A	Wie viele Jahre Berufserfahrung in der Kinderkrankenpflege hast Du? Berufserfahrungsjahre „KiKra“ insgesamt <input type="text"/> <input type="text"/>	
7°B	Wie viele Jahre Berufserfahrung in der Neonatologie hast Du? Berufserfahrungsjahre „Neo“ insgesamt <input type="text"/> <input type="text"/>	

Mit der Abgabe dieses Fragebogens willige ich ein, dass die von mir gemachten Angaben gespeichert, verarbeitet und ausgewertet werden. Mir ist bekannt, dass ich die im Fragebogen gemachten Angaben nicht zurückziehen kann, die die Erhebung anonym erfolgt. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen des Projekts kann mein Name daher nicht genannt. Mir ist bekannt, dass die Daten nach Studienabschluss noch 10 Jahre aufbewahrt werden müssen.

A.4 Informationsschreiben Einzelinterview

Informationsschreiben

ANTILOPE – Anforderungen an Stillberatung durch neonatologisch Pflegende

Liebe _____,

für viele neonatologisch Pflegende ist die Stillberatung eine große Herausforderung. Das erschwert die Arbeit mit den Familien und kann sehr frustrierend sein. Die Gründe mögen vielfältig sein. Eben diese Vielfalt möchte ich gerne aufdecken. Dafür brauche ich Deine Unterstützung. Im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg möchte ich die Anforderungen an Stillberatung durch neonatologisch Pflegende ermitteln. Dazu möchte ich Dich zu Wort kommen lassen. Deine individuellen Wahrnehmungen, Erfahrungen und Ansichten sollen im Mittelpunkt stehen. Jeder Blickwinkel ist interessant und trägt zu einer vollständigen Übersicht bei.

Mit Deiner Teilnahme hilfst Du dabei, eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Stillberatung in unserem Bereich zu legen. Um die Versorgung unserer Familien bedarfsgerecht gestalten zu können, möchte ich Dich, die Stillberatungen durchführt, nach Deiner konkreten Meinung dazu fragen. Wenn Du mich in meinem Vorhaben unterstützen möchtest, werde ich ein etwa 35- bis 50-minütiges Gespräch mit Dir führen. Den Ort des Gesprächs können wir individuell festlegen. Mithilfe eines Interviewleitfadens werden wir verschiedene Themen besprechen. Deine Antworten können so detailliert ausfallen, wie es Dir richtig und passend erscheint. Ich zeichne das Gespräch digital auf und verschriftliche es. Bevor ich mit der Auswertung beginne, erhältst Du das Gesprächsprotokoll zum Gegenlesen. Wenn Du das Gesprächsprotokoll freigegeben hast, wird es pseudonymisiert. Dann erst beginnt die Datenauswertung.

Zur Teilnahme am Projekt bedarf es einer schriftlichen Einwilligung. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit – auch während oder nach dem Gespräch – ohne Angabe von Gründen mündlich oder schriftlich zurückgezogen werden. Dies gilt bis zu dem Zeitpunkt, an dem Du das Gesprächsprotokoll zur Datenauswertung freigibst.

Deine Daten werden vertraulich behandelt und nur zu wissenschaftlichen Zwecken genutzt. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach DSGVO werden

eingehalten. Für die Auswertung werden Deine Daten in pseudonymisierter Form gespeichert, sodass keine direkten Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Dies gilt auch für die Veröffentlichung der Ergebnisse. Eine Präsentation der Ergebnisse am Ende des Projektes ist geplant. Nach Projektabschluss werden die Daten für 10 Jahre sicher aufbewahrt.

Ich wäre Dir sehr dankbar, wenn Du Deine Erfahrungen und Ansichten mit mir teilen würdest. Möchtest Du an diesem Projekt teilnehmen oder hast noch Fragen bezüglich der Teilnahme oder des Ablaufs, sprich mich gerne persönlich an oder wende Dich an mich unter:

0176/70877919

oder

j.toennes@asklepios.com

Vielen Dank!

Janina Tönnies

A.5 Einwilligungsschreiben Einzelinterview

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich mündlich sowie schriftlich über das Forschungsprojekt *ANTILOPE* aufgeklärt wurde. Meine Fragen wurden beantwortet und ich weiß, wohin ich mich bei weiteren Fragen und Problemen wenden kann. Ich wurde darüber aufgeklärt und bin einverstanden, dass meine Daten zu Studienzwecken erhoben, digital aufgezeichnet, gespeichert, verarbeitet und in pseudonymisierter Form ausgewertet werden. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen des Projekts wird mein Name nicht genannt. Mir ist bekannt, dass die Daten nach Studienabschluss noch 10 Jahre aufbewahrt werden müssen. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Projekt freiwillig ist und ich sie bis zum Punkt der Datenauswertung ohne Angabe von Gründen mündlich oder schriftlich zurückziehen kann. Für meine Entscheidung zur Teilnahme hatte ich ausreichend Zeit.

E-Mail-Adresse

Ort, Datum

Name, Vorname der*s Teilnehmenden (Druckbuchstaben)

Unterschrift der*s Teilnehmenden

A.6 Eingangsinformationen zu Interviewbeginn

Einstieg: Herzlich Willkommen; schön, dass du mit mir sprechen magst; vielen Dank für deine Zeit

Ich sag nochmal kurz, worum es in meiner Masterarbeit geht, bevor wir mit dem eigentlichen Interview starten: ich möchte herausfinden, welche Aspekte die Stillberatung in der Neonatologie aus Sicht von Pflegenden ausmachen. Dazu habe ich ja in den Mitarbeiterbesprechungen schon mal was erzählt. Reicht dir das so an Informationen?

Zum Ablauf: Ich habe ein paar Fragen vorbereitet. Grundsätzlich darfst du mir alles zum Thema erzählen, was du wichtig findest und erzählen möchtest. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Du darfst so ausführlich antworten, wie es dir passend erscheint. Ich denke, mit den besprochenen 35-50min haben wir ausreichend Zeit eingeplant. Ebenfalls wie besprochen, werde ich das Interview aufnehmen, um es später verschriftlichen und auswerten zu können. Das gesamte Interviewmaterial wird vertraulich behandelt. Nur ich werde Zugriff darauf haben und damit arbeiten. Alle Daten, die Rückschlüsse auf dich erlauben, werden gelöscht oder pseudonymisiert, sodass sie auch in meinem Bericht später niemand mit dir in Verbindung bringen kann. Wenn ich das Interview verschriftlich habe, werde ich es dir einmal zum Gegenlesen schicken und erst nach deiner Freigabe mit der Auswertung beginnen. Für beides werde ich dich nach dem Interview bitten zu unterschreiben. Ist das soweit in Ordnung für dich?

A.7 Leitfäden der Einzelinterview

A.7.1 Leitfaden der Interviews Nummern 104, 010, 115

Block 1		
Heute soll es ja um die Stillberatung gehen, die jede einzelne von uns nach ihren Möglichkeiten durchführt. Beschreibe doch mal, auf wessen Initiative hin du Stillunterstützung leistest und wie es dir in diesen Situationen geht?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Reaktionen / Gefühle in Verbindung mit Stillberatung Umgang Vorbereitung Hilfsmittel Initiative / Motivation	Kannst du mir von einem Beispiel erzählen? Wie kam / kommt es dazu? Wie ging es weiter? Fällt dir dazu noch etwas ein?	Auf welche Situationen fühlst du dich gut vorbereitet? Was hilft dir in solchen Situationen? Was motiviert dich Stillberatung durchzuführen?
Notizen		
Block 2		
Im Pflorgeteam arbeiten Personen mit ganz unterschiedlichen Charakteren und Hintergründen. Was denkst du, welche Bedeutung deine Haltung, dein Fachwissen und deine Beziehung zu der Familie für die Beratungssituation haben?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Fachwissen / Erfahrung Werte Rolle / Haltung Auftreten Beziehung	Was glaubst du, wie kommt es dazu? Kannst du das genauer beschreiben? Was fällt dir dazu noch ein, wenn du an andere Pflegende im Team denkst? Gibt es sonst noch etwas?	Welche Auswirkungen hat das Auftreten einer Person auf die Informationsvermittlung im Beratungsgespräch?
Notizen		
Block 3		
Nicht nur das Team besteht aus vielen unterschiedlichen Charakteren, auch die Familien können in vielerlei Hinsicht verschieden sein. Magst du mir erzählen, was familienzentrierte Betreuung im Zusammenhang mit Stillen für dich ausmacht und wie du sie umsetzt?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Definition Haltung Praktische Umsetzung im Alltag Einsatz Standards / Leitlinien	Kannst du mir von einem Beispiel berichten? Gibt es sonst noch etwas? Was verbindest du noch damit? Wie kommt es dazu? Fällt dir dazu noch etwas ein?	Wovon machst du den Grad / die Art und Weise der Beratung / Unterstützung abhängig? Wie lassen sich Standards und Leitlinien in die familienzentrierte Versorgung integrieren?
Notizen		

Block 4		
Die Beratungssituation ist geprägt von unterschiedlichen Erwartungen – der Familien, der Pflegenden, der Ärzt*innen. Kannst du mir sagen, was die unterschiedlichen Erwartungen in dir auslösen und wie du damit umgehst?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Reaktionen / Emotionen Herausforderungen / Druck Umgang	Gibt es weitere? Was glaubst du, wie kommt es dazu? Was geht dir zum Thema Erwartungen / Druck noch durch den Kopf?	Was macht dir den größten Druck?
Notizen		
Block 5		
Direkt oder indirekt sind also viele Personen von verschiedenen Stationen in das Thema Stillberatung involviert. Beschreibe mir doch aus deiner Erfahrung: auf welchen Kommunikationswegen tauschen diese Personen sich zum Thema Stillen aus und wie arbeiten sie zusammen?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Kommunikation Kooperation	Was verbindest du damit? Kannst du das genauer beschreiben? Gibt es weitere?	Welche Auswirkungen haben diese Kommunikationsmuster auf die Beratung? Was könnte in der stationsübergreifenden Kooperation besser laufen?
Notizen		
Block 6		
Das war ein vielschichtiges Thema. Jetzt möchte ich dich bitten, dir nochmal die Situation auf Station vorzustellen und mir dann zu sagen: was sind aus deiner Sicht die wichtigsten Aspekte in der Stillberatung von Eltern, deren Kinder in der Neonatologie behandelt werden?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
offen	Kannst du das genauer beschreiben? Wie meinst du das? Was meinst du damit? Gibt es noch etwas?	Wie kommt es dazu? Was fehlt dir?
Abschluss: Von meiner Seite sind alle inhaltlichen Fragen besprochen. Möchtest du mir noch etwas sagen, was dir wichtig ist und bisher nicht ausreichend thematisiert wurde?		
Notizen		
Block 7		
Dann würde ich jetzt gerne noch die demographischen Daten anhand eines kurzen Bogens abfragen und dich bitten im Anschluss, die Datenschutzerklärung und die Einwilligung zur Auswertung des Interviews zu unterschreiben.		

Block 1		
Heute soll es ja um die Stillberatung gehen, die jede einzelne von uns nach ihren Möglichkeiten durchführt. Beschreibe doch mal, welche Erfahrungen hast du in der Stillberatung gesammelt und welche Emotionen verbindest du damit?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Aus-, Fort-, Weiterbildung Berufserfahrung Persönliche Stillererfahrung Paradigmenwechsel im Laufe der Zeit	Kannst du mir von einem Beispiel erzählen? Wie kam / kommt es dazu? Wie ging es weiter? Fällt dir dazu noch etwas ein?	Wie hat sich deine Haltung zum Stillen verändert? Was motiviert dich Stillberatung durchzuführen? Wodurch entstehen diese Emotionen?
Notizen		
Block 2		
Auf welche Ressourcen greifst du zurück, wenn du in der Beratungssituation nicht weiterkommst, und warum?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Aus-, Fort- Weiterbildung Erfahrung Kolleginnen / Team IBCLCs Material Hilfsmittel	Wie kommt es dazu? Kannst du das genauer beschreiben? Kannst du mir von einem Beispiel berichten? Gibt es sonst noch etwas?	Welche Bedeutung hat die Unterstützung durch Kolleginnen / das Team in der Stillberatung? Welchen Stellenwert haben Stillhilfsmittel in der Neonatologie?
Notizen		
Block 3		
Direkt oder indirekt sind viele Personen von verschiedenen Stationen in das Thema Stillberatung involviert. Welche Merkmale kennzeichnen die Zusammenarbeit im pflegerischen Team der Neonatologie sowie mit dem geburtshilflichen Team?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Kommunikation Kooperation	Was verbindest du damit? Kannst du das genauer beschreiben? Gibt es weitere?	Wie werden individuelle Absprachen kommuniziert? Wie könnten die Übergaben verbessert werden?
Notizen		
Block 4		
Berichte mir doch mal aus deiner Sicht, welche Rolle die Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen und Psycholog*innen für die Stillberatung in der Neonatologie spielen.		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Einfluss auf die Eltern Auswirkungen auf die Beratungssituationen Kooperation	Gibt es weitere? Was glaubst du, wie kommt es dazu? Hast du ein Beispiel dafür? Was geht dir zum Thema noch durch den Kopf?	Welchen Einfluss haben diese Berufsgruppen auf die Eltern? Wie wirken sie sich auf die Beratung aus?
Notizen		

Block 5		
FAMILIENZENTRIERUNG		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Definition Haltung Praktische Umsetzung im Alltag Einsatz Standards / Leitlinien	Kannst du mir von einem Beispiel berichten? Gibt es sonst noch etwas? Was verbindest du noch damit? Wie kommt es dazu? Fällt dir dazu noch etwas ein?	Wovon machst du den Grad / die Art und Weise der Beratung / Unterstützung abhängig? Wie lassen sich Standards und Leitlinien in die familienzentrierte Versorgung integrieren?
Notizen		
Block 6		
Als abschließende Frage: was sind aus deiner Sicht die wichtigsten Aspekte in der Stillberatung von Eltern, deren Kinder in der Neonatologie behandelt werden?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
offen	Kannst du das genauer beschreiben? Wie meinst du das? Was meinst du damit? Gibt es noch etwas?	Wie kommt es dazu? Was fehlt dir?
Abschluss: Von meiner Seite sind alle inhaltlichen Fragen besprochen. Möchtest du mir noch etwas sagen, was dir wichtig ist und bisher nicht ausreichend thematisiert wurde?		
Notizen		
Block 7		
Dann würde ich jetzt gerne noch die demographischen Daten anhand eines kurzen Bogens abfragen und dich bitten im Anschluss, die Datenschutzerklärung und die Einwilligung zur Auswertung des Interviews zu unterschreiben.		

Block 1		
Heute soll es ja um die Stillberatung gehen, die jede einzelne von uns nach ihren Möglichkeiten durchführt. Beschreibe doch mal, welche Erfahrungen hast du in der Stillberatung gesammelt und welche Emotionen verbindest du damit?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Aus-, Fort-, Weiterbildung Berufserfahrung Persönliche Stillererfahrung Paradigmenwechsel im Laufe der Zeit Mündliche Beratung vs. praktische Anleitung / Stillunterstützung	Kannst du mir von einem Beispiel erzählen? Wie kam / kommt es dazu? Wie ging es weiter? Fällt dir dazu noch etwas ein?	Wie hat sich deine Haltung zum Stillen verändert? Wie schätzt du die Bedeutung von mündlicher Beratung im Vergleich zu praktischer Stillunterstützung ein? Welche Herausforderungen kann das mit sich bringen?
Notizen		
Block 2		
Auf welche Ressourcen greifst du zurück, wenn du in der Beratungssituation nicht weiterkommst, und warum?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Aus-, Fort- Weiterbildung Erfahrung Kolleginnen / Team IBCLCs Material Hilfsmittel	Kannst du das genauer beschreiben? Kannst du mir von einem Beispiel berichten? Gibt es sonst noch etwas? Wie kommt es dazu?	Welche Bedeutung hat für dich die Unterstützung durch Kolleginnen in der Stillberatung? Welchen Stellenwert haben Stillhilfsmittel in der Neonatologie?
Notizen		
Block 3		
Direkt oder indirekt sind viele Personen von verschiedenen Stationen in das Thema Stillberatung involviert. Welche Merkmale kennzeichnen die Zusammenarbeit im pflegerischen Team der Neonatologie sowie mit dem geburtshilflichen Team?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Kommunikation Kooperation	Kannst du mir von einem Beispiel berichten? Kannst du das genauer beschreiben? Gibt es weitere? Wie kommt es dazu?	Welche Bedeutung hat die stationsübergreifende Zusammenarbeit in der Stillberatung?
Notizen		
Block 4		
Berichte mir doch mal aus deiner Sicht, welche Rolle die Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen und Psycholog*innen für die Stillberatung in der Neonatologie spielen.		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
Einfluss auf die Eltern Auswirkungen auf die Beratungssituationen Kooperation	Gibt es weitere? Was glaubst du, wie kommt es dazu? Hast du ein Beispiel dafür? Was geht dir zum Thema noch durch den Kopf?	Welchen Einfluss haben diese Berufsgruppen auf die Eltern? Wie wirken sie sich auf die Beratung aus?
Notizen		

Block 5		
Eltern beschreiben den Aufenthalt in der Neonatologie häufig als krisenhaft. Worin unterscheidet sich die Stillberatung von Familien frühgeborener Kinder im Vergleich zu Familien reifgeborener Kinder und wie wirken sich lebensbedrohliche Situationen darauf aus?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
FG-Familien vs. RG-Familien Stillberatung in lebensbedrohlichen Situationen des Kindes / der Mutter Sicherheit	Kannst du mir von einem Beispiel berichten? Gibt es sonst noch etwas? Was verbindest du noch damit? Wie kommt es dazu? Fällt dir dazu noch etwas ein?	Worin unterscheidet sich dein Vorgehen? Wie gehst du mit einer lebensbedrohlichen Situation des Kindes / der Mutter im Hinblick auf die Beratung vor? Wie geht es dir damit?
Notizen		
Block 6		
Als abschließende Frage: wie sehen deiner Meinung nach die optimalen Rahmenbedingungen für Stillberatung von Eltern, deren Kinder in der Neonatologie behandelt werden, aus?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
offen	Kannst du das genauer beschreiben? Wie meinst du das? Was meinst du damit? Gibt es noch etwas?	Wie kommt es dazu? Was fehlt dir?
Abschluss: Von meiner Seite sind alle inhaltlichen Fragen besprochen. Möchtest du mir noch etwas sagen, was dir wichtig ist und bisher nicht ausreichend thematisiert wurde?		
Notizen		
Block 7		
Dann würde ich jetzt gerne noch die demographischen Daten anhand eines kurzen Bogens abfragen und dich bitten im Anschluss, die Datenschutzerklärung und die Einwilligung zur Auswertung des Interviews zu unterschreiben.		

A.8 Deskriptive Statistik der Pretest-Teilnehmerinnen (n=3)

soziodemografische Variable	n, Mittelwert
Alter in Jahren	30,7 (range 23-35)
Selbst Kind(er) geboren	0
Hat selbst gestillt	0
Ausbildung in der Kinderkrankenpflege	3
Ausgebildet in Deutschland	3
Weiterbildung absolviert	1
Vollzeittätig / Teilzeittätig	2 / 1
Berufserfahrung in der Kinderkrankenpflege	7,7 (range 2-14)
Berufserfahrung in der Neonatologie	7,7 (range 2-14)

A.9 Interviewtranskripte

Interview-Nummer	104
Datum des Interviews	04.12.2020
Art des Interviews	Persönlich, Zuhause bei der Befragten
Dauer des Interviews	45:35
Interviewerin / Transkribientin	Janina Tönnies / Janina Tönnies
Transkriptionsregel	Siehe extra Dokument
Atmosphäre	Locker, vertraut
Gesprächsverlauf	Zunächst stockend, dann fließender
Besonderheiten / Störungen	keine

- 1
2 I: Also, vielleicht noch einmal kurz, worum es eigentlich in der Masterarbeit geht, denn
3 das läuft ja jetzt schon ein bisschen länger und du warst auch auf einigen MABs ja
4 nicht dabei. ähm ich möchte mit den Workshops, die ich schon gemacht habe, und den
5 Interviews herausfinden, welche Aspekte der Stillberatung in der Neonatologie aus
6 Sicht von Pflegenden relevant sind (2) ähm dazu habe ich schon zwei Workshops
7 gemacht, um zu gucken, jetzt so grob, welche Themen kommen da auf und jetzt geht
8 es nochmal mit den Interviews darum, das Ganze ein bisschen spezieller sich
9 anzuschauen. Reicht dir das so an Infos? // #00:01:11-4#
- 10
11 B: // Ja. // #00:01:11-9#
- 12
13 I: // Oder hast du noch Fragen? Ok, also jetzt zum Ablauf des Interviews: ich habe ein
14 paar Fragen vorbereitet, die hatte ich dir ja schon geschickt. #00:01:17-7#
- 15
16 B: hm (zustimmend) #00:01:18-3#
- 17
18 I: Ähm grundsätzlich darfst du mir auch über die Fragen hinaus alles erzählen, was du
19 wichtig findest und was du erzählen möchtest. Es gibt da keine richtigen oder falschen
20 Antworten. Du beschreibst mir das aus deiner Sicht und aus deiner Erfahrung. Du
21 darfst so ausführlich antworten, wie dir das passend erscheint. Lang, kurz, wenn du
22 nichts mehr sagen möchtest, ist das auch ok. Hm bisher waren die Interviews zwischen
23 35 und 50 Minuten lang. Das kommt immer drauf an, wie viel man zu sagen hat. ähm
24 länger hat es bisher nicht gedauert. Also das sollte reichlich Zeit sein, was wir noch
25 haben (2) Das Interview nehme ich auf, wie du siehst, um das dann abschreiben und
26 besser auswerten zu können. Das Interviewmaterial selber wird vertraulich behandelt.
27 Da arbeite nur ich dran und nur ich habe Zugriff darauf. Daten, die Rückschlüsse auf
28 dich erlauben, werden gelöscht oder pseudonymisiert. Auch im späteren Bericht wird
29 man nicht feststellen können, dass du überhaupt was damit zu tun hattest. ähm wenn
30 ich das (2) verschriftlicht habe, das Interview, schicke ich dir das. Dann kannst du es
31 nochmal lesen und wenn du sagst 'das ist das versteht man jetzt aber ganz falsch so
32 wollte ich das gar nicht sagen' dann kannst du es gerne zurückmelden und erst wenn
33 du sagst 'passt' dann fang ich mit der Auswertung an. Dann wird es allerdings auch
34 soweit unkenntlich gemacht, die ganzen Daten, dass es dann auch schwer wird das
35 aus der Auswertung dann wieder rauszunehmen. Genau (2) um das überhaupt
36 auszuwerten und die Datenschutzerklärung ähm würde ich dir dann hinterher nochmal
37 die, das Einwilligungsschreiben vorlegen, dass du das einmal unterschreibst. Das
38 machen wir aber nach dem Interview ist das ok? #00:02:53-3#
- 39
40 B: (nickt)
- 41

42 I: Sehr gut. Hast du noch Fragen dazu? // (lacht)
43
44 B: Nein. (lacht)
45
46 I: (lacht) Du darfst gerne antworten mit Ton.
47
48 B: (lacht) Ja oder nein. #00:03:00-8#
49
50 I: (lacht) Mit Stimme. // Ganz genau, ähm gut, dann können wir anfangen. Also, wie
51 gesagt, heute soll es um die Stillberatung gehen und jede einzelne im Team führt die
52 nach ihren Möglichkeiten durch. Beschreibe doch mal, auf wessen Initiative hin du
53 Stillunterstützung leistest und wie es dir in diesen Situationen geht. #00:03:17-4#
54
55 B: Hm, also meistens ergibt sich das natürlich daraus, dass man sieht, also erstmal,
56 wenn zum Beispiel bei unseren Patienten ist es ja so, dass die meistens ja nicht
57 reifgeboren sind. Und da weiß man ja auf jeden Fall, dass die auf jeden Fall
58 Unterstützung brauchen, weil (2) man ja, die meisten ja keine Erfahrung mit
59 Frühgeborenen haben. Und da steht ja schonmal fest: ok das Kind ist kleiner, das Kind
60 ist früher, das Kind ist nicht so entwickelt, wie ein reifgeborenes Kind, da haben wir auf
61 jeden Fall Bedarf. Da kann man nicht sagen 'Hier mach einfach mal und (2) wir werden
62 schon sehen, ob es klappt oder nicht.'. Das ist auf jeden Fall schonmal der Bedarf.
63 Und natürlich kommen die Eltern auch auf einen zu mit Ängsten und Bedenken und
64 'Och das Kind ist so klein.' und 'Kann das überhaupt schon trinken?' und 'Kann das
65 überhaupt schon Schnullern?' oder sowas. (2) ja und natürlich der eigene Anspruch,
66 dass die bestmöglich beraten sind von Anfang an, dass man direkt, wenn man die
67 kennenlernt, auch sagt 'Wir machen Stillberatung. Wir haben spezielle Leute, die das
68 zertifiziert machen.'. Darauf schon hinweisen. (2) ich sag halt immer 'Ich bin jetzt nicht
69 die Erfahrenste in dem Thema. Ich kann ihnen mein Basiswissen, was ich habe,
70 vermitteln.'. Aber für genauere Fragen, verweise ich dann immer an die Stillberatung
71 und versuch das dann innerhalb des Dienstes auch zu gucken, dass wir das irgendwie
72 hinkriegen. #00:04:44-9#
73
74 I: Ja (2) und wie fühlst du dich in solchen Situationen der Beratung? #00:04:51-0#
75
76 B: Ja, manchmal fühle ich mich halt sicherer, manchmal fühle ich mich unsicherer.
77 Wenn es problematischere Fälle sind dann natürlich unsicher, weil ich nicht die
78 Ausbildung dafür habe. Und (3) ich will den Eltern halt auch nichts Falsches sagen und
79 keine falschen Tipps geben. Deswegen ist man da auch manchmal n bisschen
80 unsicher und weiß vielleicht selber auch nicht genau 'Wie komm ich da jetzt weiter?
81 Wie (2) kann ich jetzt aktuell in der Situation helfen? Kann ich überhaupt helfen?'. Oder
82 muss ich erstmal recherchieren und vielleicht meine Kollegen auch fragen 'Wie macht
83 ihr das? Wie könnt ihr auf diesen Fall jetzt, was könnte ich da der Mutter anbieten?'.
84 (2) Joa, also ist manchmal ist man unsicher, manchmal ist man halt auch sicherer.
85 Wenn das jetzt so einfache Sachen sind: Handling zum Beispiel, oder die Mutter, die
86 Angst einfach auch mal zu nehmen und zu sagen 'Fokussieren sie sich nicht auf das
87 eine oder das andere.'. (2) Das kann man auch schon so, glaube ich, gut machen
88 (lacht) mit Beistand und // (unv., #00:05:55-0#)
89
90 I: Also // ja (2) also tatsächlich auch so ähm so Skills, die nicht unbedingt stillspezifisch
91 sind? #00:06:04-7#
92
93 B: Ja, zum Beispiel. #00:06:07-0#

94
95 I: Ja. #00:06:07-7#
96
97 B: Ja, (2) man muss aber halt auch immer zugeben, wenn man, dass man es nicht
98 weiß, vielleicht, finde ich. Das finde ich auch wichtig, um sich selbst besser zu fühlen
99 und nicht und einfach mal zu sagen 'Ok, da muss ich mich erst informieren. Das
100 können wir ja beim nächsten Versuch klären.' oder 'Das recherchiere ich bis dahin und
101 dann präsentiere ich ihnen x Lösung xy, die können wir mal ausprobieren.' so.
102 #00:06:34-3#
103
104 I: Ja, (2) das heißt, was ähm welche Bedeutung haben deine Haltung, dein Wissen,
105 deine Beziehung zu der Familie für die Beratungssituation? #00:06:44-5#
106
107 B: (5) Meinst du, wie ich das selbst sehen? Meine Ha- also meine Haltung (2) ist
108 natürlich wichtig. Wenn ich jetzt sage 'Ist mir scheißegal, Hauptsache ich äh sag denen
109 irgendwas damit sie zufrieden sind.'. Das ist natürlich keine gute Haltung für mich und
110 das ist auch keine gute Beziehung zu der Familie. Also dann sag ich lieber 'Ok, ich
111 kann jetzt das und das zeigen. Für alles weitere muss ich das da und da hin
112 verweisen.'. (2) Meintest du das oder meintest du das ein bisschen anders?
113 #00:07:17-7#
114
115 I: Doch das geht genau in diese Richtung ähm, weil es #00:07:21-5#
116
117 B: Weil ich habe, glaube ich, auch ein schlechtes Gefühl, wenn ich jetzt zum Beispiel
118 sage 'Ja, ich würde das so und so machen.'. Weil erstens habe ich kein Kind und
119 dieses, das ist ja auch nicht wichtig, wie würde ich das machen, sondern es muss ja
120 abgepasst für das Kind und für die Mutter sein oder für die Familie an sich: Was ist
121 deren Bedürfnis? Wo wollen die überhaupt hin? Ich muss ja erstmal den Bedarf klären.
122 'Will ich voll stillen? Möchte ich, was möchte ich überhaupt?'. Um darauf dann auch
123 das richtige zu finden oder das Kind auch richtig vorzubereiten, die Mutter nicht unter
124 Druck zu setzen. Ich finde, das ist immer wichtig, keinen Druck aufzubauen oder Druck,
125 der schon entstanden ist, den irgendwie abzulassen oder zu entlasten. Weil man, ich
126 finde, man merkt es schon sehr oft, dass die Eltern sehr angespannt sind, wenn denen
127 schon gesagt wurde 'So und so muss das sein.'. Aber es gibt für mich keinen Weg 'So
128 muss es sein.', sondern es gibt immer Alternativen. Man muss sie halt nur kennen oder
129 man muss wissen, wo man sie rausfindet. Wo man sie, wo e- stehen sie, wo kann ich
130 es nachgucken, um mich sicherer zu fühlen und auch den Eltern Sicherheit zu geben,
131 weil wenn ich einfach irgendwas mache und jemand anderes kommt und sagt 'Ne, also
132 das ist komplett falsch. Das macht man so und so.'. (2) Erstens macht das ein
133 schlechtes Bild dann auf das Gesamte und für dich selbst auch, weil du denkst 'Ja ok,
134 was hab ich jetzt eigentlich erzählt?'. (lacht) #00:08:42-1#
135
136 I: Das geht ganz arg in die Richtung ähm in die ich dachte, denn in so einem
137 Pflorgeteam arbeiten ja sehr viele unterschiedliche Personen #00:08:49-7#
138
139 B: // Ja.
140
141 I: mit // unterschiedlichen Charakteren und Hintergründen. Und da war nochmal die
142 Frage, welche Auswirkungen das Auftreten so einer Person auf die
143 Informationsvermittlung auch hat. #00:08:59-6#
144
145 B: (3) Das Auftreten von meiner Person? #00:09:03-8#

146
147 I: hm (zustimmend) #00:09:04-4#
148
149 B: Auf die #00:09:05-3#
150
151 I: Ja, auch wenn du an andere Personen, vielleicht andere Pflegende im Team denkst
152 mit unterschiedlichen Fachwissensständen // unterschiedlichen Haltungen. #00:09:17-
153 0#
154
155 B: Naja, wenn ich // sicher auftrete, glauben die mir natürlich auch, was ich erzähle
156 und wenn ich unsicher bin, kann das natürlich auch den, die Unsicherheit darstellen.
157 Und auch, dass man das vielleicht auch nicht so ganz ernst nimmt, auch wenn man
158 das vielleicht sogar weiß. Weil man sich nicht sicher ist. Meinst du sowas? #00:09:34-
159 8#
160
161 I: hm (zustimmend) #00:09:35-4#
162
163 B: (4) Hm hm #00:09:40-1#
164
165 I: Vielleicht kommen wir nochmal zu dem Thema zurück, wo du sagtest 'Man muss
166 erst die Bedarfe klären.' ähm (2) das klingt für mich schon nach 'Es gibt ja nicht nur
167 unterschiedliche Personen im Team; auch die Familien // können ja #00:09:53-8#
168
169 B: Sind unterschiedlich. // #00:09:54-2#
170
171 I: Sehr verschieden sein.', genau ähm und der Ansatz, der bei uns auf der Station
172 verfolgt wird, heißt ja 'familienzentriert' ähm was macht familienzentrierte Betreuung
173 im Zusammenhang mit stillen für dich aus und wie setzt du es um? #00:10:08-0#
174
175 B: Hm (2) naja das wichtigste ist ja halt sowieso, wie das Wort schon sagt
176 'familienzentriert', dass die Familie im Fokus steht. Was ist der Bedarf? Auch zum
177 Beispiel, manche haben ja auch schon mehrere Kinder oder ein reifes Kind oder
178 vielleicht auch schon mal ein Frühchen gehabt. Und dann haben die ja auch irgendwo
179 schon ein bisschen Erfahrung und haben auch ihre Vorstellungen sind schon
180 spezifischer als von jemandem, wo das erste Kind ist, wo du halt vielleicht noch mehr
181 lenken kannst und sagen kannst 'So und so.'. Die Vorstellungen sind halt, glaube ich,
182 noch meistens noch nicht so gefestigt, wie bei Leuten, die schon gestillt haben oder
183 nicht gestillt haben. Äh das muss man natürlich auf jeden Fall beachten und rausfinden
184 und auch (2) wenn die jetzt ein reifes Kind hatten und sagen 'Ja, das mit dem Stillen,
185 das hat super gut geklappt und pipapo. Das ist gar kein Problem.' und 'Ich weiß ganz
186 genau, wie das geht. Ja, da brauchen sie mir gar nichts zu sagen.'. Ja, das ist halt eine
187 andere Situation. Da muss man die Eltern halt auch darauf hinweisen meiner Meinung
188 nach äh und denen auch sagen 'Das ist jetzt eine andere Situation. Das ist total toll,
189 dass das beim anderen Kind geklappt hat und da möchten wir auch hinkommen. Das
190 ist ja dann auch unser Ziel, wenn sie das so formulieren. Dann unterstützen wir sie
191 dabei natürlich auch, aber es gibt halt ein paar Besonderheiten. Die muss man dann
192 halt auch beachten.'. Würde ich sagen. Das versuche ich halt auch immer
193 rauszufinden, was ist der, was wollen die eigentlich überhaupt. Weil jemand, der nicht
194 motiviert ist zu stillen, dem kann man dann halt auch die Vorteile aufzeigen, kann das
195 erklären und wenn die sich trotzdem dagegen entscheiden, dann kann ich es nicht
196 beeinflussen. Da muss ich die, in dem was sie machen wollen, aber trotzdem
197 unterstützen und auch sagen 'Ok, dann wollen sie, will sie nicht stillen. Dann müssen

198 wir ihr halt Flaschenfütterung und so weiter dann wenigstens so richtig erklären, dass
199 das gut klappt und das Kind gedeiht und wächst und nicht so viel spuckt und vielleicht
200 ja nicht abgefüllt wird.'. (2) Also würde ich sagen, so. (3) soll ich dazu noch was sagen?
201 #00:12:21-5#

202
203 I: Wenn du, wenn dir noch was dazu einfällt, darfst du gerne noch was dazu sagen.
204 #00:12:24-9#

205
206 B: (unv.) Ja, und auch, dass man zum Beispiel den Vater auch mit involviert, finde ich
207 auch wichtig. Stillen ist ja nicht nur eine Sache der Mutter eigentlich. Ok, das ist das,
208 was die Mutter denkt, das Einzige, was sie geben kann. Aber es ist ja nicht so. Also
209 der Vater hat da auch einen hohen Anteil dran, dass er die Frau mal unterstützt. Und
210 die das auch gemeinsam machen. Das finde ich auch wichtig. Und der Vater muss halt
211 auch aufgeklärt sein über das Thema. Und das ist nicht nur einfach die Mutter (2) also
212 es ist eigentlich auch eine Teamarbeit. (2) auch über Ernährung und so weiter
213 aufzuklären in dem Bezug. Ist auch wichtig. Was sollte sie essen, dass sie genug trinkt
214 und sowas. Mal auch öfter daran erinnern und solche Sachen, find ich halt auch
215 wichtig. Das wird auch oftmals, finde ich, vernachlässigt. Es steht immer nur im Fokus:
216 das Kind muss trinken. Egal wie, ja, aber, wie kommt das, dass das Kind trinken kann,
217 weil genug Milch da ist und überhaupt die Situation, die optimale Rundum-Situation
218 geschaffen wird. Kein Stress und so weiter oder Stress minimieren, sich ergänzen:
219 Mama darf auch mal schlafen; Papa kann auch mal kuscheln. Papa auch mal zeigen
220 (2) Handentleerung und so weiter am Anfang, wenn Mama vielleicht zu schwach ist
221 und so weiter. Ich finde, solche Sachen müssen halt auch mehr etabliert werden. Auch
222 diese Angst nehmen, den Eltern, dass sie da was falsch machen könnten. (2) Ja.
223 #00:13:54-3#

224
225 I: Und um so etwas zu etablieren, dass es ähm vielleicht auch im Team mehr bedacht
226 wird, so- diese Themen. Wie lassen sich Standards und Leitlinien in so eine sehr
227 individuelle familienzentrierte Versorgung integrieren? #00:14:09-4#

228
229 B: (3) Ja, erstmal müssen sie halt (seufzt) (3) Tja, das ist eine gute Frage. (lacht)
230 #00:14:18-7#

231
232 I: (lacht) Das war mein Ziel. #00:14:21-2#

233
234 B: Ja, das weiß ich (lacht) ja ich meine, eigentlich muss das Team halt auch überzeugt
235 davon sein, dass es wichtig ist. Und dann muss es aber auch feste Regeln geben, weil
236 Standards gibt es halt dafür, damit sie ausgeführt werden und nicht, damit trotzdem
237 jeder macht, was er möchte. Das ist halt meine Meinung dazu. Und den, die Leute
238 müssen halt alle auf einem (2) ungefähren, also 60 Leute auf ein Niveau zu kriegen ist
239 halt schwierig. Und vor allen Dingen auch den Bedarf auszuloten, wer kann jetzt was
240 und wer möchte noch was mehr machen und so. Aber dass jeder ungefähr auch das
241 gleiche, dann nach diesem Standard macht und nicht gesagt wird 'Ja, früher haben wir
242 das auch so gemacht und deswegen machen wir das jetzt weiter so, weil das hat ja
243 auch geklapp.t'. Das ist halt wichtig, dass man das vielleicht ähm nicht nur den
244 Standard irgendwo hochzuladen und zu sagen 'Guckt euch das an. So soll das jetzt
245 funktionieren.', sondern vielleicht in kleinen Gruppen sowas halt auch nochmal (2) zu
246 vermitteln. Durch gewisse Personen Stillberatung, dass solche Kurse oder solche
247 kleinen Kurse oder Schulungen halt öfter angeboten werden. Also, ich würde da
248 sozusagen auch immer dran teilnehmen, wenn ich könnte. Ja ich finde das halt echt
249 wichtig. Das ist halt echt ein Fokusthema ab einer gewissen Zeit, wo das Kind nicht

250 mehr 24. Woche ist oder 27. Woche; wo es nicht nur um (2) irgendwie erstmal ein
251 bisschen größer werden geht, sondern, wo es dann auch (2) ab da wo es möglich ist,
252 ist es halt echt im Fokus. Ist halt auch ein großer Teil unserer Arbeit. #00:15:58-1#

253

254 I: Die Stillberatung? #00:16:00-6#

255

256 B: Ja, eigentlich schon. Also man merkt es ja auch immer wieder, dass manche da
257 mehr Lust drauf haben und manche weniger. Und auch viele sagen 'Ja, ist nicht mein
258 Thema. Interessiert mich nicht.'. (2) Aber ich meine, das ist eigentlich ein Großteil auch
259 der Arbeit und das ist schon wichtig. Ich meine, ja das Kind soll doch auch zufrieden
260 sein, soll ge- wachsen und gedeihen und auch die Mama und die Eltern an sich (2) ist
261 ein schwieriges Thema eigentlich, ne (lacht) manchmal. #00:16:31-0#

262

263 I: Ja, also, wie du schon sagtest, zu solchen Beratungssituationen kommt es ja
264 häufiger. #00:16:35-2#

265

266 B: Ja. #00:16:35-8#

267

268 I: Und ähm du hattest gerade schon mal den Druck angesprochen, den die Familien,
269 die Mütter vielleicht häufig spüren und auch äußern. (2) Jetzt ist es vielleicht auch so,
270 dass du unterschiedliche Erwartungen an die Beratung spürst einfach. Die Beratung,
271 die du durchführst, durch die Familien, durch die Kolleginnen, vielleicht auch durch das
272 ärztliche Team ähm was lösen diese Erwartungen in dir aus? Wie gehst du damit um?
273 #00:17:07-3#

274

275 B: (2) Ja, das ist schon manchmal schwierig den Erwartungen halt gerecht zu werden,
276 (2) weil man dieses Hintergrundwissen zum Teil halt wirklich einfach nicht hat. Dieses
277 'Wie kann ich es jetzt, welche speziellen Griffe, welche speziellen Tipps habe ich jetzt
278 einfach nochmal, die ich, wenn es wirklich nicht klappt, die ich aus dem petto holen
279 kann?'. Die habe ich einfach nicht. So, das ist halt für mich dann schwierig, wenn
280 erwartet wird 'Ja, aber ihr müsst das doch irgendwie hinkriegen, das Kind anzulegen
281 und dies und das.'. (2) Klar, die Eltern sind frustriert und du bist selbst irgendwann
282 auch frustriert, wenn es einfach nicht klappt. Und dann kommt zum Beispiel jemand,
283 der sich damit besser auskennt und der macht zack und fertig und es klappt einfach
284 besser. Ich meine, das müssen schon, also ich würde mir auch einfach wünschen,
285 dass solche Tipps und so (2) zugänglicher sind für alle, die es auch interessiert und
286 die sagen 'Ja, für mich ist es nicht nur: ich gebe das an die Stillberatung weiter.
287 Sondern ich möchte halt auch bestmöglich informiert sein auf dem Rahmen, wo es für
288 mich möglich ist.'. (2) Und vielleicht nicht immer zu sagen 'Ja, da muss ich nochmal
289 fragen, da muss ich nochmal gucken.'. So, dass man halt so geschult ist, dass man
290 auch sagen kann 'Ok, ich fühle mich sicher in de- in dem Thema.'. Dafür muss ich nicht
291 zwei Jahre, jetzt diese super Weiterbildung machen. Aber ich meine, die Grundlagen
292 davon sind halt auch schon ein Anfang. #00:18:42-2#

293

294 I: Ja. Wie würde in deiner Vorstellung diese bessere Zugänglichkeit aussehen?
295 #00:18:48-0#

296

297 B: Ja, dass es vielleicht Skripte oder halt wie gesagt Kurzfortbildungen dazu gibt. (2)
298 Das wäre halt schon cool oder vielleicht irgendwelche (2) online Geschichten. Online,
299 was man online abrufen kann vielleicht, wie so kleine online-Kurse. Ich weiß, das ist
300 halt sehr weit hergeholt, aber so online-Schulungen oder so, wo jeder, der es wirklich
301 möchte, sich halt dann; es ist dann halt kein Zwang, aber du kannst selber sagen 'Ok,

302 jetzt habe ich mal eine Halbestunde auch Zuhause nachmittags. Ich weiß nicht, was
303 ich machen soll.'. Dann kann ich mich da einloggen, kann da gucken, fertig. Kann dann
304 vielleicht noch ein paar Fragen am Ende zu beantworten, zu dem, was ich gelesen
305 habe, um das nochmal zu verinnerlichen vielleicht. (2) Ich glaube, sowas würde ein
306 besseres Gefühl machen auch für viele. Weil ich auch den Eindruck habe, dass viele
307 sich so ähnlich fühlen und auch denken 'Ja, eigentlich würde ich gerne mehr wissen,
308 aber ich weiß nicht, wie soll ich mir das beibringen?' Oder 'Wo soll ich es herholen?'.
309 Weil im Internet googlen kann ich auch, da stehen dann aber auch 20 Sachen und was
310 dann davon das richtige ist, weiß ich auch nicht. Und dann sind auch wieder bei dem
311 Thema Standard. Dann macht jeder wieder so, wie er es irgendwo gelesen hat. Das
312 ist auch nicht Sinn der Sache, denk ich mal. (2) Also so standardmäßig das wäre schon
313 besser, wenn es die gleichen Informationen für alle gibt (2) Tipps. #00:20:19-1#
314
315 I: Ja, ähm (3) zwei Fragen dazu. Eine Kurze: das klingt so ein bisschen äh wie, dass
316 es auch eine Unzufriedenheit macht, dass man selber oder dass du selbst nicht die
317 Beratung leisten kannst, die du eigentlich // #00:20:36-3#
318
319 B: Hm (zustimmend)
320
321 I: leisten // möchtest. #00:20:37-3#
322
323 B: Ja. #00:20:37-7#
324
325 I: Die Hilfe geben kannst, die du geben möchtest. #00:20:40-4#
326
327 B: Ja, weil es kostet halt auch Zeit erstmal jemanden zu finden und dann heißt es auch
328 wieder 'Ne, jetzt habe ich keine Zeit.'. Und dann musst du die Eltern halt auch oft 'Ja,
329 machen wir morgen. Jetzt kommt die nächste Schicht. Vielleicht machen wir es
330 übermorgen.'. Dann ist die Stillberatung krank. Und dann hast du es in fünf Tagen
331 immer noch nicht. Das finde ich halt schade und das löst halt auch Unzufriedenheit
332 aus, bei den Eltern auch, ne; bei mir selbst natürlich sowieso, aber auch bei den Eltern.
333 Da fragt man sich dann auch, fragen die sich auch 'Ja, warum klappt das jetzt nicht?
334 Sind wir nicht wichtig?'. #00:21:16-2#
335
336 I: hm (zustimmend) (2) ok ähm (2) und die andere Frage bezog sich nochmal auf die
337 Einheitlichkeit. Ähm (2) jetzt ist es ja häufig so, dass nicht nur ähm Personen vom
338 neonatologischen Team in diese Beratungs- und Stillsituationen involviert sind,
339 sondern die Mütter von der Wöchnerinnenstation zu uns kommen oder natürlich primär
340 aus dem Kreißsaal. Ähm da wäre jetzt die Frage, auf welchen Kommunikationswegen
341 tauschen diese Personen sich eigentlich aus ähm und welche Möglichkeiten der
342 einheitlichen Beratung hat man da eigentlich? #00:22:01-4#
343
344 B: (7) Hm das ist auch eine gute Frage. Die hatte ich auch gelesen, da habe ich mich
345 auch gefragt 'Was soll ich dazu sagen?' (lacht) so genau (3) ja, da muss es halt auch
346 einheitlich sein, ne. Dass (2) auf der Station das gleiche gesagt wird, wie bei uns. (2)
347 Meinst du das mit der H80 und so? #00:22:31-9#
348
349 I: Ja, also die Frage ist ähm es bestehen ja irgendwelche Kommunikationsmuster oder
350 eben auch nicht. #00:22:39-2#
351
352 B: // Ja eher nicht ne
353

354 I: irgendwie wird ja kommuniziert // oder auch nicht darüber ähm und die Frage ist, wi-
355 welche Auswirkungen hat sowas eigentlich auf die Beratung? Wenn unterschiedliche
356 Stationen, unterschiedliche Personen beteiligt sind an einer Beratung, die ja eigentlich
357 ein Ziel verfolgt. #00:22:56-2#

358

359 B: Ja, das löst ja auch Verwirrung bei den Eltern aus. Verwirrung, Unsicherheit. 'Die
360 Station hat das gesagt. Sie sagen jetzt das.'. Und dann wird gesagt 'Ja, die Station ist
361 aber nicht hier die Stillberatung.' und 'Wir aber schon.' und 'Eigentlich ist das, was wir
362 sagen richtig.' und dann kommt noch jemand 'Ja, aber früher hat man das so und so
363 gemacht.'. Also eigentlich wissen die gar nicht, was sie jetzt befolgen sollen so richtig,
364 finde ich, die Eltern. Und auch man selbst weiß es manchmal nicht genau, weil, wie
365 gesagt, es ist halt, jeder erzählt halt auch was aus seiner Erfahrung. Was ja,
366 Erfahrungswissen, ist halt auch nicht schlecht. Da kann man auch nicht immer sagen,
367 dass das jetzt negativ ist. Aber wenn fünf Leute sechs Sachen sagen, (3) ist man ja
368 selber auch verwirrt. Und gerade auch die Mütter sind verwirrt und d- so ist es einfach.
369 Das ist der Alltag. Du kommst rein und sagst 'Ich würde es so und so ihnen empfehlen.'
370 'Ja, aber die andere hat das gesagt.' und 'Die andere hat das gesagt.'. Ja, und wie
371 sollst du jetzt da rauskommen aus der Sache. Was ist jetzt das richtige? Das muss
372 man halt individuell dann auch rausfinden. (2) Wie passt es dem Kind am besten und
373 der Mutter. Aber ich würde sagen, das stiftet auf jeden Fall echt viel Verwirrung und
374 Unsicherheiten löst das natürlich noch mehr aus, wenn jeder was anderes sagt.
375 #00:24:19-7#

376

377 I: hm (zustimmend) und was ist dein Vorgehen in so einer Situation? Weil es klingt jetzt
378 so als wäre das ja eher der häufigere // Fall. #00:24:27-4#

379

380 B: Ja.

381

382 I: Und // nicht die Ausnahme. #00:24:28-9#

383

384 B: Ja, ist es auch, glaube ich. Also würde ich jetzt mal so einschätzen, was ich so höre.
385 Ich sage dann immer (2) 'Ich kann ihnen nur das sagen, was ich weiß und wie ich es
386 in der Weiterbildung oder so gelernt habe oder von unseren Stillberatern (2) mir die
387 Info geholt habe. Und am Ende müssen sie entscheiden, was am besten für das Kind
388 ist oder was am besten funktioniert.'. Weil da jetzt zu sagen 'Xy hat es falsch gesagt.'
389 kann man auch nicht machen. Das macht ja auch ein schlechtes Bild auf die Station,
390 ein schlechtes Bild auf den Kollegen. (3) Ja, da kannst du eigentlich nur dir denken
391 'Ok, wie komme ich elegant jetzt raus?'. (lacht) #00:25:15-4#

392

393 I: (lacht) Ja, das klingt auch nach einer herausfordernden Situation. #00:25:20-2#

394

395 B: Ja. #00:25:21-0#

396

397 I: Ja. #00:25:21-4#

398

399 B: Ja, aber, ich glaube, auch unter den Stillberatungen selbst, ist ja ein Unterschied.
400 Jeder hat andere Ansätze. Jeder macht Sachen anders. Jeder hat einen anderen
401 Fokus. (3) Ja, ein bisschen Einheitlichkeit auf die Situation gemünzt, wäre halt ein
402 bisschen schöner. #00:25:39-6#

403

404 I: Ja, (2) und wi- löst du oder wie auch löst du solche ähm konkurrierenden Aussagen,
405 sage ich mal. Besprichst du die nochmal nach mit Kolleginnen oder lässt du das

406 einfach so stehen und bist nur froh, aus der Situation mit der Mutter raus zu sein?
407 #00:25:58-8#
408
409 B: Das kommt halt drauf an mit wem. (2) Bei J. oder bei K. und bei G. oder so, da
410 wüsste ich 'Ja ok, da kann man immer hingehen und fragen: Warum, habt ihr das so
411 und so gemacht?'. Die Person muss halt auch offen dafür sein. Aber wenn ich jetzt
412 jemanden habe, wo ich weiß 'Ok, da diskutiere ich mich um Kopf und Kragen. Da
413 komme ich nicht weiter.'. Dann gehe ich da auch nicht drauf zurück und sage 'Ja,
414 warum hast du das so und so gesagt? Ich habe das so und so gelernt.'. (3) Ja. (3) Weil
415 da nochmal Streit zu provozieren bringt ja auch nichts im Endeffekt. Weil das auf nichts
416 anderes zurückläuft außer, ich stelle irgendwelche Kompetenzen von irgendwem
417 infrage in der Situation. (2) Ja. #00:26:47-7#
418
419 I: (3) Ja ok, (3) schwieriges Thema, ne? #00:26:53-7#
420
421 B: // Ja.
422
423 I: Kommunikation
424
425 B: Ja.
426
427 I: und Kooperation, auch stationsübergreifend.
428
429 B: Ja, viele fühlen sich // halt auch direkt gleich angegriffen. #00:26:58-9#
430
431 I: Ja. #00:26:59-5#
432
433 B: (3) Also (2) und das kann halt auch echt Streit machen. (2) Das ist leider manchmal
434 wirklich so. Das ist ja nicht, es ist ja nicht mal Kritik, wenn du fragst 'Warum machst du
435 das so und so?'. Weil ich kann daraus ja auch im Endeffekt vielleicht auch noch was
436 lernen. Es heißt ja nicht, dass es falsch ist, nur weil es anders ist. Es gibt immer
437 mehrere Möglichkeiten. Viele Wegen führen nach Rom am Ende des Tages, ne, ähm
438 aber um zu verstehen, warum das so und so gesagt wird, ist es schon hilfreich. Aber
439 manche fühlen sich halt direkt 'Ja hm.'. Weißt du, die sind ja direkt abwehrend und
440 sagen, ihr Weg ist der richtige, fertig. #00:27:40-2#
441
442 I: Ja // und ist das.
443
444 B: Das ist halt // schwierig, finde ich. #00:27:43-7#
445
446 I: hm (zustimmend) ist das ähm ein generelles Problem so etwas anzusprechen oder
447 ist das in der Stillberatung oder gerade, was dieses Thema stillen betrifft, ähm speziell
448 oder ein besonderes Problem? #00:27:59-9#
449
450 B: Ich glaube, das ist ü- mit jeder Sache ein Problem, ehrlich gesagt. Aber bei stillen
451 ist das halt (3) ja, ich finde auch, viele kennen sich nicht so gut aus und fühlen sich
452 dann direkt angegriffen. Da finde ich es halt auch (2) so, aber ich finde, das ist in
453 anderen Bereichen auch ähnlich. Wenn du jemanden fragst, warum er das Kind so
454 und so hingelegt hat, fühlt der sich auch direkt angegriffen. Oder wenn jemand zu mir
455 sagt 'Ja, du machst da zu viele Tücher rein. Warum machst du das denn?'. Ja, (3)
456 fühlen die sich auch direkt angegriffen. (2) Du musst halt einfach eigentlich nur
457 begründen können, warum du irgendwas gemacht hast und nicht direkt, einfach

458 eingeschnappt sein oder sich auf den Schlips getreten fühlen. Ich kann ja sagen, keine
459 Ahnung, 'Ich habe das so und so gelernt und vielleicht kannst du mir ja deinen Weg
460 einfach erklären. Und wie das dazu kommt.'. Man muss halt offen sein. Gerade in
461 diesem Job einfach. Auch was stillen und alles angeht. Es gibt so viele Möglichkeiten.
462 Es gibt so viele (3) Sachen, da ist nicht alles falsch. (3) Ja. #00:29:08-8#
463
464 I: ähm (4) hat das denn auch etwas mit der generellen Feedbackkultur zu tun? (2) Also
465 ich denke in die Richtung, wenn man sich durch jede Aussage direkt angegriffen fühlt,
466 dann geht man ja davon aus, dass es ein Angriff ist. #00:29:28-7#
467
468 B: Ja. #00:29:29-0#
469
470 I: Also, wenn ich wenig positive Rückmeldung // bekomme
471
472 B: Ja. // #00:29:31-6#
473
474 I: Dann gehe ich erstmal davon aus, dass jede Rückmeldung negativ ist. #00:29:35-
475 0#
476
477 B: Ja, wenn du mit bestimmten Personen arbeitest, ist das so. (2) Also, das ist, glaube
478 ich, auch wirklich wieder typabhängig oder personenabhängig. (2) Manche per- also
479 manche sind halt viel offener und sagen 'Ja, cool und so.' so 'Lass mal darüber reden.'
480 oder 'Lass mal uns austauschen.'. Die sind offen für alles. Und manche sind halt genau
481 andersrum. Da weißt du aber auch, da brauchst du nicht hinkommen. Da brauchst du
482 nicht fragen. Da wird mit den Augen gerollt. (2) Ja (2) und da fragt man dann auch
483 irgendwann nicht mehr. #00:30:08-8#
484
485 I: Ja (4) hm ok, (2) also ein sehr vielschichtiges Thema. #00:30:16-3#
486
487 B: Ja. #00:30:16-6#
488
489 I: // ähm
490
491 B: Glaube schon. // #00:30:18-5#
492
493 I: Nun (2) noch einmal (2) ganz neutral auf die Situation auf Station zurück. Stell dir
494 das einmal vor, wie ist es da so (2) und dann was ist aus deiner Sicht, was sind die
495 wichtigsten Aspekte in der Stillberatung von Eltern, deren Kinder bei uns behandelt
496 werden? #00:30:41-5#
497
498 B: (3) Ja, Einheitlichkeit, eigentlich. (3) Dass wir fachkompetent sind und auch richtige
499 Sachen vermitteln. (3) Dass wir das auch aus Überzeugung machen (2) und nicht nur
500 'Es steht da und da und deswegen sage ich das.'. Du musst es halt auch irgendwie
501 rüberbringen, dass du davon überzeugt bist, dass es so das richtige ist und nicht diese
502 Unsicherheit. (5) Ja und dann ist Geduld halt auch wichtig, finde ich. Nicht dieses 'Ja,
503 wenn es jetzt einmal nicht geklappt hat, ja dann klappt das nie.'. (3) Das finde ich auch
504 echt richtig wichtig, dass du sagst 'Mensch, das war doch schon ein Anfang.' und 'Hm
505 hm hm morgen machen wir nochmal weiter und dann gucken wir mal.'. Man muss halt
506 auch jeden Erfolg und jeden Meilenstein in Führungsstrichen irgendwie
507 hervorheben, um den Eltern (2) auch das Gefühl zu geben, es geht immer vorwärts.
508 Weil Stillstand ist eigentlich das schlimmste in so einer Situation, weil du gar nicht
509 weißt, wie lange bist du da und dieses 'Noa, es geht nicht weiter.' und jede klei- jeder

510 kleiner Fortschritt muss eigentlich, finde ich, (2) denen besonders vorgeführt werden.
511 (2) Das finde ich auch echt wichtig und nicht nur so 'Ja, oa der hat jetzt drei Milliliter
512 getrunken herzlichen Glückwunsch.' und morgen dann 'Oh Gott, der hat ja nur einen
513 getrunken. Ist ja ein totaler Rückschritt.'. (2) Sowas passiert, finde ich, auch echt öfter,
514 was man so sieht und (2) das ist nicht gut, finde ich, persönlich für mich. Ich würde es
515 blöd finden. (lacht) #00:32:27-0#
516
517 I: (lacht) #00:32:28-1#
518
519 B: Darum gehts ja auch, ne? #00:32:27-9#
520
521 I: // Ja, genau.
522
523 B: Was man selber blöd findet, ja. #00:32:30-1#
524
525 I: Es geht darum, wie du das findest, ja. #00:32:31-8#
526
527 B: Ja, ich finde, halt sowas wie Meilensteine und so, sowas, müsste man auch ein
528 bisschen mehr hervorheben. #00:32:37-9#
529
530 I: hm (zustimmend) (2) Schweben dir da spezielle vor? #00:32:41-1#
531
532 B: (3) Ja, da kann man ja immer Ideen haben ne. Dass man so ein, (2) ja, besondere
533 Sachen halt irgendwo dokumentiert oder denen wie so ein kleines (3) Stilltagebuch
534 oder sowas anlegt. Auch vielleicht mit Fotos von der Flasche oder mal beim Anlegen,
535 wenn die das möchten. Dass man da Bilder von macht oder solche Sachen halt auch
536 festhält mit Datum und, so, dass die etwas in der Hand haben, wo sie sagen 'Guck
537 mal, das war der erste Schnuller. Da haben wir dies und das gemacht. Hier haben wir
538 so und so viel getrunken.'. Und auch, wenn sie vielleicht nicht dabei waren. So einen
539 Meilenstein einmal aufzuschreiben und zu sagen 'Hier heute haben wir das und das
540 gemacht.'. Ich glaube, das bringt halt echt viel. Das hat auch was mit Geduld zu tun
541 am Ende. #00:33:35-7#
542
543 I: (2) Und kannst du dir vorstellen, wie sich das für die Eltern anfühlt, wenn das Kind,
544 wenn sie nicht da waren, so toll aus der Flasche den Meilenstein getrunken hat, und
545 wenn sie da sind, dann macht es das vielleicht nicht? #00:33:51-0#
546
547 B: Ja, da muss man natürlich abwägen, ne. Sowas wie zum Beispiel 'Hat das erste
548 Mal so und so viel getrunken.'. Würde ich dann vielleicht nicht (2) so aufschreiben. (3)
549 Wenn es zum Beispiel schon mal diesen Meilenstein geschafft hat und (2) es das
550 zweite Mal schafft oder so, das dann zu dokumentieren zum Beispiel sowas (3) 'Guck
551 mal wir haben das schon wieder geschafft auch (2) jetzt mal nachts oder so.'.
552 #00:34:23-3#
553
554 I: Wenn die Eltern nicht da sind? #00:34:24-9#
555
556 B: Ja. #00:34:25-3#
557
558 I: hm (zustimmend) (3) Ok. #00:34:29-2#
559
560 B: Ich finde es, glaube ich, ni- ich würde es, glaube ich, nicht so schlimm finden. Ich
561 würde es gut finden, dass man das langfristige Ergebnis sozusagen sieht. Dass es

562 auch so klappt. Klar, für manche ist das vielleicht dann wieder demotivierend, wenn
563 sie denken (2) 'Ja, jetzt klappt das auch ohne mich.'. Aber ich glaube, im Generellen
564 sollte man das alles positiv formulieren. Auch wenn es mal weniger trinkt, es trotzdem
565 positiv zu formulieren. Man kann alles positiv formulieren, glaube ich, wenn man es.
566 #00:34:59-4#
567
568 I: Wie könnte das klingen? #00:35:00-2#
569
570 B: (2) Ja, (2) ich weiß auch nicht so genau, aber vielleicht so 'Ja, heute Nacht haben
571 wir 20 Milliliter getrunken.' keine Ahnung 'Ich habe meine Mama vermisst und
572 deswegen habe // ich
573
574 I: (lacht) positiv?
575
576 B: zehn // habe ich trotzdem 20 getrunken. War dann aber müde und habe geschlafen
577 und habe mich auf dich gefreut.'. Oder was weiß ich. Irgendwie sowas. Da muss man
578 natürlich irgendwie sich genau überlegen, wie man das formuliert. Aber ich glaube halt,
579 dass man trotzdem alles positiv, (2) positiver formulieren kann, anstatt immer zu sagen
580 'Ja, heute Nacht hat er sich gar nicht gemeldet, hat gar nichts getrunken.'. Ja. Da, ich
581 glaube, das demotiviert halt auch irgendwie ein bisschen die Eltern. Ich kann mich da
582 schlecht reinversetzen aber. #00:35:52-3#
583
584 I: (2) aber die Art und Weise #00:35:55-7#
585
586 B: Ja. #00:35:55-8#
587
588 I: scheint sehr wichtig zu sein, ne? #00:35:57-6#
589
590 B: Ja, ich finde schon wichtig, dass man auch Kleinigkeiten hervorhebt und positiv. (3)
591 Ja, (2) und selbst wenn der nur an der Brust schlecken würde, ist ja auch positiv.
592 Darum gehts ja, erstmal den Weg zu finden. Und nicht direkt in Rom anzukommen. Ich
593 muss ja irgendwie dahin kommen (2) und mit Teleport funktioniert es nicht. (2) Ich
594 muss den Gang halt gehen, irgendwie (2) und Stolpersteine sind überall und
595 Rückschläge sind überall, nicht nur beim Stillen. (2) Jeder hat mal einen schlechten
596 und einen guten Tag. So ist das halt ne, (3) ja. #00:36:38-9#
597
598 I: (3) Also von meiner Seite sind alle inhaltlichen Fragen besprochen. Ja, möchtest du
599 noch etwas sagen, was dir wichtig ist, etwas worüber wir noch nicht gesprochen haben,
600 wo du dachtest, ach Mensch das wollte ich doch auch noch sagen? #00:36:53-7#
601
602 B: Ne, ich wüsste jetzt nichts Konkretes außer, dass ich es gut finden würde, wenn wir
603 (3) mehr Material hätten. Was halt auch fachgerecht ist und was auch einheitlich ist.
604 Und die Vereinheitlichung allgemein, dass wenn spezielle Fragen kommen, da halt
605 einheitliche Antworten drauf kommen. Dass jeder mal noch einen anderen Griff hat
606 oder so, das ist auch super, um sich zu ergänzen. Aber, dass die Grundprinzipien
607 einfach vereinheitlicht sind und nicht jeder nach seinen (4), wie auch immer man das
608 nennen möchte, das einfach so sagt. (2) Ich glaube, das würde mehr Sicherheit
609 bringen und auch den Eltern viel mehr Sicherheit bringen, wenn du dasselbe sagst,
610 wie ich und wie auch Schwester xy (2) die Basics. (lacht) #00:37:50-7#
611
612 I: Die Basics? #00:37:51-1#
613

614 B: Ja, ja. #00:37:52-7#
615
616 I: Und mit einheitlichem Material meinst du für das Team oder auch für die Familien?
617 ähm. #00:37:58-6#
618
619 B: Ja, für das Team auf jeden Fall. #00:38:00-6#
620
621 I: hm (zustimmend) an Informationen? #00:38:02-6#
622
623 B: // Ja.
624
625 I: oder an
626
627 B: Ja.
628
629 I: Hilfsmitteln oder? #00:38:06-3#
630
631 B: Informationsmaterial und dass auch alles auf dem gleichen (2) Schulungsweg von
632 Saugern, Flaschen, Milchpumpe und so weiter sind. Weil das ist auch ein Thema, was
633 ich echt richtig nervig finde mit den Saugern. Also ich war jetzt ja auch länger nicht da,
634 aber, wenn ich dann sehe, dass ein vier Kilo Kind mit einem Kirschsauger gefüttert
635 wird, dann weiß ich auch nicht warum. Und wenn ich dann hingehe und frage, dann
636 heißt es 'Ja, weil es damit getrunken hat.'. Ja, das ist aber für mich keine Antwort.
637 Oder? Ich weiß es nicht, also sowas halt. Dass jeder weiß, wofür benutze ich was und
638 wenn das nicht klappt, worauf kann ich ausweichen. (3) Wenn alles probiert wurde und
639 das Kind nur dann mit diesem trinken möchte, ok. Dann hat das Kind das entschieden.
640 Aber das ich erstmal den richtigen Weg gehe und nicht einfach in die Schublade greife
641 und sage 'Ok, das ist jetzt das Mittel der Wahl.'. (3) Ja, das erlebt man halt auch
642 manchmal. Das ist jetzt nicht unbedingt vielleicht nur auf unserer Station, aber auch
643 auf anderen Stationen, wo solche (2) wo Leute halt überhaupt keine Erfahrung haben
644 und einfach machen, was im Schrank steht. Oder ein Frühchen mit einem NUK Sauger
645 mit einem Riesenloch füttern und sich das 20-mal verschluckt. Und dann fragt man
646 sich, wo kommen die Bradykardien und die Apnoen her und solche Sachen. Äh ja (2)
647 brauche ich mich nicht fragen, wenn ich das sehe. Dass so ein allgemeiner
648 Grundwissensstand halt auch herrscht, das finde ich echt wichtig. (2) Weiß nur nicht,
649 wie man das herstellen kann (lacht) aber da bist du ja dran. #00:40:04-9#
650
651 I: Zumindest ähm höre ich da raus, dass du auch eine Schnullergabe, eine
652 Flaschenfütterung und ein Wissen über Sauger ähm als auch Teil von Still- und
653 Laktationsberatung // ansiehst.
654
655 B: Ja, natürlich // weil, wenn ich Material einfach so willkürlich aussuche, dann kann
656 ich nicht erwarten, dass es funktioniert. Ich kann in einen Porsche nicht einen Fiat
657 Panda Motor einbauen und erwarten, dass er fährt mit 200 km/h. Geht einfach nicht
658 und so ist es da, glaube ich, auch. Jetzt mal bildlich gesprochen. (2) Es funktioniert
659 einfach nicht. Und wenn ich nicht das richtige für das richtige Kind auswähle, (3) kommt
660 es halt manchmal dazu, dass es einfach nicht funktioniert. #00:40:51-7#
661
662 I: hm (zustimmend) (2) Ja, da würde ich dir zustimmen. (3) Gibt es sonst noch etwas?
663 #00:40:59-1#
664
665 B: Nein. #00:40:59-3#

666

667 I: Dann würde ich jetzt noch einmal, wenn du einverstanden bist, die demografischen
668 Daten anhand eines kurzen Bogens abfragen und dir dann die Datenschutzerklärung,
669 die Einwilligung zur Auswertung zum Unterschreiben geben. #00:41:13-8#

670

671 B: Unbedingt. #00:41:14-2#

Interview-Nummer	010
Datum des Interviews	10.12.2020
Art des Interviews	telefonisch
Dauer des Interviews	01:17:09
Interviewerin / Transkribientin	Janina Tönnies / Janina Tönnies
Transkriptionsregel	Siehe extra Dokument
Atmosphäre	Angenehm
Gesprächsverlauf	Dynamisch, sehr umfassend
Besonderheiten / Störungen	keine

672

673 I: Ok, dann starten wir einmal. Also, ich sage nochmal kurz, worum es in meiner
674 Masterarbeit geht, bevor wir mit dem eigentlichen Interview starten. Also, ich möchte
675 ja herausfinden, welche Aspekte die Stillberatung in der Neonatologie aus Sicht von
676 Pflegenden ausmachen. Dazu hatte ich in den Mitarbeiterbesprechungen schon
677 einmal etwas erzählt. Reicht dir das so an Informationen oder brauchst du noch mehr?
678 #00:01:20-8#

679

680 B: Ne, das reicht mir an Informationen. Ich hatte das ja auch gele- äh die Infozettel
681 gelesen, die du ausliegen hattest. (2) ähm hatte von ein, zwei äh Kolleginnen auch
682 schon mal etwas gehört. ähm dass es auch ganz unterschiedliches Feedback dazu
683 gab ähm gerade auch bei jüngeren Mitarbeitern oder bei älteren Mitarbeitern. Das fand
684 ich ganz interessant. Dass es doch irgendwie jeder so ein bisschen anders auch
685 wahrnimmt und für sich da, also sich selber auch in einer ganz anderen Position sieht.
686 #00:01:45-7#

687

688 I: Ja, ganz genau. Ok, dann noch einmal kurz zum Ablauf. Also, ich habe ein paar
689 Fragen vorbereitet, die hatte ich dir ja geschickt. ähm #00:01:53-9#

690

691 B: Die habe ich auch angeschaut, genau. #00:01:54-9#

692

693 I: Ja, super gut. Grundsätzlich darfst du mir alles zu dem Thema erzählen, was du
694 wichtig findest und was du erzählen möchtest. Es gibt keine richtigen oder falschen
695 Antworten. Du darfst so ausführlich antworten, wie es dir passend erscheint. ähm
696 bisher waren es so 35-50 Minuten ähm da gucken wir jetzt einfach, wie viel Zeit wir
697 brauchen beziehungsweise du hast. #00:02:22-1#

698

699 B: Ja, alles gut. Ich habe mir das äh eingeplant und äh wichtig war mir, dass der
700 Einkauf fertig ist, weil ich mir geschworen habe, ich gehe nicht mehr freitags einkaufen.
701 Und äh (2) Ja, und das hat gut gepasst, von daher sehe ich das jetzt entspannt.
702 #00:02:36-2#

703

704 I: Sehr schön, das ist gut. ähm ich werde das Interview aufnehmen, um es danach zu
705 verschriftlichen und ähm auszuwerten. #00:02:44-1#

706

707 B: Ja. #00:02:45-0#

708

709 I: Das gesamte Interviewmaterial wird vertraulich behandelt. Nur ich werde Zugriff
710 darauf haben und damit arbeiten. Alle Daten, die Rückschlüsse auf dich erlauben,
711 werden gelöscht oder pseudonymisiert, sodass sie auch in meinem Bericht später
712 niemand mit dir in Verbindung bringen kann. #00:03:01-8#

713

714 B: Ja, hm (zustimmend). #00:03:02-8#
715
716 I: Wenn ich das Interview verschriftlicht habe, werde ich es dir zum Gegenlesen
717 schicken und erst nach deiner Freigabe mit der Auswertung beginnen. #00:03:10-9#
718
719 B: Ja, ok. #00:03:12-3#
720
721 I: Für beides hattest du ja schon die Einwilligung unterschrieben. Von daher brauchen
722 wir das später nicht mehr machen. #00:03:18-5#
723
724 B: Genau. #00:03:19-5#
725
726 I: Ist das soweit in Ordnung? #00:03:20-9#
727
728 B: Ja, das ist alles ok. #00:03:22-2#
729
730 I: Gut, dann können wir starten. ähm (2) Also, wie gesagt, das Thema ist die
731 Stillberatung in der Neonatologie und du hattest das ja schon angesprochen, jede
732 Einzelne geht da so ein bisschen anders dran und berät da nach ihren Möglichkeiten.
733 Beschreibe doch mal, auf wessen Initiative hin du Stillunterstützung leistest und wie
734 es dir in diesen Situationen geht. #00:03:47-5#
735
736 B: (2) Also, so grundsätzlich bin ich einfach pro Stillen, weil ich glaube, dass
737 Muttermilch einfach wirklich wichtig ist für die Kinder. ähm, wie, also die die eigene
738 Initiative, aus der heraus ich dann wirklich berate, ergibt sich meistens eher in der
739 Situation, in, die man vorfindet, wenn man im Zimmer ist. Ich finde es ja ganz
740 unterschiedlich. Entweder kommt man zu einem späteren Zeitpunkt ins Zimmer, wo
741 schon diverse andere Pflegende im Zimmer waren. Oder man hat halt den ersten
742 Kontakt und ich finde ähm dahingehend ändert sich meine eigene Initiative auch immer
743 so ein bisschen, weil ich versuche, die den Familien anzupassen. ähm und s- erstmal
744 so ein bisschen (räuspern) Kontakt aufzunehmen, um überhaupt herauszufinden, wie
745 ähm wie viel Informationen wollen sie überhaupt haben oder sind sie überhaupt fähig,
746 gerade schon so viele Informationen aufzunehmen. Damit ich mir meinen eigenen
747 Weg dahin bahnen kann, dieses Ziel zu verfolgen. (2) ähm und ja, nach Möglichkeit
748 tatsächlich die Familien auch davon zu überzeugen, dass Muttermilch und Stillen
749 einfach mal total gut ist. (2) Genau. Reicht dir das so oder möchtest du noch mehr?
750 #00:05:00-0#
751
752 I: Wenn dir dazu noch etwas einfällt, kannst du gerne dazu noch mehr sagen.
753 #00:05:04-9#
754
755 B: ähm, ja, vi-, also, ich wei-, ich habe gestern schon äh über die Frage nachgedacht
756 und dachte aber so 'Ne, eigentlich', also, ja, meine Initiative ist halt, ja, pro Stillen, aber
757 ich bin tatsächlich auch ähm, jemand, der jetzt keinen dazu zwingen würde. Also, ähm,
758 ich finde, das so ein bisschen schwierig, wenn ich jetzt jemanden vor mir hätte, der
759 absolut contra dagegen, also dagegen eingestellt ist. Aus welchen Gründen auch
760 immer. ähm ich würde das immer noch vorsichtig anbahnen und mal erwähnen, aber
761 ähm, ich halte wenig davon, jemanden von irgendetwas zu überzeugen, was er so gar
762 nicht möchte. Wir haben in der Fortbildung so ein paar ähm Tipps noch bekommen,
763 wie man trotzdem auch mit solchen Situationen umgehen kann und eventuell trotzdem
764 einen Weg bahnen kann. Aber ähm grundsätzlich habe ich immer, versuche ich immer
765 erstmal so ein bisschen herauszufiltern, wie, besonders die Mutter, der Muttermilch

766 und dem Stillen gegenüber eingestellt ist, um dann entsprechend den Beratungsweg
767 überhaupt zu finden. #00:06:13-4#
768
769 I: hm (zustimmend) (5) #00:06:19-3#
770
771 B: Also jetzt natürlich äh gerade in Hinsicht darauf, wenn wir jetzt kleine Frühgeborene
772 haben oder so, ist es natürlich einfach auch äh maßgebend für den Verlauf der
773 Entwicklung des Kindes ähm. Aber, ja, ich weiß nicht, ich versuche dann trotzdem
774 immer erstmal zu schauen, wie das Bild so ist, und den Rest der Beratung, also mein
775 eigenes Auftreten und so weiter und meine Einstellung zum Stillen, dann zu vermitteln.
776 #00:06:44-9#
777
778 I: (3) hm (zustimmend) (2) Ich höre da zwei Punkte heraus ähm. Magst du mir erzählen,
779 was familienzentrierte Betreuung im Zusammenhang mit Stillen für dich ausmacht und
780 wie du sie umsetzt? #00:06:58-6#
781
782 B: ähm für mich heißt 'familienzentriert' tatsächlich auch ein bisschen mit daraufzusch-
783 ähm mit darauf zu hören, (2) wie die gesamte Familiensituation ist. ähm ist es das
784 erste Kind? Ist es das zweite, dritte, vierte, was auch immer Kind? Zum Teil auch
785 tatsächlich, wie ist der Vater dem Ganzen gegenüber eingestellt? Weil ich schon das
786 Gefühl habe, das kommt ja so ein bisschen auf die Partnerkonstellation auch an. Habe
787 ich eine Frau, die sich ihrem Mann eher unterwirft und der findet das scheiße, ist es
788 deutlich schwieriger, damit umzugehen ähm als habe ich eine ganz selbstbestimmte
789 Frau, die genau, weiß sie will. Oder als habe ich eine Frau, ähm die hat schon drei
790 Kinder gestillt ähm. Für die ist das überhaupt kein Thema. Oder habe ich eine Frau,
791 für die ist das das erste Kind ähm, die mit der Situation 'Neonatologie' auch noch
792 grundsätzlich total überfordert ist und dann hat man auch noch einen Mann daneben,
793 der ihr irgendwie versucht, vorzuschreiben, wie sie es zu tun hat. Von daher finde ich
794 familienzentriert schon tot- also macht ganz viel aus, sich ein Bild von der
795 Gesamtsituation zu vermitteln. #00:08:02-0#
796
797 I: (3) Ja. (5) ähm und der zweite Punkt, den du auch schon so ein bisschen
798 angesprochen hattest. Was denkst, welche Bedeutung deine Haltung, dein
799 Fachwissen und deine Beziehung zu der Familie für die Beratungssituation haben?
800 #00:08:23-6#
801
802 B: Ich glaube, dass es einen ganz großen ähm. (2) Also, dass es ganz, wie soll ich das
803 formulieren. Ich glaube, dass es ganz wichtig ist, dass man selber genau weiß, was
804 man erzählt. ähm ich glaube, dass es ganz wichtig ist, aber trotzdem ähm dafür eine
805 Basis zu schaffen und die muss vorher geschaffen sein. Also, ähm ich muss genau
806 herausfinden, ob ich überhaupt einen Zugang zu der Familie, besonders zu der Mutter,
807 habe. Wenn ich den nicht habe, ist es schwierig. Und ähm Beziehung, finde ich, ist da
808 immer so ein ganz schwieriges Wort, weil ähm ich versuche das tatsächlich auf einer
809 recht professionellen Ebene in der Interaktion zu halten. ähm weil ich ja klar, man hat
810 Sympathien, für den einen vielleicht mehr, für den anderen weniger, aber ich finde
811 tatsächlich, so darüber hinaus zu gehen und ähm eine freundschaftliche Beziehung
812 anzubahnen, finde ich halt grundsätzlich nicht ganz so richtig. Nichtsdestotrotz ist es
813 natürlich leichter, wenn man merkt, man ist sich sympathisch und man kann da viel
814 besser in das Gespräch gehen als äh bei jemandem, wo dir vielleicht die sprachlichen
815 Mittel dafür fehlen und ähm (2) wo man das Gefühl hat, da ist ganz viel anderes,
816 sodass gar kein Zugang zu der Person ist. ähm mein Auftreten, also ja das ist
817 grundsätzlich etwas, was ich ähm ganz ganz wichtig finde. Ich kann ja auch alleine

818 mit, mit meinem Auftreten schon signalisieren, ob ich das Ganze jetzt so gut finde oder
819 ob ich das Ganze nicht so gut finde und ähm ich finde, dessen muss man sich immer
820 bewusst sein, dass egal, was ich mache, wie ich auftrete, wie ich was sage und wie
821 man, alleine meine eigene Mimik ist, das ja schon spiegelt ähm, wie ich der Situation
822 gerade gegenüber eingestellt bin. #00:10:23-5#

823

824 I: (2) Ja. #00:10:25-9#

825

826 B: (2) Und ähm (2) ja, also und ansonsten denke ich halt einfach auch, dass ähm
827 zumindest ein ordentliches Basiswissen oder eigentlich finde ich, bei uns auf der
828 Station, auch ein Basiswissen, also Wissen, was ein bisschen über das Basiswissen
829 hinausgeht, wichtig ist, weil es einfach so viele unterschiedliche Situationen gibt. Und
830 ähm es ist eben nicht immer eine Stillberaterin vor Ort für die jeweilige Situation, aber
831 ich muss find- also, den Anspruch habe ich zumindest für mich, äh in der Situation an
832 sich, zumindest schon einmal einen Weg bahnen können, der für den Moment
833 ausreichen kann, bis jemand da ist, der weiß, was ist. (2) Und ähm ich glaube, die
834 Mütter merken gan- oder müs-, auch die Väter, gerade die belesebenen Eltern, merken
835 ganz schnell, ob man das jetzt schon, also ob man da einfach ein bisschen mehr
836 Erfahrung hat oder ob man eigentlich gar nicht weiß, wovon man gerade erzählt. Und
837 gerade auch das individuell Angepasste setzt ja voraus, dass ich einfach ein bisschen
838 mehr Hintergrundwissen habe als das, was ich gerade aus dem Lehrbuch habe.
839 #00:11:37-4#

840

841 I: (2) Ja. (4) Könntest du da, ich will mal sagen, eine Linie ziehen, einmal beschreiben,
842 wo Basiswissen aufhört, wo die Erweiterung anfängt, die man in der Neonatologie
843 braucht? #00:11:57-0#

844

845 B: (3) Ja, das ähm habe ich tatsächlich beim Still-Quiz schon überlegt und ähm ich
846 habe ja, glaube ich, tatsächlich relativ viele Sachen angekreuzt, die ich wichtig finde
847 äh für das Wissen über das Stillen, über die Muttermilch bei uns in der Neonatologie.
848 ähm ich weiß nicht, ich könnte, glaube ich, nicht so ganz gerade eine Linie ziehen also
849 ähm ich glaube, es reicht eben nicht, einfach nur zu sagen 'Ja, es ist wichtig, dass sie
850 äh pumpen und dass sie das so und so oft tun.' und 'Hier ist die Pumpe.' und 'Machen
851 sie mal.' und ähm. (3) Sondern, dass sich halt, also dieses 'Ich gucke mir die Brüste
852 wirklich an.' und ähm 'Ich schaue, wie die Mutter das macht. Ich schaue mir an, ob die
853 überhaupt mit sich so, mit ihrem Körper im Reinen ist oder ob da vielleicht noch mehr
854 sein muss.'. ähm das setzt aber auch eine Bereitschaft von jedem Einzelnen voraus,
855 sich überhaupt damit auseinandersetzen zu wollen. Deshalb finde ich das so
856 schwierig, da eine wirkliche Linie zu ziehen. ähm (3) Ja. #00:13:02-7#

857

858 I: (2) Ja. (2) Würdest du sagen, dass die Bereitschaft jedes Einzelnen, muss die jeder
859 mitbringen? #00:13:13-7#

860

861 B: (2) Ich finde schon, dass die jeder mitbr-, also zumindest jeder, der in diesem
862 Bereich arbeitet, dass die auch jeder mitbringen sollte, wenn er in diesem Bereich
863 arbeiten möchte. Und ähm ich weiß, dass es auch Kolleginnen gibt, die ähm von sich
864 aus auch einmal sagen 'Oa, das liegt mir einfach nicht.'. Aber ich finde, es gibt ja
865 eigentlich in jeder Schicht mindestens einen, der vielleicht etwas mehr weiß. Selbst,
866 wenn es keine Stillberaterin ist. Und dann muss ich halt vielleicht auch echt so ehrlich
867 sein und sagen 'So, an dem Punkt ist jetzt das, was ich leisten kann, ähm begrenzt
868 und ich hole mir jetzt einfach Hilfe dazu.' ähm. (2) Das ist, das betrifft ja aber auch nicht
869 nur das Stillen. Das ist, denke ich, in allen Bereichen. Wenn ich merke, hier ist meine

870 Grenze und ähm es funktioniert so nicht, dann muss ich mir jemanden dazu holen.
871 Und ähm aber für mich wäre das ganz klar auch ein Einstellungskriterium, dass ähm,
872 wenn man eine, gerade, wenn man eine entwicklungsfördernde Neonatologie (2)
873 betreiben möchte, und dafür jemanden sucht, der dort arbeitet, gehört das für mich
874 dazu, dass auch die Bereitschaft äh für das Thema Muttermilch und Stillen dabei ist.
875 #00:14:25-3#

876
877 I: (3) Ja. (3) Magst du die Situation auf Station als entwicklungsfördernde
878 Neonatologie, was da so ansonsten noch zugehört noch ein bisschen beschreiben?
879 #00:14:42-7#

880
881 B: (3) Hm, meinst du jetzt auch mit, im Hinblick auf die Elternsituation? #00:14:50-9#
882

883 I: Was du so mit entwicklungsfördernder Neonatologie, wie wir das vielleicht anstreben
884 bei uns auf der Station, verbindest. Auch auf die Eltern bezogen, ja. #00:15:01-4#
885

886 B: ähm grundsätzlich verbinde ich selbst damit ähm (2) eine schonende, ganz
887 elternorientierte Pflege von den Kindern. Ein gutes Zusammenwachsen, gepaart mit
888 einer richtigen Ernährung und ähm ich finde, also wenn man das jetzt auch auf das
889 Stillen bezieht. (2) Die Bindung ist tatsächlich einfach eine andere, weil man sich mit
890 ganz anderen Dingen auseinandersetzen muss auch. Also gerade als Mama und auch
891 als Paar dem Kind gegenüber. ähm ich finde, das bedeutet einfach, gerade so auch
892 am Anfang unwahrscheinlich viel mehr Aufwand an Arbeit, sowohl für Pflegende als
893 eben auch für die Eltern selber, und besonders für die Mütter, wenn sie das Stillen
894 anbahnen wollen unter der Situation, in der sie sich gerade befinden mit ihren Kindern.
895 Und ähm für mich gehört dazu auch einfach, ganz genau herauszufiltern, hatte ich ja
896 auch am Anfang schon einmal gesagt, in welcher Situation befinden sich die Eltern
897 überhaupt gerade. Also, äh man weiß einfach, dass ähm dass 85 Prozent, besonders
898 der Mütter, diese Situation auf einer Neonatologie als traumatisch empfinden und
899 teilweise wirklich sogar als krisenbehaftet. Und ähm das macht das Ganze insgesamt
900 ein bisschen schwieriger und ich finde, die Arbeit wird dadurch auch einfach intensiver.
901 Kind und Eltern, Kind und Mutter ganz nah zusammenzubringen und das aushalten zu
902 können und den Weg gemeinsam beschreiten zu können. Und wenn man das noch
903 unter ganz sanften Aspekten hibekommt und ganz liebevollen Aspekten, das ist für
904 mich Entwicklungsförderung. #00:16:50-3#

905
906 I: (2) hm (zustimmend). #00:16:52-5#
907

908 B: Am besten mit einem gestillten Kind am Ende. #00:16:54-9#
909

910 I: (2) Ja. (2) Dieses gestillte Kind am Ende, ist ja eine von unterschiedlichsten
911 Erwartungen, die verschiedene ähm Personen an eine Stillberatung haben. ähm wie
912 gehst du mit diesen Erwartungen um von Familien, vielleicht auch von Kolleginnen,
913 von Ärzten, Ärztinnen (2) und was lösen die in dir aus? #00:17:27-4#
914

915 B: (3) Ganz unterschiedlich. Also ich finde, manchmal, also es ist deutlich schwieriger,
916 Erstgebärende, insbesondere Mütter, sage ich jetzt mal, ähm (2) mit an die Hand zu
917 nehmen. Weil einfach diese Situation 'Ich habe jetzt ein Kind.' und äh 'Das Kind
918 bestimmt mein Leben.', dann ist es auch noch bei uns. Und ähm 'Ich habe gelesen äh.
919 Ich möchte stillen.' und das funktioniert jetzt gerade in dieser Situation nicht. Und ähm
920 die Mutter einfach mit ganz vielen anderen Dingen noch konfrontiert wird, die für sie
921 vorher so gar nicht infrage kamen. Das macht es schwierig ähm, weil man sie an einem

922 ganz anderen Punkt abholen muss, und ich da ist es auch noch einmal ganz
923 unterschiedlich, habe ich jetzt hier eine einfache Mutter, die nicht so belesen ist und
924 sich vorher vielleicht wenig Gedanken gemacht. Die kann man wesentlich schneller
925 abholen. Als jemanden, der einen genauen Plan von seinem Leben hat ähm und auf
926 einmal funktioniert dieser Plan nicht, der die ganze Zeit festgesetzt war. ähm mich da
927 auf die Situation genau einzustellen, finde ich, erfordert schon viel Fingerspitzengefühl.
928 (2) Dann ähm, (3) finde ich, maßgeblich tatsächlich erst einmal ein bisschen Ruhe in
929 die Situation reinzubringen unter den Aspekten, dass wir trotzdem die Milchbildung in
930 Gang bringen, dass wir trotzdem die Bindung zum Kind in Gang bringen unter der
931 Situation, die wir gerade haben, selbst, wenn sie noch so schlecht ist. ähm das ist
932 mitunter nicht einfach. Also, wenn man dann ein Kind vor sich hat, was vielleicht
933 gerade mit dem Leben kämpft, ist es natürlich schwierig, die Mutter abzuholen und die
934 Eltern zusammen auch abzuholen und zu sagen 'So, wir haben hier aber noch einen
935 ganz anderen Aspekt, der wichtig ist.'. Weil es kann ja auch eben sein, dass das Kind
936 das überlebt und ähm dann brauchen wir das einfach. Ich finde, von den Ärzten
937 teilweise schwierig, ähm wenn sie diesen zeitlichen Druck ausüben. (2) Weil ich so
938 denken, ein normales Kind hat auch 40 Wochen Zeit im Bauch zu wohnen. Und äh
939 teilweise sogar länger und ähm (3) ich finde es schwierig, was natürlich immer
940 schwierig ist, in sämtlichen anderen Situationen auch, wenn eben nicht alle an einem
941 Strang ziehen. ähm (2) wenn eben dann, in so einem Fall tatsächlich eher zur Flasche
942 gegriffen wird, um halt einfach die Mutter in der Situation xy zu schonen, weil sie ja
943 gerade so erschöpft ist und so weiter. Aber ähm (2) sie kann ja auch hinterher ganz
944 stolz sein, wenn sie genau diese Situation geschafft hat und da über sich hinaus
945 gewachsen ist und damit das Ziel vielleicht viel eher erreicht werden kann. #00:20:15-
946 7#

947
948 I: hm (zustimmend) #00:20:17-4#

949
950 B: (2) ähm ich finde, das alles so im Blick zu behalten, das ist immer so ein bisschen
951 schwierig. Selbst, wenn ich das für mich selber vielleicht gut händeln könnte, aber
952 genau weiß, nach mir kommt jemand anderes, der das vielleicht nicht so fortsetzt. Das
953 ähm das ist, glaube ich, tatsächlich so einer der schwierigsten Punkte. (3) Oder man
954 übernimmt halt eine Situatio-, also gerade in, mit diesen verschiedenen Schichten und
955 man hat mit Pech eben drei verschiedene Leute am Tag und man übernimmt das Kind
956 und die Mutter, das Kind und die Familie aus einer Situation heraus, die eigentlich
957 gerade schon fast an die Wand gefahren ist. Und versucht sie jetzt wieder
958 zurückzuholen, weil ihr Ziel war ja eigentlich ein ganz anderes. Also ich glaube so,
959 Unterschiedlichkeit in der, in der Anleitung, in der Art und Weise, das durchzuführen,
960 das ist fast das schwierigste. Wenn eben nicht alle an einem Strang ziehen. #00:21:12-
961 9#

962
963 I: Ja. (2) Kannst du dir vorstellen, wie sich Standards und Leitlinien in so eine
964 individuelle Versorgung integrieren lassen? #00:21:24-9#

965
966 B: (3) ähm ich versuche gerade, wenn man das jetzt einfach mal au- auf den Standard,
967 der jetzt entworfen wurde 'von der Sonde an die Brust'. Ich glaube, dass das ein guter
968 Leitfaden sein kann. Ich glaube, dass es vielen helfen kann, sich da daran ein bisschen
969 besser zu orientieren. Ich glaube aber trotzdem, dass, also jetzt mal auf unsere
970 Situation in der Klinik bezogen, in vielen Köpfen einfach noch viel zu sehr drinnen ist
971 'Naja, es geht doch aber auch mit der Flasche.'. Und ähm (3) ich denke, dass, also,
972 ich glaube, dass Standards und Konzepte grundsätzlich gut sind. (2) Aber man muss
973 langfristig auch einfach ganz klar eine Ansage geben, eine Richtlinie geben, wo es

974 einmal hingehen soll. Und wenn die Richtlinie eben heißt 'Wir wollen primär stillen.',
975 heißt die Richtlinie eben 'Primär keine Flasche.'. Und ähm das muss eben so auch klar
976 sein. #00:22:22-9#
977
978 I: (3) Ja. #00:22:26-0#
979
980 B: Weil ich glaube, es ist verdammt schwierig auch für die Eltern, wenn, (2) selbst
981 wenn, sage ich jetzt einmal, zwei Drittel das wirklich ähm sich an den, sich an das
982 Konzept oder an Richtlinien und Standards halten, wenn du dann ein Drittel hast, was
983 es nicht macht (2) glaube ich ähm, ist es auch schwierig, Mu-, Mu-, also die Mütter und
984 die Eltern zusammen da abzuholen. #00:22:47-8#
985
986 I: Ja. (4) Wie könnte für eine Kontinuität in der ähm Beratung gesorgt werden?
987 Abgesehen jetzt von Standards. Du hattest angesprochen, dass es vielleicht sein
988 kann, dass, wenn in jeder Schicht jemand anderes kommt, jeder ähm (2) naja das
989 Konzept der Vorherigen vielleicht nicht weiterführt. #00:23:18-4#
990
991 B: hm (zustimmend) #00:23:19-6#
992
993 I: Über welche Kommunikationswege könnte das verbessert werden? #00:23:26-5#
994
995 B: (2) Da habe ich tatsächlich schon ein paar Mal darüber nachgedacht und ähm (2)
996 in der Fortbildung haben sie sie immer gerne 'Die Dinosaurier' genannt, die man
997 einfach nicht von anderen Dingen überzeugen kann, egal, wie das funkt-, egal, wie du
998 es machen würdest. Und dann muss man einfach hoffen, dass die aussterben (lacht).
999 ähm nein, also ich glaube, dass es grundsätzlich schwierig ist. Ich find tatsächlich, ähm
1000 wenn man das irgendwie auf der Kurve fixieren würde am sinnvollsten. (2) Was
1001 natürlich besser funktioniert, wenn man äh eine Leitlinie hat, wenn man einen Standard
1002 hat, wo man das auch sichtbar nachvollziehen kann 'Ok, wir sind jetzt an dem und dem
1003 Punkt.' oder 'Wir versuchen jetzt genau das.'. Ich glaube, dass es schwierig ist ähm,
1004 sobald viele Extrazettel da mit im Spiel sind. Zumindest müsste es irgendwie ganz
1005 dicht am Kurvenblatt sein, damit es einfach so omnipräsent ist. Und ähm (2) ich finde,
1006 das ist, für mich ist das ein Bestandteil in der Übergabe, dass das einfach dazugehört
1007 äh, 'Was haben wir besprochen? (2) Wie ähm (2) wie kann man der Mutter, also ich
1008 sage jetzt mal, insbesondere der Mutter, damit helfen? (2) Wie ist der Weg jetzt
1009 gerade? Wo ist ihr Problem?'. Und ähm ich finde, dass eben auch im Dialog ja Sachen
1010 entstehen können, wenn man sagt 'Mensch, ich habe da vielleicht noch eine andere
1011 Idee. Vielleicht passt das ja für sie.'. ähm (3) ja, also ich glaube, tatsächlich, ich finde
1012 schriftlich nicht schlecht. Ich glaube nur, dass viele das oft nicht lesen. Und ähm (2)
1013 ich glaube, dass es für viele auch einfach nicht so wichtig im Kopf ist, dass sie während
1014 einer mündlichen Übergabe darüber reden. Aber ich finde, dass es halt äh dazu gehört.
1015 #00:25:14-7#
1016
1017 I: (4) Ja. (3) Du hattest das als 'omnipräsent auf Station' beschrieben. #00:25:25-1#
1018
1019 B: hm (zustimmend) #00:25:26-1#
1020
1021 I: Jetzt ist ja gerade in der Stillberatung, am Anfang, wenn die Mütter aus dem
1022 Kreißsaal kommen und dann auf die Wöchnerinnenstation gehen ähm sind auch noch
1023 andere Teams involviert. #00:25:37-3#
1024
1025 B: Ja. #00:25:38-0#

1026

1027 I: Was könnte in der stationsübergreifenden Kooperation besser laufen? #00:25:41-7#

1028

1029 B: (4) Ein besseres Zusammenarbeiten wäre einfach, schon von so (unv.) richtig gut.
1030 Also, ich meine, wenn die Übergabe aus dem Kreißsaal kommt 'Hey, ich habe die Frau
1031 schon ausge- äh habe ihr schon Handentleerung gezeigt' und 'Wir haben das schon
1032 einmal gemacht.'. ähm genauso, wenn die Mutter runter geht und ähm ich finde,
1033 alleine, wenn wenn die Mutter das erste Mal runtergeht auf die Station, müsste
1034 eigentlich irgendein Dialog zwischen diesen beiden Stationen stattfinden. 'Was haben
1035 wir oben schon gemacht? Was haben wir vielleicht nicht geschafft? Was wäre jetzt
1036 dran?'. ähm dass die quasi von uns auch eine Übergabe hätten. 'Ok, die haben oben
1037 schon zweimal handentleert, super. Das können wir ja jetzt gleich so weiterführen.'.
1038 Aber so alleine dieser Dialog selbst klappt ja schon gerade nicht. Und ähm genauso,
1039 wenn sie dann vielleicht das zweite Mal zum Kuschneln kommt. Dass wir von dort ein
1040 Feedback bekommen 'Mensch, hey, die hat sich da gut dran gehalten. Die macht das.'
1041 oder ähm 'Ne, wir mussten sie immer daran erinnern und sie hat es trotzdem nicht
1042 gemacht.'. ähm (2) um genau da schon die ersten Probleme zu erkennen
1043 beziehungsweise vielleicht auch nachzufragen 'Warum hat es nicht geklappt?'. ähm
1044 (3) ist ja, um auch, also, na klar, kann es einmal nicht geklappt haben, weil vielleicht
1045 irgendwelche Situation entstanden ist, wo die Frau völlig neben der Spur ist und
1046 überhaupt nicht klar denken kann. Oder auch Papa nicht klar denken kann, um sie
1047 darin zu überst- unterstützen. Aber dann muss man das eben wissen. (2) Weil nur
1048 dann kann ich das ja rechtzeitig auffangen. (2) Und ja, ich weiß, dass man erschöpft
1049 ist, und ja, ich weiß auch, wie sich müde sein richtig scheiße anfühlen kann. ähm aber
1050 ich sag dann auch ganz gerne 'Ganz ehrlich, wäre das Kind jetzt bei ihnen,
1051 neugeborenen, wäre es auch wach, und sie könnten nicht schlafen.'. Also das sind ja
1052 die wenigsten Kinder, die dann erstmal noch stundenlang schlafen. (3) Und ich glaube,
1053 das ist einfach vielen nicht bewusst, wenn sie so diesen Müdigkeitsfaktor haben und
1054 (2) da einmal darüber wegschlafen wollen. Das wäre ja sonst, wenn alles normal
1055 gelaufen wäre, auch nicht so gewesen. (4) Ja, also mir fehlt halt tatsächlich einfach
1056 diese schnelle, zeitige Übergabe und gerade im speziellen Fall von unserer Klinik ähm
1057 (2) erfolgt ja da so gar nichts, wenn man nicht gerade eine Schwester M. hat oder
1058 irgendwas. ähm (2) und ich, ja, also ich (3) habe auch oft das Gefühl, dass das auch
1059 von, von der anderen Station gar nicht gewollt ist. Da eine engere Übergabe zu haben.
1060 Also ab und an habe ich tatsächlich einmal eine Mutter mit heruntergefahren und habe
1061 nach einer Schwester gesucht, um ihr zu sagen 'Ja, weiß ich nicht, das und das ist
1062 jetzt vielleicht auch gerade los.' oder 'Die muss einmal zur Toilette.' oder 'Klagt über
1063 Schmerzen.'. Und das ist echt so 'Ah ja, hm. Schiebe sie mal ins Zimmer.'. (2) Wo ich
1064 so denke 'Ne, also das (2) geht auch irgendwie so gerade einfach nicht.'. (2) Ich meine,
1065 die Frauen waren mitunter dann auch drei Stunden bei uns. Da gehört auch, finde ich,
1066 zügig einmal auf Blase geguckt und ziemlich zügig einmal ähm auf die Vorlage und
1067 was weiß ich nicht geguckt. Und manchmal also, wenn man dann einen guten Draht
1068 zu der Mutter hat und einfach mal mitbekommt, wann dann wirklich einmal jemand im
1069 Zimmer war. Das finde ich schon erschreckend. #00:29:16-0#

1070

1071 I: (2) Ja. #00:29:18-9#

1072

1073 B: Und dann weiß ich auch, wie der Rest läuft. #00:29:21-0#

1074

1075 I: (7) Das heißt, ähm (2) dass auch durch den Umgang auf den anderen Stationen mit
1076 den Frauen die Stillberatung oder das Stillen auf unserer Station beeinträchtigt werden
1077 kann, beeinflusst wird. #00:29:46-2#

1078
1079 B: Ja, finde ich schon. #00:29:47-8#
1080
1081 I: hm (zustimmend) #00:29:48-6#
1082
1083 B: ähm weil in dem Moment, wo wir ja jetzt, in unserem Fall sind wir ja einfach zwei
1084 Stationen, die die Mütter betreuen. (2) Und äh teilweise eben auch die Eltern
1085 zusammen betreuen. Und wir müssten eigentlich zusammen an einem Strang ziehen.
1086 (2) Und es müssten auf beiden Stationen die gleichen Konzepte vorliegen. Und
1087 zumindest was ähm die Muttermilchgewinnung und Muttermilchproduktion angeht.
1088 Und es müssten sich beide Stationen komplett daran halten. Und dazu gehört halt
1089 eben auch ein genauer Fahrplan so 'Ok, oben ist schon zweimal ausgest- ähm
1090 handentleert worden.' und ähm 'Wir sind jetzt das nächste Mal dann und dann dran.'
1091 und 'Wir achten auch darauf, dass das durchgeführt wird.'. #00:30:29-9#
1092
1093 I: (2) Auf welchem Weg könnte diese Kommunikation laufen? Jetzt muss man ja dazu
1094 sagen, dass die Mütter bei uns häufig mit einem Transportdienst ähm ja auf eine
1095 andere Station gebracht werden, sodass wir uns ja gar nicht sehen für eine mündliche
1096 Übergabe. Wie könnte das aussehen? #00:30:49-4#
1097
1098 B: Ja, aber man könnte ja zum Beispiel sagen 'Ok, ähm'. Es gibt dann auch von unserer
1099 Seite einen kurzen Anruf, dass die Mami jetzt auf dem Weg nach unten ist und ähm
1100 'So und so ist der Stand.'. #00:30:59-6#
1101
1102 I: hm (zustimmend) #00:30:59-7#
1103
1104 B: (3) Und 'Wir würden uns freuen, wenn das fortgeführt wird.'. (lacht) #00:31:04-6#
1105
1106 I: Ja. (5) Ja, die Kooperation ist ein äh ein großes Thema, ne? #00:31:13-2#
1107
1108 B: Ja. #00:31:14-2#
1109
1110 I: (2) Ok. (2) Dann vielleicht noch einmal zu einer ganz äh weiten Frage. Hm wenn
1111 man jetzt die Situation auf unserer Station mit dem ganzen Kontext außen rum
1112 betrachtet, was so ein Aufenthalt auf der Neonatologie mitbringt, was sind aus deiner
1113 Sicht die wichtigsten Aspekte in der Beratung dieser Familien, Eltern, Mütter?
1114 #00:31:42-6#
1115
1116 B: Ich finde tatsächlich, dass einem bewusst ist, in welcher Situation sich Mütter,
1117 Eltern, die in irgendeiner Art und Weise bei uns landen, befinden. Es muss einem
1118 bewusst sein, dass das nicht so geplant war für die, dass die sich das nicht gewünscht
1119 haben. ähm dass die auch völlig unvorbereitet in dieser Situation landen. (2) Eltern
1120 von Frühchen mitunter ja schon ein bisschen vorbereitet, wenn sie schon eine Weile
1121 dalagen und ähm eine drohende Frühgeburt schon eine ganze Zeit in sich getragen
1122 haben. Die hatten ja zumindest die Chance, sich irgendwie so halbwegs damit
1123 auseinanderzusetzen; wissen trotzdem nicht, ähm was sie erwartet und wie sich das
1124 anfühlt vor allen Dingen. Und ich finde, ähm das sollte jedem von uns einfach klar sein.
1125 Und dass man einfach auch, die mitunter mit ein bisschen Samthandschuhen
1126 anfassen muss, um überhaupt erstmal einen Zugang zu gewinnen. Wenn ich den
1127 Zugang habe, kann ich natürlich auch einfach ähm eine ganz andere Kommunikation
1128 leisten und eine ganz andere Arbeit leisten und eine ganz andere Bearb- Beratung
1129 leisten. Und ähm ich muss einfach auch wissen, (2) wie das drumherum um diese

1130 Situation ist. Also 'Gibt es noch Geschwisterkinder?', weil ähm diese Familien kann
1131 man, haben noch ganz andere Ängste, die dann halt einfach auch denken 'Wie mache
1132 ich das jetzt einfach überhaupt die ganze Zeit? Wie soll ich das leisten? Ich kann das
1133 nicht leisten. Ich habe vielleicht keinen, der mir hilft.' Oder gerade so zu Zeiten des
1134 Lockdowns, wo dann auch noch die anderen Kinder Zuhause sind und ähm. Oder jetzt
1135 überhaupt so wenig Besuchsrecht. 'Es kann mir keiner etwas abnehmen.'. Ich finde,
1136 das muss jeder wissen, in welcher Situation sich diese Familie gerade befindet, um
1137 dann eben entsprechend ganz individuell auf die eingehen zu können, um das gleiche
1138 Ziel, was ja eigentlich haben wollen, zu erreichen. Die brauchen mitunter einfach ganz
1139 andere Unterstützung als ähm (2) jemand, der (2) mit sich im Reinen ist und der auch
1140 fein damit ist, dass das Kind jetzt eben eine 35. Woche geworden ist und ähm sich
1141 sagt 'Ok, das schaffe ich schon irgendwie.' Sind ja, hab-, bringen ja auch jeder einfach
1142 eine andere Grundstruktur in sich mit, mit Situationen, wie Krisen, umgehen zu
1143 können. (2) Vielleicht muss da einfach auch jeden ganz woanders abholen. (4) Ja, und
1144 Überforderung hin oder her ähm, wenn ich erst einmal das Gefühl geben kann 'Wir
1145 kriegen das schon hin.', habe ich eben auch einen Zugang, alle anderen Sachen zu
1146 besprechen und umzusetzen. (3) Und wenn es einmal einen Schritt zurückgeht oder
1147 einmal zwei Schritte zurückgeht und dann wieder einen vorwärts geht, ist das ja auch
1148 einfach schon ein kleines Ziel. Und ich finde da, auch das muss man äh immer wieder
1149 so ein bisschen im Blick behalten. Es wird vielleicht nicht immer nur vorwärts gehen.
1150 Es wird eben auch Rückschläge geben und auch gerade so, was Stillen und
1151 Muttermilchgewinnung angeht. Das ist eben nicht immer nur einfach und das ist auch
1152 nicht immer nur toll. Und es ähm fühlt sich manchmal auch einfach ätzend an. Und
1153 ähm aber das große Ziel ist halt einfach das wert, sich dafür anzustrengen. (4) Und
1154 nicht jede Mutti eines reifen, gesunden Kindes findet Stillen nur toll. Ich finde, das kann
1155 man ruhig auch offen und ehrlich sagen. 'Ich fand es auch scheiße.'. (lacht) (5) Ich
1156 glaube, es ist ganz oft auch so ein falsches Bild, was viele im Kopf haben, dass eben.
1157 Das wird halt immer beschrieben 'Stillen ist das Tollste auf der Welt.' und 'Es ist ja ganz
1158 einfach.'. Also das ist zumindest das Bild, was ich von vielen so wahrnehme, wenn,
1159 wenn man sich unterhält. Und es ist eben nicht immer das Einfachste von der Welt und
1160 auch bei vielen Reifgeborenen ist es eben nicht immer das Einfachste der Welt. Weil
1161 es eben so viele verschiedene Faktoren geben kann, warum es gerade nicht einfach
1162 nicht. Sei es nun das Kind oder sei es die Mutter selber oder sei es ähm irgendwelcher
1163 Hintergrund. (2) Und ich glaube, dass man alleine mit dieser Information auch schon
1164 viel Druck rausnehmen kann 'Ok, es geht eben auch anderen so.'. (2) Trotzdem kann
1165 man das schaffen. (4) Wenn man sich anstrengt. #00:36:10-2#

1166

1167 I: Ja. Was denkst du, was motiviert da am meisten? Dass zu schaffen? #00:36:17-6#

1168

1169 B: (2) Ich glaube, immer wieder Mut zu machen und zu loben. (2) Und aber auch mal
1170 zu respektieren, das ist ja so ein bisschen unterschiedlich, ne. (2) Ich finde, wenn sich
1171 jemand wirklich anstrengt und dann einfach auch einmal einen Hänger hat und sagt
1172 'Heute ist irgendwie so ein Tag.'. Wo man einfach einmal sagt 'Ja, es ist einfach auch
1173 mal scheiße.' und das auch mal zulassen kann, ohne das Ziel so vor Augen zu
1174 verlieren, sondern ei-, einfach auch einmal Mut zu machen, auch einmal zu heulen.
1175 Und auch einmal herauslassen zu dürfen, wie kacke man das alles gerade findet. ähm
1176 und trotzdem zu bestärken, weiterzumachen, weil es ist morgen einfach auch ein
1177 anderer Tag und vielleicht ist es morgen ganz anders. (3) Also das einfach
1178 wahrzunehmen, trotzdem anzuerkennen und trotzdem irgendwie auch Mut zu machen,
1179 weiterzumachen. (3) Und wenn ja, was ein bisschen schwierig ist, wenn die Frauen
1180 selber sich so einen Druck aufbauen, ne. Also, oder manchmal sind es ja tatsächlich
1181 auch die Väter, die den Druck aufbauen. (2) Und ähm den Druck herausnehmen, das

1182 finde ich tatsächlich, das ist am schwierigsten. (5) Wo will man eine verkopfte Frau,
1183 die selber sofort merkt 'Mensch, ich habe nicht so viel Milch.' oder ähm keine Ahnung.
1184 Die kann man schwer abholen, finde ich. #00:37:41-3#
1185
1186 I: (3) Hast du da Strategien, wie du das machst? #00:37:46-2#
1187
1188 B: Ich versuche tatsächlich eher, ein ganz lockeres Gespräch anzugehen. Und
1189 versuche tatsächlich halt auch einfach aufzuzeigen, dass es eben nicht immer so
1190 einfach ist und dass man, dass es so viele anderen Frauen gibt, die ähm damit
1191 kämpfen. Dass es verschiedene Möglichkeiten noch gibt, die man eventuell noch
1192 ausreizen kann. ähm mit einer etwas intensiveren Beratung, mit ähm zusätzlichen
1193 Dingen, wie Bockshornkleesamen, Stilltees und so weiter. ähm das man einfach auch
1194 so, den Weg offen lässt, zu sagen 'Es gibt noch Möglichkeiten.' und 'Versuche es
1195 einfach trotzdem weiter.'. #00:38:25-2#
1196
1197 I: hm (zustimmend) #00:38:26-8#
1198
1199 B: (2) Also ich glaube einfach, so dieses Mut machen 'Hey, probiere es. (2) Es kann
1200 mitunter trotzdem klappen.'. Also ich habe immer so ein schönes Beispiel. Ich habe
1201 eine Freundin; wir haben relativ zum gleichen Zeitpunkt ähm das erste Kind
1202 bekommen. Die hat ihr Kind nach drei Monaten voll gestillt. Solange hat es aber
1203 einfach gedauert. #00:38:45-2#
1204
1205 I: Ja. #00:38:45-9#
1206
1207 B: Aber die nicht aufgeben. Die wollte das unbedingt. Und ähm das Kind hatte
1208 einfach auch noch so ein paar Probleme, also in dem Beispiel, sage ich auch, dass
1209 das Kind einfach auch ein paar Probleme hatte. Der hatte ganz (räuspert), der war
1210 ganz doll verspannt in dem ganzen Kieferbereich und brauchte viel Osteopathie. Aber
1211 am Ende hat es sich einfach gelohnt. (3) Und klar ist der Weg hart und steinig,
1212 manchmal. Aber ähm (2) es gibt ja auch Möglichkeiten, das zu schaffen. #00:39:16-2#
1213
1214 I: Ja. #00:39:17-3#
1215
1216 B: (3) Aber ich finde, da muss man dann halt auch wieder genau vorher wissen, wie
1217 ist die Frau dazu eingestellt. Es gibt ja einfach so Typen, die schnell aufgeben. Da ist
1218 es halt auch schwierig ähm (3) die rechtzeitig noch einmal weiter zu motivieren. Die
1219 brauchen ja meistens nicht einmal viel dafür zu tun. (3) Während andere sich
1220 anstrengen und einfach nicht belohnt werden. Das ist fies. (lacht) #00:39:42-5#
1221
1222 I: (3) In deinem Beispiel hast du gesagt, ähm wollte die Frau das unbedingt schaffen.
1223 Welche Bedeutung ähm hat dieses Schaffen-wollen, die Motivation auch ähm für das
1224 Ziel, was die Frauen sich setzen? #00:40:03-1#
1225
1226 B: (3) Ich glaube, man muss da ein bisschen vorsichtig sein. Einige Frauen haben ja
1227 auch ganz schnell das Gefühl, wenn sie das nicht schaffen, dass sie ähm sich schlecht
1228 oder als Versagerin fühlen. Das nicht geschafft zu haben. (2) ähm (2) Ja. (3) Das ist,
1229 ich hatte in einem Buch einmal gelesen 'Man ist keine schlechte Mutter, nur, weil man
1230 vielleicht nicht stillen kann.'. (3) Aber ich finde es schwierig, so einen Satz zu bringen,
1231 wenn man ganz am Anfang der Milchbildung ist. (3) Ich finde, wenn alles versucht
1232 wurde ähm inklusive bester Stillberatung, diverser zusätzlicher Medikamente und so
1233 weiter und man bekommt es einfach nicht in Gang, weil es zum Beispiel einfach nicht

1234 genügend Milchgewebe gibt, milch- milchbildendes Gewebe gibt. (2) Dann finde ich,
1235 kann man auch einmal sagen 'Man ist keine schlechte Mutter, nur, weil man vielleicht
1236 nicht stillen kann.'. (4) Es ist so ein, ja (3). Ich erlebe immer so unterschiedliche
1237 Beispiele, auch im Freundeskreis ähm. Wie schnell einige aufgeben und sagen 'Ne,
1238 das ist nichts für mich.' und 'Ich kann das nicht.' und ähm 'Ich finde das alles blöd.'.
1239 Und hinterher aber auch so das Gefühl kommt 'Mensch, ich habe es ja nicht geschafft.
1240 Vielleicht hätte ich ja doch noch ein bisschen länger durchhalten sollen. Vielleicht hätte
1241 ich es ja noch hinbekommen.' Ganz schwierig, also, weil, es ist einfach auch (2). Es
1242 ist eine Herausforderung, das hinzubekommen. #00:41:45-0#

1243

1244 I: (5) Ja. (3) Ok, also meine inhaltlichen Fragen wären soweit besprochen. Möchtest
1245 du mir noch etwas sagen, was dir wichtig ist, was bisher nicht ausreichend thematisiert
1246 oder gar nicht angesprochen wurde, worüber du häufig nachdenkst oder so in der
1247 Vorbereitung nachgedacht hast? #00:42:09-6#

1248

1249 B: Hm (2). Ich finde, dass eine Frau auch sagen darf, sie möchte nicht stillen. (2)
1250 Warum auch immer, sie sich so entschieden hat ähm. Ja, hatten da in der Fortbildung
1251 auch viel darüber gesprochen. (2) ähm, dass man ja zumindest so Strategien
1252 anwenden kann, wie 'Sie können es doch vielleicht für den Aufenthalt hier auf der Neo
1253 probieren. Es würde ihr Kind einfach unterstützen.' (2) Dass ähm finde ich, kann auch
1254 gut funktionieren und ich fand, diese Strat-, diese Lösungswege ganz gut. Aber
1255 manchmal denke ich, wir wissen einfach auch alle nicht, in was für Situationen die so
1256 sind. (2) Und ähm (2) ich bin kein Freund davon, jemanden dazu zu zwingen. (3) Ich
1257 finde es, ich finde, Muttermilch ist toll. Und ich finde, Muttermilch ist total wichtig. (3)
1258 Ja, ich finde halt, so gerade sich, da über sich hinauszuwachsen und das Kind immer
1259 wieder bei sich zu haben und eben sich nicht dieser Situation entziehen zu können, in
1260 dem ich jemand anderen die Flasche in die Hand drücke und sage 'Hier füttere du
1261 mal.'. Das macht am Ende eben auch einfach diese Bindung aus. Ich musste mich
1262 einfach durch bestimmte Situationen mit diesem Kind zusammen durchquälen und
1263 ähm das aushalten und (2). Konnte es eben nicht weggeben. Und ich glaube, davon
1264 profitieren am Ende doch beide. #00:43:46-7#

1265

1266 I: (2) Ja. (5) Wenn du von Fortbildung sprichst, meinst du immer die Fortbildung oder
1267 die Weiterbildung Neonatalbegleitung, // ne?

1268

1269 B: Genau, hm (zustimmend)

1270

1271 I: Ja. // hm (zustimmend) #00:43:59-7#

1272

1273 B: (2) Wir hatten irgendwie noch so zwei, drei Sätze ähm in diesem Zusammenhang,
1274 die man durchaus auf einer Neonatologie vielleicht anwen- also gerade, wenn es jetzt
1275 um ein sehr kleines Frühgeborenes geht, ne. ähm (2) Wenn jetzt Mami xy sagt ähm
1276 'Ich möchte nicht stillen.' (2) Dass man erstmal vielleicht versucht anzubahnen 'Wie
1277 kommt es zu dieser Entscheidung?'. Und wenn ein Hauch einer Möglichkeit besteht,
1278 sie vielleicht doch anders ähm (2) davon überzeugen zu können. Dann sollte man es
1279 versuchen. Das denke ich schon auch. Aber, wenn jemand vehement sagt, er möchte
1280 das nicht, dann (2) ja. Ich glaube, dann ist das auch schwierig zu sagen 'Ok, wir wollen
1281 es trotzdem.'. (3) Ich denke schon, dass man immer noch einmal erwähnen sollte,
1282 welche Vorteile das hat. Aber wenn die Entscheidung ein zweites Mal so offen
1283 geäußert wurde, dann ist es auch (unv.) (2) Aber ich bin dann dafür, dass sie
1284 rechtzeitig eine nette Nahrung besorgen, sobald das irgendwie möglich ist. #00:45:00-
1285 4#

1286
1287 I: Ja. (3) Das heißt, dass in der Neonatologie im Zweifel man dem Kind die Priorität
1288 geben würde? (2) Wenn man nun sagt 'Ok, die Frau hat jetzt schon geäußert, dass sie
1289 nicht stillen möchte. Wir fragen trotzdem noch einmal nach.'. #00:45:22-6#
1290
1291 B: Ich würde das ganz vorsichtig angehen. Also ich würde zumindest fragen, ob sie
1292 sich ähm mit dem Thema schon einmal eingehend beschäftigt haben. (2) Einfach um
1293 das einmal, also ich, manchmal ist es doch wirklich so, dass man dann einfach jemand
1294 vor sich hat, der sich nicht wirklich mit dem Thema Muttermilch und ihrer
1295 Zusammensetzung und Vorteile auseinandergesetzt hat, sondern wirklich sieht, ähm.
1296 (2) Oder eher im Kopf hat 'Oh Gott, meine Brüste werden davon hässlich.' Und was
1297 weiß ich nicht alles. ähm (2) einfach noch einmal nachzuhaken. ähm (2) aber es gibt
1298 ja eben auch tatsächlich, also, gut, vorsichtig nachzuhaken und wenn ein Spielraum
1299 sich dabei aufzeigt, von wegen 'Naja, eigentlich so wirklich habe ich mich damit noch
1300 nie auseinandergesetzt.'. ähm und man hat ja mitunter auch so Frau-, gerade, sage
1301 ich mal, aus bildungsfernen Familien (2), die um diese Möglichkeit einer Milchpumpe
1302 gar nicht wissen. Und das jetzt 'Ja, das Baby ist eh viel zu klein. Das kann ja nicht bei
1303 mir trinken und deshalb ähm mache ich das einfach nicht.'. Also klar lohnt es sich in
1304 diesen Fällen schon ein bisschen nachzuhaken und dann den Weg vielleicht doch zu
1305 forcieren, dass es geht. Aber, wenn, es gibt ja auch genauso gut Frauen, die eben
1306 schwerste Misshandlungen oder sonstiges erfahren haben, die einfach niemanden an
1307 ihren Körper lassen. Dann kann man da auch nicht sagen 'Du musst.'. #00:46:46-8#
1308
1309 I: (2) Ja. #00:46:48-8#
1310
1311 B: (3) Ich finde, die Kommunikation ist halt einfach so das A und O, um solche
1312 Situationen gut herausfiltern zu können oder nicht. (2) Ich finde ja, alle sollten ein
1313 Kommunikationstraining haben. (5) Es funktioniert natürlich nicht, wenn ich hingeh
1314 und sage 'Ja, sie wollen nicht stillen? Ja, ok, gut, danke.'. 'Dann ist das so.'. Ja, hm.
1315 (7) Joa. #00:47:22-6#
1316
1317 I: Ok. Gibt es sonst noch etwas, was du sagen möchtest? #00:47:26-0#
1318
1319 B: (4) Ich wünsche mir für alle äh (räuspern) neuen Mitarbeiter bei uns (2) und für alle,
1320 die schon ein bisschen länger da sind und trotzdem wenig Ahnung haben, einmal so
1321 einen ganzen Tag Stillfortbildung, oder zwei. Also ich musste das tatsächlich, als ich
1322 angefangen habe. Ich musste zwei Tage zur Stillfortbildung, auch relativ zeitnah. Das
1323 war damals für alle neuen Mitarbeiter auch Pflicht. Und ähm ich fand das gut und ich
1324 würde es total gut finden, wenn neue Mitarbeiter, die bisher wenig Kontakt mit dem
1325 Thema Stillen, Muttermilchgewinnung, Anbahnen des Erstkontaktes und so weiter
1326 hatten, dass die vielleicht einfach einmal einen Tag mit einer Stillberaterin mitgehen.
1327 (4) Und einfach einmal gucken, wie es ist. #00:48:16-2#
1328
1329 I: hm (zustimmend) #00:48:17-2#
1330
1331 B: (3) Würde ich jedenfalls total gut finden. Also eigentlich auch zwei Tage. Um
1332 möglichst viele Facetten auch davon mitzubekommen, was kann man machen, wie
1333 kann ich damit umgehen, welche Position passt für wen am besten? ähm (2) was habe
1334 ich für Möglichkeiten, es überhaupt zu probieren? (3) Wie kann ich Mütter auffangen,
1335 die gerade total heulen? Solche Geschichten. (3) Das ist der Nachteil einer Einzelbett-
1336 Zimmer-Station. (2) Weil ich konnte einfach ganz viel lernen, in diesen
1337 Fünfbettzimmern, die wir hatten und ich konnte mir einfach ganz viel abgucken. Ich

1338 konnte mir ganz viel von den Gesprächen ähm mit anhören, wenn ich einfach ein
1339 anderes Kind versorgt habe nebenbei und. (2) Ich konnte ähm (2) ja auch ganz (2)
1340 ganz viel schlechte Situationen mitbekommen. Ich konnte ganz viel Gutes mitnehmen.
1341 Ich konnte ganz viele Stillpositionen sehen. Einfach nur, weil ich mit ihm Zimmer war
1342 und (2) ja. #00:49:25-7#
1343
1344 I: Ja. #00:49:26-9#
1345
1346 B: (2) Das ist einfach ein Riesennachteil für all diejenigen, die jetzt halt so in die
1347 Situation geworfen werden, weil sie sind alleine im Zimmer und sie können eben nicht
1348 gucken. #00:49:36-1#
1349
1350 I: (2) Und aus deiner Erfahrung: hatte das auch Auswirkungen auf die Mütter in diesen
1351 Mehrbettzimmern? #00:49:46-3#
1352
1353 B: (2) Meinst du, von also ähm (2) das muss man ja jetzt unterschiedlich betrachten.
1354 Meinst du, weil sie halt eben nicht so isoliert waren? (2) Oder eher negativ behaftet,
1355 weil so, immer so viele andere drumherum waren? #00:50:01-4#
1356
1357 I: Was hast du erlebt? Wie hast du das wahrgenommen? Das kann ja in beide
1358 Richtungen gehen, da hast du recht. #00:50:07-2#
1359
1360 B: ähm ganz unterschiedlich. Viele Mütter fanden es, glaube ich, schön, wenn ein
1361 netter Dialog entstanden ist. Auch zu anderen Müttern, die ähnliche Probleme hatten
1362 und vielleicht ein ähnlich kleines Kind hatten oder ein ähnlich krankes Kind oder ähm.
1363 (2) Die ja einfach stundenlang gekuschelt haben und selber viel entspannter waren,
1364 wenn sie mit einer anderen Mutter oder mit einem anderen Vater Kontakt aufnehmen
1365 konnten. Und da so ganz, da sind teilweise auch wirklich Freundschaften entstanden.
1366 Und ich glaube, die haben ähm zumindest für die Zeit auf der Neo. Die hat das
1367 entspannt und ähm das hast du den Kindern auch angemerkt. Ich finde immer, wenn
1368 du eine entspannte Mutter hast, hast du auch ein entspanntes Kind. Gerade bei den
1369 ganz kleinen Kindern. Was das Stillen anging, ich habe das unterschätzt, äh solange
1370 ich noch kein eigenes Kind hatte. Ich habe halt gedacht 'Naja, es ist jetzt hier halt so.'
1371 und 'Gehört nun einmal dazu.' und 'Die entblößen sich hier.' und ähm 'Naja, stillen ist
1372 ja auch das Normalste der Welt.'. Und habe das selber ganz ganz schrecklich
1373 empfunden, als ich gestillt hatte und mich das erste Mal in der Öffentlichkeit hinsetzen
1374 musste und stillen musste. (2) Wo ich so dachte 'Ok.'. Ich war vorher nicht so ein
1375 verklemmter Mensch, aber trotzdem habe ich das auf einmal als ganz negativ
1376 empfunden. Und habe da erst angefangen, das doch auch ein bisschen anders zu
1377 hinterfragen äh, wie die sich wohl so dabei fühlen und ähm (2). Habe ein bisschen
1378 mehr darauf geachtet, aber es ist eben auch ganz unterschiedlich gewesen. Einige
1379 haben damit weniger Probleme als andere, und bei muslimischen Frauen haben wir
1380 meistens in den großen Zimmern darauf geachtet, dass sie eben eher mit dem Rücken
1381 zu den anderen sitzen, wenn sie gestillt haben. (2) Und äh und denen hatten wir, wenn
1382 sie nicht selber weite Strickjacken mithatten, eben Kittel von hinten übergezogen, dass
1383 sie die über die Brüste drüber halten konnten, die gut abgedeckt und so weiter. ähm
1384 (2) und man hat doch auch sehr schnell gemerkt, dass es eben Frauen gibt, die ähm
1385 versucht haben zu kommen, wenn die anderen gerade nicht sind, weil sie das eben
1386 nicht so mochten. Und (2) ja, ich glaube, das ist halt ganz unterschiedlich gewesen.
1387 (3) Ich, ei-, ich weiß, als ich angefangen habe, gab es dann halt eine Konstellation,
1388 tatsächlich auch eine Mama, die hat wahnsinnig viel Milch gehabt, und bei der anderen
1389 hat es einfach nicht funktioniert. Die hat die Milch von der anderen Mutter bekommen

1390 irgendwann. Die haben sich beide geeinigt, privat, und ähm dann hat quasi das Kind
1391 der Mutter, die keine Milch hatte, die Muttermilch des anderen Kindes bekommen. (2)
1392 Also in dem Fall ja auch irgendwie eine ganz positive Fügung, weil die Mutter trotzdem
1393 ein gutes Gefühl für ihr Kind hatte. Dass es jetzt trotzdem Muttermilch hat, auch wenn
1394 es ihr eigenes (unv.). Und (2) ich glaube schon, dass, dass man für den sozialen
1395 Ausgleich, dass es auch gut sein kann in einem Mehrbettzimmer. Da finde ich, dass
1396 viele Mütter bei uns doch schon ziemlich isoliert sind. (3) Aber ich glaube, für dieses
1397 ständige Entblößen ist es halt auch ein Segen alleine sein zu dürfen. #00:53:07-1#
1398
1399 I: (10) Ok. Gibt es sonst noch etwas, was du sagen möchtest? #00:53:20-5#
1400
1401 B: (6) Nö, ich glaub. (lacht) #00:53:27-5#
1402
1403 I: Ist gut. (2) Dann würde ich jetzt gerne noch einmal ein paar demografische Daten
1404 anhand eines kurzen Bogens abfragen. #00:53:37-1#
1405
1406 B: hm (zustimmend). #00:53:37-4#

Interview-Nummer	115
Datum des Interviews	15.12.2020
Art des Interviews	telefonisch
Dauer des Interviews	42:28
Interviewerin / Transkribientin	Janina Tönnies / Janina Tönnies
Transkriptionsregel	Siehe extra Dokument
Atmosphäre	Locker, offen
Gesprächsverlauf	Nah am Leitfaden
Besonderheiten / Störungen	keine

1407

1408 I: Also in meiner Masterarbeit möchte ich herausfinden, welche Aspekte die
1409 Stillberatung in der Neonatologie aus Sicht von Pflegenden ausmachen und dir reicht
1410 das so an Informationen, da du das Infoschreiben gelesen hattest, richtig? #00:00:18-
1411 1#

1412

1413 B: Richtig. #00:00:18-8#

1414

1415 I: Gut, dann ähm darfst du mir alles zum Thema erzählen, was du wichtig findest und
1416 erzählen möchtest, auch unabhängig von meinen vorbereiteten Fragen. Jede Antwort
1417 ist wertvoll. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Du darfst so ausführlich
1418 antworten, wie es dir passend erscheint und ja. Wie jetzt gerade schon gemerkt, ich
1419 versuche dieses Interview aufzunehmen, um es dann verschriftlichen und auswerten
1420 zu können. Mit dem gesamten Material gehe ich vertraulich um. Nur ich habe Zugriff
1421 darauf und arbeite damit. Alle Daten, die Rückschlüsse auf dich erlauben, werden
1422 gelöscht oder pseudonymisiert, sodass auch in meinem späteren Bericht niemand äh
1423 etwas mit dir in Verbindung bringen kann. #00:01:02-1#

1424

1425 B: hm (zustimmend) #00:01:02-7#

1426

1427 I: Nach der Verschriftlichung schicke ich dir das Ganze, dann kannst du es gegenlesen
1428 und erst nach deiner Freigabe beginne ich mit der Auswertung. Das
1429 Einwilligungsschreiben legst du mir in den nächsten Tagen ins Fach, da warst du
1430 einverstanden mit. ähm und dann können wir von mir aus starten. Ist das ok für dich?
1431 #00:01:19-8#

1432

1433 B: Ist ok. #00:01:21-1#

1434

1435 I: Gut, dann noch einmal frei heraus: beschreibe doch einmal, auf wessen Initiative hin
1436 du Stillunterstützung leistest und wie es dir in diesen Situationen geht. #00:01:29-5#

1437

1438 B: ähm wessen Initiative na, also eigentlich nach meiner Initiative. Natürlich auch nach
1439 hm nach der nach des Wollen der des Wollen der Mütter. Wenn das irgendwie in
1440 Anspruch, also wenn das gefordert wird, dann gebe ich das total gerne. ähm weil man
1441 schon merkt, dass es den Müttern etwas bringt. Dass sie nicht ganz so allein gelassen
1442 werden damit. hm wie es mir damit geht, ich mache es total gerne. Das liegt vielleicht
1443 auch daran, dass ich ja selber gestillt habe. Und ich gemerkt habe, wie wichtig Stillen
1444 doch eigentlich tatsächlich ist. (2) ähm ja. #00:02:07-2#

1445

1446 I: (2) Kannst du mir eine Situation beschreiben, in der du die Initiative ergreifst, auch
1447 wenn die Mutter das vielleicht nicht angesprochen hat? #00:02:17-1#

1448

1449 B: ähm eine Situation, ich, also viele Situationen sind, wenn man sieht, dass die Mütter
1450 nicht korrekt anlegen oder verzweifeln beim Anlegen. (2) Dann sind das gerne
1451 Situationen, wo ich dann eingreife in Anführungszeichen und der Mutter Tipps gebe,
1452 wie sie es korrekt machen könnte oder machen sollte. #00:02:39-7#
1453
1454 I: Ja (2) auf welche Situationen fühlst du dich gut vorbereitet oder vielleicht auch nicht
1455 gut vorbereitet in dem Zusammenhang? #00:02:49-2#
1456
1457 B: hm (4) gut vorbereitet, wenn es um Anlegepositionen geht, um um um um um
1458 Zeichen, wie die Kinder richtig an der Brust trinken. ähm schlecht vorbereitet öfters,
1459 wenn es darum geht, um zu erkennen, ob es ein Milchstau ist oder ähnliches.
1460 #00:03:12-5#
1461
1462 I: hm (zustimmend) was hilft dir in solchen Situationen? #00:03:16-6#
1463
1464 B: äh Kontakt zu meinen anderen Stillberaterinnen auf Station. #00:03:20-5#
1465
1466 I: Ja. (2) Ok, ähm. (3) das heißt, im Pflorgeteam gibt es viele anderen Personen, nicht
1467 nur Stillberaterinnen natürlich, und jede hat so ein bisschen einen anderen
1468 Hintergrund. Was denkst du, welche Bedeutung deine Haltung, dein Fachwissen und
1469 deine Beziehung zu der Familie für die Beratungssituation haben? #00:03:43-6#
1470
1471 B: Ich persönlich glaube, dass eine ähm gute Basis mit den Familien, mit den Müttern
1472 ähm schon etwas mehr ausmacht in der Stillberatung, als wenn man neu hereinkommt
1473 und ähm (2) der Mutter versucht, klarzumachen, was das Beste ist und was nicht. ähm
1474 Pflorgeteam. Man merkt schon, dass wir, da wir ja auch Mütter haben, die auch also im
1475 Team, die ja auch selber gestillt haben, dass die eine ganz andere Bindung und eine
1476 ganz andere ähm Sichtweise zum Thema Stillen haben als die, die nie gestillt haben.
1477 #00:04:22-7#
1478
1479 I: (4) Ja. #00:04:27-0#
1480
1481 B: Ja. #00:04:28-5#
1482
1483 I: (3) ähm aus deiner Erfahrung, welche Auswirkungen hat das Auftreten einer Person
1484 auf die Informationsvermittlung im Gespräch? #00:04:39-7#
1485
1486 B: (3) hm (3) m- mein Auftreten oder das Auftreten vom Pflegepersonal? #00:04:49-
1487 7#
1488
1489 I: Beides, gerne. #00:04:51-9#
1490
1491 B: ähm (4) (seufzt) (2) was, wie soll ich das beschreiben? #00:05:00-8#
1492
1493 I: Wo liegt der Unterschied zwischen deinem Auftreten und dem Auftreten von Pf-
1494 anderen Pflegenden vielleicht? #00:05:06-2#
1495
1496 B: ähm was mich unterscheidet ist, dass ich, glaube ich, sehr offen gegenüber auch
1497 den Eltern und den Müttern bin. ähm sehr, ja manchmal, also das eher so auf die, äh
1498 versuche auf die freundschaftliche also auf die freundschaftliche Basis zu machen, als
1499 auf diese medizinische Fachwissen-Ebene. ähm wobei, glaube ich, viele aus der
1500 Pflege das eher also, das haben sie gelesen und das und das ist das Infomaterial und

1501 danach gehen sie. Und Abweichungen gibt es in dem Augenblick nicht. #00:05:42-5#
1502
1503 I: Ja. #00:05:43-7#
1504
1505 B: (5) So würde ich das Auftreten von Pflegenden, die versuchen zu beraten ähm
1506 sehen. #00:05:56-9#
1507
1508 I: Was meinst du mit "die versuchen zu beraten"? Kannst du das genauer
1509 beschreiben? #00:06:01-9#
1510
1511 B: ähm ich, ich glaube, dass die sich schon viel Mühe geben, was das Thema Stillen
1512 und Milchbildung und ähm Milchgewinnung, zum Beispiel auch in den ersten Tagen
1513 angeht. Aber ich glaube, dass sie, wenn sie beraten, oft auch einen einen ja so einen
1514 leichten Unterton haben, dass sie darauf eigentlich keine Lust haben. Weil es für die
1515 meisten Pflegenden, gerade, also finde ich, auf äh in einer Neonatologie, ist deren
1516 Hauptmerkmal die Kinder zu versorgen. Und nicht, die Mutter darin zu beraten oder zu
1517 bestärken, äh die Milchgewinnung in in in Vordermann zu bringen oder ähm das zu
1518 fördern. #00:06:42-3#
1519
1520 I: (2) hm (zustimmend) (3) in welchem Zusammenhang steht das für dich, die
1521 Milchgewinnung, Milchproduktion und die Versorgung des Kindes? #00:06:56-2#
1522
1523 B: In einem großen Zusammenhang, weil ich finde, dass, wenn man die Mütter mit in
1524 die Versorgung mit einbindet und ähm auch das Stillen fördert oder auch einfach ähm
1525 zum Beispiel beim Bonden ähm Milch abzupumpen oder denen auch klarzumachen,
1526 dass viel Bonden ähm, viel Kuschneln, viel Nähe zu dem Baby, schon viel bringt auch
1527 für die Milchgewinnung. Also nicht nur für die Milchgewinnung, auch für die Bestärkung
1528 der Mutter-Kind-Beziehung. Aber auch einfach zum Thema hin äh die Milch zu
1529 gewinnen und mehr Milch zu produzieren. #00:07:30-6#
1530
1531 I: Ja. #00:07:32-1#
1532
1533 B: (2) Also die Mütter denken ja, wenn die Kinder zu früh kommen, das Einzige, was
1534 deren A- also deren Job ist, jetzt irgendwie Milch zu gewinnen. Die stel- die fühlen sich
1535 so ein bisschen abgestellt. Wie so eine Kuh, die in den Stall kommt. Dann pumpt die
1536 alle drei Stunden und das war deren Hauptjob. Und viele Mütter finden das schön,
1537 wenn sie mit in die Pflege eingebunden werden. Dann und jetzt nicht alles übernehme,
1538 aber einiges übernehme ähm. Dann finde ich schon, dass die viel entspannter auch
1539 sind und viel positiver dem ei- ent- entgegensehen und auch das gut für die
1540 Milchgewinnung ist. Also für die Milchbildung ist. #00:08:09-9#
1541
1542 I: hm (zustimmend) (7) Da klingen für mich schon die Leitsätze zur
1543 entwicklungsfördernden Betreuung durch. Magst du mir erzählen, was
1544 entwicklungsfördernde und familienzentrierte Betreuung im Zusammenhang mit Stillen
1545 für dich ausmacht und wie du sie umsetzt? #00:08:29-6#
1546
1547 B: (lacht) da hast du mich ja auf dem richtigen Fuß getroffen. (2) ähm (2) äh (2) (seufzt)
1548 (3) Oh Gott, wie soll ich das denn beschreiben? Da bin ich ja die Richtige für. ähm (2)
1549 ich glaube, dass entwicklungsfördernde Pflege schon wichtig ist. ähm gerade, was die
1550 Frühchen-Frühchen angeht. Wiederum, wenn wir jetzt Größere haben, weiß ich nicht,
1551 ab 34. Woche oder auch die großen Reifen, finde ich, dass das Familiäre manchmal
1552 ähm vielleicht ein bisschen nach hinten geschoben wird. (2) Und dass die Pflege

1553 versucht, immer viel zu übernehmen, aber es schöner wäre, ähm wenn die Eltern
1554 einfach einiges übernehmen, um einfach eine Familie zu werden. #00:09:29-6#
1555
1556 I: hm (zustimmend) (4) Was meinst du damit, wenn du sagst "die Familie wird nach
1557 hinten geschoben"? Wie kommt es dazu, dass die Pflegenden bei den größeren
1558 Frühgeborenen oder Reifgeborenen mehr übernimmt? #00:09:44-9#
1559
1560 B: (2) hm (2) ich glaube, dieses, dass die dieses äh Konzept 'Familienzimmer' und
1561 dass die Familien früh mit aufgenommen werden, also die Mütter und oder auch die
1562 Väter, ähm dass dadurch das Bild von einigen Pflegekräften so verloren geht. Weil
1563 also die haben gelernt, ähm sie versorgen das Kind und das ist so. Und dieses
1564 Familienzimmer, dieses Rooming-In, alles zusammen ein ein ein ein anderer Schritt
1565 ist, ein anderer Gedankengang, den man, als pflegende Person, also als Pflegekraft,
1566 glaube ich, noch irgendwie umsetzen muss im Kopf. (2) Weil bei den großen Kindern,
1567 auch bei den Kleinen, aber jetzt speziell zum Beispiel bei den großen Kindern, können
1568 die Mütter oder die Eltern eigentlich viel viel mehr machen. (2) Weil sie viel weni- auch
1569 viel weniger Angst haben. #00:10:39-7#
1570
1571 I: (2) Ja. (3) Wovon machst du dann den Grad deiner Unterstützung oder deiner
1572 Beratung abhängig? #00:10:52-3#
1573
1574 B: hm als erstes natürlich davon, was die Familien haben wollen und verlangen. ähm
1575 aber auch danach, ob (seufzt) (3) ja, also ich glaube, schon viel davon, wie viel die von
1576 mir verlangen. Wie viel wollen die an Informationen haben? Wie viel Beratung wollen
1577 die haben? Wollen die erst einmal in Ruhe gelassen werden? ähm wollen die sich erst
1578 einmal untereinander kennenlernen? ähm mit dem Neugeborenen. Ist ja schon etwas
1579 anderes. ähm oder auch, wie die Situatio- situationsabhängig. War das eine eine eine
1580 blöde Entbindung? Ging es der Mutter danach schlecht? ähm (2) wie au-, so ein
1581 bisschen, wie das familiäre Verhältnis ist. Danach würde ich das, also danach mache,
1582 mache ich das abhängig. #00:11:44-8#
1583
1584 I: Ja. (4) Jetzt hast du gesagt, ähm vielleicht müssen in den Köpfen der Pflegenden,
1585 muss sich ein Wandel vollziehen. Was glaubst du, wie stellst du dir vor, dass das
1586 funktionieren könnte? #00:12:03-2#
1587
1588 B: (2) (unv.) ich glaube, dass man einfach offen gegenüber neuen Sachen sein muss.
1589 Und muss einfach neues ausprobieren. ähm und wenn man ein bisschen so
1590 eingefahren ist, finde ich, also glaube ich, dass es schwer ist für denjenigen dann,
1591 etwas Neues auszuprobieren. Also, das Rooming-In ist halt nun einmal neu und ja,
1592 jetzt ein Jahr bei uns, speziell zum Beispiel auf uns bezogen. ähm und ich glaube, das
1593 braucht ein paar Jahre oder eher also ei- eine gewisse Zeit, um in allen Köpfen so zu
1594 sein, dass man sagt 'Ok, man lässt den Eltern einfach die Chance, einiges zu
1595 übernehmen, was sie übernehmen können.'. Und im Endeffekt können sie sogar sehr
1596 viel übernehmen. #00:12:48-7#
1597
1598 I: hm (zustimmend) (4) Wie stehst du zu Standards und Leitlinien, um so etwas
1599 umzusetzen? #00:12:59-5#
1600
1601 B: Nochmal. #00:13:01-4#
1602
1603 I: Wie stehst du zu Standards und Leitlinien, um so einen Wandel zu vollziehen?
1604 #00:13:06-1#

1605
1606 B: (2) hm Standards finde ich sinnvoll, wenn man aber auch einmal abschweifen kann
1607 vom Standard. (2) ähm (2) es gibt die Standards und die Leitlinien, um zu wissen, wie
1608 man etwas macht. (2) Aber man sollte auch einmal, also jedes Kind ist halt nicht gleich,
1609 also jedes Baby ist nicht gleich und jede Familie ist nicht gleich. Und daher sollte man
1610 dann möglichst auch einmal abweichen von den Leitlinien oder von dem Standard.
1611 #00:13:43-5#
1612
1613 I: (3) Wie nimmst du das in der Praxis wahr? Funktioniert so etwas und wodurch wird
1614 dieses Abweichen können beeinflusst? #00:13:54-0#
1615
1616 B: hm (2) ich, beeinflusst wird dieses Abweichen, glaube ich, von der Sturheit einiger
1617 Pflegekräfte. ähm (3) (seufzt) Dann, glaube ich, spielt das auch eine Rolle dazu, ob
1618 man ähm vielleicht schon sogar selber Mutter ist oder nicht. Weil man dann einiges eh
1619 anders sieht. ähm (3) ja. #00:14:26-8#
1620
1621 I: hm (zustimmend) (5) Fällt dir sonst noch etwas zur familienzentrierten Betreuung
1622 ein? #00:14:36-2#
1623
1624 B: (4) hm. (3) Dass nicht jede Familie gleich ist. Und man sich, glaube ich, auf jede
1625 Familie einstellen sollte und die Pflegekräfte das vielleicht auch einfach umsetzen
1626 sollten, dass halt nicht jede Familie gleich ist und dass vielleicht Familie A nach einer
1627 Woche noch lange nicht so weit ist in der Übernahme der Pflege oder in dem eh ähm
1628 im Vertrauen in sich selbst, als vielleicht Familie B. #00:15:07-6#
1629
1630 I: (2) Ja. #00:15:09-7#
1631
1632 B: (2) Und oft, finde ich, wird Familie, Beispiel-Familie A wird Familie B gleichgestellt.
1633 Also gesagt 'Ja, aber die sind ja schon viel weiter.' und so. Ja, natürlich, ist das möglich,
1634 dass Familie B weiter ist als Familie A. Aber vielleicht hat das einfach auch
1635 Hintergründe, dass Familie A noch gar nicht so weit ist. (3) Und das wird manchmal,
1636 glaube ich, also das wird manchmal einfach vergessen. #00:15:35-5#
1637
1638 I: hm (zustimmend) (3) Das klingt nach so einer gewissen Erwartungshaltung den
1639 Familien gegenüber. Jetzt haben diese Familien, deine Kolleginnen, das ärztliche
1640 Team, wer auch immer, auch Erwartungen an deine Beratung, die du durchführst. ähm
1641 was lösen diese Erwartungen in dir aus und wie gehst du damit um? #00:16:00-4#
1642
1643 B: (2) hm gerade von ärztlicher Seite ähm stören mich einige Erwartungen, die sie
1644 stellen. Ähm. #00:16:14-2#
1645
1646 I: Welche wären das zum Beispiel? #00:16:15-9#
1647
1648 B: (seufzt) hm ja, großes Beispiel, was mich persönlich sehr stört, sind immer der Blick
1649 auf die Perzentilen und danach muss es gehen. Ein Kind wird ganz schnell in der
1650 Mahlzeit gesteigert, aber ohne den Hintergrund 'Hat die Mutter vielleicht überhaupt so
1651 viel Muttermilch?' 'Ist das überhaupt notwendig so viel zu steigern?' (2) 'Kommt das
1652 Kind vielleicht auch mit weniger aus?' und 'Setzt es die Mutter vielleicht weniger unter
1653 Druck?' (2) Nicht zu wissen, also zu wissen, dass es das Kind so und so viel braucht
1654 und das die Mutter nicht schafft. #00:16:55-8#
1655
1656 I: (4) hm (zustimmend) #00:17:00-1#

1657
1658 B: (3) (seufzt) #00:17:04-1#
1659
1660 I: (2) Wie beeinflusst das deine Beratung bei der Familie? #00:17:08-3#
1661
1662 B: (2) Ich versuche, es mir nicht anmerken zu lassen, dass es mich beeinflusst, weil
1663 mehr als beraten kann ich nicht. Und ich kann jetzt nicht zu der Mutter sagen 'Sie
1664 müssen jetzt aber mindestens 400 Milliliter Milch produzieren, sonst (2) ähm kriege ich
1665 einen auf den Deckel von den Ärzten.' oder 'die Ärzte zweifeln dann.' oder so. Also ich
1666 versuche, den den Druck aus aus dem also vor der Tür des Zimmers zu lassen, um
1667 den E- Müttern keinen Druck zu geben. (2) Also, wenn wir den Druck weitergeben,
1668 dann können wir es lassen. (2) Weil das eher kontraproduktiv ist, die Mütter unter
1669 Druck zu setzen. (2) Als vielleicht mit den Ärzten noch einmal zu reden und zu sagen
1670 'Aber das Kind kommt doch gerade auch mit weniger aus.'. #00:18:00-6#
1671
1672 I: hm (zustimmend) (6) ähm (2) Wohin gehst du dann mit dem Druck, der dann auf
1673 deinen Schultern ist, den du ja offenbar zumindest den Familien nicht weitergibst?
1674 #00:18:20-4#
1675
1676 B: hm, wohin gehe ich damit? In in Gespräche mit Pflegekräften. Mit unseren Kollegen,
1677 wie die das sehen. ähm (2) vielleicht aber auch mi- zu einfach zu einem Arzt, dem man
1678 vertraut, mit wo man weiß, mit dem kann man reden. Und mit dem kann man vielleicht
1679 zusammen eine Lösung finden. #00:18:42-4#
1680
1681 I: (3) Ist das schon so ein bisschen, ja, nicht Ausspielen, aber man weiß, wo man ähm
1682 etwas äh jetzt fehlt mir das richtige Wort dafür, umgänglichere Konditionen bekommt?
1683 #00:19:00-9#
1684
1685 B: Ja. Also man kann es eigentlich Wort wörtlich ein bisschen Ausspielen nennen. Weil
1686 man weiß 'Ok, mit dem Arzt braucht man nicht reden.', dann geht man einfach zu der
1687 anderen oder zu dem anderen Arzt und sagt 'Aber so und so ist es vielleicht einfach
1688 besser.' und 'Lass uns doch noch einmal zwei, drei Tage warten.'. Und dann weiß man,
1689 dass ma- das das (unv.) so hinbekommt. #00:19:22-0#
1690
1691 I: hm (zustimmend) (5) ähm (4) Das klingt jetzt, als würde im Ärztzi- Ärzteteam auch,
1692 was das Thema Ernährung, Stillen, Muttermilch betrifft, so ein bisschen
1693 Konzeptlosigkeit herrschen. #00:19:43-9#
1694
1695 B: (2) Ja. #00:19:46-0#
1696
1697 I: Wenn man die so gegeneinander ausspielen kann. Also gibt es da keine klaren
1698 Richtlinien, wie die damit verfahren? #00:19:54-9#
1699
1700 B: Nein, das glaube ich nicht. Also ich glaube, wenn es bei denen Richtlinien geben
1701 würde, würden die das, würden die, glaube ich, einige Situationen einfach manchmal
1702 ein bisschen entspannter und gelassener sehen. (3) Also ich glaube, dass die keine
1703 Richtlinien, kein Konzept zum Thema 'Muttermilch, -gewinnung,
1704 Muttermilchproduktion, Druck der Mütter' haben. #00:20:22-0#
1705
1706 I: hm (zustimmend) #00:20:23-8#
1707
1708 B: Weil die klinken sich, glaube ich, was das angeht, einfach aus, weil das dann die

1709 Aufgabe des Pflegepersonals ist. #00:20:33-2#
1710
1711 I: (5) Und gleichzeitig haben sie aber diese Erwartungen, also offenbar ja hohen
1712 Erwartungen, dass das läuft? #00:20:44-9#
1713
1714 B: Ja. #00:20:45-9#
1715
1716 I: (5) Gibt es im Pflgeteam denn Richtlinien, Konzepte zur Muttermilchgewinnung,
1717 Stillen und so weiter? #00:21:00-6#
1718
1719 B: Ja. (2) Einmal diesen Zettel für die ersten drei Tage ähm und Konzepte zwecks
1720 erstes Ausstreichen, Anlegen, ähm Muttermilchgewinnung. Die haben wir. #00:21:18-
1721 2#
1722
1723 I: Wie kommt es dazu, dass das für die Ärzte nicht gilt? #00:21:22-1#
1724
1725 B: (2) Weil, ich einfach glaube, dass das nicht deren Thema ist. Und das ist nicht deren
1726 Aufgabe. #00:21:29-7#
1727
1728 I: (2) Ja. (5) Das heißt, wo siehst du da die, aus deiner Sicht, jetzt nicht aus Ärztesicht,
1729 ähm die die Trennlinie oder die ähm die Verantwortlichkeiten hinsichtlich
1730 Muttermilchernährung, Stillen, Beratung, zwischen Pflegenden und Ärzten?
1731 #00:21:54-4#
1732
1733 B: Ich finde, da gibt es kein keine Grenze, wo man sagt 'Das ist Aufgabe der Pflege
1734 und das ist Aufgabe der Ärzte.'. Also natürlich ist es eh schon weg unsere Aufgabe,
1735 die Mütter darin zu unterstützen, zu bestärken, zu beraten. Aber trotzdem ist es auch
1736 irgendwo Aufgabe der Ärzte ähm das nicht außer Acht zu lassen. Dass das einfach
1737 kein kein kein kein Fall ist, wo man innerhalb von 24 Stunden einen Durchschnitt von
1738 ähm (2) 800 Milliliter pumpt. (2) Aber trotzdem, finde ich, sollten die Ärzte schon ein
1739 Auge da mit darauf haben und das ein bisschen sensibler sehen, das Thema.
1740 #00:22:38-9#
1741
1742 I: (2) Ja. (5) Eine letzte Frage vielleicht, du hattest von Druck gesprochen, der kommt.
1743 (2) Jetzt habe ich schon häufiger etwas zum ähm Zwang zum Stillen gehört. #00:23:01-
1744 1#
1745
1746 B: (2) Zum was? #00:23:02-5#
1747
1748 I: Dass ähm man die Frauen eigentlich ja auch nicht zwingen möchte zu stillen. (2)
1749 Was sind dein Gedanken dazu? #00:23:12-9#
1750
1751 B: (2) hm, also zwingen würde ich keine Mutter. Ich würde es ihr aber nahe legen und
1752 ihr es empfehlen. Ich würde versuchen, ihr alle positiven Aspekte aufzuzählen, was
1753 das Stillen macht. (2) Aber wenn man eine klare Abwehrhaltung von einer Mutter
1754 bemerkt, ähm dann würde ich sie dazu nicht zwingen. (2) Sie, dann sie darin
1755 bestärken, wenn sie zum Beispiel sagt 'Ich möchte nur abpumpen und das per Flasche
1756 füttern.'. Das dann bestärken. Anstatt sie dann versuchen umzukrempeln und zu sagen
1757 'Aber sie müssen anlegen. Das ist viel schöner.'. Ja, natürlich ist das schöner, das wis-
1758 wissen wir alle. Das wissen auch die, die schon gestillt haben. Aber wenn eine Mutter
1759 eine richtige Abwehrhaltung gegenüber des Anlegens hat, dann kann ich sie dazu nicht
1760 zwingen. #00:24:06-9#

1761
1762 I: (3) Wie könnte man denn eine Frau zum Stillen zwingen? #00:24:13-0#
1763
1764 B: (3) Weiß ich nicht, ihr vielleicht sagen, dass wenn sie mit der Flasche füttert, dass
1765 das Risiko vom, das weiß ich nicht, vom Tod größer ist. Ich glaube, das sind Sätze, (2)
1766 mit denen man eine Mutter dazu kriegen, also zwingen würde, das Kind anzulegen.
1767 #00:24:33-3#
1768
1769 I: (2) Ja. #00:24:35-8#
1770
1771 B: (4) Aber das würde ich niemals machen. Also, das das wäre für mich, würde für
1772 mich menschlich gar nicht gehen. (3) Weil ich kann nicht e- zu jemanden, ich kann
1773 jemanden nicht zwingen, ich kann nicht jemanden, der lange Haare hat dazu zwingen,
1774 kurze Haare zu haben. (2) Das muss jede Mutter selbst entscheiden, ob sie stillen
1775 möchte, ob sie anlegen möchte, ob sie lieber pumpen möchte und das mit der Flasche
1776 füttern möchte oder ob sie abstillen möchte. (3) Ich kann nur die Mutter beraten und
1777 ihr vielleicht aufzeigen, was die positiven Aspekte sind. Aber ich kann sie nicht dazu
1778 zwingen. #00:25:16-9#
1779
1780 I: Ja. (3) Welche Merkmale in der Kommunikation ähm mit den Müttern hältst du für
1781 besonders wichtig? #00:25:30-6#
1782
1783 B: (3) ähm welche Merkma- also wichtig, finde ich, A die Wortwahl, hm B ähm den die
1784 die die Tonlage, die Tonart, ob man das eher bestimmterisch herüberbringt oder ob
1785 man das etwas sensibel herüberbringt, zu sagen ähm 'Aber es wäre schon schön,
1786 wenn sie öfters abpumpen.' zum Beispiel. ähm oder ob, das ist ja etwas anderes, ob
1787 ich sage 'Sie müssen mindestens so und so oft abpumpen, sonst läuft das hier nicht.'
1788 (3) Ich finde, das sind so, also wie, wie gesagt, die Tonwa-, eh die die Wortwahl, die
1789 Tonlage (2) ähm auch, ob die Mutter überhaupt möchte. #00:26:23-6#
1790
1791 I: (3) Mit dir reden möchte oder stillen möchte? #00:26:28-1#
1792
1793 B: Beides. Es gibt ja auch einfach Mütter, (2) die vielleicht irgendwo Beratung
1794 brauchen, aber bei denen man merkt, wenn (2) man anfängt mit denen zu reden, die
1795 vielleicht auch einfach gar nicht mit dir reden möchten. #00:26:42-9#
1796
1797 I: (2) hm (zustimmend) (6) Und zu der Kommunikation mit anderen Personen, die in
1798 die Stillberatung involviert sind, ob das jetzt von deiner eigenen Station oder vielleicht
1799 auch von anderen Stationen ist. Auf welchen Wegen tauschen die sich zu dem Thema
1800 aus oder auch zu ihren Beratungsinhalten und wie arbeiten die zusammen? #00:27:13-
1801 8#
1802
1803 B: (2) Ich kann ja jetzt nur von unserer Station aus sprechen mit der Gynäkologie, also
1804 mit der Entbindungsstation. Die Kommunikation ist so semi, gut. ähm ich persönlich,
1805 wenn ich Fragen habe, rufe ich auf der Entbindungsstation an und frage einfach nach.
1806 ähm ich glaube, dass zwischen den beiden Stationen noch ein sehr großes Loch liegt.
1807 ähm die haben einfach, glaube ich, andere Standards und andere Wege, etwas zu
1808 machen, die bei uns vielleicht noch nicht angekommen sind oder die bei uns auch nie
1809 ankommen werden. ähm und dann wiederum haben wir andere Wege, andere ähm
1810 (2) äh andere, hier oh jetzt komme ich nicht auf das Wort, äh andere Konzepte, das
1811 Thema anzugehen als die Entbindungsstation. (3) Und noch, finde ich, die
1812 Kommunikation zwischen beiden Stationen, obwohl die Neonatologie sich sehr

1813 bemüht, eher sehr schleifend. #00:28:21-5#
1814
1815 I: hm (zustimmend) (4) Welche Auswirkungen haben diese unterschiedlichen
1816 Konzepte auf deine Beratung? #00:28:32-3#
1817
1818 B: (5) Ich würde jetzt tatsächlich sagen, nicht wirklich große Aus- also ich würde sagen,
1819 eigentlich vielleicht gar keine, weil ich die Beratung mache, nach dem, was wir oben,
1820 also was wir auf der Neonatologie für Konzepte und Leitlinien haben. (2) Und die
1821 Mütter eh nie lange auf der Entbindungsstation sind. #00:29:00-5#
1822
1823 I: (5) Ok. ähm (2) und hast du eine Idee dazu, kannst du mir beschreiben, wie dieses
1824 Loch, was du beschrieben hast, zwischen den Stationen, wie man das ausfüllen
1825 könnte? #00:29:20-1#
1826
1827 B: In dem vielleicht mehr Initiative von der Entbindungsstation kommen würde. Die
1828 Entbindungsstation ist sehr eingefahren. Und selten offen für etwas Neues. #00:29:32-
1829 3#
1830
1831 I: (2) Hast du ein Beispiel für dieses Eingefahrenheit, was du beschreiben kannst?
1832 #00:29:37-3#
1833
1834 B: (4) hm, bestes Beispiel: Muttermilchgewinnung in den ersten 24 Stunden, wenn das
1835 Kind auf der Neonatologie liegt. (2) Das beste Beispiel, weil die Entbindungsstation
1836 immer sagt 'Die Mütter müssen aber schlafen, besonders nachts.'. Ja, müssen sie.
1837 Aber sie müssen leider auch, also sie sollten, wenn sie stillen wollen, auch
1838 Muttermilchgewinnung machen in der Nacht. (2) Und danach können sie ja
1839 weiterschlafen. Es zwingt sich ja keiner, für drei Stunden wieder auf die Stati- auf die
1840 Neonatologie zu ihrem Kind zu kommen. (2) Sondern es, das Frühchen, das
1841 Neugeborene, das kranke Neugeborene würde davon profitieren, wenn die Mutter sich
1842 eine Viertelstunde hinsetzt, Handentleerung macht oder pumpt, wie auch immer, und
1843 die Milch dann hochbringen lässt. (2) Und da ist die Entbindung eingefahren und sagt
1844 oft 'Ne, die Mutter muss jetzt aber schlafen.'. #00:30:41-3#
1845
1846 I: hm (zustimmend) (4) Ok (2) Gibt es noch etwas, was du zur stationsübergreifenden
1847 Kommunikation, Kooperation sagen magst? #00:30:56-0#
1848
1849 B: (2) Ich würde mir manchmal mehr Initiative von der Entbindungsstation wünschen.
1850 (3) Ich finde, wir machen schon viel und wi- wir geben auch schon viel, auch den
1851 Müttern gegenüber, auch, wenn sie noch auf der Entbindungsstation liegen. Und ich
1852 würde mir das oft gerne wünschen, dass die Entbindungsstation mitarbeitet. (2) Und
1853 nicht dann, wie das Beispiel in der Nacht, gegen uns arbeitet. #00:31:29-5#
1854
1855 I: (2) Ja. (5) Dann vielleicht noch einmal zum Team auf der Neonatologie. ähm wie
1856 tauschen die Kolleginnen und Kollegen sich dort zum Thema Stillen und Stillberatung
1857 aus? #00:31:48-7#
1858
1859 B: (2) Wie, ja also, ähm untereinander jetzt, glaube ich, gar nicht so oft. Also, ich
1860 glaube, die könnten sich öfters untereinander austauschen oder sagen 'Hier, guckt
1861 mal, das ha- das habe ich gesehen. Das wäre vielleicht eine Idee.'. ähm ich glaube,
1862 das geht manchmal verloren. (2) Im Team, weil die Interesse am Stillen im Team, also
1863 die Interesse an der Muttermilchgewinnung, Muttermilchproduktion im Team sehr
1864 gespalten ist. #00:32:22-9#

1865
1866 I: (2) Inwiefern? #00:32:25-9#
1867
1868 B: hm, dass manche da voll hinter stehen und manche darauf keine Lust haben.
1869 #00:32:30-6#
1870
1871 I: (2) Wie würdest du da die Verhältnisse sehen, pro / contra? #00:32:36-4#
1872
1873 B: (3) Inwiefern pro und contra? #00:32:41-0#
1874
1875 I: (2) Wie groß ist der Anteil des Teams, der dahinter steht, und wie groß ist der Anteil
1876 des Teams, der da keine Lust darauf hat? (4) Kannst du das einschätzen? #00:32:52-
1877 9#
1878
1879 B: (2) hm, also ich glaube, ich persönlich würde jetzt sagen, 40, na 50 / 50. (2) Vielleicht
1880 auch so 60, die dafür sind, und 40, die dagegen sind. (2) Das ist schwer zu sehen, weil
1881 die meiste Arbeit oft schon getan ist. (2) Was die Beratung angeht. (3) Und die meisten
1882 Pflegekräfte dann sagen 'Ok, ähm da halte ich mich dann raus.'. #00:33:24-7#
1883
1884 I: (2) Durch wen ist die meiste Arbeit oft schon getan? #00:33:28-9#
1885
1886 B: Durch die Stillberater auf Station. #00:33:30-7#
1887
1888 I: Ok. (5) Und wie würdest du das ideale Verhältnis sehen? #00:33:41-4#
1889
1890 B: (3) Mein ideales Verhältnis wäre, glaube ich, 80 / 20. Also 80 Prozent, die dazu-
1891 dafür sind, und 20, die dagegen sind. Weil man wird nie alle dafür kriegen, dieses
1892 Thema (2) noch wichtiger zu führen, als es jetzt ist. (2) Das ist einfach so. Das ist in
1893 den Köpfen so. Das ist halt einfach so. Aber ich glaube, dass es möglich wäre, 80
1894 Prozent, der der Pflegekräfte ähm dazu zu bekommen, dieses Thema (2) zu
1895 intensivieren. #00:34:21-1#
1896
1897 I: (3) hm (zustimmend) (3) Gibt es sonst noch etwas dazu? (2) Was du sagen
1898 möchtest? #00:34:33-4#
1899
1900 B: hm (verneinend) #00:34:34-3#
1901
1902 I: (2) Ok, dann noch einmal ein bisschen weiter den Blick. Nachdem wir jetzt schon
1903 einiges besprochen haben, was sind aus deiner Sicht die wichtigsten Aspekte in der
1904 Stillberatung von Eltern, deren Kinder in der Neonatologie behandelt werden?
1905 #00:34:50-3#
1906
1907 B: (2) Die wichtigsten Aspekte (3) hm (3) ich weiß nicht, ob sowas dazu gehört, Nähe
1908 ähm (2), oh Gott, vorhin hatte ich das Wort im Kopf (2) ähm Bindung, (3) hm (3) was
1909 denn noch für Aspekte äh (3) das Gefühl, Mutter zu sein (6) natürlich Ernährung und
1910 und und auch ähm (2) Entwicklung des Kindes (4) ich glaube tatsächlich, das wären
1911 so die Aspekte für mich. #00:35:44-1#
1912
1913 I: Ja. (3) Was sollte aus deiner Sicht, jeder, der Stillberatung von Frühchen oder Neo-
1914 Kindern ähm oder deren Eltern betreibt, im Kopf haben? Woran sollte der denken?
1915 #00:36:02-3#
1916

1917 B: Keinen Druck auszuüben. Und die Mütter, die Familien darin zu bestärken, wie die
1918 Situation gerade ist, auch, wenn vielleicht gerade nicht genug Muttermilch da ist.
1919 #00:36:13-3#
1920
1921 I: (11) Ok, fällt dir sonst noch etwas ein zu den, zu den wichtigsten Dingen in der
1922 Stillberatung in der Neonatologie? #00:36:30-7#
1923
1924 B: (2) hm, nö. #00:36:33-4#
1925
1926 I: Gut, dann sind von meiner Seite die Fragen besprochen. Möchtest du noch
1927 irgendetwas sagen, was dir wichtig ist, was wir bisher gar nicht thematisiert haben?
1928 #00:36:43-8#
1929
1930 B: Nö, gibt es, ich habe, glaube ich, einf- alles Wichtige gesagt. #00:36:47-8#
1931
1932 I: (2) Gut. Dann würde ich jetzt gerne noch die demografischen Daten anhand eines
1933 kurzen Bogens abfragen. ähm ist das ok? #00:36:58-4#
1934
1935 B: Ja. #00:36:59-1#

Interview-Nummer	331
Datum des Interviews	31.12.2020
Art des Interviews	telefonisch
Dauer des Interviews	38:07
Interviewerin / Transkribientin	Janina Tönnies / Janina Tönnies
Transkriptionsregel	Siehe extra Dokument
Atmosphäre	engagiert
Gesprächsverlauf	Hohe Sprechgeschwindigkeit
Besonderheiten / Störungen	Kuchen im Ofen wurde fertig

- 1936
- 1937 I: Ok, dann sage ich noch einmal kurz, worum es in meiner Masterarbeit geht.
- 1938 #00:00:16-3#
- 1939
- 1940 B: Alles klar. #00:00:17-4#
- 1941
- 1942 I: Genau, ich möchte herausfinden, welche Aspekte die Stillberatung in der
- 1943 Neonatologie aus Sicht von Pflegenden ausmachen. #00:00:24-0#
- 1944
- 1945 B: Ja. #00:00:25-0#
- 1946
- 1947 I: Dazu hatte ich in den Mitarbeiterbesprechungen schon einmal etwas erzählt und du
- 1948 hattest das Infoschreiben gelesen. Reicht dir das so an Informationen? #00:00:32-4#
- 1949
- 1950 B: Ja, mir reicht das. Alles gut. #00:00:34-5#
- 1951
- 1952 I: Ok. Dann kurz zum Ablauf: ähm ich habe ja ein paar Fragen vorbereitet.
- 1953 Grundsätzlich darfst du mir auch darüber hinaus alles zu dem Thema erzählen, was
- 1954 du wichtig findest und erzählen möchtest. #00:00:46-6#
- 1955
- 1956 B: Ja. #00:00:47-7#
- 1957
- 1958 I: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Du darfst auch so ausführlich
- 1959 antworten, wie es dir passend erscheint. In der ersten Runde waren es halt 35-50
- 1960 Minuten. ähm jetzt sind die Fragen ein bisschen anders. Vielleicht geht es schneller.
- 1961 Wir werden es sehen. #00:01:02-7#
- 1962
- 1963 B: Alles klar. #00:01:04-1#
- 1964
- 1965 I: Genau. Ebenfalls, wie du schon gelesen hattest, werde ich das Interview aufnehmen,
- 1966 um es dann verschriftlichen und auswerten zu können. #00:01:11-1#
- 1967
- 1968 B: Ja. #00:01:12-0#
- 1969
- 1970 I: Das gesamte Interviewmaterial wird vertraulich behandelt und nur ich habe Zugriff
- 1971 darauf und arbeite damit. Alle Daten, die Rückschlüsse auf dich erlauben, werde
- 1972 gelöscht oder pseudonymisiert, sodass sie auch in meinem Bericht später niemand mit
- 1973 dir in Verbindung bringen kann. #00:01:27-1#
- 1974
- 1975 B: Alles klar. #00:01:28-6#
- 1976
- 1977 I: Nach der Verschriftlichung werde ich dir das Ganze einmal zum Gegenlesen

1978 schicken und erst nach deiner Freigabe mit der Auswertung beginnen. (2) Ist das
1979 soweit in Ordnung für dich? #00:01:40-5#
1980
1981 B: Natürlich. #00:01:41-6#
1982
1983 I: Dann können wir gerne starten, wenn du keine Fragen mehr hast. #00:01:44-7#
1984
1985 B: Nein, wir können gerne starten. #00:01:46-5#
1986
1987 I: Super. Genau, also heute soll es ja um die Stillberatung gehen, die jede Einzelne
1988 von uns nach ihren Möglichkeiten durchführt. Beschreibe doch mal, welche
1989 Erfahrungen hast du in der Stillberatung gesammelt und welche Emotionen verbindest
1990 du damit? #00:01:58-7#
1991
1992 B: Also ich muss ehrlicherweise sagen, bis jetzt war meine Erfahrung sehr sehr
1993 durchwachsen. Teils ähm positiv als auch negativ. ähm ich glaube, ich fange erstmal
1994 mit dem Positiven an. Das macht ein bisschen mehr Sinn. ähm ich hatte schon sehr
1995 früh in der Ausbildung viele Erfolge gemacht, was das Stillen angeht oder
1996 beziehungsweise halt auch Kinder an die Brust zu bekommen. ähm wirklich einer
1997 meiner größten Erfolge, dass ich das schon quasi im im im Modus eines Schülers
1998 geschafft habe, ein Kind vollgestillt nach Hause zu kriegen. Was auch nicht wirklich
1999 einfach war, weil das Kind auch ein Frühgeborenes war und da war die Mutter-Oma-
2000 Beziehung ganz schwierig, weil die Oma da auch viel reingefuchst hat und ähm wir
2001 haben es trotzdem geschafft, dass dieses Kind wirklich voll gestillt nach Hause
2002 gegangen ist. Das war ein sehr sehr großer Erfolg für mich. Wie gesagt, da war ich
2003 erst noch Schülerin. A- das war schon ein sehr großer und positiver Einfluss, sage ich
2004 mal so, darauf, dass das eigentlich gar nicht so schwierig ist. Man muss einfach nur
2005 sehr konstant und wirklich äh und mit wirklich zu bis hinterher sein, dass man die Frau
2006 und das Kind gemeinsam auf diese Stillreise kriegt und auch die auch wirklich adäquat
2007 begleitet, weil das ist wirklich auch ganz ganz wichtig. Weil die merken das, wenn man
2008 darauf keine Lust hat. ähm und sonst auch so, wenn man beispielsweise jetzt
2009 zwischendurch einmal auf Station schafft, Kinder an die Brust zu bekommen und die
2010 trinken gute Mengen an der Brust. Oder geschweige denn, die kriegen es jetzt endlich
2011 einmal hin, koordiniert und gleichmäßig zu saugen an der Brust. Und man sieht, wie
2012 die Mutter sich freut, wie der Vater sich freut, wie alle im Kreis weinen einfach. Das ist,
2013 sage ich einmal so, schon auch ein sehr großer Erfolg. ähm was aber auch manchmal
2014 negativ ist ähm ist natürlich, was ich ja schon meinte gerade bei dieser positiven
2015 Erfahrung, wenn man noch so weitere Faktoren im Hintergrund hat, wie beispielsweise
2016 ne die eigene Mutter, der Ehemann oder der Partner, die da konstant stehen und Druck
2017 machen, und sagen 'Ja so und so muss du das machen.'. ähm 'Ich habe das ja so
2018 gemacht. Ich habe es ja auch geschafft. Wieso schaffst du das nicht dein Kind zu
2019 ernähren?'. Und das ist schon einmal so ein richtig großer Stolperstein in der
2020 Stillbeziehung von Mutter und Kind. Auch quasi auch meinerseits auch in der
2021 Unterstützung, die ich dann der Mutter eigentlich geben möchte, aber die dann
2022 erschwert ist, weil die Mutter einfach durch ihre eigene Mutter so blockiert ist, dass sie
2023 einfach überhaupt gar kein Vertrauen mehr hat in ihre eigenen Stillfähigkeiten. ähm
2024 wenn beispielsweise dann auch die ganze Zeit der Ehemann dazwischen grätscht und
2025 die Frau möchte das nicht, aber traut sich das nicht zu sagen. Das erschwert das auch
2026 wieder. Oder auch einfach eine Frau, die ganz abstruse Vorstellungen hat vom Stillen,
2027 die beispielsweise nur einmal am Tag kommt. Einmal am Tag für eine Stunde oder
2028 zwei und dann sagt, sie möchte ihr Kind vollstillen. (2) Und ist dann gegen Flasche,
2029 gegen jegliche anderen ähm Ernährungsmöglichkeiten für das Kind, weil sie sagt, sie

2030 möchte dieses Kind stillen. Aber zeigt wenig Engagement, um das selber irgendwie
2031 auf die Reihe zu kriegen. Sprich ein bisschen öfter da zu sein, auch jedes Mal das Kind
2032 anlegen, jedes Mal auch nachzufragen, ob sie unterstützen bekommen kann von uns.
2033 ähm das erschwert das auch. Also so ganz ähm also so paradoxe Vorstellungen, was
2034 die Stillbeziehung angeht. Oder den Stillerfolg, nennen wir es einmal so. Dass die Frau
2035 sich einfach vorstellt, durch eine Stunde am Tag von vierundzwanzig Stunden, wo das
2036 Kind sich alle drei bis vier, fünf Stunden meldet, das Kind vollgestillt an die Brust zu
2037 kriegen. (2) Das ist dann so, das macht überhaupt gar keinen Sinn. (2) Oder komplett
2038 auch beispielsweise die Frau ist da den ganzen Tag, sie sagt, sie möchte stillen, aber
2039 sie macht es nicht. Und dann fragt man, man will die ja auch, die Frau nicht unter Druck
2040 setzen, weil das ist auch wieder so ein Negativfaktor. Weil das können einige auch
2041 ganz gut und dann, wenn man da halt reinkommt in so eine Situation, hat man eine
2042 komplett geblockte Frau, die einfach gar nicht stillen möchte. Wenn die Frau dann die
2043 ganze Zeit im Zimmer ist und da auch mit übernachtet mit ihrem Kind auf Station und
2044 sagt, sie möchte ihr Kind stillen, aber sobald ihr Kind wach ist, sagt sie 'Ne nene ne,
2045 bitte nicht, bitte nicht.' ähm 'Ja, wir können ihm lieber die Flasche geben. Das geht
2046 doch schneller. Der hat doch jetzt so Hunger. Das schaffen wir nicht.'. Also, wenn es
2047 gleich aufgegeben wird oder gleich weggeschoben wird, obwohl man eigentlich weiß
2048 und die Frau auch selber, dass sie stillen möchte. Das ist dann auch immer so, auch
2049 wieder so paradox. Da ist die Frau da, aber möcht-, also sie möchte eigentlich, aber
2050 dann möchte sie auch wiederum nicht. So und das, das erschwert das. Also das sind
2051 so positive als auch negative Aspekte. Das kann man auch wieder natürlich
2052 verschieden auslegen. Natürlich kann, könnte jetzt auch jemand sagen 'Ok, die Frau
2053 ist jetzt nur eine Stunde am Tag da. Natürlich ermöglichen wir ihr das, dass die ihr Kind
2054 stillt.'. (2) Und wenn sie jetzt nur eine Stunde am Tag da ist, hat das natürlich auch
2055 seine Gründe und da können wir ihr ja auch nicht verweigern, dass sie ihr Kind nicht
2056 stillt. Das kann man natürlich auch wieder positiv auslegen. Aber ich finde, mich
2057 erschwert das in meiner Arbeit, wenn ich dieses Kind dreiundzwanzig Stunden lang
2058 versorge und für eine Stunde kommt die Mutter und sagt hat komplett andere
2059 Vorstellungen, als das, was man mit dem Kind bis jetzt gemacht hat, weil die Mutter
2060 halt nicht da war. #00:06:42-2#

2061
2062 I: Ja (4) hm (zustimmend) (2) jetzt hattest du von den positiven Erfahrungen in der
2063 Ausbildung gesprochen: hat sich jetzt, nachdem du bei uns auf der Station angefangen
2064 hast, deine Haltung zum Stillen verändert dadurch? #00:06:59-8#

2065
2066 B: (2) Nein, also eigentlich ist meine Haltung gleich geblieben. Ich bin ein sehr großer
2067 Befürworter von Stillen. Komplet, es hat sich also wenig verändert. Ich finde eigentlich
2068 theoretisch dadurch, dass wir jetzt wir jetzt auf unserer neuen Station sind, hat sich
2069 das eigentlich noch viel viel mehr erleichtert. Dadurch, dass fast eigentlich jedes Kind,
2070 wenn wir es natürlich im Rahmen ermöglichen können, ein eigenes Zimmer hat. (2)
2071 Wo man einfach in Ruhe die Tür verschließen kann. Es liegen nicht drei weitere Kinder
2072 mit im Zimmer und drei weitere Eltern und Ärzte und eine offene Tür, weil das
2073 Mehrbettzimmer ja waren vorher. Sondern hat sein eigenes Zimmer, jeder kann sich
2074 das ein bisschen so einrichten und alles hinstellen, wie es denen passt. ähm damit
2075 man sich einfach wohler fühlt. Also ich finde, eigentlich ist es deutlich einfacher
2076 geworden, weil jede Mutter jetzt ihre Privatsphäre hat. Jede Mutter kann einfach die
2077 Tür zu machen. Wir haben die Kinder ja am Monitor. Wir können die überall sehen.
2078 ähm und eigentlich hat es die Mutter total bequem, sagen wir es einmal so, verglichen
2079 zu der anderen Station, wo man eigentlich wirklich so zu dritt oder zu viert in einem
2080 Zimmer war. Und da hat sich nicht jede getraut einfach sich obenrum freizumachen
2081 und ihr Kind dann zu stillen, während (2) Mutter und Vater vom anderen Kind im

2082 Zimmer mit drinnen waren. Also eigentlich haben die Frauen es deutlich einfacher und
2083 dementsprechend hat sich auch meine Einstellung zum Stillen nicht geändert. Also ich
2084 komme aus einer Familie, wo alle gestillt wurden und wir sind alle pro Stillen und wir
2085 wurden alle selber sehr sehr lange gestillt. Ich für zweieinhalb Jahre. Deshalb bin ich
2086 auch kugelrund und gesund. ähm und äh ich, meine Meinung hat sich
2087 dementsprechend gar nicht geändert also, wie gesagt. (2) Früher war das so. Ich
2088 komme, ich komme vom Land in Polen. und äh wir sind halt Nachkriegsland und bei
2089 uns im Dorf ist das noch immer so, dass da total noch viele Reparaturen stattfinden
2090 und da hatten die Leute kein Geld, um sich Formulanahrung zu kaufen oder irgendwie
2091 Ersatzprodukte zu organisieren. Da wurden alle Kinder gestillt, weil das war einfach
2092 das Günstigste und das war auch einfach das Beste. Du hast einfach deine Brust
2093 herausgeholt, dein Kind darangelegt und es wurde gestillt. Also das war so die
2094 Mentalität. Also was anderes gibt es ja nicht. Warum sollte ich mein Kind anders
2095 ernähren? #00:08:57-5#

2096

2097 I: Ja. #00:08:58-3#

2098

2099 B: Und das, deshalb also meine Einstellung hat sich nicht geändert. Es hat sich
2100 vielleicht ein bisschen erschwert, dadurch, wie gesagt, dadurch, dass wir jetzt
2101 Einzelzimmer haben und auch nicht wirklich immer so in jedem Zimmer so reinhuschen
2102 können, wie früher auf der alten Station. Und die Frauen auch einfach bequemer
2103 werden, hat sich das vielleicht ein bisschen erschwert. Aber meine Einstellung dazu,
2104 dass Stillen eigentlich schon das Beste ist, was man machen kann, hat sich nicht
2105 geändert. #00:09:19-3#

2106

2107 I: (2) Und vielleicht noch einmal auf die Einzelzimmer: wirkt sich das auch darauf aus,
2108 wie sehr du etwas lernst in Bezug auf Stillberatung? Ich habe in einem anderen
2109 Interview schon von einer Kollegin gehört, dass es vielleicht in den Mehrbettzimmern
2110 einfacher war, sich etwas abzuschauen von anderen. (2) Wie ist dein Eindruck davon?
2111 #00:09:42-3#

2112

2113 B: (2) Ja, teil- also sehe ich eigentlich genau so, muss ich ehrlicherweise sagen, weil
2114 teilweise, wenn man, auch wenn man jetzt nur ein Kind in einem Mehrbettzimmer
2115 betreut und die Kollegin betreut das Kind gegenüber. Man hört ja immer mit einem Ohr
2116 mit. Das ist einfach so. Das das kann man einfach nicht abstellen. Und wenn man dann
2117 mitbekommt, dass die gerade anlegen und sie sagen so 'Ja, versuchen sie einmal so
2118 und so zu halten.'. Dann denkt man sich 'Oh, ja, das ist eigentlich voll gut.'. Daran hat
2119 man nicht gedacht. Also es ist eigentlich, also eigentlich war es positiv, ja, aber
2120 natürlich auch, wie ich schon eben meinte, ein bisschen negativ für die Mutter, weil ich
2121 würde mich hier jetzt auch nicht vor jedem Fremden obenrum freimachen. ähm aber
2122 ich finde halt in den Einzelzimmern, dass manche auch eben schon ähm dass es ist
2123 deutlich angenehmer ist für so eine Mutter in Ruhe herunterzukommen. Die Tür ist zu.
2124 Es kommt nicht irgendjemand herein. Es ist kein anderes Zimmer da. Einfach auch
2125 einmal herunterzukommen, sich vorzubereiten und sich auch einfach einmal die Zeit
2126 zu nehmen für sein Kind ähm, um es dann quasi an die Brust anzulegen oder auch
2127 einfach einmal auch nur einen Stillversuch zu machen und das Kind im Mamillen-
2128 Mund-Kontakt vor die Brust zu legen. Also ich finde, das ist deutlich angenehmer in
2129 einem Einzelzimmer als in einem Mehrbettzimmer. Weil natürlich, wenn mein, wenn
2130 ich jetzt ich jetzt im Mehrbettzimmer wäre und ich würde anlegen (2) und jetzt einer
2131 von den Stillberaterinnen wäre gegenüber und ich komme jetzt irgendwie nicht zurecht.
2132 Natürlich hole ich mir die gleich zur Hilfe, weil ich kann, ich kann so die Basics, aber
2133 ich kann auch nicht alles. #00:10:57-8#

2134
2135 (Störung: Aufnahme pausiert) #00:11:06-0#
2136
2137 I: Gut, wir waren stehengeblieben dabei, wenn du in einer Situation in der Stillberatung
2138 nicht weiterkommst, kannst du in einem Mehrbettzimmer ähm vielleicht auf jemanden
2139 zurückgreifen, der da ist. Auf welche Ressourcen greifst du denn sonst zurück, wenn
2140 du in der Beratungssituation nicht weiterkommst und warum? #00:11:23-3#
2141
2142 B: Also ich greife definitiv auf ähm bei Stillsituationen auf die Stillberater zurück,
2143 definitiv. Ihr seid dafür speziell ausgebildet. Ihr kennt definitiv mehr Tricks und äh, sage
2144 ich einmal so, me- mehr Optionen und auch mehr, sage ich einmal so,
2145 Motivationssprüche oder, wie man das auch ausdrücken kann, und ihr könnt der Mutter
2146 wirklich besser helfen, als ich quasi als Laie, der nur die Grundsachen kann. Meistens
2147 greife ich auch auf Schwestern zurück, die ähm, von denen ich selber das, sage ich
2148 einmal so, das Anlegen gelernt habe oder mitgemacht habe oder von denen ich weiß,
2149 die machen das immer richtig gut und die Eltern lieben die, wenn es um das Stillen
2150 und Anlegen angeht. Die frage ich dann immer wieder gerne. Oder halt auch einfach
2151 Kollegen, die selber gestillt haben. Die wissen, dass das kein kein Kindergarten ist das
2152 Stillen und Anlegen. Und meistens versteht sich dann so eine Mutter mit einer Kollegin,
2153 die selber gestillt hat, deutlich besser als mit einer jungen Schwester, die überhaupt
2154 gar kein, also nicht einmal selbst ein Kind hat, und vielleicht auch nicht mal sel- also
2155 Berufserfahrung aufweisen kann. #00:12:19-5#
2156
2157 I: Ja. #00:12:20-6#
2158
2159 B: Also auf solche Kollegen, sage ich einmal so, euch Stillberater, greife ich immer
2160 gerne zurück. Auch besonders, wenn die Frauen irgendwie gerötete und gewundene
2161 also wunde Brustwarzen haben und so. Da frage ich auch immer lieber euch, bevor
2162 ich da irgendetwas Falsches sage, weil (2) viele Köche verderben den Brei. Wenn
2163 jemand immer etwas Verschiedenes sagt und dann finde ich immer lieber einfach die
2164 Stillberater fragen. Da ist meistens so eine homogene Meinung zu so bestimmten
2165 Themen. Das kommt auch deutlich besser an, wenn ich dann sage 'Ok, ich weiß es
2166 jetzt gerade nicht. Ich hole einen Stillberater.'. Dann ist schon auch wieder das
2167 Vertrauen zwischen der Mutter und mir deutlich besser, weil ich auch einfach ehrlich
2168 sage 'Ich weiß es einfach gerade nicht. Ich möchte ihnen nichts Falsches sagen. Ich
2169 hole jemanden, der sich damit sehr gut auskennt.'. #00:12:58-1#
2170
2171 I: hm (zustimmend) (3) Und aus deiner Sicht, welchen Stellenwert, welche Bedeutung
2172 haben Stillhilfsmittel in der Neonatologie? #00:13:08-0#
2173
2174 B: (2) Meinst du so etwas, wie Stillkissen, Stillhütchen? #00:13:11-8#
2175
2176 I: Ganz genau. #00:13:12-9#
2177
2178 B: Also ich, ganz ganz wichtig, finde ich. Weil nicht jede k- Frau kann die perfekte
2179 Brustwarze vorweisen, die nach- perfekt nach vorne gestülpt ist und auch noch
2180 genügend Brustvorhof da ist, damit das Kind die Brustwarze adäquat in den Mund
2181 nehmen kann. Und ähm es motiviert ja auch die Frauen trotz verschiedener
2182 Brustwarzen ihr Kind auch anzulegen. Wenn man dann auch sagt 'Es gibt
2183 Möglichkeiten ihr Kind trotzdem an die Brust zu bekommen.', 'Es gibt Stillhütchen.'. Ich
2184 finde das richtig klasse, dass wir diese Stillhütchen haben, weil ich glaube, viele Frauen
2185 würden einfach verzweifeln und gleich direkt alles an die Flasche abgeben. Aber wenn

2186 man die quasi einfangen kann und sagt 'Es gibt Stillhütchen.'. Wir können das Kind ein
2187 bisschen neben dem Stillen auch sondieren, damit es auf den Geschmack kommt und
2188 damit es merkt 'Ok, ich bin jetzt an der Brust. Ich fühle mich gesättigt.'. Und ich finde,
2189 das beruhigt auch die Frauen sehr sehr stark und deshalb bin ich auch so ein
2190 Befürworter von diesen Hilfsmitteln, wie Stillhütchen, Stillkissen. Damit die Frau auch
2191 ordentlich sitzen kann und das Kind auch richtig adäquat an die Brust angelegt werden
2192 kann, weil es soll ja auch gemütlich sein. Es soll ja keine Tortur sein für dreißig, vierzig
2193 Minuten das eigene Kind krampfhaft festzuhalten, damit es nicht herunterrutscht. (2)
2194 Sondern einfach auch, dass es so einen Gemütlichkeitsfaktor hat für die Mutter. Und
2195 wenn die Mutter merkt, wie gemütlich und entspannt das ist mit Stillhütchen anzulegen,
2196 mit Stillkissen, auch vielleicht einmal ein bisschen die Füße hoch, eine Wasserflasche
2197 neben sich zu haben, dann wird sie auch deutlich mehr interessierter und motivierter
2198 sein, ihr eigenes Kind zu stillen. Weil man ihr auch die Möglichkeiten gibt, egal, was
2199 sie für eine Brust mitbringt. Also großer Befürworter davon. #00:14:44-0#

2200

2201 I: Ja. (2) mh dann vielleicht ein bisschen zu einem anderen Thema. Es sind ja, wenn
2202 die Frauen so die verschiedenen Stationen durchlaufen einige Personen in die
2203 Stillberatung involviert. Welche Merkmale kennzeichnen die Zusammenarbeit im
2204 pflegerischen Team der Neonatologie und dann auch zwischen der Neonatologie und
2205 dem geburtshilflichen Team? #00:15:09-5#

2206

2207 B: (2) Also ich finde, die ähm (seufzt) also das ist ein bisschen, also ich würde jetzt
2208 erstmal mit unserem Team anfangen. Also wir machen das ja ziemlich gut, in dem wir
2209 das einfach schon bei den, vom von einem Dienst zum nächsten Dienst sagen. Was
2210 wir jetzt gerade gemacht haben, wie wir angelegt haben und dass man das
2211 gegebenenfalls auch aufschreibt in dem Stillberatungsprotokoll. Sodass, wenn man
2212 jetzt beispielsweise auch länger nicht mehr da war oder die Mutter war jetzt einen Tag
2213 nicht da und man weiß jetzt nicht, was der letzte Stand war, dass man
2214 dementsprechend auch nachlesen kann. Ich finde, das klappt gut. Oder wenn man halt
2215 auch einfach sagt, also an euch Stillberater trete ich ja auch immer öfters ähm, dass
2216 man halt sagt 'Ok, ähm das habe ich jetzt mit der Mutter gemacht. Ich habe die und
2217 die Probleme.'. ähm dass man da einfach regelmäßiger austauscht. Austausch
2218 mündlich als auch schriftlich finde ich ganz ganz wichtig. ähm was aber die
2219 Zusammenarbeit mit der Wochenbettstation (seufzt) angeht, finde ich ein bisschen
2220 ähm, bin ich ganz ehrlich, finde ich ein bisschen schwierig. Weil ähm meistens trifft
2221 man Absprachen mit der Mutter, besonders was das Ausstreichen und das Abpumpen
2222 angeht, und dann kommt die Mutter auf die Wochenbettstation und es wird etwas
2223 komplett anderes gesagt. Ich finde, der Fokus darauf liegt 'Oh Gott, die arme Mutter.
2224 Die muss ja auch mindestens fünf, sechs Stunden schlafen. Da pumpt sie einmal
2225 vorher und einmal nachher ab.'. (2) Und ich finde das dann einfach ein bisschen
2226 schwierig, weil ähm wenn man so eine Mutter hat, die schon komplett angespannt ist
2227 (räuspert) und die kriegt zwei verschiedene Aussagen von zwei verschiedenen
2228 Teams, die eigentlich zusammenarbeiten sollten ähm finde ich das ein bisschen
2229 schwierig, das für uns (unv.) (räuspert). Und genauso finde ich das auch ein bisschen
2230 ähm also ich finde es auch sehr negativ, dass beispielsweise, wenn ich dann Dienst
2231 habe und die Mutter ist beispielsweise jetzt unten und der geht es jetzt gerade nicht
2232 gut, aber sie sagt, sie pumpt ab und lässt dann die Milch hochbringen, dass die
2233 Kollegen sich unten also auf der Wochenbettstation, nicht darum kümmern, dass ähm
2234 dass die Milch an den Laden kommt, dass die Milch nach oben gebracht wird.
2235 Teilweise muss ich der Milch hinterher telefonieren oder die selbstständig unten
2236 abholen. #00:17:09-4#

2237

2238 I: Ja. #00:17:10-5#

2239

2240 B: Also da funktioniert die Kommunikation ganz ganz schlecht, finde ich. Die machen
2241 teilweise ihren eigenen, ihren eigenen Schnack. Wir machen dann unseren eigenen
2242 Schnack und am Ende des Tages kriegt die Mut- ist die Mutter eigentlich diejenige, die
2243 zwischen dem Schussfeuer steht und einfach verschiedene Aussagen bekommt.
2244 #00:17:24-3#

2245

2246 I: (2) Ja. (2) Wie könnte das verbessert werden? #00:17:31-1#

2247

2248 B: (seufzt) also theoretisch könnte man eigentlich ähm immer sich einmal mit dem
2249 Team zusammensetzen oder zumindest die Stillberater von beiden Stationen. Weil ich
2250 weiß, auf der Wochenbettstation gibt es auch einige Stillberater. Dass man quasi ähm
2251 die Stillberater von der Wochenbett und unsere Stillberater von der Neo einmal
2252 zusammensetzt und sagt 'Ok, was ist unser Ziel? Was wollen wir erreichen?'. Dass
2253 auch einfach erstmal die Zusammenarbeit funktioniert, während die Frauen auf der
2254 Wochenbettstation sind und dann halt auch bei uns sind, damit wir einfach auch ähm
2255 Aussagen haben, die sich auch überschneiden, die auch gleich sind. Nicht, dass wir
2256 verschiedene Aussagen haben. Dass man sich irgendwie mindestens einmal im Monat
2257 zusammensetzt. Irgendwie, wenn irgendetwas nicht gelaufen ist, dass man die
2258 Berichte dann sammelt und den Kollegen dann sagt 'Wenn irgendetwas nicht geklappt
2259 hat, schreibt das bitte auf. Wir nehmen das mit zu der Stillberaterversammlung von der
2260 Wochenbett und von der Neo.'. (unv.) und sagt 'Ok, was ist unser Ziel? Was möchten
2261 wir erreichen?'. ähm dass man, also das wäre vielleicht so ein Vorschlag. Weil, ich
2262 glaube, beide Teams komplett alle, die beiden großen Teams zusammensetzen, ich
2263 glaube, das wäre einfach ein bisschen zu viel. #00:18:35-5#

2264

2265 I: Ja. #00:18:36-2#

2266

2267 B: Wäre einfach deutlich einfacher, wenn man die Stillberater zusammensetzt, Neo
2268 und Wochenbett, die sich dann hinsetzen und überlegen 'Ok, was ist unser Ziel? Was
2269 möchten wir erreichen, damit die Mütter einfach sich bei beiden Stationen gut
2270 aufgehoben fühlen?'. Nicht, dass beispielsweise die Neo sagt 'Bitte, bitte pumpen sie
2271 spätestens alle drei Stunden ab. Wenn sie eine bestimmte Menge erreicht haben, dann
2272 halt wirklich reicht es auch einmal um dreiundzwanzig Uhr und einmal zwischen zwei
2273 und fünf Uhr.' und die Wochenbett würde dann sagen 'Ne, schlafen sie einmal bitte die
2274 ganze Nacht durch.'. So und das verunsichert auch schon die Frauen, weil, was soll
2275 sie denn jetzt glauben, was sollen sie denn jetzt durchführen. Und ich glaube, dass
2276 solche Aussagen einfach quasi gemeinsam durchzugehen und zu sagen 'Ok, was ist
2277 unser Ziel? Was wollen wir verfolgen? Was möchten wir für die Mütter, damit es auf
2278 beiden Stationen gleich klappt?'. Und das könnte man jedes Mal quasi den Teams bei
2279 den MABs jetzt beispielsweise vorstellen. Auf jeden Fall beide Teams
2280 zusammensetzen, ich glaube, das wäre ein Chaos. #00:19:26-7#

2281

2282 I: Ja. (3) Mh jetzt gibt es ja neben den Pflorgeteams auch noch andere Berufsgruppen,
2283 die in der Neonatologie ähm tätig sind. Welche Rolle spielen aus deiner Sicht
2284 Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen und Psycholog*innen für die Stillberatung?
2285 #00:19:49-4#

2286

2287 B: (2) Also ähm ich fange einmal bei den Ärzten an. Also ich finde es auch wichtig,
2288 dass die Ärzte quasi auch auf unserer Seite stehen, was das Stillen angeht. Natürlich,
2289 wenn wir jetzt ein Kind haben, was komplett dekompensiert und schon so viel

2290 abgenommen hat, dass die jetzt bei- äh beispielsweise für den Übergang, bis die
2291 Mutter in ihren Milcheinschuss kommt, jetzt Ersatznahrung nehmen, damit die Mutter
2292 sich nicht unter Druck gesetzt fühlt. Das ist was anderes, finde ich. Aber ich finde, dass
2293 die Ärzte derselben Meinung sein sollten, wie wir. Dass wir die soweit, wie sie es
2294 möchten, die Mütter, dass wir sie unterstützen in der in in ihrer Stillreise ihrer und ihrem
2295 Wunsch, den sie hegen, ihr Kind zu stillen. Das finde ich ganz ganz wichtig. Aber wenn
2296 dann jetzt beispielsweise, ich komme jetzt als Pflegerin rein und sage ähm ähm (2)
2297 'Ich möchte jetzt mit ihrem Kind und sie, dass wir uns hinsetzen und dass wir einmal
2298 anlegen. Ihr Kind hat Hunger.' und dass man das dann schildert. Und dann ist
2299 eigentlich die Mutter d'accord. Und dann finde ich das immer ein bisschen schwierig,
2300 wenn dann der Arzt kommt und sagt 'Ne, wir haben nicht genug Essen. Das Kind nimmt
2301 ab und das ist ganz ganz schlimm. Wir müssen zufüttern.' und so und komplett die
2302 Mutter aus dem Konzept werfen, wo man sie als Pflege schon ziemlich gut aufgebaut
2303 hat. Das finde ich immer schwierig. Also dass die Ärzte erstens auf unserer Seite sind.
2304 Physiotherapeuten ähm finde ich auch ganz wichtig, besonders, wenn man so Kinder
2305 hat, die sehr versteift sind im Kiefer. Dass man quasi den Müttern mit der
2306 Physiotherapie zeigt 'Wie kann ich den Kiefer meines Kindes lockern? Worauf muss
2307 ich achten auch ähm was die Wirbelsäule beispielsweise angeht beim Anlegen?'. Das
2308 finde ich ganz wichtig. Und eine Psychologin finde ich auch immer ganz gut, weil die
2309 Eltern erzählen den Psychologen deutlich mehr als uns. Weil manchmal trauen sich
2310 auch die Eltern auch einfach gar nicht, anzusprechen und zu sagen 'Ja, hey, das stört
2311 mich gerade. Das ist irgendwie' keine Ahnung 'Das ist zu viel Druck.' oder 'Ich möchte
2312 mehr. Ich möchte mehr anlegen.', 'Ich möchte weniger anlegen.'. Das trauen sich
2313 manchmal eigentlich gar nicht alle Mütter, weil sie dann denken, die treten uns auf den
2314 Schlips. Weil wir so beispielsweise motiviert sind und so. Ich finde dann einfach auch
2315 jemanden Drittes zu haben, der einmal ganz neutral hereinkommt und sagt so 'Hey,
2316 was ist jetzt los?'. So ne 'Was sind ihre Sorgen? Was sind ihre Bedenken?'. Also ich
2317 finde das immer gut als Ausgleich für die Mutter, dass die einfach einmal gucken kann
2318 'Ok, das ist jetzt ähm das ist jetzt jemand Drittes, mit dem ich reden kann. ähm die ist
2319 mir gar nicht böse. Die ist mir auch also die hört mir einfach zu und ähm verurteilt das
2320 gar nicht.'. Sondern gegebenenfalls kann die, kann man, kann die Mutter ja auch der
2321 Psychologin sagen 'Ok, wären sie so nett und würden das weitergeben? Weil ich traue
2322 mich nicht das weiterzusagen.'. Und ich finde, dann in dem Moment ist das dann auch
2323 völlig in Ordnung, wenn die Mutter sich das nur traut der Psychologin zu sagen als mir
2324 als Pflegerin. Das kann ich ihr auch gar nicht böse nehmen. #00:22:26-5#

2325

2326 I: Ja. (3) Du hattest das bei den Ärzten schon einmal kurz angesprochen, ähm wie
2327 wirken sich die die Einflüsse durch die anderen Berufsgruppen auf deine Beratung
2328 aus? #00:22:40-9#

2329

2330 B: (2) ähm noch einmal bitte. #00:22:44-0#

2331

2332 I: (1) Wie wirken sich die Einflüsse auf die Eltern durch die anderen Berufsgruppen,
2333 durch die Ärzt*innen zum Beispiel, auf deine Beratung aus? #00:22:53-9#

2334

2335 B: (2) Also das ist unterschiedlich, aber meistens setzt das eher die Eltern unter Druck,
2336 finde ich. Wenn jetzt beispielsweise, wie ich ja gerade die Situation geschildert habe,
2337 dass ähm ich erkläre der Mutter 'Es ist alles gut. Wir kriegen das hin. Das klappt alles
2338 sehr gut. Es dauert halt.'. Das kann man ja nicht, 'Rom wurde ja auch nicht an einem
2339 Tag erbaut.', sage ich dann immer. Und wenn dann der Arzt hereinkommt und sagt
2340 'Nein, das reicht nicht. Ihr Kind verhungert.' oder malt der Mutter da ein komplettes
2341 Horrorszenario heraus. Das entmutigt die Mutter meistens und macht ihr eher mehr

2342 Sorge, sodass sie sich gar nicht mehr darauf konzentrieren kann, was sie bis jetzt
2343 erreicht hat. Also das finde ich immer schwierig. Das erschwert das auch. ähm und
2344 beispielsweise was das auch erschweren kann von den Physiotherapeuten, wenn sie
2345 jedes Mal der Mutter sagen 'Sie muss ihr Kind irgendwie massieren.'. Die ersten zwei,
2346 drei Tage macht sie das vielleicht, aber dann denkt sie sich so 'Ok, muss ich das jetzt
2347 wirklich jedes Mal machen. Das ist doch total anstrengend.' und 'Ich stresse doch auch
2348 mein Kind.' oder 'Muss ich jedes Mal mein Kind massieren und das auch nachts.'. Das
2349 ist ja nicht nur tagsüber. Das kann auch wieder entmutigen ähm und genau so kann
2350 es entmutigen, wenn die Mutter im Zimmer gerade sitzt und es kommt eine
2351 Psychologin herein. Die kann sich nicht erst einmal denken 'Ok, das ist das normale
2352 Stationsangebot.' von uns, was wir haben. Sondern die kann sich auch vielleicht
2353 denken 'Oh Gott, die denken, ich bin irgendwie, ich habe einen an der Klatsche und
2354 jetzt schicken die mir hier eine Psychologin rein.'. (2) Weil das ist ja erst einmal der
2355 erste Gedanke, den man hat, wenn man im Zimmer sitzt und auf einmal kommt eine,
2356 kommt jemand herein, stellt sich als Psychologin vor und man hört erst einmal gar nicht
2357 zu, weil man sich so denkt 'Oh Gott, die denken echt, ich habe einen an der Klatsche
2358 und die schicken mir jetzt hier eine Psychologin herein und ich soll mit der über
2359 meine Probleme reden.'. Dass dann auch wieder das Vertrauen schwindet bis dann
2360 die Mutter eigentlich realisiert, dass das Angebot der Psychologin für jede Mutter gilt
2361 auf Station. #00:24:31-7#

2362

2363 I: hm (zustimmend) #00:24:32-4#

2364

2365 B: Also das kann mir, das ist auch wieder ein negativer Einfluss. Es ist, das kann man
2366 natürlich alles positiv als auch negativ auslegen. #00:24:38-0#

2367

2368 I: Ja. (2) ähm (3) Wie kommt es, dass ähm zum Beispiel die Ärzte in deine Beratung
2369 reingrätschen? Theoretisch sollten ja alle an einem Strang ziehen oder nicht?
2370 #00:24:59-8#

2371

2372 B: (2) Theoretisch ja, aber ich kann beispielsweise, ich kann es auch verstehen, ähm
2373 wenn der Arzt dann sagt 'Ok, wir sind jetzt an Tag vier, Tag vier Leben-, äh vierter
2374 Lebenstag des Kindes und das Kind nimmt nicht zu und es nimmt eher ab. Es ist
2375 komplett dehydriert ähm es dekompensiert mittlerweile. Wir können es auch nicht mehr
2376 mit Infusionen gerade kriegen.'. Dann kann ich das schon verstehen, wenn der Arzt
2377 sagt 'Ok, wir müssen uns jetzt definit- also wir müssen definitiv jetzt dieses Kind
2378 zufüttern, weil sonst äh dekompensiert das uns so stark, dass wir das nicht mehr
2379 wieder kompensiert kriegen.'. Das kann ich ihm dann auch in dem Moment nicht böse
2380 nehmen, weil ich das dann ja auch in dem Moment selber sehe. Ich sehe ja vielleicht
2381 'Ok, das Kind saugt sehr gut und die Stilleinheiten sind auch richtig klasse. Aber es
2382 kommt einfach in dem Moment keine Milch.'. Also nicht genügend für das Kind
2383 entsprechend des Lebensstages. Das sehe ich ja auch. Und dann sind wir auch
2384 derselben Meinung, aber dann bin ich immer eher so der Favorit, dass ich das eher
2385 der Mutter erzähle. ähm weil ich weiß ganz genau, einige Ärzte, ähm wir reden jetzt
2386 mal über auf unsere Ärzte, einige unserer Ärzte sind, können halt echt sehr gut Druck
2387 aufbauen und teilweise auch den Eltern ein schlechtes Gewissen einreden. So und
2388 ähm teilweise ist es auch so, die Eltern nehmen das komplett anders auf von dem Arzt
2389 als von einer Schwester. ähm (3) wenn man denen das so erzählt. (2) Es ist etwas
2390 komplett anderes, wenn der Arzt hereinkommt und sagt 'Ja, oh Gott, ihr Kind nimmt
2391 ab. Wir müssen es zufüttern.', so dann gleich verfallen fallen die Eltern in so eine
2392 Massenpanik in ihrem Kopf, dass man die gar nicht beruhigt bekommt. Aber wenn
2393 dann beispielsweise die Schwester kommt, die die die ganzen Tage begleitet hat, was

2394 ähm auch das Stillen angeht, und dann sagt 'Ok, wir haben jetzt, wir haben jetzt, wir
2395 sind jetzt an dem Punkt angekommen. Wir sind jetzt vierter Lebenstag. Ihr Kind trinkt
2396 gut an der Brust, aber es ist leider nicht genügend für ihn, damit er, damit der
2397 Tagesbedarf abgedeckt ist.'. Und dann erkläre ich denen auch immer. Sie sehen ja,
2398 ihr Kind hat Hunger und das setzt sie auch unter Druck. Auch, wenn sie es nicht
2399 zugeben wollen. Ihr Unterbewusstsein macht das. Und dann sage ich denen auch
2400 immer 'Unsere Möglichkeit oder unsere Option wäre es, wenn wir ihnen teilweise bis
2401 sie ihren Milcheinschuss haben und auch genügend Muttermilch haben, dass wir ihn
2402 überbrückungsweise mit Ersatznahrung versorgen. Damit sie einfach nicht mehr
2403 diesen Druck haben 'Mein Kind ist hungrig. Ich kann mein Kind nicht versorgen.'. Wir
2404 legen es an. Es trinkt gut. Aber es klappt irgendwie nicht.'. Dass man einfach der Mutter
2405 den Druck nimmt und sagt, das erkläre ich denen dann auch und dann sind die deutl-
2406 also habe ich bis jetzt die Erfahrung gemacht, sind die Eltern deutlich entspannter,
2407 wenn ich denen das erzähle. Und auch ganz entspannt und auch in dem Ton und auch
2408 mit, sage ich einmal so, mit den Argumenten, natürlich noch ein bisschen
2409 ausführlicher. ähm als wenn das der Arzt macht. Weil der Arzt ist nicht die ganze Zeit
2410 da und legt mit den Eltern an beziehungsweise mit der Mutter und dem Kind. Ich bin
2411 da. Ich bin die ganze Zeit da. Ich passe auf. Ich erkläre die ganze Zeit. Und es kommt
2412 deutlich anders an, als wenn ich das sage als zuständige Pflegekraft, als wenn der
2413 Arzt einmal für zwei Sekunden hereinschneit, diese Nachricht heraushaut und dann
2414 wieder verschwindet. #00:27:54-7#

2415

2416 I: Ja. #00:27:56-2#

2417

2418 B: (2) Das finde ich also das war bis jetzt meine Erfahrung. #00:27:59-7#

2419

2420 I: (3) ähm könntest du sagen (2) ähm im Bereich der Ernährung, was eher ärztliche
2421 Tätigkeiten sind und was, also jetzt hattest du schon gesagt, auch so eine
2422 Kommunikation würdest du eher auf pflegerischer Seite sehen. ähm gibt es da wie so
2423 eine Grenze, die man zieht, oder gibt es Tätigkeiten, die sind einfach aus deiner Sicht
2424 bei der einen Berufsgruppe besser aufgehoben als bei der anderen? #00:28:29-9#

2425

2426 B: (3) Also ich finde das schwierig. Es gibt also teilweise finde ich also, natürlich gehört
2427 sich der gemeinsame Austausch und auch das Auseinandersetzen mit dem Arzt und
2428 was gerade der aktuelle Stand ist. ähm und ich finde, es ist davon abhängig, was man
2429 jetzt gerade für eine Art von Eltern vor sich hat. Es gibt einige Eltern, die wollen nur mit
2430 dem Arzt darüber reden. Dann muss ich denen den Arzt bieten quasi. Und es gibt auch
2431 einige Eltern, die wollen nur mit der Schwester darüber reden, weil, wie gesagt, die
2432 Schwester ja die ganze Zeit darin ist, oder die Stillberater und der Arzt da eigentlich
2433 wenig zu sagen zu hat. Also ich finde das ist immer abhängig davon, was ich für eine
2434 Art von Eltern habe und was die Eltern jetzt gerade brauchen. (2) Aber sonst an sich
2435 immer der gemeinsame Austausch ist ganz ganz wichtig. Weil ich bin auch, ich bin
2436 auch so jemand, ich melde das dann auch den Ärzten zurück und wo ich dann sage
2437 'Ok, ich habe jetzt so langsam meine Bedenken. Das Kind macht das eigentlich ganz
2438 gut, aber die Mama ist total müde. Die Mama ist total gestresst und setzt sich so unter
2439 Druck, da kommt gerade keine Milch. Da kommt beispielsweise ganz ganz wenig
2440 Milch.'. #00:29:29-2#

2441

2442 I: Ja. #00:29:30-1#

2443

2444 B: Und 'Das Kind hat jetzt bis jetzt so viel und so viel abgenommen.' und das brauche
2445 ich eigentlich gar nicht den Ärzten erzählen, wie viel das Kind abgenommen hat. Nur

2446 ich versuche das dann auch immer noch quasi so zu sagen, dass das aus meiner Sicht
2447 jetzt einfach ein brenzlich wird und wir dieses Kind irgendwie abfangen müssen. Und
2448 dann sehen das die Ärzte genauso. Also ich finde auch immer, der Ton macht die
2449 Musik oder die Art und Weise, wie ich die Nachricht überbringe. Und ähm, wie schon
2450 gerade erwähnt, es ist einfach auch abhängig von den Eltern, was ich für Eltern vor
2451 mir habe, welche Art von Berufsgruppe die jetzt quasi brauchen, um ähm denen die
2452 Nachricht zu überbringen. #00:29:59-3#
2453
2454 I: Ja. #00:30:00-3#
2455
2456 B: (2). So. #00:30:02-5#
2457
2458 I: Ok, gut. Als abschließende Frage: was sind aus deiner Sicht die wichtigsten Aspekte
2459 in der Stillberatung von Eltern, deren Kinder in der Neonatologie behandelt werden?
2460 #00:30:13-7#
2461
2462 B: (2) Also ich finde es einen ganz ganz wichtigen Aspekt, wenn quasi alle am selben
2463 Strang ziehen, also wenn alle von Anfang an dasselbe Schemata durchgehen. Und
2464 damit meine ich beispielsweise halt auch, alle wissen, wie man ausstreicht. Alle
2465 können das den Eltern erklären und erklären auch die Wichtigkeit dessen, dass man,
2466 dass das Ausstreichen nach der Geburt eigentlich der wichtigste Moment ist, damit
2467 man die Milchbildung auch in die Gänge kriegt. Dass alle, sage ich einmal so,
2468 dieselben Basics machen, dass alle quasi wissen, was man zu sagen hat, wie man die
2469 Kinder anlegt, aber auch in demselben Moment oder im selben Atemzug genauso
2470 wissen, wann es heißt aufzuhören und die Mutter unter Druck zu setzen. Weil wir
2471 hatten das jetzt schon öfters, dass es mehrere Mütter gab, die gesagt haben, sie
2472 möchten auf das Stillen nicht mehr angesprochen werden. Und das finde ich in dem
2473 Moment einfach traurig. #00:31:03-2#
2474
2475 I: Ja. #00:31:04-2#
2476
2477 B: Weil was muss passiert sein im Team oder beziehungsweise von den versorgenden
2478 Schwestern, dass ähm dass die Mutter einfach nicht mehr darüber reden will? (2) Es
2479 ist etwas anderes, wenn sie sagt 'Ich habe schon jetzt heute drei- viermal oder fünfmal
2480 angelegt, können wir einmal die Kinder mit der Flasche füttern? Ich bin einfach gerade
2481 so fertig.'. Finde ich eine komplett andere Situation, als wenn die Mutter auf mich
2482 zukommt und sagt ähm 'Ich kann einfach nicht mehr. Ich möchte es einfach nicht mehr
2483 hören.'. Also in dem Zuge finde ich einfach wichtig, dass alle auf demselben Stand
2484 sind und dass alle dasselbe Ziel verfolgen. Und auch ganz ganz wichtig, wenn eine
2485 Mutter von vornherein sagt, von vornherein, weil sie es sich einfach überlegt hat. Ich
2486 meine, schlussendlich ist das ja ihr Körper und ihr Kind. ähm wenn sie von vornherein
2487 sagt 'Ich möchte gar nicht stillen. Ich möchte damit nichts zu tun haben. Ich bin völlig
2488 damit d'accord, dass ich mein Kind mit Ersatznahrung versorge und mit der Flasche.'.
2489 Dass wir auch das akzeptieren und nicht versuchen irgendwie noch hinter der Tür noch
2490 zu sagen so 'Hm möchten sie trotzdem nicht versuchen?' und so 'Sie haben doch jetzt
2491 gerade so ein bisschen Milch in der Brust.'. Dass man auch einfach die Grenzen der
2492 Mütter respektiert. #00:32:06-0#
2493
2494 I: Ja. #00:32:06-6#
2495
2496 B: Und ich find- also es ist natürlich auch, es ist auch wieder schwierig, wenn man
2497 sagt, man möchte die Grenzen der Mütter respektieren, wenn man halt weiß 'Ok, wir

2498 haben ein hungriges Kind. Die Mutter hat Milch, aber sie will anlegen, aber sie tut es
2499 nicht.'. Weil ich finde dann, da sollte man einfach also sollten wir alle ein bisschen so
2500 lernen, wie man dann die Mutter gut quasi gelenkt dazu bekommt, ihr Kind zu stillen
2501 oder es auch zu wollen. Weil ich finde, wie gesagt, einfach ganz ganz wichtig, dass
2502 alle denselben Stand haben, dass alle, sage ich einmal so, auch einfach über das,
2503 über zumindest über die Grundmaßnahmen so über die Basics alle dasselbe Wissen
2504 verfügen. Wie lege ich an? Wie Sorge ich dafür, dass das rich-, wie die Mamille mit
2505 Brustwarzenvorhof richtig im Mund ist? Wie lege ich das Kind adäquat hin? Welche
2506 Stillpositionen gibt es? Wie streiche ich aus? ähm was kann ich bei wunden oder
2507 geröteten Brustwarzen tun? So diese Basics. Und natürlich halt auch so die
2508 Kommunikation. Aber auch glaube dadurch, dass wir so ein großes Team sind und
2509 halt auch, was die Generationen an Schwestern angeht, sehr breit gefächert sind, wird
2510 das noch einen Moment dauern, bis sich das, sage ich einmal so, legt und wirklich so
2511 homogen wird bei uns im Team. ähm und wie gesagt, ich finde es auch manchmal
2512 davon abhängig, welche welche Kollegen welche Eltern versorgen. #00:33:14-9#

2513

2514 I: Ja. #00:33:15-8#

2515

2516 B: So. #00:33:17-0#

2517

2518 I: (2) Wie wirkt sich, wie wirken sich die unterschiedlichen Generationen auf die
2519 Stillberatung aus? Was meinstest du damit? #00:33:24-6#

2520

2521 B: ähm es gibt einf- es, also (2) ohne das jetzt irgendwie böse zu meinen, vor dreißig,
2522 vierzig Jahren war das ja so, Kinder und Formulanahrung bestes Leben. Also das, da
2523 gab es ja kein Stillen. Da wurden ja die Mütter von den Kindern getrennt und die durften
2524 die ja nur besuchen, wie im Zoo. ähm ich finde, einige sind dann auch einfach gleich
2525 so, die die geben noch nicht einmal der Möglich- die der Mutter die Möglichkeit
2526 anzulegen auch, wenn sie den Wunsch hegt. Die sagen auch gleich 'Och, das wird
2527 doch nicht klappen. Geben wir denen doch Formulanahrung. Dann sind sie nicht
2528 hungrig.'. (2) So. Das ist beispielsweise so eine Generation, aber die ist schon fast gar
2529 nicht bei uns mehr auf Station. Aber ich habe die halt noch, wie gesagt, mitbekommen.
2530 Und dann gibt es halt die Schwestern, die sa- die sind halt voll pro Stillen, weil sie
2531 vielleicht auch selber ihre Kinder gestillt haben und quasi die Generation waren, wo
2532 quasi wo die Eltern nicht getrennt worden sind von ihren Kindern nach Geburt, die
2533 selber gestillt haben, die selber schon positive Erfahrungen gemacht haben und die
2534 auch einfach wissen, Stillen ist ganz ganz ganz wichtig so. Egal, ob es jetzt
2535 beispielsweise, natürlich über die Brust ist es am besten, aber man kann auch
2536 Muttermilch über die Flasche geben, solange das Kind überhaupt Muttermilch
2537 bekommt. Dann gibt es halt eine sehr sehr große Schwarte an den Schwestern. Und
2538 dann gibt es natürlich Kollegen, denen ist das eigentlich relativ egal. (2) Die sind dann
2539 so 'Ok, sie wollen stillen. Dann stillen sie.', 'Sie wollen Formulanahrung. Dann nehmen
2540 sie Formulanahrung.'. Also das ist natürlich nicht böse gemeint, weil stillfreundliches
2541 Krankenhaus heißt auch, die Frau dort in dem zu unterstützen, wie sie ihr Kind versorgt
2542 oder ernährt. Egal, ob es jetzt Muttermilch oder Formulanahrung ist. ähm aber ich finde
2543 das ist halt so, es wa- war sehr breit gefächert, es wird jetzt immer weniger, aber es
2544 noch immer so, es gibt noch immer so den Spalt, der so sagt so 'Joa, stillen ist so
2545 anstrengend. Denken sie doch einmal an ihren Schlaf.' und so. Und dann gibt es
2546 wieder die Schwarte mit 'Ja, sie schaffen das. Wir kriegen das hin. Wir nehmen uns
2547 einfach die Zeit.'. Also aber, wie gesagt, die Schere dazwischen wird auch jetzt immer
2548 deutlich weniger. #00:35:14-2#

2549

2550 I: Ja. (3) Ok, von meiner Seite sind die Fragen besprochen. Möchtest du mir noch
2551 etwas sagen, was dir wichtig ist oder bisher nicht ausreichend thematisiert wurde?
2552 #00:35:25-6#
2553
2554 B: Ne, eigentlich nicht. Ich finde, wir haben das, wir sind da ja gut durchgekommen.
2555 #00:35:29-9#
2556
2557 I: Ja. Ok, dann würde ich jetzt noch ähm gerne ein paar demografische Daten anhand
2558 eines kurzen Bogens abfragen. #00:35:37-6#
2559
2560 B: Ja. #00:35:39-1#

Interview-Nummer	006
Datum des Interviews	06.01.2021
Art des Interviews	telefonisch
Dauer des Interviews	34:04
Interviewerin / Transkribientin	Janina Tönnies / Janina Tönnies
Transkriptionsregel	Siehe extra Dokument
Atmosphäre	Entspannt, ehrlich
Gesprächsverlauf	stringent
Besonderheiten / Störungen	keine

2561

2562 I: Dann sage ich noch einmal kurz, worum es in meiner Masterarbeit geht. Ich möchte
2563 herausfinden, welche Aspekte die Stillberatung in der Neonatologie aus Sicht von
2564 Pflegenden ausmachen. Du hattest ja das Infoschreiben gelesen. Reicht dir das so
2565 oder hast du noch Fragen dazu? #00:00:20-2#

2566

2567 B: Ne, das reicht mir eigentlich so. Das war ja total aufschlussreich und da stand ja
2568 alles alles drin und gut erklärt also. #00:00:26-5#

2569

2570 I: Super. Dann einmal kurz zum Ablauf des Interviews: die vorbereiteten Fragen hatte
2571 ich dir geschickt. #00:00:32-8#

2572

2573 B: hm (zustimmend) #00:00:33-4#

2574

2575 I: Grundsätzlich darfst du mir auch darüber hinaus alles zu dem Thema erzählen, was
2576 du wichtig findest und erzählen möchtest. Es gibt keine richtigen oder falschen
2577 Antworten. Du darfst so ausführlich antworten, wie es dir passend erscheint. ähm ich
2578 nehme das Interview auf, um es später verschriftlichen und auswerten zu können. Und
2579 das gesamte Interviewmaterial wird vertraulich behandelt. Nur ich habe Zugriff darauf
2580 und arbeite damit. #00:00:58-7#

2581

2582 B: hm (zustimmend) ok. #00:00:59-7#

2583

2584 I: Alle Daten, die Rückschlüsse auf dich erlauben, werden gelöscht oder per Nummer
2585 pseudonymisiert, sodass sie auch in meinem Bericht später niemand mit dir in
2586 Verbindung bringen kann. Wenn ich das Interview verschriftlicht habe, werde ich es dir
2587 zum Gegenlesen schicken und erst nach deiner Freigabe mit der Auswertung
2588 beginnen. #00:01:17-3#

2589

2590 B: hm (zustimmend) ok. #00:01:18-5#

2591

2592 I: Für beides ähm hatte ich dir ja mit dem Infoschreiben auch die Einwilligungserklärung
2593 geschickt. #00:01:23-7#

2594

2595 B: Genau. #00:01:24-7#

2596

2597 I: Die kannst du entweder unterschreiben und mir in das Fach legen oder ähm du
2598 unterschreibst sie und schickst mir ein Foto davon. Das ist auch in Ordnung.
2599 #00:01:32-2#

2600

2601 B: Ok. Also ich arbeite jetzt am Wochenende habe ich Nachtdienst. Reicht dir das,
2602 wenn ich es dir dann in das Fach lege also? #00:01:37-5#

2603
2604 I: Auf jeden Fall, das ist gar kein Problem. Ich habe am Wochenende Spätdienst. Dann
2605 laufen wir uns ja eh über den Weg. Das ist doch perfekt. #00:01:43-9#
2606
2607 B: Ja, super, ok. #00:01:45-5#
2608
2609 I: Ok. ähm dann können wir zur ersten Frage kommen. #00:01:49-2#
2610
2611 B: Ja. #00:01:50-3#
2612
2613 I: Beschreibe mir doch einmal, welche Erfahrungen du in der Stillberatung gesammelt
2614 hast und welche Emotionen du damit verbindest. #00:01:57-3#
2615
2616 B: Ja ähm geht es da jetzt nur rein um unsere Neo oder oder grundsätzlich also ab
2617 meinem Start meines beruflichen Werdegangs sozusagen? #00:02:06-6#
2618
2619 I: Du darfst gerne ab deinem Start erzählen. #00:02:09-2#
2620
2621 B: Ok, gut. ähm dann starte ich einmal so, dass ich ähm ja Kinderkrankenschwester
2622 gelernt habe und ähm dann ähm danach nach meiner Ausbildung elf Jahre, also von
2623 1992 bis 2003 war das, auf einer chirurgischen Säuglingsstation gearbeitet habe. Also
2624 ich habe s- so in meinen Anfängen gar nicht ähm so viel mit Neonatologie zu tun
2625 gehabt. Wir haben natürlich auch neugeborene und auch frühgeborene Patienten
2626 gehabt, die dann eben chirurgische Erkrankungen hatten. ähm ein Großteil unserer
2627 Patienten waren aber einfach ähm ja auch schon Kinder, die einige Wochen oder
2628 Monate alt waren. Wir hatten Patienten dort liegen bis zu zwei Jahren eigentlich so
2629 ungefähr von null bis zwei Jahre eigentlich. Und ähm insofern habe ich so aus meinen
2630 Anfängen ähm gar nicht so viel mit Stillberatung zu tun gehabt. Also es war so, die
2631 Kinder, die eben schon einige Wochen oder Monate alt waren, wenn die gestillt
2632 wurden, dann war das Stillen ja schon etabliert. ähm und bei den Neu- und
2633 Frühgeborenen ja, da wusste man zu dem Zeitpunkt natürlich schon, dass
2634 Muttermilchernährung wichtig ist und da wurden die Mütter auch ähm ja es wurde dann
2635 auch angeraten, also auch Milch abzupumpen, so. Aber in erster Linie, wenn ich mich
2636 so richtig zurückerinnere, gerade was Frühgeborene betrifft, sind die, glaube ich, nicht
2637 gestillt worden bei uns. Also die sind über Sonde und Flasche ernährt worden, aber
2638 eben das Stillen, das stand f- so in den Jahren, das ist nun auch schon lange, liegt ja
2639 nun schon lange zurück ähm, nicht so im im Fokus. Und ähm ja, bis 2003 habe ich da
2640 gearbeitet auf der Station, dann habe ich selber meine beiden Kinder bekommen. ähm
2641 die sind 2003 und 2005 geboren und die habe ich beide gestillt. Und ab dem Zeitpunkt
2642 eigentlich ähm habe ich eigentlich ja ist das Stillen für mich noch mehr in den Fokus
2643 gerückt. Also ich sage einmal so, als ich ganz jung war, wusste ich natürlich auch durch
2644 meine Ausbildung, dass Stillen wichtig ist, aber so die richtige ähm ja Wich- Wichtigkeit
2645 habe ich eigentlich erst dann so ähm ja war für m- also habe ich erst dann so bemerkt,
2646 als ich selber dann einfach gestillt habe. Und ähm dann habe ich ähm ja 2018 im
2647 Januar bei uns auf der Neo angefangen und dazwischen, also von 2005 bis 2018,
2648 habe ich ähm im A.-Krankenhaus auf der Level zwei Neo gearbeitet, aber das auch
2649 nur als Aushilfe so auf 450 Euro Basis und vorrangig auch im Nachtdienst ähm, sodass
2650 ich da auch mit dem Stillen auch nicht so große Berührungen hatte ähm, sodass ähm
2651 (2) ja also da dort das dann auch so war, dass Mütter Milch abgepumpt haben, die wir
2652 verfüttert haben ähm, aber ich auch mit dem Thema Stillberatung eigentlich gar nicht
2653 in Berührung gekommen bin. Eigentlich ist es jetzt erst Stillberatung in der Neo seit
2654 2018 ähm seit ich bei uns bin jetzt äh quasi ähm, ist es erst für mich zum Thema

2655 geworden, ähm Mütter anzuleiten im Stillen und ähm ja. Das war vorher eigentlich gar
2656 nicht so in meinem Fokus, sage ich einmal. Und insofern sind die Erfahrungen, die ich
2657 habe, eigentlich nur jetzt äh aus diesen drei Jahren, die ich jetzt bei uns bin ähm
2658 entstanden. Und ich kann gar nicht auf so einen äh ja also auf so einen weiten
2659 Erfahrungsschatz aus meiner Vergangenheit zurückblicken. ähm sehr wohl finde ich
2660 Stillen natürlich mega mega wichtig und ich finde das auch großartig, dass wir das so
2661 ähm doll vorantreiben und ähm versuchen, dass da ähm ja unsere Patienten nach
2662 Möglichkeit gestillt werden und die Mütter da dann die nötige Unterstützung erhalten.
2663 #00:05:56-9#
2664
2665 I: (2) Ja, ähm in der Stillberatung, wie schätzt du die Bedeutung von mündlicher
2666 Beratung im Vergleich zu praktischer Stillunterstützung ein? #00:06:08-3#
2667
2668 B: (2) Also da finde ich praktische Stillunterstützung viel wichtiger als, also mündliche
2669 Beratung natürlich auch, aber ich denke, wenn man es praktisch ähm der Mutter zeigt
2670 und sie dort praktisch eben unterstützt, dass das von größerer Wichtigkeit ist, sage ich
2671 einmal. Weil sie das dann einfach besser umsetzen kann und besser für sich
2672 wahrscheinlich ähm ja wieder abrufen kann, als wenn man mündlich etwas etwas
2673 gesagt bekommt. #00:06:35-8#
2674
2675 I: hm(zustimmend) (2) ähm (räuspern) und jetzt höre ich aus deinem Werdegang
2676 schon so ein bisschen vielleicht eine Veränderung auch in der Haltung zum Stillen
2677 heraus. Kannst du das auch so in den Teams, in denen du gearbeitet hast, feststellen,
2678 dass es da so ein bisschen einen Wechsel gab, wie man die Wichtigkeit oder die
2679 Bedeutung des Stillens einschätzt? #00:07:00-5#
2680
2681 B: (2) Meinst du mit den Kollegen, mit denen man #00:07:03-3#
2682
2683 I: Ganz genau, ja. #00:07:04-4#
2684
2685 B: zusammenarbeitet? ähm ja, also es kommt immer so darauf an, mit wem man
2686 zusammenarbeitet, glaube ich. Also ich glaube so, dass so ja die ähm Kollegen von
2687 uns, die auch gestillt haben, dass als eine größere Wichtigkeit ansehen als die jungen
2688 Kollegen, die vielleicht noch ja gerade am Anfang ähm ihres Werdegangs stehen
2689 sozusagen. Also ich glaube, dass das schon eine große Bedeutung hat also, ob man
2690 selber Mutter ist und selber gestillt hat. Da gibt es natürlich auch Ausnahmen, also
2691 ganz klar. Aber ich glaube, grundsätzlich ist das irgendwie (2) ja ha- (unv.) also me-
2692 merkt man das, also bei älteren Kollegen, die auch selber Kinder haben, dass da der
2693 ähm Aspekt Stillen einen größeren Fokus hat als ähm bei jüngeren Kollegen.
2694 #00:07:52-9#
2695
2696 I: Ja. (2) Wenn du in der Beratung bist und du kommst nicht weiter, auf welche
2697 Ressourcen greifst du zurück und warum? #00:08:02-1#
2698
2699 B: ähm dann gu- dann gucke ich einfach, wer ist mit mir im Dienst und wenn es jemand
2700 von euch Stillberaterinnen ist, ist das super und dann greife ich auch gerne darauf
2701 zurück, dass ich sage 'Mensch, ich komme da und da nicht weiter. ähm kannst du mir
2702 da irgendwie helfen?'. Oder ich gucke, ob eine andere erfahrene Kollegin vielleicht mit
2703 da ist, die mich vielleicht unterstützen kann und mir dann noch den ein oder anderen
2704 Tipp geben kann. #00:08:24-8#
2705
2706 I: hm (zustimmend) und welchen Stellenwert haben Stillhilfsmittel in der Neonatologie?

2707 #00:08:30-3#
2708
2709 B: Mit Stillhilfsmitteln meinst du so Stillkissen wahrscheinlich ne oder? #00:08:34-6#
2710
2711 I: Zum Beispiel, ja genau. #00:08:35-8#
2712
2713 B: Weil andere Stillhilfsmittel sind mir gar nicht eingefallen, als ich so darüber
2714 nachgedacht habe. ähm halte ich schon für sehr wichtig ähm, weil einfach durch ein
2715 Stillkissen (2) die Mama ja einfach auch die Hände mehr frei hat, als wenn sie das Kind
2716 halten würde. Und so hat sie die Hände frei, um einfach ja das Kind noch richtig zu
2717 stützen oder ah- ja anders zu unterstützen quasi. Also wenn sie das Kind auf einem
2718 Stillkissen ablegen kann. #00:09:03-4#
2719
2720 I: (2) Soll ich dir noch einmal so ein paar andere Hilfsmittel nennen, die dir vielleicht
2721 etwas sagen? #00:09:09-4#
2722
2723 B: Ja, sage einmal. #00:09:10-6#
2724
2725 I: ähm also zum Beispiel würde ein Stillhütchen als Stillhilfsmittel zählen. #00:09:15-
2726 3#
2727
2728 B: Achso, ok ja. #00:09:16-5#
2729
2730 I: ähm dann so etwas, wie Brustwarzenformer oder ich weiß nicht, ob du schon einmal
2731 etwas von einem Latch Assist gehört hast? Das ist dieses kleine Vakuumteil, womit
2732 man die Brustwarze stimulieren kann. #00:09:26-7#
2733
2734 B: Ok. Ne, das habe ich jetzt tatsächlich noch nicht gehört. Aber Stillhütchen natürlich,
2735 ja das (2) finde ich auch, also ist auch wichtig, weil gerade unsere frühgeborenen
2736 Patienten einfach ähm noch nicht die Kraft haben und noch zu klein sind äh die
2737 Brustwarze richtig zu greifen. Und dann ist es oftmals ja wirklich sinnvoll mit einem
2738 Stillhütchen dann dahingehend zu unterstützen und ähm es hinzubekommen, dass die
2739 Kinder vielleicht leichter andocken können. #00:09:55-1#
2740
2741 I: hm (zustimmend) (2) Jetzt hattest du gerade schon einmal kurz ähm über die
2742 Zusammenarbeit im pflegerischen Team erzählt. Wie läuft das jetzt einmal abgesehen
2743 von ähm ich sage einmal, Situationen, in denen du nicht weiterkommst, ähm wie läuft
2744 die Zusammenarbeit im pflegerischen Team der Neonatologie in Bezug auf die
2745 Stillberatung und wie ist das ins- die Zusammenarbeit mit dem geburtshilflichen Team?
2746 #00:10:23-7#
2747
2748 B: ähm das ist manchmal schwierig, da kommt es, glaube ich, auch immer ganz stark
2749 darauf an, wer dort, das ist ja dann die Entbindungsstation* im Grunde genommen, wo
2750 unsere Mütter dann liegen, ähm wer dann da quasi auch im Dienst ist. Also ich finde
2751 es einfach wichtig, dass wir einfach die gleichen Ziele verfolgen sollten und quasi ähm
2752 ja sozusagen an einem Strang ziehen sollten. ähm aber das ist ja nicht immer so
2753 gegeben. Also beispielsweise, wenn man nachts anruft bei einem neugeborenen
2754 Patienten und nach irgendwie Muttermilch fragt 'Ist schon ausgestrichen worden?',
2755 kriegt man ja öfters einmal als Antwort irgendwie 'Nein, die Mama schläft und das ist
2756 jetzt nicht wichtig und die braucht Ruhe und Schlaf.'. Und ähm ich glaube, dass da
2757 einfach noch mehr Zusammenarbeit ähm im Fokus stehen sollte und äh dass man
2758 noch mehr an einem Strang zieht quasi also. #00:11:23-9#

2759
2760 I: (2) Ja. ähm (räuspern) wie könnte diese Zusammenarbeit verbessert werden? (2)
2761 Hast du da eine Idee? #00:11:32-4#
2762
2763 B: (2) Durch gemeinsame Fortbildungen oder (2) ja also durch gemeinsame Fort-
2764 Fortbildungen einfach, dass man einfach ähm ja durch eine ähm eine Ausarbeitung
2765 quasi, dass man sagt 'So und so wünschen wir uns das.' oder 'So und so müsste das
2766 laufen, damit ähm wir die größtmögliche Chance haben der Muttermilchgewinnung und
2767 eben das Stillen voranzutreiben für unsere Patienten.', dass man irgendwie ja quasi
2768 (2) ja also so einen einen Leitfaden sozusagen hat irgendwie, an den sich alle halten
2769 und an dem sich alle entlang hangeln sozusagen. Und vielleicht eben Fortbildungen
2770 oder (2) Schulungen irgendwie, ähm die man dann gemeinsam auch hat. Also mit
2771 Schwestern aus ähm von der Entbindungsstation* und unseren (2) ähm Schwestern
2772 und vielleicht auch ärztliche Kollegen oder so. Das könnte ich mir so vorstellen.
2773 #00:12:33-1#
2774
2775 I: Ja. Was müssten da Themen sein, die man auf jeden Fall gemeinsam besprechen
2776 muss? #00:12:39-7#
2777
2778 B: (2) mh gerade, wie es um die Muttermilchgewinnung ähm in den ersten Stunden
2779 und Tagen ähm Tagen geht. Also wi- wie wir es uns wünschen würden äh, dass es
2780 dass es läuft sozusagen so ein Fahrplan eben. ähm dass äh so ähm alle so und so
2781 viele Stunden ausgestrichen wird und ab dem Zeitpunkt wird gepumpt und ähm ja,
2782 dass man quasi so sozusagen dann ähm (2) ja äh an einem an einem Strang zieht.
2783 Jetzt wiederhole ich mich, aber ähm ähm das. Ich finde es schwierig zu formulieren,
2784 ehrlich gesagt. Aber ähm, dass man eben guckt ähm, (2) dass dass alle eben so auf
2785 dem auf dem gleichen Level sind und ähm (4) Sag noch einmal die Frage, wie wie du
2786 sie eben gesagt hast. #00:13:38-5#
2787
2788 I: Mich hat nur interessiert, welche Inhalte tatsächlich auf jeden Fall in diesen
2789 Fortbildungen vorkommen müssten. Denn es gibt ja vielleicht Themen, die sind sehr
2790 geburtshilflich spezifisch und andere die sind sehr neonatologisch spezifisch und
2791 vielleicht ist es aber auch so, dass man manche Themen gar nicht, da glaubt man 'Das
2792 ist nur unser Problem.', aber eigentlich wäre es gut, wenn die anderen das auch
2793 wüssten, dass da unser Problem ist. Weißt du, was ich meine? #00:14:05-1#
2794
2795 B: Ja, genau. Also ja die sehen es aus ihrem ähm Blickwinkel sozusagen und wir sehen
2796 es aus unserem Blickwinkel und ähm das muss man einfach auf einen Nenner bringen
2797 also. #00:14:17-0#
2798
2799 I: (2) Ja, genau und was du ja auch schon gesagt hattest, dass man quasi wie so einen
2800 Fahrplan für die ersten Tage hat, den alle kennen, ne? #00:14:24-6#
2801
2802 B: Genau, richtig und an den sich dann auch alle halten, ne. So und und dass dann
2803 nicht irgendwie Schwester xy sagt so irgendwie 'Ne, Mama schläft jetzt aber und wir
2804 streichen jetzt nicht aus.', sondern, dass einfach klar ist, dieser Fahrplan zählt einfach
2805 und äh an den halten wir uns auch. #00:14:38-6#
2806
2807 I: Ja. (2) Wie wirkt sich das auf deine Beratung aus, wenn du dann die Mütter äh bei
2808 uns auf der Station hast, wenn sich eben nicht an diesen Plan gehalten wurden?
2809 #00:14:50-2#
2810

2811 B: (2) Ja, das ist schwierig. Also da stoße ich auch einfach noch so an meine Grenzen,
2812 weil ich einfach so mit Stillberatung einfach ja nicht also nicht in nicht in erster Linie
2813 immer so viel zu tun habe und das finde ich total schwierig. Also dann äh richtig und
2814 adäquat zu reagieren, was man der Mama dann so für Tipps geben kann, wenn eben
2815 ähm (2) ja äh es schon am Anfang versäumt wurde, das regelmäßige Ausstreichen
2816 und ähm dann mit dem Pumpen zu einem gewissen Zeitpunkt anzufangen. Dann finde
2817 ich das einfach schwierig also ähm (2) meine Beratung dahingehend dann auszulegen.
2818 #00:15:31-0#
2819
2820 I: Ja, ja. Ok. Dann vielleicht noch einmal einen Schritt weiter. Jetzt sind ja die Mütter
2821 nicht nur mit ähm Personal von unterschiedlichen Stationen in Kontakt, sondern auf
2822 den Stationen auch mit unterschiedlichen Berufsgruppen. Aus deiner Sicht, welche
2823 Rolle spielen die ähm die Gespräche mit den Ärzten und Ärztinnen,
2824 Physiotherapeut*innen und Psycholog*innen für die Stillberatung dann tatsächlich
2825 auch? #00:15:59-9#
2826
2827 B: mh ich glaube schon, dass das auch einen Einfluss hat ähm, weil gerade zum
2828 Beispiel mit unserer Psychologin A. ähm führen die die Eltern und insbesondere die
2829 Mütter ja auch längere Gespräche und ich glaube schon, dass die auch aus diesen
2830 Gesprächen und auch mit Physiotherapeutinnen, die ja auch länger im im Raum sind
2831 und sich auch dann mit den Müttern unterhalten, dass das schon einen Einfluss hat
2832 irgendwie und auch eben Arztgespräche. ähm dass das schon einen Einfluss Einfluss
2833 hat auf äh die Stillberatung, dass die Mütter auch aus diesen Gesprächen irgendwie
2834 Dinge ziehen und ähm (2) sich dann so in den Kopf nehmen und dass das auch für
2835 die Stillberatung irgendwie einen Einfluss hat. Vielleicht keinen so sehr großen, aber
2836 auch. Also ich glaube auch, dass es dass das durchaus ein ein Thema ist auf jeden
2837 Fall, weil eben dort ja auch längere Gespräche geführt werden mit den Müttern.
2838 #00:16:59-0#
2839
2840 I: Ja. Fällt dir ein Beispiel dazu ein? #00:17:01-0#
2841
2842 B: (5) Jetzt ein Beispiel für (2) für für ein Gespräch oder oder wie das jetzt sich auf die
2843 Stillberatung dann auswirkt? #00:17:12-3#
2844
2845 I: Genau, wie sich das ausgewirkt hat. Hast du das schon einmal erlebt, dass eine
2846 Mutter gesagt hat 'Ich habe mit dem und dem', weiß ich nicht, welche Berufsgruppe,
2847 'gesprächen.'? #00:17:21-7#
2848
2849 B: (2) Ja. Ne, nicht, so konkret erlebt habe ich das tatsächlich noch nicht. Aber ich
2850 könnte mir halt vorstellen, also d- ähm d- da die einfach einen großen Einfluss haben.
2851 Also die diese Berufsgruppen auf unsere Mütter. #00:17:33-4#
2852
2853 I: (2) Ich habe schon relativ viel zu mh ich will nicht sagen 'konfliktbehafteten
2854 Situationen', aber immer einmal wieder zu unterschiedlichen Ansichten zwischen
2855 Pflegekräften und Ärzten zu dem Thema Stillen und Stillberatung gehört. ähm hast du
2856 da auch Erfahrungen gesammelt mit? #00:17:52-5#
2857
2858 B: (2) ähm durchaus auch schon einmal. Also dass einfach ja Ärzte einen anderen
2859 Standpunkt oftmals haben, als wir den haben, in punkto Stillberatung. ähm habe ich
2860 jetzt auch kein Beispiel so konkret für, aber das ist ja auch immer mal wieder (2) wieder
2861 Thema. So, dass dass ähm ja Ärzte da einen anderen Standpunkt haben, als wir den
2862 haben, und die Wichtigkeit vielleicht nicht ganz so erkennen ähm wie wie wir es tun.

2863 Und auch da wären sicherlich irgendwie auch gemeinsame Fortbildungen auch mit
2864 dem ärztlichen Team irgendwie auch sinnvoll, würde ich sagen. #00:18:30-7#
2865
2866 I: Ja (2) Wie werden diese unterschiedlichen Standpunkte mit den Eltern
2867 kommuniziert? #00:18:37-2#
2868
2869 B: (3) ähm ich würde sagen, in unseren Visiten irgendwie. Also dass dass da irgendwie
2870 ähm (2) ja quasi über unterschiedliche Standpunkte dann gesprochen wird also ja. (4)
2871 Kann ich jetzt ga- auch gar nicht so konkret in Wort fassen, aber ähm. #00:19:03-7#
2872
2873 I: (2) Werden denn unterschiedliche Standpunkte mit den Eltern diskutiert oder
2874 #00:19:07-2#
2875
2876 B: Nein, mit den Eltern nicht, nein, null. Durchaus dass das eben, eben also so die
2877 Ärzte und die Pflegekräfte untereinander meinstest du doch, ne? So, also das ähm.
2878 #00:19:15-5#
2879
2880 I: Genau, die haben die unterschiedlichen Standpunkte. Schlussendlich ist ja
2881 manchmal die Frage, trifft denn das Behandlungsteam die Entscheidung oder
2882 überlässt man das den Eltern? Das wäre ja dann der nächste Schritt zu sagen 'Ok, wir
2883 haben unterschiedliche Standpunkte ähm aber die Eltern entscheiden für ihr Kind.'
2884 #00:19:33-4#
2885
2886 B: hm (zustimmend) #00:19:34-0#
2887
2888 I: Aber wenn die Diskussion oder die Standpunkte den Eltern nicht kommuniziert
2889 werden, können die keine Entscheidung treffen. #00:19:41-2#
2890
2891 B: Ja, aber wahrscheinlich ist es ja auch so, wenn eben (2) ja die Ärzte mit den Eltern
2892 sprechen und den Eltern irgendetwas erzählen und wir den Eltern irgendetwas
2893 erzählen, dass das dann praktisch schon unterschiedliche ähm Dinge bei den Eltern
2894 ankommen? Oder meinst du, ist das nicht so? Also das könnte ich mir schon vorstellen,
2895 dass das einfach ähm vielleicht die Eltern auch zwei verschiedene Blickwinkel ähm
2896 aufgezeigt kriegen. Oder ist das nicht so? #00:20:06-2#
2897
2898 I: (2) Das weiß ich nicht. Das mag vielleicht auch immer unterschiedlich sein. Ich
2899 glaube, da macht man auch unterschiedliche Erfahrungen. ähm (2) aber ja, das kann
2900 ja auch wieder unterschiedliche Auswirkungen haben, ne, wenn manche Eltern
2901 empfinden das als ähm Beteiligung vielleicht und sie haben die Wahl und andere sind
2902 dann vielleicht verwirrt und sagen 'Was sollen wir denn jetzt machen? Die einen sagen
2903 dies, die anderen sagen das.' #00:20:31-0#
2904
2905 B: Ja, genau. #00:20:32-1#
2906
2907 I: Ne. Das kann ja auch passieren. (3) ähm wo wir gerade bei den Eltern sind. Eltern
2908 beschreiben den Aufenthalt in der Neonatologie häufig als krisenhaft. Worin
2909 unterscheidet sich die Stillberatung von Familien frühgeborener Kinder im Vergleich
2910 zu Familien reifgeborener Kinder? (2) Machst du da einen Unterschied aus?
2911 #00:20:55-3#
2912
2913 B: ähm schon. Also weil also ich denke, dass man bei Frühgeborenen doch eine noch
2914 sehr viel größere Sensibilität irgendwie an den Tag legen muss ähm als bei

2915 reifgeborenen Kindern. Reifgeborene Kinder, da ist es ja oftmals einfach auch so, dass
2916 das Stillen einfach ähm ja fast von alleine klappt, sage ich einmal. Die brauchen ja oft
2917 gar nicht so viel Unterstützung ähm. Da gibt man der Mama das Kind raus und im
2918 Grund wissen reifgeborene Kinder einfach ja sehr oft schon, wo wo sie hingehören und
2919 äh wie d- wie das funktioniert. Also das ist ja sehr viel einfach ein reifgeborenes Kind
2920 anzudocken, sage ich einmal, als ein Frühgeborenes. Und ähm bei ähm ja den
2921 Frühgeborenen eben, wie gesagt, das ist schon einfach, ja eine größere Schwierigkeit.
2922 Also da finde ich das super wichtig, unser Mamillen-Mund-Kontakt, den wir ja
2923 versuchen frühzeitig ähm zu praktizieren. Das ist super super wichtig. Und ähm ja also
2924 grundsätzlich äh ist es bei Frühgeborenen natürlich viel viel schwieriger, sie überhaupt
2925 an die Brust zu kriegen. Ganz klar, aus dem Grund also, weil sie eben unreif sind und
2926 zu klein sind und ähm da eine größere Unterstützung brauchen, genauso, wie die
2927 Mütter. Also ich denke, bei reifgeborenen Kindern ist es auch für die Mutter sehr viel
2928 einfacher im Handling insgesamt ähm das Kind anzudocken als eben bei unseren
2929 Frühchen. #00:22:23-6#

2930

2931 I: hm (zustimmend) (2) mh, ich weiß nicht, ob du damit schon Erfahrungen gemacht
2932 hast. Aber wie wirken sich lebensbedrohliche Situationen auf die Stillberatung aus?
2933 #00:22:35-9#

2934

2935 B: Also damit habe ich tatsächlich, weil es nicht mein Patientengut ist, sage ich einmal,
2936 gar keine Erfahrungen gemacht. ähm da ich ja lebensbedrohlich erkrankte Patienten
2937 bei uns gar nicht betreue und auch Mütter mit lebens- in lebensbedrohlichen
2938 Situationen bisher noch gar nicht betreut habe, kann ich dazu gar nichts sagen, dir gar
2939 nichts sagen. #00:22:57-1#

2940

2941 I: hm (zustimmend) alles gut. Das ist eine sehr spezielle Frage. ähm (2) dann als
2942 abschließende Fragen, schau einmal wie sind richtig gut in der Zeit, ähm wie sehen
2943 deiner Meinung nach die optimalen Rahmenbedingungen für Stillberatung von Eltern,
2944 deren Kinder in der Neonatologie behandelt werden, aus? #00:23:15-0#

2945

2946 B: (2) also am also optimal ähm fände ich es, wäre es einfach, wenn man schon zum
2947 Ende der Schwangerschaft, wenn kl- wenn irgendwie sich abzeichnet, dass die Geburt
2948 ansteht ähm erste Kontakte knüpfen würde zu de- zu den Müttern. Dass die ähm schon
2949 erste Gespräche mit einer Stillberaterin beispielsweise hätte, dass ihnen schon ähm
2950 vor der Entbindung das Ausstreichen gezeigt wird, dass sie vielleicht ähm eine
2951 Broschüre oder einen Leitfaden an die Hand bekommen ähm, wo sie Dinge auch noch
2952 einmal nachlesen können, gerade auch, was das Ausstreichen betrifft, und dass sie
2953 vielleicht auch schon zum Ende der Schwangerschaft anfangen ähm würden mit dem
2954 mit dem Ausstreichen. So, was ja auch manchmal schon durchaus Erfolge hat, ne,
2955 sodass äh dass einfach ja da auch schon die ersten kleinen Milchportionchen äh
2956 fließen. #00:24:10-5#

2957

2958 I: Ja. #00:24:11-3#

2959

2960 B: Und ähm dass ihnen das einfach schon von Anfang an erklärt wird, dass sie nicht
2961 äh quasi das Kind geboren haben und dann muss man noch mit diesen ganzen
2962 Erklärungen starten. Dann haben die ja schon ganz andere andere Dinge im Kopf und
2963 können das vielleicht gar nicht mehr so aufnehmen. Da ist der Zeitpunkt noch noch am
2964 Ende der Schwangerschaft sicherlich der sinnvollere. Und dass ihnen auch schon
2965 erklärt wird, wie dann, wenn ähm das Kind oder die Kinder geboren sind, so die ersten
2966 Stunden und Tag- Tage ablaufen ähm in Bezug auf das Ausstreichen und Abpumpen

2967 und äh wie es dann auch bei uns auf der Neo quasi in den ersten Tagen so abläuft
2968 und weitergeht. #00:24:50-7#
2969
2970 I: hm (zustimmend) #00:24:51-8#
2971
2972 B: Und dann eben eine, ja, bessere Zusammenarbeit zwischen der
2973 Entbindungsstation* und der Neo. Das wäre natürlich super wünschenswert. Und ähm
2974 erreichen kann man das eben durch gute Schulungen und Fortbildungen. #00:25:08-
2975 7#
2976
2977 I: Ja. (4) Vielleicht noch eine Sache, die mir gerade durch den Kopf geht. Mir war
2978 nämlich gar nicht so bewusst, dass du ähm tatsächlich auch erst einen Monat vor mir
2979 angefangen hast. #00:25:20-4#
2980
2981 B: hm (zustimmend) #00:25:21-4#
2982
2983 I: Wenn du jetzt ähm unsere alten Räumlichkeiten auf der Kinderintensivstation* jetzt
2984 mit unserem Rooming-In vergleichst: wie hat sich ähm die die Situation für deine
2985 Beratung, für deine Versorgung der Familien dadurch geändert? #00:25:35-0#
2986
2987 B: (3) schon wesentlich, würde ich sagen, weil unsere Räumlichkeiten einfach jetzt,
2988 jetzt mega schön sind. Also ja, auf der auf der Kinderintensivstation (2) ja war es
2989 einfach von den Räumlichkeiten her einfach einfach anders. Also ich glaube schon,
2990 dass das sich wesentlich verändert hat und verbessert hat dadurch, dass ähm man
2991 mehr Ruhe in den Räumen hat ähm die die Türen zu machen kann, sich zurückziehen
2992 kann. ähm dass das auch für für unsere Mütter ein wesentlicher Aspekt ist, also in in
2993 diesen Räumen zu sitzen und zu stillen und abzupumpen, als es eben auf der
2994 Kinderintensivstation möglich war. #00:26:14-5#
2995
2996 I: Ja. (3) Ok, super. #00:26:18-2#
2997
2998 B: hm (zustimmend) #00:26:18-8#
2999
3000 I: Also von meiner Seite sind die inhaltlichen Fragen besprochen. Gibt es irgendetwas,
3001 was du mir noch zur Stillberatung in der Neonatologie sagen möchtest, irgendetwas, was
3002 die wichtig ist, was ich gar nicht gefragt habe, wo du dachtest, das müsste aber
3003 eigentlich kommen? Irgendetwas, was dir gerade in den Kopf kommt? #00:26:36-7#
3004
3005 B: Ne, eigentlich, eigentlich soweit nicht. Also es gibt viel so insgesamt so, was das
3006 ähm Stillen in der Neonatologie anbetrifft, habe ich mir noch so überlegen eben, dass
3007 es einfach schön wäre nach Möglichkeit eben alle Kinder ähm, wo unsere Mütter es
3008 auch möchten, vollgestellt zu entlassen. Das wäre einfach so so ein Traumziel, sage
3009 ich einmal, was natürlich total toll wäre. ähm ja, was man irgendwie vielleicht, also
3010 woran wir ja arbeiten, dass einfach äh sich das Stillen auch bei den Frühchen noch
3011 viel besser etabliert. Das wäre natürlich eigentlich großartig. #00:27:15-8#
3012
3013 I: hm (zustimmend) Was wären die Schritte auf dem Weg dahin? Was meinst du,
3014 müsste man tun, damit es dazu kommt? #00:27:22-0#
3015
3016 B: (2) Ja, im Grund alles das, was wir schon so besprochen haben. Also bessere
3017 Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen, ähm Gespräche
3018 untereinander, Fortbildungen (2), einen Leitfaden, an dem man sich so entlang

3019 hangeln kann, wo auch wir immer noch einmal wieder vielleicht nachlesen können,
3020 ähm ja, wie wie wir es so handhaben wollen und ähm ja wie man das einfach noch
3021 besser umsetzen kann im Sinne unserer Patienten und unserer Mamis. #00:27:56-1#
3022
3023 I: Ja. (2) Ok, wenn dir nichts mehr einfällt, was du noch sagen möchtest. #00:28:04-4#
3024
3025 B: Ne, eigentlich im Moment nicht. #00:28:06-7#
3026
3027 I: Dann würde ich jetzt gerne noch ein paar demografische Daten anhand eines kurzen
3028 Bogens abfragen. #00:28:11-3#
3029
3030 B: hm (zustimmend) #00:28:11-8#

Interview-Nummer	009
Datum des Interviews	09.01.2021
Art des Interviews	telefonisch
Dauer des Interviews	59:18
Interviewerin / Transkribientin	Janina Tönnies / Janina Tönnies
Transkriptionsregel	Siehe extra Dokument
Atmosphäre	Persönlich, engagiert
Gesprächsverlauf	Sehr dynamisch, schwieriger zu folgen
Besonderheiten / Störungen	Inhaltliche Unterbrechung nicht transkribiert

3031

3032 I: Also ich sage noch einmal kurz, worum es in der Masterarbeit geht. #00:00:38-7#

3033

3034 B: Ja, bitte. #00:00:39-9#

3035

3036 I: Ja, also ich möchte herausfinden, welche Aspekte die Stillberatung in der
3037 Neonatologie aus Sicht von Pflegenden ausmachen. Ich weiß nicht, ob du in den
3038 Mitarbeiterbesprechungen ähm dabei warst, als ich etwas dazu erzählt habe. Du
3039 hattest ja das Infoschreiben bekommen. #00:00:56-3#

3040

3041 B: Ich war erst bei einer ähm, die ähm am Telefon war. #00:01:01-4#

3042

3043 I: Ja, ok, da war das schon nicht mehr. Brauchst du denn noch Informationen dazu
3044 oder reicht dir das so? #00:01:06-9#

3045

3046 B: Mh ne, das reicht mir. #00:01:08-1#

3047

3048 I: Ok. #00:01:08-8#

3049

3050 B: Das ist tatsächlich äh ja, reicht mir. #00:01:12-5#

3051

3052 I: Sehr gut. ähm zum Ablauf des Interviews: ähm die Fragen, genau, hattest du gerade
3053 schon gesagt, hast du vorliegen. Du darfst mir auch darüber hinaus alles zu dem
3054 Thema erzählen, was du wichtig findest und was du erzählen möchtest. Es gibt da
3055 keine richtigen oder falschen Antworten. Du darfst so ausführlich oder auch kurz
3056 antworten, wie du das passend findest. ähm wir hatten gerade schon gesagt, ich
3057 nehme das Interview auf. Ich äh verschriftliche das, um es dann besser auswerten zu
3058 können. Das gesamte Interviewmaterial wird vertraulich behandelt. Nur ich habe
3059 Zugriff darauf und arbeite damit. Alle Daten, die Rückschlüsse auf dich erlauben,
3060 werden gelöscht oder pseudonymisiert, sodass sie in meinem Bericht später niemand
3061 mit dir in Verbindung bringen kann. #00:01:56-5#

3062

3063 B: Ja. #00:01:57-2#

3064

3065 I: Wenn ich das Interview verschriftlich habe, werde ich es dir zum Gegenlesen
3066 schicken und erst nach deiner Freigabe mit der Auswertung beginnen. An das
3067 Infoschreiben angehängt war die Einwilligungserklärung. Die kannst du mir, wenn du
3068 wieder auf Station bist gerne einfach unterschrieben ins Fach legen oder du machst
3069 dann da ein Foto von. ähm das geht beides. #00:02:18-6#

3070

3071 B: Ja. #00:02:19-6#

3072
3073 I: Ist das soweit in Ordnung für dich? #00:02:21-8#
3074
3075 B: Ja, total. Das kann ich ja vielleicht sogar auch ausdrucken und scannen und dir
3076 zurückschicken. #00:02:26-7#
3077
3078 I: Das kannst du auch so machen. Das ist mir ganz gleich. Also das muss nicht sofort
3079 sein ähm. Ich weiß nicht, wann du das nächste Mal auf Station bist, aber dann
3080 #00:02:33-5#
3081
3082 B: Montag schon. #00:02:34-1#
3083
3084 I: Ja, genau, also wenn es dann im Fach ist - ich bin Dienstag wieder da - reicht das
3085 auf jeden Fall. Kein Problem. #00:02:39-4#
3086
3087 B: Ja, alles gut. #00:02:40-3#
3088
3089 I: Dann können wir gerne starten. #00:02:43-5#
3090
3091 B: Gerne. #00:02:44-8#
3092
3093 I: Beschreibe doch einmal, welche Erfahrungen du in der Stillberatung gesammelt hast
3094 und welche Emotionen du damit verbindest. #00:02:52-0#
3095
3096 B: Möchtest du die Fragen als ähm Fragen also die Überfrage auch beantwortet haben
3097 oder willst du schon auf die A), B), C) eingehen? #00:02:59-2#
3098
3099 I: ähm gerne erst einmal so die Überfrage und ob dann die Unterfragen tatsächlich
3100 noch so explizit gestellt werden müssen, das ist dann immer eine andere Frage. Also
3101 es ist nicht unbedingt notwendig, dass du die vorliegen hast. Ich gucke immer so ein
3102 bisschen und wenn du etwas Interessantes zwischendurch sagst, werde ich da
3103 wahrscheinlich auch noch einmal nachhaken. #00:03:16-1#
3104
3105 B: Ja, ist gut. Also tatsächlich bin ich in zur Stillberatung äh ähm über meine eigene
3106 äh Stillberatung mit meinem Sohn gekommen. (2) Weil wir einen ähm echt einen
3107 schwierigen Start hatten. B. war ein ähm untröstlich weinendes Kind und ich hatte
3108 einen hyperaktiven Milchspendereflex und einfach wahnsinnig viel Milch und niemand
3109 hat es erkannt und wusste das. Das heißt, die ersten Monate haben wir uns
3110 rumgequält, dass ihm die ins Gesicht gesprungen ist. Der hing wie an so einem ähm
3111 also an so einem Wasserhahn, der nicht aufhört zu laufen, ähm ist mit dem Schlucken
3112 gar nicht hinterher gekommen und hat auch immer nur so fünf Minuten getrunken und
3113 dann ist ihm das ins Gesicht gespritzt. Ich konnte nie in der Öffentlichkeit stillen. ähm
3114 das war unerträglich. Also es war wirklich eine Situation, die für uns alle irgendwie
3115 schwer aushaltbar war, weil ich überhaupt nicht wusste, also ich kam ja aus der Neo,
3116 ähm aber auch bei uns auf Station hatte das Stillen eher so eine zweitrangige Position
3117 da noch. Das war ja 2015. ähm und da war ich in die Stillberatung überhaupt noch
3118 nicht involviert. Klar war Muttermilch wichtig. Das wusste ich. ähm aber wie wichtig,
3119 das wusste ich zu dem Zeitpunkt, habe ich mir das irgendwie nicht klargemacht also,
3120 bevor ich selber Mutter war, war mir das irgendwie nicht so klar. Und unsere
3121 Stillberaterin hat uns auch nicht so sehr mit einbezogen in ihre Beratung. #00:04:33-
3122 8#
3123

3124 I: Ja. #00:04:34-6#

3125

3126 B: Es gab eine Stillberaterin auf der Station, aber die war halt für uns, ja ok, die war
3127 da, aber das war nicht, die hat sich nicht mit uns rückgesprochen. Und ähm dann habe
3128 ich selber eine Stillberaterin kontaktiert, weil ich nicht weiter wusste und meine
3129 Hebamme eben auch nicht. ähm die kam dann und das war ein furchtbarer Besuch,
3130 weil ich mich der so total ausgeliefert gefühlt habe und erst da habe ich auch gemerkt,
3131 was für ein intimes und persönliches Thema das ist, dass man sich irgendwie barbusig
3132 vor jemanden setzt und dem erzählt, was irgendwie nicht gut läuft. ähm und die war
3133 so wenig empathisch, dass ich in dem Moment, also kurz danach, entschlossen habe,
3134 ähm die Ausbildung selber zu machen. Weil ich dachte, das kann ich irgendwie, das
3135 kann ich irgendwie besser. ähm und habe dann ein paar Monate später mich
3136 angemeldet ähm für die IBCLC. Und ähm deswegen sind so, also die Emotion, die ich
3137 damit verbinde, war wirklich also ich kann häufig die Verzweiflung und dieses äh
3138 ausgeliefert Sein der Mütter total nachvollziehen. ähm den Stress, den die damit
3139 verbinden, ähm und dieses, den Schmerz, weil auch ich wurde Brustwarzen bis nach
3140 Meppen hab. Also ich weiß genau, wie sich das anfühlt, und meine Emotion dabei ist
3141 auf jeden Fall jetzt auch immer noch, dass ich gerne den den Frauen das so leicht, wie
3142 möglich, machen möchte und die so gut es geht einfach unterstützen möchte. Das ist
3143 für mich total wichtig. #00:05:57-5#

3144

3145 I: Ja. #00:05:58-1#

3146

3147 B: ähm genau und da kommt man vielleicht auch zur Haltung zum Stillen. Das hat sich
3148 tatsächlich total verändert durch meine eigene Geburt und auch durch die Ausbildung
3149 zur IBCLC. Also ähm die Aspekte des Stillens, die Vorteile der Muttermilch, die Vorteile
3150 des Stillens für das Kind, für die Mutter ähm. Das hat sich so in vielerlei Hinsicht so
3151 dermaßen verändert, weil ich halt einfach die die Wichtigkeit erkannt habe durch die
3152 Ausbildung auch und durch die Intensität, mit der man sich mit dem Stillen beschäftigt.
3153 #00:06:23-8#

3154

3155 I: Ja. #00:06:24-6#

3156

3157 B: (2) Genau. Das ist, glaube ich, erstmal, also frag nach, wenn ich irgendwie, wenn
3158 es zu ungenau ist oder wenn es zu wenig ist. #00:06:33-5#

3159

3160 I: Ne, alles gut. #00:06:34-2#

3161

3162 B: Das wäre erst einmal so die, das ist erst einmal so das, wi- wie ich dazu gekommen
3163 bin und welche Erfahrung ich selber auch damit gemacht habe. Und ähm dazu kommt
3164 dann aber auch ähm und das ist eine Erfahrung, die ich auf der Station gemacht habe
3165 ähm in A. noch. Da war ich selber auch noch keine Stillberaterin. ähm da hatten wir
3166 ein ähm Hydrops, eine, das war eine 32. Woche und die hat sechs Wochen quasi bei
3167 uns gelegen und hat am Ende nicht überlebt. ähm das war aber eine krasse Erfahrung
3168 mit den Eltern. Die Mutter super gut, war gut in der Milch, hat gepumpt, hat das alles
3169 eingefroren und so weiter. Also die war, stand da echt, also das war so das Einzige,
3170 was sie tun konnte mit der Versorgung des Kindes, und wir wa- also ich habe die, da
3171 hatte ich eine 100% Stelle und habe die einfach immer versorgt. ähm und als sie dann
3172 gestorben ist und die Mutter meinte 'Ich will sofort abstillen.', bin ich auf die
3173 Wochenbettstation gerannt und habe der Liserdol geholt. #00:07:33-5#

3174

3175 I: Ja. #00:07:34-3#

3176
3177 B: ähm und das war natürlich das Falscheste, was ich hätte tun können. ähm aber ich
3178 wollte halt diese Mutter in ihrer Trauer sofort von dieser Last befreien, ähm dass die
3179 Milch jetzt noch, also ich wollte ei- ihr das einfach leichter machen, was ja totaler
3180 Quatsch ist, weil ja Liserdol einfach noch depres- also fördert Depressionen ähm und
3181 das hätten wir einfach äh konservativ total gut hinbekommen. #00:07:58-0#
3182
3183 I: Ja. #00:07:59-0#
3184
3185 B: Und nicht mit Liserdol. Und das ist mir sehr in Erinnerung geblieben. Weil das eine
3186 Familie war, mit der ich einfach auch total mitgetrauert habe. #00:08:05-4#
3187
3188 I: hm (zustimmend) (2) das passt vielleicht zu einem zu einem anderen Punkt aus dem
3189 Fragenkatalog ganz gut, nämlich wie man hinsichtlich der Beratung in
3190 lebensbedrohlichen Situationen von Kindern oder von Müttern umgeht. #00:08:24-6#
3191
3192 B: Genau, ja, das stimmt. Genau, also das wäre tatsächlich für mich total wichtig, dass
3193 man da also man also jetzt mittlerweile hätte ich so einen Leitfaden, aber dass wir da
3194 einfach auch, dass man da so einen Leitfaden hat, wie man in diesen Situ- Situationen
3195 reagiert, wenn es tatsächlich dazu kommt, dass das Kind verstirbt ähm und die Mutter
3196 den sofortigen Abstillwunsch äußert, dass man die da einfach so sanft, wi- wie möglich,
3197 begleitet. Und eben auch die Emotionen, die dann da hoch kommen, sein lassen darf.
3198 Also für mich war das denn, wenn ich so im Nachhinein darüber nachdenke, ist es
3199 natürlich klar, dass die Brust einfach mit weint. Und auch das ist ein P- ein Prozess,
3200 der sich verabschiedet langsam ähm, sodass man da möglichst gar nicht mit
3201 Medikamenten hereingeht, weil alle Medikamente, die zum Abstillen dienlich sind, äh
3202 eine Depression auslösen können oder verstärken können oder gerade bei Frauen,
3203 die vielleicht auch schon Erfahrungen mit Depressionen hatten oder die die die
3204 Disposition der des ähm Depressionen in ihrem Leben schon haben, kann das
3205 natürlich sein, dass das einfach dann so zack mit so einem Wimpernschlag äh eine
3206 tiefe Krise auslöst ne. #00:09:29-6#
3207
3208 I: Ja. (2) Und noch einmal bezogen auf ähm den Beginn der Stillbeziehung oder des
3209 der der Milchproduktion: wenn man jetzt zum Beispiel Frühgeborene in sehr frühen
3210 Wochen hat oder die Mutter unter der Geburt ähm in eine lebensbedrohliche Situation
3211 gerät, wie geht man da in der Beratung mit um? #00:09:56-8#
3212
3213 B: Ich finde total wichtig, also da kann man vielleicht die andere Frage, was Ärztinnen
3214 und Psychologinnen auch da mit ähm ä- also mit in- ä- oder was die damit zu oder was
3215 welchen Einfluss die darauf haben. ähm finde ich total wichtig, Ärztinnen und gerade
3216 eine Psychologin mit zu involvieren und das ganz klar zu thematisieren, wie man indi-
3217 also das sind ja immer individuelle Fälle, die da ähm besprochen werden. Für mich ist
3218 total wichtig in so einer Situation also sei es, wenn das Kind in einer
3219 lebensbedrohlichen Situation ist, ist es noch etwas anderes als die Mutter. Bei de- aber
3220 ich würde in beiden so agieren, dass ich möglichst keinen Druck ausübe und möglichst
3221 die Frau einfach dann erstmal in Ruhe lasse als Stillberaterin. Und natürlich liegt eine
3222 Stärke darin, dass sie vielleicht das Einzige, was sie im Moment tun kann, ist eben das
3223 Abpumpen und dass das also dahingehend beraten so, wie wir eben auch beraten,
3224 dass das eben so für gerade für Frühgeborene einfach ein Benefit, wenn die mit
3225 Muttermilch ernährt werden. ähm aber ich würde immer sagen, dass wir da so einen
3226 Leitfaden uns erarbeiten. Auch da, wie man da mit umgeht und die Psychologin und
3227 die Ärztinnen mit ins Boot holt, um da möglichst ähm stressarm die Mutter berät und

3228 möglichst ohne viel Druck. #00:11:11-6#
3229
3230 I: hm (zustimmend) (2) Ja. #00:11:14-3#
3231
3232 B: Das finde ich aber immer in den, also das lebensbedrohlich ist natürlich echt eine
3233 eine krasse Situation. Ich glaube, da muss man tatsächlich individuell gucken, wie weit
3234 ist die Mutter in der Laktation, ist das zu Beginn ähm eine lebensbedrohliche Situation
3235 oder entwickelt sich das im Verlauf ähm. Ich finde, das kann man gar nicht so pauschal
3236 beantworten, wie man dann damit umgeht. Ich finde nur, dass allerwichtigste ist, dass
3237 man den Weg mit der Mutter geht. Und nicht die Mutter den Weg mit uns gehen muss.
3238 Weil das so also das finde ich für mich, für mich steht die Mutter dann an erster Stelle
3239 und ganz klar, wenn die sich positioniert und sagt, sie kann gerade einfach gar nichts,
3240 dann würde ich auch den Weg mitgehen. #00:11:53-9#
3241
3242 I: Ja. (2) Jetzt hattest du die Rolle von Ärzt*innen, Psycholog*innen und oder
3243 Physiotherapeut*innen schon angesprochen. ähm (räuspert) aus deiner Sicht welche
3244 Rolle spielen die insgesamt für die Stillberatung in der Neonatologie, nicht nur für die
3245 sehr speziellen Situationen? #00:12:12-4#
3246
3247 B: Ich glaube, dass ähm Ärztinnen stehen oder Ärzte stehen einfach ähm hierarchisch
3248 immer über uns. Das wird auch in äh in Teilen wahrscheinlich immer so bleiben. Und
3249 ich glaube, wenn eine Instanz eines Arztes in das Zimmer geht und die ähm Vorteile
3250 von Muttermilch erklärt bei einer Frau, die vielleicht sich gegen das Stillen entscheidet
3251 oder in einer schlechten Milchbildung ist oder oder oder, ähm kann das noch einmal
3252 Einfluss darauf haben gerade, wenn man so eine kleine Woche hat ähm und denen
3253 noch einmal die Vorzüge erzählt oder wenn die Eltern äh äh wenn die Ärzte tatsächlich
3254 irgendwie das auch noch einmal noch einmal ausführen den Eltern gegenüber. Und
3255 natürlich die Psychologin, um den St- um das abzufangen, also um das Trauma
3256 abzufangen ähm, was die Mütter erlebt haben. Jede Mutter, die eine Frühgeburt erlebt
3257 hat, hat erlebt ein Trauma und das ist bei uns auf der Station oder besonders in der
3258 Neonatologie finde ich das schwierig ähm super schwierig für die Mütter, weil das in
3259 den meisten Fällen keinen Raum hat. Das ist einfach, das müssen die sofort abstreifen,
3260 wenn die bei uns die Station betreten, weil sie konfrontiert sind mit Apparaturen, die
3261 sie nicht kennen, mit Notfallsituationen, mit äh Atemhilfen, möglicherweise Beatmung,
3262 mit ähm wenig Körperkontakt, die sie zu de- das sie zu dem Kind haben, und natürlich
3263 auch ihr eigener Körper, der also klar f- wahrscheinlich Probleme bereitet in den
3264 meisten Fällen. ähm und natürlich auch die seelische Belastung ist einfach riesengroß
3265 und, ich glaube, das wird häufig unterschätzt auf äh Station. #00:13:41-8#
3266
3267 I: Ja. #00:13:42-6#
3268
3269 B: auf Neo Stationen. (2) Dass da, da ist wenig Raum. Es geht immer um das Kind
3270 und, ich glaube, ähm also explizit, wenn ich das jetzt so vergleiche mit A., bemühen
3271 wir uns sehr, ähm die Mütter dahingehend auch zu begleiten und uns auch die Zeit zu
3272 nehmen, aber ganz realistisch ist ja oft die Zeit nicht, sich hinzusetzen und mit den
3273 Müttern auch darüber zu sprechen. #00:14:03-3#
3274
3275 I: Ja. #00:14:04-3#
3276
3277 B: Deswegen finde ich das unerlässlich, dass man als ähm interdisziplinäres Team
3278 zusammenarbeitet. (2) Genau und Physiotherapeuten finde ich natürlich total wichtig
3279 ähm für die Stimulation der Mundmotorik. ähm auch da wird es natürlich mit den Eltern

3280 häufig besprochen und auch viel Rücksprache mit uns ist total wichtig, was die ähm
3281 Physiotherapeuten auch für einen Neurostatus haben und was sie für einen Eindruck
3282 haben, wie das Kind irgendwie auf das Trinken bestmöglich vorbereitet werden kann.
3283 #00:14:33-6#
3284
3285 I: hm (zustimmend) (2) ähm (3) wenn man jetzt, mh, wie stelle ich jetzt die Frage am
3286 besten (lacht) ähm da ging es jetzt ja noch einmal um die Gesamtsituation, um den
3287 Kontext, in dem die Familien bei uns ankommen eigentlich und was alles auf sie
3288 einwirkt. ähm wo ordnest du da das Thema Stillen, Muttermilchernährung,
3289 Stillberatung ein? (3) Weißt du, was ich meine? Also #00:15:06-8#
3290
3291 B: Ja, also ich sehe, nach Prioritäten geordnet? #00:15:11-2#
3292
3293 I: Ja, zum Beispiel, genau, nach Prioritäten, ähm aber (seufzt) also ich weiß nicht, wie
3294 ich das ehrlicherweise fragen soll, weil ich selber kein Konzept dazu im Kopf habe
3295 gerade. ähm wenn man jetzt diesen ganzen Kontext hat und alle Entscheidungen, die
3296 die Eltern irgendwie auch ja bei uns treffen müssen oder sollen. Wir möchten ja auch,
3297 dass die Eltern ihre Ansichten und Meinungen äußern und wir Entscheidungen
3298 gemeinsam treffen, wozu sie aber vielleicht gar nicht in der Lage sind immer.
3299 #00:15:41-4#
3300
3301 B: Ja. #00:15:41-8#
3302
3303 I: ähm und dann haben wir ein Versorgungskonzept, wo Stillen ähm ein Punkt drin ist
3304 und Muttermilchernährung, aber vielleicht ist auch Stillberatung ähm mehr als Stillen
3305 und Muttermilchernährung. Weißt du, was ich meine? Also #00:16:00-4#
3306
3307 B: Auf jeden Fall, auf jeden Fall, ja, fand ich, finde ich also, deswegen sage ich sofort,
3308 das ist hat für mich eine absolut hohe Priorität ähm, weil das tatsächlich der Beginn
3309 ist. Also ich glaube, das ist so gehört mit zu den wichtigs- also natürlich, wenn wir das
3310 einmal, wenn wir das Medizinische und das Kind ähm so ein bisschen außenvor lassen
3311 in dieser Situation, finde ich trotzdem, ist es für uns als Stillberaterinnen total wichtig
3312 mit zu den Ersten zu gehören, die mit den Eltern sprechen. #00:16:28-1#
3313
3314 I: Ja. #00:16:29-0#
3315
3316 B: ähm und ich finde tatsächlich, dass in unserer also klar, geht es um
3317 Muttermilchernährung, aber auch das fällt total hinten herüber in ganz vielen
3318 Situationen. ähm es wird in der Übergabe dann einmal kurz gesagt 'Ja, die Mutter hat
3319 zu wenig Milch. Ja, keine Ahnung, was wir da machen. Dann müssen wir einmal ähm
3320 äh die ähm äh zusätzliche Nahrung also die künstliche Säuglingsnahrung erwähnen
3321 ähm, weil das geht ja so nicht.' so 'Also da müssen wir ja jetzt bald einmal etwas
3322 machen.'. Das wird dann so oft salopp einfach daher gesagt, ähm ohne vielleicht den
3323 Hintergrund auch zu hinterfragen, warum ist denn die Mutter in einer schlechten
3324 Milchbildung? Wie können wir sie denn jetzt aktuell am besten unterstützen? Warum
3325 werden wir als Stillberaterinnen erst so spät kontaktiert ähm und gefra- also natürlich,
3326 wie Kollegen geben sich die größte Mühe uns immer rechtzeitig irgendwie Bescheid
3327 zu sagen, aber das geht oft geht es verloren. Und ähm da finde ich total wichtig, dass
3328 wir auch als Gesprächspartner für die Mütter agieren, überhaupt keine Frage. Ich habe
3329 das so oft in Stillberatungen, dass ich auch, wenn ich so privat Stillberatung manchmal
3330 mache, dass das in erster Linie gar nicht um das Stillen geht, sondern um ganz viele
3331 Sei- um ganz viel andere Themen. Also um eine Paarbeziehung, die vielleicht nicht in

3332 Ordnung ist, der Vater ist nicht mit involviert, der Vater tut nichts, der Vater setzt die
3333 Mutter unter Druck. ähm dann die Geburt hängt den meisten Frauen wirklich total nach
3334 und das bei uns ja noch in einem viel höheren Maß. Also da finde ich tatsächlich schon,
3335 also ich kann nur das Beispiel, ich war ja jetzt bei der Familie in Zimmer drei, habe
3336 eine lange Stillberat- da war ich eine Stunde drinnen und es ging um die ähm Anregung
3337 der Muttermilchbildung, weil die Mutter ja super wenig Milch hat, und eine Stunde
3338 haben beide ihr Leid von der Seele gesprochen. Und das ist, da ging es viel mehr, um
3339 die psychische Sit- oder die seelische Situation der Elter als um die Milchbildung. Aber
3340 das ist nicht voneinander zu trennen, weil jede Belastung, also das ist ja hormonell
3341 auch einfach total einfach zu erklären. Jede hormonell äh jede äh psychische oder
3342 seelische Belastung setzt Cortisol frei. Cortisol blockt Oxytocin und Bumms machen
3343 die Brüste dicht. Also das ist ja einfach auch so ein Kreislauf, der da äh in Gang ist.
3344 Also ein hormoneller Kreislauf, der bei der Mutter abläuft. Deswegen finde ich umso
3345 wichtiger, dass wir das so gut, wie möglich abfangen, und die Mütter sind doch so
3346 dankbar, wenn man sich einmal zehn Minuten Zeit nimmt und denen einfach zuhört
3347 und einfach irgendwie da ist und sagt so 'Ich kann das total verstehen.' und 'Sie
3348 versuchen gerade irgendwie das Beste. Wir machen das so.' und denen einfach so
3349 einen Leitfaden mit, so einen Fahrplan an die Hand geben. Ich glaube, viele Mütter,
3350 die bei uns auf die Station kommen, sind erst einmal so total lost und ähm wissen gar
3351 nicht, wo vorne und hinten ist, weil, wie du sagst, es kommen halt totale
3352 Entscheidungen. Es kommen total viele neue äh Dinge auf sie zu. Alles ist anders, als
3353 sie sich das vorgestellt haben, ähm und dann brauchen die, glaube ich, einfach so
3354 jemanden, der sie an die Hand nimmt und sagt 'So machen wir es jetzt.'. #00:19:34-
3355 5#

3356
3357 I: Ja. (3) Unterscheidet sich da die Stillberatung von Familien frühgeborener Kinder im
3358 Vergleich zu Familien reifgeborener Kinder? #00:19:45-3#

3359
3360 B: (3) Ja, in jedem Fall, weil also natürlich je nach Krankheitsbild ist es so, aber wenn
3361 ich jetzt zum Beispiel ein Kind habe, was auf der Station ist, was zehn Minuten CPAP
3362 hatte und sich dann gut adaptiert hat und dann an den Busen der Mutter geht und
3363 glücklich dahinschlummert, ähm ist das eine total andere Situation als wenn ich eine
3364 reife Asphyxie habe ähm, die einfach gekühlt wird und ein aEEG laufen hat ähm, da
3365 muss man natürlich schon den Unterschied ziehen, in was für Situa- also da kann man
3366 wieder den Umkehrschluss zu den lebensbedrohlichen Situationen ziehen. Ich glaube,
3367 das ist wichtig. Grundsätzlich würde ich sagen, dass die Betr- Beratung eines
3368 reifgeborenen Kindes ähm schon eine andere ist als von frühgeborenen Kindern. Erst
3369 einmal ist die Mutter viel weiter in der Laktation, kommt viel schneller in die Milch ähm
3370 und wird den den Stillstart, wird es nicht so schwer haben, weil auch das Kind mit
3371 seiner ganzen Mundmotorik und mit seinem mit seinem Schluckreflex und Saugreflex
3372 viel weiter ist als ein frühgeborenes Kind. ähm deswegen finde ich, da ist auf jeden
3373 Fall ein Unterschied zu sehen, je nach Krankheitsbild eben. #00:20:57-0#

3374
3375 I: hm (zustimmend) #00:20:57-6#

3376
3377 B: (2) Also die kleine K., zum Beispiel, eine 32. Woche, die ohne CPAP auf unserer
3378 Station durchgerauscht ist ähm, die hätte man auch super gut schon direkt an den
3379 Busen legen können wahrscheinlich. Hätte ihr wahrscheinlich und ihrem Tonus auch
3380 gut getan, wenn man das direkt gemacht hätte. ähm aber da, finde ich, ist schon ein
3381 Unterschied zu sehen, ja. #00:21:20-0#

3382
3383 I: hm (zustimmend) (2) Und allgemein, wie schätzt du die Bedeutung von mündlicher

3384 Beratung in Vergleich zu praktischer Stillunterstützung ein? #00:21:30-1#
3385
3386 B: Oh, ich finde, das ist so ein Hand-in-Hand-Spiel, ne. Also ich finde, dass man
3387 praktisch natürlich ähm viel zeigen kann. ähm mündlich ist es häufig, sind, glaube ich,
3388 die Frauen gar nicht in der Lage häufig das alles aufzunehmen. Also gerade, wenn wir
3389 anfangen mit unseren Hormonen und wie das alles läuft und wie das, wie so das
3390 Zusammenspiel ist. Das versucht man ja immer nur so anzureißen. ähm deswegen
3391 finde ich, mündliche und praktische m- müssen miteinander einhergehen ähm, wobei
3392 das häufig ja, also praktisch hat es halt nur einen Erfolg, wenn das Kind das mitmacht,
3393 was man will, und nicht so rumackert und das Kind an die Brust zu kriegen. ähm ich
3394 finde, dass es total wichtig ist beides ähm und das kommt vielleicht auch äh zur
3395 nächsten Frage direkt, welche Herausforderungen das mit sich bringen kann, weil ich
3396 häufig an meine Grenzen stoße, wenn eine Sprachbarriere da ist. #00:22:24-1#
3397
3398 I: hm (zustimmend) #00:22:24-8#
3399
3400 B: ähm weil ich da merke, wie wichtig die mündliche Beratung ist neben der
3401 praktischen ähm, weil, wenn die Frau mich nicht versteht, dann muss ich auf die
3402 praktischen Dinge zurückgreifen, was aber total schwierig ist, weil ich sie mit den
3403 mündlichen nicht untermauern kann. Deswegen finde ich, ist mündlich und praktisch
3404 einfach, gehört einfach unumgänglich zusammen. Das ist und das wissen wir von, also
3405 ich weiß das von mir selber auch, ich kann Dinge immer viel besser umsetzen, wenn
3406 ich sie tue, und ich glaube, das ist für die Mütter eben genauso. Die müssen das, die
3407 müssen das machen und müssen das Gefühl dafür bekommen, wie fühlt sich das
3408 eigentlich an, bevor ich denen mündlich irgendwie ein Referat darüber halte, wie eine
3409 pe- perfekte Stillposition aussieht oder wie ähm das Abpumpen funktioniert oder wie
3410 das Ausstreichen funktioniert. Da das ist eigentlich das beste Beispiel: das
3411 Ausstreichen, kannst du mündlich ähm lange erklären und die Mütter nehmen ihre
3412 Brust in die Hand und denken sich 'Was soll ich denn jetzt noch einmal machen? Wie
3413 geht denn das jetzt noch einmal?'. Also das ist so, finde ich, ganz äh ein super Beispiel
3414 dafür. #00:23:26-6#
3415
3416 I: Ja. (2) Und wenn du in einer Beratungssituation nicht weiterkommst, auf welche
3417 Ressourcen greifst du zurück? #00:23:35-0#
3418
3419 B: (2) Auf meine Kollegen. Also tatsächlich bin ich immer sehr sehr dankbar ähm um
3420 den Austausch und um die Rücksprache mit Stillberatungskollegen. Ich finde das f-,
3421 also gerade bei uns auf der Station. Ich erlebe das ja jetzt auch zum ersten Mal, weil
3422 ich in einer in A., wie gesagt, äh da hatte ich gerade die Ausbildung, bin dann quasi
3423 gegangen. ähm finde ich das total hilfreich, einfach sich noch einmal rückzusprechen
3424 und zu gucken so 'Ey, was hast du für Ideen?', weil einfach der Blickwinkel ein anderer
3425 ist und gerade, wenn man viel auch mit einer Mutter gesprochen hat und dann an so
3426 einen Punkt kommt, wo man nicht weiter kommt, finde ich das total wichtig, dass
3427 jemand noch einmal, der vielleicht nicht so involviert ist, kommt, sich das anguckt und
3428 sagt so 'Ey' hat noch einmal andere Ansätze, Ideen ande- eine andere
3429 Herangehensweise. Also jede von uns hat ja auch eine andere Herangehensweise.
3430 ähm das finde ich sehr sehr hilfreich. #00:24:28-5#
3431
3432 I: Ja. Jetzt sind es bei uns auf der Station ja ähm sind wir ja zu viert ähm und zwei
3433 gehen dieses Jahr in die Ausbildung. Was ich mich manchmal frage ist, ob dann nicht
3434 irgendwann es zu viele sind, also zu viele unterschiedliche Blickwinkel. Man möchte
3435 die Familien oder die Mütter ja auch nicht ähm überhäufen damit. Wie kann man da

3436 mh eine gute Beratungssituation schaffen, wenn es doch so viele verschiedene
3437 Blickwinkel sind? #00:25:01-5#
3438
3439 B: Ja. Ich finde tatsächlich, das meinte ich ja neulich schon zu dir, wir müssen uns äh
3440 so Standards in Führungszeichen erarbeiten ähm, weil das eine ganz große
3441 Unsicherheit bei den Eltern hervorruft, wenn die eine sa- das sagt und die andere das
3442 sagt und ich bin mir sicher, dass es dazu kommen wird bei sechs Stück ähm, weil wir
3443 sechs also, wenn wir uns sechs so anschauen, sind wir auch einfach alle irgend- so
3444 ein bisschen unterschiedliche Charaktere. ähm das wird auf jeden Fall eine große
3445 Herausforderung da einen Weg zu gehen, aber ich finde, dass wir uns da ganz klar
3446 positionieren müssen als als Stillberatungsteam und auch dafür uns regelmäßig treffen
3447 müssen, uns regelmäßig austauschen müssen ähm und Standards entwickeln
3448 müssen. Also, dass wir einfach so ein so einen zentralen Ordner haben, auf den wir
3449 alle Zugriff haben und irgendwie auch ständig miteinander Rücksprache halten
3450 können, weil sonst wird es ein Chaos. Das ist gerade, weil ähm wir auch die Still- also
3451 eigentlich müssten wir auch, bräuchten wir auch echt so ein Übergabebuch, wo
3452 gesammelt drinnen steht, also natürlich steht das alles in den einzelnen Akten, aber
3453 es ist ja ähm ein (unv.) in jede einzelne zu gucken, da noch einmal zu gucken also,
3454 bevor du zu den Frauen gehst, was wurde besprochen, dann trägt der eine das nicht
3455 ein, dann ist das irgendwie. Also ich finde, so ein Übergabebuch wäre total sinnvoll,
3456 wo wir einmal kurz hereinschreiben, was wir besprochen habe und entweder es wird
3457 eine Evaluation gemacht mit der Mutter oder es wird irgendwie einen Schritt weiter
3458 gegangen oder ähm also damit wir wissen, wo wir ansetzen mit der Beratung.
3459 #00:26:30-9#
3460
3461 I: Ja. #00:26:31-6#
3462
3463 B: Und ähm da ist ist ein guter Austausch unumgänglich auf jeden Fall. (3) Und du
3464 hast total recht, also ich finde auch sechs viel. Super viel. (2) Also mein, meine
3465 optimale Vorstellung von einer Stillberatung auf einer neonatologischen Station wäre,
3466 wären äh zwei oder drei Stillberaterinnen, die nur als Stillberaterinnen arbeiten.
3467 #00:27:00-4#
3468
3469 I: hm (zustimmend) #00:27:01-4#
3470
3471 B: Jeden Tag. #00:27:03-4#
3472
3473 I: Ja. #00:27:04-2#
3474
3475 B: Weil das ist das, was die Eltern brauchen: eine kontinuierliche Begleitung ähm
3476 während der ersten schwierigen Zeit. #00:27:12-9#
3477
3478 I: Ja. (3) ähm das war als abschließende Frage gedacht, aber wo wir schon bei
3479 optimalen Dingen sind, wie sehen deiner Meinung nach die optimalen
3480 Rahmenbedingungen für Stillberatung von Eltern aus, deren Kinder in der
3481 Neonatologie behandelt werden? Jetzt sagtest du schon, jeden Tag eine, die da ist,
3482 nur für Stillberatung. Was noch? #00:27:36-4#
3483
3484 B: Wenn der Bedarf da ist natürlich, ne? ähm was ich absolut total wichtig finde und
3485 was mir in letzter Zeit echt ähm schlecht auffällt also negativ auffällt, ist die
3486 Zusammenarbeit sowohl mit dem Kreißsaal als auch mit der Wochenbettstation, also
3487 beziehungsweise insbesondere mit der Wochenbettstation. Das ist eine Katastrophe.

3488 Da findet kein Austausch statt. Die sind immer genervt, wenn wir anrufen und
3489 Muttermilch wollen. 'Die Mutter muss schlafen.'. Sie werden sie nicht wecken und so
3490 so Antworten kommen da. ähm die Mütter werden, glaube ich, schlecht angeleitet zum
3491 Ausstreichen. Also wir hatten gestern schon wieder eine Mutter äh, die wurde
3492 sectioniert, die hat nach sechs Stunden das erste Mal ausgestrichen, weil es ihr keiner
3493 gesagt hat. Das muss begleitet werden. Das muss also die Mutter ist achtzehn. Dann
3494 muss sich da jemand neben stellen und das mit der zusammen machen. Das ist
3495 einfach, ich finde, da ist so viel im Argen mit der Wochenbettstation. ähm das sollte
3496 besser funktionieren ähm und genau ich finde, eine regelmäßige äh Stillberatung, also
3497 fangen wir ja jetzt an, aber ich finde schon eine Stillberatung, die einfach immer
3498 zugegen ist, find- fände ich toll. ähm ich fände ja auch eigentlich toll und das geht
3499 natürlich wegen Corona nicht, wenn die Mütter sich miteinander austauschen könnten,
3500 weil ich glaube, das gibt den Eltern total Rückhalt, wenn sie sehen 'Ich bin nicht allein
3501 hier. Das geht anderen Müttern genauso. Ich kann das irgendwo lassen. Ich kann mich
3502 mit Gleichgesinnten in Führungszeichen austauschen und vielleicht auch
3503 supporten.'. ähm das wäre für mich auch ein Traum, wenn die Mütter einfach so einen
3504 Raum hätten, wo sie sich zusammensetzen könnten und einfach auch sprechen
3505 könnten miteinander. (3) Genau und fallen mir wahrscheinlich noch zehn Dinge ein.
3506 #00:29:26-8#
3507

3508 I: Ja, aber wo du schon bei der Zusammenarbeit warst: ähm du hattest vorhin schon
3509 einmal kurz angesprochen, dass das Thema Muttermilchernährung, Stillen,
3510 Stillberatung, wie ist da der Stand auch in den pflegerischen Übergaben im
3511 neonatologischen Team so ein bisschen, ja ich will einmal sagen stiefmütterlich
3512 behandelt wird. ähm wie siehst du sonst da die die Zusammenarbeit in Bezug auf das
3513 Stillen? #00:29:53-7#
3514

3515 B: Mit dem Team zusammen? #00:29:55-7#
3516

3517 I: hm (zustimmend) genau. #00:29:58-0#
3518

3519 B: Ich glaube, das ist tatsächlich sehr sehr unterschiedlichen, was die Einzelnen, also
3520 wir sind halt ein Riesenteam und sehr viele Altersgruppen ähm, was d- natü- also e-
3521 das, ne, so pauschal soll das gar nicht klingen, aber du weißt, was ich meine. In den
3522 Generationen, die ihre Kinder so in den Siebzigern, Achtzigern großgezogen haben,
3523 da hatte Stillen einfach noch nicht die Priorität, die es jetzt hat. Das will ich überhaupt
3524 nicht verallgemeinern, aber ich erinnere eine Situation, da lag die laktierende frisch
3525 entbundene Mutter im Bett und hat geschlafen und das Kind wurde mit der Flasche bei
3526 uns in der Kanzel abgefüllt. #00:30:33-2#
3527

3528 I: Ja. #00:30:34-1#
3529

3530 B: (3) Schlecht. Ich stand, ich stand, es war am Anfang als ich da war und ich stand
3531 echt mit offenem Mund da und äh diejenige Schwester meinte dann so 'Ich glaube, ich
3532 gehe jetzt einmal die Mutter wecken, sonst äh läuft die noch im Bett aus.' und dann
3533 dachte ich so 'Alter, die ganze Milch gehörte einfach in das Kind.'. (lacht) und da war
3534 ich echt so, dass ich dachte '(unv.)'. ähm genau, also ich glaube, dass es sehr sehr
3535 das wird sehr unterschiedlich wahrgenommen und das wird auch ähm wird dem auch
3536 unterschiedlich Priorität beigemessen. Ich glaube, da sind, wir haben sehr sehr viele
3537 engagierte Schwestern dabei, die da sehr hinterher sind und uns auch fragen, wenn
3538 sie nicht weiter wissen. Ich glaube, grundsätzlich habe ich das Gefühl, dass die
3539 meisten von uns schon relativ gut im Thema sind, was so das Handausstreichen und

3540 das Pumpen in der ersten Zeit angeht ähm und erst, wenn es später zu
3541 Schwierigkeiten in der Milchbildung kommt, dann kommen irgendwie so Fragen auf.
3542 ähm aber das könnte ausgebaut werden auf jeden Fall, finde ich. Also dass eben nicht
3543 sofort gesagt wird 'Ok, jetzt geht die Muttermilch zur Neige, jetzt holen wir einmal die
3544 Pre Nahrung aus dem aus dem Schrank.'. ähm (2) ja, dass wir da eben auch gucken,
3545 dass das einfach ähm Priorität also, dass das, dass die Priorität einfach angehoben
3546 wird. #00:31:51-8#
3547
3548 I: hm (zustimmend) ja (2) der Muttermilchernährung? #00:31:56-1#
3549
3550 B: Ja, ja ja. #00:31:58-0#
3551
3552 I: Ja. #00:31:58-7#
3553
3554 B: Und auch, genau, das ist das finde ich auch super wichtig, dass die Kinder zu wenig
3555 an den Busen gelegt werden. Die gehen nicht an den Busen. Wenn die Mutter Zuhause
3556 ist und abpumpt und die Muttermilch mitbringt, dann ist jede Schwester froh, wenn da
3557 Muttermilch im Kühlschranks steht. Wenn die Mutter das Kind dann alleine versorgt im
3558 Zimmer, ähm dann wird einfach nicht geguckt, also es wird einfach, die Kinder gehen
3559 zu wenig an den Busen. #00:32:23-2#
3560
3561 I: hm (zustimmend) #00:32:24-8#
3562
3563 B: Zum Beispiel Zimmer sieben äh Zimmer neun. Ich weiß nicht, ob ich Namen nennen
3564 darf. #00:32:32-2#
3565
3566 I: Die werde ich hinterher heraus löschen oder durch xy, abc ersetzen. #00:32:36-6#
3567
3568 B: Die Mutter von P.. Weißt du, wie lange die nicht angelegt hat? Ich konnte es in der
3569 Kurve nicht nachvollziehen, weil es nirgends nirgends stand. Die geht in das Zimmer,
3570 die füttert ihn, die versorgt ihn und geht nach Hause. Die legt den nicht an und das
3571 wird Zuhause nicht, das wird nicht passieren. #00:32:57-6#
3572
3573 (...) #00:33:00-2 bis #00:39:19-2#
3574
3575 I: Ich glaube, das hat auch einfach ganz viel mit Wiederholung zu tun. Ich glaube
3576 tatsächlich, dass viel in der IBCLC-Weiterbildung auch darüber läuft, dass du gewisse
3577 Themen immer wieder hörst in den Seminarblöcken. #00:39:32-2#
3578
3579 B: Ja, das stimmt. Und sich das eigentlich, naja das ist ja so ein Kreis, der sich schließt.
3580 Das eine hat das zur Folge, das andere hat das zur Folge, das andere beeinflusst dies,
3581 das andere beeinflusst das. Das ist natürlich einfach total wichtig auch für die
3582 Schwestern, die da nicht so richtig Berührungspunkte mit haben. Ich glaube aber,
3583 insbesondere das Pumpen am ähm beim Känguruen. Genau, das wäre zum Beispiel
3584 auch ein Punkt, den ich für eine optimale Rahmenbedingung halten oder als wichtig
3585 erachte, ähm dass die Mütter dazu angeleitet werden, weil das überhaupt kein Ding
3586 ist. Das ist, die Mütter binden sich, ich habe das bei den Zwillingmüttern, ich weiß
3587 nicht, ob glaube, es waren die Hohmann-Zwillinge, habe ich das mit der Mutter
3588 gemacht. Die war so glücklich, weil das so gut funktioniert hat. ähm die hatte den CTG-
3589 Schlauch um während des Kuschelns, als es Zeit wurde zu pumpen, haben wir den
3590 hoch geruckelt und gepumpt. Bumms. Da ist nichts bei außer, dass man der Mutter
3591 natürlich die Pumpe geben muss und die Pumpe wieder abbauen muss. Aber

3592 ansonsten ist da nichts bei. (2) Also das ist tatsächlich etwas, was echt ähm also der
3593 Mamillen-Mund-Kontakt und das Kind an den Busen kriegen, das ist etwas, was echt
3594 nicht praktiziert wird. Nicht gut, nicht ausreichend. Und das will ich also bestimmt nicht,
3595 das machen bestimmt einige machen das bestimmt, aber bei weitem nicht alle. Und
3596 ich glaube tatsächlich, dass wir als Stillberaterinnen dann auch die Schwestern nerven,
3597 die da einfach keinen Nerv darauf haben, das zu tun. #00:40:58-0#
3598
3599 I: Ja. (2) Das heißt zu den optimalen Rahmenbedingungen würde ich zählen, dass
3600 man den Müttern aufzeigt, was alles möglich ist? #00:41:08-6#
3601
3602 B: Ja auf jeden Fall. #00:41:09-9#
3603
3604 I: Weil ne das klingt jetzt so als mh man muss die Angebote schon machen und die
3605 Unterstützung bieten, damit die Frauen das überhaupt wahrnehmen und annehmen
3606 können. #00:41:18-6#
3607
3608 B: Auf jeden Fall. Und genau, dafür ist halt eine regelmäßige und auch kontinuierliche
3609 Beratung einfach unerlässlich, weil das natürlich etwas ist, worauf die Frauen, also
3610 wenn man denen das einmal erzählt und dann wochenlang verschwindet ähm dann
3611 also wochenlang da nicht reingeht, weil man da nicht zu kommt oder weil man eben
3612 keine Zeit hat, ähm dann fällt es halt hinten herüber, weil wenn man kontinuierlich da
3613 am Ball bleibt und ich finde ganz schwierig auch und das ist vielleicht auch ein ganz
3614 ganz wichtiger Punkt in unserer Beratung und auch für die Kolleginnen, ist die
3615 Sondenentwöhnung. Da sind wir ja dran. Aber ich finde, das wird auch super individuell
3616 und einfach nicht ähm nicht gut umgesetzt. Den meisten Müttern wird vermittelt 'Das
3617 Kind muss trinken, dann gehen sie nach Hause. Nehmen sie einmal die Flasche. Das
3618 geht schneller.'. #00:42:05-4#
3619
3620 I: Ja. #00:42:06-0#
3621
3622 B: Das ist die Stillberatung zur Sondenentwöhnung. #00:42:09-3#
3623
3624 I: (2) Ja. #00:42:11-1#
3625
3626 B: Oder die Beratung dahingehend. Und das ist natürlich nach Hause, die Eltern
3627 plingen hoch und denken 'Ok, alles rein in das Kind, was geht mit der Flasche.' ähm
3628 'Dann können wir nach Hause gehen.'. #00:42:23-7#
3629
3630 I: hm (zustimmend) (3) ähm ja (seufzt) diese Beratung äh zur Sondenentwöhnung
3631 beziehungsweise die mh Hinweise zur Flaschenfütterung: ist das
3632 berufsgruppenspezifisch oder wie kommt es zu dieser Wahrnehmung mit der Flasche
3633 gefüttert geht ein Kind schneller nach Hause? #00:42:49-2#
3634
3635 B: Bei den Eltern? #00:42:50-8#
3636
3637 I: ähm naja, die ich also ich würde ja jetzt erst einmal den Kollegen und Kolleginnen,
3638 die das sagen unterstellen, dass die das auch glauben. Ich meine, die Studienlage
3639 dazu sieht anders aus, ähm aber wenn also die ich würde ja immer vom Besten
3640 ausgehen und denken, diese Beratung wird durchgeführt, weil man meint, das sei das
3641 Beste für diese Familie. #00:43:16-1#
3642
3643 B: Auf jeden Fall. (2) Auf jeden Fall, das ist äh ich glaube, das ist Unwissenheit. (2)

3644 Und wirklich auch ähm vielleicht ist das auch aus einem guten Willen, weil man die
3645 Familie stärken will. ähm aber ich glaube, das is- das hat viel mit Unwissenheit zu tun
3646 und weil das schon immer so war. #00:43:34-1#
3647
3648 I: (2) Ja. #00:43:35-6#
3649
3650 B: Aus d- ä- also, das ist da tatsächlich die Studienlage, kenne ich nicht. Die finde ich
3651 total interessant. Also wenn du dazu etwas hast, kannst du mir das gerne einmal
3652 schicken ähm, weil natürlich der Irrglaube bei allen besteht, dass das also oder was
3653 heißt der Irrglaube, es ist natürlich für das Kind einfach viel viel anstrengender aus
3654 dem Busen zu trinken als aus der Flasche. Und für uns als Schwester natürlich auch
3655 viel viel anstrengender und viel viel langwieriger, die Frau zu begleiten, wenn sie das
3656 Kind anlegen will. #00:44:00-7#
3657
3658 I: (2) Ja. #00:44:02-7#
3659
3660 B: Das ist so, ich war auch erstaunt, wir haben ja diese supercoolen Stillkissen ähm
3661 den Bauchladen, für Frühchen finde ich die optimal. Also auch für große Kinder, aber
3662 die sind halt richtig cool ähm, weil die Kin- weil die Frauen einfach die Sicherheit haben,
3663 dass das Kind gehalten wird und das Kind richtig schön positioniert werden kann. Wie
3664 wenig die im Einsatz sind. #00:44:23-5#
3665
3666 I: hm (zustimmend) #00:44:24-0#
3667
3668 B: (2) Da, also die werden fast nie, also wenn dann von uns aus dem Schrank geholt.
3669 #00:44:29-1#
3670
3671 I: Ja. Genau. (2) Ja, welchen Stellenwert haben Stillhilfsmittel in der Neonatologie?
3672 #00:44:35-8#
3673
3674 B: Genau, habe ich mir zu ausge- aufgeschrieben, ganz kurz 'Kritisch, aber wichtig'.
3675 ähm ich finde das ja, ich sehe das tatsächlich kritisch, dass bei jeder Mutter sofort ein
3676 Stillhütchen im Zimmer liegt, sofort. Die Kinder sind noch gar nicht auf Station und es
3677 liegt auf dem Pflgewagen. ähm ich finde das, natürlich finde ich das manchmal
3678 hilfreich oder in den meisten bei Frühchen ist das hilfreich, aber wenn man davon
3679 ausgeht, dass man eine 32. Woche an den Busen legt, dann ist das erst einmal für
3680 den Mamillen-Mund-Kontakt und für das Schlecken und Wahrnehmen der Brustwarze
3681 für de- den Kontakt, für die Ausschüttung der Hormone bei der Mutter und das
3682 funktioniert nicht mit Stillhütchen. Das- Stillhütchen bremsen auch die
3683 Muttermilchbildung. Das ist ja einfach so. Also da ist ja einfach, wenn da was zwischen
3684 ist, dann funktioniert die Übertragung nicht richtig. ähm deswegen ist das für mich
3685 immer so ein bisschen, naja (unv.) ich sehe es kritisch, aber trotzdem auch sinnvoll in
3686 einigen Fällen. Ich finde, ganz viele Mütter sprechen von einer Hohlwarze, die sie
3687 haben, obwohl sie kein haben. Also das meistens nicht einmal eine invertierte
3688 Brustwarze. Also Hohlwarzen sind einfach so selten ähm bei den Frauen, dass man
3689 supergut mit ein bisschen Stimulation die Brustwarze auf jeden Fall herausbekommen
3690 kann. ähm auf der anderen Seite finde ich zum Beispiel so Stillhilfsmittel, wie ein
3691 Brusternährungsset, super sinnvoll. Also habe ich gute Erfahrungen mit gemacht. ähm
3692 ich finde auch das Fingerfeedern sinnvoll. ähm in bestimmten Situationen natürlich
3693 und in mit bestimmten Voraussetzungen und (2) was haben wir denn noch eigentlich
3694 als Stillhilfsmittel? #00:46:16-3#
3695

3696 I: (2) Also ich würde dazu auch so etwas, wie Brustwarzenformer, ein Latch Assist zum
3697 Beispiel zählen. #00:46:25-0#
3698
3699 B: Was ist ein Latch Assist? Was meinst du damit? #00:46:27-3#
3700
3701 I: ähm der ist von Lan- #00:46:28-3#
3702
3703 B: Wo man die Brustwarze so aufstellt? #00:46:29-6#
3704
3705 I: Ja, ganz genau. Das ist von Lansinoh. Das ist dieses kleine, das ist so ein Aufsatz
3706 mit einem Gummibällchen dran, wo du, genau, so ein Vakuum erzeugen kannst.
3707 #00:46:38-3#
3708
3709 B: Ja. Ja. So etwas, so etwas finde ich total hilfreich. Alles, was nicht ähm in den Mund
3710 des Kindes geht und zur Stimulation der Milchbildung oder der Mutter äh der der
3711 Brustwarze führt, ist natürlich total hilfreich, also. Ich bin auch total dankbar, was es
3712 alles gibt mittlerweile. ähm (2) aber genau, als erstes fällt mir natürlich immer das
3713 Stillhütchen ein und das sehe ich kritisch. #00:47:04-3#
3714
3715 I: Ja. Ja. #00:47:05-4#
3716
3717 B: (2) Genau, aber mir ist dazu vorhin noch etwas eingefallen. Was haben wir denn,
3718 was habe ich denn noch überlegt? #00:47:11-0#
3719
3720 I: (3) Zu den Hilfsmitteln? Oder? #00:47:15-8#
3721
3722 B: Ja. (3) Fällt mir bestimmt wieder ein. #00:47:20-1#
3723
3724 I: hm (zustimmend) kommt vielleicht wieder. #00:47:21-2#
3725
3726 B: Genau, genau also ich finde grundsätzlich so einen äh Brusternährungsset ähm
3727 könnten wir tatsächlich auch mehr einsetzen. ähm um weil das also natürlich ist das
3728 Sondieren an der Brust ähnlich, aber beim Brusternährungsset holt sich das Kind eben
3729 das alleine und muss die Kraft aufbringen und lernt vielleicht einfach mit mehr
3730 Schmackes auch zu saugen. Also ich glaube, das unterstützt einfach das Saugtraining.
3731 #00:47:47-3#
3732
3733 I: hm (zustimmend) (4) Ja, das sind alles Dinge, die wir im Moment tatsächlich noch
3734 nicht tun, ne. #00:47:54-9#
3735
3736 B: Ne. #00:47:56-3#
3737
3738 I: Also alternative Zufüttermethoden sind kein großes Thema. ähm dümmdedümm
3739 vielleicht können wir noch einmal zu einem Thema zurückkommen, was jetzt quasi in
3740 der abschließenden Frage nach den optimalen Rahmenbedingungen schon anklang,
3741 welche Bedeutung die stationsübergreifende Zusammenarbeit für die Beratung auch
3742 bei uns auf der Station dann hat. #00:48:16-9#
3743
3744 B: Ja, finde ich einfach unerlässlich. Das kann ich nicht ander- also ich finde
3745 tatsächlich, dass wir nur einen guten Stillstart und eine gute initiale Milchbildung
3746 erreichen, wenn auf der Wochenbettstation direkt damit angefangen wird. In den
3747 meisten Fällen ist es ja so, dass im Kreißaal schon einmal ausgestrichen wird, dann

3748 kommen die Frauen unten auf die Station und werden einfach vergessen. Und dann
3749 kommen so Sachen 'Ja, die hat' also es kommt natürlich auch auf die Intensität an, wie
3750 es der Mutter geht, also wie intensiv die Mutter ähm behandelt werden muss, ob sie
3751 irgendwie super viel Blut verloren hat, schlechter Blutdruck und so weiter, aber ich
3752 finde grundsätzlich das einfach total wichtig, dass das ähm dass da eine bessere
3753 Kommunikation stattfindet und vielleicht auch einmal eine stationsübergreifende äh
3754 Teamsitzung mit denjenigen, die sich da unter dafür verantwortlich fühlen. #00:49:10-
3755 9#
3756
3757 I: Ja. #00:49:11-6#
3758
3759 B: Damit man einfach da auch so einen Fahrplan entwickeln kann und nicht nachts
3760 anruft und sagt 'Habt ihr Muttermilch?' 'Ne, die Mutter schläft. Ich wecke die jetzt nicht.
3761 Gebt dem Kind etwas anderes.'. Das geht halt nicht. Wir sind ein stillfreundliches
3762 Krankenhaus. Das ist eine Zertifizierung. Wenn man das dazu zählt, dann kriegen wir
3763 die Zertifizierung nie wieder. #00:49:28-6#
3764
3765 I: (2) Kurzer hint dazu: dieses Jahr ist Re-Zertifizierung der Geburtshilfe. #00:49:33-9#
3766
3767 B: Dieses Jahr? #00:49:35-4#
3768
3769 I: Dieses Jahr. #00:49:36-2#
3770
3771 B: Ja. Schön, also so wird das nichts. #00:49:39-6#
3772
3773 I: Ja. #00:49:40-4#
3774
3775 B: Natürlich werden die das kriegen, aber das ist echt ein Punkt, der mir oft schon
3776 aufgefallen ist, dass das genau so läuft. #00:49:46-7#
3777
3778 I: Ja. #00:49:47-9#
3779
3780 B: Und ähm was ich tatsächlich, also das ist manchmal schwierig umzusetzen, aber
3781 das vielleicht noch einmal zu der Frage, wie eine optimale äh Rahmenbedingung von
3782 Eltern von Frühgeborenen aussieht. Das ist bei Frühgeburtlichkeit natürlich immer
3783 schwierig, aber ich finde ja auch Stillvorbereitungskurse sind Gold wert, ne. ähm das
3784 kann man natürlich nur, also macht man ja erst gegen Ende der Schwangerschaft.
3785 Deswegen ist das schwierig, das in der Neonatologie umsetzen. Aber das wäre halt
3786 eine Idee, zum Beispiel auch für Frauen, die sich zur Geburt anmelden ähm, dass wir
3787 so etwas anbieten können. #00:50:22-7#
3788
3789 I: Ja. #00:50:24-2#
3790
3791 B: Weißt du, als als Stillberaterin, dass man da irgendwie so ein, das geht natürlich
3792 auch in Präsenz, wenn man sich irgendwie dann mit mit fünf Müttern trifft oder so, dass
3793 man denen einfach schon einmal erzählt, was so auf sie zukommt, um die Mütter
3794 bestmöglich darauf vorzubereiten. Ich weiß halt nicht, wie das angenommen werden
3795 würde. ähm und wie gesagt, es hat im Grunde nicht viel mit der Neonatologie zu tun,
3796 weil die Mütter meistens zu früh zu uns kommen, als dass sie das schon besuchen
3797 würden. #00:50:47-5#
3798
3799 I: Ja. (4) Gut, fallen dir sonst noch ähm Rahmenbedingungen ein, die es

3800 optimalerweise bräuchte? #00:50:57-3#
3801
3802 B: (3) Also ich glaube, ne, ich glaube, das meiste habe ich gesagt. Ich finde
3803 interdisziplinäres Arbeiten total wichtig, stationsübergreifend. Ich finde Kommunikation
3804 im Team, innerhalb der Stillberater, Standards und Leitfäden, Fahrpläne für die Mütter,
3805 ähm dass wir da einfach kongruent arbeiten und die Mütter nicht verunsichern, noch
3806 zusätzlich verunsichern mit unterschiedlichen Aussagen. Also das ist natürlich sagt
3807 man den Müttern immer irgendwie so 'Ja, viele Wege führen nach Rom.'. Auch jeder
3808 pflegt anders. ähm das sage ich den Müttern auch immer in der Anleitung. Wenn ich
3809 die Eltern irgendwie im Wickeln anleite, dass das, dass sie das von Schwester von
3810 anderen Schwestern vielleicht auch anders sehen werden. Die machen das anderes,
3811 machen andere Handgriffe. ähm aber ich finde gerade in der Stillberatung, weil das so
3812 ein intimes und so ein (räuspern) persönliches Thema ist, ist da Verunsicherung
3813 einfach so dermaßen fehl am Platz, sodass wir uns einfach einig sein müssen, was wir
3814 sagen und wie wir beraten. #00:51:55-8#
3815
3816 I: Ja. #00:51:56-6#
3817
3818 B: (3) Genau. #00:51:59-1#
3819
3820 I: (2) Dann wären die Fragen von meiner Seite soweit besprochen. Möchtest du noch
3821 irgendetwas sagen, was dir wichtig ist, was ich wozu ich gar nicht gekommen bin, das
3822 zu fragen, was nicht ausreichend thematisiert wurde, wo du denkst 'Hä, das ist so
3823 essenziell in der Neonatologie. Warum fragt die denn nicht danach? Das will ich noch
3824 los werden.'? #00:52:19-6#
3825
3826 B: (3) Ne, ich glaube, wir haben alles wichtige bespro- also, wenn ich das so ab- äh
3827 ab- meine Liste innerlich so abarbeite, finde ich haben wir eigentlich jedes Thema
3828 angerissen. ähm und also absolut wichtig ist für mich immer ähm und das habe ich
3829 eingangs ja schon gesagt, mit den Müttern zu gehen und ähm möglichst wenig Druck
3830 auf sie auszuüben. Das ist halt für mich immer total wichtig. Dass man da nicht mit
3831 dem erhobenen Zeigefinger steht und sagt 'Sie müssen, sie müssen, sie müssen.',
3832 sondern wirklich individuell schaut, wo steht die Frau, wie ist das ähm wie ist es, wie
3833 wie fühlt sie sich, wie ist es, wurde, genau, das ist vielleicht noch ein Thema, was mir
3834 dabei gerade einfällt, ist eine Stillanamnese. Da hast du ja gesagt, wir kriegen das von
3835 der ähm Wochenbettstation. Dieses Protokoll der Stillanamnese, dass wir also, wenn
3836 das nicht gemacht wurde, dass man eben da auch noch einmal explizit guckt, wie war
3837 denn eigentlich der Brustwachstum in der Schwangerschaft, wie ist denn die
3838 Schwangerschaft überhaupt verlaufen, hat die Mutter etwas gespürt? Also um da
3839 einfach zu gucken, dass man einmal auch die Brust abtastet vielleicht, um so einen
3840 Status quo zu erheben. #00:53:27-6#
3841
3842 I: Ja. #00:53:28-1#
3843
3844 B: Genau. #00:53:30-0#
3845
3846 I: hm (zustimmend) #00:53:30-3#
3847
3848 B: Das wäre noch vielleicht wichtig. #00:53:31-2#
3849
3850 I: (2) ähm oh jetzt hatte ich gerade noch einen Gedanken. Achso, wenn du sagst, mit
3851 der Mutter gehen (räuspern) jetzt habe ich in anderen Interviews immer einmal wieder

3852 schon gehört ähm 'Wir dürfen die Frauen nicht zum Stillen zwingen.'. (2) Was meinst
3853 du, womit könnte man eine Frau zum Stillen zwingen? #00:53:53-1#
3854
3855 B: (3) (seufzt) Ich finde, das ist ein ziemlich hartes Wort für eine Stillbeziehung zu dem
3856 eigenen Kind, dass man eine Mutter zum Stillen zwingt. Also da kann ich, das finde
3857 ich ist einfach viel zu hart formuliert. Ich glaube, man kann die Mutter mit gar nichts
3858 zwingen. Man kann sie unter Druck setzen, ja. Man kann sie verbal unter Druck setzen,
3859 indem man ihr sagt 'Wenn sie ihr Kind nicht stillen, dann wird das Kind auf jeden Fall'
3860 ähm also 'Pre Nahrung ist halt eine schlechte Versorgung für das Kind.', 'Der Darm
3861 geht kaputt.', äh 'Das Hirn wird nicht gut versorgt.'. Also mit solchen Dingen, die einfach
3862 Angst machend sind, kann man die Frau sehr unter Druck setzen. Aber ich finde
3863 zwingen, also ich zwingen die ja nicht, ich setze mich nicht, also zwingen würde ich sie,
3864 wenn ich sie zweistündlich an die Pumpe klemmen würde und ihr sagen würde 'Sie
3865 machen das jetzt, weil sonst kriegen sie ihr Kind nicht nach Hause.' oder so. Weil das
3866 finde ich, also das finde ist eine eine krasse Formulierung ähm, bei der ich nicht
3867 mitgehen würde. Ich würde nicht sagen, wir zwingen die Frauen zum Stillen.
3868 #00:54:58-0#
3869
3870 I: hm (zustimmend) #00:54:59-0#
3871
3872 B: ähm wir begleiten die Frauen in ihrem Prozess eines Stillbeginns und einer
3873 möglichen Stillbeziehung mit ihrem Kind. Und ähm natürlich fühlen viele Frauen sich
3874 unter Druck gesetzt. Das ist wahrscheinlich damit gemeint, wenn sie sa- wenn man
3875 sagt 'Man zwingt die.'. ähm, weil man die Vorteile des Stillens aufzeigt und weil man
3876 natürlich auch sehr da, also weil wir natürlich auch sehr da hinterher sind. #00:55:21-
3877 9#
3878
3879 I: (2) Ja. #00:55:23-2#
3880
3881 B: (2) ähm klar, zwingen wir die Frauen nicht. (2) Und können die nicht zwingen. Also
3882 das finde ich, ne, das ist eine unglückliche Formulierung finde ich. Also weiß ich nicht,
3883 wie du das siehst, aber das finde ich gruselig. #00:55:37-8#
3884
3885 I: Da kann ich gleich gerne noch einmal etwas zu sagen. Ansonsten würde ich nämlich
3886 jetzt erst einmal noch ähm ein paar demografische Daten anhand eines kurzen Bogens
3887 abfragen, wenn das für dich ok ist? #00:55:47-7#
3888
3889 B: Ja. #00:55:48-3#
3890
3891 I: Und dann wäre nämlich das Interview soweit beendet tatsächlich. Ok, also, außer
3892 du willst noch etwas inhaltliches sagen. #00:55:55-3#
3893
3894 B: Ne, ich ich glaube, ich bin durch. #00:55:58-0#
3895
3896 I: Sehr gut.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 26.05.2021

(Unterschrift der Studierenden)