

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

**Erfahrungen und Herausforderungen bei der
Umsetzung der „Be-Up“ Studie**
– eine qualitative Befragung der Hebammen einer
beteiligten geburtshilflichen Abteilung

Vorgelegt von: Jenny Rienäcker
[REDACTED]
[REDACTED]

Matrikelnummer: [REDACTED]

Gutachterin: Dr.ⁱⁿ Angelica Ensel

Zweitgutachterin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Adis

Abgabedatum: 10.02.2020

Zusammenfassung

Hintergrund/Fragestellung: Zur Erforschung der Auswirkungen von der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus und das Wohlbefinden von Frauen am Geburtstermin wird in 17 Kliniken die „Be-Up: Geburt aktiv“-Studie durchgeführt. Im Rahmen dieser Arbeit sollen Erkenntnisse über die Erfahrungen und Herausforderungen der Hebammen bei der Durchführung der Studie gewonnen werden.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden fünf leitfadengestützte Interviews mit Hebammen einer an der Studie beteiligten geburtshilflichen Abteilung durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Die befragten Hebammen schildern ihre Erfahrungen bei der Durchführung der Be-Up Studie insgesamt als positiv bezogen auf die Eingliederung in die Klinik, sowie die Auswirkungen auf das geburtshilfliche Team, die Geburt und die Eltern. Herausforderungen bestehen bei den Themen: Ergonomische Arbeitshaltung, Arbeitssicherheit und Zeitaufwand für Reinigung des Be-Up Raums sowie für bürokratische Tätigkeiten. Im Be-Up Raum ist eine Umgestaltung der Bonding-Phase notwendig. Notfallsituationen wurden in diesem zudem als problematisch wahrgenommen.

Fazit: Die Ergebnisse gelten nur für die untersuchte geburtshilfliche Abteilung und erheben keinen Anspruch auf Übertragbarkeit. Dennoch ist eine Optimierung kommender Studien anhand dieser Ergebnisse denkbar, um die Praktikabilität der Durchführung einer solchen Studie zu erhöhen.

Schlagwörter: Geburt – aufrechte Gebärhaltung – Geburtsumgebung – Hebammen

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Glossar	IV
1 Einleitung	1
2 Die normale Geburt.....	2
3 Die physiologische Geburt in Deutschland.....	4
3.1 Hospitalisierung, Technisierung und Medikalisierung der Geburt	4
3.2 Geburtshilfliche Versorgung heute	7
3.3 Förderung der physiologischen Geburt durch die Hebammenwissenschaft	9
4 Die Bedeutung der Gebärhaltung und der Geburtsumgebung für die Physiologie der Geburt.....	10
4.1 Der Einfluss der Gebärhaltung auf die Geburt.....	11
4.2 Der Einfluss der Geburtsumgebung auf die Geburt.....	13
5 Die „Be-Up“ Studie.....	14
5.1 Hintergrund und Ziele	14
5.2 Interventionen zur Förderung vaginaler Geburten.....	15
6 Qualitative Erhebung zur Be-Up Studie	16
6.1 Ziel und Fragestellungen der Erhebung	16
6.2 Methodik	17
6.2.1 Datenerhebung und -aufbereitung	18
6.2.2 Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.....	22
6.3 Ergebnisse	24
6.3.1 Integration der Studie in die Klinik	26
6.3.2 Auswirkungen der Studie auf das geburtshilfliche Team.....	26
6.3.3 Einflüsse des Be-Up Raums	28
6.3.4 Einflüsse der Studie auf die Eltern	33

6.3.5 Entwicklungspotenziale und Wünsche	34
6.3.6 Gesamteinschätzung	36
6.4 Diskussion	36
6.4.1 Interpretation der Ergebnisse	36
6.4.2 Limitationen.....	38
7 Fazit	39
Literaturverzeichnis	42
Rechtsquellenverzeichnis	49
Anhang.....	50
Eidesstattliche Erklärung	245

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Be-Up Raum der Klinik..... 25

Aufnahme der Klinik.

Abbildung 2: Ein regulärer Gebärraum in der Klinik 25

Aufnahme der Klinik.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der Haupt- und Subkategorien..... 23

Eigene Darstellung.

Glossar

Begriff	Definition/Erklärung
Bonding	Bindung/Beziehung: Hier gemeint die Bindung zwischen Kind und Eltern.
Kardiotokografie (CTG)	Herzwehentschreibung: Verfahren zur simultanen Aufzeichnung der Herzschlagfrequenz des ungeborenen Kindes und der Wehentätigkeit der Mutter.
Epi-/Periduralanästhesie (EDA / PDA)	Lokalanästhesie zwischen zwei Lendenwirbeln in den Epiduralraum, welcher zwischen dem Wirbelkanal und dem Rückenmark liegt. Führt zur Betäubung von Hüfte abwärts.
Episiotomie	Dammschnitt: Einschneiden des Dammes Richtung After der Frau bei der Geburt.
Sectio caesarea	Kaiserschnitt: Schnittentbindung durch Einschnitt der Bauchdecke und der Gebärmutter der Mutter.
Vakuumextraktion (VE)	Saugglockengeburt: Das Kind wird während der Geburt mit Hilfe einer Saugglocke vaginal entbunden.
Vena Cava (superior / inferior)	Obere und untere Hohlvene: Die zwei größten Venen im menschlichen Körper; Leiten Sauerstoffarmes Blut zurück zum Herzen.
Zervix	Gebärmutterhals: Verbindung der Gebärmutter in die Scheide.

1 Einleitung

Die Geburt eines Kindes gilt im Allgemeinen als natürlichste Sache der Welt. Trotz dieser allgemeinen Annahme kommt es zunehmend zu medizinischen Interventionen und Eingriffen während des Geburtsverlaufes. So endete 2016 fast jede dritte Geburt (32,01 Prozent) in einem Kaiserschnitt (Ramsayer, 2013, S. 9; IQTIG, 2017). Die steigende Anzahl an Sectios führt jedoch nicht zu einer weiteren Reduktion der Müttersterblichkeit, vielmehr steht eine Sectio im Zusammenhang mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität der Mutter (Silver, 2012; Statistisches Bundesamt, 2017). Die WHO erklärte bereits im Jahr 1985, dass es keine Rechtfertigung für eine Kaiserschnitttrate von über 10 bis 15 Prozent gibt und empfahl die Anstrengung einer Sectorate von 5 bis 15 Prozent unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede (WHO, 1985).

Die Senkung der Kaiserschnitttrate und damit verbunden die Förderung der physiologischen Geburt ist ein wesentliches Teilziel des Deutschen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ (Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), 2017). Auch der Verbund Hebammenforschung und das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung (DNQP) sprachen sich bereits 2014 für die Förderung der physiologischen Geburt aus und entwickelten einen Expertinnenstandard, welcher verschiedene Einflussfaktoren für eine physiologische Geburt aufgreift. Es wurde aufgeführt, dass beispielsweise die Geburtsumgebung sowie die Gebärhaltung und Mobilität der Frau unter der Geburt den Geburtsprozess und somit den Geburtsmodus beeinflussen können (DNQP und Verbund Hebammenforschung, 2014).

Um einen unabhängigen Effekt der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus zu bestätigen, fehlt es jedoch an aussagekräftiger Forschung. Aus diesem Grund wurde die, durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte, Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ ins Leben gerufen. Diese klinische RCT-Studie soll überprüfen, *„ob die Intervention „alternativer Gebärraum“ einen eigenen Effekt auf den Geburtsmodus (vaginale Geburt) von Frauen am Geburtstermin sowie deren personenbezogene Outcomes (z.B. Interventionen, Komplikationen, Selbstbestimmung) hat“* (Ayerle, Schäfers, & Seliger, 2018a). Die Studie begann am 1. Oktober 2017 und endet am 30. September 2020 (36 Monate) und läuft derzeit in 17 deutschen Kliniken (Ayerle, Schäfers, & Selinger, 2018b).

Diese Arbeit soll einen Beitrag zum Erkenntnisgewinn der Studie beitragen und untersuchen, was die bisherigen Erfahrungen der Hebammen mit der Durchführung der Studie sind und auf welche Herausforderungen sie dabei gestoßen sind. Hierfür wurden Hebammen einer teilnehmenden Klinik mittels eines leitfadengestützten Interviews zu den Themen: Integration der Studie in die Klinik, Auswirkung der Studie auf das geburtshilfliche Team, bisherige Erfahrungen mit den Einflüssen des Be-Up Raums auf die Geburt, die Eltern oder ihre Hebammentätigkeit und zu den Entwicklungspotenzialen befragt. Die Ergebnisse aus der qualitativen Erhebung können für die Optimierung weiterer Studien genutzt werden.

Im Folgenden werden zunächst die verschiedenen Sichtweisen auf den Begriff der „normalen Geburt“ näher erläutert und was unter der „normalen Geburt“ im deutschen klinischen Umfeld zu verstehen ist. Im anschließenden Kapitel wird die Entwicklung der Geburt und der Geburtshilfe in Deutschland bis hin zum aktuellen Stand erörtert. Hierbei wird insbesondere auf die Kernbegriffe: Hospitalisierung, Technisierung und Medikalisierung der Geburt eingegangen. Des Weiteren wird die Haltung der Hebammen zu dieser Entwicklung beschrieben, sowie die Akademisierung des Hebammenberufes kurz angerissen. Es folgt ein Kapitel über die Relevanz der Gebärhaltung und der Geburtsumgebung auf die Geburt, anhand dessen die Notwendigkeit weiterer Forschung in diesem Bereich aufgezeigt wird. Dies stellt den Übergang zu den Erläuterungen von Hintergrund, Zielen und Interventionen der „Be-Up“ Studie dar. Nachfolgend wird die in dieser Arbeit durchgeführte qualitative Forschung vorgestellt. Dieses Kapitel ist in die Unterkapitel: Ziel und Fragestellung, Methodik, Ergebnisse und Diskussion untergliedert. Im Ergebnisteil wird jede Kategorie einzeln vorgestellt und anschließend gemeinsam mit der gewählten Methode diskutiert. Die Arbeit schließt mit einem Fazit ab.

2 Die normale Geburt

Die „physiologische“ oder „normale Geburt“ unterliegt verschiedenen Definitionen. So ist allein das Wort „normal“ geprägt von unterschiedlichen sozialen und gesellschaftlichen Verständnissen (Oakley, 1983). Die „natürliche Geburt“ gibt es aus soziologischer Sicht nicht, da der Geburtsprozess immer durch den individuellen kulturellen Hintergrund beeinflusst wird (Krahl, 2010). Wird von einer „normalen Geburt“ gesprochen, können also verschiedene Sichtweisen aufeinandertreffen. Es kann damit gemeint sein, dass:

- eine physiologische Geburt erfolgt, bei welcher keine Eingriffe unternommen werden.
- eine physiologische Geburt erfolgt, die jedoch von menschlichen Interventionen unterstützt wird.
- eine physiologische Geburt erfolgt, bei welcher naturheilkundliche Interventionen durchgeführt werden.
- ein politisch korrekter Ausdruck verwendet wird, um in Zeiten der Medikalisierung der Geburt einen positiven Eindruck zu vermitteln.
- eine physiologische Geburt im Zusammenhang mit kulturellen Normen steht, sodass in manchen Ländern eine technische Intervention zu einer normalen Geburt dazugehört (Downe, 2001).

Die offizielle Definition der „normalen Geburt“ laut WHO beinhaltet folgende Kriterien: Es liegt ein spontaner Geburtsbeginn vor, das bestehende Ausgangsrisiko ist niedrig, während des Geburtsverlaufes liegen unveränderlich geringe Auffälligkeiten vor, das Kind wird im Zeitraum nach vollendeter 37. bis 42. Schwangerschaftswoche spontan in Schädellage geboren, nach der Geburt befinden sich Mutter und Kind in einem guten Allgemeinzustand (WHO, 1996). Es wird hierbei nicht näher erläutert, ob Interventionen eine normale Geburt ausschließen oder diese vermieden werden sollten. Die britischen Leitlinien zur normalen Geburt beschreiben explizit, dass eine normale Geburt interventionsfrei abläuft und die Gebärende selbstbestimmt in einer unterstützenden Geburtsumgebung gebären können sollte (Anderson, 2003). Weitere Definitionen nehmen Bezug auf die Eigenschaften einer normalen Geburt, wie beispielsweise das „Erleben von schmerzhaften Kontraktionen“. Es wird beschrieben, dass eine normale Geburt „anstrengende Arbeit“ ist und „Bewegung eine elementare Rolle spielt“ (Gould, 2000).

Der Deutsche Hebammenverband stellt in Übereinstimmung mit der Motherfriendly Childbirth Initiative of the Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) fest, dass es keine gemeinsame, allgemeingültige Definition einer „normalen Geburt“ gibt. Was für eine Frau normal ist, hängt demnach von ihrer individuellen Lebenserfahrung und ihrem sozialen und kulturellen Umfeld ab (DHSV, 2008). Nichtsdestotrotz ist es zwingend erforderlich eine Arbeitsdefinition von „normaler“ beziehungsweise „physiologischer Geburt“ zu finden, um die Hebammen und Geburtshelferinnen bzw. Geburtshelfer in ihrer Arbeit zu unterstützen. Es fehlen ebenfalls Parameter und Rahmenbereiche zur Einschätzung und Bewertung einer normalen Geburt (Krahl et al., 2014).

Definiert man die „normale Geburt“ als eine interventionsfreie Geburt findet diese in Deutschland immer seltener statt. Dies prägt die Bewertung von dem, was als „normal“ angesehen wird insofern, dass etwas, was einem wiederholt begegnet, oftmals als „normal“ angesehen wird. Vor diesem Hintergrund ist in deutschen Kliniken eine spontane Vaginalgeburt als normal einzustufen und nicht die interventionsfreie bzw. -arme und ungestörte Geburt (IQTiG, 2017; Ramsayer, 2013, S. 40-41).

3 Die physiologische Geburt in Deutschland

Zum besseren Verständnis über die Notwendigkeit der Durchführung der Be-Up-Studie, wird in folgendem Kapitel die historische Entwicklung der Geburtshilfe in Deutschland kurz dargestellt. Es folgt ein Überblick über den aktuellen Versorgungsstatus, sowie über das Bestreben der Hebammen, bezogen auf die derzeitige Entwicklung.

3.1 Hospitalisierung, Technisierung und Medikalisierung der Geburt

Auf welche Art und Weise Frauen ihre Kinder auf die Welt bringen ist geprägt von den individuellen gesellschaftlichen und kulturellen Umständen. Im westlich-zivilisierten Kulturkreis kommt es zu Beginn des 18. Jahrhunderts mit der Medikalisierung der Geburt zu einem Wandel über das Verständnis, wie eine Frau gebären soll. Liegt zuvor die Zuständigkeit für Schwangere und Gebärende bei mit der Geburt erfahrenen Frauen oder Hebammen, wird diese Zuständigkeit nach und nach von der Medizin übernommen. Männliche, akademisierte Geburtshelfer besetzen die wichtigsten Positionen innerhalb des geburtshilflichen Prozesses, der naturwissenschaftliche Wissenserwerb rückt zunehmend in den Vordergrund und Geburten, insbesondere der sozial schwachen und alleinstehenden Schwangeren, werden vermehrt in öffentliche Entbindungsanstalten verlegt. Frauen der Unterschicht können sich eine Hebamme oftmals nicht leisten und erhalten Unterstützung in den Entbindungsanstalten, wofür sie jedoch im Gegenzug zum Leihobjekt für Zangenentbindungen oder im späteren Verlauf auch für Kaiserschnittoperationen wurden (Gengnagel & Hasse, 1999). Dadurch schreitet die Entwicklung operativer Methoden und Anästhesieverfahren voran und ermöglicht auch bei Geburtskomplikationen ein Überleben von Mutter und Kind (Gottstein, 1977), wobei im Gegenzug die – aus Sicht der männlichen Ärzte – ungebildeten Frauen der Unterschicht, welche als Hebammen fungierten, durch die männliche, gebildete Ärzteschaft verdrängt wird. Die Gebärenden werden der männlichen Gewalt somit schutzlos

ausgeliefert (Metz-Becker, 2013; Schlumbohm, 2004). Die zunächst für arme und unverheiratete Frauen gedachten Gebäranstalten entwickelten sich zu einer Alternative zur häuslichen Geburtshilfe für Frauen aller sozialen Stände, da die männliche Ärzteschaft die Hebammen weitestgehend in ihrer Tätigkeit einschränkt (Metz-Becker, 2013). So sank der Anteil der Hausgeburten, welcher im Jahr 1924 noch bei 91 Prozent lag über 83,9 Prozent im Jahr 1933, 73,1 Prozent im Jahr 1936 und 61 Prozent im Jahr 1939 auf 52 Prozent im Jahr 1952 (Hinrichs, 1949; Pohlen, 1935). Seit 1968 erfolgt eine Kostenübernahme der klinischen Geburten durch die Krankenkasse, was den Trend zur klinischen Geburt begünstigt. So war die Hospitalisierung 1970 mit einem 95 prozentigen Anteil an klinischen Geburten bereits nahezu abgeschlossen. Im Jahr 1975 sind es 99 Prozent der Frauen, welche in einer Klinik gebären (Rauskolb, 1995). Die physiologische Geburt ist zu einem klinischen Prozess geworden, welcher ärztlicher Sicherung sowie medizinischer Interventionen bedarf (Rose, 2010).

In den 1970er- und 1980er-Jahren kommt es durch die westdeutsche Frauengesundheitsbewegung zu Kritik an dieser Entwicklung, die diese als ein Zeichen weiblicher Unterdrückung durch die männlich dominierte Medizin beschreibt. Des Weiteren wird die Herabstufung der weiblichen Hebammenkunst kritisiert, welche als weitere Unterwerfung des Frauenkörpers durch die männlichen Ärzte angesehen wird. Die weibliche Expertise sowie möglicherweise damit verbundene emotionale Beziehungen zwischen Hebamme und Gebärenden wurde verdrängt. Als ein weiterer Skandal wird das durch ärztliche Interventionen und Übergriffe geschürte Leid in Kreißsälen und Krankenhäusern angesehen. Die Schwangeren werden in sterile, kühle Räume gebracht und von vertrauten Personen getrennt, sodass Ängste und Schmerzen potenziell verlängert und verschlimmert werden und der Geburtsverlauf negativ beeinflusst werden kann. Die Medikalisierung erfüllt nicht mehr ihren Zweck als Verbesserung des Geburtsprozesses, sondern setzt die Gebärenden höheren Belastungen und Gefährdungen aus. Ebenfalls beurteilt die Frauengesundheitsbewegung die in der Klinik übliche Routine der Abrupten Trennung des Neugeborenen von der Mutter als eine weitere „Grausamkeit“, welche das Neugeborene traumatisieren und die Beziehung zwischen Mutter und Kind negativ beeinflussen könnte (Rose, 2010). Zuletzt stellt die Bewegung die Trennung des Vaters von der Schwangeren während der Geburt in Frage, welche zusätzliche Ängste in der Frau auslösen und den Aufbau einer Bindung zum Kind behindern könnte. Die Forderungen der Frauenbewegung beinhalten die Schaffung eines natürlichen Entbindungs-

rahmens, in welchem möglichst wenige technische oder medizinische Interventionen stattfinden sollen und in den natürlichen Geburtsverlauf so wenig wie möglich eingegriffen werden soll. Ein nicht-klinischer Entbindungsort soll errichtet werden. Daraus resultiert unter anderem die Gründung von Frauengesundheitszentren ab Mitte der 1970er-Jahre und die Errichtung von Geburtshäusern ab Mitte der 1980er Jahre (Rose, 2010; Jung, 2017). Der Rückgang der außerklinischen Geburten bleibt jedoch bestehen, sodass im Jahr 1999 98,68 Prozent aller Geburten in einem Krankenhaus stattfinden. Bis heute sind diese Zahlen ähnlich (98,72 Prozent) (QUAG, 2018).

Seit den 1990er-Jahren unterliegt das deutsche Gesundheitssystem einem Prozess der Ökonomisierung, welcher sich auch auf die Geburtshilfe auswirkt. Mit der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004, welches die Abrechnung von medizinisch erbrachten Leistungen in Fallpauschalen beinhaltet, kommt es zum Gipfel des Ökonomisierungsprozesses, dessen Folge eine großflächige Umstrukturierung der geburtshilflichen Versorgung ist. Wenig gewinnbringende, meist kleine Geburtshilfeabteilungen in den wohnnahen Gebieten werden geschlossen. Es erfolgt eine Zentralisierung der Geburtskliniken. Der ökonomische Druck auf Geburtshäuser steigt (Augurzky, Kreienberg, & Mennicken, 2015; vgl. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., 2014). Die Bettenanzahl in den Kliniken sinkt kontinuierlich, obwohl ein Anstieg der Geburtenraten seit 2012 zu verzeichnen ist. Die Geburt bekommt einen monetären Gegenwert zugeschrieben, wobei eine natürliche Geburt, welche mit wenigen Interventionen oder interventionsfrei abläuft am geringsten vergütet wird. Schwangere werden zunehmend als Risikopatientinnen eingestuft, obwohl diese meist gesund sind. Es finden verstärkt Untersuchungen und Überwachungen der Schwangerschaft und der Geburt statt, wobei der Krankenhausaufenthalt in Folge der Fallpauschalen auf drei Tage postpartum verkürzt wird. Eine quantitative und qualitative Verschlechterung ist spürbar, welche jedoch auch zu einem Aufschwung in der Selbstbestimmung der Frau während der Geburt führt. Wird zunächst die Forderung nach einer „radikalen Veränderung der gesellschaftlichen Strukturbedingungen“ gestellt, werden weiterführend Stimmen für „körperlicher Selbstbestimmung“ laut (Jung, 2017). Die Selbstbestimmung der Frau unter der Geburt ist als eine Antwort auf die Gewalt während des Geburtsprozesses zu verstehen. Darunter fallen zum Beispiel „Bewegungseinschränkungen unter der Geburt“, „unnötig häufige Untersuchungen“, „unnötige Einleitung einer Geburt“ sowie insbesondere alle „Eingriffe, die medizinisch nicht notwendig sind“. Diese Formen von Gewalt sind mitunter auf Personalmangel und Zeitdruck sowie eine mangelnde

Beziehung der Gebärenden zum geburtshilflichen Personal im Vorfeld und die allgemeine Technisierung und Medikalisierung der Geburt zurückzuführen (Neumann & Maier, 2019, S. 112).

3.2 Geburtshilfliche Versorgung heute

Im Jahr 2017 wurden in Deutschland insgesamt 787.884 Geburten verzeichnet – im Durchschnitt etwa 1,57 Kinder pro Frau. Ein Großteil dieser Geburten (98,72 Prozent) fand in Krankenhäusern statt. Schätzungsweise 10.064 Geburten waren geplant oder ungeplant außerklinisch. Unter die außerklinische Geburten fallen Hausgeburten, Geburten in Geburtshäusern oder Alleingeburten (Statistisches Bundesamt, 2018; QUAG, 2018).

Dem leichten Anstieg an Geburten in den letzten Jahren stehen sinkende Zahlen geburtshilflicher Abteilungen gegenüber. Das Problem: Wirtschaftlichkeit (Augurzky, Kreienberg, & Mennicken, 2015). So haben insbesondere kleine Krankenhäuser durch hohe Vorhalteaufwendungen Schwierigkeiten, ihre Kosten zu decken. 65 Prozent aller Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten verzeichnen im Jahr 2013 niedrigere Erlöse als Kosten – zum Vergleich: bei Krankenhäusern ab 600 Betten sind es 44 Prozent. Betrachtet man alle Krankenhäuser insgesamt, erwirtschaften 58 Prozent dieser niedrigere Erlöse als Kosten, 28 Prozent können die Kosten mit den Erlösen etwa decken und lediglich 14 Prozent melden höhere Erlöse als Kosten (Deutsches Krankenhausinstitut, 2014). Dies führte vom Jahr 2007 bis zum Jahr 2013 zu einem Rückgang der Anzahl der gynäkologischen Fachabteilungen von 11 Prozent und zu einer Zentralisierung der geburtshilflichen Abteilungen in großen Gesundheitszentren (Augurzky, Kreienberg, & Mennicken, 2015). Das Resultat: Frauen müssen teilweise in andere Kreißsäle abgewiesen werden oder lange Fahrtzeiten in Kauf nehmen um eine geburtshilfliche Betreuung zu erhalten. Eine 1:1-Betreuung, welche als wünschenswert erachtet wird, kann immer seltener gewährleistet werden (DHV, 2018).

An klinischen Geburten beteiligt waren im Jahr 2018 insgesamt 6.035 stationär arbeitende Ärztinnen und Ärzte (Bundesärztekammer, 2018). Die Anzahl der Entbindungspfleger und Hebammen stieg in den letzten Jahren leicht an, sodass im Jahr 2017 rund 24.000 gezählt werden, wovon 9.385 festangestellt in Krankenhäusern arbeiteten. Bei einer Zusammenfassung erhobener Daten der einzelnen Bundesländer zum Versorgungsstatus der stationär arbeitenden Hebammen durch den Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages konnte ermittelt werden, dass die Hebammen nach eigenen Angaben oftmals mindestens zwei, teilweise sogar drei oder mehr Geburten gleichzeitig betreuen. In Baden-Württemberg

gaben vier von zehn Befragten an, einmal monatlich oder öfter vier oder mehr Geburten gleichzeitig zu betreuen, was trotz einem leichten Anstieg an geburtshilflichem Personal den Mangel an Hebammen verdeutlicht (Statistisches Bundesamt, 2019; Deutscher Bundestag, 2019).

Im europäischen Vergleich ist Deutschland ein Land mit niedriger Fertilität. Es besteht ein hoher Anteil an kinderlosen Frauen. Die Anzahl der Kinder pro Frau ist gewünscht niedrig (BiB, 2012). Mit 3,3 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeburten liegt Deutschland nah am europäischen Durchschnitt (3,2 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeburten), wobei Europa im Vergleich zum Rest der Welt bereits eine niedrige Säuglingssterblichkeit aufweist (BiB, 2013). Zudem ist die Müttersterblichkeit in Deutschland auf einem niedrigen Niveau. Im Jahr 2010 liegt sie bei 5,5 Todesfällen je 100.000 lebendgeborenen Kindern, wobei der europäische Durchschnitt bei 6,2 liegt (BiB, 2017; EURO-PERISTAT Project (2013), 2013). Die durchschnittliche Müttersterblichkeit in Deutschland bewegt sich seit Ende des 20. Jahrhunderts auf einem weitestgehend gleichbleibenden Niveau, wobei im Jahr 2002 ein Tiefstand von 2,9 und im Jahr 2015 von 3,3 mütterlichen Todesfällen je 100.000 Lebendgeburten erreicht werden konnte (BiB, 2017).

Trotz weitestgehend gleichbleibender Müttersterblichkeit zeigt sich eine kontinuierliche Erhöhung der Kaiserschnittraten in allen europäischen Ländern, wobei Deutschland im Jahr 2010 mit rund 32 Prozent zu den Ländern mit der höchsten Kaiserschnittrate gehört. Der europäische Durchschnitt liegt im selben Jahr bei 25,2 Prozent (BiB, 2017; Kolip, Nolting & Zich, 2012). Im Jahr 2016 endete ebenfalls fast jede dritte Geburt (32,01 Prozent) in einem Kaiserschnitt. Im Vergleich dazu: Im Jahr 1990 waren es noch 15,7 Prozent. Die Kaiserschnittrate hat sich somit mehr als verdoppelt.

Eine Risikoschwangerschaft wurde 2016 bei 79,66 Prozent aller Schwangeren diagnostiziert. Eine Geburtseinleitung fand bei über einem Fünftel (21,42 Prozent) aller Gebärenden statt. Eine Epi- oder Periduralanästhesie wurde bei knapp einem Viertel (23,85 Prozent) aller Gebärenden durchgeführt (Ramsayer, 2013, S. 9; IQTIG, 2017). Diese Entwicklung spricht gegen die Empfehlungen der WHO, wonach 70 bis 80 Prozent aller Gebärenden als „low-risk“ einzustufen sind, welche zunächst ohne geburtshilfliche Interventionen gebären sollen (WHO, 1985). Interventionen sollen weiterführend nur dann angewandt werden, wenn sie mehr Vorteile als Nachteile für Mutter und Kind bringen (Page, 2000).

3.3 Förderung der physiologischen Geburt durch die Hebammenwissenschaft

Durch das Hebammengesetz (HebG) sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet zu einer Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen (§4 Abs. 3 deutsches HebG). Trotz dieser besonderen Regelung, die ansonsten lediglich im österreichischen Hebammengesetz (§3 Abs. 1 österreichisches HebG) ähnlich zu finden ist, wird der Hebamme im deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich eine eher schwache Stellung zugeschrieben. Obliegt in den meisten Ländern der Hebamme die Betreuung von Schwangerschaft und Geburt, sodass nur im Notfall ärztliche Unterstützung miteinberufen wird, ist es in Deutschland üblich die Untersuchungen und Begleitung der Schwangeren, insbesondere während der Schwangerschaft, bereits einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin anzuvertrauen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es innerhalb der EU unterschiedliche Voraussetzungen für die Ausübung des Berufes der Hebamme gibt. Die seit 2013 geltende europäische Berufsanerkennungsrichtlinie (Richtlinie 2013/55/EU) soll diese Unterschiede ausgleichen und die Ausbildung innerhalb der EU vereinheitlichen. Damit steht sie im Einklang zu bereits zuvor aufgetretenen Forderungen innerhalb Deutschlands den Hebammenberuf zu akademisieren (Stamm, 2017). Seit Oktober 2009 haben Berufsanwärterinnen die Möglichkeit ihre Ausbildung an einer Hochschule zu absolvieren. Ab 2020 ist der Erwerb eines Hebammenabschlusses nur noch über ein duales Studium möglich (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Ziele der Reformierung der Hebammenausbildung sind: die zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Berufes, die Steigerung der Attraktivität des Hebammenberufes und die Verbesserung der Qualität der Ausbildung (vgl. Eingangsformel HebRefG). Des Weiteren soll den Hebammen durch die wissenschaftliche Qualifizierung ermöglicht werden, die Forschung in ihrem Fachbereich voranzutreiben und eigene Konzepte zur Verbesserung der geburtshilflichen Arbeit und Versorgung zu entwickeln (Stamm, 2017).

Ein Beispiel für aus hebammenwissenschaftlicher Forschung entstandener Arbeit ist der Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt. Dieser wurde von dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Zusammenarbeit mit dem Verbund Hebammenforschung entwickelt. Bezugnehmend auf das gesellschaftlich relevante Gesundheitsproblem innerhalb der Geburtshilfe: die hohe Interventions- und die damit einhergehende Kaiserschnitttrate, formulierte der Zusammenschluss das Ziel *„jeder schwangeren und gebärenden Frau eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung*

durch die Hebamme zur Förderung einer physiologischen Geburt zukommen zu lassen“ (DNQP und Verbund Hebammenforschung, 2014, S.20). Außerdem dient er zur Festlegung von Struktur- Prozess- und Ergebniskriterien, anhand welcher die Qualität der Behandlung beschrieben werden kann. Der Expertinnenstandard wurde am 24. Mai 2013 vorgestellt und beschlossen. Dabei ist zu beachten, dass der Standard bislang nicht rechtlich bindend ist, jedoch nach §70 des fünften Sozialgesetzbuches (§70 Abs. 1 SGB V), welcher die Behandlung nach allgemein anerkanntem Stand der Medizin fordert, ein guter Ansatz zu sein scheint (Schönhardt, 2017). Der Expertinnenstandard setzt sich kritisch mit Themen, wie: Frauenorientierung in der Hebammenarbeit, Beratungs- und Interaktionskonzepte in der Geburtshilfe, die Erwartungen und Erfahrungen von Frauen, die kontinuierliche Unterstützung während der Geburt, aber auch mit der Gestaltung der Geburtsumgebung der Mobilität der Frau und deren Gebärlhaltung auseinander und zeigt somit viele Ansatzpunkte zur Optimierung der Geburtshilfe auf (DNQP und Verbund Hebammenforschung, 2014, S. 11-21).

4 Die Bedeutung der Gebärlhaltung und der Geburtsumgebung für die Physiologie der Geburt

Wie eine Geburt in der heutigen Zeit abläuft, wird maßgeblich durch die gesellschaftliche Entwicklung beeinflusst. Die einst natürliche Geburt im gewohnten Umfeld, im Kreise der vertrauten Personen, welche weitestgehend in der Verantwortung der Gebärenden selbst lag, wurde abgelöst durch eine meist im klinischen Umfeld stattfindende und durch medizinisches Personal fremdbestimmte pathologische Geburt (vgl. Rose, 2010). Dies führte dazu, dass Frauen sich seltener auf ihre Instinkte verließen und sich den Anweisungen des medizinischen Personals beziehungsweise dem, was sie für eine „normale Geburt“ hielten, fügten. So kam es auch, dass die Bewegung während der Geburt, welche Frauen bereits vor Jahrhunderten praktizierten um dem Wehenschmerz entgegenzuwirken, immer weiter in den Hintergrund rückte, seitdem die männliche und medikalisierte Geburtshilfe an Bedeutung gewann. Diese befürwortete eine liegende Gebärlhaltung, weil es so für die Geburtshelfer einfacher war, Untersuchungen oder medizinische Interventionen durchzuführen (Shermer & Raines, 1997; Ramsayer, 2013, S. 58-63; Schneider, Husslein, & Schneider, 2016, S. 663). Heute ist in Deutschland die liegende Gebärlposition weit verbreitet. So gebaren im Jahr 2012 in Deutschland etwa drei Viertel aller Frauen (74,1 Prozent) im klinischen Setting in einer liegenden Position (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2014; AQUA, 2013).

Welchen Einfluss die Gebärhaltung und die Geburtsumgebung auf die Geburt haben können, wird in den folgenden zwei Kapiteln zusammengefasst.

4.1 Der Einfluss der Gebärhaltung auf die Geburt

„Unter einer liegenden Gebärposition wird die Rücken- oder Steinschnittlage (Stufenlagerung mit Einsatz von Beinhaltern), die Seitenlage oder eine halbsitzende Position bis zu etwa 30 Grad aus der Horizontalen verstanden, bei der die Beine jeweils rechtwinklig angezogen und gespreizt werden“ (Mattern, Voigt-Radloff, & Ayerle, 2014). Bei der liegenden Gebärposition steigen im Vergleich zur aufrechten Gebärposition die Risiken für Komplikationen während und nach der Geburt. So kann es bei Ungeborenen vermehrt zu pathologischen Herztonmustern kommen, welche eine Operation, zum Beispiel in Form eines Kaiserschnitts, oder weitere medizinische Interventionen nötig machen. Ebenfalls steigt die Anzahl der Vakuum- oder Zangengeburt. Es liegen Indikatoren für ein verstärktes Schmerzerleben bei der Gebärenden vor, welches Schmerz- sowie Wehenmittelgaben bedingen kann (Ganapathy, 2012; Hodnett, Downe, & Walsh, 2012; Gupta, Hofmeyr, & Shehmar, 2012).

Eine aufrechte Gebärhaltung sowie Bewegung während des Geburtsverlaufes bringen hingegen vier große Vorteile mit sich:

- Die Dynamik des Gebärens wird unterstützt und gefördert.
- Die Sauerstoffversorgung von Mutter und Kind wird verbessert.
- Das Schmerzempfinden der Gebärenden wird verringert.
- Die Zufriedenheit der Mutter nach der Geburt ist höher (Ramsayer, 2013).

Durch die Bewegung und eine aufrechte Haltung während des Gebärens kann die Frau Nutzen aus der Schwerkraft ziehen. So wird durch das Gewicht des Ungeborenen Druck auf den Muttermund ausgeübt, welcher sich in Folge dessen leichter öffnen kann. Hinzu kommt, dass durch den Druck auf die Rezeptoren an der Zervix ein Stimulus zur Ausschüttung des Hormons Oxytocin erfolgt. Durch dieses Hormon wird die Wehenaktivität begünstigt (Ferguson-Reflex). Durch die Bewegung passt sich zudem die Haltung des Köpfchens an den Geburtsweg an (Lawrence et al., 2013). Dieser Effekt wird zusätzlich durch den veränderten Beckenneigungswinkel begünstigt. Das Kreuzbein und das Steißbein können sich im Gegensatz zur liegenden Gebärhaltung bewegen und somit dem Kind mehr Raum geben (Rath, Gebruch, & Schmidt, 2010; Oswald-Vormdohre, 2007).

Bei Frauen, welche sich während des Gebärens bewegten und aufrecht waren, konnte eine

verbesserte Sauerstoffversorgung festgestellt werden. Es wird vermutet, dass sich durch die Haltung die Lungen besser entfalten und die Frau somit besser atmen kann (Klinke & Silbernagel, 2000). Bei der aufrechten Haltung drückt das Gewicht des Kindes auf den Muttermund und nicht, wie bei der liegenden Haltung, auf die Vena Cava. So kann einer Sauerstoffunterversorgung des Kindes vorgebeugt werden (Lawrence et al., 2013). Unter der aufrechten Haltung zeigen sich zudem seltener bedenkliche kindliche Herztonmuster, was ebenfalls Rückschluss auf eine verbesserte Sauerstoffversorgung von Mutter und Kind hindeutet (Gupta, Hofmeyr, & Shehmar, 2012).

Hat die Gebärende die Möglichkeit, sich während des Gebärens frei zu bewegen und eine für sie angenehme Haltung einzunehmen, kann das Schmerzempfinden verringert werden. Die Frau erfährt ein Gefühl von „Kontrolle“ und hat die Möglichkeit einen eigenen Weg zum Umgang mit ihren Schmerzen zu finden (Lawrence et al., 2013). Es zeigte sich, dass Frauen, welche die Möglichkeit bekamen sich in eine aufrechte Position zu begeben, seltener eine Epi-/Periduralanästhesie benötigten (Lawrence et al., 2009). In einer weiteren Studie konnte eine aufrechte Haltung mit einem verringerten Schmerzempfinden in Verbindung gebracht werden (Gupta, Hofmeyr, & Shehmar, 2012).

Bewegungsfreiheit und die Möglichkeit einer aufrechten Gebärhaltung führt zu einer höheren Zufriedenheit der Mutter mit der Geburt. Zum einen kann dies auf dem Gefühl der Selbstbestimmung begründet sein, zum anderen aber auch auf einer verkürzten Geburtsdauer und Geburtsphase (Gaskin, 2002).

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte kann gesagt werden, dass die aufrechte Gebärhaltung und eine erhöhte Mobilität während des Gebärens zu vielen Vorteilen führt, jedoch auch viel Kraft von der Frau erfordert. Ein gesunder Ausgleich zwischen bewegten und aufrechten Phasen, sowie Ruhephasen ist demnach wünschenswert (Ramsayer, 2013). So empfehlen auch die WHO und die britischen Leitlinien, dass Frauen während der Geburt, die von Ihnen präferierte Position einnehmen sollen. Von einer liegenden oder halbsitzenden Position wird, wenn möglich, abgeraten (Chalmers, Mangiaterra, & Porter, 2001). Für Deutschland existieren noch keine Leitlinien oder Empfehlungen zur Gebärhaltung. Der Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“ macht im Zuge dessen auf eine unzureichende Evidenzlage für Deutschland aufmerksam (DNQP und Verbund Hebammenforschung, 2014, S.158-163). Trotz der bestehenden Empfehlungen und den bisher ermittelten Vorteilen der aufrechten Gebärhaltung, hat sich diese bisher nicht in Deutschland durchgesetzt. Erste Hinweise, warum sich die aufrechte Gebärhaltung in

Deutschland noch nicht etabliert hat, gibt das Cochrane-Review von Hodnett et al., welches beschreibt, dass die Umgebungsgestaltung des Gebärraumes sowie die Kompetenzen des Klinikpersonals Auswirkungen auf die Wahl der Gebärhaltung haben können (Hodnett, Downe, & Walsh, 2012).

4.2 Der Einfluss der Geburtsumgebung auf die Geburt

Die Geburtsumgebung die neben dem Geburtsort auch Begleitperson/en, die geburtshilfliche Philosophie sowie die Art der Betreuung umfasst, wird als wichtiger Bestandteil der physiologischen Geburt gesehen (Walsh, 2007). So wird seit einigen Jahrzehnten der Einfluss der Raumgestaltung auf die Geburt untersucht. Fehlende Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten können dazu führen, dass Frauen großem Stress während der Geburt ausgesetzt sind, was zu physiologischen, kognitiven und Verhaltenskonsequenzen führen kann (Foureur et al., 2010). In einer Stresssituation erfolgt die Ausschüttung von Adrenalin, welches der hormonelle Gegenspieler zum Schlüsselhormon für die Geburt, dem Oxytocin, ist. Für eine möglichst komplikationsfreie physiologische Geburt ist es demnach wichtig der Frau ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln und Störungen so weit wie möglich zu reduzieren. Hilfreich ist es auch Begleitpersonen in den Geburtsprozess zu involvieren und teilhaben zu lassen, um den Frauen ihre Angst zu nehmen (DNQP und Verbund Hebammenforschung, 2014, S. 65-72).

Hodnett, Downe und Walsh testeten ein neues Konzept zur Ausstattung eines Kreißsaals mittels eines „Ambient Rooms“ (AR) als Alternative zu herkömmlichen Gebärräumen. Dieser Raum enthielt kein ansonsten übliches Kreißbett, sondern eine große, tragbare Doppelmatratze, welche sich in einer Ecke des Raumes befand. Gegenstände zur Förderung der aufrechten Gebärhaltung wurden hinzugefügt. Es gab die Möglichkeit das Licht zu dimmen, Musik einzustellen oder Naturszenen zu beobachten. Besonders wurde auf die Privatsphäre der Frauen geachtet, indem zum Beispiel ein an das Zimmer angeschlossenes, privates Badezimmer installiert wurde. Das Klinikpersonal wurde zuvor für den Umgang mit der Ausstattung geschult. In der Studie konnte festgestellt werden, dass ein klinischer alternativ ausgestatteter Gebärraum zu einer höheren Wahrscheinlichkeit zu einer spontanen Geburt, geringeren medizinischen Interventionen und verbesserter mütterlicher Zufriedenheit führt. Es müssen jedoch Einschränkungen in der Aussagekraft gemacht werden, da weitere Faktoren, wie zum Beispiel das anwesende Personal oder das

Organisationsmodell des Krankenhauses Einfluss genommen haben könnten (Hodnett, Downe, & Walsh, 2012).

Für Deutschland gibt es bisher keinen Leitfaden zur Gestaltung der Geburtsumgebung. Im Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt heißt es jedoch: *„Zuwendung, Achtsamkeit und Schutz gehören zu den menschlichen Grundbedürfnissen und stellen die Voraussetzung für eine gute Geburt dar und sollten bei der Gestaltung des Geburtsortes berücksichtigt werden“* (DNQP und Verbund Hebammenforschung, 2014, S. 72).

5 Die „Be-Up“ Studie

Bei der „Be-Up“ beziehungsweise „Be-Up: Geburt aktiv“ Studie wird der Effekt der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus und das Wohlbefinden von Frauen am Geburtstermin mittels einer randomisiert kontrollierten Studie (RCT) in 17 teilnehmenden Kliniken überprüft. Die Studie läuft vom 1. Oktober 2017 bis zum 30. September 2020 (36 Monate) und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01KG1715 gefördert. Sie ist unter DRKS00012854 im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (Ayerle, Schäfers, & Selinger, 2018b). Der Hintergrund für die Durchführung der Studie, sowie die Intervention und die Ziele werden nachfolgend anhand des deutschsprachigen Studienprotokolls der Be-Up Studie dargestellt.

5.1 Hintergrund und Ziele

Ein bedeutendes Teilziel des deutschen Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ ist es, vaginale Geburten zu fördern (Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), 2017). In Deutschland ist die Kaiserschnittquote im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch, obwohl Kaiserschnitte ein erhöhtes Risiko für mütterliche Mortalität und Morbidität darstellen (siehe hierzu Kapitel 3.2) (Silver, 2012). Ein begünstigender Faktor für die Durchführung eines Kaiserschnittes ist hierbei die liegende Gebärlage, welche in Deutschland die häufigste eingenommene Gebärlage ist (AQUA, 2013). Dies bietet Ansatzmöglichkeiten für eine Verhaltensintervention, um die Anzahl der vaginalen Geburten zu erhöhen. Es ist anzunehmen, dass die Geburtsumgebung Einfluss auf das Verhalten der Gebärenden und weiterführend auch den Geburtsmodus hat. Für eine unabhängige Wirkung der Geburtsumgebung gibt es jedoch international noch keine aussagekräftigen Forschungsergebnisse.

Mit der multizentrischen, aktiv kontrollierten Überlegenheitsstudie soll diese Forschungslücke geschlossen und die „unabhängige Wirkung eines alternativ ausgestatteten Gebärraums“ auf den Geburtsmodus sowie „klientenzentrierte Ergebnisse“, wie beispielsweise Interventionen, Komplikationen, Selbstbestimmung, „nachteilige Auswirkungen und gesundheitsökonomische Implikationen“ evaluieren (Ayerle, Schäfers, & Selinger, 2018b, S. 10). Kann ein Nachweis für einen unabhängigen, positiven Effekt des alternativ ausgestatteten Gebärraumes erbracht werden, bestünde das Potential einer bundesweiten Etablierung in geburtshilflichen Abteilungen der Kliniken unter geringem Aufwand und Kosten (Ayerle, Schäfers, & Selinger, 2018b).

5.2 Interventionen zur Förderung vaginaler Geburten

Innerhalb der RCT-Studie wird in Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden. Bei der experimentellen Intervention handelt es sich um einen alternativ ausgestatteten Gebärraum. Dieser soll die „Mobilität, die Entspannung, die Schmerzbewältigung, die Selbstbestimmung“ der Frau und ihr „persönliches Wohlbefinden“ fördern (Ayerle, Schäfers, & Selinger, 2018b, S. 10). Hierfür wurde das herkömmliche Entbindungsbett aus dem Raum entfernt oder hinter einem Vorhang oder einem vergleichbaren Sichtschutz verborgen. Der Raum enthält stattdessen eine Bodenmatratze, unterschiedliche Schaumstoffelemente sowie ein Gebärkissen mit Hilfe dessen die Frau sich in verschiedene Positionen begeben kann. Zudem ist ein Tisch mit Stühlen, eine Snackbar, Fotoposter auf denen aufrechte Gebärpositionen gezeigt werden, ein Bildschirm auf welchem Filme von Naturszenen zu sehen sind und eine dimmbare Stehlampe Bestandteil des Raumes. Ein Türschild mit der Aufschrift „Bitte klopfen!“ soll auf die Privatsphäre der Frau aufmerksam machen. Die Kontrollgruppe entbindet in einem Gebärraum, der ähnlich des in Kliniken meist anzutreffenden Raumes ist. Er enthält ein Entbindungsbett, welches zentral im Raum steht und von drei Seiten zugänglich ist. Zudem ist ein Gebärhocker vorhanden. Ansonsten hat er keine besonderen Merkmale (Ayerle, Schäfers, & Selinger, 2018b).

In der Soziologie Technischer Artefakte nach Linde und Joerges und dem Symbolischen Interaktionismus nach Blumer, die einen Zusammenhang zwischen menschlichem Verhalten und dem materiellen Umfeld beschreibt, wird davon ausgegangen, dass jedes Objekt eine implizierte Symbolik und eine ihm zugeschriebene Bedeutung hat, welche den Menschen dazu bewegen dieses in einer bestimmten Art und Weise zu nutzen (Bonß & Dimbath, 2013; Häußling, 2014). Basierend darauf wird in der Be-Up Studie angenommen, dass die

Intervention des alternativ ausgestatteten Gebärraumes das Verhalten der Frau verändern kann. In einem Raum, in dem das Entbindungsbett fehlt oder nicht sichtbar ist, jedoch alternativ Schaumstoffelemente, ein Sitzsack, ein Tisch mit Stühlen oder eine Snackbar angeboten werden, wird demnach das Verhalten der Frau, ihrer Begleitperson/en und des Klinikpersonals beeinflusst, da sie sich auf die vorhandenen Materialien konzentrieren. Die Nutzung dieser fördert die Mobilität sowie die aufrechte Gebärhaltung und die Entspannung der Frau, sodass – laut Hypothese der Studie – die physiologischen Prozesse der Geburt unterstützt werden und eine vaginale Geburt wahrscheinlicher wird (Ayerle, Schäfers, & Selinger, 2018b).

6 Qualitative Erhebung zur Be-Up Studie

Im Rahmen der Studie werden neben der zentralen Untersuchung weitere Themen im Zusammenhang mit der „Be-Up“ Studie analysiert. Ein Interesse war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, was das Hebammenteam in der Umsetzung der klinischen Studie bisher gelernt hat und auf welche Herausforderungen es gestoßen ist. Hierfür wurde innerhalb dieser Arbeit am Ende des Jahres 2019 eine qualitative Befragung der Hebammen einer an der Studie teilnehmenden Klinik durchgeführt und ausgewertet.

6.1 Ziel und Fragestellungen der Erhebung

Primäres Ziel der Befragung ist ein Erkenntnisgewinn über bisherige Erfahrungen der Hebammen mit der Studie sowie über mögliche Herausforderungen, die bei deren Umsetzung aufgetreten sind. Hierfür wurden folgende Fragestellungen zugrunde gelegt:

1. Inwiefern ist es gelungen, die „Be-Up“ Studie in die Klinik zu integrieren?
 - a. Wie passt die Studie zu der geburtshilflichen Philosophie der Klinik?
 - b. Wie wurde die Studienteilnahme von den befragten Hebammen aufgenommen und beurteilt?
2. Wie schätzen die befragten Hebammen die Auswirkungen der Studie auf das geburtshilfliche Team ein?
 - a. Wie wirkt sich die Studienteilnahme und der alternative Gebärraum auf die Zusammenarbeit von Arzt beziehungsweise Ärztin und Hebamme aus?
 - b. Welche Entwicklungen gab es durch die Studienteilnahme im Hebammenteam?

3. Wie beurteilen die befragten Hebammen den Nutzen und die Wirksamkeit des alternativen Gebärraumes auf die Geburt?
 - a. Wie wirkt der alternative Gebärraum auf die Physiologie der Geburt?
 - b. Wie wirkt der alternative Gebärraum auf die Eltern?
4. Inwiefern hat sich die Arbeit der befragten Hebammen durch die Studienteilnahme verändert?
 - a. Inwiefern unterscheidet sich die Hebammentätigkeit im alternativen Gebärraum von der in herkömmlichen Gebärräumen?
 - b. Wie wird die Ausstattung des Be-Up Raumes von den befragten Hebammen empfunden?
5. Wo sehen die befragten Hebammen Entwicklungspotenziale?

Die herausgearbeiteten Ergebnisse sollen als Grundlage für mögliche Optimierungen für weitere klinische Studien im geburtshilflichen Bereich dienen.

6.2 Methodik

Im Bereich der Gesundheitsforschung haben sich qualitative Forschungsmethoden in den letzten Jahren fest etabliert. Hierunter werden verschiedene Ansätze der Forschung zusammengefasst. Diese unterscheiden sich in ihren theoretischen Annahmen, in ihrem Gegenstandsverständnis und in ihrem methodischen Fokus. Gemein haben sie jedoch folgende Prinzipien: Gegenstandsangemessenheit, Offenheit, Kommunikation, Prozesshaftigkeit, Reflexivität (Flick, 1995; Bartel & Ohlbrecht, 2016).

Auf Grund des explorativen Charakters der qualitativen Methoden, eignen sie sich zur Erforschung der subjektiven Sicht der Hebammen auf die Durchführung der „Be-Up“ Studie. Als Methode der qualitativen Forschung wurde hierfür das teilstandardisierte Leitfadeninterview ausgewählt (Döring & Bortz, 2016).

Im Folgenden wird die Datenerhebung inklusive der Rekrutierung der Interviewpartnerinnen beschrieben, sowie der Prozess der Leitfadengestaltung näher erläutert. Anschließend wird tiefergehend auf die Vorbereitung und Durchführung der Interviews eingegangen, woraufhin abschließend die Transkriptionsmethode vorgestellt wird.

6.2.1 Datenerhebung und -aufbereitung

Rekrutierung der Interviewpartnerinnen

Für die Befragung wurde im Rahmen dieser Arbeit eine an der Studie teilnehmende Klinik ausgewählt, welche nächstgelegen zur Hochschule der Autorin liegt. Nach Einverständnis der Studienleitung fand ein persönliches Gespräch mit der Hebammenleitung der Klinik statt. Der Personalrat sowie die Klinikleitung wurden informiert und gaben die Zustimmung zur Durchführung der Befragung. Es wurde ein Informationsblatt (Anhang 1) sowie die Einverständniserklärung (Anhang 2) an die Hebammen der geburtshilflichen Abteilung ausgehändigt und die geplante Bachelorarbeit wurde den Hebammen in der nächsten Personalsitzung vorgestellt. Es wurde um telefonische Rückmeldung gebeten, woraufhin sich fünf der insgesamt 16 Hebammen zurückmeldeten, welche unterschiedlichen Alters waren und zum Teil unterschiedlich lange in einer geburtshilflichen Klinik als Hebamme tätig waren, sodass eine gewisse Heterogenität vorlag. Alle hatten bereits eine oder mehrere Geburten im Be-Up Raum begleitet, was aus Forschungsperspektive das Hauptauswahlkriterium war. Der Ort und die Zeit des Interviews konnten von den Hebammen in Absprache mit der Autorin selbst gewählt werden.

Entwicklung des Interviewleitfadens

Da die Interviewerin vorab nur Mutmaßungen über die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Aspekte anstellen konnte, wurde die Form des teilstandardisierten Leitfadeninterviews gewählt. Somit sind ein grober Rahmen und die zu stellenden Fragen vorgegeben, die Reihenfolge und die Formulierung dieser kann jedoch flexibel an die Gesprächssituation angepasst werden (Gläser & Laudel, 2010, S. 41ff). Aus Mangel an allgemeingültigen Regeln für die Erstellung eines Leitfadens, wurde, wie durch Kuckartz et al. empfohlen, ein Brainstorming durchgeführt, bei welchem sich vornehmlich auf die Ziele der Befragung konzentriert wird (Kuckartz et al., 2007, S. 20). Gemeinsam mit der betreuenden Professorin Frau Ensel wurden die Kernthemen sowie der Aufbau des Leitfadens diskutiert und überarbeitet. Abschließend wurde von der Autorin eine Überprüfung des Fragebogens anhand der vier Kriterien für die Konstruktion eines Leitfadens nach Ullrich (1999, S. 12-15) überprüft und angepasst. Hierbei wurde für jede Frage überlegt warum sie gestellt wird, wonach sie fragt, warum die Formulierung der Frage so gestellt ist und nicht anders und warum sie an einer bestimmten Stelle steht (ebd.).

Der Interviewleitfaden (Anhang 3) beginnt mit einer offenen Frage, welche dazu führen soll, dass die Interviewte in einen Erzählfluss kommt. Außerdem dient sie dazu mehr über die

Klinik und ihre geburtshilfliche Philosophie zu erfahren, um herauszufinden wie und ob die „Be-Up“ Studie in den Klinikkontext eingebunden werden kann. Die darauffolgende Frage dient dazu zu erfahren, wie die Interviewte im Allgemeinen zu der Studienteilnahme der Klinik steht und ob diese eine bestimmte Stimmung im geburtshilflichen Team erzeugt hat. Im dritten Themenblock geht es um die Geburt, welche Eindrücke die Hebamme bei einer Geburt in einem Be-Up Raum gewinnen konnte und wie sie ihre eigene Tätigkeit in diesem Raum beschreiben würde. Außerdem wird danach gefragt, wie sie die Eltern in dem Raum erlebt. Des Weiteren wird die Frage nach Entwicklungen im Hebammenteam oder in der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten gestellt. Im vierten Themenfeld wird direkt nach dem Eindruck der Ausstattung des Raumes auf die Hebamme gefragt und wie sie den Eindruck auf die Eltern einschätzt. Es folgt eine Bilanzierungsfrage, in welcher die Hebamme ihre allgemeine Einschätzung zu der Intervention „alternativ ausgestatteter Gebärraum“ geben und Möglichkeiten zur Optimierung aufzeigen kann. Als Abschlussfrage wird die Interviewte nach Aspekten gefragt, welche gegebenenfalls gar nicht oder zu kurz angesprochen wurden.

In der Memospalte wurden zusätzlich Stichworte notiert, welche die Interviewerin ausformuliert dazu nutzen konnte, um Nachfragen zu stellen oder den Redefluss aufrecht zu erhalten (Kuckartz et al., 2007, S.21). Zudem wurde der Informationstext (Anhang 1) genutzt, um vor Beginn der Aufnahme und des Interviews noch einmal über den Hintergrund der Befragung und den Datenschutz aufzuklären. Vorab-Fragen nach dem Alter, dem Beginn der Hebammentätigkeit, dem Beginn der Tätigkeit in einer Klinik und insbesondere in der aktuellen Klinik wurden schriftlich festgehalten, um die Heterogenität der befragten Gruppe zu überprüfen und die Formulierungen der Fragen gegebenenfalls anzupassen. Diese Informationen werden jedoch aus Gründen der Anonymität nicht veröffentlicht. Das Interview endet mit einem Dank für die Bereitschaft der Teilnahme und dem Angebot die Bachelorarbeit, wenn gewünscht, in digitaler Form zuzusenden.

Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Als Vorbereitung auf die Interviews mit den Hebammen, wurde ein Pretest mit einer ehemaligen Hebamme durchgeführt. Für diesen Pretest wurde ein eigenständiger Leitfaden zum Thema „Aufrechte Gebärrhaltung“ entwickelt, da die Befragte keinen Zugang zu der „Be-Up“ Studie hatte. Der Pretest diente demnach vornehmlich der Übung der Durchführung eines leitfadengestützten Interviews für die Autorin und nicht zur Anpassung des

Leitfadens. Durch die eigene Reflexion des Pretests und die Rückmeldung durch die Befragte, hatte die Autorin die Möglichkeit ihre Art und Weise der Gesprächsführung anzupassen.

Jeder Hebamme wurde vorab das Informationsblatt (Anhang 1) und die Datenschutzerklärung (Anhang 2) ausgehändigt, sodass sie die Möglichkeit hatte diese in Ruhe durchzulesen und sich, wenn gewünscht, tiefergehend zu informieren. Alle Teilnehmerinnen wurden zuvor über die Inhalte des Interviews sowie ihre Rechte aufgeklärt und hatten die Möglichkeit Fragen zu stellen. Die Datenschutzerklärung wurde in zweifacher Ausfertigung unterschrieben, wobei ein Dokument der Interviewpartnerin ausgehändigt wurde. Sie stimmten somit der Verarbeitung und Veröffentlichung ihrer Aussagen in schriftlicher Form zu.

Jedes Interview fand persönlich durch die Autorin dieser Arbeit und als Einzelinterview unter Ausschluss Dritter statt. Sie begannen mit einem kurzen, einleitenden Gespräch sowie der darauffolgenden Unterschrift der Datenschutzerklärung. Daraufhin wurde das Diktiergerät gestartet und mit dem Interview begonnen. Während des Interviews wurde auf eine flexible Nutzung des Leitfadens geachtet und sich im Gesprächsverlauf ergebende Übergänge genutzt. Die Interviewerin bemühte sich durch aktives Zuhören, sowie eine offene, freundliche und wertschätzende Haltung gegenüber der Interviewpartnerin, eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen (Gläser & Laudel, 2010, S. 173-187).

Das erste Interview wurde am 03.12.2019 um 13:15 Uhr im Be-Up Raum der Klinik durchgeführt und dauerte etwa 30 Minuten, welche innerhalb der Arbeitszeit der Hebamme lagen. Da jedoch an diesem Tag keine Geburten stattfanden, war dies problemlos möglich. Auch die weiteren Interviews konnten während der Arbeitszeit der Hebammen durchgeführt werden. Das zweite Interview fand nach einer kurzen Pause um 15:00 Uhr in einem anderen Kreißaal statt, wobei die Interviewdauer knapp 40 Minuten betrug. Das dritte Interview an diesem Tag hatte eine Länge von circa 35 Minuten und wurde ab 16:10 Uhr in einem weiteren Kreißaal abgehalten. Das vierte Interview wurde in der Hebammenpraxis einer Hebamme, welche auch selbstständig tätig ist, am 12.12.2019 um 13:00 Uhr durchgeführt. Die Gesprächsdauer betrug 43 Minuten. Das fünfte und letzte Interview erfolgte am 20.12.2019 in dem Be-Up Raum der Klinik in der Arbeitszeit der Hebamme und ging ebenfalls etwa 43 Minuten lang.

Alle Interviews wurden mittels der App „Diktiergerät – Audio-Editor“ für Android-Geräte aufgezeichnet, um Veränderungen oder Verlust von Informationen zu vermeiden, auch wenn

dies eine natürliche Gesprächsführung möglicherweise einschränkt (Flick, 1995, S. 186ff). Die Aufzeichnungen sowie die unterschriebenen Vereinbarungen liegen der Autorin archiviert im Original vor, werden aber im Rahmen dieser Arbeit nicht veröffentlicht, um die Anonymität der Befragten zu wahren.

Transkription

Die Interviews wurden zeitnah nach der Durchführung vollständig transkribiert. Hierfür wurde das Programm MAXQDA (Version 2018.01) genutzt. Innerhalb dieses Programms konnten die Audiodateien hochgeladen, abgespielt und parallel verschriftlicht werden. Es erfolgte eine Kodierung durch ein „I“ für Interviewerin und „B“ plus fortlaufender Nummerierung in der Reihenfolge der Durchführung der Interviews für die jeweilige Befragte. Der Name der Klinik wurde in KLINIK geändert, um die Anonymität dieser zu bewahren.

Mangels allgemeingültiger Transkriptionsregeln wurden für diese Arbeit eigene Transkriptionsregeln verfasst. Diese basieren auf den Empfehlungen von Kuckartz et al. und Gläsel und Laudel (2007; 2010). Angepasst an das Untersuchungsziel und den Umfang dieser Arbeit wurde hierbei auf die Verschriftlichung von non- und paraverbalen Äußerungen verzichtet, es sei denn sie verändern die Bedeutung der Aussage. Bei der Transkription wurden konsistent folgende Regeln befolgt:

- Kennzeichnung der Interviewerin durch ein „I“ und der Befragten „B“ mit fortlaufender Nummerierung
- Nummerierung der Zeilen
- Übertragung von Dialekten in Hochdeutsche Sprache
- leichte Glättung der Sprache
- Transkription nichtverbaler Äußerungen oder Aktivitäten (z.B. Lachen oder Seufzen) durch in Klammern setzen, wenn sie der Aussage eine besondere Bedeutung geben
- Beim Sprechen nachempfundene wörtliche Rede wird in Anführungszeichen gesetzt
- Markierung von unbeendeten Sätzen durch ...
- Verzicht auf Kennzeichnung kurzer Pausen bis drei Sekunden
- Kennzeichnung von Pausen ab drei Sekunden mit (...)
- Kennzeichnung von Unterbrechungen mit UNTERBRECHUNG
- Auslassung von bestätigenden Äußerungen der Interviewerin während des Redeflusses der Befragten

- Anonymisierung aller Namen (bei Nennung einer Hebamme mit HEBAMME X)
- Anonymisierung des Namens der Klinik in welcher die Studie durchgeführt wurde mit KLINIK
- Anonymisierung anderer Kliniken mit KLINIK X

6.2.2 Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die an die Transkription anschließende Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Hierfür wurde ebenfalls das Programm MAXQDA (Version 2018.02) genutzt. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wird das Textmaterial systematisch anhand eines theoriegeleiteten Kategoriensystems analysiert. Das Kategoriensystem wird hierbei zunächst entlang der Fragestellung entwickelt. Spätere Anpassungen des Kategoriensystems anhand des analysierten Materials sind möglich (Mayring, 2016, S. 114). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wird in drei grundlegende Analysetechniken untergliedert: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Für diese Arbeit wird die Strukturierung, genauer die inhaltliche Strukturierung verwendet (Mayring, 2008, S. 59, 75). Ziel dieser Technik ist es, bestimmte Strukturen aus dem Textmaterial herauszufiltern. Hierfür werden zunächst deduktiv Kategorien bestimmt und definiert, welche sich an der Fragestellung und für diese Arbeit auch am Interviewleitfaden orientieren, sodass Haupt- und Subkategorien entstehen. Diesen werden bei einem Probedurchlauf durch das Material geeignete Textstellen zugeordnet, welche als Ankerbeispiele dienen. Auf Basis dieses Kategoriensystems werden bei einem weiteren Durchgang Fundstellen markiert und einer Kategorie zugeordnet. Bei häufigerem Auftreten einer inhaltlichen Überschneidung von zwei Kategorien, wurden diese Trennschärfer definiert. Des Weiteren wurde nach dem Materialdurchlauf eine Kategorie induktiv hinzugefügt, sodass zuletzt sechs Hauptkategorien und sieben Subkategorien entstanden sind (ebd., S82f.).

Tabelle 1: Darstellung der Haupt- und Subkategorien

Hauptkategorien	Subkategorien
Integration der Studie in die Klinik	
Auswirkungen der Studie auf das geburtshilfliche Team	Stimmung des geburtshilflichen Teams
	Zusammenarbeit von Ärztinnen sowie Ärzten und Hebammen
	Entwicklung des Hebammenteams
	Einfluss der Studie auf die Arbeit der Hebammen
Einflüsse des Be-Up Raums	Einfluss des Raums auf die Geburt
	Einfluss des Raums auf die Arbeit der Hebammen
	Einfluss des Raums auf die Eltern
Einfluss der Studie auf die Eltern	
Entwicklungspotenziale und Wünsche	
Gesamteinschätzung	

Die Kategorien „Einfluss der Studie auf die Eltern“ und „Einfluss der Studie auf die Arbeit der Hebammen“ wurden nachträglich hinzugefügt, da mehrere Befragte Äußerungen über den Einfluss der Studie beziehungsweise der Studiensituation auf die Eltern und die Hebammentätigkeit trafen, welche unabhängig vom Be-Up Raum sind. Die Kategorie „Integration der Studie in die Klinik“ soll abbilden, wie sich die Studie in den Klinikalltag einfügen konnte und mit der geburtshilflichen Philosophie der Klinik zusammenpasst. Es wurde hierbei nicht explizit nach dieser Eingliederung gefragt, jedoch konnten durch die Einstiegsfrage

zur Philosophie der geburtshilflichen Abteilung und durch weitere Aussagen der Befragten Rückschlüsse auf dieses Thema gezogen werden. Unter der Hauptkategorie „Auswirkungen der Studie auf das geburtshilfliche Team“ werden die vier Subkategorien „Stimmung des geburtshilflichen Teams“, „Zusammenarbeit von Ärztinnen sowie Ärzten und Hebammen“, „Entwicklung des Hebammenteams“ und „Einfluss der Studie auf die Arbeit der Hebammen“ zusammengefasst, welche, bis auf die letzte Kategorie, im Interviewleitfaden abgefragt werden. Unter der weiteren Hauptkategorie „Einflüsse des Be-Up Raums“ werden drei Subkategorien zusammengefasst. Diese lauten: „Einfluss des Raums auf die Geburt“, „Einfluss des Raums auf die Arbeit der Hebammen“ und „Einfluss des Raums auf die Eltern“. Des Weiteren wurden „Entwicklungspotenziale und Wünsche“ in gleichnamiger Hauptkategorie aufgenommen und Aussagen, die eine Gesamteinschätzung über die Studie und Studienteilnahme abgeben, der letzten Hauptkategorie „Gesamteinschätzung“ zugeordnet. Das Kategoriensystem mit den zuvor genannten Kategorien, Kodierregeln und Ankerbeispielen ist im Anhang 9 zu sehen. Entnommene Textstellen werden weiterführend mit Zeilenvermerk in einer Tabelle in Anhang 10 dargestellt. Hierbei sind die Aussagen den jeweiligen Kategorien und Befragten zugeordnet. Anschließend wurden diese extrahierten Textstellen paraphrasiert (Mayring, 2008, S. 89). Die paraphrasierten Aussagen wurden in einer weiteren Tabelle (Anhang 11) abgebildet. Sie werden im Ergebnisteil dieser Arbeit zusammenfassend pro Haupt- und Subkategorie und mit prägnanten Zitaten der Befragten dargestellt.

6.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt. Hierfür wurden die paraphrasierten Aussagen zusammengefasst sowie prägnante Zitate der Befragten ausgewählt, welche untergliedert in die Haupt- und Subkategorien des zuvor entwickelten Kategoriensystems (Anhang 9) vorgestellt werden. Zum besseren Verständnis mancher Aussagen über die Gebärräume der Klinik werden in Abbildung 1 der Be-Up Raum und in Abbildung 2 ein regulärer Gebärraum der Klinik gezeigt.



Abbildung 1: Be-Up Raum der Klinik



Abbildung 2: Ein regulärer Gebärraum in der Klinik

6.3.1 Integration der Studie in die Klinik

Einige Befragte berichteten, dass die Klinik schon immer sehr individuell und frauenfreundlich ausgerichtet gewesen sei. Die bereits praktizierte 1:1-Betreuung begünstige die Eingliederung der Studie in den Klinikalltag (B1, Z 24-25 & 102-105; B2, Z 4-8 & Z 111-112; B3 Z 5-11 & Z 63-66; B4 Z3-4; B5 Z 1-25). Die großen Räumlichkeiten der Klinik hätten es leicht gemacht, den Be-Up Raum unterzubringen (B5, Z 235-354). Die Räume der Klinik seien bereits sehr gut ausgestattet gewesen, sodass der Unterschied zum Be-Up Raum als nicht allzu groß wahrgenommen wurde (B2, Z 98-99). Er wäre jedoch groß genug gewesen, um die Studie durchführen zu können (B4, Z21-24). Die gute Eingliederung kann durch die Aussage der dritten Befragten bekräftigt werden: *„Also, ich empfand das gar nicht als Intervention.“* (B3, Z 247). Des Weiteren wurde geäußert, dass die Studie sehr gut zu der geburtshilflichen Philosophie der Klinik passen würde: *„Ich finde das total gut, weil das passt in die geburtshilfliche Philosophie, finde ich, der Klinik gut rein.“* (B2, Z 14), nicht zuletzt da die Klinik schon immer versucht habe, die Frauen unter der Geburt zu mobilisieren (B1, Z 29-33 & 76). Außerdem wurde hervorgehoben, dass die Klientel der Klinik sehr gut zu den Kriterien der Auswahl für die Studienteilnehmerinnen passen würde: *„Das heißt wir haben im Prinzip das perfekte Klientel dafür. (...) Also bei uns können 90% unserer Patienten sozusagen an der Studie teilnehmen.“* (B5 Z 30-33).

6.3.2 Auswirkungen der Studie auf das geburtshilfliche Team

Stimmung des Geburtshilflichen Teams

Die Studienteilnahme wurde von allen Befragten als sehr positiv empfunden. Eine Befragte äußerte: *„Die hatten alle Lust drauf mal etwas anderes zu machen und etwas anderes auszuprobieren und dann haben wir gesagt: "Ja machen wir das!"“* (B5, Z 36-37). Es soll jedoch auch kritische Stimmen gegeben haben, ob es zu einer Verschlechterung der anderen Räume kommen müsse oder ob Mehrarbeit geleistet werden müsste. Diese seien aber schnell ins Positive gekippt, als klar war, dass keine Verschlechterung der anderen Räume vorgenommen werden müsste (B2, Z 113-120; B4, Z 21-24). Eine Befragte bezeichnete die Studie und die Randomisierung als *„aufregend“* (B4, Z38-40). Eine andere Befragte schilderte ihre Freude beim Führen der Anmeldegespräche mit den Frauen. Sie sei *„wirklich überzeugt“* (B3, Z 121-123) und *„würde am liebsten jede Frau überzeugen“* (B3, Z 332-333). Getrübt würde die Stimmung lediglich durch die *„hinderlichen Arbeitsbedingungen“* (B3, Z 139-140) und den erhöhten Aufwand durch *„Schreibkram“* (B1, Z 28-29).

Zusammenarbeit von Ärztinnen sowie Ärzten und Hebammen

Die Ärztinnen und Ärzte der Klinik seien aufgeschlossen und würden vieles mitmachen (B3, Z101-104). Generell seien die Ärztinnen und Ärzte mit den Hebammen in der Klinik auf einem Level und würden nur eingreifen, wenn die Hebamme um Unterstützung bitten würde (B5, Z 152-155). Die Zusammenarbeit von Ärztinnen sowie Ärzten und Hebammen wird generell als gut empfunden. Zwei der Befragten berichten darüber, wie die Ärztinnen und Ärzte ihnen beim Randomisieren geholfen hätten: *„Gute Zusammenarbeit finde ich, weil wenn viel zu tun ist auch die Ärzte randomisieren. Und das ist eine Hilfe. Also die Ärzte sind offen auch dafür. Ob es alle können weiß ich nicht, aber die mit denen ich zusammengearbeitet habe bisher, können damit unterstützen. Damit ich Zeit für die Frau hab! Weil das Randomisieren, den Fragebogen ausfüllen auch Zeit bedeutet.“* (B3, Z 101-104). Die fünfte Befragte berichtet, dass es in beiden geburtshilflichen Gruppen zu einem Denkanstoß durch die Studienteilnahme gekommen wäre. Insbesondere bei den Ärztinnen und Ärzten sei ein Umdenken bemerkbar. Sie äußert jedoch ebenfalls, dass die Ärztinnen und Ärzte im Be-Up Raum genauso eingreifen würden, wie in anderen Räumen auch (B5, Z 158-162 & Z 166-169). Eine andere erzählt, dass die Ärztinnen und Ärzte in dem Be-Up Raum gegebenenfalls etwas zurückhaltender agieren würden und *„bereiter für Alternativen“* (B4, Z 211-212) seien, da die Studiensituation eine Besondere sei. Die zweite Befragte erfuhr eine positive Unterstützung durch die Ärztinnen und Ärzte dadurch, dass diese teilweise den Impuls zur aufrechten Gebärhaltung gegeben hätten. Sie findet es des Weiteren gut, dass insbesondere die jüngeren Ärztinnen und Ärzte die aufrechte Gebärhaltung kennenlernen und als normal empfinden würden (B2 Z 308-312 & Z 315-317). Die erste Befragte sieht keine Veränderungen zwischen der Zusammenarbeit der beiden geburtshilflichen Teams durch die Be-Up Studie (B1, Z 115-118).

Entwicklung des Hebammenteams

Die erste Befragte schildert, dass ihre persönliche Sichtweise sich durch die Studienteilnahme nicht verändert hätte (B1, Z 28-33). Die anderen vier Befragten äußern, dass die Studie als Denkanstoß fungiert hätte, die Frauen wieder mehr zu mobilisieren, vermehrt auf die Körperhaltung der Frau zu achten und den Raum vorsichtiger zu betreten beziehungsweise auf die Privatsphäre der Frau Rücksicht zu nehmen (B2, Z 14-17; B3, Z 110-111; B4, 181-184; B5, Z 175-179). Zwei Befragte heben hervor, dass insbesondere den älteren Hebammen die Mobilisierung und Gebärhaltung wichtig sei (B2, Z 14-22; B4, Z 228-230).

Zudem mache die Studie wieder auf die Natürlichkeit und Physiologie der Geburt aufmerksam (B2, Z 41-44; B5, Z 175-179). Die vierte Befragte schildert ihren Eindruck von der Entwicklung des Hebammenteams: *„Und es macht wieder eine größere Offenheit, glaube ich. Auch an uns alle. Ja, also wir lernen von den Frauen wieder.“* (B4, Z 366-367). Außerdem erfordere der Be-Up Raum von den Hebammen neben der Lernbereitschaft eine zusätzliche Kreativität. Das fiel *„einigen leichter und anderen bisschen schwerer“* (B5, Z 49).

Einfluss der Studie auf die Arbeit der Hebammen

Die Studie führe zu einem größeren bürokratischen und zeitlichen Aufwand, so vier der fünf Befragten (B1, Z 75-76; B3, Z 103-104; B4, Z 296-298; B5, Z 290-298). In diesem Kontext wird der Prozess der Randomisierung und das Beantworten des Fragebogens genannt. Bei beiden Tätigkeiten beschreiben die Befragten einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Erledigens dieser Tätigkeiten und der benötigten Zeit. Je mehr Routine bestehe, desto einfacher würde einem diese Arbeit fallen (B3, Z 106-107; B5, Z 290-298). Eine Befragte berichtet, dass ihr diese Arbeit durchaus auch Spaß machen würde, wobei der Großteil eher negativ über den zusätzlichen Aufwand spricht: *„Und es ist natürlich extra Papierkram und wir hassen extra Papierkram! Das macht hier keinen glücklich, aber, nä? Wir müssen das jetzt einmal noch ein Jahr durchhalten und dann...“* (B5, Z 305-306). Des Weiteren bestünden teilweise Unsicherheiten darüber, ab wann randomisiert werden dürfe und da es in der Klinik keine Vorwehenräume gäbe, müsse nach der Randomisierung in manchen Fällen noch ein Raumwechsel diskutiert werden (B4, Z 288-291). Die Studiensituation erfordere von den Hebammen weitere Überlegungen, sodass zum Beispiel die Einschätzung ob eine Frau aktiv unter der Geburt ist, als schwierig empfunden würde (ebd.). Zur Erleichterung der Beantwortung des Fragebogens nach der Geburt, erstellte eine Hebamme als Hilfsmittel ein Bewegungsprotokoll: *„Dann haben wir uns ein Bewegungsprotokoll, habe ich irgendwann beschlossen, dass ich einen Zettel haben will, wo ich minutenweise, also in fünf Minuten schreiben kann: "Was macht die Frau gerade?" Damit ich es hinterher auszählen kann und nicht raten muss.“* (B4, Z 301-304). Dieses mache insbesondere bei einem Schichtwechsel Sinn.

6.3.3 Einflüsse des Be-Up Raums

Einfluss des Raums auf die Geburt

Mehrfach wurde geschildert, dass nicht der Be-Up Raum allein eine Wirkung auf die Geburt

habe, sondern vielmehr die Zusammenarbeit aus Hebamme und Geburtsumgebung relevant sei. So wäre es im Be-Up Raum genauso notwendig, die Frau zu motivieren, aufrecht zu sein, wie in den anderen Räumen auch (B1, Z 180-183; B3, Z 127-128 & 138-142). Es wurde jedoch ebenfalls gesagt, dass die schmale Liegefläche die Frau nicht dazu einlade, zu liegen und der Raum die Frauen eher dazu bringen würde, mobiler zu sein (B2, Z 264-266; B3, Z 138-142). Positive Auswirkungen auf die Geburt wurden dem Bildschirm mit den Naturaufnahmen zugeschrieben, der eine andere Stimmung in den Kreißsaal gebracht hätte (B4, Z 96-98). Des Weiteren würde eine leise Hintergrundmusik dazu führen, dass die Frauen nicht das Gefühl hätten, immer sprechen zu müssen (B4, Z 354-357). Die Bilder mit den Gebärdpositionen wurden anhand eines Beispiels mit einer ausländischen Gebärenden positiv hervorgehoben, da diese dadurch Ideen bekommen und neue Gebärdpositionen ausprobiert hätte (B4, Z 93-96). Notfälle könne es in beiden Arten von Gebärräumen geben, erklärte eine Befragte (B5, Z 69-71). Eine andere beschrieb, dass die flexible Raumgestaltung des Be-Up Raums natürliche Geburten ermöglichen könne, wo andere an ihre Grenzen kommen würden: *„Aber ich habe zum Beispiel erlebt, dass wir eben diese Geburten hatten, wo man dachte: "Boah, ob das Kind überhaupt kommt?" Und dann ging tiefe Hocke und die ist fast besser als Saugglocke und dann waren das halt normale Geburten! Die wären vielleicht in anderen Kreißsälen dann am Ende doch eine Saugglocke geworden, weil die Frau das dann doch vielleicht nicht gemacht hätte.“* (B4, Z 354-357).

Einfluss des Raums auf die Arbeit der Hebammen

Mit der Einführung des Be-Up Raums haben sich die Arbeitsbedingungen und -anforderungen der Hebammen verändert. Diese Veränderungen betreffen insbesondere die Tätigkeit der Hebamme hinsichtlich der Ergonomie und der von der Hebamme geforderten Kreativität.

In der Klinik sei es so konzipiert, dass Bodenmatte und die schmale erhöhte Liegefläche nebeneinander stehen beziehungsweise liegen, damit die Frau bestimmte Haltungen und Positionen einnehmen könne und schnelle Wechsel ermöglicht werden würden (B2, Z 150-158). Des Weiteren soll dieser Meinung nach, der Vater besser in den Geburtsprozess und das anschließende Bonding eingebunden werden, da auf der Liegefläche für beide Elternteile zu wenig Platz sei (B4, Z 110-113). Diese Konstellation aus Bodenmatte und Liegefläche im Be-Up Raum führe aber zu einigen ergonomischen und arbeitspraktischen Problemen. So geben alle Befragten an, dass der Umgang mit der Bodenmatte schwierig sei (B1, Z 226-231; B2, Z 135-137 & Z 139-149; B3 Z 86-89; B4, Z 105- 108; B5, Z 195-199). Sie müssten

diese oft betreten, um an die Frau zu kommen, jedoch sollten sie dafür ihre Arbeitsschuhe aus Gründen der Arbeitssicherheit nicht ausziehen (B5, Z 195-202). Dies wird von vielen als unhygienisch empfunden, sodass manche Befragten angeben, ihre Schuhe teilweise doch auszuziehen, was wiederum zusätzlichen Aufwand bedeuten würde, wenn diese wiederholt aus- und angezogen werden müssen. *„Also wenn die Frauen auf dem Bett da liegen, ich will ein CTG schreiben, ich muss doch an die rankommen! Davor liegt die Matte, die will ich aber auch nicht wegnehmen. Also es hygienisch jetzt nicht ganz ok, wenn, wenn wir eine Geburt haben, dann decken wir das alles ab. Dann ist es in Ordnung. Aber das, äh, da habe ich auch noch keine Lösung, auch von den anderen Kolleginnen nicht.“* (B2, Z 142-145). Des Weiteren sei die Bodenmatte ein Sicherheitsrisiko, so wäre eine Hebamme wohl beinahe darüber gestolpert. Eine andere Befragte spricht darüber, dass die Bodenmatte *„im Zweifel immer im Weg“* (B4, Z 105-106) läge. Außerdem sei es schwierig, diese aus dem Weg zu räumen, wenn es nötig wäre. *„Und dadurch, dass diese Matte auf dem Boden davor liegt, was ja theoretisch auch eigentlich ganz hübsch ist, aber wenn man die hoch stellt, dann fällt die so in sich zusammen, die bleibt nicht stehen. Das heißt selbst wenn man diese Matte irgendwie zusammenrollt (...) die fällt dann immer sofort um.“* (B1, Z 226-230) Generell wird der Umgang mit den Elementen, bezogen auf das Tragen, Heben und Schieben als körperlich anstrengend geschildert (B3, Z 90-92; B5, Z 278-282). Die Liegefläche hätte sich insbesondere in Notsituationen als problematisch erwiesen, da sie in der Höhe nicht verstellt werden könne. Muss eine Gebärende also umgelagert werden, müsse diese mit mehreren Helfern auf den OP-Tisch gehoben werden. *„Das ist also vom arbeitstechnischen her, bis man das Bett irgendwie daneben hatte, dann ist da Krankenhausbett aber höher. Es lässt sich ja verstellen, runterstellen, aber selbst, wenn das Krankenhausbett ganz niedrig ist, ist das Ding (zeigt auf die Be-Up-Liegefläche) immer noch zu niedrig. Und selbst wenn der OP-Tisch reinkommt, weil man das Gefühl hat, man muss hektisch irgendwie in den OP fahren und wir müssen uns beeilen, dann holen wir ja den OP-Tisch direkt rein, dass sie auf den Tisch klettern. Auch der ist höhenverstellbar, aber nie so niedrig, wie dieses Ding. Das passt also mit der Logistik her nicht. Und wenn man dann.. es gibt ja leider manchmal dann auch die Situation, dass die Frau das Gefühl hat "Ich kann nicht mehr mithelfen. Ich bin nicht kooperativ." - warum auch immer - Schmerzen, so, wenn man dann mit drei Mann, drei Ecken diese Frau da irgendwie darüber hieven muss, das ist ein bisschen.. schwierig.“* (B1, Z 230-239) Von einer Befragten wird es zudem als störend empfunden, dass man den Vorhang und andere Elemente des Raumes wegschieben müsse, um an das Notfallbett zu kommen (B1, Z 53-55)

Das zusätzliche Mobiliar des Be-Up Raums führt zu einem erhöhten Reinigungsaufwand für die Hebammen. Eine Reinigungskraft wäre zwar vorhanden, jedoch würde diese nur bis mittags arbeiten, sodass ab nachmittags die Hebammen diese Aufgabe übernehmen müssten. So sprechen vier der fünf Befragten über diesen Zusatzaufwand (B1, Z 294-299; B3, Z 81-84; B4, Z 215-218; B5, Z 286-288). Eine äußert: „*Das Putzen! Das ist unmöglich, da müsste man eine Stunde extra kriegen! (lacht) Es gibt sehr viele Keile, Kissen, die alle geputzt werden müssen und unser Putzdienst ist nur bis mittags.*“ (B3, Z 83-84)

Insgesamt wäre der Be-Up Raum praktisch für die Arbeit der Hebammen, da er flexibel nutzbar wäre und mehr Platz bieten würde (B4, Z 92-93; B5, Z 342). Dem entgegen stünden jedoch Themen der Arbeitssicherheit und der Ergonomie. Auf letztere müsse in dem Be-Up Raum vermehrt geachtet werden, was jedoch in Stresssituationen teilweise schwierig sei (B5, Z 375-377). Auch die Art der Entbindung würde hierbei eine Rolle spielen. So erklärt eine Befragte: „*Und ich entbinde zum Beispiel immer nur Hands-off. Das heißt ich muss gar nicht so nah daran sitzen. Ich könnte hier sitzen und da hinten könnte jemand entbinden im Prinzip, nää? Solange ich die Verbindung habe und die auf mich hört. Hier, sonst generell sind die Hebammen eher so, dass sie dann ihre Hände da haben wollen. Und dann hast Du ein Problem, nää?*“ (B5, Z 92-95)

Des Weiteren erfordere die Arbeit in dem Be-Up Raum von den Hebammen mehr Kreativität und einen flexiblen Umgang mit neuen Situationen, wie zum Beispiel die Anpassung der Bondingphase nach der Geburt (B4, Z 115-122; B5, Z 74-75). Die schmale Liegefläche im Be-Up Raum führe zu dem, dass sich die Frau nicht so oft hinlegen würde, jedoch sei sie auch problematisch für das an die Geburt anschließende Bonding. So müssten die Hebammen das Bonding nun anders gestalten, um den Mann mit integrieren zu können (B2, Z 224-228; B4, Z 108-113).

Untersuchungen seien in dem Be-Up Raum gleich gut durchzuführen wie in den anderen Räumen auch, außer dass eine Rückenlage im 45 Grad Winkel schlechter zu erreichen sei und somit ein CTG in halbsitzender Position, wenn dieses von den Frauen gewünscht wird, problematisch sei. Auch hier müssten sich die Hebammen mit den Gegebenheiten flexibel arrangieren (B1, Z 121-125; B2, Z 249-251; B3, Z 29-33 & Z 79).

Positiv wurde hervorgehoben, dass das Deckentuch im Be-Up Raum perfekt über der Matte hängen würde und somit sehr gut zu nutzen sei (B2, Z 116-120; B3, Z 75-79; B4, Z 102-104 & 156-158). Auch die Positionen, welche die Frauen auf der Matte und in Verbindung mit

den Schaumstoffelementen einnehmen könnten, werden als positiv bewertet (B1, Z 82-86; B3, Z 75-79). Die Schaumstoffelemente würden durch die Hebammen aktiv genutzt, um die Frauen in andere Gebär- oder Lagepositionen zu bringen. Diesen Vorteil nutzen zwei der Befragten auch gerne in anderen Kreißsälen (B1, 104-111; B3, Z 250-257).

Die Bilder, die unterschiedliche Gebärpositionen abbilden, dienen den Hebammen zur Anleitung und unterstützen sie bei ihrer Arbeit (B1, Z 82-85; B3, Z 210-215; B4, Z 94-96; B5, Z 75-79).

Die Naturszenen auf dem Bildschirm würden dazu beitragen, dass sich auch die Hebamme bei ihrer Arbeit etwas entspannen könnte. *„Diese-Naturaufnahmen haben das Ganze auch ein bisschen entschleunigt. Also, ich habe selber gemerkt, dass ich ruhiger bin, weil ich einfach warte bis die nächste Wehe kommt und hab halt schicke Lamas gesehen in der Zeit (schmunzelt) und man nicht denkt: "Es muss doch jetzt. Es muss doch jetzt!" Also, dieses Ruhige von den Bildern hat schon noch was gemacht.“* (B4, Z 101-105)

Einfluss des Raums auf die Eltern

Generell scheint der Raum eine positive Wirkung auf die Eltern zu haben. Sie fänden es gut, dass die medizinischen Geräte und das Kreisbett im Be-Up Raum verdeckt seien. Der Raum nehme ihnen das Gefühl im Krankenhaus zu sein (B1, Z 264-267; B2, Z 281-289, B3, Z 190-192). *„Und es hat, also, viele Frauen, die reinkommen freuen sich und sagen "Oh, das sieht ja nett aus hier!" und "Das ist ja hübsch!"* (B1, Z 249-251) Allerdings seien auch andere Kreißsäle der Klinik sehr schön, sodass der Unterschied nicht allzu groß sei (B2, Z 205-206). Es gäbe auch Frauen, die auf Grund der Farbe des Be-Up Raums oder dessen Ausstattung nicht in diesem gebären wollen (B2, Z 173-177 & Z 179). Eine Frau hätte den Be-Up Raum nicht gut gefunden, da ihr Mann keinen Platz auf der schmalen Liegefläche gehabt hätte (B4, Z 200-204). Dieses Problem wurde auch von den Hebammen des Öfteren angemerkt: Es störe die Einheit zwischen Frau und Mann während und nach der Geburt. Das Bonding müsse umgestaltet werden. Die schmale Liegefläche führe aber auch dazu, dass der Mann im Be-Up Raum aktiver sein müsse (B2, Z 246-249; B3 Z 115-123). So wäre die Interaktion und das Miteinander im Be-Up Raum größer und der Vater sei nach anfänglicher Verunsicherung besser in den Geburtsprozess miteingebunden (B5, 265-268). *„Meistens ist es dann so, dass sie sich bewegen, die Frau sich dann zum Beispiel an ihn hängt, an ihm stützt, das heißt er ist mehr dabei. Wo manche Männer, es ist nun mal so, einfach sich auf die andere*

Betthälfte legen und die Frau macht. Also ich glaube so die Interaktion miteinander ist größer.“ (B3, Z 119-121)

Bezugnehmend auf die einzelnen Elemente des Be-Up Raums gefiele vielen Paaren die Musik im Hintergrund. Sie diene als gute Ablenkung (B2, Z 284; B3, 180; B4, Z 192-194). Der Sitzsack würde meist von den Männern und selten von den Frauen genutzt, da diese aus ihm schlecht wieder aufstehen könnten (B2, Z 230-231; B3, Z 27-29; B5, Z 257-259). Das Deckentuch in Verbindung mit der Bodenmatte könne von den Frauen sehr gut genutzt werden (B2, Z 116-121; B3 Z 75-79 & Z 219). Der Bildschirm mit den Naturszenen werde von den Paaren unterschiedlich aufgenommen. Manchen diene er zur Entspannung und die Männer würden sich gerne mit der Technik auseinandersetzen und Programme umschalten, andere wären genervt insbesondere von den Geräuschen (B1, Z 151-157; B2, Z 282-285; B3, Z 176-180; B4, Z 96-100; B5, Z 329-338). Diese hätten jedoch die Möglichkeit den Bildschirm oder den Ton auszustellen (B2, Z 282-287). Der Versorgungswagen inklusive der Snackbar und der Kaffeemaschine würde gut von den Paaren genutzt werden, wobei eine Befragte anmerkte, dass man auf diesen eventuell auch verzichten könne (B2, Z 284-287; B3, Z 61-62; B5, Z 258-259). Die Wandbilder würden dazu führen, dass die Frauen neue Positionen ausprobieren. *„Ich muss sagen dieses Poster mit der Frau, die halt vier verschiedene Stellungen zeigt, am Anfang habe ich gedacht: "Wie blöd ist das?" Aber ich glaube manche Frau kriegt eine Idee vielleicht daraus, das doch vielleicht mal auszuprobieren.“ (B3, Z 213-215)*

Insgesamt wurde die Flexibilität des Raums als positiv für die Eltern hervorgehoben, da er den Paaren viele Möglichkeiten bieten würde, welche sie nutzen können, aber nicht müssen. Er biete den Eltern mehr Freiheit (B5, Z 275-276).

6.3.4 Einflüsse der Studie auf die Eltern

Da die Frauen bereits im Anmeldegespräch über die Studieninhalte aufgeklärt werden würden und man sich über die Gebärhaltung und Mobilität unter der Geburt unterhalten würde, mache dies bereits etwas mit den Frauen (B2, Z 90-93; B3, Z 145-150). Es seien jedoch auch meist auch Frauen mit einer bestimmten Einstellung, die überhaupt an der Studie teilnehmen wollen würden. *„Das sind meistens auch Frauen, die generell eher aufrecht sein wollen. Das sind jetzt keine Frauen, die sagen, so: "Hey, ich will sofort eine PDA und im Bett liegen." und sowas.“ (B5, Z 125-127).* Die Frauen würden sich vorab mit dem Thema befassen und dadurch bestünde eine größere Bereitschaft Dinge auszuprobieren, wobei sich

dieser Effekt auch auf die anderen Räume übertragen würde (B1, Z 335-336; B2, Z 90-93 & Z 188-192; B4, Z 325-331). Des Weiteren spricht eine Befragte darüber, dass die Unterstützung des Mannes bei der Geburt größer wäre, da sich das Paar zuvor gemeinsam für die Studienteilnahme entschieden hätten (B2, Z 162-169). Außerdem fänden die Eltern es gut, dass sie nach der Geburt noch einmal befragt würden (B2, Z 210-214).

Einige Paare hätten Angst, dass sie aufgrund der Studiensituation nicht so frei wären, wie sie wollen und würden aus diesem Grund nicht teilnehmen (B4, Z 71-73). Manche Frauen würden nicht teilnehmen, da die Option der Wassergeburt ausgeschlossen ist (B2, Z 333-336; B4, Z 325-331).

Es käme vor, dass die Frauen enttäuscht seien, wenn sie nicht in den Be-Up Raum randomisiert werden, auch wenn sie zuvor darüber aufgeklärt worden wären, dass sie nicht unbedingt in den Raum kommen würden (B5, Z 232-237).

6.3.5 Entwicklungspotenziale und Wünsche

Ein häufig genanntes Problem ist die Liegefläche. Einerseits führe die schmale Fläche dazu, dass die Frau sich nicht so oft beziehungsweise so lange hinlegen würde, andererseits hat der Mann so keinen Platz sich während der Geburt oder danach, in der Bondingphase, zu der Frau zu legen (B4, Z 110-113). Auch die Arbeitshöhe der Liegefläche wird kritisiert. So wäre diese nicht höhenverstellbar und somit insbesondere für den Notfall ungeeignet (B1, Z 230-239). Ebenfalls ist hier schwierig, dass sie nicht auf Rollen und somit nicht zu verschieben sei (B3, Z 90-92). Die Liegefläche brauche außerdem einen Rahmen, sodass Kissen oder die Schaumstoffelemente nicht von ihr herunterrutschen können und die Frau sich besser anlehnen könne (B3, Z 180-186; B4, Z 115-122; B5, Z 319-320).

Weiteres Entwicklungspotenzial biete die Konstellation aus Liegefläche und Bodenmatte. Diese würde aus mehreren Gründen direkt an der erhöhten Liegefläche anliegen, da die Liegefläche allerdings an der Wand entlang stehen muss und nicht in den Raum hinein stehen darf, wird die Bodenmatte zum Problem: Es bestünde die Möglichkeit über diese zu stolpern, ein häufiges Betreten der Matte durch die Hebamme wäre notwendig und somit entstünde ein Hygiene- und Arbeitssicherheitsproblem da die Hebammen die Schuhe nicht ausziehen sollen, zuletzt wäre es dadurch schwieriger etwa ein CTG-Gerät in der Nähe der Frau hinzustellen. Hier würde es als wünschenswert erachtet werden, dass die schmale Liegefläche in den Raum hinein stehen dürfe und nicht entlang der Wand stehen müsse, sodass eine Seite des Bettes frei zugänglich wäre (B5, Z 319-320).

Insbesondere für das ältere Personal ist es anstrengend auf der Bodenmatte zu arbeiten. *„Und ich finde es, also es geht jetzt um die reine Arbeitsweise auch fürs Personal, ich finde auch für ältere Kolleginnen ist es manchmal schon schwierig da oben auch, und unten auf der Matte rumzuturnen.“* (B2, Z64-67) Hier würde sich eine erhöhte „Spielwiese“ gewünscht werden (B2, 71-72). Auch wurde der Wunsch geäußert, dass man vor Beginn der Studie den Hebammen einmal den Raum vorstellt und ihnen Möglichkeiten für eine rückenfreundliche Arbeitsweise zeigt (B5, Z 357-361).

Die Schaumstoffelemente würden aufeinander rutschen, sodass nicht genügend Stabilität gegeben wäre, wenn diese aufeinander gestapelt würden (B1, Z 201-208). Zudem bedeuten die vielen einzelnen Elemente auch einen höheren Zeitaufwand für die Reinigung. Eine Befragte beschreibt: *„Wenn man schaut, diese müssen alle einzeln abgewischt werden, geputzt werden, hier in den Rillen (zieht die Nähte eines Elements leicht auseinander), da kann sich Blut ransetzen. Man muss wirklich gucken, dass das ordentlich gemacht wird und so weiter.“* (B5, Z 284-286)

Einige Befragte fänden es schade, dass die Wassergeburt aus der Studie ausgeschlossen wurde. Dies führe dazu, dass viele Frauen nicht an der Studie teilnehmen wollen würden. *„Und da ist ein Kriterium ist das tatsächlich mit der Wassergeburt. Weil da relativ viele Frauen mit dem Wunsch nach Wassergeburt kommen und die können dann nicht teilnehmen. Das finde ich persönlich schade. Also da zu überlegen, wie kriegt man möglichst alle Frauen rein in so eine Studie?“* (B2, Z 333-336)

Es bestehe teilweise Unklarheit darüber, wann randomisiert werden dürfe. Hier wäre es insbesondere schwierig, dass die Klinik keine Vorwehenräume besitze. *„Was ein bisschen für uns schwierig ist, (...) dass wir praktisch keine Vorwehenräume haben. Also wir fangen, machen ja alles sofort im Kreißsaal. Und diese Entscheidung: "Ist die Frau aktiv unter der Geburt? Darf ich jetzt schon Randomisieren?" Die fällt manchmal nachdem die Frau schon Stunden im Raum, im Haus ist. Und dann musst Du aktiv mit den Leuten nochmal einen Raumwechsel diskutieren. Und das gelingt manchmal nicht.“* (B4, Z41-45)

Die Bilder mit den Gebärpositionen sind zwar nützlich, könnten aber nach Aussage einer Befragten schöner gestaltet sein (B5, Z 76-78).

6.3.6 Gesamteinschätzung

Insgesamt wird die Studie trotz der teilweise schwierigen Arbeitsbedingungen von den Hebammen als positiv bewertet. Es gefiele ihnen gut, dass der Raum die natürliche Geburt unterstütze und viele Möglichkeiten biete. *„Ich finde das gut. Also ich finde das gut, weil das einfach den, also auch grad bei uns, den Gedanken der möglichst natürlichen normalen Geburt unterstützt.“* (B2, Z 305-306) Er sei eine *„interessante Alternative“*, obwohl die anderen Räume der Klinik auch schön seien (B1, Z 264-271; B4, Z 24-26). Durch die Studie werde wieder eine größere Offenheit geschaffen und sie hätte zu einem Denkanstoß im geburtshilflichen Team geführt (B2, Z305-206; B5, Z 345-348). Der Be-Up Raum in Zusammenarbeit mit den Hebammen hätte Auswirkungen auf die Geburten gezeigt. *„Aber er hat Wirkung gehabt! Also, das muss ich schon sagen, für manche Sachen. Da wäre ich wahrscheinlich mit dem anderen Kreißsaal mit der Frau anders am Ende gelandet oder so. Und insofern finde ich es schon spannend.“* (B4, Z 258-260) Selbst, wenn die Frau nicht in den Raum hineinrandomisiert wurde, hätte die Studie etwas mit ihrem Verständnis über die Geburt und die Gebärhaltung gemacht (B4, Z 361-371). Notfälle oder Kaiserschnitte könnten in allen Räumen passieren (B5, Z 70-71). *„Natürlich ist nicht jede Geburt, die im Be-Up-Raum mit einem Kaiserschnitt endet, etwas was der Be-Up-Raum nicht geschafft hat, sondern es sind ja auch persönliche Schicksale. Und das ist manchmal schwierig, wenn Du halt ja randomisierst, viele Geburten sind im herkömmlichen Kreißsaal wunderschön und schnell und klasse, die im Be-Up-Raum natürlich auch schön und klasse. Und die Kaiserschnitte wären auch in dem herkömmlichen Raum gewesen dann.“* (B3, Z 270-300) Die positive Haltung zeigt sich auch dadurch, dass die Hebammen möglichst viele Frauen für die Studie gewinnen möchten. *„Also ich finde das wirklich gut mit der Studie und würde am liebsten jede Frau überzeugen.“* (B2, Z 332-333)

6.4 Diskussion

6.4.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung zeigen ein insgesamt positives Stimmungsbild gegenüber der Be-Up Studie, das lediglich durch praktische Mängel bei der Umsetzung getrübt wird. Diese beziehen sich vornehmlich auf die ergonomische Arbeitshaltung der Hebammen sowie deren Arbeitssicherheit. Aber auch der zusätzliche Zeitaufwand für Bürokratie und Reinigung des Raums und dessen Ausstattung werden kritisch angemerkt.

Die geburtshilfliche Philosophie der Klinik wurde als frauenfreundlich und individuell beschrieben. Viele Hebammen hoben dies positiv hervor, sodass davon auszugehen ist, dass die Hebammen diese Haltung unterstützen und die Physiologie der Geburt fördern wollen. Dies hat die gute Eingliederung der Studie in den Klinikalltag möglicherweise begünstigt. Weiterhin könnte sich die Offenheit des geburtshilflichen Teams und die Lust, etwas Neues auszuprobieren, vorteilhaft ausgewirkt haben.

Die Zusammenarbeit von Ärztinnen sowie Ärzten und Hebammen innerhalb der Studierendurchführung wurde als kaum verändert und gut bewertet. Insbesondere die Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte bei der Randomisierung ist hierbei eine Entlastung für die Hebammen. Dass die Studie auch bei den Ärztinnen und Ärzten zu einem Denkanstoß geführt hat, zeigt sich bei einer teilweise größeren Zurückhaltung bei Eingriffen in den natürlichen Geburtsprozess in den Studienräumen und dadurch, dass auch sie nun Impulse für das Einnehmen einer aufrechten Körperhaltung geben. Nicht alle Befragten teilen diese Wahrnehmung, was möglicherweise daraus resultiert, dass die Ärztinnen sowie Ärzte und Hebammen in der Klinik nach Aussage einer Befragten auf einem Level agieren und die Ärztinnen und Ärzte meist erst im Notfall hinzugezogen werden.

Eine positive Entwicklung des Hebammenteams wurde von vier der fünf Befragten angemerkt. Auch wenn das Team schon immer auf eine aufrechte Haltung und Bewegung unter der Geburt geachtet hat, werden diese Aspekte noch einmal in den Vordergrund gerückt.

Eine weitere Übereinstimmung gibt es bei dem Einfluss der Studie auf die Arbeit der Hebammen. Obwohl diese Frage nicht explizit gestellt wurde, merkten diese den zusätzlichen Aufwand durch die Bürokratie der Studie an. Dieser wird von den Hebammen als notwendiges Übel im Rahmen der Studienarbeit gesehen. Die eigenständige Entwicklung eines Bewegungsprotokolls zeigt jedoch die Bereitschaft der Hebammen, sich auch dem als eher unangenehm empfundenen Teil der Studiendurchführung gewissenhaft anzunehmen.

Einflüsse des Be-Up Raums auf die Geburt konnten selten festgestellt werden. Vielmehr ist es für die Hebammen die Zusammenarbeit aus Hebamme und Raum, die den Unterschied macht. Möglicherweise liegen die geringen Unterschiede darin begründet, dass auch die anderen Räume der Klinik bereits nicht wie ein klassischer Kreißaal ausgestattet sind (siehe Abb. 1 und Abb. 2). Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Hebammen ihre Geburten sehr individuell betrachten und Unterschiede beispielsweise im Geburtsmodus eher durch viele Fallzahlen festzustellen wären, die jedoch bei den befragten Hebammen nicht vorlagen.

Die Wirkung des Be-Up Raums auf die Eltern wurde als positiv beurteilt. Ihnen werden mehr Freiheiten und Abwechslungsmöglichkeiten gegeben, welche sie nach Belieben nutzen können. Lediglich die an die Geburt anschließende Bondingphase ist im Be-Up Raum schwierig zu gestalten, sodass der Vater nicht so gut integriert ist, wie in anderen Räumen der Klinik.

Sowohl Frauen, die in den Be-Up Raum randomisiert werden, als auch Frauen, die in einen anderen Gebärraum kommen, profitieren von der vorherigen Aufklärung über die Gebärhaltung und Bewegung unter der Geburt. Hat sich ein Paar gemeinsam für die Studienteilnahme entschieden, verhilft dies zudem zu einer besseren Unterstützung durch den Mann während der Geburt. Die anschließende Befragung der Eltern schafft es, dass sie sich gehört fühlen. Kann eine Frau nicht in den Be-Up Raum randomisiert werden, führt dies möglicherweise zu Enttäuschung trotz vorheriger Aufklärung über den Randomisierungsprozess.

Die Arbeit im Be-Up Raum stellt die Hebammen vor neue Herausforderungen. Anhand der Beschreibungen der Hebammen ihrer Tätigkeit im Be-Up Raum kann jedoch gesagt werden, dass sie sich diesen mit Kreativität und jede auf ihre eigene Weise stellen. So werden die Elemente des Raumes in die Arbeit der Hebammen mit eingebunden und teilweise auch in anderen Räumen der Klinik genutzt.

Die Befragung ergab viele Aspekte zur Optimierung und Verbesserung der Be-Up Studie und der damit verbundenen Hebammentätigkeit. Manche können auf Grund der Rahmenbedingungen einer klinischen RCT-Studie jedoch nicht verändert werden, wie zum Beispiel den Einbezug der Wassergeburt. An einigen könnte man jedoch für eine weitere Nutzung der Ausstattung ansetzen. Hierunter fällt die Anpassung einzelner Elemente des Raums hinsichtlich der Arbeitssicherheit, rückenfreundlicher Arbeitshaltung und der Praktikabilität für Notfälle. Auch weitere Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich Farbe und Position der einzelnen Elemente oder der Bilder mit den Gebärpositionen wären denkbar.

6.4.2 Limitationen

Die Ergebnisse dieser Arbeit erheben keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Die Aussagen beziehen sich ausschließlich auf die Erfahrungen der Hebammen mit der Durchführung der Be-Up Studie in der betrachteten Klinik.

Da die Auswahl der Interviewpartnerinnen anhand freiwilliger Rückmeldungen durch die Hebammen erfolgte, wurde ein Bild konstruiert, welches mit anderen Befragten möglicherweise anders ausgefallen wäre. Die Befragten waren zudem unterschiedlich häufig im

Be-Up Raum tätig, was eine heterogene Betrachtungsweise der Arbeit in diesem Raum nahelegt. Meinungen zu bestimmten Fragen können demnach unterschiedlich ausgefallen sein.

Die gewählte Methode der Befragung durch Interviews, bei der eine interviewende Person anwesend ist, ist anfälliger für sozial erwünschte Antworten als beispielsweise die Befragung durch einen Fragebogen (Gläser & Laudel, 2010, S. 138). Des Weiteren ist kritisch anzumerken, dass auf Grund der kleinen Stichprobe Rückschlüsse auf die Personen nicht vollständig auszuschließen sind, sodass die Antworten einer gewissen Verzerrung unterliegen könnten. Zu einer Verzerrung könnte es zudem durch die unterschiedlichen Räume für die Interviewdurchführung gekommen sein. Auch wenn diese unter Ausschluss Dritter in ruhigen Räumen durchgeführt wurden, kam es eventuell zu unterschiedlichen Aussagen je nachdem, ob sich die Befragten im Be-Up Raum, in einem anderen Kreißaal oder in einem klinikunabhängigen Raum befanden. Auch die Tonaufzeichnung könnte Einfluss auf die Antworten genommen haben, da durch diese das Führen eines möglichst natürlichen Gesprächs erschwert wird. Zudem beschränkt die fehlende Erfahrung der Forscherin mit dem Führen von Interviews die Qualität und die Aussagekraft der dargestellten Ergebnisse. Trotz intensiver Vorbereitung wurde der Interviewverlauf gegebenenfalls negativ beeinflusst.

Bei der Transkription kann es durch die gewählten Transkriptionsregeln zu Informationsverlust gekommen sein.

Die Auswertung der Ergebnisse unterliegt in dieser Arbeit der subjektiven Perspektive der Autorin. Die Handhabung der Daten, die Erarbeitung der Kategorien sowie die Zuordnung der Fundstellen und die anschließende Interpretation der Aussagen wurden ausschließlich durch diese durchgeführt und somit restringiert.

Trotz dieser Einschränkungen, die durch die gewählte Methode entstanden sind oder auch als charakteristische Probleme qualitativer Forschung angesehen werden können, war es möglich die Fragen dieser Arbeit zu beantworten und Aussagen über die Durchführung der Be-Up Studie in dieser spezifischen Klinik zu treffen.

7 Fazit

Die Gesundheit rund um die Geburt wird spätestens mit Einführung des gleichnamigen Teilziels der deutschen Gesundheitsziele 2017 zu einem Thema höchster Relevanz. Die Reduzierung der Kaiserschnitte und die Förderung der physiologischen Geburt entspricht

dabei dem Wunsch der Hebammen, welche durch die Akademisierung ihres Berufstandes dabei mitwirken können, neue Aspekte und Sichtweisen auf die Geburt gewinnen und diese wissenschaftlich belegen zu können. Die Schließung einiger Forschungslücken kann in Zukunft dazu beitragen, eine wissenschaftlich fundierte Versorgung rund um die Geburt zu gewährleisten.

Die Be-Up Studie als Teil dieser Forschung hat das Potenzial, neue Erkenntnisse über den Einfluss der Geburtsumgebung und der Gebärhaltung auf die Geburt zu gewinnen, welche nachfolgend die Versorgung in deutschen Kliniken verändern könnte. Die Erhebung darüber, welche Erfahrungen die Hebammen bei der Umsetzung der Studie bereits gemacht haben und auf welche Herausforderungen sie gestoßen sind, bietet dabei die Möglichkeit der Optimierung zukünftiger Studien in diesem thematischen Umfeld.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte anhand einer Erhebung in einer ausgewählten Klinik festgestellt werden, dass die Hebammen der Studie gegenüber sehr positiv gestimmt sind, auch wenn sie mit vielen neuen Herausforderungen konfrontiert wurden. Die Herausforderung betreffen insbesondere die Themen: Ergonomie, Arbeitssicherheit und den zusätzlichen Zeitaufwand für die Reinigung des Be-Up Raums und dessen Ausstattung sowie für bürokratische Tätigkeiten. Zudem musste die Bonding-Phase auf Grund der einzelnen Elemente des Be-Up Raums umgestaltet werden. Auch für den Notfall haben sich einige Aspekte des Raums als problematisch erwiesen.

Als positive Erfahrung wurde geschildert, dass die Studie als Denkanstoß im geburtshilflichen Team fungierte, nochmals vermehrt auf die Physiologie der Geburt zu achten. Die vorherige Aufklärung der Frauen über die Gebärhaltung führte dazu, dass die Frauen sich verstärkt mit der Thematik auseinandersetzten, was sowohl in dem Be-Up Raum als auch in den anderen Kreißsälen einen positiven Einfluss auf die Mobilität der Frau und deren Haltung unter der Geburt zeigt. Die Eltern wirken auf die Hebammen zufrieden und nutzen individuell die Angebote des Be-Up Raums. Zudem wurde eine verbesserte Interaktion zwischen den Eltern im Be-Up Raum beschrieben.

Insgesamt lässt sich erkennen, dass die Studieninhalte und die Sinnhaftigkeit der Studie für die Hebammen klar erkennbar sind und sie diese gerne durchführen, um Erkenntnisse in diesem Bereich zu gewinnen, welche sie in Zukunft möglicherweise auch als Unterstützung für ihre Arbeit nutzen können. Hierfür arrangieren sie sich mit neuen Arbeitsbedingungen und versuchen möglichst viele Frauen von der Studie zu überzeugen. Eine Optimierung der

Arbeitsumstände ist für eine weitere Durchführung weiterer Studien in diesem Bereich jedoch sinnvoll und könnte zu einer verbesserten Praktikabilität in dieser wie auch in anderen klinischen Einrichtungen führen.

Literaturverzeichnis

- Anderson, G. (2003). A concept analysis of "normal birth". *Evidence Based Midwifery*, 1(2), S. 48-54.
- AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. (2013). *Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2012 16/1 — Geburtshilfe*. Göttingen: AQUA.
- Augurzky, B., Kreienberg, R., & Mennicken, R. (2015). Zukunft der stationären Versorgung in Gynäkologie und Geburtshilfe. *Gynäkologe* 2015(48), S. 495-500.
- Ayerle, G. M., Schäfers, R., & Seliger, G. (2018a). *Studieninformationen*. Abgerufen am 25. Januar 2020 von Be-Up Studie: <https://be-up-studie.de/studieninformationen/>
- Ayerle, G. M., Schäfers, R., & Selinger, G. (2018b). *Effekt der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus und das Wohlbefinden von Frauen am Geburtstermin: Eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT)*. Unveröffentlichtes deutschsprachiges Studienprotokoll (7.6.2018; Version 4).
- Bartel, S., & Ohlbrecht, H. (2016). Perspektive qualitativer Gesundheitsforschung. In C. (. Detka, *Qualitative Gesundheitsforschung – Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis*, S. 21-50. Opladen: Barbara Budrich.
- Bonß, W., & Dimbath, O. (2013). *Handlungstheorie: Eine Einführung (Sozialtheorie)*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Bundesärztekammer. (2018). *Ärztstatistik zum 31. Dezember 2018*. Abgerufen am 20. Januar 2020 von bundesärztekammer: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.). (2017). *Müttersterblichkeit in Deutschland bis 2015*. Abgerufen am 22. Januar 2020 von Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/285595/umfrage/muettersterblichkeit-in-deutschland/>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.). (2012). *(Keine) Lust auf Kinder? – Geburtenentwicklung in Deutschland*. Wiesbaden: BiB.

- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.). (2013). *Bevölkerungsentwicklung. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel*. Wiesbaden: BiB.
- Bundesministerium für Gesundheit (BiB) (Hrsg.). (2017). *Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt*. Abgerufen am 24. Januar 2020 von: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Hebammen und Entbindungspfleger*. Abgerufen am 24. Januar 2020 von Bundesministerium für Gesundheit: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/hebammen.html#c1223>
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Prenatal, and Postpartum Care Course. *Birth* 2001(28) S. 202-207.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2014). 204. *Stellungnahme der DGGG: Zur Anfrage „Expertenanhörung zum Thema "Geburtshilfe“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein im Oktober 2014*. Abgerufen am 24. Januar 2020 von dggg: https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2014/204_Stellungnahme_DGGG_Anfrage_Sozialministerium_Schleswig_Holstein_Lage_der_Geburtshilfe.pdf
- Deutscher Bundestag. (2019). *Sachstand zur Arbeitssituation von Hebammen in der stationären Geburtshilfe*. Abgerufen am 22. Januar 2020 von Bundestag: <https://www.bundestag.de/resource/blob/657234/bf2a2d181ac4a2e39649f32253e95369/WD-9-040-19-pdf-data.pdf>
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2018). *Geburtshilfliche Versorgung in den Kliniken flächendeckend sicherstellen, Hebammenpotenziale nutzen! Zehn Forderungen für eine gute klinische Geburtshilfe*. Abgerufen am 26. Januar 2020 von <https://www.hebammenverband.de/verband/berufspolitik/stellungnahmen/>

- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2008). *Plädoyer für eine normale Geburt*. Abgerufen am 20. Januar 2020 von [hebammenverband.de: https://hebammenpraxis-lebenszeichen.de/gfx/img/plaedoyer.pdf](https://hebammenpraxis-lebenszeichen.de/gfx/img/plaedoyer.pdf)
- Deutsches Krankenhausinstitut. (2014). *Wirtschaftlichkeit der geburtshilflichen Abteilungen deutscher Krankenhäuser nach Krankenhausgröße im Jahr 2013*. Abgerufen am 21. Januar 2020 von Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/425601/umfrage/wirtschaftlichkeit-der-geburtshilflichen-abteilungen-deutscher-krankenhaeuser/>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Verbund Hebammenforschung. (2014). *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Ausg.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Downe, S. (2001). Defining normal birth. *Midwifery Digest*(11). S. 31-33.
- EURO-PERISTAT Project (2013). (2013). *European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Abgerufen am 22. Januar 2020 von Europeristat: <https://www.euoperistat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Foureur, V., Davis, D., Fenwick, J., Leap, N., Ledema, R., Forbes, I., & Homer, C. (2010). The Relationship between Birth Unit Design and Safe, Satisfying birth: developing a hypothetical model. *Midwifery* 5(26), S. 520-525.
- Ganapathy, T. (Juni 2012). Maternal Birthing Position and Outcome of Labour. *The Journal of Family Welfare*(58), S. 68-73.
- Gaskin, I. M. (2002). *Spiritual Midwifery* (4. Ausg.). Summertown: Book Publishing Company.
- Gengnagel, A., & Hasse, U. (1999). Die Geburt in der Klinik: Accouchiranstalten in Deutschland. In Metz-Becker (Hrsg.), *Hebammenkunst gestern und heute - Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte*, S. 31-39. Marburg: Jonas Verlag.

- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG). (2018). *Geburtenzahlen*. Abgerufen am 20. Januar 2020 von QUAG: <https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2014). *Entbindungen in Krankenhäusern (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Krankenhausmerkmale (Bettenzahl / Art der Zulassung / Träger), Art der Entbindung*. Abgerufen am 19. Oktober 2019 von <http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwdinit?gbe.isgbetol/xsstartneu/&paid=i&paid=43088073&nummer=552&psprache=D&pindsp=-&paid=73863636>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Ausg.). Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.
- Gottstein, A. (1977). Aufgaben der Gemeinde- und der privaten Fürsorge. In Mosse, M. & Tugendreich, G. (Hrsg.) *Krankheit und soziale Lage*, S. 721-786. Göttingen: Selbstverlag Jürgen Cromm.
- Gould, D. (2000). Normal labour: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*(31), S. 418-427.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*(5), S. CD002006.
- Häußling, R. (2014). *Techniksoziologie*. Baden-Baden: Nomos.
- Hinrichs, F. (1949). Geburtshilfliche Ergebnisse im kleinen Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der operativen Geburt. In Stoeckel, W. (Hrsg.) *Die Geburtshilfe im Privathaus und in der Klinik*, S. 10-72.
- Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (15. August 2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane database of systematic reviews* 8, S. p.CD000012.
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. (2017). *Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016: Geburtshilfe*. Berlin.

- Jung, T. (2017). Die "gute Geburt" - Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *GENDER*(2), S. 30-45.
- Klinke, R., & Silbernagel, S. (2000). *Lehrbuch der Physiologie* (2. Ausg.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kolip, P., Nolting, H.-D., & Zich, K. (2012). *Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. (B. Stiftung, Hrsg.) Abgerufen am 22. Januar 2020 von Faktencheck-Gesundheit: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Kaiserschnitt.pdf
- Krahl, A. (2010). Was ist eine normale Geburt. In Deutscher Hebammenverband, *Geburtsarbeit: Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (S. 2-6). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Krahl, A., Janssen, T., Schäfers, R., Wallmeyer-Andres, P., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (Dezember 2014). Literaturstudie. (D. N. Hebammenforschung, Hrsg.) *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt*, S. 41-196.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2007). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Mattern, E., Voigt-Radloff, S., & Ayerle, G. M. (2014). Potenzialanalyse zur aufrechten Gebärhaltung bei physiologischen Geburten in deutschen Kreißsälen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, S. 20-28.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (10. Ausg.). Weinheim & Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (6. Ausg.). Weinheim & Basel: Beltz Verlag.

- Metz-Becker, M. (2013). Hebammen und medizinische Geburtshilfe im 18./19. Jahrhundert. *die hochschule. journal für wissenschaft und bildung*, S. 33-41.
- Neumann, H., & Maier, B. (2019). *Geburt positiv erleben. Chancen und Grenzen moderner Entbindungsmöglichkeiten*. Berlin: Springer-Verlag.
- Oakley, A. (1983). Social consequences of obstetric technology: The importance of measuring "soft" outcomes. *Birth*(10), S. 99-108.
- Oswald-Vormdohre, G. (2007). Anatomie und Physiologie. In *Das Hebammenbuch* (5. Ausg.), S. 49-79. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Page, L. (2000). Keeping birth normal. *The new midwifery*, S. 105-121.
- Pohlen, K. (1935). Die Anstaltsentbindungen in Preußen im Jahre 1933. 1935. *Reichsgesundheitsblatt* 10(6), S. 117-119.
- Ramsayer, B. (2013). *Die physiologische Geburt*. (C. Schwarz, & K. Stahl, Hrsg.) Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Rath, W., Gebruch, U., & Schmidt, S. (2010). *Geburtshilfe und Perinatalmedizin* (2. Auflage Ausg.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Rauskolb, R. (1995). 15 Jahre Peri- und Neonatalerhebung: Rückblick und Perspektiven. *Perinatologische Arbeitsgemeinschaft: NPExtra - Niedersächsische und Bremer Perinatalerhebung 1994*, S. 6-19.
- Rose, L. (2010). "Natürliche" und "sanfte Geburt". Paradoxien der modernen Entbindungsreformen. *Freiburger GeschlechterStudien*(24), S. 207-222.
- Schlumbohm, J. (2004). Die Schwangeren sind der Lehranstalt halber da: Das Entbindungshospital der Universität Göttingen, 1751 bis ca. 1830. In J. Schlumbohm, & C. Wiesemann, *Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751-1850*, S. 31-62. Göttingen: Wallsteiner Verlag.
- Schneider, H., Husslein, P., & Schneider, K.-T. M. (2016). *Die Geburtshilfe*. (5. Ausg.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schönhardt, S. (2017). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt: Must-have in der klinischen Geburtshilfe? *Die Hebamme*(30), S. 168-177.

- Shermer, R. H., & Raines, D. A. (1997). Positioning during the second stage of labour: Moving back to basics. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*(26), S. 727-734.
- Silver, R. M. (2012). Implications of the first cesarean: perinatal and future reproductive health and subsequent cesareans, placentation issues, uterine rupture risk, morbidity, and mortality. *Semin Perinatol* 36(5), S. 315-323. doi:10.1053/j.semperi.2012.04.013
- Stamm, A. (2017). 10 Jahre „Geburtshilfe neu denken“. *Die Hebamme*(30), S. 393-398.
- Statistisches Bundesamt. (10. Juli 2017). *Durchschnittliche Müttersterblichkeit in West- und Ostdeutschland in den Jahren von 1980 bis 2015 (je 100.000 Lebendgeborene Kinder) [Graph]*. Abgerufen am 20. Januar 2020 von Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/285595/umfrage/muettersterblichkeit-in-deutschland/>
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Zusammengefasste Geburtenziffer - Anzahl der Kinder pro Frau in Deutschland nach Bundesländern*. Abgerufen am 21. Januar 2020 von Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76262/umfrage/geburtenziffer--anzahl-der-kinder-pro-frau-2007-und-2008/>
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland bis 2017*. Abgerufen am 22. Januar 2020 von Statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/>
- Ullrich, C. G. (1999). Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview: Leitfadenskonstruktion, Interviewführung und Typenbildung. *Arbeitspapiere - Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung*.
- Walsh, D. (2007). *Evidence-Based Care for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives*. London: Routledge.
- WHO. (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*.(326), S. 436-437.
- WHO. (1996). *Care in Normal Birth, a Practical Guide*. Abgerufen am 20. Januar 2020 von <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x?sid=nlm%3Apubmed>

Rechtsquellenverzeichnis

Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz – HebG) beschlossen am 31.12.1994 in Österreich, zuletzt geändert am 05.09.1997, §3 Abs. 1

Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz - HebRefG) beschlossen am 22.11.2019, zuletzt geändert am 01.01.2020

Hebammengesetz (HebG) beschlossen am 04.06.1985 in Deutschland, zuletzt geändert am 22.11.2019, §4 Abs. 3

Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) beschlossen am 20.12.1988, zuletzt geändert am 21.12.2019, §70 Abs. 1

Anhang

Anhang 1: Informationsblatt.....	51
Anhang 2: Einverständniserklärung.....	52
Anhang 3: Interviewleitfaden.....	53
Anhang 4: Transkript 1.....	57
Anhang 5: Transkript 2.....	67
Anhang 6: Transkript 3.....	84
Anhang 7: Transkript 4.....	99
Anhang 8: Transkript 5.....	118
Anhang 9: Kategoriensystem.....	136
Anhang 10: Darstellung der Kodierungen.....	142
Anhang 11: Darstellung der Paraphrasierungen und prägnanter Zitate.....	221

Anhang 1: Informationsblatt



Informationen

Interview der Hebammen zur Be-Up-Studie

Mein Name ist Jenny Rienäcker, ich studiere im 6. Fachsemester Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Im Rahmen meiner Bachelorthesis möchte ich gerne eine Befragung zur Umsetzung der Be-Up-Studie in der [REDACTED]-Klinik durchführen. Hierfür werden qualitative Interviews mit Hebammen aus der geburtshilflichen Abteilung der [REDACTED]-Klinik durchgeführt, vor dem Hintergrund mehr über bisherige Erkenntnisse und Herausforderungen bei der Umsetzung der Be-Up-Studie zu erfahren. Ziel ist es, ein möglichst breites Bild über die bisherigen Erfahrungen der Hebammen mit der Be-Up-Studie zu erhalten und gegebenenfalls Entwicklungspotenziale herauszustellen.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie der Teilnahme an einem der Interviews zustimmen würden. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der zweiten Seite.

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung!

Jenny Rienäcker

Anhang 2: Einverständniserklärung



Einwilligungserklärung zu Verarbeitung der erhobenen Daten

Interview der Hebammen zur Be-Up-Studie

Die Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig. Das Gespräch wird etwa 45 Minuten dauern und mit einem Diktiergerät aufgenommen. Anschließend wird das aufgezeichnete Interview verschriftlich. Das Transkript wird in der Bachelorarbeit einzusehen sein. Die Namen der Teilnehmerinnen sowie der Name der Klinik werden anonymisiert. Alle erhobenen Daten werden vertrauensvoll behandelt und nur zum oben genannten Zweck verwendet. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Interviewerin

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich erkläre mich mit der Aufzeichnung des Gesprächs und der anschließenden Verwendung der Daten im Kontext der Verarbeitung einverstanden. Mir würde die Möglichkeit gegeben Fragen zu stellen, welche mir ausreichend beantwortet wurden.

Ort, Datum

Unterschrift und Zustimmung der/ des
Interviewten

Anhang 3: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden V6

Datum:
Interviewpartnerin:
Ort:
Dauer des Interviews:

Vorgespräch

Zuerst einmal vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen. Durch dieses Interview unterstützen Sie mögliche Folgestudien der Be-Up-Studie und mich bei meiner Bachelorarbeit. Wie ich Ihnen im Vorwege schon beschrieben habe, möchte ich mit meiner Abschlussarbeit einen Teil zum besseren Verständnis über die Durchführung der Be-Up-Studie beitragen. Ich möchte dabei herausfinden, welche bisherigen Erkenntnisse die Hebammen in der [REDACTED] Klinik bereits gewonnen haben oder ob es besondere Herausforderungen bei der Umsetzung gab.

Bevor wir das Interview beginnen, möchte ich Sie noch über einige Punkte aufklären:

Die Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig. Damit ich mich vollständig auf das Gespräch konzentrieren kann, würde ich dieses gerne aufzeichnen. Die Inhalte werden bei der späteren Auswertung verschriftlich, wobei Ihr Namen und die Klinik anonymisiert werden. Ich trage die Sorge dafür, dass Ihre Daten vertrauensvoll behandelt und nur zum zuvor genannten Zweck genutzt werden. Wenn Sie damit einverstanden sind unterschreiben Sie bitte die Datenschutzerklärung.

Von meiner Seite aus habe ich alle wichtigen Dinge angesprochen. Haben Sie noch Fragen bevor wir mit dem Interview beginnen?

Checkliste

- Hintergrundinformationen und Ziel der Befragung
- Datenschutzerklärung und Anonymität

- Einwilligungserklärung 2x unterschrieben
- noch Fragen vorab?

Vorab-Fragen

- Alter:
- Seit wann Hebamme:
- Wie viele Jahre als Hebamme in Kliniken angestellt:
- Seit wann in dieser Klinik:

Interviewfragen

Themenblock	Leitfrage, Erzählimpuls	Memospalte
<p>1. Einstiegsfrage: Klinik-Philosophie</p>	<p>Mich interessiert, wie Sie die Philosophie der Geburtshilfe in der [REDACTED]-Klinik sehen. Würden Sie mir kurz dazu etwas erzählen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Was unterscheidet die Klinik von anderen aus Ihrer Sicht? - Besondere persönliche Einstellungen
<p>2. Persönliche Meinung zur Entscheidung für die Studie</p>	<p>Wie stehen sie zu der Studienteilnahme der [REDACTED]-Klinik?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie empfanden Sie die Stimmung im Team zum Thema Be-Up-Studie - Wie haben Sie die Schulungen erlebt
<p>3. Die Geburt</p>	<p>3.1 Eigene Eindrücke: Welche Eindrücke haben Sie bisher bei der Geburt in dem Be-Up-Raum gewinnen können?</p> <p>3.2 Hebammentätigkeit: Inwiefern unterscheiden sich Ihre Hebammentätigkeit zu der in anderen Geburtsräumen? Gab es besondere Herausforderungen?</p> <p>3.3 Verantwortung Arzt/Ärztin Hebamme Welche Veränderungen in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Arzt/Ärztin und Hebamme haben Sie gespürt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Interventionen - weniger/mehr vaginale Untersuchungen - Kaiserschnitt - Dammschnitt - Komplikationen - Dauer der Geburt - Positive/negative Erlebnisse/Erfahrungen - Mehr/weniger Anwesenheit von Nöten - Zeit für andere Dinge - Werden andere Dinge gemacht - Werden Dinge anders gemacht - Wird anders gesprochen

	<p>3.4 Das Hebammenteam Haben Sie im Hebammenteam Veränderungen bzw. Entwicklungen gespürt? Wenn ja, welche?</p> <p>3.5 Die Eltern: Wie erleben Sie die Eltern bei der Geburt in einem Be-Up-Raum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gefühl von mehr/weniger Eigenverantwortung - Sichtweise auf die Geburt/Geburtshilfe - Relevanz der Gebärhaltung - Stimmung bzgl. der Teilnahme an der Studie - Geburtserleben - Selbstbestimmung - Zufriedenheit - Verhalten während der Geburt - Was, wenn sie nicht ausgewählt werden?
<p>4. Der Be-Up-Raum</p>	<p>4.1 Eigener Eindruck: Wie finden Sie die Ausstattung des Be-Up-Raumes im Vergleich zu den anderen Gebärräumen der XXXXXXXXXX Klinik?</p> <p>4.2 Eindruck der Eltern: Und was haben Sie für einen Eindruck, wie wirkt der Raum auf die Eltern?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausstattung - Veränderungen im Laufe der Studienzeit - Temperatur - Beleuchtung - TV mit Naturbildern - Musik - Stimmung - Reinigung - Besondere Möglichkeiten oder auch Schwierigkeiten/Herausforderungen

<p>5. Bilanz/Fazit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Würden Sie abschließend, vor dem Hintergrund dessen, was Sie bisher geschildert haben, sagen, dass die Intervention „alternativ ausgestatteter Gebärraum“ sich als sinnvoll erwiesen hat? Und wenn ja, warum? - Wenn ja: Woran machen Sie das besonders fest? - Wenn nein: Was müsste noch verändert werden? <p>Hat sich die Teilnahme Ihrer Klinik aus Ihrer Sicht als sinnvoll/wichtig erwiesen, wenn ja, warum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation - Durchführung - Ausstattung
<p>6. Abschlussfrage</p>	<p>Da wir nun zum Ende des Interviews kommen, möchte ich Sie gerne fragen, ob Sie noch etwas zu ergänzen haben, worüber wir noch nicht sprechen konnten oder was in Ihren Augen zu kurz gekommen ist?</p>	

Abschluss + Verabschiedung

- Vielen Dank noch einmal, dass Sie sich die Zeit genommen haben meine Fragen zu beantworten.
- Wenn Sie Interesse haben, kann ich Ihnen die Bachelorarbeit gerne per Mail zusenden, sobald sie fertig ist.
- Verabschiedung

Anhang 4: Transkript 1

MAXQDA 2018

22.12.2019

Interview 1

1	I: Das passt eigentlich ganz gut und zwar interessiert mich als erstes, wie Du die Philosophie
2	dieser Geburtshilfe hier in der KLINIK sehen würdest. Magst Du mir dazu irgendetwas erzählen, was
3	hier besonders ist oder anders?
4	B1: Also, ich kann nur davon ausgehen, was ich besonders empfinde, weil ich das im Zusammenhang mit
5	den anderen Kollegen aus anderen Kliniken kenne und ich finde es hier eigentlich immer besonders,
6	dass ich hier relativ viel Entscheidungsfreiheit habe. Wenn ich das Gefühl habe, das und das ist
7	jetzt gut, dann kann ich relativ viel selber entscheiden, ohne dass ich immer gleich für jeden, für
8	jedes Zäpfchen den Arzt fragen muss. Ich kann das eben selber entscheiden und erst ab einer
9	bestimmten Grenze gebe ich dann die Infos an die Ärzte weiter. Das ist natürlich Fluch und Segen
10	zugleich, weil man dann auch gleichzeitig die Verantwortung dafür trägt, für das was man tut, aber
11	für mich persönlich ist es das, was ich wollte. Also ich kenn Kliniken, da müssen die
12	Hebammenkollegen schon die Ärzte anrufen, wenn sie einfach nur ein Buscopan-Zäpfchen geben wollen.
13	Das muss ich hier nicht. Das mache ich selber und das war mit mit ein Grund, warum ich mich hier so
14	wohl fühle und auch auf jedenfall bleiben wollte. Weils ja schon auch in diesem Haus Krisen gab,
15	finanzieller Art, von daher, bin ich aber immer weil ich das hier sehr zu schätzen weiß, dass es
16	hier auch abweicht von Lehrbuch. Es gab hier schon immer. Das Lehrbuch sagt ja, nach zwei Stunden
17	Geburtsstillstand ist es eigentlich die Indikation zu sagen "Du fährst jetzt in den OP" und brichst
18	die Geburt ab mit einer Sektio. Und das war hier von Anfang an nicht so. Also hier es auch
19	Geburtsverläufe, da sind die Frauen manchmal vier Stunden Muttermund vollständig und da kommt das
20	Kind erst. Wo in anderen Kliniken schon längst abgebrochen worden wäre. Oder rein rechtlich gesehen
21	ist es theoretisch so, dass wenn man eine Saugglockengeburt, als eine VE macht, dass man dann
22	theoretisch immer auch eine Epi schneiden muss. Gibt's hier nicht. Also es gibt hier Frauen, die
23	gehen ohne Geburtsverletzung raus und hatten trotzdem eine Saugglockengeburt. Und das ist einfach
24	immer das immer, was hier so nett ist. Dass es hier immer schon abweichend vom Lehrbuch ist und eher
25	individuell betrachtet wurde.
26	I: Sehr interessant! Und wie stehst Du zur Studienteilnahme der KLINIK? Also, dass sie jetzt an der
27	Be-Up-Studie teilnehmen?
28	B1: Ich finde das super, weils einfach, ja, also es ist zwar ein bisschen mehr Schreibkram, aber gut
29	das ist ja nur temporär bedingt, (.) wobei ich persönlich auch das Gefühl habe, für mich ist es
30	garnicht so eine große Umstellung, dadurch, dass es hier es hier so viel und so individuell gehalten

MAXQDA 2018

22.12.2019

31	wurde in der Klinik sind die Frauen hier sowieso schon viel mobilisiert worden. Also, ich empfinde
32	das jetzt garnicht als großartige Umstellung, außer, dass ich im Moment ein bisschen mehr Papierkram
33	habe.
34	I: Hmm, okay. Und hast Du im Team irgendwie bemerkt, ob sich die Stimmung dadurch geändert hat?
35	B1: Nö.
36	I: Garnicht?
37	B1: Nö.
38	I: Es gab ja vorab Schulungen, wie hast Du die erlebt?
39	B1: (Lacht)
40	I: Schon ein bisschen her? (Lacht)
41	B1: (Lacht) Ich glaube, ich kann mich nicht bewusst erinnern, bei einer Schulung mit dabei gewesen
42	zu sein. Es ging um diese, um die Einweisung, wie man das in den PC, also in das Laptop eingibt,
43	diese Geschichten? Und ich glaube das habe ich von anderen Kollegen gelernt. Denn, wenn ich
44	irgendwie Nachtdienst habe, dann komme nachmittags nicht zu irgendwelchen Schulungen.
45	I: Ja, okay. Okay, also das ist auch interessant zu wissen, dass das dann mit dem Nachtdienst und so
46	natürlich korreliert, wenn ihr da Schulungen habt.
47	B1: Genau, also wenn klar ist, da ist eine Schulung mittags um zwei und ich hatte Nachtdienst, dafür
48	stehe ich nicht auf! Weil dann klar ist, das lerne dann ich lieber von anderen Kollegen. Und lass
49	mir das dann lieber von denen zeigen.
50	I: Okay. Dann würde ich gerne mit Dir über die Geburt an sich sprechen. Welche Eindrücke hast Du
51	hier in dem Be-Up-Raum gewinnen können bei der Geburt?
52	B1: Das ist ja das, was ich eben schon einmal meinte. Für mich ist das keine großartige Umstellung.
53	Also, für mich sind die Geburten jetzt nicht anders hier in diesem Raum. Mich nervt im Moment eher
54	so dieser Vorhang. Dass man da reinkommt (deutet auf den Eingang und besagten Vorhang und lacht) und
55	dass ist, dass man wenn man an das Bett ran will das alles wegschieben muss. Aber, weil da das
56	Notfallbett dahinter steht (deutet auf das Notfallbett hinter dem Vorhang). So, aber im Grunde
57	genommen sind die Geburten für hier nicht anders in diesem Raum als, als in dem anderen. Für mich
58	hat sich dadurch nicht viel verändert, aber es war auch vorher, wie gesagt schon recht freizügig
59	hier.
60	I: Okay. Und auch so im Bezug auf zum Beispiel die Dauer der Geburt oder medizinische Interventionen,
61	hast Du da Unterschiede bemerkt?
62	B1: Nein.

MAXQDA 2018

22.12.2019

63	I: Ist ähnlich?
64	B1: Hmm.
65	I: Okay. Und inwiefern unterscheidet sich Deine Hebammentätigkeit zu der in anderen Geburtsräumen?
66	Also gibt es hier besondere Herausforderungen, die Du in anderen Räumen nicht hast?
67	B1: Also, dadurch dass es hier räumlich so doof steht, habe ich immer das Gefühl, wenn die Frauen
68	hier liegen mit den Beinen in Richtung Tür (deutet auf die Liegefläche), ich habe hier irgendwie
69	nichts, was das verdeckt in Anführungsstrichen. Wenn dann die Tür aufgeht und jemand kommt, dass
70	liegt die Frau gleich auf dem Präsentierteller. Das finde ich jetzt nicht so optimal gelöst, aber
71	ich versuche das dann dadurch zu lösen, dass ich die Frauen dann halt umdrehe, also wenn ich, wenn
72	ich hier Frauen betreue, mache ich es immer so, das Kopfende, zack, lege ich mir da rüber (deutet
73	auf die Liegefläche) auf die andere Seite (lacht). Aber das, das sind so Kleinigkeiten. Ansonsten,
74	wie gesagt die Frauen werden von uns sowieso viel motiviert zu Laufen oder Baden zu gehen oder
75	solche Geschichten zu machen. Also, für mich persönlich habe ich das Gefühl es hat sich nichts
76	geändert, außer dass ich mehr Schreibkram habe. Aber es liegt wirklich auch darin begründet, dass
77	wir sonst auch eine Klinik sind, wo die Frauen regelmäßig Laufen geschickt werden und vielleicht ist
78	es da noch so, dass ich den Unterschied daran mache, mit: ich sage den anderen "Es tut gut, mach mal.
79	" und hier (deutet auf den Raum) eher sage "Guck, was Du selber willst." Aber ansonsten kann ich für
80	mich jetzt keinen Unterschied feststellen.
81	I: Und wie nutzen die Frauen das, wenn Du Ihnen dann sagst "Ja, guck was Du selber möchtest!"?
82	B1: Öhm, also die Frauen sagen wir dann, welche Position sie einnehmen wollen, zum Beispiel aber
83	auch anhand dieser Bilder (deutet auf die Bilder mit möglichen Positionen an der Wand des
84	Be-Up-Raumes) und dann ist es aber schon auch so, dass ich sage "Pass auf, jetzt ist das Kissen gut,
85	jetzt ist das Kissen gut", also wir basteln schon auch hin und her. Von daher ist, also dieses
86	Mobiliar ist Fluch und Segen zugleich. Das ist so wunderbar beweglich, aber es nervt natürlich auch,
87	weil es ständig im Weg rumsteht (lacht). So. Aber, ähm, ja, es war kein Problem die Frau jetzt
88	neulich die Frau in der letzten Phase von dem Bett liegend zu motivieren dann auch auf den Hocker zu
89	gehen. Weil das einfach so. Steh auf, setz Dich hier hin. Halt Dich an dem Tuch fest, dass Du stabil
90	sitzt." So das, das lässt sich schon schnell hin und her bauen. Aber es bedeutet für mich natürlich
91	im Nachhinein auch viel mehr Putzkram, weil das alles einzelne (...) Teile sind, einzelne Elemente
92	sind, die leider nicht irgendwie auf einem Wagen stehen, die ich dann wegschieben kann, sondern, ähm
93	ja. (...) (seufzt) Ich, ich für mich persönlich kann kaum einen Unterschied erkennen, außer dass ich
94	hier nochmal sage: "Probier das Kissen, das Kissen, das Kissen." Ich hab das auch schon gemacht,

MAXQDA 2018

22.12.2019

95	dass ich von hier ein Kissen rausgeholt habe, in einen anderen Kreissaal und äh das für was anderes
96	benutzt habe, weil es einfach so gut gerade ging.
97	UNTERBRECHUNG
98	I: So, genau. Wo waren wir stehen geblieben? Hebammentätigkeit - genau. Und ähm, hast Du das Gefühl
99	vielleicht, dass manchmal Deine Anwesenheit mehr oder weniger von Nöten ist? Also Du sagst, viel
100	hätte sich nicht verändert, aber wenn die Frauen hier vielleicht eigenständiger agieren, gibt es da
101	Unterschiede? Bist Du mehr auch mal draußen?
102	B1: Ähm, auch das, nein. Das ist ja in dieser Klinik eben auch das Besondere, dass man oft Zeit hat
103	sich um die Frauen zu kümmern, weil wir das relativ häufig tatsächlich noch schaffen mit dieser
104	1:1-Betreuung. So von daher ist es für mich eigentlich auch egal, bin ich nun in dem Kreissaal und
105	kümmer mich um die eine Frau oder bin ich in diesem Kreissaal und kümmer mich um die eine Frau. Also,
106	letztendlich, ähm, ist es hier natürlich so, dass man denkt, "Oh, die eine Frau kann jetzt dies
107	oder jenes nicht.", dass ich dadurch, dass ich eben diese einzelnen Möbelteile habe, nochmal ganz
108	andere, äh (...) ganz andere Lagepositionen machen kann, wenn sie steht oder liegt. Dass ich dann
109	irgendwie noch das Kissen ganz anders zwischen die Beine legen kann. Sowas habe ich halt in den
110	anderen Zimmern nicht. Deswegen bin ich dann auch schonmal rübergeflitzt (lacht) und habe sowas
111	geholt, aber (räuspert sich) aber ansonsten eigentlich nicht, ne. Also jetzt nicht mehr oder weniger.
112	I: Hmm. Also Du hattest auch ganz zu Anfang, wo wir über die Klinik-Philosophie gesprochen haben,
113	ähm, auch dieses Verhältnis von Arzt oder Ärztin zu Hebamme. Welche Veränderungen im Bezug auf die
114	Zusammenarbeit zwischen Arzt oder Ärztin und Hebamme gab es denn hier?
115	B1: Seit der Studie, für mich auch keine Veränderungen. Wir rufen die ja wirklich erst, wenn das
116	Köpfchen fast zu sehen ist. Und dann, kommen die einfach dazu und sind eine helfende Hand und dann
117	ist gut. Und da ist es eigentlich egal, wie die Frau gerade sitzt, steht, liegt. Die kommen dazu und
118	machen da mit.
119	I: Okay. Und bei den Untersuchungen ist es irgendwie ein Problem, wenn die Frau zum Beispiel in
120	einer bestimmten Position steht oder liegt? Anders als in den anderen Räumen?
121	B1: Nein, auch das nicht, weil (räuspert sich). Also, ich untersuche die Frauen eigentlich nur an
122	Anfang in der liegenden Position. Wenn die irgendwie ein bisschen weiter sind, kann man die auch
123	untersuchen, wenn sie stehen oder auf der Seite liegen oder auf dem Hocker. Man kann sie ja in jeder
124	Position eigentlich untersuchen, wenn man ein bisschen flexibel ist. Und von daher hat sich da auch
125	nicht, für mich, jetzt nichts geändert.
126	I: Okay. Und hast Du Veränderungen im Hebammenteam gespürt, also Entwicklungen und wenn ja welche?

MAXQDA 2018

22.12.2019

127	B1: Hmm hmm.
128	I: Auch die Sichtweise auf die Geburt oder Geburtshilfe, hat sich das irgendwie verändert, dadurch
129	dass die Studie hier ja relativ präsent ist sage ich mal?
130	B1: Also, meine Sichtweise nicht. Also es ist noch einmal schön zu sehen, dass jetzt daran geforscht
131	wird und dass man nochmal wieder sein Handeln überdenkt und denkt, "Oh, schick sie mal nochmal
132	Laufen." in Anführungsstrichen, aber auch das eigentlich nicht.
133	I: Und, ähm, wie erlebst Du die Eltern während der Geburt in einem Be-Up-Raum?
134	B1: Hmm. (lacht) Da sind alle Fraktionen dabei. Menschen sind ja nunmal unterschiedlich und es gibt
135	einige die völlig selbstbewusst alles nutzen, was hier ist und einige, die sich nicht einmal trauen
136	den Klingelknopf zu drücken. Also da, (räuspert sich) gibt es wirklich, ähm, das ist aber wirklich
137	bedingt dadurch, dass die Leute und die Paare ja alle so unterschiedlich sind und ähm (...) Die, die
138	sich aktiv und ganz bewusst auch für diese Studie entschieden haben, wissen, wenn sie dann hier
139	reinkommen, wissen ja dann auch, dass sie alles nutzen können und tun das dann auch. Aber (...) ich
140	glaube jetzt nicht weniger als in anderen Zimmern auch.
141	I: Macht das was mit der Zufriedenheit der Eltern?
142	B1: Das ist eine gute Frage, die ich aber nicht wirklich beantworten kann (lacht). Weil die im
143	Kreissaal ja erstmal dann glücklich sind, wenn das Baby da ist. Das ist wirklich was, wo ich denke,
144	da muss man sie drei, vier Wochen später noch einmal befragen, ob sie das jetzt rückblickend
145	betrachtet gut finden. Andererseits haben sie ja nun auch keinen Vergleich, wie es in einem anderen
146	Zimmer gewesen wäre. Ähm, da ich das für mich so empfinde, dass sich für mich kaum etwas geändert
147	hat, glaube ich jetzt, ähm, ist das für die Frauen auch, so wie es sonst auch wäre. Hauptsache raus.
148	I: Und gibt der Raum denen vielleicht auch eine andere Stimmung? Also hier wird ja sowas genutzt,
149	wie bestimmte Musik oder diese Naturbilder, die ihr manchmal auf dem Monitor habt. Hast Du da den
150	Eindruck, dass das irgendwas macht mit den Eltern?
151	B1: Also, meine Erfahrung ist, dass die eigentlich mit Radio hören, wenn überhaupt dann Radio hören
152	glücklich sind. Ich habe bis jetzt noch keine Paare erlebt, die (lacht) Lust und Zeit hatten, diesen
153	Bildschirm zu beobachten. Der ist eigentlich total irrelevant (lacht). Das Einzige, was wie gesagt,
154	also manche Paare sind ja auch da und sagen, "Nein, sie wollen auch gerne dann Ruhe haben" und
155	manche Paaren sagen "Oh, Radio ist ganz nett, um einfach ein bisschen Ablenkung zwischendurch zu
156	haben", wenn die Wehenpause ist zu sagen, "Jetzt konzentriere ich mich mal auf was anderes." aber,
157	dass irgendjemand aktiv diesen Fernseher habe ich noch nie erlebt.
158	I: Okay, und ähm, das ganze Verhalten während der Geburt, ich kann mir das selber als Außenstehende

MAXQDA 2018

22.12.2019

159	nicht so vorstellen. Würdest Du das einmal beschreiben, wie so der Ablauf sage ich mal, wenn man das
160	überhauptso beschreiben kann hier ist, wenn die Eltern in den Geburtsraum kommen und wie die
161	Entwicklung hier ist?
162	B1: Also es gibt ja manche Kliniken, die haben so ein Vorwehen-Zimmer und dann kommen sie eigentlich
163	erst zur eigentlich Geburt in den Kreissaal. Sowas haben wir hier ja garnicht. Da haben wir in
164	Anführungsstrichen nur diese vier Kreissäle (räuspert sich) und wenn die Frauen hierher kommen,
165	kommen sie auch direkt in einen Kreissaal. Wenn sich dann, das entscheidet, dass die Geburt noch
166	garnicht losgeht und die Frauen wieder nach Hause gehen, gehen die auch direkt wieder Nachhause.
167	Aber es ist bei uns nicht so, dass es heißt, äh, Du musst jetzt dahinten erst einmal vorarbeiten und
168	erst, wenn Du eine gewisse Muttermundsweite erreicht hast, erst dann kommst Du in den Kreissaal. Das
169	ist hier ja nicht. Von daher sind die Paare hier teilweise sehr lange in den Zimmern. (räuspert
170	sich) Ähm, jetzt brauche ich nochmal die Frage?
171	I: Ähm, (lacht) es ging darum, dass Du mir einmal so schilderst, wie das hier überhaupt abläuft,
172	genau.
173	B1: Achso, und ähm, wenn eine Frau hierher kommt kriegt sie grundsätzlich als erstes einmal ein CTG,
174	um erstmal zu gucken ist, äh, das Kind fit und gesund und munter. Und ähm, wenn man jetzt sich nicht
175	sicher ist, gehts überhaupt schon los mit der Geburt ja oder nein, dann ist es eigentlich
176	grundsätzlich so, dass man sagt, "Beschäftige Dich eine Stunde". Am sinnvollsten ist Laufen zu gehen,
177	um dann einfach in dieser Stunde durch dieses Spazierengehen die Wehentätigkeit ein bisschen
178	anzuregen und dass, wenn sie dann wiederkommen, man sie nochmal ans CTG legt und nochmal vaginal
179	untersucht um dann zu fühlen, hat sich im Laufe der Zeit etwas getan oder nicht. Und wenn sich etwas
180	getan hat, geht man halt davon aus, dass es dann, ähm, dass es dann losgeht. Und das ist eigentlich
181	egal in welchem Kreissaal sie dann sind. Wenn man das Gefühl hat, sie sind noch am Anfang, werden
182	sie regelmäßig animiert noch einmal Laufen zu gehen, sich zu bewegen oder in die Badewanne zu gehen,
183	einfach, ein bisschen aktiv zu sein. Wobei das auch ein bisschen von der Tageszeit abhängt, wenn man
184	das Gefühl hat, die Wehen sind noch so, dass die Frau nachts kommt und aber vielleicht noch ein
185	bisschen ruhen kann, dann sagt man auch "Versuch nochmal ein bisschen zu ruhen und Kräfte zu sparen.
186	" und dann ackert sie sich vor bis sie dann mal irgendwann Gott sei dank so weit ist (lacht), dass
187	der Muttermund vollständig ist und wir versuchen eigentlich, wenn der Muttermund so sieben, acht
188	Zentimeter spätestens dann auch bei den Frauen zu bleiben. Also man sagt ja eigentlich, im Lehrbuch
189	steht ja, pro Stunde ein Zentimeter Muttermundsweite und wenn der Muttermund offen ist, hat das Baby
190	dann ja noch zwei Stunden Zeit bis es dann überhaupt kommt. So. Und man versucht, diese, so ab

MAXQDA 2018

22.12.2019

191 sieben, acht Zentimetern nur noch einmal kurz rauszugehen, weil man irgendwie, ja, selber mal was
192 essen oder was trinken muss oder Toilette oder vielleicht eine andere Frau ans CTG legen muss. Aber,
193 man guckt dann schon, dass man zügig, drin bleibt. Um eben auch das zu haben, dass die Frauen eben
194 nicht dauerhaft am CTG liegen müssen, sondern eben auch mal von diesem Gerät loskommen und eben.
195 Also bei uns ist es eigentlich so, dass nach einer Stunde, eine Stunde CTG-Pause ist üblich, danach
196 auch gerne wieder eine Kontrolle.

197 I: Hmm. Und das CTG ist das kabellos?

198 B1: Das. Wir haben beides. Also das kabellose benutzen wir hauptsächlich für die Wanne. Und das
199 andere ist schon hier. Aber, auch wenn sie am Kabel dran sind, können sie sich trotzdem ja damit
200 bewegen und hier durch Zimmer latschen. Und, ähm, sie sind dann nicht gefesselt, dass sie sich dann
201 irgendwie hinlegen müssen. Viele Frauen stehen wirklich am liebsten dann an der Wickelkommode, also
202 ein bisschen vorne über gebeugt. (...) Äh, so. Also das ist, ähm, da werden garnichtmal unbedingt
203 diese Möbel genutzt (deutet auf das Mobiliar des Be-Up-Raumes), weil die dann als wackelig empfunden
204 werden. Also es ist so, dass die. Man kann daraus ja ein Türmchen bauen, nach dem Motto "Stell Dich
205 dahin", aber es wirklich so, dass viele Frauen, wenn sie stehen und diese Position haben vorne über
206 gebeugt, viel lieber an die Wickelkommode gehen, weil das fest ist und stabil ist und wenn man
207 hieraus (deutet abermals auf die Be-Up-Elemente) ein Türmchen baut und drei Würfel bereinander hat,
208 ist das sehr, also es wird nicht als stabil genug empfunden.

209 I: Oh, das ist interessant. Gibt es etwas anderes, was Du auch so als Besonderheit hier noch
210 schildern würdest? Jetzt, das war ein ganz neues Aspekt.

211 B1: Ja, die Frauen brauchen halt gerne etwas zum Festhalten und wenn das, wenn sie sich festhalten
212 und es dann wackelt, dann ist ähm, der Halt sozusagen weg (lacht). Dann muss man sich auf andere
213 Sachen konzentrieren. Also. Letztendlich für mich, rein arbeitstechnisch gesehen, finde ich es doof,
214 dass das Bett nicht höhenverstellbar ist. Diese, diese Matte (deutet auf den Liegebereich des
215 Be-Up-Raumes). Es ist eine super bequeme Matte. Ich finde es doof, dass sie so schmal ist, weil der
216 Mann dann da nicht mit rauf passt, um im Zweifel hinter der Frau zu sitzen oder (...) ähm, ja, um
217 eben ein bisschen aktiv da mit beizustehen. Und, wie gesagt, es ist nicht höhenverstellbar. Wenn
218 jetzt die Frauen dann, das Gefühl haben, sie wollen dann doch einmal Pause machen oder die eine Frau,
219 die ich da neulich hatte, die auf dem Hocker gesessen hat aber dann letztendlich doch nachher auf
220 der Seite liegend ihr Kind bekommen hat (...) es ist für mich viel zu niedrig - rückentechnisch und
221 das nervt mich dann, dass ich dann in dem Moment nicht hoch und runter fahren kann, das Bett. Oder,
222 wenn dann doch ein Notfall war. Ich hatte eine Kollegin, die auf dem Bett einen totalen Notfall

MAXQDA 2018

22.12.2019

223	hatte mit einer blutenden Frau hinterher - das war wirklich doof, dass das nicht beweglich ist das
224	Ding.
225	I: Hmm. Dann musste sie quasi umgelagert werden?
226	B1: Die Frau musste dann, genau, noch umgelagert werden. Und dadurch, dass diese Matte auf dem Boden
227	davor liegt, was ja theoretisch auch eigentlich ganz hübsch ist, aber wenn man die hoch stellt, dann
228	fällt die so in sich zusammen, die bleibt nicht stehen. Das heißt selbst wenn man diese Matte
229	irgendwie zusammenrollt (ahmt das Geräusch der in sich zusammenfallenden Matte nach und lacht), die
230	fällt dann immer sofort um (beide lachen). Das ist also vom arbeitstechnischen her, bis man das Bett
231	irgendwie daneben hatte, dann ist da Krankenhausbett aber höher. Es lässt sich ja verstellen,
232	runterstellen, aber selbst, wenn das Krankenhausbett ganz niedrig ist, ist das Ding (zeigt auf die
233	Be-Up-Liegefläche) immernoch zu niedrig. Und selbst wenn der OP-Tisch reinkommt, weil man das Gefühl
234	hat, man muss hektisch irgendwie in den OP fahren und wir müssen uns beeilen, dann holen wir ja den
235	OP-Tisch direkt rein, dass sie auf den Tisch klettern. Auch der ist höhenverstellbar, aber nie so
236	niedrig, wie dieses Ding. Das passt also mit der Logistik her nicht. Und wenn man dann (...) es gibt
237	ja leider manchmal dann auch die Situation, dass die Frau das Gefühl hat "Ich kann nicht mehr
238	mithelfen. Ich bin nicht kooperativ." - warum auch immer - Schmerzen, so, wenn man dann mit drei
239	Mann, drei Ecken diese Frau da irgendwie darüber hieven muss, das ist ein bisschen (...) schwierig.
240	Wobei man natürlich auch sagen muss, so Notfall-Situationen zeichnen sich ja meistens vorher ab.
241	Aber bei meiner Kollegin war das dann doch eine Ad-Hoc-Situation, das war schon doof.
242	I: Hmm. Okay. Ähm, hast Du andere Erlebnisse der Art gemacht? Also besonders einprägsame sage ich
243	mal?
244	B1: Hmm, ne.
245	I: Okay. Gut, dann würde ich noch einmal gerne über den Raum an sich sprechen. Wie findest Du denn,
246	also Du hattest ja schon öfter gesagt, es gibt nicht so viele Unterschiede, aber generell, wie
247	findest Du denn die Ausstattung im Verhältnis zu den anderen Gebärräumen in der KLINIK?
248	B1: Also, es ist ganz nett und ansprechend, dieses Mobiliar. Also ehrlich gesagt, ich finde es hat
249	ein paar praktische Mängel, aber ansonsten ist es eigentlich ganz nett. Und es hat, also, viele
250	Frauen, die reinkommen freuen sich und sagen "Oh, das sieht ja nett aus hier!" und "Das ist ja
251	hübsch!". Und für mich, wie gesagt, ich finde es auch nett und ansprechend - über das Praktikable
252	lässt sich noch reden (schmunzelt).
253	I: Und, ähm, was hast Du für einen Eindruck wie der Raum dann auf die Eltern wirkt, wenn die das
254	erste mal reinkommen? Du hast gerade gesagt, ja die freuen sich? Ist es dann auch im weiteren

MAXQDA 2018

22.12.2019

255	Verlauf noch spürbar oder sagen die irgendwie noch etwas Besonderes?
256	B1: Also, im weiteren Verlauf meistens nicht mehr. Und viele Paare sind ja auch schon hier gewesen
257	und haben am Tag der offenen Tür die Räumlichkeiten gesehen, aber für viele, die das erste mal
258	reinkommen, sagen dann in dem Moment "Boah, das ist ja nett!" oder im Gegensatz zu früher, wenn dann
259	irgendwelche Begleitpersonen mit dabei sind. Aber das war's dann eigentlich auch. Also, das ist
260	jetzt nicht so, dass da noch, ähm, dann länger drüber geredet wird.
261	I: Okay. (...) Und, ähm, würdest Du abschließend vor dem, was wir jetzt bereits so besprochen haben
262	und auch worüber Du Dir selber vielleicht schon Gedanken gemacht hast, sagen, dass sich dieser
263	alternativ ausgestattete Gebärraum als sinnvoll erwiesen hat und wenn ja, warum?
264	B1: (...) Also, der ist in dem Sinne sinnvoll, weil die Paare oder die werdenden Eltern sich da
265	total wohl drin fühlen und nicht sofort dieses Gefühl haben "Boah, Krankenhaus." Und es gibt ja
266	schon manche Leute, die sich alleine schon bei dem Wort Krankenhaus irgendwie fürchten und das nimmt
267	das so ein bisschen, dass sie das Gefühl haben "Boah, ich bin hier auch im Krankenhaus.", wobei ich
268	natürlich auch fairerweise sagen muss, unsere anderen Kreissäle sehen auch hübsch aus (lacht). Wir
269	sind jetzt glaube repräsentativ. Ich glaube da gibt es ganz, ganz viel schlimmere Zimmer. Ähm. (...)
270	Ja, ist nett. Genau, ist, ist einfach hübsch anzusehen, aber es, wie gesagt, es passt ja auch mit
271	den Farben alles gut zusammen.
272	I: Ja. Und in Bezug auf die Geburt an sich, also Du sagtest es gibt jetzt nicht so große
273	Unterschiede, auch was Komplikationen, oder so angeht. Es geht ja auch darum, die aufrechte
274	Geburtshaltung zu fördern, ähm, denkst Du da, es ist sinnvoll - so ein Raum?
275	B1: (...)Für mich ist es nicht so ein großer Unterschied. Also, wenn ich in den anderen Kreissälen
276	bin, kann ich das auch machen, dass die Frau im Vierfüßlerstand entbindet oder, oder sozusagen sich
277	auf das Bett hockt und sich an einem Tuch festhält. Dadurch, dass unsere Kreissäle sonst auch schon
278	alle so ausgerichtet waren habe ich jetzt nicht das Gefühl, dass es jetzt noch ein großer
279	Fortschritt in dem Sinne war. Es ist ganz nett. Ich nehme es gerne mit hin. Aber in den anderen
280	Zimmern geht das genauso gut.
281	I: Hmm. Aber, hast Du denn den Eindruck, dass wenn eine Frau hier rein kommt, dass sie dann eher von
282	sich aus das schon macht? Also sich irgendwie anders positioniert? Oder, ist das ähnlich auch, wie
283	in den anderen Räumen, wie sich die Frauen verhalten?
284	B1: Also, viele Frauen, die kommen kennen das garnicht anders, das man sich für das CTG hinlegt,
285	weil sie es aus den Arztpraxen garnicht anders kennen. Da ist es immer: "Leg Dich hin!" Und viele
286	Frauen gehen intuitiv sofort und legen sich hin. Ähm, wobei das bei mir eine grundsätzliche Frage

MAXQDA 2018

22.12.2019

287	ist. Wenn eine Frau zu mir kommt in den Kreissaal, dann frage ich immer: "Willst Du sitzen, stehen
288	oder liegen?" Das ist immer meine Standard-Frage. Viele antworten dann mit: "Oh, das geht auch
289	anders?" Ja. So. Und viele nutzen das dann auch anders. Also, viele sitzen dann auch sehr gerne. Ähm.
290	Aber da das für mich auch standard ist, das egal in welchem Zimmer ich bin, das zu fragen, ist das
291	für mich jetzt auch kein großer Unterschied.
292	I: Okay. Hmm hmm. Okay, ähm, dann so zum Ende des Interviews: Was würdest Du denn vielleicht ändern,
293	wenn Du könntest?
294	B1: Das sind wirklich nur diese arbeitspraktischen Dinge. Ich würde für diese Extra-Möbel gerne
295	einen Wagen haben, dass ich die schneller hin und herschieben kann, denn, für mich ist es auch so
296	dadurch, dass sie doof auf dem Boden sind, ich muss sie auch selber putzen, wenn die Frauen weg sind.
297	Ich muss jedes Teil einzeln anfassen und putzen. Das finde ich sehr lästig, aber gehört ja nunmal
298	mit dazu. Von daher hätte ich gerne irgendeinen Wagen, wo man die einfach draufstellt und dass man
299	sie dann im Zweifel einfach rausschieben kann und ich dann nicht alles putzen muss und wie gesagt
300	das Bett würde ich gerne oder diese Pritsche oder wie auch immer man die nennt (beide lachen), ja,
301	hätte ich gerne so, dass die irgendwie höhenverstellbar ist, dass wenn, wenn es irgendwelche
302	Not-Geschichten im Zweifel gibt, dass ich dann doch auch irgendwie nicht noch erst umziehen muss auf
303	das andere Bett und ähm (...) dass es für mich auch arbeitstechnisch irgendwie besser ist, dass es
304	dann höhenverstellbar ist, dass ich nicht da unten rumarbeiten muss, sondern einfach auch an meinen
305	Rücken denken kann.
306	I: Ja, verständlich. Okay, ähm, hast Du noch irgendetwas zu ergänzen, was wir noch nicht besprochen
307	haben oder was in Deinen Augen zu kurz gekommen ist?
308	B1: Nö. Alles gut.
309	I: Okay. Ja, dann danke ich Dir erstmal vielmals!

Anhang 5: Interview 2

MAXQDA 2018

22.12.2019

Interview 2

1	I: Dann würde mich auf jedenfall interessieren, wie siehst Du denn die Philosophie der geburtshilflichen Abteilung der
2	KLINIK?
3	B2: Also ich hab damals tatsächlich nach der Ausbildung hier angefangen, weil es schon damals drum ging möglichst die
4	natürliche Geburtshilfe zu fördern, zu unterstützen. Ich finde es ist eine familienfreundliche Geburts- oder eine
5	frauenfreundliche Geburtshilfe. Und es war die erste Klinik im Umkreis von Hamburg die wirklich so breite Betten hatten,
6	wo Frauen sehr selbstbestimmt entbinden durften. Und nachdem ich in der KLINIK X gelernt habe und das Andere
7	kennengelernt habe, war das echt eine, die Erlösung. Und, äh, aus dem Grund bin ich auch geblieben, weil das finde ich
8	immernoch sehr individuell, sehr frauenfreundlich ist. Ich finde so natürlich Geburtshilfe, Geburt ist nie irgendwie
9	sanft oder die Natur ist auch gewaltig. Es ist nicht immer schön, aber ich finde, wenn man Frauen ernst nimmt und auf
10	die Wünsche eingeht, äh, finde ich es, entspricht es einfach meiner Philosophie über Geburtshilfe. Das heißt aber nicht,
11	dass ich ein Freund jetzt bin, wenn Frauen jetzt kommen und sagen, "Ich möchte einen Wunschkaiserschnitt!", den geplante
12	würde ich immer, die normale Geburt versuchen zu überzeugen.
13	I: Okay. Und, ähm, wie stehst Du denn zur Studienteilnahme der KLINIK hier an der Be-Up-Studie?
14	B2: Ich finde das total gut, weil das passt in die geburtshilfliche Philosophie, finde ich, der Klinik gut rein. Und, äh,
15	was ich auch gut daran finde, dass der Fokus auch beim Personal, also bei mir und bei anderen vielleicht doch noch mal
16	mehr auf dieses gelegt wird: "Holt die Frauen aus den Betten raus. Lasst denen mehr Bewegungsfreiheit." Nicht nur im
17	Be-Up-Raum, sondern hier in jedem Raum und, dass man einfach nochmal wieder neu darüber nachdenkt. Ich glaube das grade,
18	ich sage jetzt einfach mal HEBAMME X ist auch eine von den alten. Das wirst Du mitkriegen! Und, dass gerade wir, die wir
19	diesen Umbruch mitgekriegt haben, äh, die Frauen viel aus den Betten holen. Manchmal denke ich sogar, vielleicht sogar
20	noch mehr, als jetzt jüngere Kolleginnen, die diesen Umbruch nicht so mitgekriegt haben, weil uns das so wichtig ist.

MAXQDA 2018

22.12.2019

21	Und weil wir so froh darüber waren, dass das doch mal anders geht.
22	I: Kannst Du diesen Umbruch noch einmal näher erläutern, was Du damit meinst?
23	B2: Naja, vorher war es wirklich so die Frauen haben gelegen in den Betten. In der KLINIK X durften die Männer nur mit
24	Mundschutz und Kittel rein und äh, es wurde das klassische Pressen, so Kinn auf die Brust, Beine in die Hand und dann,
25	äh,so Anleitung zum Pressen. So haben wir Geburtshilfe gelernt. Jede Frau kriegte in der Ausbildung einen Einlauf, eine
26	Rasur, einen Dammschnitt, und äh, dann sind wir hierhin gekommen und dann war es wirklich so, ähm, alles, das war ja die
27	Zeit, wo ich sag einfach mal, die Frauen der Studentenbewegungszeit die Kinder gekriegt haben. Sehr selbstbestimmt. Die
28	kamen und sagten: "Ich möchte dies nicht. Ich möchte das nicht." Die kamen, was weiß ich, auch mit ihren WG's und hatten
29	klare Vorstellungen. Und Du musstest wirklich alles, was Du gemacht hast, musstest Du argumentieren und sagen, warum
30	Wehentropf, warum jetzt etwas nötig ist und äh, das finde ich auch richtig und gut, dass man etwas tut mit einer
31	medizinischen Indikation und nicht weil es üblich ist. Ähm, genau. Das meine ich so mit dem Umbruch. Dass es wirklich
32	vorher, äh, finde ich, sehr frauenfeindlich war. Also ich finde es wurde über die Köpfe der Frauen entschieden, der Ton
33	war nicht nett. Wir wurden manchmal angeherrscht und, nicht schön. Und dann war es hier eben anders, dass wir sehr auf
34	die Bedürfnisse der Frauen eingegangen sind. Und das entsprach uns jungen Kolleginnen sehr, das anders zu machen.
35	I: Und hast Du den Eindruck, dass jetzt die Be-Up-Studie noch einmal einen Schritt zur, ja, Veränderung beiträgt?
36	B2: Ich glaube, dass vieles irgendwie verloren gegangen ist. Also es ist ein neues, ein anderes Klientel, eine andere
37	Generation, die vieles sehr, die mit viel Vertrauen kommen, aber die Schulmedizin auch so, nicht mehr in Frage stellen
38	und sagen, "man kann ja dies machen und das und alles okay" und mit einer großen Verunsicherung aus den Arztpraxen, dass
39	oft gesagt, schon geraten wird beim großen Kind zum Kaiserschnitt. Dass natürlich über alle Risiken aufgeklärt werden
40	muss, aber dadurch auch das Vertrauen in den eigenen Körper in die, äh, Geburtshilfe, in die normale, natürliche
41	Geburtshilfe ein bisschen verloren geht. Und ich finde die Be-Up-Studie trägt auch nochmal dazu bei, dass

MAXQDA 2018

22.12.2019

	normale,
42	natürliche der Geburt in den Fokus zu rücken und, äh, einfach zu zeigen, Geburtshilfe - man darf da vertrauen. Und man
43	kann der Natur den normalen Lauf lassen und wir sind im Hintergrund. Im Hintergrund, ja auch die Medizin, sind wir da
44	und passen mit auf. Und ich glaube dafür ist es gut, das wieder in einen Fokus zu rücken. Das hat sich über die Jahre
45	einfach doch wieder verschoben. Irgendwann kam es, oder wir haben ja diese Sektiozahlen 30 Prozent, das ist natürlich
46	hoch. Also, als ich ausgelernt war und auch schon da, war es eigentlich bei 18-20 Prozent. Und dann fragt man sich,
47	"Warum ist es jetzt so hoch?" und "Ist es nötig?". Und es ist, finde ich, die Studie unterstützt nochmal wieder zurück
48	zu einem gesunden Selbstvertrauen auch bei den Frauen zu kommen und zu sagen: "Ich darf ganz normal mein Kind kriegen
49	und ich muss nicht mit Angst daran gehen und nur die Risiken im Fokus haben."
50	I: Hmm. Okay. Sehr interessant! Dann würde ich gerne mit Dir über die Geburts in dem Be-Up-Raum sprechen. Du sagtest Du
51	hattest ja bis jetzt nur eine - aber das ist ja völlig legitim. Welchen Eindruck hast Du denn bis jetzt machen können
52	bei der Geburt in einem Be-Up-Raum?
53	B2: Also ich finde wir haben ja, muss ich sagen, wir haben ja, auch die anderen Räume schonmal sehr frauenfreundlich und
54	für eine individuelle Geburt gut ausgestattet. Und am Be-Up-Raum ist natürlich so, dass sie, dass der Fokus ist in
55	Bewegung zu gehen, aufrecht zu sein, das heißt auch die Frauen, die an der Studie teilnehmen sind ja dafür sehr offen.
56	Und das finde ich schonmal sehr gut. Und, ähm, ich bin nicht so überzeugt, jetzt kommt das so mit dem Raum, weil ich
57	finde, ich finde es gut, dass so verschiedene Elemente da sind, Schaumstoffelemente. Mit der Snackbar finde ich okay,
58	also, das finde ich auch irgendwie gut. Auch mit dem Bildschirm und der Musik finde ich gut. Ich finde diese
59	Schaumstoffelemente und die Matte für das Personal schwieriger. Also ich, genau bei der Geburt hatten wir sozusagen
60	notfallmäßig nach der Geburt noch eine verstärkte Nachblutung. Und es war, und wir mussten wegen einer Ausschabung noch
61	in den OP rein. Der Frau ging es kreislaufmäßig nicht so gut. Und diese Matte, ich hatte mir auch nicht so überlegt, das

MAXQDA 2018

22.12.2019

62	ist echt nicht so einfach einen Raum so zu gestalten, dass der auch für Notfälle gut geeignet ist. Das heißt wir haben
63	die Matte, die Bodenmatte zur Seite gelegt, um mit dem OP-Tisch direkt neben dieses Schaumstoffbett zu kommen, um die
64	Frau umzulagern. Die war kreislaufmäßig nicht so stabil, dass sie hätte selber gehen können. Und da habe ich gedacht:
65	"Mann! für Notfälle ist das nicht so gut konzipiert." Und ich finde es, also es geht jetzt um die reine Arbeitsweise
66	auch fürs Personal, ich finde auch für ältere Kolleginnen ist es manchmal schon schwierig da oben auch, und unten auf
67	der Matte rumzuturnen. Ich finde es fürs Reinigungspersonal ein Problem, die ja richtig reinigen müssen auch unter der
68	Matte, und gucken müssen, dass wirklich Fruchtwasser und Blut, was überall hinläuft oder hinlaufen kann, dass man das
69	natürlich auch wieder richtig sauber machen kann, finde ich etwas schwierig. Letztendlich finde ich es gut, dass Frauen
70	natürlich da gar keine Möglichkeit haben, da sich großartig hinzulegen. Ich finde es aber auch für hinterher fürs Bonding
71	nicht so ideal. Also ich hätte mir tatsächlich eine etwas höhere, vielleicht so eine höhere wie so eine Spielwiese
72	bisschen höher, aber mit allen Möglichkeiten auch aufrecht zu sein, vielleicht gewünscht. Aber auch so konzipiert, dass
73	man mit einem OP-Tisch für Notfälle daneben fahren kann und relativ einfach umlagern kann. Und relativ einfach umlagern
74	kann. Also ich glaube das ist einfach noch ausbaufähig. Dass man nochmal über die, die Ausstattung mit Matten und
75	Schaumstoffelementen, ja, bisschen nachdenken kann.
76	I: Du hattest ja jetzt eine, sage ich mal, sehr spezielle Geburtserfahrung in diesem Geburtsraum, deshalb kannst Du ja
77	jetzt auch nicht so sagen, ja Geburten sind dort eher so und so und Geburten sind hier eher so und so, aber
78	B2: Naja, ich habe den Notfall ja erst hinterher gehabt. Also die Geburten selber war in, im Vierfüßler, also sie hatte
79	auf dieser Matratze, äh, war wirklich eine aufrechte Haltung. Also, vom Geburtsverlauf her, war das alles super. Also
80	das kann man schon sagen. Es war eine gute Geburt. Es lief alles glatt. Und, die Frau war damit sehr zufrieden. Es war
81	einfach dann erst später und auch erst nach der, auch die Plazenta kam ganz normal, das hat sich erst später entwickelt.

MAXQDA 2018

22.12.2019

82	I: Ah, okay.
83	B2: Also deswegen war die Geburt selber lief gut und glatt und ich, äh, auch die Frau und der Mann, das kriegen wir
84	schon hin! Auch mit dem Bonden. Das ist dann so ein bisschen anders, nicht so auf einem Bett gemeinsam, sondern die Frau
85	meistens doch irgendwie, dass sie sich auf der Bodenmatte daneben auch beide. Also das ist, wir hatten das ganz nett.
86	Also die hat dem auf dem Bett da mit ihrem Mann zusammen so gesessen. Also das ging alles gut.
87	I: Und, ähm, würdest Du sagen, dass sich Deine Hebammentätig an sich unterschieden hat, von der Tätigkeit in diesem
88	Raum? Also, was zum Beispiel medizinische Untersuchungen angeht, oder die Dauer der Geburt auch, oder ob Deine
89	Anwesenheit zum Beispiel mehr oder weniger von Nöten war?
90	B2: (...) Ich glaube nicht. Was einfach Spaß bringt, ist dass die Frauen wirklich dadurch, dass sie sich für die Studie
91	entscheiden und auch so aufgeklärt werden, dass es um möglichst, also um zu gucken, ob aufrechte Haltung sich positiv
92	auswirkt, dass die selber eine größere Bereitschaft haben, alles auszuprobieren und aufrecht zu sein und das aber auch
93	bei den Frauen ist, die bei den anderen Räumen entbinden. Dass das dadurch, finde ich, einfach, äh, die Bereitschaft zu
94	sagen, "Ich geh aus dem Bett raus. Ich bin aufrecht." und, und wir haben natürlich da einen großen Einfluss, weil wir
95	auch die Frauen ermuntern, und sagen "Mensch, komm doch nochmal raus! Und geh doch nochmal in die Aufrechte!" und so.
96	Und ich glaube das, dadurch, das unterstützt die Studie noch einmal. Das man in der Arbeit einen größeren Wert auf die,
97	auf wirklich aufrechte Haltung und Medizin im Hintergrund legt. Und dass sich das auch auf die Arbeit in den anderen
98	Räumen überträgt. Ich glaube unser Kreissaal ist dafür so gut ausgestattet, dass wir einfach, äh, nicht so einen krassen
99	Unterschied haben zwischen den Räumlichkeiten.
100	I: Okay. Ja, das ist ja sehr interessant! Sozusagen, ähm, wenn ich das richtig verstanden habe, würdest Du sagen, dass
101	die Studie nochmal eine Art Denkanstoß oder so eine Auffrischung der Thematik mit reinbringt.
102	B2: Genau, ganz genau. Wie so eine Auffrischung nochmal wieder. Und es in den Fokus rückt zu sagen, nā, wir, auch wenn
103	man lange dabei ist, da hat man längst nicht immer, ja, ausgelernt, sondern es geht immer wieder darum,

MAXQDA 2018

22.12.2019

	äh, auch
104	Erfahrung und auch noch einmal neu zu überdenken und zu sagen in wie weit kann ich die Geburtshilfe nochmal wieder
105	irgendwie anders gestalten oder manchmal, Back to the Roots, eigentlich nochmal wieder, das was man in einer bestimmten
106	Zeit, das war ja so die 80er Jahre, was da so im Fokus war und so bisschen verloren gegangen ist, das einfach nochmal
107	wieder herzuholen und zu sagen: "Ja, das ist gut. Und das ist richtig. Und das müssen wir wieder vermitteln an die
108	Frauen!".
109	I: Okay. Hast Du denn Veränderungen bemerkt im Sinne der Zusammenarbeit von Arzt und Ärztinnen und Hebammenteam? Also
110	gibt es da Unterschiede oder hat sich etwas verändert?
111	B2: Also, es ist ja so, dass wir mit Ärzten eigentlich fast ja enger arbeiten, dass wir ja immer eine 1:1 oder fast
112	immer eine 1:1-Betreuung haben und daher mit den Kolleginnen manchmal ja garnicht genau wissen, ja wie arbeiten die.
113	Aber ich habe wohl festgestellt, dass im Team nicht alle gleichermaßen das super finden. Also ich glaube viele, aber das
114	ist auch mal kritische Stimmen gibt - ich denke eher weniger. Das finde ich aber trotzdem ganz spannend. Dass es nicht,
115	nicht von allen gleichermaßen angesehen wird. Und ich glaube es fehlt tatsächlich, wenn Du da jetzt so fragst (lacht),
116	fehlt so ein bisschen der Austausch mal in einer Dienstbesprechung, äh, über die Zufriedenheit mit der Be-Up-Studie. Ich
117	weiß, dass einige Kolleginnen auch richtig begeistert auch sind und sagen, wir haben eine Kollegin, mit der wirst Du
118	wahrscheinlich auch sprechen, die hat schon mehr Geburten da betreut und ist wirklich auch ganz angetan, weil sie eben
119	findet, das Tuch hängt genau richtig über der Matte (lacht) und dadurch kann das noch besser genutzt werden, als hier
120	überden Betten (deutet auf das Bett im herkömmlichen Gebärraum). Und, äh, das ist dann auch irgendwie ganz schön zu
121	hören, dass da, dass einfach auch positive Erfahrungen sind. Ich finde es einfach auch super, auch in den
122	Anmeldegesprächen mit den Frauen darüber zu sprechen und die zu überzeugen. Also ich bin da wirklich auch von überzeugt
123	und das finde ich dann auch ganz gut auch, dass man dann auch wirklich sagen kann, äh, unsere Ärzte sind da glaube ich

MAXQDA 2018

22.12.2019

124	aufgeschlossen genug. Die sind von uns gewohnt, dass sie vieles mitmachen müssen.
125	I: Ja, aber ähm. Das heißt die Zusammenarbeiten Hebamme und Arzt oder Ärztin hat sich nicht besonders verändert oder gab
126	es da Veränderungen? Also jetzt auch bezogen auf die Verantwortlichkeiten, oder wie wird miteinander gesprochen?
127	B2: Ich glaube das (...) nein. Also, ich spüre die Veränderung nicht bei mir, weil wir ein offenes Miteinander haben und,
128	und, äh, wirklich, ich habe wirklich das Gefühl wir arbeiten im Team, wir besprechen das gut und, äh, das erfordert
129	natürlich auch nochmal, die Be-Up-Studie fordert das ja auch nochmal, dass man sich gut bespricht und sich
130	(unverständlich). Vielleicht ist es so, dass die Ärzte sich sogar ein bisschen mehr zurückhalten im Be-Up-Raum. Weil sie
131	da auch garnicht, irgendwie (lacht) so einen Platz haben. Aber, das, äh, ja. Da kann ich jetzt nicht 100 Prozent was zu
132	sagen (beide lachen).
133	I: Ne, das sind ja nur so Erfahrungswerte. Hmm Hmm. Okay. Genau, dann hattest Du eigentlich schon angesprochen, die
134	Veränderungen im Hebammenteam, dass manche da sehr pro sind und es aber auch kritische Stimmen gibt.
135	B2: Genau, es ist tatsächlich so, dass auch eine, eine ältere Kollegin weiß ich, das mit der Matte, das ist nicht so
136	einfach, nā? Man kann garkein CTG-Gerät da hinstellen. Die HEBAMME X hat sich fast mal lang hingelegt, weil sie da über
137	diese Matte, über diese Kante da, fast gestolpert wäre und, äh, und, sag mir nochmal die Frage (lacht), die Du hattest?
138	I: Also so Veränderungen im Bezug auf das Hebammenteam? Also
139	B2: Achso, genau. Also ich glaube die, die Begeisterung ist bei einigen groß, aber diese hinderlichen Arbeitsbedingungen,
140	die zum Teil da sind, die nimmt einen ein bisschen den Spaß. Also das man denkt, man, ich muss da letztendlich, ich,
141	irgendwann habe ich gesagt, "Ich latsch da jetzt mit Schuhen drauf." Ich kann nicht immer Schuhe an- und ausziehen auf
142	dieser Matte. Also wenn die Frauen auf dem Bett da liegen, ich will ein CTG schreiben, ich muss doch an die rankommen!
143	Davor liegt die Matte, die will ich aber auch nicht wegnehmen. Also es hygienisch jetzt nicht ganz ok, wenn, wenn wir
144	eine Geburt haben, dann decken wir das alles ab. Dann ist es in Ordnung. Aber das, äh, da habe ich auch noch keine

MAXQDA 2018

22.12.2019

145	Lösung, auch von den anderen Kolleginnen nicht. Weil einige sagen, "Ich kann mir auch nicht ständig die Schuhe an- und
146	ausziehen, wenn ich auf die Matte drauf gehe.". Schuhe aus ist ja auch irgendwie, auch arbeitssicherheitsmäßig ja
147	eigentlich garnicht erlaubt da barfuß irgendwie, also was heißt barfuß - ohne Schuhe! da jetzt zu arbeiten. Das ist ja
148	auch ein Schutz. Und, äh.
149	I: Hat das einen besonderen Zweck, dass die Matte direkt neben dem Bett liegt?
150	B2: Ja! Das hat den Zweck, dass die Frauen, wenn die in den Vierfüßler gehen oder einfach mal wechseln vom Boden auf
151	anderen, dann sollen die nicht über den Fußboden. Die sollen das ja weich haben! Die sollen das bequem haben. Die sollen
152	auch mal wechseln können. Und, die sollen sich eben, oder was weiß ich, mal vor das Bett hocken und da hinten
153	aufstützen. Oder eben auf alle Viere und das Bett als Armstütze nehmen, wo man sich so drauflegen kann. Das entlastet
154	die Handgelenke und ist gut und es würde keinen Sinn machen, für uns, für die Arbeit und die Erfahrung, wie wir so
155	arbeiten, zwischen diesem Schaumstoffbett und der Matte da irgendwie einen Fußbodenspielraum zu lassen. Das macht
156	garkeinen Sinn! Also dann ist so diese Einheit, wo man sagt, die können sich ja auch unten hinkuscheln oder der Mann
157	kann sich, der Mann kann einfach auch auf der Matte und kann, also wenn die Frau vielleicht höher liegt, mit dabei sein.
158	Wäre da irgendwie ein Zwischenraum, wäre für den Mann ja auch der schmalen Matte, also auf dem Bett ja garkein Platz.
159	I: Ja, verstehe. Okay. Wo wir gerade beim Mann sind, was hast Du denn für ein Gefühl oder wie erlebst Du die Eltern in
160	dem Geburtsraum?
161	B2: Ich finde die Männer sind da auch sehr aufgeschlossen. Finde ich eben gut, also dass die, dass die äh, die finden
162	vielleicht noch besser so ihren Platz. Weil die müssen da irgendwie oder sind da auch nah dran und äh, unterstützen ja,
163	wenn die sich entscheiden, entscheiden sich ja beide im Grund für diese Studie und damit ist der Mann einbezogen und
164	finde ich auch nochmal, ist sich vielleicht seiner Verantwortung oder einfach dass er dabei ist, noch bewusster. Äh,
165	genau! Und es ist eine bewusste Entscheidung von beiden. Die Frau trifft ja nicht alleine die Entscheidung "Ich nehme

MAXQDA 2018

22.12.2019

166	daran teil.". Und deswegen ist die Unterstützung von den Männern, glaube ich, etwas größer als im Normalfall, wo sie ja,
167	vielleicht auch ein bisschen desinteressiert sein könnten, nā? Sagen, "Naja, ich komme mit zur Geburt, aber eigentlich
168	bin ich an meinem Smartphone und lass' meine Frau machen." Etwas überspitzt, übertrieben. Und da denke ich ist es schon
169	auch gut, sich ganz bewusst zu entscheiden und das eben gemeinsam mit der, mit dem Partner zu machen.
170	I: Hmm hmm. Und ähm, wenn die Eltern dann das erste Mal in diesen Raum kommen, oder auch später im Verlauf der Geburt,
171	was hast Du da für einen Eindruck, wie sich sich da fühlen? Oder ist da etwas anders im Verhältnis zu den anderen
172	Geburtsräumen?
173	B2: Wir haben tatsächlich bei uns auch Frauen, die nicht teilnehmen, weil ihnen der Raum nicht gefällt. Wir haben den ja,
174	uns entscheiden, dass wir den Raum nehmen, der ein bisschen weiter ab ist, damit da Ruhe ist, damit sie sich wohl
175	fühlen. Der hat nunmal blaue Farben und die spricht nicht jede Frau an. Wir haben ja unterschiedliche Farben in den
176	Kreissälen und es gibt tatsächlich Frauen, die das nicht so gerne mögen und sich wegen des Raumen nicht zur Be-Up-Studie
177	anmelden.
178	I: Wegen der Farbe?
179	B2: Ja, wegen der Farbe und wegen der Ausstattung, die einfach, die anderen Räume ansprechender finden. Ähm, frag
180	nochmal die Frage? (lacht)
181	I: Ja, allgemein so die Erlebnisse der Eltern, wie die so auf den Raum reagieren, und
182	B2: Genau, und andere wieder finden das okay. Also sind aber eigentlich nicht so, wir haben es glaube ich selten, dass
183	Frauen so sind, die sagen: "Ich will aber unbedingt in den Be-Up-Raum." Also weil sie wissen ja, dass sie randomisiert
184	werden, wenn wir sie aufklären und wenn es irgendwie geht, zeigen wir möglichst alle Räume, dass sie wissen, beim
185	Infoabend schon, sprechen wir auch von der Be-Up-Studie und wenn wir Glück haben, können wir alle Räume zeigen und wenn
186	sie sich anmelden zur Geburt, kann man vielleicht noch die zeigen die fehlen und äh, es ist glaube ich extrem selten,
187	dass Frauen sagen: "Oh, ich würde aber unbedingt gerne in den Be-Up-Raum und die anderen finden wir nicht so gut."

MAXQDA 2018

22.12.2019

188	sondern eher, dass die Entscheidung fällt, "Ich nehme gerne an der Studie teil. Ich will das auch unterstützen." Also
189	die wollen das auch gerne inhaltlich unterstützen, weil sie es gut finden, dass es drauf abzielt auch zu gucken, ob man
190	die Kaiserschnitttrate senken kann und ob das zu mehr natürlichen Geburten führt, aber, äh, die sind genauso offen,
191	gerade weil die anderen Räume auch schön sind, dass sie sagen, "Ich nehme da gerne dran teil." äh, weil, selbst wenn sie
192	in einen anderen Raum kommen, ist das kein Problem.
193	I: Ahja, okay. Und, ähm
194	B2: Und, äh, darf ich nochmal einmal?
195	I: Na, klar.
196	B2: Ich finde hinderlich ist, dass die Wassergeburt ausgeschlossen ist. Weil eine Wassergeburt heißt bei uns nicht
197	liegen, sondern es gibt auch Frauen, die im Vierfüßler in der Hocke im Wasser entbinden. Also auch in aufrechter Haltung
198	gehen und das gibt eben doch einige Frauen, die sagen, "Ne, ich nehme da nicht teil oder ich nehme nur teil, wenn der
199	zweite Kreissaal mit unserer Wanne sowieso besetzt ist. Dann würde ich sagen okay, dann nehme ich teil, wenn ich da
200	nicht rein kann. Ansonsten würde ich sehr gerne auch die Option haben, mein Kind auch im Wasser zu kriegen." Und da
201	kenne ich jetzt nicht genau die Hintergründe, wir haben das angesprochen, warum das ausgeschlossen ist - Wassergeburt
202	und Be-Up-Studie.
203	I: Okay. Hmm hmm. Das ist auch sehr interessant. Und hast Du das Gefühl, dass die Eltern da besonders zufrieden sind
204	oder vielleicht mit der Umgebung, die besonders nutzen, von sich aus?
205	B2: (...) Also, ich glaube die drin sind, die sind wirklich zufrieden. Die finden das wirklich gut. Wobei das eben in
206	den anderen Räumen auch nicht (lacht) anders ist, weil wir eben nicht ähm, diese schmale Betten. Und wir stehen manchmal
207	auch bei dem Ausfüllen der Studie, der Unterlagen, wurde das Kreisbett benutzt? Naja, wir haben ja Räume, die haben ja
208	garnicht ein klassischen Kreisbett! Dann ist es immer so ein bisschen das Gefühl, was meinen sie jetzt? Meinen sie nun
209	klassischen Kreisbett oder meinen sie das breite Bett, nä? Also, deswegen sind bei uns glaube ich die Unterschiede zu

MAXQDA 2018

22.12.2019

210	dem Be-Up-Raum nicht ganz so groß. Was sie glaube ich gut finden, wenn sie an der Studie teilnehmen oder was ich auch
211	gut finde, dass sie nach der Studie befragt werden, nā? Das finde ich wirklich gut und ich glaube das gibt den Frauen
212	auch nochmal das Gefühl, äh "Ich werde auch nach der Geburt noch gefragt, wie es war." und äh, das ist glaube ich auch
213	was sehr Positives. Ganz unabhängig von dem Raum, ist es glaube ich sehr positiv, dass auch nach der Geburt noch eine
214	Rückfrage ist und die sozusagen so ein bisschen betreut werden.
215	I: Hmm. Okay. Gut, ähm, dann würde ich gerne mit Dir über den Raum an sich sprechen. Also hauptsächlich auch über die
216	Ausstattung zum Beispiel. Wie findest Du denn die Ausstattung des Be-Up-Raums im Vergleich zu den anderen Gebärräumen,
217	die ihr hier habt?
218	B2: Ich habe mich ja eben schon darüber ausgelassen (lacht), ähm, ich finde es gut mit dem Bildschirm. Ich finde es gut
219	mit der Musik. Ich finde es auch gut so eine Snackbar und stabile Tische und Stühle, wo man sich auch mal aufstützen
220	kann, finde ich gut. Ich bin nicht überzeugt von den äh, also ich bin auch nicht so richtig überzeugt von diesem
221	Sitzsack und ich bin nicht überzeugt von der Bodenmatte. Also, einfach das hat einfach Möglichkeiten für das Personal da
222	rückenschonend und auch was Arbeitssicherheit angeht gut arbeiten zu können - bin ich nicht ganz überzeugt, weil man
223	auch davon ausgehen muss, dass im Team auch ältere Kolleginnen sind, ähm, ja das genau. Und eben nachfolgendes Personal,
224	wie Reinigungspersonal auch ein bisschen Probleme hat. Ich würde mich, ich finde das sonst okay, auch Bodenmatte und so
225	ein Schaumstoffbett. Ich finde, irgendwie auch für das Bonding hinterher, das jetzt nicht optimal. Ich weiß nicht, wie
226	man sich das dann vielleicht noch kuscheliger als Familie zu Dritt machen kann, wenn das Baby da ist. Das man einfach da
227	wirklich so ist, man kann da in aller Seelenruhe bonden und hat es bequem und kuschelig. Ähm, könnte man vielleicht noch
228	irgendwas überlegen. Also, ich kann da jetzt auch noch nicht ganz genau was zu sagen.
229	I: Den Sitzsack, das, äh, wieso ist der nicht geeignet? Oder problematisch?
230	B2: Ja, ich weiß garnicht. Der ist also, die Geburt oder die Frauen, die ich da auch mitbetreut habe, die haben den eben

MAXQDA 2018

22.12.2019

231	garnicht so benutzt, nā? Den benutzen, hatte ich so den Eindruck, eher die Männer (lacht). Und dann weiß ich auch nicht
232	wie es ist, wir haben ja viel mit Fruchtwasser und Blut zu tun und wirklich so, das weiß ich nicht so hygienisch? Ich
233	bin da echt, muss ich mal sagen, das weiß ich nicht so genau, wie gut der sich so reinigen lässt, also vom. Und der ist
234	relativ tief. Das heißt da muss auch eine schwangere Frau da gut wieder raus kommen. Und das ist so, dass ich da denke,
235	"Na, ist der um da wieder um da..." Also ich hab da schon, wir nutzen es ja manchmal auch, wir schreiben da schonmal ein
236	CTG. Auch wenn die noch nicht randomisiert ist, aber sagt, nā vielleicht schonmal eine ambulante Kontrolle. Und die sagt,
237	"Ich würde da gerne im Be-Up-Raum, ich nehme da teil", dass man da auch mal ein CTG schreibt, das äh, das machen wir
238	dann auch schon mal in diesem Sitzsack, aber so dieses Runter- und Hochkommen, also, ja, wenn die fit genug sind geht
239	das schon, nā. (lacht)
240	I: Wo Du das gerade sagst, das ist mir eben entfallen. Bei den medizinischen Untersuchungen, die ihr zwischendurch
241	durchführt, also ihr schaut ja zum Beispiel, wie weit der Muttermund geöffnet ist, gibt es da Probleme, wenn die Frau
242	sich im Be-Up-Raum aufhält und eine bestimmte Position einnimmt, ist es dann für euch schwieriger als in einer anderen
243	Position?
244	B2: Ja, ich habe bislang das eigentlich, also, wenn so eine, sage ich mal, eine normale Untersuchung oder man hat den
245	Eindruck man muss tatsächlich mal in die (unverständlich), äh weil man doch wissen muss, gibt es Besonderheiten, dann
246	mache ich das schon auf diesem Bett, das ist sehr schmal. Also der Mann ist da so ein bisschen außen vor, finde ich. So,
247	der hat dann da die Bodenmatte, aber dann bin ich da ja auch irgendwie im Wege, ähm, ja. Geht irgendwie alles. Stört
248	vielleicht ein bisschen die Einheit Partner und Frau, weil das so schmal ist und der nicht so richtig weiß, wo er da in
249	dem Moment hin muss. Und ansonsten bei Geburten da braucht man ja nicht, eben die könnten, wenn die aufrecht sind. Das
250	kann man ja wenn das Kind kommt, das kann man ja alles, äh, eigentlich in der aufrechten, da dann ertasten -das ist, das
251	geht. Also irgendwie gehts. Mich stört so ein bisschen dieses über diese Matte laufen zu müssen. Also, das

MAXQDA 2018

22.12.2019

	auch bei
252	einer Untersuchung, ich muss letztendlich, würde die Frau ja so, wie es wir hier haben, ja nicht so sein, dass sie halt
253	so mit dem Gesicht zur Tür, sondern die ist abgewandt, natürlich. Damit man ihr nicht, hört sich jetzt blöd an, zwischen
254	die Beine gucken kann, nä. Und das ist auch beim Untersuchen so. Aber das heißt für mich ich muss so wie wir es haben,
255	ich muss da schon, entweder kann ich außen rum laufen, aber irgendwie so einen Schritt auf diese Matte muss ich schonmal
256	machen. Ich kann nicht Matten-fern, ohne irgendwie da drauf zu gehen, kann ich dann da nicht, nicht untersuchen. Also,
257	es ist so ein bisschen, hygienisch ist es so ein bisschen, äh, bisschen problematisch. Ich weiß nicht wie es andere
258	lösen, wir finden es gut, dass es die Einheit hat. Das Bett, ich nenne es jetzt mal das Bett, dieses Schaumstoff, höhere
259	Schaumstoffelement mit der Matte davor, dass es eine Einheit ist. Aber wenn es eine Einheit ist und wir haben es an der
260	Wand, damit auch das nicht so freischwebend im Raum irgenwie ist dieses schmalere, höhere Schaumstoffteil, äh, muss man
261	überdie Matte rüber.
262	I: Hmm. Und hast Du den Eindruck, dass die Frauen dann von sich aus eher eine andere Position, also zum Beispiel die
263	aufrechte einnehmen, weil eben nicht, wie in den anderen Räumen das Bett so im Raum steht?
264	B2: Doch ich glaube, dass dieses schmale Elemente auch doch dazu führt, dass sie von alleine nicht da in irgendwie in
265	unbedingt ins Liegen reingeht, nä? Weil, das irgendwie doch so eine schmale Liege ist, wo ich denke das lädt jetzt auch
266	nicht unbedingt dazu ein sich hinzulegen. Das finde ich gut. Das finde ich gut, aber vielleicht gibts auch die optimale
267	Lösung zwischen Arbeitsbedingungen und den Frauen wirklich auch klar zu machen: "Hier ist nicht der Raum, um sich
268	hinzulegen - hier ist man aufrecht." Aber das, äh, das führt schon dazu. Ich glaube, dass frauen oft, äh, durch ihre
269	Zeit in den Arztpraxen daran gewöhnt sind, dass ein CTG im Liegen geschrieben wird. Und wir hier wirklich oft auch sagen,
270	auch in anderen Räumen: "Na, Du musst hier nicht liegen! Selbst, wenn es eine CTG-Kontrolle ist, Du kannst dabei auch
271	gerne sitzen und äh, oder stehen!" Und das ist irgendwie so, dass sie sich manchmal, wenn man sagt wir wollen nochmal

MAXQDA 2018

22.12.2019

272	ein CTG schreiben, wenn es vielleicht noch garnicht irgendwie ist und die zwischendurch auch spazieren gehen, dass sie
273	immer sich so schnell meinen sie, meinen sie müssten sich hinlegen. Aber das ist glaube ich di Erfahrung der Vorsorge,
274	dass die immer denken "CTG heißt, ich lege mich jetzt hin.". Und da sind wir gefordert zu sagen: "Das ist nicht nötig,
275	nä? Also Du musst jetzt nicht da auf dem Schaumstoffelement, auf dem höheren liegen!". Und ich zum Beispiel mache das
276	manchmal, dass ich ein CTG, dass ich das dann, mir den Stuhl hole. Einfach damit ich nicht immer über die Matte und die
277	Frau einfach ganz normal auf dem Stuhl sitzt. Und wenn es nur um eine CTG-Kontrolle geht, nä? Und ich sage, also ich
278	frage sie, ob das okay ist und manche Frauen können es einfach gut. Die freuen sich auch, wenn sie eine Lehne haben und
279	wirklich einfach sitzen können, nä? Und dann geht es auch sehr gut mit den Stühlen.
280	I: Okay. Gut, ähm, und was hast Du generell für einen Eindruck, wie der Raum auf die Eltern wirkt so mit der ganzen
281	Ausstattung? Also wir hatten da ja eben schon ein bisschen drüber gesprochen.
282	B2: Ja. Ich glaube, dass sie sich schon auch, äh, auch den Unterschied eben sehen und das auch gut finden, dass da eben
283	nochmal ein extra Bildschirm laufen kann, wenn sie wollen. Manche sagen auch: "Ich brauche das nicht. Ich möchte das aus
284	haben." Äh, und eben die Möglichkeit Musik und so eine kleine Snackbar ja auch irgendwie auch gerade bei den Männern
285	(lacht) gut ankommt, nä? Weil die freuen sich natürlich, wenn sie auch bei einer Geburt sich stärken können. Also die
286	Frauen auch. Aber natürlich freut sich auch der Mann, wenn er die Stärkung gleich vor Augen hat und sieht, da darf ich
287	mich bedienen. Und insgesamt, ich finde, ich finde auch wir haben es gut gelöst, dass wir das Kreisbett komplett hinter
288	einem Vorhang verschwinden lassen. Das finde ich auch ganz schön und dass das möglich ist in dem Raum. Und das finde ich
289	kommt auch gut an. Das garnicht irgendwie so Medizin großartig zu sehen ist.
290	I: Wird dieses Kreisbett dann trotzdem noch regelmäßig genutzt oder eher dann nicht?
291	B2: Also, das wird bei uns, also für eine normale Geburt, wenn keine medizinischen Interventionen nötig sind, wird das
292	nicht genutzt. Also es wird benutzt, dass wenn hinterher zum Beispiel genäht werden muss, weil es eine Geburtsverletzung

MAXQDA 2018

22.12.2019

293	gibt und das erkläre ich auch immer, auch beim Anmeldetag oder wenn wir drüber sprechen, das es eben gut ist, dass es da
294	ist, dass ist einfach rückenschonend für die Ärzte. Also auf dem Boden irgendwie eine Dammnah versorgen, oder auf
295	dieser unteren, das ist, da geht es wirklich Arbeitsschutz und rückenschonend fürs Personal zu sagen, das ist nur bei
296	einer ganz ganz kleinen Geburtsverletzung möglich und wird auch gemacht, aber wenn doch irgendwie ein bisschen mehr
297	versorgt werden muss, dann nutzen wir das Kreisbett wie einen Gyn-Stuhl eben, damit es einfach, äh, einfach
298	Arbeitsbedingungen sind, mit denen Ärzte auch umgehen können.
299	I: Aber dann sozusagen nach der Geburt?
300	B2: Ja, nach der Geburt. Nein, wir würden nicht für die normale Geburt auf das Kreisbett umsteigen. Also, das kann ich
301	glaube ich generell sagen, dass es keinen Grund gibt bei einer ganz normalen Geburt ohne PDA, ohne MBU und solche Sachen,
302	dass wir da das Kreisbett benutzen. Das machen wir nicht. Das bleibt wirklich hinter dem Vorhang.
303	I: Gut, ähm, würdest Du denn abschließend vor dem Hintergrund dessen, würober wir bisher gesprochen haben und was Du mir
304	erzählt hast sagen, dass sich die Intervention alternativ ausgestatteter Gebärraum als sinnvoll erwiesen hat?
305	B2: Ich finde das gut. Also ich finde das gut, weil das einfach den, also auch grad bei uns, den Gedanken der möglichst
306	natürlichen normalen Geburt unterstützt. Und, äh, genau. Und auch bei vielen die, also wir sind, oder ich bin eine die
307	mit am längsten da ist und das bewusst auch gemacht hat um eben so eine Geburtshilfe zu machen. Und ich denk auch hier,
308	wir ziehen natürlich auch gerade Hebammen an, auch neue, die das gut finden und richtig finden. Und ich finde es auch
309	gut, dass dann die auch jüngere Ärzte, die hier Ausbildung machen, dass die das als selbstverständlich dann erleben,
310	dass Frauen eben nicht im Liegen ihr Kind kriegen, sondern dass die aufrecht sind und auch ein bisschen mit rumturnen
311	müssen. Also die müssen natürlich, wenn irgendwas ist auch mit auf den Boden und wissen, dass es aber ganz normal ist.
312	Also das es nichts Besonderes ist, sondern, dass das Normalität ist für eine Geburt. Und das finde ich einfach gut.
313	Dass das eben, das würde ich mir dann wünschen, dass es eben generell dann so ist, dass die aufrechte Haltung die

MAXQDA 2018

22.12.2019

314	normale ist. Und das andere, dass man sich fast rechtfertigen muss, warum liegt die Frau und warum ist die nicht hoch,
315	nä? Und manchmal sind es auch die Ärzte, die bei uns sagen: "Hol die Frau mal bitte aus dem Bett. Lass sie doch nochmal
316	auf den Hocker. Oder lass sie doch nochmal aufrecht." Das kann auch mal sein. Finden wir auch gut, dass es auch so
317	unterstützt wird.
318	I: Okay. Und wenn Du irgendetwas an der Studie, an dem Raum ändern könntest, was wäre das?
319	B2: Das geht nur um die wirklich. Gut die Farb - ich finde die Farbgestaltung, ich finde die Auswahl zu wenig. Mir
320	fehlen die warmen gelben, gelbe warme Farbtöne. Wir hatten nicht so viel Auswahlmöglichkeiten in der Farbgestaltung der
321	Matratzenbezüge. Das finde ich, fand ich nicht so gut. Also da würde ich mir mehr Auswahl wünschen. Und vielleicht
322	tatsächlich dann, gut das geht bei einer Studie nicht, die Arbeitsbedingungen. Das ein bisschen mehr der Fokus ist auf:
323	Wie handle ich die Notfälle da? Wie sind die Arbeitsbedingungen für Hebammen? Wie löse ich die Hygiene-Probleme? Das man
324	eben, im Moment sag ich, muss man über diese Bodenmatte. Ich habe da noch keine bessere Lösung. Und die Matte immer zur
325	Seite schieben ist ja auch arbeitssicherheitsmäßig und für die Gesundheit der Leute ja nun nicht der Hit, dass ich da
326	immer eine Matte hin und her ziehe. Das kann man sicher noch alles ein bisschen optimieren. Das fände ich ganz gut. Also
327	auch Farbgestaltung würde ich mir da noch ein bisschen wärmere Töne wünschen.
328	I: Okay. Ähm, da wir nun zum Ende des Interviews kommen, würde ich Dich gerne noch fragen, hast Du noch irgendwas zu
329	ergänzen, was in Deinen Augen zu kurz gekommen ist oder was wir vielleicht noch garnicht angesprochen haben?
330	B2: (...) Ich glaube nicht. Höchstens dieses: Wie überzeugt man Frauen auch daran teilzunehmen? Ähm. Das ist ja in einem
331	Klinik-Alltag, man hat ja nicht unendlich viel Zeit. Ich finde hier gelingt es relativ gut viele Frauen zu überzeugen,
332	ähm.Ja. Vielleicht reicht das so auch. Was da an Info-Material und was sie sich im Internet angucken können. Also ich
333	finde das wirklich gut mit der Studie und würde am liebsten jede Frau überzeugen! Und da ist ein Kriterium ist das
334	tatsächlich mit der Wassergeburt. Weil da relativ viele Frauen mit dem Wunsch nach Wassergeburt kommen und die können

MAXQDA 2018

22.12.2019

335 dann nicht teilnehmen. Das finde ich persönlich schade. Also da zu überlegen, wie kriegt man möglichst alle Frauen rein

336 in so eine Studie?

337 I: Okay. Ja! Dann erst einmal vielen Dank!

Anhang 6: Transkript 3

MAXQDA 2018

22.12.2019

Interview 3

1	I: Gut, dann kannst Du mir sicherlich viel darüber erzählen, wie die Philosophie in der Geburtshilfe hier in der KLINIK
2	ist?
3	B3: Ja, wir waren vor 37 Jahren schon das Klinikum am Rande der Stadt, wo man natürlich entbinden konnte. Die Frauen
4	durften hier so ihre Kinder kriegen, wie sie wollten. Das heißt, damals war es ja noch so, dass viele kontrollierte
5	Geburten gemacht wurden. Den Frauen wurde viel abverlangt eigentlich gegen ihr normales Gefühl. Sie durften sich hier
6	bewegen mit mal, wir führten die großen Betten mit ein, wir haben die Tücher über den Betten eingeführt und die Paare
7	durften zusammen bleiben. Es gab damals noch Rooming-in - teilweise nur. Und das war bei uns selbstverständlich. Also
8	auf den Stationen auch. Und alles das, was so quasi eine Familie zusammenführen soll, das gab es hier. Deshalb hatten
9	wir auch 1270 Geburten zu den Hochzeiten.
10	I: Hmm, okay. Also würdest Du die Philosophie so beschreiben, dass es sehr frauenfreundlich ist?
11	B3: Ja, ganz klar.
12	I: Hmm, okay. Und wie stehst Du persönlich zur Studienteilnahme?
13	B3: Ähm, zuerst habe ich gedacht: "Hmm, diesen Theoriekram?" Und ich hatte das Gefühl wir machen schon ganz vieles. Was
14	ich gut finde ist, dass es endlich mal auch schriftlich gestgehalten wird. Das heißt, es ist eine randomisierte Studie,
15	man kann wirklich sehen: was bringt es? Bisher war es ja so: "Oah, natürliche Geburtshilfe ist ja nett, aber es -
16	heutzutage gilt ja nur, was auch wirklich mit Studien festgehalten wird. Nicht meine Philosophie, aber es ist der
17	Zeitgeist! (lacht)
18	I: Okay. Und wie hast Du die Stimmung im Team dazu empfunden?
19	B3: Wir waren ein offenes Team glaube ich immer dafür. Es gab ein paar kritische Stimmen, ob das Merharbeit bedeutet,
20	aber ansonsten sind wir ein tolles, offenes Team auch.
21	I: Und wie haben sich die kritischen Stimmen entwickelt?
22	B3: Na, also ich denke sie machen es alle überzeugend mit.
23	I: Hmm, okay. Dann würde ich gerne mit Dir über die Geburt an sich sprechen: Welche Eindrücke hast Du

MAXQDA 2018

22.12.2019

	da bisher gewinnen
24	können in dem Be-Up-Raum?
25	B3: Ich habe bisher, ich habe schon überlegt, ich glaube sechs Frauen in der Studie, sechs Frauen mit rein - also
26	randomisiert - und hatte nur zwei im Be-Up-Raum. Das heißt vier wurden anderen Räumen zugeordnet. Ähm, die Frauen im
27	Be-Up nutzen auch die Liege. Das heißt sie legen sich auch gerne hin. Ähm, die verschiedenen Möglichkeiten, also der
28	Sitzsack wird eigentlich garnicht angenommen, da flotzen sich die manchmal sich die Männer sich vielleicht rein (beide
29	lachen). Ansonsten so die Bewegungsmöglichkeiten mit den Würfeln, mit dem Bett. Schwierig ist in diesem Bett wirklich
30	eine halbsitzende Lage für die Frauen zu machen. Da muss man ziemlich rumdoktern. Alles rutscht so ein bisschen weg. Und
31	wenn die Frauen halt am CTG so halb sitzen, also 45 Grad, wie es ja auch gerne gewünscht ist, dafür reicht dieser Keil
32	nicht, der da ist. Dafür sind dann, hab ich oft die Männer dann hinter gesetzt. Aber das ist für die CTGs zwischendrin -
33	so eine halbe Stunde kann ganz schön lang sein.
34	I: Und müssen die während des CTGs dann wirklich in dieser Position sitzen?
35	B3: Ne, aber sie möchten es oft.
36	I: Ah, okay.
37	B3: Das ist von den Frauen oft gewünscht. Also es gibt Begungsfrauen, bei denen ist es kein Problem stehend oder gehend
38	auch die CTGs anzulegen, aber es sind viele die sagen: "Oh, ich leg mich hin fürs CTG."
39	I: Hmm hmm.
40	B3: Also jetzt auch Frauen, die nicht an der Studie teilnehmen, sondern wenn hier der Bär brummt, dann sind ja auch
41	normale Geburten hier in dem Kreissaal.
42	I: Hmm, und was meinst Du woran liegt das, dass sie sich gerne hinlegen möchten?
43	B3: Hach, tja. (...) Ausruhezeiten? Sie meinen sich legen zu müssen? Ich kann es Dir nicht sagen. Weil sie es vom Arzt
44	immer gewohnt sind auf der Liege zu liegen, vielleicht?
45	I: Hmm hmm. Und hast Du den Eindruck, dass zum Beispiel der Raum die Dauer der Geburt oder die Notwendigkeit
46	medizinischer Interventionen begünstigt, oder fördert, die verlängert?

MAXQDA 2018

22.12.2019

47	B3: Also, ich glaube nicht dass der Raum die Zeiten verlängert, sondern eher ja durch die Bewegung verkürzt. Die Frauen
48	sollen sich ja gerne viel aufrecht bewegen und das weiß man ja eigentlich, das begünstigt auch die Geburtsdauer, das es
49	halt nicht so lange dauert.
50	I: Hmm, hattest Du auch so den Eindruck bei den Geburten, die Du dort hattest?
51	B3: Ja, ich glaube eine, eine ist im Kaiserschnitt geendet, aber das lag an den pathologischen Herztönen dann. Also das
52	lag nicht an der aufrechten Haltung, sondern da waren Nabelschnurprobleme dann.
53	I: Hmm hmm. Und bezogen auf Deine Tätigkeiten als Hebamme sind die unterschiedlich zu Deinen Tätigkeiten in anderen
54	Geburtsräumen hier? Zum Beispiel in der Art und Weise der Durchführung oder hast Du das Gefühl, oh ich werde garnicht so
55	viel gebraucht, wie in den anderen Geburtsräumen, zum Beispiel?
56	B3: Hmm, das kann ich nicht sagen (lacht). Also ich bin auch keine Hebamme, die auf den Frauen glückt, sondern ich
57	versuche, dass die Frauen entwickeln, was ihnen gut tut. Das heißt auch in den anderen Räumen versuche ich mich nicht so
58	viel einzumischen. Die Frauen zu motivieren aufrecht zu gehen. Also, das, wir haben ja zum Glück halt überall diese
59	Tücher auch (deutet auf das Tuch über dem Bett in einem normalen Gebärraum) und hier haben wir auch die Möglichkeit,
60	oder die fahrbaren Betten kann man zur Seite schieben, das heißt ich kann sie hier auch viel sich und ihrem Körpergefühl
61	überlassen. In dem vierer Kreissaal, ähm, was, also vierer Kreissaal heißt der Be-Up-Raum, der ist oft von den Männern
62	wunderbar angenommen worden, weil da die Kaffeemaschine drin steht (lacht), man solls nicht glauben! Aber, so, quasi
63	dieses Luxusgefühl? Auch Männer, die halt nicht an der Studie teilgenommen haben: "Och, wie schön!" (beide lachen) Ja,
64	ähm(...) die Frauen zu betreuen, wir machen ja hier in der KLINIK auch sehr gerne 1:1-Betreuung, dadurch, dass es nicht
65	so viele Geburten sind, ähm, von daher sind wir gerne auch präsent für die Frauen, ja. Kann ich nicht nur auf den Raum
66	begrenzen, nā? Präsent heißt auch im Hintergrund präsent, dann nā?
67	I: Sozusagen da, wenn...
68	B3: Wenn sie gebraucht werden.
69	I: Wenn sie gebraucht werden. Hmm, hmm. Okay. Und, wenn Du medizinische Interventionen oder sagen

MAXQDA 2018

22.12.2019

	wir
70	Zwischenuntersuchungen machst, ist es dann schwieriger in dem Be-Up-Raum als in den anderen?
71	B3: Ähm, was ich schwierig finde ist eben dieses bei der Untersuchung zum Beispiel, dass die Frauen auf dieser Matratze
72	eine schlechte Rückenlage haben. Entweder sie liegen dann auch oder eben mit diesem flachen Keil - zu flach für mich -
73	das heißt ich konstruiere dann immer mit ganz vielen Kissen, Stillkissen, äh mit der Rolle dahinter, dass die Frauen
74	möglichst halt aufrecht sind bei Untersuchungen, also so 45 Grad. Oder halt CTGs, wenn sie halt im Liegen oder halt dann
75	Seitenlage. Also von anderen Sachen, was schön ist in dem Be-Up-Raum, ist dass das Deckentuch wirklich, ähm, mit der
76	Bodenmatte zusammen genutzt werden kann, ohne dass, wie in den anderen Kreissälen, ich die Betten zur Seite schieben
77	muss, damit sie eben aufrecht bleiben. Die Matte hat eine geringere Höhe, das heißt es ist leichter für sie die Füße
78	rauf zu stellen, also wenn sie ein Bein aufstellt, um sich besser an das Tuch hängen zu können oder so, das ist in dem
79	Raum leichter. Also von wegen jetzt Interventionen oder irgendwas machen müssen, ich brauche da nicht viel umzubauen.
80	I: Hmm hmm. Und gibt es besondere Herausforderungen als Hebamme?
81	B3: Das Putzen!
82	I: Das Putzen.
83	B3: Das Putzen! Das ist unmöglich, da müsste man eine Stunde extra kriegen! (lacht) Es gibt sehr viele Keile, Kissen,
84	die alle geputzt werden müssen und unser Putzdienst ist nur bis Mittags.
85	I: Ah, okay. Das heißt ab Nachmittags macht ihr das?
86	B3: Genau, ab Nachmittags und Nachts. Und es ist mit der Bodenmatte, noch als Anregung, schwierig, ähm, wir müssen sie
87	quasi immer hoch kippen, um darunter sauber zu machen. Das heißt alles was Randbezirke sind, ist schwierig mit der
88	Hygiene, mit der Reinigung.
89	I: Was meinst Du mit Randbezirke?
90	B3: Diese Betten sind auf Rollen (zeigt auf das Bett in einem normalen Gebärraum). Das heißt ich kann sie wegrollen um
91	darunter sauber zu machen. Auf dieser Matte im Be-Up-Raum, die muss ich anheben um darunter auch sauber zu machen. Nä?

MAXQDA 2018

22.12.2019

92	Also je schwerer sie ist umso körperbelastender ist es.
93	I: Hmm.
94	B3: Für alte Hebammen. (beide lachen)
95	I: Naja, das geht ja dann auch den jüngeren wahrscheinlich so. (beide lachen) Okay, hast Du Veränderungen im Bezug auf
96	die Zusammenarbeit von Arzt beziehungsweise Ärztin und Hebamme?
97	B3: Nein.
98	I: Also was vielleicht die Verantwortung oder den Umgangston oder sowas angeht?
99	B3: Zu dem Be-Up-Raum jetzt im Speziellen?
100	I: Hmm hmm. Oder seit Beginn der Studie?
101	B3: Hmm, nein. Gute Zusammenarbeit finde ich, weil wenn viel zu tun ist auch die Ärzte randomisieren. Und das ist eine
102	Hilfe. Also die Ärzte sind offen auch dafür. Ob es alle können weiß ich nicht, aber die mit denen ich zusammengearbeitet
103	habe bisher, können damit unterstützen. Damit ich Zeit für die Frau hab! Weil das Randomisieren, den Fragebogen
104	ausfüllen auch Zeit bedeutet.
105	I: Hmm. Okay. Geht dafür viel Zeit von Dir in Anspruch?
106	B3: Es kommt sicherlich drauf an, wie oft man das macht. Ich bin eine Teilzeitkraft und von daher ist es einfach, wenn
107	Du das nicht jeden Tag machst...
108	I: Hmm hmm. Okay. Und hast Du im Hebammenteam Veränderungen gespürt, auch so was vielleicht die Sichtweise auf die
109	Geburt angeht oder die Relevanz der Gebärhaltung?
110	B3: (...)Das ist jetzt wieder gemein, aber ich glaube, dass wir alle gut auf Körperhaltung auf Bewegung achten, also von
111	daher denke ich, vielleicht ist es noch mehr in das Bewusstsein gerückt. (...)
112	I: Das heißt sozusagen die Studie dient so ein bisschen zur Auffrischung des Themas? Würdest Du es so sagen?
113	B3: Ähm, also sie kann sicherlich dienen. Ich habe im Team nicht den Austausch explizit, was das Thema betrifft.
114	I: Hmm, okay. Und ähm, wie erlebt Du die Eltern im Be-Up-Raum während der Geburt?
115	B3: Sie sind sicherlich gemeinsam arbeitend, weil auf dem großen Kreisbett der Mann natürlich viel mehr Platz hat sich
116	auch mal einfach daneben zu legen. Und in dem Be-Up-Raum ist es so, dass er aktiver sein muss, weil es einfach zu eng

MAXQDA 2018

22.12.2019

117	ist auf dieser kleinen Pritsche dann. Er muss sich quasi eine andere, einen anderen Platz finden.
118	I: Und wie läuft das dann meistens ab?
119	B3: Meistens ist es dann so, dass sie sich bewegen, die Frau sich dann zum Beispiel an ihn hängt, an ihm stützt, das
120	heißt er ist mehr dabei. Wo manche Männer, es ist nunmal so, einfach sich auf die andere Betthälfte legen und die Frau
121	macht. Also ich glaube so die Interaktion miteinander ist größer.
122	I: Im Be-Up-Raum?
123	B3: Im Be-Up-Raum.
124	I: Und was sind so Deine Erfahrungen bei der Geburt? Wie läuft das ab? Ist das, also ich hab jetzt keine Sichtweise
125	darauf. Magst Du mir einfach ein bisschen erzählen?
126	B3: Kann ich gerne, also Eröffnungsperiode ist sowieso mit viel Bewegung. Das heißt es ist leichter ja auch die Wehen ja
127	auch zu bearbeiten, verarbeiten, wenn die Frauen sich bewegen. Oft müssen die Frauen da wirklich zu motiviert werden,
128	denn auch im Be-Up-Raum, können sie sich einfach auf die Liege legen. Ich weiß nicht warum. Ich glaube so die Generation
129	davor, war mehr so dieses natürliche Geburt mit viel mehr Bewegung. Heute man mehr ja, Du sagtest es, Apps. Man macht
130	sich theoretisch mit allem, setzt sich auseinander, und dieses Gefühl für den Körper, in sich hinein zu horchen und "Was
131	tut mir gut unter der Geburt?" ist bei den, muss ich leider sagen, bei den ganz jungen Frauen nicht mehr so da. Es wird
132	ganz vieles verkopft und Geburt ist eigentlich nur Loslassen. Das heißt die Natur hat es so gemacht, das alles drin ist
133	in uns. Aber durch das Handy-Zeitalter wird ganz viel kontrolliert, aufgezeichnet, durchdacht und weniger gefühlt. Also
134	das ist, jetzt weiß ich die Ausgangsfrage nicht mehr, aber das ist so ein Thema, ein Thema, was mich doll beschäftigt,
135	was die jungen Frauen betrifft.
136	I: Sozusagen das Geburtserleben im Be-Up-Raum im Verhältnis zu den anderen, wollte ich einmal so von Dir einfach frei
137	erzählt haben.
138	B3: Und ich denke mal dadurch, dass die Frauen halt dadurch weniger auf dieser schmalen Matratze halt gut liegen können,
139	sind sie eher zu motivieren auch auszusteigen aus dem Bett, das heißt sich zu bewegen. Sie brauchen immer wieder eine

MAXQDA 2018

22.12.2019

140	Anleitung, weil sie Anleitungen ja durch die Handys, durch die Apps gewohnt sind, eine Anleitung, "Was kann ich denn mit
141	diesem Würfel machen? Was macht ich denn am Tuch? Was mach ich denn? Welche Körperhaltung kann ich ausprobieren?" Das
142	heißt die Anleitung ist immer noch sehr sehr wichtig.
143	I: Trotz der Umgebung? Das heißt, wenn die reinkommen, dann, ja, wie verhalten die sich meistens Deiner Erfahrung nach?
144	B3: Setzen sich erstmal in die Ecke an den Tisch. (lacht) Also dieses Ankommen. Wenn eine Frau ankommt zur Geburt, dann
145	ist es so, dass wir mit einem CTG beginnen, das heißt wir schauen, wie geht es dem Kind? Wie ist die Wehenlage? Und dann
146	danach halt die Frauen motivieren sich zu bewegen. Und dann wäre es ja schön, wenn sie selber den Raum sehen und können
147	selber sagen, "Das will ich und das will ich". Frauen, die sich mit Be-Up auseinander gesetzt haben, kennen das Thema
148	und wissen die aufrechte Haltung soll damit unterstützt werden. Ich denke denen fällt es auch leichter, wenn die sich im
149	Vorwege schon auseinander gesetzt haben, darauf einzugehen. Ansonsten finde ich sind wir Hebammen immer noch sehr
150	wichtig ihnen Ideen zu geben.
151	I: Hmm, okay. Das heißt Du würdest sagen dass die Ausstattung alleine von dem Raum nicht ausreicht um die Frauen eher
152	dazu zu bewegen in aufrechter Haltung zu gebären? Habe ich das richtig verstanden?
153	B3: Hast Du richtig verstanden! Ich denke, dass viele Frauen halt, ähm, ja so bestimmte, gewisse Vorstellungen von
154	Geburt mit sich bringen. Und meine Erfahrung ist, dass der Zeitgeist, ähm, ein bewegungsärmerer ist. Das heißt die
155	Frauen müssen nochmal motiviert werden, dass ja vielleicht Wehen weniger weh tun, wenn sie sich bewegen. Dass ja
156	vielleicht eine Geburt auch schneller geht, wenn sie aufrecht sind. Dass sich dann mehr tut, dass es für das Kind besser
157	ist, weil es in Bewegung ist. Also der Raum an sich alleine würde ich sagen, ne. Sondern in Zusammenarbeit mit der
158	Hebamme.
159	I: Also sozusagen unterstützend kann man das schon sagen?
160	B3: Genau. Genau, weil ich habe ja auch mehr Möglichkeiten ihnen anzubieten. Ich kann sie ja drauf hinweisen, "Du kannst
161	mit dem Würfel zum Beispiel, machst Dir ein Türmchen und stützt Dich oben drauf." Oder: "Stell doch mal

MAXQDA 2018

22.12.2019

	Dein Bein hin
162	auf das Bett, während Du Dich an das Tuch hängst." So also Anregungen was, was sie machen können.
163	I: Hmm hmm. (...) Gab es denn noch Veränderungen im Hebammenteam? Gab es da eine Entwicklung, die stattgefunden hat,
164	vielleicht?
165	B3: Hmm, wir haben uns auch mal ausgetauscht, gerade über den Fragebogen, vielleicht kommst Du da ja noch hin? Zu den
166	Fragebögen? KOMmt das noch?
167	I: (schüttelt den Kopf)
168	B3: Ähm, was uns immer schwer fällt ist so die Schulbildung der Frau einzutragen. Das ist so unwichtig für uns, so spät
169	hinten. Sonderndas wäre so eine Anregung, dass vorne in diesem Anfangsbogen mit einzutragen. Nach der Geburt zu fragen:
170	"Welche Schulbildung hast Du?" Das wird oft vergessen, man muss extra nochmal nach vorne auf die Station und das
171	nachzufragen. Es gibt ja einen Eingangsbogen, den die Frauen vorher auch ausfüllen können, wo die Einwilligung des
172	Mannes eingeholt wird, und und und, und ich finde da kann die Schulbildung gerne rein, weil das nach der Geburt so
173	unwichtig ist.
174	I: Hmm, ja, das verstehe ich. Und, wenn man jetzt zur Ausstattung des Be-Up-Raums, wenn wir darüber einmal sprechen, wie
175	findest Du die Ausstattung des Raumen im Vergleich jetzt zu den anderen.
176	B3: Ähm, ich merke, dass dieses, dass der Fernseher oder der Bildschirm mit den Aufnahmen unterschiedlich angenommen
177	wird. Manche finden, es gibt ja, es gibt wohl zwei, aber ich kann immer nur diesen einen irgendwie in die Gänge kriegen,
178	und dieses Wasserplätschern, was die ganze Zeit plätschert, wird unterschiedlich aufgenommen. Manche Frauen finden das
179	so nervig, dass sie den gann auch aus machen. Die Männer spielen natürlich gerne an der Technik rum, da wäre halt eine
180	Vielfältigkeit, also unterschiedliche Sachen auch gut. Und ähm, leichte Musik oder solche Sachen. Ja. Dann die Keile wie
181	gesagt, dass da nicht ein etwas steilerer Keil ist. Und es ist schwierig, wenn sie alle so rutschen aufeinander. Wir
182	haben schon so eine, so eine Noppenmatte, selber mit rein gebracht in den Kreissaal, damit einfach dieses Wegrutschen
183	nicht so ist. Wenn eine Frau auf diesem Keil, auf diesem Würfel das Bein abstellt und die rutscht weg, ist

MAXQDA 2018

22.12.2019

	natürlich
184	nicht schön. Das heißt irgendwas, was dieses Rutschen verhindert. Ich glaube die Bodenmatte, die hat auch Nupsis unten,
185	die ist relativ stabil. Aber auch im Bett, wenn die Frauen wirklich im Halbsitzen die CTGs machen, rutschen diese Keile
186	alle weg und wir müssen immer konstruieren. Der Versorgungswagen, auch bei manchen Männern ganz witzig, aber ich glaube
187	nicht, dass es Voraussetzung sein muss. Ich glaube das ist etwas, was man einsparen könnte.
188	I: Hmm hmm. Und allgemein so der Eindruck im Verhältnis zu den anderen Räumen? Ich meine ihr habt hier natürlich schon
189	sehr schöne Räume.
190	B3: Genau, wir haben sehr schöne Räume! Also, was, was ja bewusst ist, ist dass dieses äh, Querbett, also dieses halbe
191	Bett, wo die Beinhalter auch dran gemacht werden können, im Raum ist, aber versteckt. Das ist ja hinter Gardinen. Und
192	das ist bewusst so gehalten, um quasi diese Technik so ein bisschen außen vor zu haben. Das wird auch angenehm empfunden.
193	Engt natürlich den Raum auch ein bisschen ein, aber, ähm, das Bett ist nicht so präsent. Die Ärzte wollten es gerne
194	trotzdem im Raum haben, falls eine schnelle Intervention nötig ist. Dann kann man da schnell zum Beispiel eine
195	Saugglocke machen oder man kann auf dem Bett halt die PDA auch machen, die ja auch bei Be-Up möglich ist.
196	I: Ich wollte gerade sagen, geht das auf dem anderen Bett nicht?
197	B3: Nein. Das geht nicht. Erst einmal ist die Matratze zu tief. Das ist ja, äh, ich glaube es ist auch ein operativer
198	Eingriff unter sterilen Bedingungen und das geht nicht, dass der Arzt das dann auf dem schmalen macht. Aber man kann das
199	Bett dann halt kurz nutzen für die PDA und die Frauen stehen wieder auf. Die bewegen sich ja auch mit einer PDA - in der
200	Regel. Wenn sie nicht zu erschossen sind. Wenn sie völlig K.O. sind dann schlafen sie auf dem Bett auch erst einmal eine
201	Runde.
202	I: Hmm, okay. Und was hast Du für einen Eindruck, wie wirkt der Raum auf die Eltern?
203	B3: Die Frauen, die sich für die Be-Up-Studie entscheiden, also in die Randomisierung rein zu gehen, die kennen den Raum.
204	Und dann sagen sie offen: "Find ich gut!" Also das würde ich auch, nā, würde ich auch wollen. Das heißt, ich glaube sie

MAXQDA 2018

22.12.2019

205	sehen schon, dass da mehr Möglichkeiten sind sich zu bewegen und es suchen auch dann bestimmte Frauen aus. Das heißt
206	nicht jede Frau möchte in dem Kreissaal auch entbinden.
207	I: Und was sind Deine Erfahrungen welche Art von Frauen sind das?
208	B3: Die da nicht entbinden wollen oder die entbinden wollen?
209	I: Die dort entbinden wollen.
210	B3: Die entbinden wollen, sind die, die sich auch Bewegung vorstellen können. Das heißt sie sind, sie sehen da
211	verschiedene Möglichkeiten mit den Keilen und die Bilder an der Wand, die, da ist ja diese Frau, die die bestimmten
212	Körperhaltungen da macht. Vielleicht motiviert es sie auch, dass sie sich vorstellen können, da dann eben auch
213	verschiedene Bewegungen zu machen. Ich muss sagen dieses Poster mit der Frau, die halt vier verschiedene Stellungen
214	zeigt, am Anfang habe ich gedacht: " Wie blöd ist das?" Aber ich glaube manche Frau kriegt eine Idee vielleicht daraus.
215	Das doch vielleicht mal auszuprobieren.
216	I: Und wie ist allgemein dann so die Reaktion? Wie werden die einzelnen Elemente vielleicht genutzt? Oder Du sagtest
217	jetzt schon mit dem Bildschirm das ist ganz unterschiedlich? Und auch das Licht kann man einstellen und solche Sachen.
218	Wie, wie reagieren die Eltern darauf? Was nutzen sie vielleicht besonders?
219	B3: Ähm, das Tuch auf alle Fälle. Die Bodenmatte. Das heißt sie können sich gut vor die, vor dieses schmale Bett knien
220	mit der Bodenmatte. Für uns ist die Handhabung schwierig, weil wenn wir mit einem CTG zum Beispiel an die Frau wollen,
221	dann ist immer Gucken, wie können wir diese Bodenmatte so ziehen, dass wir hinkommen. Also das ist Herausforderung auch
222	für die Betreuenden. Aber für die Frauen ist es so, dass sie halt eine Lümmelwiese auch haben da unten. Das heißt sie
223	können das Keile sich nehmen. Wobei, meine Erfahrung auch ist, sie brauche eine Motivation es zu tun. Sie stehen ja an
224	der Seite. Das heißt sie müssen sie ja auch sich dann nehmen. Vielleicht wäre es etwas anderes, wenn man sie immer schon
225	auf dieser Bodenmatte ja hätte. Das ist dann wieder einfach ein Handhabungsding, glaube ich.
226	I: Das heißt...
227	B3: Sie kommen rein und fühlen sich denke ich auch wohl in dem Raum. Ähm, es gibt verschiedene Möglichkeiten. Jetzt ist

MAXQDA 2018

22.12.2019

228	es ja so, dass wenn eine Frau mit Wehen in den Kreissaal kommt, das könnte eine Besenkammer sein, das wäre ihr
229	eigentlich egal. (beide lachen) Das ist so. Das heißt vieles passiert im Vorwege: ich kenne den Raum, ich weiß was es da
230	gibt. Und ansonsten arbeite ich. Und im besten Fall arbeitet die Frau in sich drin schon. Das heißt ich brauch garnicht
231	viel zu machen. Und dann kann sie jenachdem, was ihr Inneres sagt, sich das Tuch nehmen, sie kann sich die Keile nehmen,
232	sie kann sich auf das Bett stützen. Das heißt es sind Dinge da, die sie aber nicht durchdenken sollte, sondern einfach
233	auch machen können und kann. Und viele Frauen brauche einfach diesen Tick: "Das kannst Du ja machen." Nä? Das heißt sie
234	kommt rein und sieht die ganz vielen Sachen, die dann aber noch theoretisch bleiben erstmal.
235	I: Hmm, okay. Und das gesamte Geburtserleben ist das anders für die Eltern als jetzt in diesem, also in einem anderen
236	Geburtsraum der Klinik?
237	B3: Hmm hmm. Also das Glücksgefühl ist meistens immer da. Aber vielleicht haben sie selber mehr dazu beigetragen durch
238	ihre mehr Bewegung das zu erleben. Wenn das Kind dann da ist zu sagen: "So, ja. Das war meine Geburt. Das war nicht
239	gemacht, also wenn oft auf den halben Betten Kinder geboren werden ist Manipulation dabei von anderen. Und im besten
240	Fall ist im Be-Up-Raum eine Geburt, die von statten geht. Und dieses Gefühl so: "Es war meine Geburt. Ich habe das
241	gemacht."
242	I: Und das wäre eine...
243	B3: Vielleicht begünstigt, also das wäre eine der Sachen, die ich dann auch dem Raum zuordnen kann, wobei ich das auch
244	in allen Räumen möglich mache. (beide lachen)
245	I: Okay. Würdest Du denn vor dem Hintergrund was Du bisher gesagt hast sagen, dass der alternativ ausgestattete
246	Gebärraum sich als Intervention als sinnvoll erwiesen hat?
247	B3: Also, ich empfand das garnicht als Intervention. (beide lachen) Es war schön, dass wir Sachen zur Verfügung gestellt
248	bekommen haben. Das heißt die Be-Up-Studie hat ja die Ausstattung mitgebracht, die wir sicherlich auch weiter verwenden
249	werden in dem Raum. Ähm, (...) ich denke es hat sich immer gelohnt, weil die Auseinandersetzung mit einer randomisierten

MAXQDA 2018

22.12.2019

250	Studie für mich auch neu war, das heißt da habe ich auch selber was gelernt. Die Frauen können mit den Möglichkeiten,
251	die da geboten werden, ich muss auch sagen, ich habe auch schonmal etwas entfremdet in einen anderen Kreissaal, dass ich
252	zum Beispiel eine Höhe brauchte, die einer dieser Würfel halt gibt, also, nää? Weil sie das, was der Raum mir geboten hat,
253	gut war. Das fehlte mir in einem anderen Raum.
254	I: Das heißt Du hast zum Beispiel das eine Element genommen und in einen anderen Raum gebracht?
255	B3: Japp! Weil der Raum nicht besetzt war, habe ich gedacht so der... also, es ist eine gute Anregung, was man eben auch
256	in anderen Räumen integrieren kann. Was dann für diese Be-Up-Studie angeschafft wurde, aber vielleicht ja eben auch im
257	Gebrauch allgemein ganz gut ist.
258	I: Hmm hhm. Okay. Wenn Du irgendetwas an der Studie oder an dem Raum ändern könntest, was wäre das?
259	B3: Der 45 Grad Winkel für dieses halbaufrechte Sitzen im Bett. Etwas, was eben das Wegrutschen verhindert. Ähm, tja,
260	eine Putzfrau, die mitgeliefert wird. (lacht) Also wirklich einfach, wenn wir diesen Raum haben, wäre es schön, wenn wir
261	mehr Putzfrauenstunden hätten, nää? Einfach, weil da viel mehr anfällt als in anderen Räumen.
262	I: Ja, das kann ich mir vorstellen. Okay. Ähm, da wir jetzt zum Ende des Interviews kommen, möchte ich Dich noch fragen,
263	hast Du irgendetwas zu ergänzen, was in Deinen Augen vielleicht zu kurz gekommen ist oder was wir garnicht benannt haben,
264	was Du aber für relevant hältst?
265	B3: Für die Studie? Ähm, vielleicht nochmal der theoretische Teil. Also das, was die Frauen vorher ausfüllen müssen. Das
266	nochmal einfach hervorheben, dass die Schulbildung vorne mit rein kommt. Wir haben es ja kurz angesprochen . Dann
267	hinterher diesen braunen Ordner mitzugeben, also das ist ja alles in diesen Mappen super schön vorbereitet. Ähm, man
268	muss sich bewusst machen, dass wenn man diese Studie macht, die Nacharbeitung des Fragebogens oft, ja, auch Arbeit in
269	Anspruch nimmt. Das ist Zeit. Oft ist es so, dass wenn wir Geburten betreuen, dass die Dokumentation hinterher, das
270	heißt wir dokumentieren erst einmal für uns für die Klinik und dann dokumentieren wir nochmal diesen Fragebogen, das ist
271	schon Arbeitsaufwand!

MAXQDA 2018

22.12.2019

272	I: Hmm. Dazu noch eine Frage: Wenn ihr das macht, also wenn Du, wie gesagt, erst für die Klinik machst und dann für die
273	Be-Up-Studie, sind das nicht auch ähnliche Sachen? Das heißt, wenn Du jetzt auch zum Beispiel in Fragebogen A das
274	abhakst, dass Du es direkt auch bei B machen kannst, auch?
275	B3: Ähm, Du meinst daneben zu legen?
276	I: Hmm hmm.
277	B3: Ne, ich mache es nacheinander. Weil es sonst mit dem Papierkram durcheinander geht. Ne, ich glaube das ist schon
278	nacheinander. Und natürlich, wenn ich es vorher schon geschrieben habe, sind mir viele Sachen noch geläufig. Ich kann
279	die Zahlen, die merk ich mir, weil es ist ja Dokumentation heutzutage immer mehr. Und immer schwieriger.
280	I: Kannst Du einschätzen, wie groß der Aufwand da ungefähr ist?
281	B3: Für die Be-Up-Studie? Oder für Dokumentation allgemein?
282	I: Sowohl als auch vielleicht? Damit ich mir...
283	B3: Also wir hängen auch schonmal eine Stunde an.
284	I: Extra nur für die Studie?
285	B3: Nur für die... na, nicht nur für die Studie, sondern für Dokumentation und dann im Anschluss die Studie, ach, lass
286	mich lügen, eine Viertelstunde ist es schon! Nä? Dann gucken, dass alles vollständig ist. Dran denken, dass Du den
287	brauen Ordner weitergibst. Diese dumme Frage um die Schulbildung immer nochmal einholst (beide lachen). Das ist... und
288	kontrollieren haben sie alles ausgefüllt? Ist alles dabei? Ich habe ja auch schon diese, diese Fragebögen mit
289	nachgearbeitet und weiß, wie aufwändig es ist, wenn nicht alles ausgefüllt ist. Oder wenn es falsch ausgefüllt ist. Nä,
290	also von daher ist die Studie schon auch aufwendig. Aber es ist ja für einen guten Zweck! Wir wollen dadurch ja etwas
291	festhalten, womit wir ständig arbeiten um zu zeigen - vor allem auch für andere Kliniken - (lacht) es lohnt sich!
292	I: Hmm, ja. Okay. Noch irgendwas, was wir vielleicht vergessen haben, oder...?
293	B3: Ähm. (...) Nein ich glaube nicht. Also, ich glaube den Paaren, die daran teilnehmen ist garnicht so bewusst, ähm,
294	was sie auch Gutes damit, was sie Gutes damit machen können, mit der aufrechten Haltung. Das so ähm, so als Beiblatt
295	vielleicht nochmal. Ich weiß es nicht. Ähm. (...) Einfach ähm, noch einmal rauszustellen, wie gut die

MAXQDA 2018

22.12.2019

	aufrechte Haltung
296	wirklich ist. Irgendwann wird ja die Studie ausgewertet und dann werden die Zahlen das hoffentlich geben. Natürlich ist
297	nicht jede Geburt, die im Be-Up-Raum mit einem Kaiserschnitt endet, ähm, etwas was der Be-Up-Raum nicht geschafft hat,
298	sondern es sind ja auch persönliche Schicksale. Und das ist manchmal schwierig, wenn Du halt ja randomisierst, äh, viele
299	Geburten sind im herkömmlichen Kreissaal wunderschön und schnell und klasse, die im Be-Up-Raum natürlich auch schön und
300	klasse. Und die Kaiserschnitte wären auch in dem herkömmlichen Raum gewesen dann. Nä? Das ist Statistik!
301	I: Ja. Und ist es nicht so, dass, also ich habe jetzt keine Erfahrungswerte, Du sagst es liegt ein bisschen auch an der
302	Generation, wie mit dem eigenen Körper umgegangen wird, aber sind die Frauen nicht auch informierter heutzutage? Hast Du
303	nicht den Eindruck?
304	B3: Naja, wenn sie informiert sind, das ist Kopfarbeit.
305	I: Hmm, aber ich meine so allgemein wegen Infos, was Du sagtest, zur aufrechten Geburtshaltung, was die Eltern damit
306	Gutes tun. Wissen das die Frauen eher nicht?
307	B3: Vielleicht wäre das noch einmal eine App, die zu entwickeln wäre. (beide lachen) Das man einfach das nochmal
308	herauszieht. Weil ganz viel finde ich, was in Apps ist, ist ein Zeitfaktor. Es wird, allein diese Stillapps, die es gibt
309	hinterher, diese Wehenapps, die es gibt, all dieses, es ist ein Zeitfaktor, tak, tak, tak. Aber, was Geburt ist, ist
310	einfach nur loslassen. Einfach nur Vertrauen. Und dieses Vertrauen können, finde ich, geht immer mehr zurück je mehr ich
311	kopfmäßig visualisiert auf so einem kleinen Bildschirm mich auf, auf bestimmte Sachen konzentrieren soll. Eine Frau die
312	zum Kind kommt, die zur Geburt kommt, sollte eigentlich mehr auf den inneren Bildschirm gucken und nicht das, was so
313	eine App, was so ein Handy zeigt. Aber das liegt vielleicht auch an meiner Generation, die damit leben muss, dass
314	heutzutage Frauen immer mit so einem Ding in der Hand rumlaufen, auch wenn sie einen Kinderwagen schieben.
315	I: Hmm.
316	B3: Ganz schrecklich! Also Geburt ist loslassen. Und da, da, deshalb vorinformierte Frauen über

MAXQDA 2018

22.12.2019

	Geburtshilfe, über
317	Geburtsablauf, ähm, wünsche ich mir, dass sie eben, die Theorie dann von der Praxis trennen können. Weißt Du was ich
318	meine?
319	I: Das heißt es sollte schon gesagt werden, dass die aufrechte Geburtshaltung eigentlich gesundheitsförderlicher sein
320	kann...
321	B3: Ja.
322	I: ...aber es sollte auch drauf eingegangen werden, was die Frau trotzdem in der Situation für gut befindet?
323	B3: Genau. Es soll nicht vorgeprägt sein: "Das und das und das musst Du machen! Das und das und das und das gehört
324	dazu!" Sondern einfach: "Es gibt die Möglichkeit, es gibt die Möglichkeit. Und Du guckst, was Dein Ding ist!"
325	I: Hmm.
326	B3: Und bei den Apps ist ganz viel.. oder allgemein bei dem Zeitgeist so viel Theorie zu lesen, ähm, dass es schwer
327	fällt, sich auf sich zu besinnen und zu sagen: "Das sind alles nur Anregungen. Ich muss das nicht leisten!" Sondern:
328	"Ich guck wie meine Geburt wird."
329	I: Hmm, okay. Das heißt ja aber eigentlich eine Form der Eigenständigkeit ist sehr wünschenswert und denkst Du, dass der
330	Raum dazu beitragen könnte?
331	B3: Ja! Der Raum kann dazu beitragen, weil er einfach viele Angebote macht. Er macht viele Angebote, was die Frau für
332	sich dann gucken kann, was ihr gut tut.
333	I: Hmm hmm. Ja.
334	B3: Kann man so stehen lassen.
335	I: Das ist doch ein schöner Abschluss! (beide lachen) Okay, gut. Okay, noch irgendetwas, was Dir in den Sinn kommt, was
336	wir noch nicht besprochen haben?
337	B3: Nein. Das war schon viel besprochen finde ich.
338	I: Okay. (lacht) Ja, dann erst einmal vielen Dank!

Anhang 7: Transkript 4

MAXQDA 2018

22.12.2019

Interview 4

1	I: Als Einstiegsfrage würde mich einmal interessieren, wie siehst Du denn die Philosophie in der Geburtseinrichtung der
2	KLINIK?
3	B4: Die war immer so konzipiert, dass man die Frauen sehr individuell angucken wollte. Dass man im Prinzip Geburt als
4	primär natürlichen Vorgang gesehen hat und den Frauen den Raum geben wollte, in klinischer Sicherheit - theoretisch -
5	ihre Kinder kriegen zu können. Also als ich da anfangen waren die Räume sehr Kreissaal untypisch eingerichtet für das was
6	in anderen Häusern sonst immer so war. Und der Chef hat das sehr unterstützt, ähm, der hat sich mit ein paar Hebammen
7	zusammen getan, die gesagt haben: "Wir kommen gerne in die neue, die er umgebaut hatte, Klinik, aber nur wenn
8	Routinemaßnahmen zum Beispiel wie Rasieren, Einlauf und sowas nicht Routine sind." Und das war lange Zeit am Stadtrand
9	von Hamburg eine, eine Möglichkeit, ähm, sehr wenig invasiv primär und, ähm, normal, natürlich entbinden zu können. Also
10	die Leute konnten auch mit mehreren kommen. Es gab wirklich wenig Standardroutine. Und grundsätzlich ist das vom Gefühl
11	her für mich immernoch so, dass man sagt: "Kommt erstmal." Und im Grunde so lange sie nichts pathologisches hat ist
12	alles physiologisch. Und, ähm, das verwässert natürlich, wenn auch das ärztliche Klientel sich auch verändert. Wenn die
13	jetzt neu von irgendwo kommen. Kommen frisch von der Uni. Lernen dann irgendwo medizinischen Kreissaalführerschein. Und
14	dann muss ich mich also mit den Ärzten schon auseinander setzen, bestimmte Dinge verhandeln, aber grundsätzlich ist das
15	so die Philosophie immer gewesen. Und ich glaube, dass das bei vielen Leuten auch noch so ankommt, dass man sagen kann:
16	"Es passiert nichts automatisch, ähm, routinemäßig. Also, wie Braunüle legen, Blutabnehmen kann schonmal passieren, aber
17	Braunüle legen eigentlich zum Beispiel nur, wenn man einen Grund hat und nicht, weil sie den Kreissaal betritt oder so.
18	Das war so bisschen... und auch die Möglichkeiten den Raum anzubieten, waren schon nicht so standardisiert, wie ich das
19	aus anderen Häusern kannte.
20	I: Hmm hmm. Und wie stehst Du zur Studienteilnahme der KLINIK?

MAXQDA 2018

22.12.2019

21	B4: Hmm. Ich fand das eine tolle Idee. Ich hatte am Anfang bisschen Sorge, als ich das Konzept gelesen habe, ähm, ob wir
22	überhaupt einen Kreissaal haben, der so klassisch altmodisch ist, dass man sich mit der Studie sozusagen da abhebt in
23	dem Raum. Und ich hatte Sorge, dass wir sozusagen an den anderen Kreissaalräumen etwas verändern müssten, aber dann hieß
24	es ja, es gibt genug Unterscheidungsmöglichkeiten, sodass man, dass tatsächlich auch die Studie gemacht werden kann. Und
25	habe dann gemerkt durch die Geburten in dem Kreissaal, dass es durchaus eine interessante Alternative ist. Von dem wie
26	die Leute in diesem Raum aufgenommen werden. Ähm, und hatte auch das Gefühl, dass uns das nicht sehr schwer fallen wird
27	das zu bewerkstelligen. Weil unterm Strich meine Geburtsphilosophie sich garnicht so viel verändern muss. Wenn ich im
28	Be-Up-Raum alles machen darf, was nötig ist und zum Beispiel das Bett ja auch da ist, so, und ich nicht den Raum
29	wechseln muss dafür. Das fand ich zum Beispiel immer schlimm - wir hatten in der Ausbildung mal so einen alternativen
30	Gebärsaal gehabt und wenn da irgendetwas nicht mehr ging, muss die Frau komplett den Kreissaal wechseln und das ist
31	schade. Und ich mag das eigentlich, wenn man sagen kann: "Ich kann der Frau alles bieten von A bis Z." Ich hätte da auch
32	gerne Geburtshilfe gemacht allgemein wo ich sage: "Ich komm mit. Du bist jetzt schwanger und was immer geht von
33	Hausgeburt bis zum geplanten Kaiserschnitt begleite ich Dich!" Das geht ja jetzt leider so nicht, aber in so weit finde
34	ich es gut, dass man den Raum nicht wechseln muss. Dass man da alles machen darf, was dann nötig ist. Und insofern fand
35	ich das ziemlich cool! Also auch, weil das ein bisschen auch ein, naja, ein Aushängeschild sein kann für die... und
36	eigentlich das unterstreicht, was wir sonst auch haben.
37	I: Hmm hmm. Und wie Du hast so die Stimmung im Team dazu empfunden?
38	B4: Ich glaube die ist sehr schnell ins Positive gekippt. Und dann war es immer ein bisschen aufregend. Und dieser
39	technische... "Kann ich randomisieren? Darf ich? Wie mach ich das?" Also dieses technische drum rum, davor, ist
40	sicherlich aufregend gewesen und ich es für manche Kolleginnen immernoch. Ähm, ich hatte nun das Glück, dass ich das ein
41	paar mal schon machen durfte und dann ist es natürlich ein bisschen Routine. Was ein bisschen für uns

MAXQDA 2018

22.12.2019

	schwierig ist, ich
42	meine so, wenn man es jetzt... dass wir praktisch keine Vorwehenräume haben. Also wir fangen, machen ja alles sofort im
43	Kreissaal. Und diese Entscheidung: "Ist die Frau aktiv unter der Geburt? Darf ich jetzt schon randomisieren?" Die fällt
44	manchmal nachdem die Frau schon Stunden im Raum, im Haus ist. Und dann musst aktiv mit den Leuten nochmal einen
45	Raumwechsel diskutieren. Und das gelingt manchmal nicht. Also, diese Möglichkeit, dass die Frau gerne mitmachen würde,
46	aber wir dürfen sie ja offiziell nicht zu früh rein randomisieren in den Raum oder überhaupt in die Studie aufnehmen. Und
47	ich habe es schon erlebt, dass eine Frau eigentlich dann gesagt hat: "Ich wollte mitmachen, aber ich will den Raum nicht
48	mehr wechseln."
49	I: Ah, okay.
50	B4: Und man sich dann eben fragen muss: "Was mach ich?" Ja? Bis hin, dass wir dann gesagt haben: "Okay, wir machen dann
51	jetzt einfach... sie wäre jetzt randomisierbar - wir randomisieren jetzt mal!" Und wenn sie im normalen Kreissaal
52	bleiben darf, denn da ist sie grad drin, dann bleibt sie halt. Dann darf sie auch in der Studie bleiben. Und, äh, wenn
53	wir sie in den anderen Raum randomisiert haben, dann darf sie ja ablehnen. Sie darf ja ihre Einwilligung zurückziehen.
54	Das hätte sie ja dann faktisch getan. Und das haben wir tatsächlich auch schon gehabt. Dass man dann sagt: "Okay, sie
55	will nicht mehr wechseln. Aber mal gucken, wo sie dann in der Studie landen würde..." Darf sie in die Studie oder nicht?
56	Sie muss den Raum dann aber nicht mehr wechseln, wenn sie nicht will. Und dadurch hatten wir dann, ähm, das war dann
57	sogar so, dass sie in den Standard-Kreissaal randomisiert war und dann konnten wir sie ja in die Studie aufnehmen, nää?
58	Und wenn sie hätte wechseln müssen und dann gesagt hätte: "Ich wechsel aber nicht mehr!" Ja? Dann, wäre sie halt wieder
59	rausgefallen. Das ist unser Problem! Also, ich weiß von Kreissälen, die haben ein Vorwehenzimmer. Und da ist eine Frau
60	so lange in dem Vorwehenzimmer bis sie aktiv unter die Geburt kommt. Und wenn man dann erst randomisiert, dann kann man
61	ja sagen: "Super, wir ziehen in den Kreissaal um! Mal gucken in welchen!"

MAXQDA 2018

22.12.2019

62	I: Und was wäre Dein Vorschlag, wie man das anders machen könnte?
63	B4: Naja, rein räumlich, äh, grundsätzlich, wenn man so ein Studiensetting bräuchte, bräuchte man einen Vorwehenraum
64	theoretisch. Weil das einfacher ist für die Leute. Oder aber es würde eher diese Möglichkeit geben zu sagen: "Pass mal
65	auf, wenn die Frau jetzt mit vorzeitigem Blasensprung und Wehen oder ohne Wehen und schon bisschen hin und herlaufen und
66	so, äh, erst einmal noch drei, vier Stunden braucht bis sie unter die Geburt kommt, dass es einfach auch akzeptiert ist
67	zu sagen: Okay, man darf dann schon randomisieren oder man randomisiert so mit der Möglichkeit des Ausstiegs. Das fände
68	ich ja dann okay, nā? Zu sagen, gut, dann die Frau noch wählen, ob sie dann überhaupt noch will, wenn das mit
69	Raumwechsel verbunden ist, nā? Also, manche Frauen haben sich ja auch in eine Farbe verliebt. Und sagen: "Und dann muss
70	ich den jetzt in Dunkelblau nehmen? Das ist doch blöd!" Oder so, ja? Einer Frau war der zu bunt - ich weiß garnicht
71	genau wo, aber dann war wahrscheinlich da eine Farbe, da eine Farbe und das passte dann nicht. Ja? Also, die Leute haben
72	manchmal auch Sorge, dass sie dann doch nicht so frei sind, wie sie wollen und wollen dann nicht an der Studie
73	teilnehmen. Und wenn man das ein bisschen aufweichen kann... Aber ich glaube das läuft grundsätzlich ganz gut. Also, das
74	ist selten. Ja? Und ich habe es zweimal erlebt, dass wir eine Frau sehr früh randomisiert hatten, offiziell war das,
75	haarscharf noch nicht in der aktiven Eröffnung, aber sie sind dann sehr schnell da rein gekommen und waren dann im
76	Be-Up-Raum und haben, haben super geboren nachher. Und das war vielleicht auch ein Vorteil. Dass man einfach sagen kann,
77	die dürfen schon sehr früh da drin sein, sie müssen da nicht mehr raus. Ja? Das hat den Frauen, glaube ich, trotzdem gut
78	getan, dann diesen Raum zu haben.
79	I: Und Du sagtest am Anfang die Stimmung ist schnell ins Positive gekippt? War sie denn erst negativ? Also, die Stimmung
80	im Team zu der Studie?
81	B4: Naja, es ist immer was, wenn was Neues kommt, zu sehen, was heißt das für uns? Und wie gesagt, diese Frage: "Müssen
82	wir uns in den anderen Kreissälen plötzlich anders benehmen, als wir es gewöhnt sind?" Und als klar war, dass es

MAXQDA 2018

22.12.2019

83	wirklich so ist, dann war es keine Frage mehr, ja? Also wir mussten ja jetzt nicht die anderen Kreissäle verschlechtern
84	- so. Das ist ja so ein bisschen das. Da hat ja dann keiner Lust zu. Wenn wir eigentlich das Gefühl haben, dass es ja
85	insgesamt schon garnicht so schlecht ist von dem Angebot an die Frauen.
86	I: Ja. Das heißt, ähm, das war darauf begründet, dass eine Angst da war, dass es zu einer Verschlechterung der anderen
87	Räume kommt?
88	B4: Genau. Als das Setting bekannt wurde und dieser Gegensatz vom Be-Up-Raum zu den anderen... da war noch nicht klar,
89	von was gehen die eigentlich aus? Ja? Und als das dann eigentlich klar war, war es auch keine Frage mehr.
90	I: Dann würde ich gerne mit Dir über die Geburt an sich in dem Be-Up-Raum sprechen. Und zwar: Welche Eindrücke hast Du
91	denn bisher gewinnen können bei der Geburt in einem Be-Up-Raum?
92	B4: (...) Ähm (...) Also, es ist tatsächlich so, dass es sehr angenehm war diese, diese Bewegungsangebote so präsent zu
93	haben. Ähm, und ein ganz nettes Beispiel war, war eine Frau, die das dritte Kind bekam und ähm, im Grund ausländischer
94	Hintergrund und so und die war da rein randomisiert und hat dann von sich aus gesagt: "Das mach ich jetzt, was da an der
95	Wand ist! Und das mach ich jetzt!" Da wäre sie von sich aus auf diese Idee garnicht gekommen und hat nun diese Bilder
96	gesehen und fand das gut. Und, ähm, das war irgendwie nett und das war auch nett zu merken, also, bei der hat sich zum
97	Beispiel der Fernseher in dem Fall gelohnt, weil der eine ganz andere Stimmung in den Kreissaal gebracht hat. Diese
98	Naturaufnahmen haben das ganze auch ein bisschen entschleunigt. Also, ich habe selber gemerkt, dass ich ruhiger bin,
99	weil ich einfach kommt bis die nächste Wehe kommt und hab halt schicke Lamas gesehen in der Zeit (schmunzelt) und man
100	nicht denkt: "Es muss doch jetzt. Es muss doch jetzt!" Also, dieses ruhige von den Bildern hat schon noch was gemacht.
101	Dann hatte ich zwei Geburten, die weil das ganz gut aufgebaut war, auch so mit dem Schub von oben, dass man sehr, noch
102	flexibler war, als wir das bei uns in den anderen Räumen sind. Am Ende dann in der tiefen Hocke zu landen, weil es sehr
103	unkompliziert war. Das Tuch ist gut platziert gewesen. Wir konnten ganz schnell das und das noch so machen. Das wäre in

MAXQDA 2018

22.12.2019

104	den anderen Kreissälen immer ein bisschen aufregender gewesen, ob ich das Tuch dann da hin krieg, wo ich es brauche.
105	Also die Geschichte war gut. Was ein bisschen schwierig ist, ist diese Fußbodenmatte, die im Zweifel immer im Weg liegt.
106	Und man muss mit seinen Schuhen, die man ja nicht ständig an und ausziehen kann dadraüber latschen und drum rum geht
107	nicht immer. Also, die ist ein bisschen nervig, so. Wobei es ja gut ist, dass die Frauen darauf knien können und so,
108	aber es war so ein bisschen die Frage, "Wie kriegen wir das hin?" Ähm. (...) Und, dass die Liegemöglichkeit, die die
109	Frau dann hat, weil es gibt ja auch eine Liegematte, die ist grundsätzlich, ähm, spätestens nach der Geburt eigentlich
110	zu klein. Weil wir es kennen, dass wir dann die Partner mit auf dem Bett haben. Dass die Familie kuscheln kann und dafür
111	ist das Bett zu klein. Eindeutig! Also dieses Bonding hinterher, das ist sehr, ein bisschen aufgesetzt. Weil man immer
112	gucken muss: Wie kann man die denn lagern jetzt ohne viel zu verändern oder so. Also, das nach der Geburt ist ein
113	bisschen, mühsamer, als wir das anders gewöhnt sind oder kennen.
114	I: Wie habt ihr das dann gelöst?
115	B4: Ähm. Naja, bei uns war es dann so ich hab dann versucht den Mann da irgendwie dazu zu kriegen und er saß dann eben
116	leider doch am Stühlchen daneben und einmal habe ich dann versucht ganz viele Kissen hinter die Frau zu stopfen, also
117	sozusagen den Raum mit dem Sitzsack auszupolstern, dass dann das Kopfkissen Halt hat und nicht hinten runter fällt. Also,
118	wenn das Ding einen Rahmen hätte und man hätte, könnte sagen, ich kann dann was, ein Kissen anlehnen, dann ist ja auch
119	schon wieder was gewonnen. Also, da würde ich wahrscheinlich ein bisschen dran basteln. Weil diese Zeit hinterher den
120	Leuten auch, also die ist einfach super wichtig. Und, das geht nur mit ein bisschen mehr Fantasie. Also, es ist machbar,
121	aber man muss es auch ein bisschen präsent haben und man erzählt es den anderen auch in der Hoffnung, dass die dann
122	wissen: "Okay, das würde so gehen." Ähm. (...) Aber, tatsächlich diese Idee, dass die Frauen wirklich beweglich waren
123	und... sie können sich ja auch hinlegen, wenn sie mal wollen, aber das Bett eben garnicht dazu einlädt stundenlang zu
124	liegen. Das war so ganz nett! Aber ich habe auch keine ewig lange Geburten dann gehabt. Ja, also die

MAXQDA 2018

22.12.2019

	waren dann immer so
125	in meiner Schicht, habe ich sie ja dann zuende gekriegt, als die Frau Wehen hatte. Und das war, lief ganz gut.
126	I: Hmm hmm. Warst Du denn nicht von Anfang an von der Geburt an da, sondern zur Endphase, oder?
127	B4: Genau, wenn ich um 10:00 Uhr komme, dann ist eine Frau schon in den Raum rein randomisiert, dann macht man ab da
128	weiter. Und das ist dann eben nicht erst, also, wenn, nä? Drei, vier Zentimeter kann ja sein. Oder man randomisiert und
129	schafft das, ähm, letztens (unverständlich) abgegeben. Da konnte man ja sagen, okay sie ist jetzt in dem Raum, aber die
130	Geburt ist eben nicht um sechs, sondern dann wechselt die Kollegin auch nochmal, nä? Das kann ja schon passieren.
131	I: Hmm hmm. Und was hattest Du für Eindrücke bezüglich der Dauer der Geburt? Also unterscheidet die sich zu der in
132	anderen Räumen?
133	B4: (...) Ich glaube das kann man als einzelne ganz schwer sagen. Weil, weil, äh, Du hast auch woanders schnelle
134	Erstgebärende, Du hast ne Drittgebärende - gewinnt irgendwie immer. Also, das ist garnicht so, so einfach dann zu sagen.
135	Ich glaube das geht wirklich nur über große Zahlen, da eine Einschätzung zu kriegen. Was ich wie gesagt toll fand, war,
136	ich habe zwei mal Frauen, die im Grunde mit einem vorzeitigem Blasensprung sehr früh in diesen Raum randomisiert worden
137	waren und die zwar in eine lange Aufenthaltsdauer in dem Raum hatten, aber aktive Geburtszeit, als es dann wirklich gut
138	los ging, garnicht so lange mehr brauchten. Und die davon profitiert haben, dass es in der Zeit ihr Raum war. Und dann
139	mit allen Möglichkeiten. Also da jetzt zum Beispiel eine Kaffeemaschine oder dieser Fernseher noch richtig auch zu Buche
140	schlägt. Wenn ich mit aktiv doll Wehen da komme, dann sind viele Sachen wahrscheinlich garnicht mehr so wichtig, aber
141	gerade diese Vorher-Zeit. Also eventuell, ähm, ist das auch ein Pluspunkt, dass man einen Raum hat und auch sagen muss:
142	"Ich muss ihn nicht mehr wechseln." Das habe ich immer schon gehasst! Dass man dann aktiv sagen muss: "Jetzt, jetzt
143	wirds wichtig! Jetzt wird es spannend! Jetzt müssen wir noch einen Raum wechseln!" Das macht gleich wieder so eine
144	Aufregung. Und das ist ein großer Gewinn finde ich, wenn die Frauen kommen und auch CTGs schon schreiben und dann

MAXQDA 2018

22.12.2019

145	Übertragungskontrollen und im Grund vielleicht schon alle Kreissäle vielleicht erlebt haben und wissen: "Einen von den
146	vieren krieg ich ja dann." Und nicht: "Ich bin nur immer in dem Vorwehenzimmer und jetzt, jetzt wirds ernst! Jetzt
147	kommen wir in den Kreissaal!" Ja, also über die Geburtszeit, ähm (...) kann ich tatsächlich nichts gezielt sagen.
148	I: Und bezogen auf medizinische Interventionen, also sowas wie einen Dammschnitt zum Beispiel oder eine Geburt, die
149	vielleicht doch in einem Kaiserschnitt endet, hast Du da Erfahrungen gemacht?
150	B4: Also, wenn Du jetzt nur nach dem Raum fragst, ja? Das ist ja immer so ein bisschen schwierig, ich habe ja auch ein
151	paar Studiengeburt, die in dem anderen Kreissaal waren und ähm (...) ich bin aus dem Be-Up nicht in den OP gefahren,
152	bisher. Und das ist bei den anderen schon auch gewesen. Ähm, aber es ist ja dann auch so, manchmal die Vorauswahl,
153	welche Frauen lassen überhaupt Be-Up zu? Wobei, die haben wir ja zugelassen, sonst wären sie ja nicht in der Studie
154	gewesen. Ähm (...) Da würde ich sagen ist die Statistik ein bisschen günstig gewesen. Dammschnitte mache ich da oder da
155	oder da. Aber zum Beispiel diese beiden Geburten, die dann am Ende tatsächlich in der tiefen Hocke noch super geklappt
156	haben, da würde ich auch sagen, das war schon ein Raumvorteil - definitiv. So, das würde ich mir für andere Räume auch
157	wünschen, dass man besseren Zugang zu den, zum Seil zum Beispiel hat. Häng das von der Decke und im Zweifel hängt das
158	immer an der falschen Stelle und da hängt halt ganz gut zentral, sodass man wirklich gut rankommt. Das war gut!
159	I: Hmm hmm. Und inwiefern unterscheidet sich Deine Hebammentätigkeit zu den anderen Geburtsräumen? Gab es da besondere
160	Herausforderungen im Be-Up-Raum?
161	B4: (...) Naja, die, diese Liegematte, die ist wenn eine Frau dann da drauf landet und dann zum Beispiel gerne in den
162	Vierfüßler gehen würde, dadurch, dass die da an der Wand steht und man praktisch von der anderen Seite nicht rankommt,
163	ist, ist es manchmal schwierig. Dann den Mann da zu platzieren, weil wir an den anderen Betten haben wir ja noch einen
164	Keil, wo man auch den Mann draufsetzen kann und sowas. Also, äh, das ist, äh, eine Geschichte. Dann, ähm, landet man
165	vielleicht doch das eine oder andere Mal mehr auf dem Fußboden, weil die Frau sehr mobil ist zum

MAXQDA 2018

22.12.2019

	Beispiel wechselt die
166	ja auch eventuell innerhalb von einer Viertelstunde vier mal die Position und jedes mal denkst Du: "Wenn jetzt das Kind
167	kommt, dann müsstest Du zum Beispiel Deine Unterlage jetzt mal da haben, dann musst Du sie mal da haben." Und mann eiert
168	schon ein bisschen mehr noch, weil die größere Fläche bespielt wird von der Frau. Das ist ja aber auch o.k. Ärgerlich
169	immer, wie gesagt, dann hast Du alles ausgebreitet, dann geht sie woanders hin, und ich mit meinen Schuhen - wo will ich
170	hin? Also, es ist ein bisschen blöd, wenn man dann über Hygiene nachdenkt und sagt: "Wie mach ich das denn?" Ich kann
171	die Schuhe nicht immer an- und ausziehen. Das ist schwierig! Ähm, (...) es ist ein bisschen gewöhnungsbedürftig gewesen
172	diese Matte, die da so an der Wand war, wenn die Frau die dann benutzt hat und ich glaube, wenn man wirklich auch in dem
173	Raum mal sowas wie einen Oxytocin-Tropf bräuchte, dann wird es spannend! Weil dann auch immer mit dem Wehentropf, also
174	mit dem Infusionsständer, äh, um alles rumeiern müsste. Also, das ist dann... Oder, aber dann kriegt die, die Braunüle
175	und dann an welcher Seite ist sie dann? Wie rum lagerst Du dann die Frau, dass sie dann an der richtigen Seite dann den
176	Tropf hat? Aber das hatte ich glaube ich nicht. Das musste ich nicht ausprobieren. Und Blutungen, nä? Also, wenn es dann
177	drauf ankommt, wenn es wirklich mal hinterher was gibt, dann bist Du natürlich mit den Matten und mit den Dingen und,
178	und dann fehlt vielleicht ein bisschen der Platz. Ist aber vielleicht auch einfach Gewöhnungssache.
179	I: Hmm. Und hattest Du das Gefühl anders gemacht hast auch in dem Raum? Oder, dass Du Dich vielleicht ganz anders
180	verhalten hast auf Grund der Umgebung? Anders gesprochen hast?
181	B4: Das ist wieder ein bisschen aufgewacht noch respektvoller den Raum zu betreten. Das ist einfach noch einmal nett.
182	Das übertrage ich jetzt aber auch auf die anderen Räume. Also, ich lerne in dem Raum wieder was, was ich in den anderen
183	Räumen übernehme. Oder merke, was mir da gut gefällt und denk dann, das kann ich ja in den anderen Räumen ja dann auch
184	machen. Aber ich lerne in dem Raum auch wieder. Und die Frauen, die das gut ausnutzen, ich hatte jetzt grad auch eine,
185	die das richtig gezielt auch gerne gewollt hat in dem Raum und dann hatte sie Glück und wurde reinrandomisiert, die hat

MAXQDA 2018

22.12.2019

186	von sich aus sofort diese ganzen Sachen aktiv benutzt. Und das ist auch was Schickes! Auch Optik, nā? Wenn die sich dann
187	auch auf diese Matte setzt und dann überlegt: "Wie kann mein Mann sein?" Und dann siehst Du plötzlich: "Ach, sowas geht
188	auch!" Also die Frauen bringen wieder mehr Ideen mit eventuell. Das ist nett. Und wie gesagt es entschleunigt auch ein
189	bisschen. Das hat mir mit dem Fernseher ganz gut gefallen. Es ist so, bringt Ruhe rein und fokussiert vielleicht auch
190	den Blick. Also, wenn dann - wir sind ja so ein bisschen Fernsehorientiert eventuell - und wenn dann immer diese
191	bewegten Bilder da sind, die aber ja nicht aufregen, dann ähm, dann hat man was zu tun. In den Kursen sage ich oft:
192	"Bringt euch Musik mit, weil dann müsst ihr nicht reden, wenn ihr nicht reden wollt." Ein leiser Raum ist ätzend, weil
193	dann hat man immer das Gefühl man müsste reden. Und wenn Musik läuft redet man nur, wenn es wirklich wichtig ist. Und da
194	ist es auch so. Die Männer haben was zum Gucken, die Frauen haben diese Beruhigung - es ist glaube ich ziemlich schick,
195	mit oder ohne Ton. Na und wie gesagt zu sehen, dass auch Frauen aus anderen Kulturkreisen das plötzlich annehmen können
196	und auf Ideen kommen. Nicht diesen Standard Kreissaal erwarten, was man so in Videos manchmal sieht und so. Sondern,
197	dann wissen der ist ganz anders der Raum. Ja? Das ist schon auch, auch gut.
198	I: Hmm hmm. Wenn wir grad schon bei dem Thema sind: Wie erlebst Du denn die Eltern bei der Geburt in einem Be-Up-Raum?
199	B4: (...) Tatsächlich nicht anders als in den anderen. Das ist glaube ich, die Unterscheidung kann ich nicht, kann ich
200	nicht machen. Da wäre es eher die Frage: "Wie finden sie das?" Also, eine Frau war in dem Raum, musste in dem Raum
201	übernachten, die war nicht in der Studie und hat hinterher aber gesagt, ähm, oder hat dann mit wenig Anfangswehen, ähm,
202	ist die rausrandomisiert nachher oder aber sie war einfach nicht in dem Raum, und die aktiv gesagt hat, der Raum war
203	blöd, weil für ihren Mann kein Platz war. Die hatte das Gefühl, der findet, der weiß nicht wohin. Sie ist auf dem
204	weichen Bett, er ist dann auf der blöden Matte. Also, wie gesagt, diese Liegematte, die müsste größer sein, dass man als
205	Mann da auch bequem sein kann, ohne das Gefühl zu haben, seiner Freundin nimmt man Platz weg. Weil das ist ein großer

MAXQDA 2018

22.12.2019

206	Bonus, den wir immer hatten. Dass die Männer da auch Platz finden. Ähm. (...) Da kann ich tatsächlich nicht wirklich was
207	zu sagen. Weil letztendlich sind sie am Ende immer froh, dass das Baby da ist und das überdeckt dann alles. Ja? Kann ich
208	nicht.
209	I: Okay. Hmm. Und hast Du Veränderungen im Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Arzt oder Ärztin und Hebamme gespürt?
210	Also, wie ihr im Team arbeitet?
211	B4: (...) Ähm. Ich weiß nicht, ob die Ärzte eventuell im Be-Up-Kreissaal, ähm, bereiter sind Alternativen und, und, und,
212	ähm, Abläufe mehr abwartend anzugucken und nicht so schnell zu sein, weil es eben was Besonderes ist. Also, wenn alle
213	Räume so wären, weiß ich nicht, wie lande das halten würde, aber sie wissen dann: "Das ist die Studie." Und sie wissen,
214	nä: "Oh, die ist jetzt in den blauen Raum rein randomisiert! Und das ist jetzt!" Und dann will man ja auch letztendlich
215	möglichst den Dingen ihren Lauf lassen und dann, sie mischen sich ein bisschen seltener ein. Sie sind noch ein bisschen
216	zurückhaltender. Das ist glaube ich schon so. Das, das, und es ist dann wieder so ungewohnt. Klar, weil das ist auch,
217	nä? Bis alle Ärzte mal eine Geburt da in dem Kreissaal hatten und das ist so eine Aufregung, dann hält man sich etwas
218	zurück und in den anderen Kreissälen, da haben sie ein Heimspiel und sich vielleicht auch schneller mit einmischen. Also,
219	ich glaube im Moment ist es noch der Bonus, dass es neu ist und sie sollen sich ja wenig einmischen bei Be-Up also
220	mischen sie sich aus Versehen mal wenig ein. Also, das könnte ich mir vorstellen. Nä, eine Be-Up-Geburt in einem anderen
221	Kreissaal ist auch eine Be-Up-Geburt, ist auch eine Studien-Geburt und trotzdem sind sie da etwas normaler. Ja? Wobei
222	ich immer eigentlich glaube, dass wir schon ganz gute Karten haben. Egal, auch in der Zusammenarbeit mit den Ärzten.
223	Würde ich mal so tippen.
224	I: Hmm hhm. Und hast Du Veränderungen im Hebammenteam gespürt zum Beispiel die Sichtweise auf die Geburt, ob sich die
225	Verändert hat oder auch die Relevanz der Gebärhaltung?
226	B4: (...) Das kann ich tatsächlich nicht, nicht so richtig sagen. Weil ich hab nur Nachtdienst. Ich unterhalte mich

MAXQDA 2018

22.12.2019

227	nicht so viel. Ich kriege nicht so viele Kolleginnen mit. Wir haben jetzt gerade überlegt, ob es einen Unterschied macht,
228	ob man die ältere Hebamme ist oder die jüngere. Also, dieses Frauen aus bestimmten Positionen auch mal wieder raus zu
229	holen. Zu sagen: "Probier doch nochmal...!" Das funktioniert irgendwie scheinbar bei den älteren eventuell noch ein
230	bisschen öfter, weil wir mussten darum kämpfen, um die aufrechte Gebärhaltung! Und ich erleb das auch, wenn Frauen mir
231	das erzählen, jetzt Geburtsvorbereitung, dass sie sagen: "Und dann haben die mich einfach liegen lassen." Bis manche
232	Kollegen dann die Idee haben einer Frau zu sagen: "Du kannst auch was ausprobieren!" Und das ist natürlich bei Be-Up in
233	dem Raum - schreit das danach! Weil es sind die Polster da. Es sind die Bilder da. Die Frauen wussten, dass sie an einer
234	Studie teilnehmen. Also, dass sie die Möglichkeit haben und dann nutzen sie sie auch. Und in den anderen Räumen muss man
235	die Frauen manchmal bisschen, drauf bringen. So. Nochmal: "Komm wir können doch nochmal!" Und das tust Du nur, wenn Du
236	selber dahinter stehst. Aber ich kann zu der Art und Weise der anderen nichts sagen. Weil dafür arbeiten wir zu viel
237	alleine. Ja?
238	I: Hmm hmm. Okay. Und jetzt kommen wir einmal zum Be-Up-Raum an sich. Und zwar: Wie findest Du denn überhaupt die
239	Ausstattung des Raumes im Vergleich zu den anderen Räumen der KLINIK?
240	B4: Hmm hmm. (...) Na, wie gesagt, ähm, ich finde es toll, das man tatsächlich primär das Kreisbett nicht sieht, dieses
241	original alte, das Funktionsbett. Ähm. Ich hätte gerne die, äh, die große Liegematte, die ist eigentlich unter unseren
242	Standard. Wobei wir auch in den anderen Kreissälen durch eine komische Entscheidung unseren Standard da auch schon
243	verschleppt haben oder verschlechtert haben, aber die müsste größer sein - definitiv! Das müsste, und noch eine andere
244	Lehne geben, damit Kissen nicht vom Bett fallen. Gerade für die Zeit nach der Geburt. Die Polster sind super. Ähm. (...)
245	Man müsste mehr Routine noch haben, wie man diese Bodenmatte bedient, eventuell würde ich sogar denken, zwei mit
246	rutschfest, damit man einfach noch einen Korridor in der Mitte hätte oder so, ja? Das man sagt davon nur die Hälfte
247	zweimal. Damit man einfach sagen kann, ich kann die ja zusammenschieben, aber ich kann auch für jeden

MAXQDA 2018

22.12.2019

	Platz der Frau
248	eine weiche Unterlagen dann bieten, oder so. Also man eier manchmal ganz schön rum, nā? Wäre natürlich toll, wenn man
249	wirklich ne gute Telemetrie immer hätte. Das ist auch sowas, immer das CTG-Gerät dafür auszurichten, dass man, dass die
250	Frau sich auch bewegen kann. (...) Ähm. (...) Ja. Weiß nicht, ob man immer diese Farbe dann wählen würde. Ähm, aber das
251	ist eine Entscheidung. Der war in Blau, nā? Der ist Blau und das ist dann so. Ähm, ich muss gestehen, dass ich, wenn die
252	Frauen in der Studie sind und sie und ich sie frage, nach dem Motto: "Wir könnten das jetzt machen! Der Muttermund ist
253	schick. Wollen wir?" Und die sind in einem anderen Kreissaal, der mir auch gut gefällt, weil da dann die Wanne drin ist
254	oder so, dass ich sagen kann: "Ihr könnt jetzt nicht verlieren. Ihr habt jetzt sozusagen jetzt einen schönen Kreissaal,
255	den viele wollen. Und ihr hättet nachher hinten den Be-Up-Krei... also, egal was euch jetzt passiert, es gibt einen
256	anderen Kreissaal, wo ich denke, wäre garnicht schlecht, wenn die aus dem Kreissaal rausrandomisiert werden würden. Also
257	in den Be-Up-Raum zum Beispiel. Also, wir haben ja auch verschiedene, ähm, in ihren Qualitäten verschiedene Räume, so.
258	Ähm(...) Also, ist der Unterschied dann nicht so gravierend. Aber er hat Wirkung gehabt! Also, das muss ich schon sagen,
259	für manche Sachen. Da wäre ich wahrscheinlich mit dem anderen Kreissaal mit der Frau anders am Ende gelandet oder so.
260	Und insofern finde ich es schon spannend.
261	I: Hmm hmm. Kannst Du das nochmal näher beschreiben mit der Wirkung, was Du gerade sagtest?
262	B4: Naja, die einen Frauen, die einfach sich ganz lange sehr selbstständig gut da drin gefühlt haben auch obwohl sie
263	noch so lange im Kreissaal waren insgesamt. Diese Mehrgebärende, die auf gute Ideen gekommen ist. Dieses entschleunigt
264	werden durch den Fernseher eventuell. Bis hin zurückhaltender zu sein, vielleicht auch in dem Bewusstsein, dass es jetzt
265	der Studienraum ist. Ähm, ja.
266	I: Hmm hmm.
267	B4: Und das Bett wirklich nicht ganz so doll zum Liegen einlädt. Also da ist offensichtlich, dass man auf dem sitzen
268	kann und so, während in unseren anderen Räumen haben wir ja, diese Matten und trotzdem ist es dann

MAXQDA 2018

22.12.2019

	die einzige
269	Möglichkeit, wo sie dann sein können, außer einem normalen Stuhl. Und schwubs liegen sie dann doch erstmal. Spätestens
270	am CTG.
271	I: Mit den Matten meinst Du dieses breite Bett?
272	B4: Ja, ja, genau. Die sind ja jetzt zwar auf Rädern, aber wir haben dieses breite. Das ist ein ganz großer Bonus, auf
273	dem, den finde ich seit Jahren gut. Dass man auch als Mann gut sitzen kann. Auch liegen kann. Bis hin zur PDA, nicht?
274	Dass man sagen kann, die Frau kriegt ihre PDA dann vielleicht, aber der Mann hat trotzdem dieses Bett. Und das ist
275	eventuell auch etwas, was an der Liegematte im Be-Up-Raum dann die Frage wäre. Wenn man eine PDA bräuchte im Be-Up-Raum,
276	wie gerne der Mann, wie sicher der dann auf diese andere Matte geht. Ob der das so tolerieren würde, wie sie es in den
277	anderen Räumen machen. Wenn wir sagen: "Hier ist die PDA. Du darfst Dich ausstrecken!" Ob das Bett, ob das akzeptiert
278	wird dann zu sagen: "Gut, dann darf ich mich auch auf dieser Matte hinlegen." Also auf diese Liegematte im Be-Up-Raum.
279	Weil das ein großer Joker ist, dass man wenn man eine PDA machen muss, der Mann dann nicht die ganze Zeit auf dem Stuhl
280	hockt, sondern dass der auch mal die Beine ausstrecken kann und gegebenenfalls mal eine Stunde wegpennt. Ja? Also, das
281	habe ich noch nicht erlebt, dass ich im Be-Up eine PDA brauchte. Um dann zu sagen, wie benimmt sich denn dann der Mann?
282	Ja? Also, das ist ja, Du musst ja irgendwie das Gebärteam auch, auch na angucken. Und die tun sich sowieso so schwer in
283	den Kreissälen. Und wenn man denen gut, gutes Zuhause geben kann, dann, ähm, dann ist es irgendwie nett.
284	I: Hmm hmm. Hast Du denn einen Mehraufwand zum Beispiel durch den Be-Up-Raum oder durch die Studie?
285	B4: (...) Ähm. Naja, klar. Weil, weil ich bin in meiner Entscheidung, was, wie mache ich das mit den Frauen? Ich bin,
286	habe es immer im Hinterkopf und Du hast in dem Moment akut plötzlich, ähm, musst Du noch an eine Sache mehr denken. Also,
287	letztens in der Nacht, da war es dann so: Ich hatte zwei Kreissäle waren schon belegt, ich hatte noch Be-Up und einen
288	anderen. Wir konnten randomisieren. Eine Frau kam und dann war in dem Moment, dachte ich so: "Ist die jetzt unter der

MAXQDA 2018

22.12.2019

289	Geburt oder nicht? Darf ich randomisieren?" Weil, wenn nicht, die nächste ist auch schon da. Dann habe ich eben nur vier
290	Kreissäle voll und nicht eine in der Studie. Also, dieses Denken, diese Aufregung, "Geht das jetzt? Kann man schnell?
291	Hoffentlich klappt das jetzt auch mit dem Randomisieren!" Die haben natürlich alle irgendwie ihre Zettel nicht mit oder
292	aber nicht unterschrieben. Das heißt Du musst dann auch nochmal erklären: "Bitte, doch noch unterschreiben! Sie wollten..
293	.dürfen Sie ja auch!" Manche muss man erstmal noch einmal drauf ansprechen. Die haben davon zwar gehört, aber haben dann
294	den Zettel garnicht durchgelesen. Also, die kommen dann manchmal in dem Moment erst. Sodass man fragen kann:"Wie ist
295	das? Wollt ihr da mitmachen?" Die verstehen das auch und haben dann auch Lust. Manche sagen auch sofort: "Ne, das
296	wollten wir sowieso nicht." Aber es ist immer noch im Ablauf ein Schritt mehr zu den normalen bürokratischen Sachen.
297	Also, wenn die kommen und Du musst dann Aufnahme machen und Du hast schon bisschen noch einen Schritt mehr Bürokratie an
298	der Backe, aber das macht nichts! Das ist in der Regel macht das Spaß. Die Ärzte stehen dahinter, helfen auch und ähm,
299	theoretisch muss ich mir ja nur die Nummer ziehen und sagen: "Ich hab die!" Und danach kann ich auch hinterher alles
300	machen. Mit einer Frau habe ich mal gewartet und gesagt, die ist zwar randomisiert und schreiben tue ich das alles, wenn
301	die Kolleginnen dann da sind. Eine Stunde später kann man das ja machen. Dann haben wir uns ein Bewegungsprotokoll, habe
302	ich irgendwann beschlossen, dass ich einen Zettel haben will, wo ich minutenweise, also in fünf Minuten schreiben kann:
303	"Was macht die Frau gerade?" Damit ich es hinterher auszählen kann und nicht raten muss. "War die nun viel so? War die
304	viel so?", sondern ich richtig sagen, so, die hat die, nä? So und so viel hat sie in der Position, dann konnte ich es
305	ausrechnen.
306	I: Das hast Du Dir dann für Dich selber so gemacht, sozusagen? Oder nutzen das jetzt Deine Kolleginnen auch?
307	B4: Ich habe das kopiert und wer will kann das benutzen.
308	I: Hmm hmm.
309	B4: Weil ich das, weil wenn ich nachher gefragt werde und vorzugsweise, wenn wir wechseln, weiß ich dann was die Frau

MAXQDA 2018

22.12.2019

310	die letzten vier Stunden gemacht hat bis ich dann komme? Und wenn ich das Protokoll habe, kann ich sagen: "Gut, die hat
311	in der Zeit viel von mir aus gegessen und Seitenlagen oder keine Ahnung. Und zum Schluss hat sie halt bei mir das und
312	das gemacht." Dann kann ich es ja handfest auszählen. Das war ganz lustig.
313	I: Und wie ist das mit der Reinigung zum Beispiel in dem Be-Up-Raum?
314	B4: Ähm. (...) Ich glaube das ist, wenn man mit seinen Unterlagen gut arbeitet, ähm, ist das eigentlich egal. Auch mit
315	dem anderen Kreissaal. Weil wir aber auch so öfter mal, nā? Eher auf dem Fußboden sind oder so. Ähm, und, wenn man jetzt
316	Pech hat, eine Blase springt und es läuft mal unter mal irgendeine Matte drunter, dann muss man die heben um darunter zu
317	putzen. Aber dann lege ich die, die ist nicht so schwer, also ich glaube das ist, ähm, kein Argument um das jetzt blöd
318	zu finden.
319	I: Hmm hmm. Und was hast Du für einen Eindruck, wie der Raum an sich so mit Ausstattung so auf die Eltern wirkt? Also,
320	zeigen sie eine besondere Reaktion zum Beispiel, oder...?
321	B4: Ähm, das ist lustig, weil, also manche haben ihn dann ja gleich gesehen. Manchen gefällt eben die Farbe nicht. Die
322	mögen dann einfach einen anderen Raum von sich aus lieber. Äh, dann ist natürlich diese Entscheidung zum Beispiel eine
323	Familie sagte dann: "Ja, gut dass das Klo über den Gang ist, ist halt blöd. Wenn ich einen anderen Kreissaal hätte, wo
324	das Klo daneben ist..." Das wäre auch zum Beispiel so ein Punkt, nā? Also, wenn ich mich da verschlechter, weil die
325	Nasszelle nicht da dran ist, dann ist es natürlich blöd. Ähm. (...) Wenn ich den Raum anbieten könnte ohne Studie und
326	sagen könnte: "Ihr könnt ja auch in die Wanne gehen. Und wenn ihr drin bleiben wollt, bleibt ihr drin." Also, diese
327	Entscheidung im Moment: "Entscheide ich mich gegen eine Wassergeburt, weil ich an einer Studie teilnehme?" Das wäre für
328	die Frau, das ist auch für einige, die haben das gleich gesagt! Es gibt Anmeldungen, da haben die gesagt, "Wenn ich
329	nicht in den Kreissaal mit der Wanne kann, dann dürft ihr mich randomisieren!" "Also, wenn der nicht mehr zur Diskussion
330	steht, dann kann ich ja auch den nehmen, aber wenn ich in die Wanne könnte, dann will ich nicht in der Studie

MAXQDA 2018

22.12.2019

331	teilnehmen!"
332	I: Hmm hmm.
333	B4: Steht ja auch in der Studie, wer eine Wassergeburt will, weil man das... aber es ist eben ein bisschen schade, weil
334	die Freiheiten dann eingeschränkt werden. Und das ist immer was Doofes! Ja? Und es gibt Leute, die gesagt haben: "Ne,
335	wir wollen den mit einem Klo und deswegen machen wir nicht mit!" - bitter. Eigentlich schade, aber ok. Kann man ja
336	verstehen. Ähm, und das andere ist, das ich aber auch schon erlebt habe, dass Leute in unseren normalen Kreissälen waren
337	und sagten: "Ach, das ist noch garnicht der Be-Up-Raum?" Weil die irgendeine andere Vorstellung von Kreissaal haben und
338	dann dachten: "Der sieht doch schon schick aus!" Also, für die Leute ist es manchmal, auch das der Unterschied garnicht
339	so groß, wenn sie dann alle Räume gesehen haben.
340	I: (...) Wenn Du noch irgendetwas ändern könntest an der Studie, was wäre das?
341	B4: (...) Hmm. (...) Naja, außer den Möglichkeiten. Also, jetzt bei uns, wenn wir das so regeln sollten (...) Naja, um
342	zum Beispiel die Sache mit dem Klo zu verändern eventuell zu sagen, wir nehmen einen anderen Raum, der das Klo hat. Dass
343	man also sagen kann: "Ich verschlechter mich da nicht." Ähm, das wäre das. Ich würde wie gesagt, diese große Matte, die
344	Liegematte, die es gibt, die ist einfach für unseren Geschmack schlecht. Die würde man verändern, damit man hinterher
345	sich nicht ärgert. Das würde ich ändern. Ähm. Nö, und ansonsten ist das interessant. Also, das ist jetzt, ähm. Und ich
346	würde mir natürlich, das ist aber ein grundsätzliches, äh, eventuell auch, noch offenere Ärzte wünschen. Aber wir haben
347	nicht genug Geburten insgesamt dadrin zu sagen, die dann insgesamt dann auch mutig wären Dinge auszuprobieren. Also ich
348	habe von, äh, von meinem (unverständlich) oder was gehört, dass in großen Häusern eventuell auch schon mal so
349	Entscheidungen gefallen sind, zum Beispiel eine Saugglocke in einer anderen Gebärposition zu machen. Und dafür waren bei
350	uns die Ärzte, äh, wahrscheinlich nicht bereit zu sagen: "Na, jetzt ist sie hier im Vierfüßler und ehe wir jetzt das
351	Bett nehmen, machen wir das hier." Also, da, da müssten die gedanklich bereit zu sein. Zu sagen: "Das ist nicht so eine

MAXQDA 2018

22.12.2019

352	schwierige Saugglocke, die kann man auch mal..." Also, dieser Mut etwas auszuprobieren, den haben die Ärzte nicht. Und
353	ohne die geht es dann halt nicht, nā? Also, wenn da ein bisschen Offenheit wäre, dann könnte man da auch wahrscheinlich
354	ein bisschen was, was rauskitzeln. So. Also, das habe ich halt noch nicht erlebt, nā? Aber ich habe zum Beispiel erlebt,
355	dass wir eben diese Geburten hatten, wo man dachte: "Boah, ob das Kind überhaupt kommt?" Und dann ging tiefe Hocke und
356	die ist fast besser als Saugglocke und dann waren das halt normale Geburten! Die wären vielleicht in anderen Kreissälen
357	dann am Ende doch eine Saugglocke geworden, weil die Frau das dann noch vielleicht nicht gemacht hätte. Insofern ist das
358	so die Frage, was nachher die großen Zahlen rauskitzeln, nā? Ja. Nö, sonst wüsste ich im Moment nicht.
359	I: Hmm hmm. Und würdest Du abschließend vor dem Hintergrund dessen, was wir bis jetzt bisher so besprochen haben, was Du
360	mir erzählt hast, sagen, dass sich diese Intervention alternativ ausgestatteter Gebärraum als sinnvoll erwiesen hat?
361	B4: Ja. Weil ich glaube, dass es im Bewusstsein der Frauen, ähm, was macht. Also, auch dass sie sich damit
362	auseinandersetzen. Ja, also, einer der sagt: "Ich wollte an der Studie teilnehmen." oder "Ich weiß um diese Wichtigkeit.
363	" der ist vielleicht dann auch, auch selbst wenn er nicht randomisiert ist oder so, bereit, äh, sich mit aufrechter
364	Gebärposition und so weiter auseinander zu setzen. Also, wenn die wissen, wir nehmen daran teil und Be-Up ist eine
365	sinnvolle Geschichte, grundsätzlich, oder es wird vermutet, dass es sinnvoll ist, dann sind sie halt auch in anderen
366	Situationen noch bereiter etwas zu tun. Und es macht wieder eine größere Offenheit, glaube ich. Auch an uns alle. Ja,
367	also wir lernen von den Frauen wieder. Die Ärzte werden vielleicht auch wieder offener. Also, das, man muss glaube ich
368	immer wieder auf diese Basics auchzurückkommen oder aufmerksam gemacht werden. Und wenn das jetzt ein Studieninteresse
369	ist, dass man dann sagen kann: "Ja, Leute guckt mal!" Und ich bin mal gespannt, was raus kommt. Und dass man dann sagen
370	kann: "Es ist bewiesen, dass..." oder zumindest es war nicht schlecht das zu machen - weiß man ja jetzt nicht. Aber dann
371	hat man vielleicht nachher nochmal was zusätzlich in der Hand. Ja?
372	I: Hmm hmm. Okay. Da wir jetzt zum Ende kommen, würde ich Dich noch einmal Fragen, hast Du noch irgendetwas zu ergänzen

MAXQDA 2018

22.12.2019

373	oder hast Du irgendein Thema, worüber wir vielleicht noch nicht gesprochen, was Du aber für wichtig hältst, dass wir
374	noch darüber sprechen?
375	B4: (...) Ne. Eigentlich glaube ich nicht. Also, so, ich glaube das war eine Menge. Es wäre natürlich toll, wenn man
376	grundsätzlich dann Leuten einfach ein großes Spektrum anbieten kann, ohne sich so aktiv entscheiden zu müssen, ja? Also,
377	auch diese Entscheidung: "Will ich an einer Studie teilnehmen?" Hat ja für manche Eltern, wenn ich in der Anmeldung das
378	gesehen habe, dazu geführt, dass sie gesagt haben: "Ich will keine Studiensituation haben!" Weil sie es sich garnicht
379	vorstellen konnten. Und wenn irgendwann rauskommen kann, dass man sagen kann: "Ja, jetzt ist es auch keine Studie mehr.
380	Jetzt ist es einfach ein Angebot." Das würde mich ja freuen. Das wäre für die Leute super. Nä? Aber das ist, es ist ja
381	erstmal der Schritt dahin. Das ist ja jetzt dann Zukunftsmusik, aber...
382	I: Das stimmt.
383	B4: Hmm hmm. Ja!
384	I: Ja, dann schon einmal vielen Dank!

Anhang 8: Transkript 5

MAXQDA 2018

22.12.2019

Interview 5

1	I: Gut, dann würde mich zuerst interessieren, wie siehst Du denn die Philosophie der geburtshilflichen Abteilung hier in
2	der KLINIK?
3	B5: In der KLINIK ähm, war das, also historisch gesehen, immer schon so, dass werden Dir wahrscheinlich die anderen
4	Hebammen auch gesagt haben: Bei uns war immer schon alles anders. Irgendwie. Also, wirklich immer versucht, ähm, Dinge
5	anders und besonders gut zu machen. Also, ähm, zum Beispiel ist hier sehr viel so mit aufrechter Entbindung. Ähm, nā?
6	Dass wir immer schon versucht haben die Frauen eigentlich aus dem Bett rauszuholen anstatt im Bett zu bleiben. Weil wir
7	schon immer wussten, dass die Position unter der Geburt immer ganz wichtig ist, nā? Also, was das Ende sozusagen angeht,
8	nā? Ähm, und die KLINIK war ja vor Jahren immer schon bekannt als die Klinik für, äh, etwas ausgefallene Sachen. Also
9	die Leute konnten hier herkommen und ihre, ihre Inzens-Sachen mitbringen und ihre Kerzen und was weiß ich so, nā? Das
10	war... die sind damals immer sehr weit hergereist, weil hier das schon so ein bisschen anders war als in den anderen
11	Kliniken. Ähm, mittlerweile darf man jetzt keine Kerzen mehr hier haben und solche Geschichten und die Frauen... wir
12	haben jetzt mehr so ein gemischtes Klientel hier würde ich sagen. Also, nicht mehr nur die Ökos oder die, die das anders
13	haben wollen, also, das ist nicht mehr so ausgefallen sozusagen, sondern es ist eher so das, was hier in der Umgebung
14	ist und einige, die wirklich auch gute Versorgung haben wollen. Was uns hier besonders wichtig ist, oder besonders mir
15	als Leitung, ich möchte dass die Frauen hier zufrieden von der Station gehen. Ähm, und so wenig Traumatas mitnehmen, wie
16	möglich. Nā? Man kann bestimmte Notfälle oder so nicht verhindern, nā, in den meisten Fällen. Aber, dass die Frauen sich
17	trotzdem gut betreut fühlen, nā? Gerade in Bezug darauf, wie die... das gesamte Hebammenwesen ja momentan ist. Man hört
18	ja sehr viel momentan in den Nachrichten und die Zustände, ähm, jetzt in den Kliniken in Hamburg oder Schleswig-Holstein
19	sind wirklich katastrophal, also weil die einfach nicht genügend Personal haben. Un
20	d das habe ich mir hier geschworen, dass wir das hier nicht so machen. Und, ähm, wir machen jetzt schon

MAXQDA 2018

22.12.2019

	eine
21	1:1-Versorgung. Wir sind auch voll besetzt hier. Dass wir eigentlich immer genügend Hebammen auch hier haben, nā? Für
22	die Frauen. Und ich habe bis jetzt noch keine Frau gehabt, die hier weggegangen ist und gesagt hat: "Ich bin ignoriert
23	worden!! oder "Keiner hatte Zeit für mich!" Ich glaube das ist so unser, unser, Hauptding, dass wir wirklich versuchen
24	den Frauen eine gute Erfahrung zu ermöglichen unter der Geburt, nā? Eine gute Versorgung.
25	I: Hmm hmm. Okay. Du hast das ja, wenn ich richtig verstanden habe, auch initiiert mit der Be-Up-Studie, ähm...
26	B5: Ja, mit. Das kam von den Ärzten auch. Also, genau...
27	I: Und, ähm, wie stehst Du zur Studienteilnahme der KLINIK?
28	B5: Ich finde das ist sehr passend. Auch gerade weil wir sowieso schon sehr viel immer gemacht haben mit aufrechten,
29	ähm, Positionen. Für uns ist das eigentlich nichts Neues in dem Sinne. Und dadurch, dass wir momentan, nur eine, einen
30	Kreissaal oder eine Klinik der Grund- und Regelversorgung sind, das heißt wir haben hier keine Risikopatienten. Und nur
31	ab 36 Wochen. Das heißt wir haben im Prinzip das perfekte Klientel dafür. Nā, also bei uns können 90% unserer Patienten
32	sozusagen an der Studie teilnehmen, nā? Weil, also nā, mit den Ein- und Ausschlusskriterien. Die müssen ja, da dürfen ja
33	keine Komplikationen schon vorliegen, sondern die müssen normal sein. Und das ist bei uns ja eigentlich fast jede, die
34	durch die Tür kommt. Und, ähm, genau und die Motivation war einfach da gewesen. Wir haben das ans Team weitergegeben und
35	gesagt: "Mensch, was meint ihr? Habt ihr da Lust drauf?" Nā, dass man einen Raum umgestaltet. Und, ähm, genau. Die
36	hatten alle Lust drauf mal etwas anderes zu machen und etwas anderes auszuprobieren und dann haben wir gesagt: "Ja,
37	machen wir das!"
38	I: Okay. Das heißt Du hast auch das Team positiv dem gegenüber erlebt?
39	B5: Ja, sonst hätte ich das nicht gemacht! Man kann sowas nicht ohne die Zustimmung des Teams machen. Also, entweder
40	müssen da alle mitmachen oder nicht. Natürlich, ähm, ist, ähm, haben wir einige gehabt, die erstmal sehr skeptisch waren
41	und es ist natürlich auch schwierig, man muss wirklich ein bisschen umdenken und hier passiert, dann halt auch mal mehr

MAXQDA 2018

22.12.2019

42	auf dem Fußboden. Und manche sind halt nicht so kreativ, das sie dann sagen: "Okay, dann benutz ich das Bett halt, wenn
43	ich es brauche um meinen Rücken zu schonen." oder sonstige Geschichten. Also, ähm, genau wir versuchen aber auch uns
44	gegenseitig auszutauschen. In unserer Dienstbesprechungen ist eigentlich immer Thema Be-Up. Wo man sich dann auch
45	austauschen... das ist ganz interessant! Also, man kommt hier auch immer rein und der Raum sieht immer ein bisschen
46	anders aus, je nachdem wer, also zum Beispiel die Matte liegt jetzt hier (deutet auf die Liegematte, welche abseits des
47	Bettes liegt, sodass ein Durchgang frei bleibt) damit man da an die Matratze rankommt und nicht auf die Matte gehen muss.
48	Das hat sich auch irgendjemand überlegt so, nā? Also. Ähm, genau. Das ist so einfach dieses Kreative muss da mehr bei
49	sein. Und das fällt einigen leichter und anderen bisschen schwerer, nā? Ähm, aber genau wenn das Team gesagt hätte:
50	"Nein." Dann hätte ich das auch nicht gemacht. Nā, also.
51	I: Okay. Dann würde ich gerne mit Dir über das Thema Geburt allgemein hier in dem Be-Up-Raum sprechen: Welche Eindrücke
52	hast Du denn bis jetzt bei einer Geburt in dem Be-Up-Raum gewinnen können?
53	B5: Ich habe selber erst einmal hier entbunden. Also, nā? Ich habe jetzt nicht wahnsinnig viele Erfahrungen, ich weiß
54	dann nur von den Berichten von anderen. Aber Du hast Dich ja auch schon mit ein paar Hebammen unterhalten. Ähm, ich fand
55	das sehr, sehr interessant. Also, ich fand es sehr, sehr angenehm, weil ich habe das Gefühl gehabt, das ist eine, ähm,
56	dass es ein bisschen moderner ist im Prinzip und die Frauen einfach ein bisschen mehr Bewegungsraum haben. Also man hat
57	ja hier mehr Raum, weil das Bett nicht mitten... nā? Wir hatten hier ein Doppelbett drinne stehen. Dann kannst Du Dir
58	vorstellen, wie viel Platz dann noch übrig ist. Ähm, ich habe dann am Ende auf dem Geburtsbett entbunden zum Beispiel.
59	I: Also, auf dem versteckten? (deutet auf das Kreisbett hinter dem Vorhang)
60	B5: Auf dem versteckten, genau. Und nur den Geburtsprozess sozusagen hier gehabt, nā? Und dann nachher die Entbindung
61	selbst darauf. Weil das hat sich irgendwie so ergeben - das musste sein, weil es Probleme gab. Ähm, ich finds sehr gut,
62	weil wir haben ja hier alles drin. Es ist ja nicht, dass wir hier nichts, nichts drinne haben. Die Frauen können sich

MAXQDA 2018

22.12.2019

63	hinlegen. Die Frauen können das Bett benutzen. Die können eine PDA haben. Die können machen was sie wollen. Und, ähm,
64	generell finde ich auch, dass die Frauen sehr positiv sind. Also, nā? Die gucken sich das erstmal neugierig an und
65	probieren dann auch Sachen aus, irgendwie. Genau! Das geht wirklich um Kreativität und das finde ich toll!
66	I: Und was hast Du für Eindrücke, was auch so die Dauer der Geburt oder Komplikationen angeht, merkst Du da Unterschiede
67	zu den anderen Räumen?
68	B5: Ähm, bis jetzt noch nicht. Also, aber, wie gesagt wir waren immer schon sehr darauf erpicht die Frauen nicht im Bett
69	zu haben und nicht liegen zu haben, sondern eher aufrecht. Das machen wir in jedem Raum -egal ob hier oder in den
70	anderen Räumen. Ähm, und das kann ich auch echt noch nicht beurteilen muss ich sagen. Also, hier sind auch Notfälle.
71	Hier passieren dann auch, dass man zum Kaiserschnitt gehen muss oder so, nā? Genauso wie in den anderen.
72	I: Hmm. Und Deine Hebammentätigkeit an sich? Hast Du da Unterschiede bemerkt als Du hier in dem Raum warst und mit der
73	Frau zusammengearbeitet hast als in den anderen?
74	B5: Ähm, wie gesagt, das Ding ist die Kreativität, nā? Man muss einfach ein bisschen kreativer sein und die Sachen, die
75	jetzt hier überall rumliegen und -stehen, hier sind ja viele Geschichten, die man benutzen kann. Dann die Frauen auch
76	ein bisschen anleiten. Deswegen hängen ja auch die Bilder an der Wand (deutet auf die Wandbilder, welche eine Gebärende
77	in verschiedenen Positionen zeigen), um denen so ein bisschen Ideen zu geben - auch wenn die nicht die schönsten sind
78	(schmunzelt), aber man kriegt halt eine Idee, was man machen kann. Und ich habe jetzt auch oft gesehen, dass die Frauen
79	das ausprobieren und ähm, so. Also, ich denke eher, dass so der größte Unterschied ist, die Kreativität wirklich. Also,
80	man fühlt sich ein bisschen freier glaube ich. Nā? Weil es nicht so ist... und die Frauen kommen nicht rein und legen
81	sich aufs Bett und stehen nicht mehr auf.
82	I: Hmm Hmm. Und hat Dich der Raum vor besondere Herausforderungen gestellt, jetzt abgesehen von der Kreativität?
83	B5: Ähm, ne. Aber ich muss auch gestehen ich bin in England, wie gesagt, weil man da in Geburtshäusern arbeitet, da sind

MAXQDA 2018

22.12.2019

84	solche Geschichten normal. Ich bin das auch eher gewohnt. Also, ich fand das eher schön, dass es so ein bisschen hier
85	mal aufbricht und ein bisschen aufrüttelt und ein bisschen verändert. Ich bin immer sehr dafür, für Veränderungen,
86	Modernisierung und ich finde das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Und ich habe halt gesehen, was das im Team
87	bewirkt hat. Dieses Umdenken. Ich weiß, dass einige wirklich Probleme haben so viel auf dem Boden zu sein, aber man muss
88	das garnicht! Aber das müssen die erstmal selber realisieren, nā? Man muss nicht da sitzen und die ganze Zeit gucken.
89	Man kann viel mehr zurück stehen. Ähm, und es gibt ja verschiedene Entbindungsmethoden, zum Beispiel gibts ja die
90	Hand-on and Hands-off. Ich weiß nicht, ob Du das mal gehört hast...ob Du Deine Hände da hast, wenn der Kopf rauskommt,
91	oder ob Du ganz Deine Hände wegmachst und die Frau durchsprichst sozusagen. Du musst natürlich ein gutes Verhältnis mit
92	der Frau haben, damit sie auf dich hört. Und ich entbinde zum Beispiel immer nur Hands-off. Das heißt ich muss garnicht
93	so nah daran sitzen. Ich könnte hier sitzen und da hinten könnte jemand entbinden im Prinzip, nā? Solange ich die
94	Verbindung habe und die auf mich hört. Hier, sonst generell sind die Hebammen eher so, dass sie dann ihre Hände da haben
95	wollen. Und dann hast Du ein Problem, nā? Wenn die Frau hier auf dem Boden ist, dann bist Du da auch auf dem Boden und
96	dann tut Dir auch der Rücken hinterher richtig weh. Also, es, man muss da wirklich... aber ich, dadurch dass ich in so
97	vielen verschiedenen Umgebungen gearbeitet habe, dadurch bin ich da auch ein bisschen flexibler drin, was das angeht.
98	Ich habe jetzt nicht so 20, 30, 40 Jahre in einer bestimmten Art und Weise, sondern sehr unterschiedlich irgendwie, nā?
99	Ähm,ich habe mehr Rückenschmerzen, wenn ich eine Wassergeburt mache, muss ich gestehen, zum Beispiel. Als jetzt hier.
100	I: Also, so wie Du das beschreibst, wie Du die Geburt durchführst, macht das dann natürlich auch Sinn. Wenn die anderen
101	eher direkt dran sind und immer versuchen, dann noch, nā?
102	B5: Genau!
103	I: Dann ist das natürlich eine andere Sache. Und wenn Du zwischendurch Untersuchungen gemacht hast zum Beispiel, also
104	ähm,überprüft wie weit der Muttermund geöffnet ist oder so, dann... hat das Dir Probleme bereitet, wenn

MAXQDA 2018

22.12.2019

	die Frau in
105	einer anderen Position als jetzt liegend im Bett war?
106	B5: (schüttelt den Kopf)
107	I: Nein.
108	B5: Garnicht. Ne. Überhaupt nicht.
109	I: OK.
110	B5: Weil man kann sie ja auch, äh, sie kann sich ja überall hinlegen. Nä? OK, man muss dann halt mehr auf seine Knie
111	gehen oder irgend, nä? Wie gesagt, man muss halt ein bisschen kreativer sein, so. Und man muss einfach, ähm, nä, man
112	kann sich nicht einfach auf einen Stuhl setzen und alles vom Stuhl aus machen oder stehen oder so, sondern das ist dann
113	halt in einer sitzenden Position und... ich kann mir echt gut vorstellen, dass so jetzt so alte Leute, was heißt alte
114	(beide lachen), aber ähm, die jetzt nah an der Rente sind, nä? Also, so 60 oder so, wo das einfach ein bisschen steifer
115	ist und nicht mehr so einfach dieses hoch und runter, dass es für die wirklich ein bisschen schwieriger ist. Aber ich
116	habe dann auch zu denen gesagt, dann legt sie aufs Bett rauf. Oder, Du kannst ja einer Frau immer sagen: "Leg Dich mal
117	kurz hin, ich untersuche Dich!" Wie gesagt, man muss da einfach diese Kreativität haben und auch die Ressourcen, die man
118	hier hat, nutzen! Wir haben so ein Bett, das hoch ist. Warum nicht nutzen? Man muss nur zusehen, dass die Frau wieder
119	aufsteht irgendwann. Aber, ähm, manche Frauen wollen ja auch liegen. Deswegen gibt es ja auch die Matratze. Ähm, ja. Von
120	daher, ich finde es kein Problem.
121	I: OK. Und hattest Du den Eindruck, dass wenn die Frauen hier in dem Raum sind, oder Du hattest ja jetzt nur eine, aber
122	eher auch von sich aus aufrechter waren? Oder war das ähnlich, wie in allen anderen Räumen?
123	B5: Ähm. (...) Es ist wirklich. Es ist sehr unterschiedlich. Nä, also, gut ich hab jetzt nur eine entbunden hier. Ich
124	habe natürlich auch andere hier gesehen und beobachtet und so. Die Frauen, die hier drinne sind, das sind Frauen, die
125	haben sich auch mit der Studie beschäftigt oder befasst. Die haben wirklich gute Informationen bekommen und die haben
126	gesagt: "Ich will das machen!" Das sind meistens auch Frauen, die generell eher aufrecht sein wollen. Das sind jetzt

MAXQDA 2018

22.12.2019

127	keine Frauen, die sagen, so: "Hey, ich will sofort eine PDA und im Bett liegen." und sowas. Verstehst Du? Also, das sind
128	so vom Klientel her eher so Leute, die sagen: "Ja, hey! Ich will sowas mitmachen. Und ich will so eine Erfahrung
129	machen!" oder ähm, "Ich finde das interessant!" oder so. Die haben sich halt schon ein bisschen darüber Gedanken gemacht.
130	Von daher ist das schwer zu beurteilen. Also, ähm, ich würde schon sagen, dass die hier weniger liegen als in anderen
131	Räumen. Einfach, weil hier das nicht, das Bett im Mittelpunkt steht. In den anderen Räumen ist das häufig so, die Frauen
132	kommen rein: "Dann leg Dich erstmal aufs Bett! Dann machen wir ein CTG." Dann fangen die Wehen an, dann wollen sie nicht
133	mehr aufstehen. Und dann hat man das Problem sozusagen. Und ich kann sie ja nicht zwingen irgendwas zu machen. Ich kann
134	ihnen nur sagen: "Mensch, versuch mal!" oder so. Und hier - ich glaube das motiviert eher aufzustehen.
135	I: Hmm. OK. Du hattest auch eben einmal kurz das Hebammenteam erwähnt, dass es da vielleicht eine Veränderung gab seit
136	Beginn der Studie oder ein Umdenken oder sowas? Hast Du dieses Gefühl?
137	B5: Hmm hhm. Also, auch von den Ärzten her, nā? Also, Hebammen und Ärzte. Unser Team besteht ja aus beidem. Das ähm, und
138	natürlich auch ähm, wir unterhalten und tauschen uns hier aus über die Erfahrung, die wir hier haben. Und dann kommt
139	dann auch, dass einige sagen: "Mensch, ich habe das Problem, das und das Problem gehabt." oder so und so. Und, dass wir
140	dann überlegen, wie können wir dann eine Lösung finden. Dass, wenn sowas nochmal passiert, wie kann man das besser
141	machen oder anders machen, irgendwie. So, zum Beispiel hatten wir eine Situation gehabt, wo eine Frau in den OP musste,
142	war ein Notfall gewesen, und die hat, wir können unseren OP-Tisch hier reinbringen, die Frau darauf und dann mit dem
143	OP-Tisch in den OP fahren. Und, da sind die nicht richtig an die Frau rangekommen. Also, die Frau war glaube ich auf der
144	Matte und die wussten nicht so Recht, wie sie die Frau dann von der Matte dann auf den OP-Tisch... dann haben wir so ein
145	Tragetuch besorgt, nā? So Sachen. Also, wie gesagt, das hat sich dann so entwickelt, dass man geschaut hat, was brauchen
146	wir um das irgendwie sicherer und besser zu machen. Und ähm, genau. Dass, die im Bezug auf die Ärzte... also ich denke
147	schon, dass hier eher... es geht ja... also: Wenn man schwanger ist, nā? Man ist schwanger, man ist ja nicht

MAXQDA 2018

22.12.2019

	krank! Der
148	Körper der Frau ist dazu gemacht sozusagen. Dann ist ja sowieso die Frage: Warum gehen die Frauen am Anfang der
149	Schwangerschaft zum Arzt? Die sind ja nicht krank! Die müssten im Prinzip zu einer Hebamme gehen, die sich mich der
150	Physiologie auskennt und die an einen Arzt überweist, wenn es pathologisch wird, also wenn irgendwas nicht so stimmt
151	oder nicht so ist, wie es sein soll. Ähm. Hier in Deutschland ist es aber so momentan, dass das alles sehr in den Händen
152	der Ärzte ist. Das geht ja schon am Anfang der Schwangerschaft los und bis unter die Geburt auch. Wir haben es hier sehr
153	gut, dass wir sehr auf dem gleichem Level sind, auf einem Level mit den Ärzten. Und schon die Hebammen hier das Sagen
154	haben, sozusagen, und die Ärzte auch wirklich meistens nur reinkommen, wenn die Hebamme sagt: "Mensch, ich habe da ein
155	Problem. Kannst Du Dir das einmal anschauen?" Was glaube ich in anderen Häusern, was ich so gehört habe, ein bisschen
156	anders ist, nā? Gut, wir haben hier auch meistens nur Frauen, die physiologisch sind, das heißt, nā? Wo es keine
157	Komplikationen gibt. Und ich glaube dieser Raum hat das noch einmal ein bisschen, dieses Natürliche noch ein bisschen in
158	den Vordergrund gebracht. So, wie es eigentlich sein sollte, nā? Also, und uns noch einmal ein bisschen zum Nachdenken
159	gebracht, wie man diesen physiologischen Prozess - der ja eine Geburt ist - unterstützen kann. Also, ich glaube so mehr
160	vom Denken her, hat das so ein bisschen einen Anstoß gegeben.
161	I: Sowohl bei den Ärzten als auch bei den Hebammen?
162	B5: Genau! Bei beiden. In beiden Gruppen.
163	I: Hmm hmm. Und verhalten sich die Ärzte hier nochmal anders als in den anderen Räumen?
164	B5: Ähm, (...) ne, also die Ärzte kommen ja wirklich nur zur Geburt rein oder wenn irgendwie Sachen schief gehen
165	sozusagen, nā? Ähm, das heißt man würde, wenn jetzt irgendwie etwas pathologisch werden würde, würde man die Frau
166	sowieso auf das Bett, wahrscheinlich, legen. Das heißt, dass der Arzt dann auch irgendwie eingreifen müsste oder
167	irgendwie so. Und das ist ja dann genauso, wie in einem anderen Raum. Im Prinzip, nā? Aber ich habe hier auch schon
168	Ärzte auf dem Boden hocken sehen während einer Entbindung, nā? Also, das geht auch also. Also ich fand

MAXQDA 2018

22.12.2019

	jetzt den
169	Unterschied nicht so groß. Aber das ist wie gesagt, für uns als Klinik spezifisch, weil wir immer schon etwas anders
170	waren sozusagen. Wir sind keine normale Klinik so wie andere Kliniken. Also, wir sind... waren immer schon mit diesem
171	Augenmerk auf das Normale und versuchen irgendwie die Physiologie zu unterstützen.
172	I: OK. Und hat sich überhaupt die Relevanz der Gebärhaltung vielleicht auch im Team mehr thematisiert oder verändert
173	bei einigen?
174	B5: Ich würde behaupten: nein. Vielleicht haben Kollegen etwas anderes gesagt? Also, dass die das anders empfunden haben,
175	weil, wie gesagt, das ist, nā? Wir haben hier Hebammen, die sind weltberühmt sozusagen (schmunzelt) dafür dass die
176	Frauen immer aus dem Bett rausholen und aufrecht und alles, nā? Also, ich würde behaupten: nein. Das ist, ich glaube das
177	war mehr so ein bisschen so ein Anstoß in die Richtung gehend: "Mensch, das ist einfach normal." und, nā? Es gibt
178	einfach hier mehr Optionen durch diese ganzen Geschichten. Ich finde, das macht es leichter, als jetzt nur um das Bett
179	herum zu laufen, sage ich jetzt mal, oder auf dem Ball zu sitzen.
180	I: Hmm hmm. Und, ähm, wie erlebst Du das mit den Elementen hier zum Beispiel? Sind das denn besondere Ereignisse nochmal
181	oder Herausforderungen? Merkst Du, da ist irgendwas nicht so gut oder das könnte man anders machen?
182	B5: (...) Ne, ich finde das eigentlich ganz gut! Also, wir hatten zuerst das hier (deutet auf einen niedrigen
183	Gebärhocker), das ist ja zum Entbinden, nā? So ein Gebärhocker. Und da hatten die uns erst so einen niedrigen geschickt
184	und da wussten wir nicht so recht, was wir damit anfangen sollen, bis wir dann festgestellt haben, die haben uns den
185	falschen geschickt. Dann haben wir uns den richtigen, nā? Der muss ja ein bisschen Platz haben, nā? Ich habe den anderen
186	jetzt nur hier gelassen, weil...
187	I: Wofür war der gedacht, dann?
188	B5: Den kann man irgendwie so benutzen um drauf zu sitzen oder ähm, nā? Wenn man eine andere höhe möchte oder so. Ich
189	weiß garnicht, ob der benutzt wird überhaupt, aber, ähm... Ne, also, ich fand, als ich jetzt hier entbunden habe, ich
190	fand das war gut was wir hatten. Ähm, ich würde persönlich die Matratze (deutet auf das schmale Bett an der Wand) gerne

MAXQDA 2018

22.12.2019

191	anders positionieren, also ich würde die gerne nicht an der Wand haben, sondern so in den Raum hinein. Darf ich aber
192	nicht, also das ist von der Studie vorgegeben, dass die an der Wand entlang sein muss. Und dadurch ist es aber ein
193	bisschen schwierig, dass die Frauen hier nicht richtig liegen können, wenn die sich hinlegen wollen, weil das rutscht
194	(geht zum schmalen Bett und zeigt, wie der Keil auf dem Bett rutscht, welcher zum Abstützen des Frauenrückens gedacht
195	ist). Also, die haben da keinen Halt nach Hinten, das ist so ein bisschen doof. Und man kommt halt schlecht ran, nā?
196	Weil ich hatte das zuerst so, dass die, diese Matratze hier so in Raum rein war und die Matte hier hinter. Dann konnte
197	man an die Matratze von der Seite ran und man musste nicht über die Matte (zeigt, wie sie die Elemente in den Raum
198	gestellt hatte). Jetzt muss man immer, weil die Matte meistens hier dran liegt, immer auf die Matte rauf und das ist
199	natürlich auch blöd. Nā? Zieht man Schuhe aus? Lässt man Schuhe an? Das ist immer wieder eine Diskussion. Ich sage immer,
200	ich lauf da mit Schuhen drauf, ich würde jetzt nicht mit denen hier rauflaufen (deutet auf ihre Straßenschuhe), aber
201	wenn ich meine Arbeitsschuhe anhab, ähm, weil das sonst ein Risiko ist, nā? Das geht ja dann um Sicherheit, wenn man die
202	Schuhe auszieht. Aber, solange, wie wir an der Studie teilnehmen, müssen wir das so lassen. Und hinterher können wir uns
203	dann überlegen, was wir damit machen. Und das wird glaube ich interessant dann zu sehen: Was will das Team? Wollen sie
204	diese ganzen Sachen behalten oder sagen die: "Ne, wir haben jetzt genug! Wir wollen wieder das..." Ähm, ich hab noch ein
205	Doppelbett, was hier rein gehört. Ähm, "Wir wollen das wieder haben." Das wird interessant sein! Ich bin sehr gespannt.
206	Ähm, ich hoffe wir behalten die Sachen. Ich finde das schön!
207	I: Wird ja dann vielleicht auch in dieser Arbeit noch einmal thematisiert, was die Hebammen dazu denken. (lacht) Dann
208	kann das vielleicht...
209	B5: Ja, ich glaube auch, also, ähm, wie gesagt, ich weiß nicht... Ich habe mit den Kollegen nicht gesprochen, was die
210	gesagt haben...
211	I: Das ist auch ganz gut! (lacht)

MAXQDA 2018

22.12.2019

212	B5: Ähm, es, nā? Aber ich bin mir sicher, dass das alle ein bisschen unterschiedlich empfinden, nā? Das ist ja auch
213	normal. Das gehört dazu. Es ist ja auch nur ein Versuch, nā? Also, nā? Ich hab halt gesagt: "OK, ich finde das super,
214	dass wir was Neues probieren!" Weil für mich geht es darum, diesen Gedankenprozess, was das in Gang setzt sozusagen. Und
215	ähm,ähm, gerade bei den Ärzten, finde ich, ist das, ist das, ähm, (...) ist das bemerkbar, sagen wir mal so.
216	I: Inwiefern?
217	B5: Das, es geht ja hier um die normale physiologische Geburt. Und Ärzte sind ja eigentlich immer mehr auf pathologische
218	Sachen ausgerichtet. Und, dass die sich einfach mal mehr Gedanken machen, nā? Wie kann man eine physiologische Geburt
219	noch irgendwie, ähm, besser hinbekommen? Was gibt es für Optionen? Wir Hebammen kennen das ja sowieso. Wir sind ja
220	Physiologie-trainiert sozusagen, nā? Wir sind dann trainiert darauf Pathologie zu erkennen und dann ruft man aber einen
221	Arzt dazu. So, nā? Ähm, Ja. Wie gesagt, also das ist halt, ja, diese strikte Vorgaben von der Studie machen es ein
222	bisschen schwierig, aber so ist das halt, wenn man an einer Studie teilnimmt, nā? Also, man muss diese Kriterien
223	einhalten, weil es muss ja überall gleich sein, damit man das auch irgendwie vergleichen kann, nā? Wir würden aber, wie
224	gesagt, den Raum ander einrichten, dass es praktischer für uns wäre. (schmunzelt) Ähm, und dann wären die Hebammen
225	nämlich auch zufriedener. Dann würden, die sich nämlich nicht mehr über die Sachen beklagen, über die sie sich beklagen.
226	Da bin ich mir 100-prozentig sicher!"
227	I: Hmm hmm. Und, wie erlebt Du denn die Eltern in dem Be-Up-Raum?
228	B5: Die finden den eigentlich gut! Nā? Ist natürlich neu und das ist so ein bisschen Faszination da. Wir machen häufig
229	die Anmeldegespräche hier drin. Wenn der Raum frei ist an dem Tag, nā? Und, ähm, äh, die meisten sind interessiert und
230	das, das Problem ist aber, wie gesagt, weil das eine randomisierte Geschichte ist, wir können ja nicht denen versprechen,
231	dass sie hier in dem Raum sein werden, sondern der Computer entscheidet, ob sie jetzt hier sind oder in einem anderen
232	Raum. Also, ich habe jetzt ein paar Frauen gehabt, die sind dann randomisiert worden und waren dann in einem anderen

MAXQDA 2018

22.12.2019

233	Raum und waren dann enttäuscht. Nä? Die wollten gerne hier rein. Weil sie sich irgendwie mental darauf vorbereiten,
234	obwohl wir denen immer sagen: "Es kann sein, dass Du hier bist. Es kann sein, dass Du woanders bist." Ähm, genau. Ich
235	glaube, ich glaube, wenn die Studie nachher vorbei ist und die Frauen sich das einfach frei aussuchen können und wir
236	einfach einen Raum haben, der anders eingerichtet ist, den sie benutzen können, wenn sie wollen. Ich glaube, dass das
237	viel attraktiver sein wird.
238	I: Hmm hmm. Das heißt, wenn die Frauen dann nicht hier reinkommen, dann merkst Du auch die Enttäuschung?
239	B5: Manchmal! Also einige verstehen das halt und das ist auch ok, nä? Und bei einigen, die sagen, Mensch, nä, als wenn
240	die sich darauf eingestellt haben hierher, hier rein zu kommen. Also, wirklich unterschiedlich.
241	I: Und wie gehst Du dann damit um?
242	B5: Wir erklären das nochmal. Also, man kann es ja nicht ändern, nä? Also, ähm, wir haben zum Beispiel auch eine Frau
243	gehabt, die sagt, ja, sie will daran teilhaben aber sie will nicht so gerne hier rein und durch Zufall hat der Computer
244	auch sie in einen anderen Raum gesteckt. Von daher war das dann kein Problem gewesen.
245	I: Und wieso wollte sie nicht hier rein?
246	B5: Ne, fand sie irgendwie nicht so gut. Wollte, wollte, ähm, wollte wohl lieber ein Bett haben, oder...
247	I: Hmm. OK. Ähm, und wie nutzen die Eltern überhaupt das ganze Equipment des Raumes, sage ich mal? Hier ist ja auch ein
248	Fernseher und die Snackbar und solche Sachen...
249	B5: Das wird eigentlich recht gut genutzt. Also, der Fernseher, da läuft ja so ein Film mit Naturbildern. Hast Du
250	gesehen, nä?
251	I: Ja.
252	B5: Ähm. Genau. Also ich habe hier Hebammen gehabt, die sind hier rausgegangen und haben gesagt: "Ich will so einen
253	Fernseher in jedem Raum haben. Ich bin so entspannt!" Ähm. (beide lachen) Ähm. Die können das ja auch ausstellen, wenn
254	sie wollen. Also, ich mache meistens den Ton ganz leise, dass man das so hört, dass es nicht stört. Und es gibt halt, es
255	ist halt etwas wo die raufgucken können, was die so ein bisschen ablenkt. Weil, wenn Du unter der Geburt bist - Du hast

MAXQDA 2018

22.12.2019

256	Schmerzen! Egal, wie Du es drehst, nā? Und Du hast halt Pausen zwischendrin, aber Du gehst halt immer wieder durch diese
257	Wehen, die wirklich schmerzhaft sind, nā? Ähm. Die Männern mögen den Sitzsack gerne. Die Frauen können sich da nicht so
258	raufsetzen, weil die kommen dann nicht mehr hoch. (beide lachen) Aber die Männer entspannen sich da gerne mit einem
259	Kaffee und gucken den Frauen dann von da drüben aus zu (deutet auf den Sitzsack in der anderen Raumhälfte). Ähm, die
260	Frauen probieren dann hier immer irgendwelche Sachen aus, nā? Also, wir Hebammen, wir bauen denen dann auch Sa... also
261	ich zumindestest baue denen dann irgendwelche Sachen und sage: "Probier das doch mal!" Oder so. Ähm, genau. Also, nā?
262	Also, normalerweise habe ich die Matte dann da dran und habe die Dinger (klopft auf die Schaumstoffelemente) dann darauf
263	verteilt, sodass die schon da sind, nā? Ähm (...) Genau. Ja.
264	I: Und interagieren die Eltern auch anders miteinander?
265	B5: Ähm. Ja. Weil die Frau ja nicht so auf dem Bett liegt und der Mann irgendwo auf dem Stuhl sitzt, sondern es ist
266	schon eher so ein Miteinander, nā? Also, ich habe bei Männern häufig am Anfang so, wenn die hier in den Raum reinkommen,
267	dass die so ein bisschen unsicher sind und nicht so recht wissen, aber wenn man dann sagt: "Mensch, Du kannst hier
268	sitzen oder da oder nimm doch mal Deine Frau in Arm!" Oder hier um die Ecke (deutet auf hintere Ecke des Raumes) sind
269	ja auch noch so Bilder, was man, äh, nā, so verschiedene Gebärpositionen. Wir hatten das eigentlich so ein bisschen mehr
270	im Raum, aber wegen diesen anderen Bildern habe ich das jetzt so in die Ecke gehängt, genau, und das hilft denen auch,
271	nā? Also, Männer brauchen da eher noch so ein bisschen Anleitung, wie sie die Frauen unterstützen können, nā? Und,
272	dadurch, dass das ganze Geschehen hier (deutet auf den Mittelpunkt des Raumes) irgendwie so sich abspielt, anstatt nur
273	auf dem Bett, ist das eher so... ich glaub, dass die Männer...also ich habe noch nicht einen Mann gefragt, ob die sich
274	jetzt mehr eingeschlossen fühlen oder nicht. Wenn es das erste Baby ist, wissen die ja auch nicht den Unterschied, nā?
275	Und es kommt glaube ich auch auf die Beziehung an zwischen denen, aber... ähm, genau. Generell, glaube ich, gibt denen
276	das einfach ein bisschen mehr Freiheit.

MAXQDA 2018

22.12.2019

277	I: Hmm hmm. Und auch so bezüglich der Reinigung des Raumes, bist Du da auf neue Herausforderungen gestoßen?
278	B5: Ähm (...) Die Matratze ist sehr schwer anzuheben, nā? Und wenn man hier irgendwie jetzt Blut oder Wasser oder
279	sonstige Geschichten hat, das läuft dann schon so ein bisschen dadrunter. Da muss man schon so ein bisschen aufpassen,
280	dass da drunter geputzt wird, nā? Wir haben... und die ist halt echt schwer. Also, ähm, die Matte geht noch, aber die
281	(deutet auf das schmale Bett) da brauchst Du fast schon zwei Leute, weil die kannst Du auch, die rutscht nicht. Die hat
282	so ein Anti-Rutsch-Dings dadrunter. Ähm. Wir haben es echt gut, wir haben eine sehr sehr gute Putzfrau, die sehr
283	ordentlich ist. Und, ähm, das sehr gut macht. Und sie hat sich noch nicht beschwert (lacht). Aber es ist natürlich, nā?
284	Wenn man schaut, diese müssen alle einzeln abgewischt werden, geputzt werden, hier in den Rillen (zieht die Nähte eines
285	Elements leicht auseinander), da kann sich Blut ransetzen. Man muss wirklich gucken, dass das ordentlich gemacht wird
286	und so weiter. Normalerweise, wir legen halt schon irgendwie diese Tücher drunter, nā? Das nicht direkt draufkommt. Aber
287	man kann es manchmal einfach nicht verhindern und Du hast halt mehr verschiedene Elemente zu putzen. Deswegen ist das
288	generell ein bisschen mehr, würde ich sagen.
289	I: Ja. Ja. Und auch allgemein die Bürokratie rund um die Studie ist das eine Zusatzbelastung?
290	B5: Ja, man muss ja so einen ganzen Fragebogen machen. Also, ich habe gemerkt, dass, ähm, weil ich habe es selber ja
291	gemacht und ich helfe viel den Hebammen auch, man muss es einfach schnell während der Geburt schon machen. Dann ist es
292	nicht so viel, nā? Wenn man hier ein bisschen, da ein bisschen macht. Ich versuche den Hebammen gerade beizubringen,
293	dass die ihre gesamte Dokumentation im Raum mit den Frauen machen. Das fällt denen aber sehr schwer, weil die es nicht
294	gewohnt sind. Die lassen immer alles draußen liegen, sind dann aber mit der Frau hier drinne und dann setzen sie sich
295	hinterher hin und haben einen riesen Papierberg zu tun. Also, inklusive jetzt der Studie. Ähm, das erste Mal, wenn man
296	diese Papiergeschichten denkt man: "Oh Gott!" Beim zweiten Mal ist es schon einfacher und beim dritten, vierten Mal oder
297	so, kann man das schon mit geschlossenen Augen machen. Dann brauchst Du die Fragen garnicht mehr

MAXQDA 2018

22.12.2019

	lesen. Also, es kommt
298	drauf an, wie oft die das gemacht haben, wie leicht oder schwer das ist. Also.
299	I: Wie lange dauert das ungefähr, also rein für die Studie?
300	B5: Ich mache es, ich würde es jetzt in fünf bis zehn Minuten wahrscheinlich machen. Andere brauchen vielleicht viertel
301	Stunde bis halbe Stunde. Ich weiß es nicht. Also, ich weiß, dass einige mehr damit zu knapsen haben, als andere. Ähm.
302	Also, für mich ist es eine Organisationssache. Aber ich bin gewohnt sehr schnell zu arbeiten und mich zu organisieren
303	sozusagen und auch die Randomisierung, nā? Wenn man die ein paar Mal gemacht hat, dann geht das total schnell. Aber beim
304	ersten Mal muss man sich ja jede Frage ganz genau durchlesen und dann gucken, wo finde ich die Antworten? Und genau so.
305	Und es ist natürlich extra Papierkram und wir hassen extra Papierkram! Das macht hier keinen glücklich, aber, nā? Wir
306	müssen das jetzt einmal noch ein Jahr durchhalten und dann, äh...
307	I: Ja. Man macht es für den Zweck gerne, nā?
308	B5: Man macht es für den Zweck. Wir sind aber auch froh, wenn es vorbei sein wird!
309	I: Verstehe ich!
310	B5: Also, ja. Weil das einfach weniger Papierkram und so weiter ist.
311	I: OK. Und, ähm, wenn Du irgendwas an der Studie oder an dem Raum ändern könntest, was wäre das?
312	B5: Das Setup. Definitiv. Weil ich finde das total unpraktisch!
313	I: Das heißt diese Einschränkung, dass das Bett halt an der Wand längs stehen muss, zum Beispiel?
314	B5: Genau. Ja. Es sieht viel besser aus andersrum und so, nā? Und es ist viel praktischer. Viel, viel praktischer! Vom
315	gesamten Setup. Also, das ist mein, mein größtes Ding. So, ähm. (...) Ja, wie gesagt ansonsten, ich finde es super, dass
316	wir einen Raum haben, der anders ist! Nā? Warum nicht?!
317	I: Hmm hmm. Und Du sagtest auch noch, dass mit dem Ruschten der Elemente, glaube ich, auf dem Bett? Dass sich die Frau
318	dann nicht wirklich, was Du gezeigt hattest, so anlehnen kann, weil das dann wegrutscht?
319	B5: Genau, also bei der Geschichte dann nicht, wenn das Bett anders rum steht, dann ja. Das ist halt das Ding, weil man
320	dann eine Stirnseite hat, die dann an der Wand steht, nā? Und die Matratze rutscht halt nicht. Ähm (...) Aber ich meine,
321	was ist der ideale Geburtsraum? Also, ich zum Beispiel persönlich mag diese Doppelbetten auch nicht, die wir hier haben.

MAXQDA 2018

22.12.2019

322	Die finde ich zum Beispiel total unpraktisch. Aber die Hebammen hier finden die super.
323	I: Warum findest Du die unpraktisch?
324	B5: Weil ich dann nicht richtig rankomme und mir das Rückenschmerzen gibt. Ich bin gewohnt auf einem normalen
325	Entbindungsbett, jetzt nicht so ein kleines, sondern dass man hoch und runterstellen kann. Wo man gut rankommt, nā? Ich
326	gehe auch immer von der falschen Seite rum ran. Ich bin Rechtshänder! Wenn ich jemand untersuchen...
327	UNTERBRECHUNG
328	I: So, ähm, wo waren wir stehen geblieben. Genau, was Du ändern würdest, mit dem Bett und so...
329	B5: Ja, ansonsten finde ich das total gut. Ich finde das super, dass wir hier eine Snackbar haben. Ich finde das auch
330	super, dass wir hier einen Fernseher haben. Also, in England habe ich in so einer ganz modernen, neuen Klinik gearbeitet,
331	da war in jedem Raum ein Fernseher gewesen und er ist echt viel genutzt worden von den Paaren. Und es lenkt halt ab!
332	Ähm,nā? Die können sich das selber einschalten, was sie schauen wollen. Also gut, jetzt hier (deutet auf den Fernseher
333	im Be-Up-Raum) gibt es nur einen DVD-Player, da müssten die sich schon ihre DVDs mitbringen (beide lachen)
334	I: Kein Netflix! (beide lachen)
335	B5: Aber, aber wir haben dann wenigstens diese Naturszenen. Das ist, ja, es geht ja ein bisschen um die Ablenkung! Und
336	das hilft, wenn man Schmerzen hat und ein bisschen abgelenkt ist und auch für die Männern, also, ähm, genau. Ich finde
337	das, wie gesagt sonst echt super und ähm, es ist eine subjektive Geschichte! Also einige werden sagen, sie finden es gut
338	und andere werden sagen, sie finden es nicht so gut. Nā, also. Ich geh da mit, was das Team will am Ende. Wie gesagt,
339	die wollen diese Doppelbetten haben. Ich denk OK, wenn es sie glücklich macht, dann nā? Ähm, ist es halt so. Also für
340	mich ist es halt, wie gesagt, ich bin Rechtshänder, ich muss wirklich dann auf dem Bett irgendwie, um die dann zu
341	untersuchen, weil die Frau auf der falschen Seite liegt, aber, ähm, nā? Und von daher ich bin mir sicher, hier haben
342	auch einige gesagt, dass sie es hier unpraktisch finden. Ich finde es hier praktischer, weil ich hier mehr Raum habe!
343	I: Hmm hhm. OK. Würdest Du denn abschließend sagen, dass sich die Intervention alternativ ausgestatteter Gebärraum als

MAXQDA 2018

22.12.2019

344	sinnvoll erwiesen hat?
345	B5: (...) Ja! Ich also, wie gesagt, für mich ist das Hauptding dieses Umdenken. Dieses wirklich diesen Fokus nochmal auf
346	die Physiologie zu haben und die Kreativität nochmal ein bisschen zu wecken. Und ich finde es einfacher, weil man hier
347	den Frauen mehr anbieten kann. Also, man kann denen mehr Ideen geben und die mehr beschäftigen sozusagen unter der
348	Geburt. Nä? Also, die können dann Sachen ausprobieren und die sind dann ein bisschen flexibler als in den anderen Räumen.
349	Also, was das jetzt am Ende, ich bin gespannt, was für Resultate da rauskommen, ob es jetzt wirklich besser ist oder
350	nicht, aber ich finde... weil momentan im gesamten Hebammenwesen tut sich ja sehr viel. Also, ich habe jetzt schon ein
351	riesen Unterschied gemerkt in den zehn Monaten, die ich jetzt hier bin, äh, wie das Denken des Teams sich total
352	verändert hat. Am Anfang haben die mich nur mit großen Augen angeguckt, wenn ich von bestimmten Sachen geredet habe und
353	jetzt ist das schon ganz normal geworden. Also, man merkt, dass sich da wahnsinnig viel tut und da passt dieser Raum,
354	finde ich, total gut mit rein. Weil, es geht ja darum einfach mal neue Ideen auszuprobieren.
355	I: Ja! OK, ähm, da wir jetzt zum Ende des Interviews kommen, möchte ich Dich noch fragen, möchtest Du noch über irgendwas
356	reden, was wir vielleicht vergessen haben oder was in Deinen Augen zu kurz gekommen ist?
357	B5: (...) Ne, ich fand die Vorbereitung eigentlich ganz gut. Die haben uns ja da angeleitet. Vielleicht hätten die uns
358	am Anfang ähm, wäre das vielleicht ganz gut gewesen, wenn jemand von der Studie hier gewesen wäre und den Raum dem Team
359	offiziell vorgestellt hätte sozusagen und einmal so ein bisschen vorgemacht hätte, wie, was kann man damit überhaupt
360	machen. Was gibt es für Möglichkeiten und ähm, wie kann man am besten rückschonend arbeiten, nä? Um, um das so ein
361	bisschen zu unterstützen. Das kam dann so ein bisschen später, ähm. Also, da war ich bei so einer Fortbildung gewesen.
362	Ähm, das war sehr interessant! Da haben wir uns mit den anderen Kliniken zusammengesetzt. Also, von jeder Klinik war
363	eine Vertretung da und da haben wir uns so ein bisschen ausgetauscht und das war ganz interessant zu hören, wie das in
364	anderen Kliniken läuft, was die für Probleme haben. Und die haben wirklich teilweise richtige Probleme gehabt. Oder die

MAXQDA 2018

22.12.2019

365	Räume waren so klein, dass man sich garnicht richtig bewegen kann. Also, wir haben hier ein wahnsinniges Glück, dass wir
366	so viel Raum haben, dass ich ein bett in der Ecke verstecken kann. Also.. (lacht). Das ist in anderen Kliniken kaum
367	möglich, oder dann ist der Raum so klein, dass man sich wirklich nicht bwegen kann. Nä? Ähm...
368	I: Die Schulung bezog sich dann nur auf die Randomisierung wahrscheinlich und nicht wirklich auf das, was hier drinnen
369	passiert, verstehe ich das richtig?
370	B5: Genau! Genau. Nä? Also, wie man den Papierkram sozusagen, ähm, macht und nä? Wie man die Computerarbeit macht und so,
371	nä? Genau. Ich glaube das wäre für das Team gut gewesen. Ich habe dann, ich war wie gesagt bei dieser Fortbildung dann,
372	oder diesem Treffen gewesen und die hatten dann auch, weil das von allen Kliniken angemerkt wurde, dass das halt für den
373	Rücken oder das die Leute da halt Probleme mit haben, und da hatten die dann von der Physio irgendwie zwei Leute gehabt
374	und die haben uns dann so ein paar Sachen gezeigt. Also, ich fand jetzt nicht, dass ich da so viel gelernt habe, ähm,
375	aber ich habe auch, also man muss einfach ein bisschen bewusster sich bewegen glaube ich. Und manchmal, wenn man viel zu
376	tun hat und wenn es schnell gehen muss, setzt dieses Bewusstsein aus, nä? Und ich glaube das ist ein Problem und das
377	merkt man dann hinterher, dass man da irgendwie, nä? Probleme hat. Oder ich weiß auch, dass eine Kollegin hier mal
378	ausgerutscht ist, weil sie die Schuhe ausgezogen hat, nä? Oder so. Wo ich dann auch gesagt habe, ne, Schuhe anlassen!
379	Die sollen sich nicht einem Risiko aussetzen, nä? Oder, nä? Das war so ein bisschen unklar, dürfen wir hier das Bett
380	dahinten benutzen (deutet auf das verdeckte Kreisbett) oder nicht? Oder, so, nä? Natürlich, man kann benutzen, was man
381	will! Aber das musste nochmal so ein bisschen klar gemacht werden. Ähm, ne, wie gesagt ich bin gespannt drauf, was wir
382	nachher mit machen, mit dem Raum machen werden. Wie gesagt, ich mach hier immer alles mit dem Team zusammen, ähm, mal
383	schauen. Ich hoffe wir behalten die Sachen bei und gucken, wie die sich bewähren jetzt über das nächste Jahr. Es geht ja
384	noch ein Jahr - mindestens. Ähm. Ja, ich finde es ist eine schöne Ergänzung.
385	I: Ja, schön! Dann erstmal schonmal vielen Dank!

Anhang 9: Kategoriensystem

Hauptkategorie	Ggf. Subkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Integration der Studie in die Klinik		Alle Äußerungen, die beschreiben, wie sich die Studie in die Klinik integrieren ließ und wie sie mit der geburtshilflichen Philosophie der Klinik zusammenpasste	B2: Z 14: „Ich finde das total gut, weil das passt in die geburtshilfliche Philosophie, finde ich, der Klinik gut rein.“
Auswirkungen der Studie auf das geburtshilfliche Team	Stimmung des geburtshilflichen Teams	Alle Aussagen, die sich auf die Stimmung des geburtshilflichen Teams in Bezug auf die Studie getroffen werden	B2: Z 139: „Also ich glaube die, die Begeisterung ist bei einigen groß (...).“
	Zusammenarbeit von Ärztinnen sowie Ärzten und Hebammen	Alle Äußerungen, die sich auf die Zusammenarbeit von Ärztinnen sowie Ärzten und Hebammen seit Einführung der Studie beziehen	B3: Z 101-104: „Gute Zusammenarbeit finde ich, weil wenn viel zu tun ist auch die Ärzte randidomisieren. Und das ist eine Hilfe. Also die Ärzte sind offen auch dafür. Ob es alle können weiß ich nicht, aber die mit denen ich zusammengearbeitet habe bisher, können damit unterstützen. Damit ich Zeit für die Frau hab!“

	Entwicklung des Hebammen-teams	Alle Äußerungen, die sich auf die Entwicklung des Hebamenteamts seit Einführung der Studie beziehen	B2: Z 14-21: „(...) was ich auch gut daran finde, dass der Fokus auch beim Personal, also bei mir und bei anderen vielleicht doch noch mal mehr auf dieses gelegt wird: "Holt die Frauen aus den Betten raus. Lasst denen mehr Bewegungsfreiheit." Nicht nur im Be-Up-Raum, sondern hier in jedem Raum und, dass man einfach nochmal wieder neu darüber nachdenkt.“	
	Einfluss der Studie auf die Arbeit der Hebammen	Alle Äußerungen, die sich auf die Veränderungen der Arbeit der Hebammen außerhalb des Be-Up Raums beziehen.	B3: Z 103-104: „Weil das Randomisieren, den Fragebogen ausfüllen auch Zeit bedeutet.“	
Einflüsse des Be-Up Raums	Einfluss des Raums auf die Geburt	Alle Äußerungen über den Einfluss des Raums auf die Geburt beziehungsweise den Geburtsprozess oder wie dieser Raum während der Geburt genutzt wird	B1: Z 53: „Also, für mich sind die Geburten jetzt nicht anders hier in diesem Raum.“	

	<p>Einfluss des Raums auf die Arbeit der Hebammen</p>	<p>Alle Äußerungen bezogen auf die Arbeit und Tätigkeiten der Hebammen in dem Be-Up Raum beziehungsweise, wie sie diesen nutzen</p>	<p>B1: Z67-75: „Also, dadurch dass es hier räumlich so doof steht, habe ich immer das Gefühl, wenn die Frauen hier liegen mit den Beinen in Richtung Tür (deutet auf die Liegefläche), ich habe hier irgendwie nichts, was das verdeckt in Anführungsstrichen. Wenn dann die Tür aufgeht und jemand kommt, dass liegt die Frau gleich auf dem Präsentierteller. Das finde ich jetzt nicht so optimal gelöst, aber ich versuche das dann dadurch zu lösen, dass ich die Frauen dann halt umdrehe, also wenn ich, wenn ich hier Frauen betreue, mache ich es immer so, das Kopfende, zack, lege ich mir da rüber (deutet auf die Liegefläche) auf die andere Seite (lacht). Aber das, das sind so Kleinigkeiten. Ansonsten, wie gesagt die Frauen werden von uns sowieso viel motiviert zu Laufen oder Baden zu gehen oder solche Geschichten zu machen.“</p>
	<p>Einfluss des Raums auf die Eltern</p>	<p>Alle Äußerungen, die den Einfluss des Be-Up Raums auf die</p>	<p>B1: Z 151-157: „Also, meine Erfahrung ist, dass die eigentlich mit Radio hören, wenn überhaupt</p>

		<p>Eltern beschreiben oder die Nutzung des Raumes durch die Eltern</p>	<p>dann Radio hören glücklich sind. Ich habe bis jetzt noch keine Paare erlebt, die (lacht) Lust und Zeit hatten, diesen Bildschirm zu beobachten. Der ist eigentlich total irrelevant (lacht). Das Einzige, was wie gesagt, also manche Paare sind ja auch da und sagen, "Nein, sie wollen auch gerne dann Ruhe haben" und manche Paaren sagen "Oh, Radio ist ganz nett, um einfach ein bisschen Ablenkung zwischendurch zu haben", wenn die Wehenpause ist zu sagen, "Jetzt konzentriere ich mich mal auf was anderes." aber, dass irgendjemand aktiv diesen Fernseher habe ich noch nie erlebt."</p>
<p>Einfluss der Studie auf die Eltern</p>		<p>Alle Äußerungen, die beschreiben, wie sich die Studie auf die Eltern ausgewirkt hat</p>	<p>B2: Z 210-240: „Was sie glaube ich gut finden, wenn sie an der Studie teilnehmen oder was ich auch gut finde, dass sie nach der Studie befragt werden, nä? Das finde ich wirklich gut und ich glaube das gibt den Frauen auch nochmal das Gefühl, äh "Ich werde auch nach der Geburt noch gefragt, wie es war." und äh, das</p>

			<p>ist glaube ich auch was sehr Positives. Ganz unabhängig von dem Raum, ist es glaube ich sehr positiv, dass auch nach der Geburt noch eine Rückfrage ist und die sozusagen so ein bisschen betreut werden.“</p>
<p>Entwicklungspotenziale und Wünsche</p>		<p>Alle Äußerungen, in denen Möglichkeiten und Wünsche zur Optimierung der Studie genannt werden</p>	<p>B1: Z 294-299: „Das sind wirklich nur diese arbeitspraktischen Dinge. Ich würde für diese Extramöbel gerne einen Wagen haben, dass ich die schneller hin und herschieben kann, denn, für mich ist es auch so dadurch, dass sie doof auf dem Boden sind, ich muss sie auch selber putzen, wenn die Frauen weg sind. Ich muss jedes Teil einzeln anfassen und putzen. Das finde ich sehr lästig, aber gehört ja nun mal mit dazu. Von daher hätte ich gerne irgendeinen Wagen, wo man die einfach draufstellt und dass man sie dann im Zweifel einfach rausschieben kann und ich dann nicht alles putzen muss.“</p>
<p>Gesamteinschätzung</p>		<p>Alle Äußerungen darüber, wie die Hebammen den Nutzen und</p>	<p>B5: Z 84-86: „Also, ich fand das</p>

		die Wirksamkeit der Studie im Allgemeinen einschätzen	eher schön, dass es so ein bisschen hier mal aufbricht und ein bisschen aufrüttelt und ein bisschen verändert. Ich bin immer sehr dafür, für Veränderungen, Modernisierung und ich finde das ist ein Schritt in die richtige Richtung.“
--	--	---	---

Anhang 10: Darstellung der Kodierungen

Hauptkategorie	Subkategorie	B1	B2	B3	B4	B5
Integration der Studie in die Klinik		<p>Z 24-25: „(...) dass es hier immer schon abweichend vom Lehrbuch ist und eher individuell betrachtet wurde.“</p> <p>Z 29-33: „für mich ist es gar nicht so eine große Umstellung, dadurch, dass es hier es hier so viel und so individuell gehalten wurde in der Klinik sind die Frauen hier sowieso schon viel mobilisiert worden. Also, ich empfinde das jetzt gar nicht als großartige Umstellung, außer, dass ich im Moment ein bisschen mehr Papierkram habe.“</p>	<p>Z 3-8: „(...) weil es schon damals drum ging möglichst die natürliche Geburtshilfe zu fördern, zu unterstützen. Ich finde es ist eine familienfreundliche Geburts- oder eine frauenfreundliche Geburtshilfe. Und es war die erste Klinik im Umkreis von NAME die wirklich so breite Betten hatten, wo Frauen sehr selbstbestimmt entbinden durften. (...) weil das finde ich immer noch sehr individuell, sehr frauengenehm ist.“</p> <p>Z 14: „Ich finde das total gut, weil das</p>	<p>Z 63-65: „(...) wir machen ja hier in der KLINIK auch sehr gerne 1:1-Betreuung, dadurch, dass es nicht so viele Geburten sind, ähm, von daher sind wir gerne auch präsent für die Frauen, ja.“</p> <p>Z 247-249: „Also, ich empfand das gar nicht als Intervention. (beide lachen) Es war schön, dass wir Sachen zur Verfügung gestellt bekommen haben. Das heißt die Be-Up-Studie hat ja die Ausstattung mitgebracht, die wir si-</p>	<p>Z 18-19: „(...) und auch die Möglichkeiten den Raum anzubieten, waren schon nicht so standardisiert, wie ich das aus anderen Häusern kannte.“</p> <p>Z: 21-24: „Ich hatte am Anfang bisschen Sorge, als ich das Konzept gesehen habe, ähm, ob wir überhaupt einen Kreißsaal haben, der so klassisch altmodisch ist, dass man sich mit der Studie sozusagen da abhebt in dem Raum. Und ich hatte Sorge, dass wir sozusagen an</p>	<p>Z 4-8: „Bei uns war immer schon alles anders. Irgendwie. Also, wirklich immer versucht Dinge anders und besonders gut zu machen. Also, zum Beispiel ist hier sehr viel so mit aufrechter Entbindung. (...) Dass wir immer schon versucht haben die Frauen eigentlich aus dem Bett rauszuholen anstatt im Bett zu bleiben. Weil wir schon immer wussten, dass die Position unter der Geburt immer ganz wichtig ist, nää? Also, was das Ende sozusagen angeht, nää? Ähm, und die KLINIK war ja</p>

<p>Z 76: „Aber es liegt wirklich auch darin begründet, dass wir sonst auch eine Klinik sind, wo die Frauen regelmäßig Laufen geschickt werden (...)“</p> <p>Z 101-104: „Das ist ja in dieser Klinik eben auch das Besondere, dass man oft Zeit hat sich um die Frauen zu kümmern, weil wir das relativ häufig tatsächlich noch schaffen mit dieser 1:1-Betreuung.“</p>	<p>passt in die geburts- hilflche Philosophie, finde ich, der Klinik gut rein.“</p> <p>Z 33-34: „Und dann war es hier eben anders, dass wir sehr auf die Bedürfnisse der Frauen eingegan- gen sind. Und das entsprach uns jungen Kolleginnen sehr, das anders zu ma- chen.“</p> <p>Z 53-54: „Also ich finde wir haben ja, muss ich sagen, wir haben ja, auch die an- deren Räume schon- mal sehr frauen- freundlich und für eine individuelle Ge- burt gut ausgestat- tet.“</p> <p>Z 98-99: „Ich glaube unser Kreißaal ist dafür so gut ausge-</p>	<p>cherlich auch wei- ter verwenden wer- den in dem Raum.“</p> <p>Z 250-253: „Die Frauen können mit den Möglichkeiten, die da geboten wer- den, ich muss auch sagen, ich habe auch schonmal et- was entfremdet in einen anderen Kreißaal, dass ich zum Beispiel eine Höhe brauchte, die einer dieser Würfel halt gibt, also, nä? Weil sie das, was der Raum mir gebo- ten hat, gut war. Das fehlte mir in ei- nem anderen Raum.“</p> <p>Z 255-257: „Japp! Weil der Raum nicht besetzt war, habe ich gedacht so der... also, es ist</p>	<p>den anderen Kreiß- saalräumen etwas verändern müssten, aber dann hieß es ja, es gibt genug Un- terscheidungsmög- lichkeiten, sodass man, dass tatsäch- lich auch die Studie gemacht werden kann.“</p> <p>Z 26-29: „Ähm, und hatte auch das Gefühl, dass uns das nicht sehr schwer fallen wird das zu bewerkstelli- gen. eil unterm Strich meine Ge- burtphilosophie sich garnicht so viel verändern muss. Wenn ich im Be- Up-Raum alles ma- chen darf, was nötig ist und zum Bei- spiel das Bett ja auch da ist, so, und ich nicht den Raum</p>	<p>vor Jahren immer schon bekannt als die Klinik für, äh, etwas ausgefallene Sa- chen.“</p> <p>Z 29-34: „Für uns ist das eigentlich nichts Neues in dem Sinne. Und dadurch, dass wir momentan, nur eine, einen Kreißaal oder eine Klinik der Grund- und Regel- versorgung sind, das heißt wir haben hier keine Risikopatienten. Und nur ab 36 Wochen. Das heißt wir haben im Prinzip das perfekte Klientel dafür. Nä, also bei uns können 90% un- serer Patienten sozu- sagen an der Studie teilnehmen, nä? Weil, also nä, mit den Ein- und Aus- schlusskriterien. Die müssen ja, da dürfen</p>
--	--	--	--	---

<p>stattet, dass wir einfach, äh, nicht so einen krassen Unterschied haben zwischen den Räumlichkeiten.“</p> <p>Z: 206-209: „Und wir stehen manchmal auch bei dem Ausfüllen der Studie, der Unterlagen, wurde das Kreisbett benutzt? Naja, wir haben ja Räume, die haben ja gar nicht ein klassisches Kreisbett! Dann ist es immer so ein bisschen das Gefühl, was meinen sie jetzt? Meinen sie nun klassischen Kreisbett oder meinen sie das breite Bett, nä?“</p> <p>Z 209-210: „Also, deswegen sind bei uns glaube ich die Unterschiede zu dem Be-Up-Raum nicht</p>	<p>eine gute Anregung, was man eben auch in anderen Räumen integrieren kann. Was dann für diese Be-Up-Studie ange-schafft wurde, aber vielleicht ja eben auch im Gebrauch allgemein ganz gut ist.“</p>	<p>wechseln muss dafür.“</p> <p>Z 36: „(...) und eigentlich das unterstreicht, was wir sonst auch haben.“</p> <p>Z 336-339: „Ähm, und das andere ist, das ich aber auch schon erlebt habe, dass Leute in unse-rem normalen Kreisbölen waren und sagten: "Ach, das ist noch gar nicht der Be-Up-Raum?" Weil die ir-gendeine andere Vorstellung von Kreisbölen haben und dann dachten: "Der sieht doch schon schick aus!" Also, für die Leute ist es manchmal, auch das der Unter-schied gar nicht so groß, wenn sie dann alle Räume gesehen</p>	<p>ja keine Komplikati-onen schon vorlie-gen, sondern die müssen normal sein. Und das ist bei uns ja eigentlich fast jede, die durch die Tür kommt.“</p> <p>Z 169-171: „Aber das ist wie gesagt, für uns als Klinik spezifisch, weil wir immer schon etwas anders waren sozu-sagen. Wir sind keine normale Klinik so wie andere Klini-ken. Also, wir sind... waren immer schon mit diesem Augen-merk auf das Nor-male und versuchen irgendwie die Physi-ologie zu unterstü-tzen.“</p> <p>Z 353-354: „Also, man merkt, dass sich da wahnsinnig viel tut und da passt die-ser Raum, finde ich,</p>
--	--	--	--

			ganz so groß.“		haben.“	<p>total gut mit rein. Weil, es geht ja darum einfach mal neue Ideen auszuprobieren.“</p> <p>Z 365-367: „Also, wir haben hier ein wahnsinniges Glück, dass wir so viel Raum haben, dass ich ein Bett in der Ecke verstecken kann. Also.. (lacht). Das ist in anderen Kliniken kaum möglich, oder dann ist der Raum so klein, dass man sich wirklich nicht bewegen kann.“</p>
<p>Auswirkungen der Stundgeburtshilfliche Team</p>	<p>Stimmung des geburts- hilflichen Teams</p>	<p>Z 28-29: „Ich finde das super, weils einfach, ja, also es ist zwar ein bisschen mehr Schreibkram, aber gut das ist ja nur temporär bedingt (...)“</p>	<p>Z 14: „Ich finde das total gut (...)“</p> <p>Z 54-65: „Und am Be-Up-Raum ist natürlich so, dass sie, dass der Fokus ist in Bewegung zu gehen,</p>	<p>Z 13-17: „Ähm, zuerst habe ich gedacht: "Hmm, diesen Theoriekram?" Und ich hatte das Gefühl wir machen schon ganz vieles. Was ich gut finde ist, dass es endlich</p>	<p>Z 21-24: „Ich fand das eine tolle Idee. Ich hatte am Anfang Sorge, als ich das Konzept gelesen habe, ähm, ob wir überhaupt einen Kreißsaal haben,</p>	<p>Z 28-29: „Ich finde das ist sehr passend. Auch gerade weil wir sowieso schon sehr viel immer gemacht haben mit aufrechten, ähm, Positionen. Für uns ist das eigentlich nichts</p>

<p>aufrecht zu sein, das heißt auch die Frauen, die an der Studie teilnehmen sind ja dafür sehr offen. Und das finde ich schonmal sehr gut.“</p> <p>Z 113-120: „Aber ich habe wohl festgestellt, dass im Team nicht alle gleichermaßen das super finden. Also ich glaube viele, aber das ist auch mal kritische Stimmen gibt - ich denke eher weniger. Das finde ich aber trotzdem ganz spannend. Dass es nicht, nicht von allen gleichermaßen angesehen wird. Und ich glaube es fehlt tatsächlich, wenn Du da jetzt so fragst (lacht), fehlt so ein bisschen der Austausch mal in</p>	<p>mal auch schriftlich festgehalten wird. Das heißt, es ist eine randomisierte Studie, man kann wirklich sehen: was bringt es? Bisher war es ja so: "Oah, natürliche Geburtshilfe ist ja nett, aber es - heutzutage gilt ja nur, was auch wirklich mit Studien festgehalten wird.“ Nicht meine Philosophie, aber es ist der Zeitgeist! (lacht)“</p> <p>Z 19-20: „Wir waren ein offenes Team glaube ich immer dafür. Es gab ein paar kritische Stimmen, ob das Mehrarbeit bedeutet, aber ansonsten sind wir ein tolles, offenes Team auch.“</p> <p>Z 22: „Na, also ich</p>	<p>der so klassisch altmodisch ist, dass man sich mit der Studie sozusagen da abhebt in dem Raum. Und ich hatte Sorge, dass wir sozusagen an den anderen Kreißsaalräumen etwas verändern müssten, aber dann hieß es ja, es gibt genug Unterschiede, sodass man, dass tatsächlich auch die Studie gemacht werden kann.“</p> <p>Z 33-36: „(...)aber in so weit finde ich es gut, dass man den Raum nicht wechseln muss. Dass man da alles machen darf, was dann nötig ist. Und insofern fand ich das ziemlich cool! Also auch, weil das</p>	<p>Neues in dem Sinne.“</p> <p>Z 34-37: „Und, ähm, genau und die Motivation war einfach da gewesen. Wir haben das ans Team weitergegeben und gesagt: "Mensch, was meint ihr? Habt ihr da Lust drauf?" Nä, dass man einen Raum umgestaltet. Und, ähm, genau. Die hatten alle Lust drauf mal etwas anderes zu machen und etwas anderes auszuprobieren und dann haben wir gesagt: "Ja, machen wir das!"“</p> <p>Z 39-42: „Ja, sonst hätte ich das nicht gemacht! Man kann sowas nicht ohne die Zustimmung des Teams machen.</p>
--	--	---	--

<p>einer Dienstbeschreibung, äh, über die Zufriedenheit mit der Be-Up-Studie. Ich weiß, dass einige Kolleginnen auch richtig begeistert auch sind (...).“</p> <p>Z 120-121: „(...) das ist dann auch irgendwie ganz schön zu hören, dass da, dass einfach auch positive Erfahrungen sind.“</p> <p>Z 121-123: „Ich finde es einfach auch super, auch in den Anmeldegesprächen mit den Frauen darüber zu sprechen und die zu überzeugen. Also ich bin da wirklich auch von überzeugt und das finde ich dann auch ganz gut auch.“</p> <p>Z 139-140: „Also ich</p>	<p>denke sie machen es alle überzeugend mit.“</p>	<p>ein bisschen auch ein, naja, ein Aushängeschild sein kann für die... und eigentlich das un-terstreicht, was wir sonst auch haben.“</p> <p>Z 38-40: „Ich glaube die ist sehr schnell ins Positive gekippt. Und dann war es immer ein bisschen aufregend. Und dieser technische...Kann ich randomisieren? Darf ich? Wie mach ich das?“ Also dieses technische drum rum, davor, ist sicherlich aufregend gewesen und ich es für manche Kolleginnen immer noch.“</p>	<p>Also, entweder müssen da alle mitmachen oder nicht. Natürlich, ähm, ist, ähm, haben wir einige gehabt, die erstmal sehr skeptisch waren und es ist natürlich auch schwierig, man muss wirklich ein bisschen umdenken und hier passiert, dann halt auch mal mehr auf dem Fußboden.“</p> <p>Z 212-215: „Aber ich bin mir sicher, dass das alle ein bisschen unterschiedlich empfinden, nää? Das ist ja auch normal. Das gehört dazu. Es ist ja auch nur ein Versuch, nää? Also, nää? Ich hab halt gesagt: "OK, ich finde das super, dass wir was Neues probieren!" Weil für mich</p>
--	---	---	---

		<p>glaube die, die Begeisterung ist bei einigen groß, aber diese hinderlichen Arbeitsbedingungen, die zum Teil da sind, die nimmt einen ein bisschen den Spaß.“</p> <p>Z 332-333: „Also ich finde das wirklich gut mit der Studie und würde am liebsten jede Frau überzeugen!“</p>			<p>geht es darum, diesen Gedankenprozess, was das in Gang setzt sozusagen. Und ähm, ähm, gerade bei den Ärzten, finde ich, ist das, ist das, ähm, (...) ist das bemerkbar, sagen wir mal so.“</p>
Zusammenarbeit von Ärztinnen sowie Ärzten und Hebammen	Z 115-118: „Seit der Studie, für mich auch keine Veränderungen. Wir rufen die ja wirklich erst, wenn das Köpfchen fast zu sehen ist. Und dann, kommen die einfach dazu und sind eine helfende Hand und dann ist gut. Und da ist es eigentlich egal, wie die Frau gerade sitzt, steht, liegt. Die kommen dazu und	Z 111-112: „Also, es ist ja so, dass wir mit Ärzten eigentlich fast ja enger arbeiten, dass wir ja immer eine 1:1 oder fast immer eine 1:1-Betreuung haben und daher mit den Kolleginnen manchmal ja garnicht genau wissen, ja wie arbeiten die.“	Z 101-104: „Gute Zusammenarbeit finde ich, weil wenn viel zu tun ist auch die Ärzte randidomisieren. Und das ist eine Hilfe. Also die Ärzte sind offen auch dafür. Ob es alle können weiß ich nicht, aber die mit denen ich zusammengearbeitet habe bisher,	Z 211-212: „Ähm. Ich weiß nicht, ob die Ärzte eventuell im Be-Up-Kreislauf, ähm, bereiter sind Alternativen und, und, und, ähm, Abläufe mehr abwartend anzugehen und nicht so schnell zu sein, weil es eben was Besonderes ist.“	Z 137-141: „Also, Hebammen und Ärzte. Unser Team besteht ja aus beidem. Das ähm, und Natürlich auch ähm, wir unterhalten und tauschen uns hier aus über die Erfahrung, die wir hier haben. Und dann kommt dann auch, dass einige sagen: "Mensch, ich habe das Problem, das und
		Z 122-124: „Also ich bin da wirklich auch		Z 212-216: „Also,	

	<p>machen da mit.“</p>	<p>von überzeugt und das finde ich dann auch ganz gut auch, dass man dann auch wirklich sagen kann, äh, unsere Ärzte sind da glaube ich aufgeschlossen genug. Die sind von uns gewohnt, dass sie vieles mitmachen müssen.“</p> <p>Z 308-312: „Und ich finde es auch gut, dass dann die auch jüngere Ärzte, die hier Ausbildung machen, dass die das als selbstverständlich dann erleben, dass Frauen eben nicht im Liegen ihr Kind kriegen, sondern dass die aufrecht sind und auch ein bisschen mitrumturnen müssen. Also die müssen natürlich, wenn irgendwas ist auch mit auf den Boden und wissen, dass es aber ganz</p>	<p>können damit unterstützen. Damit ich Zeit für die Frau hab! Weil das Randomisieren, den Fragebogen ausfüllen auch Zeit bedeutet.“</p>	<p>wenn alle Räume so wären, weiß ich nicht, wie lange das halten würde, aber sie wissen dann: "Das ist die Studie." Und sie wissen, nä: "Oh, die ist jetzt in den blauen Raum rein randomisiert! Und das ist jetzt!" Und dann will man ja auch letztendlich möglichst den Dingen ihren Lauf lassen und dann, sie mischen sich ein bisschen seltener ein. Sie sind noch ein bisschen zurückhaltender. Das ist glaube ich schon so.“</p> <p>Z 217-220: „Bis alle Ärzte mal eine Geburt da in dem Kreißsaal hatten und das ist so eine Aufregung, dann hält man sich etwas</p>	<p>das Problem gehabt." oder so und so. Und, dass wir dann überlegen, wie können wir dann eine Lösung finden. Dass, wenn sowas nochmal passiert, wie kann man das besser machen oder anders machen, irgendetwas.“</p> <p>Z 152-155: „Wir haben es hier sehr gut, dass wir sehr auf dem gleichem Level sind, auf einem Level mit den Ärzten. Und schon die Hebammen hier das Sagen haben, sozusagen, und die Ärzte auch wirklich meistens nur reinkommen, wenn die Hebamme sagt: "Mensch, ich habe da ein Problem. Kannst Du Dir das einmal anschauen?"“</p>
--	------------------------	--	--	--	---

<p>normal ist. Also das es nichts Besonderes ist, sondern, dass das Normalität ist für eine Geburt. Und das finde ich einfach gut.“</p> <p>„Und manchmal sind es auch die Ärzte, die bei uns sagen: "Hol die Frau mal bitte aus dem Bett. Lass sie doch nochmal auf den Hocker. Oder lass sie doch nochmal aufrecht." Das kann auch mal sein. Finden wir auch gut, dass es auch so unterstützt wird.“</p>		<p>zurück und in den anderen Kreißsälen, da haben sie ein Heimspiel und sich vielleicht auch schneller mit einmischen. Also, ich glaube im Moment ist es noch der Bonus, dass es neu ist und sie sollen sich ja wenig einmischen bei Be-Up also mischen sie sich aus Versehen mal wenig ein.“</p> <p>Z 220-222: „Nä, eine Be-Up-Geburt in einem anderen Kreißsaal ist auch eine Be-Up-Geburt, ist auch eine Studien-Geburt und trotzdem sind sie da etwas normaler. Ja? Wobei ich immer eigentlich glaube, dass wir schon ganz gute Karten haben. Egal, auch in der</p>	<p>Z 158-162: „Also, und uns noch einmal ein bisschen zum Nachdenken gebracht, wie man diesen physiologischen Prozess - der ja eine Geburt ist - unterstützen kann. Also, ich glaube so mehr vom Denken her, hat das so ein bisschen einen Anstoß gegeben. (...) Genau! Bei beiden. In beiden Gruppen.“</p> <p>Z.166-169: „Das heißt, dass der Arzt dann auch irgendwie eingreifen müsste oder irgendwie so. Und das ist ja dann genauso, wie in einem anderen Raum. Im Prinzip, nää? Aber ich habe hier auch schon Ärzte auf dem Boden</p>
---	--	---	---

<p>Zusammenarbeit mit den Ärzten.“</p>	<p>hocken sehen während einer Entbindung, nä? Also, das geht auch also. Also ich fand jetzt den Unterschied nicht so groß.“</p>
<p>Z 298-300: „Die Ärzte stehen dahinter, helfen auch und ähm, theoretisch muss ich mir ja nur die Nummer ziehen und sagen: "Ich hab die!" Und danach kann ich auch hinterher alles machen.“</p>	<p>Z 213-215: „Weil für mich geht es darum, diesen Gedankenprozess, was das in Gang setzt sozusagen. Und ähm, ähm, gerade bei den Ärzten, finde ich, ist das, ist das, ähm, (...) ist das bemerkbar, sagen wir mal so.“</p>
<p>Z 345-347: „Und ich würde mir natürlich, das ist aber ein grundsätzliches, äh, eventuell auch, noch offenere Ärzte wünschen. Aber wir haben nicht genug Geburten insgesamt da drin zu sagen, die dann insgesamt dann auch mutig wären Dinge auszuprobieren.“</p> <p>Z 347-354: „Also ich habe von, äh,</p>	<p>Z 217-212: „Das, es geht ja hier um die normale physiologische Geburt. Und Ärzte sind ja eigentlich immer mehr auf pathologische Sachen ausgerichtet. Und, dass die sich einfach mal mehr Gedanken machen,</p>

				<p>probieren, den haben die Ärzte nicht. Und ohne die geht es dann halt nicht, nää? Also, wenn da ein bisschen Offenheit wäre, dann könnte man da auch wahrscheinlich ein bisschen was, was rauskitzeln.“</p> <p>Z 367: „Die Ärzte werden vielleicht auch wieder offener.“</p>	
Entwicklung des Hebammen-teams	Z 130-132: „Also, meine Sichtweise nicht. Also es ist noch einmal schön zu sehen, dass jetzt daran geforscht wird und dass man nochmal wieder sein Handeln überdenkt und denkt, "Oh, schick sie mal nochmal Laufen." in Anführungsstrichen,	Z 14-21: „Und, äh, was ich auch gut daran finde, dass der Fokus auch beim Personal, also bei mir und bei anderen vielleicht doch noch mal mehr auf dieses gelegt wird: "Holt die Frauen aus den Betten raus. Lasst denen mehr Bewegungsfreiheit." Nicht nur im Be-Up-Raum,	Z 110-111: „Das ist jetzt wieder gemein, aber ich glaube, dass wir alle gut auf Körperhaltung auf Bewegung achten, also von daher denke ich, vielleicht ist es noch mehr in das Bewusstsein gerückt.“	Z 181-184: „Das ist wieder ein bisschen aufgewacht noch respektvoller den Raum zu betreten. Das ist einfach noch einmal nett. Das übertrage ich jetzt aber auch auf die anderen Räume. Also, ich lerne in dem Raum wieder was, was ich in den anderen	
	Z 42-50: „Und manche sind halt nicht so kreativ, das sie dann sagen: "Okay, dann benutz ich das Bett halt, wenn ich es brauche um meinen Rücken zu schonen." oder sonstige Geschichten. Also, ähm, genau wir versuchen aber auch uns gegenseitig auszutauschen. In unserer				

		<p>aber auch das eigentlich nicht.“</p>	<p>sondern hier in jedem Raum und, dass man einfach nochmal wieder neu darüber nachdenkt. Ich glaube das grade, ich sage jetzt einfach mal HEBAMME X ist auch eine von den alten. Das wirst Du mitkriegen! Und, dass gerade wir, die wir diesen Umbruch mitgekriegt haben, äh, die Frauen viel aus den Betten holen. Manchmal denke ich sogar, vielleicht sogar noch mehr, als jetzt jüngere Kolleginnen, die diesen Umbruch nicht so mitgekriegt haben, weil uns das so wichtig ist. Und weil wir so froh darüber waren, dass das doch mal anders geht.“</p> <p>Z 41-44: „Und ich</p>	<p>sie kann sicherlich dienen. Ich habe im Team nicht den Austausch explizit, was das Thema betrifft.“</p>	<p>Räumen übernehme. Oder merke, was mir da gut gefällt und denk dann, das kann ich ja in den anderen Räumen ja dann auch machen. Aber ich lerne in dem Raum auch wieder.“</p> <p>Z 228-230: „Also, dieses Frauen aus bestimmten Positionen auch mal wieder raus zu holen. Zu sagen: "Probier doch nochmal...!" Das funktioniert irgendwie scheinbar bei den älteren eventuell noch ein bisschen öfter, weil wir mussten darum kämpfen, um die aufrechte Gebärtung!“</p> <p>Z 264-265: „Bis hin</p>	<p>Dienstbesprechungen ist eigentlich immer Thema Be-Up. Wo man sich dann auch austauschen... das ist ganz interessant! Also, man kommt hier auch immer rein und der Raum sieht immer ein bisschen anders aus, je nachdem wer, also zum Beispiel die Matte liegt jetzt hier (deutet auf die Liegematte, welche abseits des Bettes liegt, sodass ein Durchgang frei bleibt) damit man da an die Matratze ran kommt und nicht auf die Matte gehen muss. Das hat sich auch irgendjemand überlegt so, nä? Also. Ähm, genau. Das ist so einfach dieses Kreative muss da mehr bei sein. Und das fällt einigen</p>
--	--	---	--	--	---	---

<p>finde die Be-Up-Studie trägt auch nochmal dazu bei, dass normale, natürliche der Geburt in den Fokus zu rücken und, äh, einfach zu zeigen, Geburtshilfe - man darf da vertrauen. Und man kann der Natur den normalen Lauf lassen und wir sind im Hintergrund. Im Hintergrund, ja auch die Medizin, sind wir da und passen mit auf. Und ich glaube dafür ist es gut, das wieder in einen Fokus zu rücken.“</p> <p>Z 96-99: „Und ich glaube das, dadurch, das unterstützt die Studie noch einmal. Das man in der Arbeit einen größeren Wert auf die, auf wirklich aufrechte Haltung und Medizin</p>	<p>zurückhaltender zu sein, vielleicht auch in dem Bewusstsein, dass es jetzt der Studienraum ist.“</p> <p>Z 366-367: „Und es macht wieder eine größere Offenheit, glaube ich. Auch an uns alle. Ja, also wir lernen von den Frauen wieder.“</p> <p>Z 367- 368: „Also, das, man muss glaube ich immer wieder auf diese Basics auch zurückkommen oder aufmerksam gemacht werden.“</p>	<p>leichter und anderen bisschen schwerer, nä?“</p> <p>Z 68-70: „Also, aber, wie gesagt wir waren immer schon sehr darauf erpicht die Frauen nicht im Bett zu haben und nicht liegen zu haben, sondern eher aufrecht. Das machen wir in jedem Raum -egal ob hier oder in den anderen Räumen.“</p> <p>Z 175-179: „Und ich glaube dieser Raum hat das noch einmal ein bisschen, dieses Natürliche noch ein bisschen in den Vordergrund gebracht. So, wie es eigentlich sein sollte, nä? Also, und uns noch einmal ein bisschen zum Nachdenken gebracht, wie man diesen physiologischen</p>
--	--	--

	<p>im Hintergrund legt. Und dass sich das auch auf die Arbeit in den anderen Räumen überträgt. Ich glaube unser Kreißsaal ist dafür so gut ausgestattet, dass wir einfach, äh, nicht so einen krassen Unterschied haben zwischen den Räumlichkeiten.“</p> <p>Z 102-108: „Genau, danz genau. Wie so eine Auffrischung nochmal wieder. Und es in den Fokus rückt zu sagen, nä, wir, auch wenn man lange dabei ist, da hat man längst nicht immer, ja, ausgelernt, sondern es geht immer wieder darum, äh, auch Erfahrung und auch noch einmal neu zu überdenken und zu sagen in wie</p>		<p>Prozess - der ja eine Geburt ist - unterstützen kann. Also, ich glaube so mehr vom Denken her, hat das so ein bisschen einen Anstoß gegeben.“</p> <p>Z 175-178: „Wir haben hier Hebammen, die sind weltberühmt sozusagen (schmunzelt) dafür dass die Frauen immer aus dem Bett rausholen und aufrecht und alles, nä? Also, ich würde behaupten: nein. Das ist, ich glaube das war mehr so ein bisschen so ein Anstoß in die Richtung gehend: "Mensch, das ist einfach normal." und, nä?“</p>
--	---	--	---

weit kann ich die Geburtshilfe nochmal wieder irgendwie anders gestalten oder manchmal, Back to the Roots, eigentlich nochmal wieder, das was man in einer bestimmten Zeit, das war ja so die 80er Jahre, was da so im Fokus war und so bisschen verloren gegangen ist, das einfach nochmal wieder herzuholen und zu sagen: "Ja, das ist gut. Und das ist richtig. Und das müssen wir wieder vermitteln an die Frauen!"“

Z 306-308: „Und auch bei vielen die, also wir sind, oder ich bin eine die mit am längsten da ist und das bewusst auch gemacht hat um eben so eine Geburtshilfe

			zu machen. Und ich denk auch hier, wir ziehen natürlich auch gerade Hebammen an, auch neue, die das gut finden und richtig finden.“			
Einfluss der Studie auf die Arbeit der Hebammen	Z 75-76: „Also, für mich persönlich habe ich das Gefühl es hat sich nichts geändert, außer dass ich mehr Schreibkram habe.“	Z 121-122: „Ich finde es einfach auch super, auch in den Anmeldegesprächen mit den Frauen darüber zu sprechen und die zu überzeugen.“	Z 103-104: „Weil das Randomisieren, den Fragebogen ausfüllen auch Zeit bedeutet.“ Z 106-107: „Es kommt sicherlich drauf an, wie oft man das macht. Ich bin eine Teilzeitkraft und von daher ist es einfach, wenn Du das nicht jeden Tag machst...“ Z 267-271: „Ähm, man muss sich bewusst machen, dass wenn man diese Studie macht, die Nacharbeitung des Fragebogens oft, ja,	Z 40-41: „Ähm, ich hatte nun das Glück, dass ich das ein paar mal schon machen durfte und dann ist es natürlich ein bisschen Routine.“ Z 41-48: „Was ein bisschen für uns schwierig ist, ich meine so, wenn man es jetzt... dass wir praktisch keine Vorwehenräume haben. Also wir fangen, machen ja alles sofort im Kreißaal. Und diese Entscheidung: "Ist die Frau	Z 290-298: „Ja, man muss ja so einen ganzen Fragebogen machen. Also, ich habe gemerkt, dass, ähm, weil ich habe es selber ja gemacht und ich helfe viel den Hebammen auch, man muss es einfach schnell während der Geburt schon machen. Dann ist es nicht so viel, nää? Wenn man hier ein bisschen, da ein bisschen macht. Ich ver suche den Hebammen gerade beizubringen, dass die ihre gesamte Dokumentation im Raum mit den Frauen machen.	

	<p>auch Arbeit in Anspruch nimmt. Das ist Zeit. Oft ist es so, dass wenn wir Geburten betreuen, dass die Dokumentation hinterher, das heißt wir dokumentieren erst einmal für uns für die Klinik und dann dokumentieren wir nochmal diesen Fragebogen, das ist schon Arbeitsaufwand!“</p> <p>Z 277-279: „Ne, ich mache es nacheinander. Weil es sonst mit dem Papierkram durcheinander geht. Ne, ich glaube das ist schon nacheinander. Und natürlich, wenn ich es vorher schon geschrieben habe, sind mir viele Sachen noch geläufig.“</p>	<p>aktiv unter der Geburt? Darf ich jetzt schon randomisieren?“ Die fällt manchmal nachdem die Frau schon Stunden im Raum, im Haus ist. Und dann muss aktiv mit den Leuten nochmal einen Raumwechsel diskutieren. Und das gelingt manchmal nicht. Also, diese Möglichkeit, dass die Frau gerne mitmachen würde, aber wir dürfen sie ja offiziell nicht zu früh rein randomisieren in den Raum oder überhaupt in die Studie aufnehmen. Und ich habe es schon erlebt, dass eine Frau eigentlich dann sagt hat: "Ich wollte mitmachen, aber ich will den Raum</p>	<p>Das fällt denen aber sehr schwer, weil die es nicht gewohnt sind. Die lassen immer alles draußen liegen, sind dann aber mit der Frau hier drinne und dann setzen sie sich hinterher hin und haben einen riesen Papierberg zu tun. Also, inklusive jetzt der Studie. Ähm, das erste Mal, wenn man diese Papiergeschichten denkt man: "Oh Gott!" Beim zweiten Mal ist es schon einfacher und beim dritten, vierten Mal oder so, kann man das schon mit geschlossenen Augen machen. Dann brauchst Du die Fragen gar nicht mehr lesen. Also, es kommt drauf an, wie oft die das gemacht haben, wie leicht oder</p>
--	---	--	---

	<p>Ich kann die Zahlen, die merk ich mir, weil es ist ja Dokumentation heutzutage immer mehr. Und immer schwieriger.“</p> <p>Z 285-291: „Nur für die... na, nicht nur für die Studie, sondern für Dokumentation und dann im Anschluss die Studie, ach, lass mich lügen, eine Viertelstunde ist es schon! Nä? Dann gucken, dass alles vollständig ist. Dran denken, dass Du den braunen Ordner weitergibst. Diese dumme Frage um die Schulbildung immer nochmal einholst (beide lachen). Das ist... und kontrollieren haben sie alles ausgefüllt? Ist alles dabei? Ich</p>	<p>nicht mehr wechseln.“</p> <p>Z 288-291: „Eine Frau kam und dann war in dem Moment, dachte ich so: "Ist die jetzt unter der Geburt oder nicht? Darf ich randomisieren?" Weil, wenn nicht, die nächste ist auch schon da. Dann habe ich eben nur vier Kreißsäle voll und nicht eine in der Studie. Also, dieses Denken, diese Aufregung, "Geht das jetzt? Kann man schnell? Hoffentlich klappt das jetzt auch mit dem Randomisieren!"“</p> <p>Z 296-298: „Aber es ist immer noch im Ablauf ein Schritt mehr zu den</p>	<p>schwer das ist.</p> <p>Z 300-301: „Ich mache es, ich würde es jetzt in fünf bis zehn Minuten wahrscheinlich machen. Andere brauchen vielleicht viertel Stunde bis halbe Stunde.“</p> <p>Z 301-304: „Also, ich weiß, dass einige mehr damit zu knapsen haben als andere. Ähm. Also, für mich ist es eine Organisationssache. Aber ich bin gewohnt sehr schnell zu arbeiten und mich zu organisieren sozusagen und auch die Randomisierung, nä? Wenn man die ein paar Mal gemacht hat, dann geht das total schnell. Aber beim ersten Mal muss man sich ja jede Frage</p>
--	---	---	---

	<p>habe ja auch schon diese, diese Fragebögen mit nachgearbeitet und weiß, wie aufwändig es ist, wenn nicht alles ausgefüllt ist. Oder wenn es falsch ausgefüllt ist. Nä, also von daher ist die Studie schon auch aufwendig. Aber es ist ja für einen guten Zweck! Wir wollen dadurch ja etwas festhalten, womit wir ständig arbeiten, um zu zeigen - vor allem auch für andere Kliniken - (lacht) es lohnt sich!“</p>	<p>normalen bürokratischen Sachen. Also, wenn die kommen und Du musst dann Aufnahme machen und Du hast schon bisschen noch einen Schritt mehr Bürokratie an der Backe, aber das macht nichts! Das ist in der Regel macht das Spaß.“</p> <p>Z 285-286: „Weil, weil ich bin in meiner Entscheidung, was, wie mache ich das mit den Frauen? Ich bin, habe es immer im Hinterkopf und Du hast in dem Moment akut plötzlich, ähm, musst Du noch an eine Sache mehr denken.“</p> <p>Z 301-305: „Dann haben wir uns ein Bewegungsproto-</p>	<p>ganz genau durchlesen und dann gucken, wo finde ich die Antworten.“</p> <p>Z 305-306: „Und es ist natürlich extra Papierkram und wir haben extra Papierkram! Das macht hier keinen glücklich, aber, nä? Wir müssen das jetzt einmal noch ein Jahr durchhalten und dann, äh...“</p> <p>Z 308: „Man macht es für den Zweck. Wir sind aber auch froh, wenn es vorbei sein wird.“</p>
--	---	--	--

koll, habe ich ir-
gendwann be-
schlossen, dass ich
einen Zettel haben
will, wo ich minu-
tenweise, also in
fünf Minuten
schreiben kann:
"Was macht die
Frau gerade?" Da-
mit ich es hinterher
auszählen kann und
nicht raten muss.
"War die nun viel
so? War die viel
so?", sondern ich
richtig sagen, so,
die hat die, nä? So
und so viel hat sie in
der Position, dann
konnte ich es aus-
rechnen."

Z 309-312: „Weil
ich das, weil wenn
ich nachher gefragt
werde und vorzugs-
weise, wenn wir
wechseln, weiß ich
dann was die Frau
die letzten vier

					<p>Stunden gemacht hat bis ich dann komme? Und wenn ich das Protokoll habe, kann ich sagen: "Gut, die hat in der Zeit viel von mir aus gesessen und Seitenlagen oder keine Ahnung. Und zum Schluss hat sie halt bei mir das und das gemacht." Dann kann ich es ja handfest auszählen. Das war ganz lustig."</p>	
<p>Einflüsse des Be-Up Raums</p>	<p>Einfluss des Raums auf die Geburt</p>	<p>Z 52-53: „Für mich ist das keine große Umstellung. Also, für mich sind die Geburten jetzt nicht anders hier in diesem Raum.“ Z 87-90: „Aber, ähm, ja, es war kein Problem die Frau jetzt neulich die Frau in der letzten Phase von</p>	<p>Z 78-80: „Also die Geburt selber war in, im Vierfüßler, also sie hatte auf dieser Matratze, äh, war wirklich eine aufrechte Haltung. Also, vom Geburtsverlauf her, war das alles super. Also das kann man schon sagen. Es war eine gute Geburt. Es lief alles glatt.</p>	<p>Z 47-49: „Also, ich glaube nicht dass der Raum die Zeiten verlängert, sondern eher ja durch die Bewegung verkürzt. Die Frauen sollen sich ja gerne viel aufrecht bewegen und das weiß man ja eigentlich, das begünstigt auch die Geburtsdauer,</p>	<p>Z 74-78: „Und ich habe es zweimal erlebt, dass wir eine Frau sehr früh randomisiert hatten, offiziell war das, haarscharf noch nicht in der aktiven Eröffnung, aber sie sind dann sehr schnell da rein gekommen und waren dann im Be-Up-</p>	<p>Z 70-71: „Also, hier sind auch Notfälle. Hier passieren dann auch, dass man zum Kaiserschnitt gehen muss oder so, nä? Genauso wie in den anderen.“ Z 79-81: „Also, ich denke eher, dass so der größte Unterschied ist, die Kreativität wirklich. Also,</p>

	<p>dem Bett liegend zu motivieren dann auch auf den Hocker zu gehen. Weil das einfach so. Steh auf, setz Dich hier hin. Halt Dich an dem Tuch fest, dass Du stabil sitzt." So das, das lässt sich schon schnell hin und her bauen.“</p> <p>Z 180-183: „Und das ist eigentlich egal in welchem Kreißaal sie dann sind. Wenn man das Gefühl hat, sie sind noch am Anfang, werden sie regelmäßig animiert noch einmal Laufen zu gehen, sich zu bewegen oder in die Badewanne zu gehen, einfach, ein bisschen aktiv zu sein.“</p> <p>Z 275-280: „Für mich ist es nicht so</p>	<p>Und, die Frau war damit sehr zufrieden.“</p> <p>Z 83-86: „Also deswegen war die Geburt selber lief gut und glatt und ich, äh, auch die Frau und der Mann, das kriegen wir schon hin! Auch mit dem Bonden. Das ist dann so ein bisschen anders, nicht so auf einem Bett gemeinsam, sondern die Frau meistens doch irgendwie, dass sie sich auf der Bodenmatte daneben auch beide. Also das ist, wir hatten das ganz nett. Also die hat dem auf dem Bett da mit ihrem Mann zusammen so gesessen. Also das ging alles gut.“</p>	<p>das es halt nicht so lange dauert.“</p> <p>Z 51-52: „Ja, ich glaube eine, eine ist im Kaiserschnitt geendet, aber das lag an den pathologischen Herztönen dann. Also das lag nicht an der aufrechten Haltung, sondern da waren Nabelschnurprobleme dann.“</p> <p>Z 77-79: „Die Matte hat eine geringere Höhe, das heißt es ist leichter für sie die Füße rauf zu stellen, also wenn sie ein Bein aufstellt, um sich besser an das Tuch hängen zu können oder so, das ist in dem Raum leichter.“</p> <p>Z 127-128: „Oft</p>	<p>Raum und haben, haben super geboren nachher. Und das war vielleicht auch ein Vorteil. Dass man einfach sagen kann, die dürfen schon sehr früh da drin sein, sie müssen da nicht mehr raus. Ja? Das hat den Frauen, glaube ich, trotzdem gut getan, dann diesen Raum zu haben.“</p> <p>Z 92-97: „Also, es ist tatsächlich so, dass es sehr angenehm war diese Bewegungsangebote so präsent zu haben. Ähm, und ein ganz nettes Beispiel war, war eine Frau, die das dritte Kind bekam und ähm, im Grund ausländischer Hintergrund und so und</p>	<p>man fühlt sich ein bisschen freier glaube ich. Nä? Weil es nicht so ist... und die Frauen kommen nicht rein und legen sich aufs Bett und stehen nicht mehr auf.“</p> <p>Z 123: „Es ist sehr unterschiedlich.“</p> <p>Z 130-134: „Also, ähm, ich würde schon sagen, dass die hier weniger liegen als in anderen Räumen. Einfach, weil hier das nicht, das Bett im Mittelpunkt steht. In den anderen Räumen ist das häufig so, die Frauen kommen rein: "Dann leg Dich erstmal aufs Bett! Dann machen wir ein CTG." Dann fangen die Wehen an, dann wollen sie</p>
--	---	---	---	---	---

<p>ein großer Unterschied. Also, wenn ich in den anderen Kreißsälen bin, kann ich das auch machen, dass die Frau im Vierfüßlerstand entbindet oder, oder sozusagen sich auf das Bett hockt und sich an einem Tuch festhält. Dadurch, dass unsere Kreißsäle sonst auch schon alle so ausgerichtet waren habe ich jetzt nicht das Gefühl, dass es jetzt noch ein großer Fortschritt in dem Sinne war. Es ist ganz nett. Ich nehme es gerne mit hin. Aber in den anderen Zimmern geht das genauso gut.“</p>	<p>Z 90-93: „Was einfach Spaß bringt, ist dass die Frauen wirklich dadurch, dass sie sich für die Studie entscheiden und auch so aufgeklärt werden, dass es um möglichst, also um zu gucken, ob aufrechte Haltung sich positiv auswirkt, dass die selber eine größere Bereitschaft haben, alles auszuprobieren und aufrecht zu sein und das aber auch bei den Frauen ist, die bei den anderen Räumen entbinden.“</p> <p>Z 264-266: „Doch ich glaube, dass dieses schmale Elemente auch doch dazu führt, dass sie von alleine nicht da in irgendwie in unbedingt ins Liegen rein geht, nä? Weil, das irgendwie doch so</p>	<p>müssen die Frauen da wirklich zu motiviert werden, denn auch im Be-Up-Raum, können sie sich einfach auf die Liege legen.“</p> <p>Z 138-142: „Und ich denke mal dadurch, dass die Frauen halt dadurch weniger auf dieser schmalen Matratze halt gut liegen können, sind sie eher zu motivieren auch auszu steigen aus dem Bett, das heißt sich zu bewegen. Sie brauchen immer wieder eine Anleitung, weil sie Anleitungen ja durch die Handys, durch die Apps gewohnt sind, eine Anleitung, "Was kann ich denn mit</p>	<p>die war da rein randomisiert und hat dann von sich aus gesagt: "Das mach ich jetzt, was da an der Wand ist! Und das mach ich jetzt!" Da wäre sie von sich aus auf diese Idee garnicht gekommen und hat nun diese Bilder gesehen und fand das gut. Und, ähm, das war irgendwie nett und das war auch nett zu merken, also, bei der hat sich zum Beispiel der Fernseher in dem Fall gelohnt, weil der eine ganz andere Stimmung in den Kreißsaal gebracht hat.“</p> <p>Z 101-105: „Dann hatte ich zwei Geburten, die weil das ganz gut aufgebaut war, auch so mit</p>	<p>nicht mehr aufstehen. Und dann hat man das Problem sozusagen. Und ich kann sie ja nicht zwingen irgendwas zu machen. Ich kann ihnen nur sagen: "Mensch, versuch mal!" oder so. Und hier - ich glaube das motiviert eher aufzustehen.“</p>
--	---	--	--	--

<p>eine schmale Liege ist, wo ich denke das läßt jetzt auch nicht unbedingt dazu ein sich hinzulegen. Das finde ich gut.“</p>	<p>diesem Würfel machen? Was macht ich denn am Tuch? Was mach ich denn? Welche Körperhaltung kann ich ausprobieren?“ Das heißt die Anleitung ist immer noch sehr wichtig.“</p> <p>Z 153-158: „Ich denke, dass viele Frauen halt, ähm, ja so bestimmte, gewisse Vorstellungen von Geburt mit sich bringen. Und meine Erfahrung ist, dass der Zeitgeist, ähm, ein bewegungsärmerer ist. Das heißt die Frauen müssen nochmal motiviert werden, dass ja vielleicht Wehen weniger weh tun, wenn sie sich bewegen. Dass ja vielleicht eine Geburt</p>	<p>dem Schub von oben, dass man sehr, noch flexibler war, als wir das bei uns in den anderen Räumen sind. Am Ende dann in der tiefen Hocke zu landen, weil es sehr unkompliziert war. Das Tuch ist gut platziert gewesen. Wir konnten ganz schnell das und das noch so machen. Das wäre in den anderen Kreißsälen immer ein bisschen aufregender gewesen, ob ich das Tuch dann da hin krieg, wo ich es brauche. Also die Geschichte war gut.“</p> <p>Z 133-135: „Ich glaube das kann man als einzelne ganz schwer sagen. Weil, weil, äh, Du</p>
---	---	---

			<p>auch schneller geht, wenn sie aufrecht sind. Dass sich dann mehr tut, dass es für das Kind besser ist, weil es in Bewegung ist. Also der Raum an sich alleine würde ich sagen, ne. Sondern in Zusammenarbeit mit der Hebamme.“</p> <p>Z 237-241: „Hm hm das Glücksfühl ist meistens immer da. Aber vielleicht haben sie selber mehr dazu beigetragen durch ihre mehr Bewegung das zu erleben. Wenn das Kind dann da ist zu sagen: "So, ja. Das war meine Geburt. Das war nicht gemacht, also wenn oft auf den halben Betten Kinder geboren werden ist</p>	<p>hast auch woanders schnelle Erstgebärende, Du hast ne Drittgebärende - gewinnt irgendetwas immer. Also, das ist garnicht so, so einfach dann zu sagen. Ich glaube das geht wirklich nur über große Zahlen, da eine Einschätzung zu kriegen.“</p> <p>Z 135-138: Was ich wie gesagt toll fand, war, ich habe zwei mal Frauen, die im Grunde mit einem vorzeitigem Blausprung sehr früh in diesen Raum ran dominiert worden waren und die zwar in eine lange Aufenthaltsdauer in dem Raum hatten, aber aktive Geburtszeit, als es dann wirklich gut</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>Manipulation dabei von anderen. Und im besten Fall ist im Be-Up-Raum eine Geburt, die von staten geht. Und dieses Gefühl so: "Es war meine Geburt. Ich habe das gemacht."</p> <p>Z 243-244: „Viel leicht begünstigt, also das wäre eine der Sachen, die ich dann auch dem Raum zuordnen kann, wobei ich das auch in allen Räumen möglich machen.“</p>	<p>los ging, gar nicht so lange mehr brauchten. Und die davon profitiert haben, dass es in der Zeit ihr Raum war.“</p> <p>138-141: „Und dann mit allen Möglichkeiten. Also da jetzt zum Beispiel eine Kaffeemaschine oder dieser Fernseher noch richtig auch zu Buche schlägt. Wenn ich mit aktiv doll Wehen da komme, dann sind viele Sachen wahrscheinlich gar nicht mehr so wichtig, aber gerade diese Vorher-Zeit.“</p> <p>Z 147: „Ja, also über die Geburtszeit, ähm (...) kann ich tatsächlich</p>	
--	--	--	--	--	--	--

der falschen Stelle und da hängt halt ganz gut zentral, so dass man wirklich gut rankommt. Das war gut!“

Z 192-194: „Ein leiser Raum ist ätzend, weil dann hat man immer das Gefühl man müsste reden. Und wenn Musik läuft redet man nur, wenn es wirklich wichtig ist. Und da ist es auch so.“

Z 354-357: „Aber ich habe zum Beispiel erlebt, dass wir eben diese Geburten hatten, wo man dachte: "Boah, ob das Kind überhaupt kommt?" Und dann ging tiefe Hocke und die ist fast besser als Saugglocke und dann waren das halt normale Geburten! Die

					wären vielleicht in anderen Kreißsälen dann am Ende doch eine Saugglocke geworden, weil die Frau das dann noch vielleicht nicht gemacht hätte.“	
Einfluss des Raums auf die Arbeit der Hebammen	Z 53-50: „Mich nervt im Moment eher so dieser Vorhang. Dass man da reinkommt (deutet auf den Eingang und besagten Vorhang und (lacht) und dass ist, dass man wenn man an das Bett ran will das alles weggeschoben muss. Aber, weil da das Notfallbett dahinter steht (deutet auf das Notfallbett hinter dem Vorhang). So, aber im Grunde genommen sind die Geburten für hier nicht anders in diesem Raum als, als in dem anderen. Für	Z 64-67: „Und da habe ich gedacht: "Mann! für Notfälle ist das nicht so gut konzipiert." Und ich finde es, also es geht jetzt um die reine Arbeitsweise auch fürs Personal, ich finde auch für ältere Kolleginnen ist es manchmal schon schwierig da oben auch, und unten auf der Matte rumzuturnen.“ Z 93-95: „Dass das dadurch, finde ich, einfach, äh, die Be-reitschaft zu sagen, "Ich geh aus dem Bett raus. Ich bin aufrecht." und, und wir	Z 29-33: „Ansonsten so die Bewegungen mit den Würfeln, mit dem Bett. Schwierig ist in diesem Bett wirklich eine halbsitzende Lage für die Frauen zu machen. Da muss man ziemlich rumdoktern. Alles rutscht so ein bisschen weg. Und wenn die Frauen halt am CTG so halb sitzen, also 45 Grad, wie es ja auch gerne gewünscht ist, dafür reicht dieser Keil nicht, der da ist. Dafür sind	Z 92-93: „Also, es ist tatsächlich so, dass es sehr angenehm war diese Bewegungen angebote so präsent zu haben.“ Z101-105: „Diese Naturaufnahmen haben das Ganze auch ein bisschen entschleunigt. Also, ich habe selber gemerkt, dass ich ruhiger bin, weil ich einfach kommt bis die nächste Wehe kommt und hab halt schicke La-mas gesehen in der Zeit (schmunzelt)	Z 74-75: „Ähm, wie gesagt, das Ding ist die Kreativität, nää? Man muss einfach ein bisschen kreativ sein und die Sachen, die jetzt hier überall rumliegen und -stehen, hier sind ja viele Geschichten, die man benutzen kann.“ Z 75-78: „Dann die Frauen auch ein bisschen anleiten. Deswegen hängen ja auch die Bilder an der Wand (deutet auf die Wandbilder, welche eine Gebärende	

<p>mich hat sich dadurch nicht viel verändert, aber es war auch vorher, wie gesagt schon recht freizügig hier.“</p> <p>Z 67-75: „Also, dadurch dass es hier räumlich so doof steht, habe ich immer das Gefühl, wenn die Frauen hier liegen mit den Beinen in Richtung Tür (deutet auf die Liegefläche), ich habe hier irgendwie nichts, was das verdeckt in Anführungsstrichen. Wenn dann die Tür aufgeht und jemand kommt, dass liegt die Frau gleich auf dem Präsentierter. Das finde ich jetzt nicht so optimal gelöst, aber ich versuche das dann dadurch zu lösen, dass ich die</p>	<p>haben natürlich da einen großen Einfluss, weil wir auch die Frauen ermuntern, und sagen "Mensch, komm doch nochmal raus! Und geh doch nochmal in die Aufrechte!" und so.“</p> <p>Z 135-137: „Genau, es ist tatsächlich so, dass auch eine, eine ältere Kollegin weiß ich, das mit der Matte, das ist nicht so einfach, nää? Man kann gar kein CTG-Gerät da hinstellen. Die HEBAMME X hat sich fast mal lang hingelegt, weil sie da über diese Matte, über diese Kante da, fast gestolpert wäre.“</p> <p>Z 140-142: „(...) irgendwann habe ich gesagt, "Ich latsch da jetzt mit Schuhen drauf." Ich kann</p>	<p>dann, hab ich oft die Männer dann hinter gesetzt. Aber das ist für die CTGs zwischendrin - so eine halbe Stunde kann ganz schön lang sein.“</p> <p>Z 57-61: Das heißt auch in den anderen Räumen versuche ich mich nicht so viel einzumischen. Die Frauen zu motivieren aufrecht zu gehen. Also, das, wir haben ja zum Glück halt überall diese Tücher auch (deutet auf das Tuch über dem Bett in einem normalen Gebärraum) und hier haben wir auch die Möglichkeit, oder die fahrbaren Betten kann man zur Seite schieben, das heißt ich kann sie hier auch viel</p>	<p>und man nicht denkt: "Es muss doch jetzt. Es muss doch jetzt!" Also, dieses ruhige von den Bildern hat schon noch was gemacht.“</p> <p>Z 101-105: „Dann hatte ich zwei Geburten, die weil das ganz gut aufgebaut war, auch so mit dem Schub von oben, dass man sehr, noch flexibler war, als wir das bei uns in den anderen Räumen sind. Am Ende dann in der tiefen Hocke zu landen, weil es sehr unkompliziert war. Das Tuch ist gut platziert gewesen. Wir konnten ganz schnell das und das noch so machen. Das wäre in den anderen Kreißsälen</p>	<p>in verschiedenen Positionen zeigen), um denen so ein bisschen Ideen zu geben - auch wenn die nicht die schönsten sind (schmunzelt), aber man kriegt halt eine Idee, was man machen kann.“</p> <p>Z 87-89: „Ich weiß, dass einige wirklich Probleme haben so viel auf dem Boden zu sein, aber man muss das gar nicht! Aber das müssen die erstmal selber realisieren, nää? Man muss nicht da sitzen und die ganze Zeit gucken. Man kann viel mehr zurück stehen.“</p> <p>Z 92-95: „Und ich entbinde zum Beispiel immer nur Hands-off. Das heißt ich muss gar nicht so</p>
--	--	--	---	---

<p>Frauen dann halt umdrehe, also wenn ich, wenn ich hier Frauen betreue, mache ich es immer so, das Kopfende, zack, lege ich mir da rüber (deutet auf die Liegefläche) auf die andere Seite (lacht). Aber das, das sind so Kleinigkeiten. Ansonsten, wie gesagt die Frauen werden von uns so wieso viel motiviert zu Laufen oder Baden zu gehen oder solche Geschichten zu machen.“</p>	<p>nicht immer Schuhe an- und ausziehen auf dieser Matte.“</p> <p>Z 142-145: „Also wenn die Frauen auf dem Bett da liegen, ich will ein CTG schreiben, ich muss doch an die rankommen! Davor liegt die Matte, die will ich aber auch nicht wegnehmen. Also es hygienisch jetzt nicht ganz ok, wenn, wenn wir eine Geburt haben, dann decken wir das alles ab. Dann ist es in Ordnung. Aber das, äh, da habe ich auch noch keine Lösung, auch von den anderen Kolleginnen nicht.“</p> <p>Z 145-148: „Weil einige sagen, "Ich kann mir auch nicht ständig die Schuhe an und ausziehen, wenn ich auf die Matte</p>	<p>sich und ihrem Körpergefühl überlassen.“</p> <p>Z 71-75: „Ähm, was ich schwierig finde ist eben dieses bei der Untersuchung zum Beispiel, dass die Frauen auf dieser Matratze eine schlechte Rückenlage haben. Entweder sie liegen dann auch oder eben mit diesem flachen Keil - zu flach für mich - das heißt ich konstruiere dann immer mit ganz vielen Kissens, Stillkissen, äh mit der Rolle dahinter, dass die Frauen möglichst halt aufrecht sind bei Untersuchungen, also so 45 Grad. Oder halt CTGs, wenn sie halt im Liegen oder halt dann</p>	<p>immer ein bisschen aufregender gewesen, ob ich das Tuch dann da hin krieg, wo ich es brauche. Also die Geschichte war gut.“</p> <p>Z 105-107: „Was ein bisschen schwierig ist, ist diese Fußbodenmatte, die im Zweifel immer im Weg liegt. Und man muss mit seinen Schuhen, die man ja nicht ständig an und ausziehen kann da drüber latschen und drum rum geht nicht immer. Also, die ist ein bisschen nervig, so.“</p> <p>Z 110-113: „Weil wir es kennen, dass wir dann die Partner mit auf dem Bett haben. Dass die Familie kuscheln kann</p>	<p>nah daran sitzen. Ich könnte hier sitzen und da hinten könnte jemand entbinden im Prinzip, nää? Solange ich die Verbindung habe und die auf mich hört. Hier, sonst generell sind die Hebammen eher so, dass sie dann ihre Hände da haben wollen. Und dann hast Du ein Problem, nää?“</p> <p>Z 95-96: „Wenn die Frau hier auf dem Boden ist, dann bist Du da auch auf dem Boden und dann tut Dir auch der Rücken hinterher richtig weh.“</p> <p>Z 99: „Ähm, ich habe mehr Rückenschmerzen, wenn ich eine Wassergeburt mache, muss ich ge-</p>
--	---	--	---	---

	<p>sage den anderen "Es tut gut, mach mal. " und hier (deutet auf den Raum) eher sage "Guck, was Du selber willst." Aber ansonsten kann ich für mich jetzt keinen Unterschied feststellen."</p> <p>Z 82-86: „Öhm, also die Frauen sagen wir dann, welche Position sie einnehmen wollen, zum Beispiel aber auch anhand dieser Bilder (deutet auf die Bilder mit möglichen Positionen an der Wand des Be-Up-Raumes) und dann ist es aber schon auch so, dass ich sage "Pass auf, jetzt ist das Kissen gut, jetzt ist das Kissen gut", also wir basteln schon auch hin und her. Von daher ist, also dieses</p>	<p>drauf gehe." . Schuhe aus ist ja auch irgendwie, auch arbeitssicherheitsmäßig ja eigentlich garnicht erlaubt da barfuß irgendetwas, also was heißt barfuß - ohne Schuhe! da jetzt zu arbeiten. Das ist ja auch ein Schutz"</p> <p>Z 249-251: Und ansonsten bei Geburten da braucht man ja nicht, eben die können, wenn die aufrecht sind. Das kann man ja wenn das Kind kommt, das kann man ja alles, eigentlich in der aufrechten, da dann er-tasten, das ist, das geht. Also irgendwie gehts."</p> <p>Z 257-261: „Ich weiß nicht wie es andere lösen, wir finden es</p>	<p>Seitenlage.“</p> <p>Z 75-77: „Also von anderen Sachen, was schön ist in dem Be-Up-Raum, ist dass das Deckentuch wirklich, ähm, mit der Bodenmatte zusammen genutzt werden kann, ohne dass, wie in den anderen Kreißsälen, ich die Betten zur Seite schieben muss, damit sie eben aufrecht bleiben.“</p> <p>Z 79: „Also von wegen jetzt Interventionen oder irgendetwas machen müssen, ich brauche da nicht viel umzubauen.“</p> <p>Z 83-84: „Das Putzen! Das ist unmöglich, da müsste man eine Stunde extra</p>	<p>und dafür ist das Bett zu klein. Eindeutig! Also dieses Bonding hinterher, das ist sehr, ein bisschen aufgesetzt. Weil man immer gucken muss: Wie kann man die denn lagern jetzt ohne viel zu verändern oder so. Also, das nach der Geburt ist ein bisschen, mühsamer, als wir das anders gewöhnt sind oder kennen.“</p> <p>Z 115-122: „Ähm. Naja, bei uns war es dann so ich hab dann versucht den Mann da irgendwie dazu zu kriegen und er saß dann eben leider doch am Stühlchen daneben und einmal habe ich dann versucht ganz viele Kissen hinter die Frau zu stopfen,</p>	<p>stehen, zum Beispiel. Als jetzt hier.“</p> <p>Z 110-118: „OK, man muss dann halt mehr auf seine Knie gehen oder irgend, nää? Wie gesagt, man muss halt ein bisschen kreativer sein, so. Und man muss einfach, ähm, nää, man kann sich nicht einfach auf einen Stuhl setzen und alles vom Stuhl aus machen oder stehen oder so, sondern das ist dann halt in einer sitzenden Position und... ich kann mir echt gut vorstellen, dass so jetzt so alte Leute, was heißt alte (beide lachen), aber ähm, die jetzt nah an der Rente sind, nää? Also, so 60 oder so, wo das einfach ein bisschen steifer ist und nicht mehr so</p>
--	---	--	--	--	---

<p>Mobiliar ist Fluch und Segen zugleich.“</p> <p>Z 93-96: „Aber es bedeutet für mich natürlich im Nachhinein auch viel mehr Putzkram, weil das alles einzelne (...) Teile sind, einzelne Elemente sind, die leider nicht irgendwie auf einem Wagen stehen, die ich dann wegschieben kann, sondern, ähm ja (...) (seufzt)“</p> <p>Z 104-111: „So von daher ist es für mich eigentlich auch egal, bin ich nun in dem Kreißsaal und kümmer mich um die eine Frau oder bin ich in diesem Kreißsaal und kümmer mich um die eine Frau. Also, letztendlich, ähm, ist es hier natürlich so, dass man denkt, "Oh, die</p>	<p>gut, dass es die Einheit hat. Das Bett, ich nenne es jetzt mal das Bett, dieses Schaumstoff-, höhere Schaumstoffelement mit der Matte davor, dass es eine Einheit ist. Aber wenn es eine Einheit ist und wir haben es an der Wand, damit auch das nicht so freischwebend im Raum irgenwie ist dieses schmalere, höhere Schaumstoffteil, äh, muss man über die Matte rüber.“</p>	<p>kriegen! (lacht) Es gibt sehr viele Keile, Kissen, die alle geputzt werden müssen und unser Putzdienst ist nur bis mittags.“</p> <p>Z 90-92: „Diese Betten sind auf Rollen (zeigt auf das Bett in einem normalen Gebärraum). Das heißt ich kann sie wegrollen um darunter sauber zu machen. Auf dieser Matte im Be-Up-Raum, die muss ich anheben um darunter auch sauber zu machen. Nä? Also je schwerer sie ist umso körperbelastender ist es.“</p> <p>Z 127- 128: „Oft müssen die Frauen da wirklich zu motiviert werden, denn auch im Be-Up-</p>	<p>also sozusagen den Raum mit dem Sitzsack auszulastern, dass dann das Kopfkissen Halt hat und nicht hinten runter fällt. Also, wenn das Ding einen Rahmen hätte und man hätte, könnte man sagen, ich kann dann was, ein Kissenanlehnen, dann ist ja auch schon wieder was gewonnen. Also, da würde ich wahrscheinlich ein bisschen dran basteln. Weil diese Zeit hinterher den Leuten auch, also die ist einfach super wichtig. Und, das geht nur mit ein bisschen mehr Fantasie. Also, es ist machbar, aber man muss es auch ein bisschen präsent haben und man erzählt es den anderen</p>	<p>einfach dieses hoch und runter, dass es für die wirklich ein bisschen schwieriger ist. Aber ich habe dann auch zu denen gesagt, dann legt sie aufs Bett rauf. Oder, Du kannst ja einer Frau immer sagen: "Leg Dich mal kurz hin, ich untersuche Dich!" Wie gesagt, man muss da einfach diese Kreativität haben und auch die Ressourcen, die man hier hat, nutzen!“</p> <p>Z 118-120: „Wir haben so ein Bett, das hoch ist. Warum nicht nutzen? Man muss nur zusehen, dass die Frau wieder aufsteht irgendwann. Aber, ähm, manche Frauen wollen ja auch liegen. Deswegen gibt es ja auch die Matratze. Ähm,</p>
---	--	--	---	---

<p>eine Frau kann jetzt dies oder jenes nicht.", dass ich dadurch, dass ich eben diese einzelnen Möbelteile habe, nochmal ganz andere, äh (...) ganz andere Lagepositionen machen kann, wenn sie steht oder liegt. Dass ich dann irgendetwas noch das Kissen ganz anders zwischen die Beine legen kann. Sogar habe ich halt in den anderen Zimmern nicht. Deswegen bin ich dann auch manchmal rübergeflicht (lacht) und habe so was geholt, aber ansonsten eigentlich nicht, ne. Also jetzt nicht mehr oder weniger."</p> <p>Z 121-125: „Also, ich untersuche die Frauen eigentlich nur</p>	<p>Raum, können sie sich einfach auf die Liege legen.“</p> <p>Z 138-142: „Und ich denke mal dadurch, dass die Frauen halt dadurch weniger auf dieser schmalen Matratze halt gut liegen können, sind sie eher zu motivieren auch auszustiegen aus dem Bett, das heißt sich zu bewegen. Sie brauchen immer wieder eine Anleitung, weil sie Anleitungen ja durch die Handys, durch die Apps gewohnt sind, eine Anleitung, "Was kann ich denn mit diesem Würfel machen? Was macht ich denn am Tuch? Was mach ich denn? Welche Körperhal-</p>	<p>auch in der Hoffnung, dass die dann wissen: "Okay, das würde so gehen.““</p> <p>Z 156-158: „ So, das würde ich mir für andere Räume auch wünschen, dass man besseren Zugang zu den, zum Seil zum Beispiel hat. Häng das von der Decke und im Zweifel hängt das immer an der falschen Stelle und da hängt halt ganz gut zentral, sodass man wirklich gut rankommt. Das war gut!“</p> <p>Z 161-168: „Naja, die, diese Liegematte, die ist wenn eine Frau dann da drauf landet und dann zum Beispiel gerne in den Vierfüßler gehen würde,</p>	<p>ja. Von daher, ich finde es kein Problem.“</p> <p>Z 141-145: „So, zum Beispiel hatten wir eine Situation gehabt, wo eine Frau in den OP musste, war ein Notfall gewesen, und die hat, wir können unseren OP-Tisch hier reinbringen, die Frau darauf und dann mit dem OP-Tisch in den OP fahren. Und, da sind die nicht richtig an die Frau rangekommen. Also, die Frau war glaube ich auf der Matte und die wussten nicht so Recht, wie sie die Frau dann von der Matte dann auf den OP-Tisch... dann haben wir so ein Tragetuch besorgt, nä?“</p> <p>Z 278-282: „Die</p>
---	--	---	--

<p>an Anfang in der liegenden Position. Wenn die irgendwie ein bisschen weiter sind, kann man die auch untersuchen, wenn sie stehen oder auf der Seite liegen oder auf dem Hocker. Man kann sie ja in jeder Position eigentlich untersuchen, wenn man ein bisschen flexibel ist. Und von daher hat sich da auch nicht, für mich, jetzt nichts geändert.“</p>	<p>tung kann ich ausprobieren?“ Das heißt die Anleitung ist immer noch sehr wichtig.“</p> <p>Z 149-150: „Ansonsten finde ich sind wir Hebammen immer noch sehr wichtig ihnen Ideen zu geben.“</p> <p>Z 160-162: „Genau, weil ich habe ja auch mehr Möglichkeiten ihnen anzubieten. Ich kann sie ja drauf hinweisen, "Du kannst mit dem Würfel zum Beispiel, machst Dir ein Türmchen und stützt Dich oben drauf." Oder: "Stell doch mal Dein Bein hin auf das Bett, während Du Dich an das Tuch hängst." So also Anregungen</p>	<p>dadurch, dass die da an der Wand steht und man praktisch von der anderen Seite nicht ran kommt, ist, ist es manchmal schwierig.“</p> <p>Z 164-168: „Also, äh, das ist, äh, eine Geschichte. Dann, ähm, landet man vielleicht doch das eine oder andere Mal mehr auf dem Fußboden, weil die Frau sehr mobil ist zum Beispiel wechselt die ja auch eventuell innerhalb von einer Viertelstunde vier mal die Position und jedes mal denkst Du: "Wenn jetzt das Kind kommt, dann müsstest Du zum Beispiel Deine Unterlage jetzt mal da haben, dann musst</p>	<p>Matratze ist sehr schwer anzuheben, nää? Und wenn man hier irgendwie jetzt Blut oder Wasser oder sonstige Geschichten hat, das läuft dann schon so ein bisschen da drunter. Da muss man schon so ein bisschen aufpassen, dass da drunter geputzt wird, nää? Wir haben... und die ist halt echt schwer. Also, ähm, die Matte geht noch, aber die (deutet auf das schmale Bett) da brauchst Du fast schon zwei Leute, weil die kannst Du auch, die rutscht nicht. Die hat so ein Anti-Rutsch-Dings da drunter.“</p> <p>Z 282-288: „Wir haben es echt gut, wir haben eine sehr sehr gute Putzfrau, die</p>
<p>gerne etwas zum Festhalten und wenn das, wenn sie sich festhalten und es dann wackelt, dann ist ähm, der Halt sozusagen weg (lacht). Dann muss man sich auf andere Sachen konzentrieren.“</p>			

<p>Z 226-241: „Die Frau musste dann, genau, noch umgelagert werden. Und dadurch, dass diese Matte auf dem Boden davor liegt, was ja theoretisch auch eigentlich ganz hübsch ist, aber wenn man die hoch stellt, dann fällt die so in sich zusammen, die bleibt nicht stehen. Das heißt selbst wenn man diese Matte irgendetwas zusammenrollt (...) die fällt dann immer sofort um. Das ist also vom arbeitstechnischen her, bis man das Bett irgendwie daneben hatte, dann ist da Krankenhausbett aber höher. Es lässt sich ja verstellen, runterstellen, aber selbst, wenn das Krankenhausbett ganz niedrig ist, ist</p>	<p>was, was sie machen können.“</p> <p>Z 219-225: „Ähm, das Tuch auf alle Fälle. Die Bodenmatte. Das heißt sie können sich gut vor die, vor dieses schmale Bett knien mit der Bodenmatte. Für uns ist die Handhabung schwierig, weil wenn wir mit einem CTG zum Beispiel an die Frau wollen, dann ist immer Gucken, wie können wir diese Bodenmatte so ziehen, dass wir hinkommen. Also das ist Herausforderung auch für die Betreuerinnen. Aber für die Frauen ist es so, dass sie halt eine Lümmelwiese auch haben da unten. Das heißt sie können das</p>	<p>Du sie mal da haben.“ Und man eierte schon ein bisschen mehr noch, weil die größere Fläche bespielt wird von der Frau. Das ist ja aber auch o.k.“</p> <p>Z 168-171: „Ärgert sich immer, wie gesagt, dann hast Du alles ausgebreitet, dann geht sie woanders hin, und ich mit meinen Schuhen - wo will ich hin? Also, es ist ein bisschen blöd, wenn man dann über Hygiene nachdenkt und sagt: "Wie mach ich das denn?" Ich kann die Schuhe nicht immer an- und ausziehen. Das ist schwierig!“</p> <p>Z 171-176: „Ähm,</p>	<p>sehr ordentlich ist. Und, ähm, das sehr gut macht. Und sie hat sich noch nicht beschwert (lacht). Aber es ist natürlich, nää? Wenn man schaut, diese müssen alle einzeln abgewischt werden, gewaschen werden, hier in den Rillen (zieht die Nähte eines Elements leicht auseinander), da kann sich Blut ransetzen. Man muss wirklich gucken, dass das ordentlich gemacht wird und so weiter. Normalerweise, wir legen halt schon irgendetwas diese Tücher drunter, nää? Das nicht direkt draufkommt. Aber man kann es manchmal einfach nicht verhindern und Du hast halt mehr verschiedene Elemente zu putzen.</p>
---	---	--	---

<p>das Ding (zeigt auf die Be-Up-Liegefläche) immer noch zu niedrig. Und selbst wenn der OP-Tisch reinkommt, weil man das Gefühl hat, man muss hektisch irgendetwas in den OP fahren und wir müssen uns beeilen, dann holen wir ja den OP-Tisch direkt rein, dass sie auf den Tisch klettern. Auch der ist höhenverstellbar, aber nie so niedrig, wie dieses Ding. Das passt also mit der Logistik her nicht. Und wenn man dann (...) es gibt ja leider manchmal dann auch die Situation, dass die Frau das Gefühl hat "Ich kann nicht mehr mithelfen. Ich bin nicht kooperativ." - warum auch immer - Schmerzen, so, wenn man dann</p>	<p>Keile sich nehmen. Wobei, meine Erfahrung auch ist, sie brauchen eine Motivation es zu tun. Sie stehen ja an der Seite. Das heißt sie müssen sie ja auch sich dann nehmen. Vielleicht wäre es etwas anderes, wenn man sie immer schon auf dieser Bodenmatte ja hätte. Das ist dann wieder einfach ein Handhabungsding, glaube ich.“</p> <p>Z 230-234: „Das heißt ich brauch garnicht viel zu machen. Und dann kann sie je nachdem, was ihr Inneres sagt, sich das Tuch nehmen, sie kann sich die Keile nehmen, sie kann sich auf das Bett stützen. Das heißt</p>	<p>(...) es ist ein bisschen gewöhnungsbedürftig gewesen diese Matte, die da so an der Wand war, wenn die Frau die dann benutzt hat und ich glaube, wenn man wirklich auch in dem Raum mal sowas wie einen Oxytocin-Tropf bräuchte, dann wird es spannend! Weil dann auch immer mit dem Wehentropf, also mit dem Infusionsständer, äh, um alles rumeiern müsste. Also, das ist dann... Oder, aber dann kriegt die, die Brautütle und dann an welcher Seite ist sie dann? Wie rum lagerst Du dann die Frau, dass sie dann an der richtigen Seite dann den</p>	<p>Deswegen ist das generell ein bisschen mehr, würde ich sagen.“</p> <p>Z 342: „Ich finde es hier praktischer, weil ich hier mehr Raum habe!“</p> <p>Z 347-348: „Also, man kann denen mehr Ideen geben und die mehr beschäftigen sozusagen unter der Geburt. Nä? Also, die können dann Sachen ausprobieren und die sind dann ein bisschen flexibler als in den anderen Räumen.“</p> <p>Z 375-377: „also man muss einfach ein bisschen bewusster sich bewegen glaube ich. Und manchmal, wenn man viel zu</p>
---	---	--	--

<p>mit drei Mann, drei Ecken diese Frau da irgendwie darüber hieven muss, das ist ein bisschen (...) schwierig. Wobei man natürlich auch sagen muss, so Notfall-Situationen zeichnen sich ja meistens vorher ab. Aber bei meiner Kollegin war das dann doch eine Ad-Hoc-Situation, das war schon doof.“</p> <p>Z 287-291: „Wenn eine Frau zu mir kommt in den Kreißsaal, dann frage ich immer: "Willst Du sitzen, stehen oder liegen?" Das ist immer meine Standard-Frage. Viele antworten dann mit: "Oh, das geht auch anders?" Ja. So. Und viele nutzen das dann auch anders. Also,</p>	<p>es sind Dinge da, die sie aber nicht durchdenken sollte, sondern einfach auch machen können und kann. Und viele Frauen brauchen einfach diesen Tick: "Das kannst Du ja machen." Nä? Das heißt sie kommt rein und sieht die ganz vielen Sachen, die dann aber noch theoretisch bleiben erstmal.“</p> <p>Z 250-253: „Die Frauen können mit den Möglichkeiten, die da geboten werden, ich muss auch sagen, ich habe auch schonmal etwas entfremdet in einen anderen Kreißsaal, dass ich zum Beispiel eine Höhe brauchte, die einer dieser Würfel</p>	<p>Tropf hat.“</p> <p>Z 176-178: „Und Blutungen, nä? Also, wenn es dann drauf ankommt, wenn es wirklich mal hinterher was gibt, dann bist Du natürlich mit den Matten und mit den Dingen und, und dann fehlt vielleicht ein bisschen der Platz. Ist aber vielleicht auch einfach Gewöhnungssache.“</p> <p>Z 181-184: „Das ist wieder ein bisschen aufgewacht noch respektvoller den Raum zu betreten. Das ist einfach noch einmal nett. Das übertrage ich jetzt aber auch auf die anderen Räume. Also, ich lerne in dem Raum wieder</p>	<p>tun hat und wenn es schnell gehen muss, setzt dieses Bewusstsein aus, nä? Und ich glaube das ist ein Problem und das merkt man dann hinterher, dass man da irgendwie, nä?“</p> <p>Z 377-379: „Oder ich weiß auch, dass eine Kollegin hier mal ausgerutscht ist, weil sie die Schuhe ausgezogen hat, nä? Oder so. Wo ich dann auch gesagt habe, ne, Schuhe anlassen! Die sollen sich nicht einem Risiko aussetzen, nä?“</p>
---	--	---	---

	<p>viele sitzen dann auch sehr gerne. Ähm. Aber da das für mich auch standard ist, das egal in welchem Zimmer ich bin, das zu fragen, ist das für mich jetzt auch kein großer Unterschied.“</p>	<p>halt gibt, also, nä? Weil sie das, was der Raum mir geben hat, gut war. Das fehlte mir in einem anderen Raum.“</p> <p>Z 255-257: „Japp! Weil der Raum nicht besetzt war, habe ich gedacht so der... also, es ist eine gute Anregung, was man eben auch in anderen Räumen integrieren kann. Was dann für diese Be-Up-Studie ange-schafft wurde, aber vielleicht ja eben auch im Gebrauch allgemein ganz gut ist.“</p>	<p>was, was ich in den anderen Räumen übernehme. Oder merke, was mir da gut gefällt und denk dann, das kann ich ja in den anderen Räumen ja dann auch machen. Aber ich lerne in dem Raum auch wieder.“</p> <p>Z 231-235: „Bis manche Kollegen dann die Idee haben einer Frau zu sagen: "Du kannst auch was ausprobieren!" Und das ist natürlich bei Be-Up in dem Raum - schreibt das danach! Weil es sind die Bilder da. Die Frauen wussten, dass sie an einer Studie teilnehmen. Also, dass sie die Möglichkeit haben und dann</p>	
--	---	---	---	--

					<p>nutzen sie sie auch. Und in den anderen Räumen muss man die Frauen manch- mal bisschen, drauf bringen. So. Noch- mal: "Komm wir können doch noch mal!"</p> <p>Z 264-265: „Bis hin zurückhaltender zu sein, vielleicht auch in dem Bewusst- sein, dass es jetzt der Studienraum ist.“</p> <p>Z 314-318: „Ich glaube das ist, wenn man mit seinen Un- terlagen gut arbei- tet, ähm, ist das ei- gentlich egal. Auch mit dem anderen Kreißaal. Weil wir aber auch so öfter mal, nä? Eher auf dem Fußboden sind oder so. Ähm, und, wenn man jetzt</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>Pech hat, eine Blase springt und es läuft mal unter mal irgendeine Matte drunter, dann muss man die heben um darunter zu putzen. Aber dann lege ich die, die ist nicht so schwer, also ich glaube das ist, ähm, kein Argument, um das jetzt blöd zu finden.“</p>	
Einfluss des Raums auf die Eltern	<p>Z 134-140: „Da sind alle Fraktionen dabei. Menschen sind ja nunmal unterschiedlich und es gibt einige die völlig selbstbewusst alles nutzen, was hier ist und einige, die sich nicht einmal trauen den Klingelknopf zu drücken. Also da, gibt es wirklich, ähm, das ist aber wirklich bedingt dadurch, dass die Leute und die Paare</p>	<p>Z 80: „Und, die Frau war damit sehr zufrieden.“</p> <p>Z 83-86: „Also deswegen war die Geburt selber lief gut und glatt und ich, äh, auch die Frau und der Mann, das kriegen wir schon hin! Auch mit dem Bonden. Das ist dann so ein bisschen anders, nicht so auf einem Bett gemeinsam, sondern</p>	<p>Z 26-29: „Ähm, die Frauen im Be-Up nutzen auch die Liege. Das heißt sie legen sich auch gerne hin. Ähm, die verschiedenen Möglichkeiten, also der Sitzsack wird eigentlich gar nicht angenommen, da flotzen sich die manchmal sich die Männer sich vielleicht rein (beide lachen).“</p>	<p>Z 24-26: „Und habe dann gemerkt durch die Geburten in dem Kreißsaal, dass es durchaus eine interessante Alternative ist. Von dem wie die Leute in diesem Raum aufgenommen werden.“</p> <p>Z 69-71: „Also, manche Frauen haben sich ja auch in eine Farbe verliebt.</p>	<p>Z 228: „Die finden den eigentlich gut! Nä? Ist natürlich neu und das ist so ein bisschen Faszination da.“</p> <p>Z 249: „Das wird eigentlich recht gut genutzt. Also, der Fernseher, da läuft ja so ein Film mit Naturbildern.“</p> <p>Z 254-255: „Also, ich mache meistens</p>

<p>ja alle so unterschiedlich sind und ähm... Die, die sich aktiv und ganz bewusst auch für diese Studie entschieden haben, wissen, wenn sie dann hier reinkommen, wissen ja dann auch, dass sie alles nutzen können und tun das dann auch. Aber... ich glaube jetzt nicht weniger als in anderen Zimmern auch.“</p> <p>Z 142-147: „Das ist eine gute Frage, die ich aber nicht wirklich beantworten kann (lacht). Weil die im Kreißsaal ja erstmal dann glücklich sind, wenn das Baby da ist. Das ist wirklich was, wo ich denke, da muss man sie drei, vier Wochen später</p>	<p>die Frau meistens doch irgendwie, dass sie sich auf der Bodenmatte daneben auch beide. Also das ist, wir hatten das ganz nett. Also die hat dem auf dem Bett da mit ihrem Mann zusammen so gesessen. Also das ging alles gut.“</p> <p>Z 161-163: „Ich finde die Männer sind da auch sehr aufgeschlossen. Finde ich eben gut, also dass die, äh, die finden vielleicht noch besser so ihren Platz. Weil die müssen da irgendwie oder sind da auch nah dran und äh, unterstützen ja, wenn die sich entscheiden, entscheiden sich ja beide im Grund für diese Studie und damit ist der</p>	<p>Z 61-63: „In dem vierer Kreißsaal, ähm, was, also vieler Kreißsaal heißt der Be-Up-Raum, der ist oft von den Männern wunderbar angenommen worden, weil da die Kaffeemaschine drin steht (lacht), man solls nicht glauben! Aber, so, quasi dieses Luxusgefühl? Auch Männer, die halt nicht an der Studie teilgenommen haben: "Och, wie schön!" (beide lachen)“</p> <p>Z 115-177: „Sie sind sicherlich gemeinsam arbeitend, weil auf dem großen Kreisbett der Mann natürlich viel mehr Platz hat sich auch mal einfach</p>	<p>Und sagen: "Und dann muss ich den jetzt in Dunkelblau nehmen? Das ist doch blöd!" Oder so, ja? Einer Frau war der zu bunt - ich weiß gar nicht genau wo, aber dann war wahrscheinlich da eine Farbe, da eine Farbe und das passte dann nicht.“</p> <p>Z 110-113: „Weil wir es kennen, dass wir dann die Partner mit auf dem Bett haben. Dass die Familie kuscheln kann und dafür ist das Bett zu klein. Eindeutig! Also dieses Bonding hinterher, das ist sehr, ein bisschen aufgesetzt. Weil man immer gucken muss: Wie kann man die denn lagern jetzt ohne</p>	<p>den Ton ganz leise, dass man das so hört, dass es nicht stört. Und es gibt halt, es ist halt etwas wo die raufgucken können, was die so ein bisschen ablenkt.“</p> <p>Z 257-260: „Die Männern mögen den Sitzsack gerne. Die Frauen können sich da nicht so raufsetzen, weil die kommen dann nicht mehr hoch. (beide lachen) Aber die Männer entspannen sich da gerne mit einem Kaffe und gucken den Frauen dann von da drüber aus zu (deutet auf den Sitzsack in der anderen Raumhälfte). Ähm, die Frauen probieren dann hier immer irgendwelche Sachen aus, nä?“</p>
---	--	---	---	--

<p>noch einmal befragen, ob sie das jetzt rückblickend betrachtet gut finden. Andererseits haben sie ja nun auch keinen Vergleich, wie es in einem anderen Zimmer gewesen wäre. Ähm, da ich das für mich so empfinde, dass sich für mich kaum etwas geändert hat, glaube ich jetzt, ähm, ist das für die Frauen auch, so wie es sonst auch wäre. Hauptsache raus.“</p> <p>Z 151-157: „Also, meine Erfahrung ist, dass die eigentlich mit Radio hören, wenn überhaupt dann Radio hören glücklich sind. Ich habe bis jetzt noch keine Paare erlebt, die (lacht) Lust und Zeit hatten, diesen</p>	<p>Mann einbezogen.“</p> <p>Z 173-177: „Wir haben tatsächlich bei uns auch Frauen, die nicht teilnehmen, weil ihnen der Raum nicht gefällt. Wir haben den ja, uns entscheiden, dass wir den Raum nehmen, der ein bisschen weiter ab ist, damit da Ruhe ist, damit sie sich wohl fühlen. Der hat nun mal blaue Farben und die spricht nicht jede Frau an. Wir haben ja unterschiedliche Farben in den Kreißsälen und es gibt tatsächlich rauen, die das nicht so gerne mögen und sich wegen des Raumes nicht zur Be-Up-Studie anmelden.“</p> <p>Z 179: „Ja, wegen der Farbe und wegen</p>	<p>daneben zu legen. Und in dem Be-Up-Raum ist es so, dass er aktiver sein muss, weil es einfach zu eng ist auf dieser kleinen Pritsche dann. Er muss sich quasi eine andere, einen anderen Platz finden.“</p> <p>Z 119-121: „Meistens ist es dann so, dass sie sich bewegen, die Frau sich dann zum Beispiel an ihn hängt, an ihm stützt, das heißt er ist mehr dabei. Wo manche Männer, es ist nun mal so, einfach sich auf die andere Betthälfte legen und die Frau macht. Also ich glaube so die Interaktion miteinander ist größer.“</p> <p>Z 176-180: „Ähm,</p>	<p>viel zu verändern oder so. Also, das nach der Geburt ist ein bisschen, mühsamer, als wir das anders gewöhnt sind oder kennen.“</p> <p>Z 188-191: „Und wie gesagt es entschleunigt auch ein bisschen. Das hat mir mit dem Fernseher ganz gut gefallen. Es ist so, bringt Ruhe rein und fokussiert viel leicht auch den Blick. Also, wenn dann - wir sind ja so ein bisschen Fernsehorientiert eventuell - und wenn dann immer diese bewegten Bilder da sind, die aber ja nicht aufregen, dann ähm, dann hat man was zu tun.“</p> <p>Z 194-197: „Die</p>	<p>Z 265-266: „Ja. Weil die Frau ja nicht so auf dem Bett liegt und der Mann irgendwo auf dem Stuhl sitzt, sondern es ist schon eher so ein Miteinander, nää?“</p> <p>Z 266-268: „Also, ich habe bei Männern häufig am Anfang so, wenn die hier in den Raum reinkommen, dass die so ein bisschen unsicher sind und nicht so recht wissen, aber wenn man dann sagt: "Mensch, Du kannst hier sitzen oder da oder nimm doch mal Deine Frau in Arm!“</p> <p>Z 268-276: „Oder hier um die Ecke (deutet auf hintere Ecke des Raumes) sind ja auch noch so</p>
--	--	---	---	---

<p>Bildschirm zu beobachten. Der ist eigentlich total irrelevant (lacht). Das Einzige, was wie gesagt, also manche Paare sind ja auch da und sagen, "Nein, sie wollen auch gerne dann Ruhe haben" und manche Paaren sagen "Oh, Radio ist ganz nett, um einfach ein bisschen Ablenkung zwischendurch zu haben", wenn die Wehenpause ist zu sagen, "Jetzt konzentriere ich mich mal auf was anderes." aber, dass irgendjemand aktiv diesen Fernseher habe ich noch nie erlebt."</p> <p>Z 249-251: „Und es hat, also, viele Frauen, die reinkommen freuen sich und sagen "Oh, das sieht</p>	<p>der Ausstattung, die einfach, die anderen Räume ansprechen-der finden.“</p> <p>Z 182-192: „Genau, und andere wieder finden das okay. Also sind aber eigentlich nicht so, wir haben es glaube ich selten, dass Frauen so sind, die sagen: "Ich will aber unbedingt in den Be-Up-Raum." Also weil sie wissen ja, dass sie randomisiert werden, wenn wir sie aufklären und wenn es irgendwie geht, zeigen wir möglichst alle Räume, dass sie wissen, beim Infobrand schon, sprechen wir auch von der Be-Up-Studie und wenn wir Glück haben, können wir alle Räume zeigen und wenn sie sich anmelden zur Geburt,</p>	<p>ich merke, dass dieses, dass der Fernseher oder der Bildschirm mit den Aufnahmen unterschiedlich angenommen wird. Manche finden, es gibt ja, es gibt wohl zwei, aber ich kann immer nur diesen einen irgendwie in die Gänge kriegen, und dieses Wasserplätschern, was die ganze Zeit plätschert, wird unterschiedlich aufgenommen. Manche Frauen finden das so nervig, dass sie den gann auch ausmachen. Die Männer spielen natürlich gerne an der Technik rum, da wäre halt eine Vielfältigkeit, also unterschiedliche Sachen auch gut. Und ähm, leichte Musik</p>	<p>Männer haben was zum Gucken, die Frauen haben diese Beruhigung - es ist glaube ich ziemlich schick, mit oder ohne Ton. Na und wie gesagt zu sehen, dass auch Frauen aus anderen Kulturkreisen das plötzlich annehmen können und auf Ideen kommen. Nicht diesen Standard Kreißaal erwarten, was man so in Videos manchmal sieht und so. Sondern, dann wissen der ist ganz anders der Raum. Ja? Das ist schon auch, auch gut.“</p> <p>Z 200-204: „Also, eine Frau war in dem Raum, musste in dem Raum übernachten, die war</p>	<p>Bilder, was man, äh, nä, so verschiedene Gebärpositionen. Wir hatten das eigentlich so ein bisschen mehr im Raum, aber wegen diesen anderen Bildern habe ich das jetzt so in die Ecke gehängt, genau, und das hilft denen auch, nä? Also, Männer brauchen da eher noch so ein bisschen Anleitung, wie sie die Frauen utnerstützen können, nä? Und, dadurch, dass das ganze Geschehen hier (deutet auf den Mittelpunkt des Raumes) irgendwie so sich abspielt, anstatt nur auf dem Bett, ist das eher so... ich glaub, dass die Männer...also ich habe noch nicht einen Mann gefragt, ob die</p>
--	---	--	---	--

<p>ja nett aus hier!" und "Das ist ja hübsch!" Z 256-260: „Also, im weiteren Verlauf meistens nicht mehr. Und viele Paare sind ja auch schon hier gewesen und haben am Tag der offenen Tür die Räumlichkeiten gesehen, aber für viele, die das erste mal reinkommen, sagen dann in dem Moment "Boah, das ist ja nett!" oder im Gegensatz zu früher, wenn dann irgendwelche Begleitpersonen mit dabei sind. Aber das war's dann eigentlich auch. Also, das ist jetzt nicht so, dass da noch, ähm, dann länger drüber geredet wird.“ Z 264-267: „Also, der ist in dem Sinne</p>	<p>kann man vielleicht noch die zeigen die fehlen und äh, es ist glaube ich extrem selten, dass Frauen sagen: "Oh, ich würde aber unbedingt gerne in den Be-Up-Raum und die anderen finden wir nicht so gut." sondern eher, dass die Entscheidung fällt, "Ich nehme gerne an der Studie teil. Ich will das auch unterstützen." Also die wollen das auch gerne inhaltlich unterstützen, weil sie es gut finden, dass es drauf abzielt auch zu gucken, ob man die Kaiserschnittrate senken kann und ob das zu mehr natürlichen Geburten führt, aber, äh, die sind genauso offen, gerade weil die anderen Räume auch schön</p>	<p>oder solche Sachen. Z 186-187: „Der Versorgungswagen, auch bei manchen Männern ganz witzig, aber ich glaube nicht, dass es Voraussetzung sein muss. Ich glaube das ist etwas, was man einsparen könnte.“ Z 190-192: „Also, was, was ja bewusst ist, ist dass dieses äh, Querbett, also dieses halbe Bett, wo die Beinhalter auch dran gemacht werden können, im Raum ist, aber versteckt. Das ist ja hinter Gardinen. Und das ist bewusst so gehalten, um quasi diese Technik so ein bisschen außen vor zu haben.</p>	<p>nicht in der Studie und hat hinterher aber gesagt, ähm, oder hat dann mit wenig Anfangswerten, ähm, ist die rausrandomisiert nachher oder aber sie war einfach nicht in dem Raum, und die aktiv gesagt hat, der Raum war blöd, weil für ihren Mann kein Platz war. Die hatte das Gefühl, der findet, der weiß nicht wohin. Sie ist auf dem weichen Bett, er ist dann auf der blöden Matte.“ Z 262-264: „Naja, die einen Frauen, die einfach sich ganz lange sehr selbstständig gut da drin gefühlt haben auch obwohl sie noch so lange im Kreißsaal waren</p>	<p>sich jetzt mehr eingeschlossen fühlen oder nicht. Wenn es das erste Baby ist, wissen die ja auch nicht den Unterschied, nä? Und es kommt glaube ich auch auf die Beziehung an zwischen denen, aber... ähm, genau. Generell, glaube ich, gibt denen das einfach ein bisschen mehr Freiheit.“ Z 335-336: „Aber, aber wir haben dann wenigstens diese Naturszenen. Das ist, ja, es geht ja ein bisschen um die Ablenkung! Und das hilft, wenn man Schmerzen hat und ein bisschen abgelenkt ist und auch für die Männern, also, ähm, genau.“</p>
---	---	--	---	--

<p>sinnvoll, weil die Paare oder die werdenden Eltern sich da total wohl drin fühlen und nicht sofort dieses Gefühl haben "Boah, Krankenhaus." Und es gibt ja schon manche Leute, die sich alleine schon bei dem Wort Krankenhaus irgendwie fürchten und das nimmt das so ein bisschen, dass sie das Gefühl haben "Boah, ich bin hier auch im Krankenhaus."</p>	<p>sind, dass sie sagen, "Ich nehme da gerne dran teil." äh, weil, selbst wenn sie in einen anderen Raum kommen, ist das kein Problem."</p> <p>Z 205-206: „Also, ich glaube die drin sind, die sind wirklich zufrieden. Die finden das wirklich gut. Wobei das eben in den anderen Räumen auch nicht (lacht) anders ist, weil wir eben nicht ähm, diese schmale Betten.“</p> <p>Z 246-249: „Also der Mann ist da so ein bisschen außen vor, finde ich. So, der hat dann da die Bodenmatte, aber dann bin ich da ja auch irgendwie im Wege, ähm, ja. Geht irgendwie alles. Stört</p>	<p>Das wird auch angenehm empfunden.“</p> <p>Z 210-215: „Die entbinden wollen, sind die, die sich auch Bewegung vorstellen können. Das heißt sie sind, sie sehen da verschiedene Möglichkeiten mit den Keilen und die Bilder an der Wand, die, da ist ja diese Frau, die die bestimmten Körperhaltungen da macht. Vielleicht motiviert es sie auch, dass sie sich vorstellen können, da dann eben auch verschiedene Bewegungen zu machen. Ich muss sagen dieses Poster mit der Frau, die halt vier verschiedene Stellungen zeigt, am Anfang</p>	<p>insgesamt. Diese Mehrgebärende, die auf gute Ideen gekommen ist. Dieses entschleunigt werden durch den Fernseher eventuell.“</p> <p>Z 274-280: „Und das ist eventuell auch etwas, was an der Liegematte im Be-Up-Raum dann die Frage wäre. Wenn man eine PDA bräuchte im Be-Up-Raum, wie gerne der Mann, wie sicher der dann auf diese andere Matte geht. Ob der das so tolerieren würde, wie sie es in den anderen Räumen machen. Wenn wir sagen: "Hier ist die PDA. Du darfst Dich ausstrecken!" Ob das Bett, ob das akzeptiert wird dann zu sagen:</p>
---	---	---	--

	<p>vielleicht ein bisschen die Einheit Partner und Frau, weil das so schmal ist und der nicht so richtig weiß, wo er da in dem Moment hin muss.“</p> <p>Z 282-287: „Ja. Ich glaube, dass sie sich schon auch, äh, auch den Unterschied eben sehen und das auch gut finden, dass da eben nochmal ein extra Bildschirm laufen kann, wenn sie wollen. Manche sagen auch: "Ich brauche das nicht. Ich möchte das aus haben." Äh, und eben die Möglichkeit Musik und so eine kleine Snackbar ja auch irgendwann auch gerade bei den Männern (lacht) gut ankommt, nä? Weil die freuen sich natürlich, wenn</p>	<p>habe ich gedacht: "Wie blöd ist das?" Aber ich glaube manche Frau kriegt eine Idee vielleicht daraus. Das doch vielleicht mal ausprobieren.“</p> <p>Z 219.225: „Ähm, das Tuch auf alle Fälle. Die Bodenmatte. Das heißt sie können sich gut vor die, vor dieses schmale Bett knien mit der Bodenmatte. Für uns ist die Handhabung schwierig, weil wenn wir mit einem CTG zum Beispiel an die Frau wollen, dann ist immer Gucken, wie können wir diese Bodenmatte so ziehen, dass wir hinkommen. Also das ist Herausforderung</p>	<p>"Gut, dann darf ich mich auch auf dieser Matte hinlegen." Also auf diese Liegematte im Be-Up-Raum. Weil das ein großer Joker ist, dass man wenn man eine PDA machen muss, der Mann dann nicht die ganze Zeit auf dem Stuhl hockt, sondern dass der auch mal die Beine ausstrecken kann und gegebenenfalls mal eine Stunde wegpennt.“</p>
--	--	---	---

		<p>sie auch bei einer Geburt sich stärken können. Also die Frauen auch. Aber natürlich freut sich auch der Mann, wenn er die Stärkung gleich vor Augen hat und sieht, da darf ich mich bedienen.“</p> <p>Z 281-289: „Und insgesamt, ich finde, ich finde auch wir haben es gut gelöst, dass wir das Kreisbett komplett hinter einem Vorhang verschwinden lassen. Das finde ich auch ganz schön und dass das möglich ist in dem Raum. Und das finde ich kommt auch gut an. Das gar nicht irgendwie so Medizin großartig zu sehen ist.“</p>	<p>auch für die Betreuerinnen. Aber für die Frauen ist es so, dass sie halt eine Lümmelweise auch haben da unten. Das heißt sie können das Keile sich nehmen. Wobei, meine Erfahrung auch ist, sie brauche eine Motivation es zu tun. Sie stehen ja an der Seite. Das heißt sie müssen sie ja auch sich dann nehmen. Vielleicht wäre es etwas anderes, wenn man sie immer schon auf dieser Bodenmatte ja hätte. Das ist dann wieder einfach ein Handhabungsding, glaube ich.“</p> <p>Z 227: „Sie kommen rein und fühlen sich denke ich auch wohl in dem Raum.“</p>	
--	--	---	--	--

Z 230-234: „Das heißt ich brauch gar nicht viel zu machen. Und dann kann sie jenachdem, was ihr Inneres sagt, sich das Tuch nehmen, sie kann sich die Keile nehmen, sie kann sich auf das Bett stützen. Das heißt es sind Dinge da, die sie aber nicht durchdenken sollte, sondern einfach auch machen können und kann. Und viele Frauen brauche einfach diesen Tick: "Das kannst Du ja machen." Nä? Das heißt sie kommt rein und sieht die ganzen Sachen, die dann aber noch theoretisch bleiben erstmal.“

	<p>Z 335-336: „Die, die sich aktiv und ganz bewusst auch für diese Studie entschieden haben, wissen, wenn sie dann hier reinkommen, wissen ja dann auch, dass sie alles nutzen können und tun das dann auch. Aber (...) ich glaube jetzt nicht weniger als in anderen Zimmern auch.“</p>	<p>Z 90-93: „Was einfach Spaß bringt, ist dass die Frauen wirklich dadurch, dass sie sich für die Studie entscheiden und auch so aufgeklärt werden, dass es um möglichst, also um zu gucken, ob aufrechte Haltung sich positiv auswirkt, dass die selber eine größere Bereitschaft haben, alles auszuprobieren und aufrecht zu sein und das aber auch bei den Frauen ist, die bei den anderen Räumen entbinden.“</p> <p>Z 162-169: „Weil die müssen da irgendwie oder sind da auch nah dran und äh, unterstützen ja, wenn die sich entscheiden, entscheiden sich ja beide im Grund für diese Studie und da-</p>	<p>Z 145-150: „Und dann danach halt die Frauen motivieren sich zu bewegen. Und dann wäre es ja schön, wenn sie selber den Raum sehen und können selber sagen, "Das will ich und das will ich". Frauen, die sich mit Be-Up auseinander gesetzt haben, kennen das Thema und wissen die aufrechte Haltung soll damit unterstützt werden. Ich denke denen fällt es auch leichter, wenn die sich im Vorwege schon auseinander gesetzt haben, darauf einzugehen. Ansonsten finde ich sind wir Hebammen immer noch sehr wichtig ihnen Ideen</p>	<p>Z 71-73: „Also, die Leute manchmal haben Sorge, dass sie dann doch nicht so frei sind, wie sie wollen und wollen dann nicht an der Studie teilnehmen. Und wenn man das ein bisschen aufweichen kann... Aber ich glaube das läuft grundsätzlich ganz gut.“</p> <p>Z 184-188: „Und die Frauen, die das gut ausnutzen, ich hatte jetzt grad auch eine, die das richtig gezielt auch gerne gewollt hat in dem Raum und dann hatte sie Glück und wurde reinrandomisiert, die hat von sich aus sofort diese ganzen Sachen aktiv benutzt. Und das</p>	<p>Z 63-65: „Und, ähm, generell finde ich auch, dass die Frauen sehr positiv sind. Also, nää? Die gucken sich das erstmal neugierig an und probieren dann auch Sachen aus, irgendwie. Genau! Das geht wirklich um Kreativität und das finde ich toll!“</p> <p>Z 124-127: „Die Frauen, die hier drinne sind, das sind Frauen, die haben sich auch mit der Studie beschäftigt oder befasst. Die haben wirklich gute Informationen bekommen und die haben gesagt: "Ich will das machen!" Das sind meistens auch Frauen, die generell eher aufrecht sein wollen. Das sind</p>
<p>Einfluss der Studie auf die Eltern</p>					

<p>mit ist der Mann einbezogen und finde ich auch nochmal, ist sich vielleicht seiner Verantwortung oder einfach dass er dabei ist, noch bewusster. Äh, genau! Und es ist eine bewusste Entscheidung von beiden. Die Frau trifft ja nicht alleine die Entscheidung "Ich nehme daran teil.". Und deswegen ist die Unterstützung von den Männern, glaube ich, etwas größer als im Normalfall, wo sie ja, vielleicht auch ein bisschen desinteressiert sein könnten, nä? Sagen, "Naja, ich komme mit zur Geburt, aber eigentlich bin ich an meinem Smartphone und lass' meine Frau machen." Etwas überspitzt, übertrieben. Und da</p>	<p>zu geben.“ Z 203-206: „Die Frauen, die sich für die Be-Up-Studie entscheiden, also in die Randomisierung rein zu gehen, die kennen den Raum. Und dann sagen sie offen: "Find ich gut!" Also das würde ich auch, nä, würde ich auch wollen. Das heißt, ich glaube sie sehen schon, dass da mehr Möglichkeiten sind sich zu bewegen und es suchen auch dann bestimmte Frauen aus. Das heißt nicht jede Frau möchte in dem Kreißsaal auch entbinden.“ Z 293-296: „Also, ich glaube den Paaren, die daran teilnehmen ist gar nicht</p>	<p>ist auch was Schickes! Auch Optik, nä? Wenn die sich dann auch auf diese Matte setzt und dann überlegt: "Wie kann mein Mann sein?" Und dann siehst Du plötzlich: "Ach, sowas geht auch!" Also die Frauen bringen wieder mehr Ideen mit eventuell. Das ist nett.“ Z 295-296: „Die verstehen das auch und haben dann auch Lust. Manche sagen auch sofort: "Ne, das wollten wir sowieso nicht.“ Z 325-331: „Wenn ich den Raum anbieten könnte ohne Studie und sagen könnte: "Ihr könnt ja auch in die Wanne gehen. Und</p>	<p>jetzt keine Frauen, die sagen, so: "Hey, ich will sofort eine PDA und im Bett liegen." und sowas.“ Z 127-129: „Also, das sind so vom Klientel her eher so Leute, die sagen: "Ja, hey! Ich will sowas mitmachen. Und ich will so eine Erfahrung machen!" oder ähm, "Ich finde das interessant!" oder so. Die haben sich halt schon ein bisschen darüber Gedanken gemacht.“ Z 228-234: „Wir machen häufig die Anmeldegespräche hier drin. Wenn der Raum frei ist an dem Tag, nä? Und, ähm, äh, die meisten sind interessiert und das, das Problem ist aber,</p>
--	---	--	--

<p>denke ich ist es schon auch gut, sich ganz bewusst zu entscheiden und das eben gemeinsam mit der, mit dem Partner zu machen.“</p> <p>Z188-192: „Ich will das auch unterstützen.“ Also die wollen das auch gerne inhaltlich unterstützen, weil sie es drauf abzielt auch zu gucken, ob man die Kaiserschnitttrate senken kann und ob das zu mehr natürlichen Geburten führt, aber, äh, die sind genauso offen, gerade weil die anderen Räume auch schön sind, dass sie sagen, "Ich nehme da gerne dran teil." äh, weil, selbst wenn sie in einen anderen Raum kommen, ist das kein</p>	<p>so bewusst, ähm, was sie auch Gutes damit, was sie Gutes damit machen können, mit der aufrechten Haltung. Das so ähm, so als Beiblatt vielleicht nochmal. Ich weiß es nicht. Ähm. (...) Einfach ähm, noch einmal rausstellen, wie gut die aufrechte Haltung wirklich ist.</p>	<p>wenn ihr drin bleiben wollt, bleibt ihr drin." Also, diese Entscheidung im Moment: "Entscheide ich mich gegen eine Wassergeburt, weil ich an einer Studie teilnehmen?" Das wäre für die Frau, das ist auch für einige, die haben das gleich gesagt! Es gibt Anmeldungen, da haben die gesagt, "Wenn ich nicht in den Kreißsaal mit der Wanne kann, dann dürft ihr mich randomisieren!" Also, wenn der nicht mehr zur Diskussion steht, dann kann ich ja auch den nehmen, aber wenn ich in die Wanne könnte, dann will ich nicht in der Studie teilnehmen!"</p>	<p>wie gesagt, weil das eine randomisierte Geschichte ist, wir können ja nicht denen versprechen, dass sie hier in dem Raum sein werden, sondern der Computer entscheidet, ob sie jetzt hier sind oder in einem anderen Raum. Also, ich habe jetzt ein paar Frauen gehabt, die sind dann randomisiert worden und waren dann enttäuscht. Die wollten gerne hier rein. Weil sie sich irgendwie mental darauf vorbereiten, obwohl wir denen immer sagen: "Es kann sein, dass Du hier bist. Es kann sein, dass Du woanders bist."</p>
--	--	---	---

	<p>Problem.“</p> <p>Z 210-214: „Was sie glaube ich gut finden, wenn sie an der Studie teilnehmen oder was ich auch gut finde, dass sie nach der Studie befragt werden, nä? Das finde ich wirklich gut und ich glaube das gibt den Frauen auch nochmal das Gefühl, äh "Ich werde auch nach der Geburt noch gefragt, wie es war." und äh, das ist glaube ich auch was sehr Positives. Ganz unabhängig von dem Raum, ist es glaube ich sehr positiv, dass auch nach der Geburt noch eine Rückfrage ist und die sozusagen so ein bisschen be-treut werden.“</p>	<p>Z 325-331: „Weil ich glaube, dass es im Bewusstsein der Frauen, ähm, was macht. Also, auch dass sie sich damit auseinandersetzen. Ja, also, einer der sagt: "Ich wollte an der Studie teilnehmen." oder "Ich weiß um diese Wichtigkeit. " der ist vielleicht dann auch, auch selbst wenn er nicht randomisiert ist oder so, bereit, äh, sich mit aufrechter Gebärposition und so weiter auseinander zu setzen.“</p>	<p>Z 239-240: „Manch-mal! Also einige ver-stehen das halt und das ist auch ok, nä? Und bei einigen, die sagen, Mensch, nä, als wenn die sich da-rauf eingestellt ha-ben hierher, hier rein zu kommen. Also, wirklich unter-schiedlich.“</p> <p>Z 246: „Ne, fand sie irgendwie nicht so gut. Wollte, wollte, ähm, wollte wohl lieber ein Bett haben, oder...“</p>
--	---	--	--

<p>Entwick- lungspoten- ziale und Wünsche</p>	<p>Z 86-87: „Das ist so wunderbar beweglich, aber es nervt natürlich auch, weil es ständig im Weg rumsteht.“</p> <p>Z 90-93: „Aber es bedeutet für mich natürlich im Nachhinein auch viel mehr Putzkram, weil das alles einzelne (...) Teile sind, einzelne Elemente sind, die leider nicht irgendwie auf einem Wagen stehen, die ich dann wegschieben kann, sondern, ähm ja ... (seufzt).“</p> <p>Z 201-208: „Viele Frauen stehen wirklich am liebsten dann an der Wickelkommode, also ein bisschen vorne über gebeugt. (...) Äh, so. Also das ist, ähm, da</p>	<p>Z 64-67: „Und da habe ich gedacht: "Mann! für Notfälle ist das nicht so gut konzipiert." Und ich finde es, also es geht jetzt um die reine Arbeitsweise auch fürs Personal, ich finde auch für ältere Kolleginnen ist es manchmal schon schwierig da oben auch, und unten auf der Matte rumzuturnen.“</p> <p>Z 67-69: „Ich finde es fürs Reinigungspersonal ein Problem, die ja richtig reinigen müssen auch unter der Matte, und gucken müssen, dass wirklich Fruchtwasser und Blut, was überall hinläuft oder hinlaufen kann, dass man das natürlich auch wieder richtig sauber machen kann,</p>	<p>Z 29-33: „Ansonsten so die Bewegungen mit den Würfeln, mit dem Bett. Schwierig ist in diesem Bett wirklich eine halbsitzende Lage für die Frauen zu machen. Da muss man ziemlich rundkatern. Alles rutscht so ein bisschen weg. Und wenn die Frauen halt am CTG so halb sitzen, also 45 Grad, wie es ja auch gerne gewünscht ist, dafür reicht der Keil nicht, der da ist. Dafür sind dann, hab ich oft die Männer dann hinter gesetzt. Aber das ist für die CTGs zwischendrin - so eine halbe Stunde kann ganz schön lang sein.“</p>	<p>Z 41-48: Was ein bisschen für uns schwierig ist, ich meine so, wenn man es jetzt... dass wir praktisch keine Vorwehenräume haben. Also wir fangen, machen ja alles sofort im Kreislaal. Und diese Entscheidung: "Ist die Frau aktiv unter der Geburt? Darf ich jetzt schon randomisieren?" Die fällt manchmal nachdem die Frau schon Stunden im Raum, im Haus ist. Und dann musst aktiv mit den Leuten nochmal einen Raumwechsel diskutieren. Und das gelingt manchmal nicht. Also, diese Möglichkeit, dass</p>	<p>Z 76-78: „Deswegen hängen ja auch die Bilder an der Wand (deutet auf die Wandbilder, welche eine Gebärende in verschiedenen Positionen zeigen), um denen so ein bisschen Ideen zu geben - auch wenn die nicht die schönsten sind (schmunzelt), aber man kriegt halt eine Idee, was man machen kann.“</p> <p>Z 141-145: „So, zum Beispiel hatten wir eine Situation gehabt, wo eine Frau in den OP musste, war ein Notfall gewesen, und die hat, wir können unseren OP-Tisch hier reinbringen, die Frau darauf und dann mit dem OP-Tisch in den OP fahren. Und, da sind die nicht richtig an</p>
--	--	---	--	--	--

<p>werden garnichtmal unbedingt diese Möbel genutzt (deutet auf das Mobiliar des Be-Up-Raumes), weil die dann als wackelig empfunden werden. Also es ist so, dass die. Man kann daraus ja ein Türmchen bauen, nach dem Motto "Stell Dich dahin", aber es wirklich so, dass viele Frauen, wenn sie stehen und diese Position haben vorne über gebeugt, viel lieber an die Wickelkommode gehen, weil das fest ist und stabil ist und wenn man heraus (deutet abermals auf die Be-Up-Elemente) ein Türmchen baut und drei Würfel bereinander hat, ist das sehr, also es wird nicht als stabil genug</p>	<p>finde ich etwas schwierig.“ Z 69-75: „Letztendlich finde ich es gut, dass Frauen natürlich da gar keine Möglichkeit haben, da sich großartig hinzulegen. Ich finde es aber auch für hinterher fürs Bonding nicht so ideal. Also ich hätte mir tatsächlich eine etwas höhere, vielleicht so eine höhere wie so eine Spielwiese bisschen höher, aber mit allen Möglichkeiten auch aufrecht zu sein, vielleicht gewünscht. Aber auch so konzipiert, dass man mit einem OP-Tisch für Notfälle daneben fahren kann und relativ einfach umlagern kann. Und relativ einfach umlagern kann. Also ich</p>	<p>Z 86-88: „Genau, ab nachmittags und Nachts. Und es ist mit der Bodenmatte, noch als Anregung, schwierig, ähm, wir müssen sie quasi immer hoch kippen, um darunter sauber zu machen. Das heißt alles was Randbezirke sind, ist schwierig mit der Hygiene, mit der Reinigung.“ Z 90-92: „Diese Betten sind auf Rollen (zeigt auf das Bett in einem normalen Gebärraum). Das heißt ich kann sie wegrollen um darunter sauber zu machen. Auf dieser Matte im Be-Up-Raum, die muss ich anheben um darunter auch sauber zu</p>	<p>die Frau gerne machen würde, aber wir dürfen sie ja offiziell nicht zu früh rein randomisieren in den Raum oder überhaupt in die Studie aufnehmen. Und ich habe es schon erlebt, dass eine Frau eigentlich dann gesagt hat: "Ich wollte mitmachen, aber ich will den Raum nicht mehr wechseln." Z 63-69: „Naja, rein räumlich, äh, grundsätzlich, wenn man so ein Studiensetting bräuchte, bräuchte man einen Vorwehenraum theoretisch. Weil das einfacher ist für die Leute. Oder aber es würde eher diese Möglichkeit geben zu sagen: "Pass mal</p>	<p>die Frau rangekommen. Also, die Frau war glaube ich auf der Matte und die wussten nicht so Recht, wie sie die Frau dann von der Matte dann auf den OP-Tisch... dann haben wir so ein Tragetuch besorgt, nä?“ Z 190-196: „Ähm, ich würde persönlich die Matratze (deutet auf das schmale Bett an der Wand) gerne anders positionieren, also ich würde die gerne nicht an der Wand haben, sondern so in den Raum hinein. Darf ich aber nicht, also das ist von der Studie vorgegeben, dass die an der Wand entlang sein muss. Und dadurch ist es aber ein bisschen schwierig, dass die Frauen hier nicht</p>
--	---	---	--	---

	<p>empfunden.“</p> <p>Z 211-213: „Ja, die Frauen brauchen halt gerne etwas zum Festhalten und wenn das, wenn sie sich festhalten und es dann wackelt, dann ist ähm, der Halt sozusagen weg (lacht). Dann muss man sich auf andere Sachen konzentrieren.“</p> <p>Z 213-224: „Also. Letztendlich für mich, rein arbeits-technisch gesehen, finde ich es doof, dass das Bett nicht höhenverstellbar ist. Diese, diese Matte (deutet auf den Liegebereich des Be-Up-Raumes). Es ist eine super bequeme Matte. Ich finde es doof, dass sie so schmal ist, weil der</p>	<p>glaube das ist einfach noch ausbaufähig. Dass man nochmal über die, die Ausstattung mit Matten und Schaumstoffelementen, ja, bisschen nachdenken kann.“</p> <p>Z 135-137: „Genau, es ist tatsächlich so, dass auch eine, eine ältere Kollegin weiß ich, das mit der Matte, das ist nicht so einfach, nä? Man kann garkein CTG-Gerät da hinstellen. Die HEBAMME X hat sich fast mal lang hingelegt, weil sie da über diese Matte, über diese Kante da, fast gestolpert wäre.“</p> <p>Z 140-142: „Also das man denkt, man, ich muss da letztendlich, ich, irgendwann habe ich gesagt, "Ich latsch da</p>	<p>machen. Nä? Also je schwerer sie ist umso körperbelastender ist es.“</p> <p>Z 168-173: „Ähm, was uns immer schwer fällt ist so die Schulbildung der Frau einzutragen. Das ist so un-wichtig für uns, so spät hinten. Sondern das wäre so eine Anregung, dass vorne in diesem Anfangsbogen mit einzutragen. Nach der Geburt zu fragen:</p> <p>"Welche Schulbildung hast Du?" Das wird oft vergessen, man muss extra nochmal nach vorne auf die Station und das nachfragen. Es gibt ja einen Eingangsbogen, den die Frauen</p>	<p>auf, wenn die Frau jetzt mit vorzeitigem Blasensprung und Wehen oder ohne Wehen und schon bisschen hin und herlaufen und so, äh, erst einmal noch drei, viel Stunden braucht bis sie unter die Geburt kommt, dass es einfach auch akzeptiert ist zu sagen: Okay, man darf dann schon randomisieren oder man randomisiert so mit der Möglichkeit des Ausstiegs. Das fände ich ja dann okay, nä? Zu sagen, gut, dann die Frau noch wählen, ob sie dann überhaupt noch will, wenn das mit Raumwechsel verbunden ist, nä?“</p> <p>Z 105-110: „Was ein bisschen</p>	<p>richtig liegen können, wenn die sich hinlegen wollen, weil das rutscht (geht zum schmalen Bett und zeigt, wie der Keil auf dem Bett rutscht, welcher zum Abstützen des Frauenrückens gedacht ist). Also, die haben da keinen Halt nach Hinten, das ist so ein bisschen doof. Und man kommt halt schlecht ran, nä?“</p> <p>Z 196-203: „Weil ich hatte das zuerst so, dass die, diese Matratze hier so in Raum rein war und die Matte hier hinter. Dann konnte man an die Matratze von der Seite ran und man musste nicht über die Matte (zeigt, wie sie die Elemente in den Raum gestellt hatte).</p>
--	---	---	---	---	---

<p>Mann dann da nicht mit rauf passt, um im Zweifel hinter der Frau zu sitzen oder (...) ähm, ja, um eben ein bisschen aktiv da mit beizustehen. Und, wie gesagt, es ist nicht höhenverstellbar. Wenn jetzt die Frauen dann, das Gefühl haben, sie wollen dann doch einmal Pause machen oder die eine Frau, die ich da neulich hatte, die auf dem Hocker gesessen hat aber dann letztendlich doch nachher auf der Seite liegend ihr Kind bekommen hat (...) es ist für mich viel zu niedrig - rü-ckentechnisch und das nervt mich dann, dass ich dann in dem Moment nicht hoch und runter fahren kann, das Bett. Oder, wenn dann doch ein</p>	<p>jetzt mit Schuhen drauf." Ich kann nicht immer Schuhe an- und ausziehen auf dieser Matte.“ Z 142-145: „Also wenn die Frauen auf dem Bett da liegen, ich will ein CTG schreiben, ich muss doch an die rankommen! Davor liegt die Matte, die will ich aber auch nicht wegnehmen. Also es hygienisch jetzt nicht ganz ok, wenn, wenn wir eine Geburt haben, dann decken wir das alles ab. Dann ist es in Ordnung. Aber das, äh, da habe ich auch noch keine Lösung, auch von den anderen Kolleginnen nicht.“</p>	<p>vorher auch ausfüllen können, wo die Einwilligung des Mannes eingeholt wird, und und und, und ich finde da kann die Schulbildung gerne rein, weil das nach der Geburt so unwichtig ist.“ Z 180-184: „Dann die Keile wie gesagt, dass da nicht ein etwas steilerer Keil ist. Und es ist schwierig, wenn sie alle so rutschen aufeinander. Wir haben schon so eine, so eine Noppenmatte, selber mit rein gebracht in den Kreißsaal, damit einfach dieses Wegrutchen nicht so ist. Wenn eine Frau auf diesem Keil, auf diesem Würfel das</p>	<p>schwierig ist, ist diese Fußbodenmatte, die im Zweifel immer im Weg liegt. Und man muss mit seinen Schuhen, die man ja nicht ständig an und ausziehen kann da drüber latschen und drum rum geht nicht immer. Also, die ist ein bisschen nervig, so. Wobei es ja gut ist, dass die Frauen darauf knien können und so, aber es war so ein bisschen die Frage, "Wie kriegen wir das hin?" Ähm. (...) Und, dass die Liegemöglichkeit, die die Frau dann hat, weil es gibt ja auch eine Liegematte, die ist grundsätzlich, ähm, späterens nach der Geburt eigentlich zu klein.“</p>	<p>Jetzt muss man immer, weil die Matte meistens hier dran liegt, immer auf die Matte rauf und das ist natürlich auch blöd. Nä? Zieht man Schuhe aus? Lässt man Schuhe an? Das ist immer wieder eine Diskussion. Ich sage immer, ich laufe da mit Schuhen drauf, ich würde jetzt nicht mit denen hier rauflaufen (deutet auf ihre Straßenschuhe), aber wenn ich meine Arbeitsschuhe anhab, ähm, weil das sonst ein Risiko ist, nä? Das geht ja dann um Sicherheit, wenn man die Schuhe auszieht. Aber, solange, wie wir an der Studie teilnehmen, müssen wir das so lassen. Und hinterher können wir uns dann</p>
---	--	--	---	---

<p>Notfall war. Ich hatte eine Kollegin, die auf dem Bett einen totalen Notfall hatte mit einer blutenden Frau hinterher - das war wirklich doof, dass das nicht beweglich ist das Ding.“</p> <p>Z 226-241: „Die Frau musste dann, genau, noch umgelagert werden. Und dadurch, dass diese Matte auf dem Boden davor liegt, was ja theoretisch auch eigentlich ganz hübsch ist, aber wenn man die hoch stellt, dann fällt die so in sich zusammen, die bleibt nicht stehen. Das heißt selbst wenn man diese Matte irgendwie zusammenrollt (ahmt das Geräusch der in sich zusammenfallenden Matte nach und</p>	<p>Z 145-148: „Weil einige sagen, "Ich kann mir auch nicht ständig die Schuhe anziehen, wenn ich auf die Matte drauf gehe." Schuhe aus ist ja auch irgendwie, auch arbeitssicherheitsmäßig ja eigentlich gar nicht erlaubt da barfuß irgendwie, also was heißt barfuß - ohne Schuhe! da jetzt zu arbeiten. Das ist ja auch ein Schutz.“</p> <p>Z 153-158: „Das entlastet die Handgelenke und ist gut und es würde keinen Sinn machen, für uns, für die Arbeit und die Erfahrung, wie wir so arbeiten, zwischen diesem Schaumstoffbett und der Matte da irgendwie einen Fußbodenspielraum zu</p>	<p>Bein abstellt und die rutscht weg, ist natürlich nicht schön. Das heißt irgendwas, was dieses Rutschen verhindert.“</p> <p>Z 184-186: „Ich glaube die Bodenmatte, die hat auch Nupsis unten, die ist relativ stabil. Aber auch im Bett, wenn die Frauen wirklich im Halbsitzen die CTGs machen, rutschen diese Keile alle weg und wir müssen immer konstruieren.“</p> <p>Z 186-187: „Der Versorgungswagen, auch bei manchen Männern ganz witzig, aber ich glaube nicht, dass es Voraussetzung sein muss. Ich</p>	<p>Z 110-113: “Weil wir es kennen, dass wir dann die Partner mit auf dem Bett haben. Dass die Familie kuscheln kann und dafür ist das Bett zu klein. Eindeutig! Also dieses Bonding hinterher, das ist sehr, ein bisschen aufgesetzt. Weil man immer gucken muss: Wie kann man die denn lagern jetzt ohne viel zu verändern oder so. Also, das nach der Geburt ist ein bisschen mühsamer, als wir das anders gewöhnt sind oder kennen.“</p> <p>Z 115-122: „Naja, bei uns war es dann so ich hab dann versucht den Mann da irgendwie dazu zu kriegen und er saß</p>	<p>überlegen, was wir damit machen.“</p> <p>Z 221-226: „Wie gesagt, also das ist halt, ja, diese strikte Vorgaben von der Studie machen es ein bisschen schwierig, aber so ist das halt, wenn man an einer Studie teilnimmt, nää? Also, man muss diese Kriterien einhalten, weil es muss ja überall gleich sein, damit man das auch irgendwie vergleichen kann, nää? Wir würden aber, wie gesagt, den Raum ander eintreten, dass es praktischer für uns wäre. (schmunzelt) Ähm, und dann wären die Hebammen nämlich auch zufriedener. Dann würden, die sich nämlich nicht mehr über die Sachen beklagen, über</p>
--	---	---	--	---

<p>lacht), die fällt dann immer sofort um (beide lachen). Das ist also vom arbeitstechnischen her, bis man das Bett irgendwie daneben hatte, dann ist da Krankenhausbett aber höher. Es lässt sich ja verstellen, runterstellen, aber selbst, wenn das Krankenhausbett ganz niedrig ist, ist das Ding (zeigt auf die Be-Up-Liegefläche) immer noch zu niedrig. Und selbst wenn der OP-Tisch reinkommt, weil man das Gefühl hat, man muss hektisch irgendwie in den OP fahren und wir müssen uns beeilen, dann holen wir ja den OP-Tisch direkt rein, dass sie auf den Tisch klettern. Auch der ist höhenverstellbar, aber nie so niedrig,</p>	<p>lassen. Das macht gar keinen Sinn! Also dann ist so diese Einheit, wo man sagt, die können sich ja auch unten hinkuscheln oder der Mann kann sich, der Mann kann einfach auch auf der Matte und kann, also wenn die Frau vielleicht höher liegt, mit dabei sein. Wäre da irgendwie ein Zwischenraum, wäre für den Mann ja auch der schmalen Matte, also auf dem Bett ja gar kein Platz.“</p> <p>Z 196-202: „Ich finde hinderlich ist, dass die Wassergeräusche aus dem Wasser rauskommt, weil es bei uns nicht liegt, sondern es gibt auch Frauen, die im Vierfüßler in der Hocke im Wasser</p>	<p>glaube das ist etwas, was man einsparen könnte.“</p> <p>Z 259-261: „Der 45 Grad Winkel für dieses halbaufrechte Sitzen im Bett. Etwas, was eben das Wegrutschen verhindert. Ähm, tja, eine Putzfrau, die mitgeliefert wird. (lacht) Also wirklich einfach, wenn wir diesen Raum haben, wäre es schön, wenn wir mehr Putzfrauenstunden hätten, nä? Einfach, weil da viel mehr anfällt als in anderen Räumen.“</p> <p>Z 265-267: „Ähm, vielleicht nochmal der theoretische Teil. Also das, was die Frauen vorher</p>	<p>dann eben leider doch am Stühlchen daneben und einmal habe ich dann versucht ganz viele Kissen hinter die Frau zu stopfen, also sozusagen den Raum mit dem Sitzsack auszufüllen, dass dann das Kopfkissen Halt hat und nicht hinten runterfällt. Also, wenn das Ding einen Rahmen hätte und man hätte, könnte sagen, ich kann dann was, ein Kissen anlehnen, dann ist ja auch schon wieder was gewonnen. Also, da würde ich wahrscheinlich ein bisschen dran basteln. Weil diese Zeit hinterher den Leuten auch, also die ist einfach super wichtig. Und, das geht nur mit ein</p>	<p>die sie sich beklagen. Da bin ich mir 100-prozentig sicher!“</p> <p>Z 312: „Das Setup. Definitiv. Weil ich finde das total unpraktisch!“</p> <p>Z 313: „Genau. Ja. Es sieht viel besser aus andersrum und so, nä? Und es ist viel praktischer. Viel, viel praktischer! Vom gesamten Setup. Also, das ist mein, mein größtes Ding.“</p> <p>Z 319-320: „Genau, also bei der Geschicht dann nicht, wenn das Bett andersrum steht, dann ja. Das ist halt das Ding, weil man dann eine Stirnseite hat, die dann an der Wand steht, nä? Und die Matratze rutscht halt</p>
---	--	---	---	--

<p>wie dieses Ding. Das passt also mit der Logistik her nicht. Und wenn man dann ... es gibt ja leider manchmal dann auch die Situation, dass die Frau das Gefühl hat "Ich kann nicht mehr mit-helfen. Ich bin nicht kooperativ." - warum auch immer - Schmerzen, so, wenn man dann mit drei Mann, drei Ecken diese Frau da irgend-wie darüber hieven muss, das ist ein bisschen ... schwierig. Wobei man natürlich auch sagen muss, so Notfall-Situationen zeichnen sich ja meistens vorher ab. Aber bei meiner Kollegin war das dann doch eine Ad-Hoc-Situation, das war schon doof."</p> <p>Z 248-249: „Also, es</p>	<p>entbinden. Also auch in aufrechter Haltung gehen und das gibt eben doch einige Frauen, die sagen, "Ne, ich nehme da nicht teil oder ich nehme nur teil, wenn der zweite Kreißaal mit unserer Wanne sowieso besetzt ist. Dann würde ich sagen okay, dann nehme ich teil, wenn ich da nicht rein kann. Ansonsten würde ich sehr gerne auch die Option haben, mein Kind auch im Wasser zu kriegen." Und da kenne ich jetzt nicht genau die Hintergründe, wir haben das angesprochen, warum das ausgeschlossen ist - Wassergeburt und Be-Up-Studie."</p> <p>Z 206-209: „Und wir stehen manchmal</p>	<p>ausfüllen müssen. Das nochmal einfach hervorheben, dass die Schulbildung vorne mit rein kommt. Wir haben es ja kurz angesprochen. Dann hinterher diesen braunen Ordner mitzugeben, also das ist ja alles in diesen Mappen super schön vorbe-reitet."</p> <p>Z 285-290: „Nur für die... na, nicht nur für die Studie, sondern für Dokumentation und dann im Anschluss die Studie, ach, lass mich lügen, eine Viertelstunde ist es schon! Nä? Dann gucken, dass alles vollständig ist. Dran denken, dass Du den braunen Ordner we-tergibst. Diese</p>	<p>bisschen mehr Fan-tasie. Also, es ist machbar, aber man muss es auch ein bisschen präsent haben und man er-zählt es den anderen auch in der Hoff-nung, dass die dann wissen: "Okay, das würde so gehen.""</p> <p>Z 168-171: „Ärger-lich immer, wie ge-sagt, dann hast Du alles ausgebreitet, dann geht sie woan-ders hin, und ich mit meinen Schu-hen - wo will ich hin? Also, es ist ein bisschen blöd, wenn man dann über Hygiene nach-denkt und sagt: "Wie mach ich das denn?" Ich kann die Schuhe nicht immer an- und aus-ziehen. Das ist schwierig!"</p>	<p>nicht."</p> <p>Z 357-361: „Viel-leicht hätten die uns am Anfang ähm, wäre das vielleicht ganz gut gewesen, wenn jemand von der Studie hier gewe-sen wäre und den Raum dem Team of-fiziell vorgestellt hätte sozusagen und einmal so ein biss-chen vorgemacht hätte, wie, was kann man damit überhaupt machen. Was gibt es für Möglichkeiten und ähm, wie kann man am besten rü-ckenschonend arbei-ten, nä? Um, um das so ein bisschen zu Unterstützen."</p> <p>„Oder ich weiß auch, dass eine Kollegin hier mal ausge-rutscht ist, weil sie</p>
---	--	--	--	--

<p>ist ganz nett und ansprechend, dieses Mobiliar. Also ehrlich gesagt, ich finde es hat ein paar praktische Mängel, aber ansonsten ist es eigentlich ganz nett.“</p> <p>Z 251-252: „Und für mich, wie gesagt, ich finde es auch nett und ansprechend - über das Praktikable lässt sich noch reden (schmunzelt).“</p> <p>Z 294-299: „Das sind wirklich nur diese arbeitspraktischen Dinge. Ich würde für diese Extra-Möbel eine einen Wagen haben, dass ich die schneller hin und herschieben kann, denn, für mich ist es auch so dadurch, dass sie doof auf dem Boden sind, ich muss sie</p>	<p>auch bei dem Ausfüllen der Studie, der Unterlagen, wurde das Kreisbett benutzt? Naja, wir haben ja Räume, die haben ja gar nicht ein klassischen Kreisbett! Dann ist es immer so ein bisschen das Gefühl, was meinen sie jetzt? Meinen sie nun klassischen Kreisbett oder meinen sie das breite Bett, nä?“</p> <p>Z 220-228: „Ich bin nicht überzeugt von den äh, also ich bin auch nicht so richtig überzeugt von diesem Sitzsack und ich bin nicht überzeugt von der Bodenmatte. Also, einfach das hat einfache Möglichkeiten für das Personal da rückerchonend und</p>	<p>dumme Frage um die Schulbildung immer nochmal einholst (beide lachen). Das ist... und kontrollieren haben sie alles ausgefüllt? Ist alles dabei? Ich habe ja auch schon diese, diese Fragebögen mit nachgearbeitet und weiß, wie aufwändig es ist, wenn nicht alles ausgefüllt ist. Oder wenn es falsch ausgefüllt ist. Nä, also von daher ist die Studie schon auch aufwendig.“</p> <p>Z 293-296: „Also, ich glaube den Paaren, die daran teilnehmen ist garnicht so bewusst, ähm, was sie auch Gutes damit, was sie Gutes damit machen können, mit der aufrechten Haltung.“</p>	<p>Z 171-176: „Ähm, (...) es ist ein bisschen gewöhnungsbedürftig gewesen diese Matte, die da so an der Wand war, wenn die Frau die dann benutzt hat und ich glaube, wenn man wirklich auch in dem Raum mal sowas wie einen Oxytocin-Tropf bräuchte, dann wird es spannend! Weil dann auch immer mit dem Wehentropf, also mit dem Infusionsständer, äh, um alles rumeiern müsste. Also, das ist dann... Oder, aber dann kriegt die, die Braunüle und dann an welcher Seite ist sie dann? Wie rum lagst Du dann die Frau, dass sie dann</p>	<p>die Schuhe ausgezogen hat, nä? Oder so. Wo ich dann auch gesagt habe, ne, Schuhe anlassen! Die sollen sich nicht einem Risiko aussetzen, nä?“</p> <p>Z 379-381: „Das war so ein bisschen unklar, dürfen wir hier das Bett dahinten benutzen (deutet auf das verdeckte Kreisbett) oder nicht? Oder, so, nä? Natürlich, man kann benutzen, was man will! Aber das musste nochmal so ein bisschen klar gemacht werden.“</p>
---	--	--	--	---

<p>auch selber putzen, wenn die Frauen weg sind. Ich muss jedes Teil einzeln anfassen und putzen. Das finde ich sehr lästig, aber gehört ja nun mal mit dazu. Von daher hätte ich gerne irgendeinen Wagen, wo man die einfach draufstellt und dass man sie dann im Zweifel einfach rauschieben kann und ich dann nicht alles putzen muss.“</p> <p>Z 299-303: „und wie gesagt das Bett würde ich gerne oder diese Pritsche oder wie auch immer man die nennt (beide lachen), ja, hätte ich gerne so, dass die irgendwie höhenverstellbar ist, dass wenn, wenn es ir-</p>	<p>auch was Arbeitssicherheit angeht gut arbeiten zu können - bin ich nicht ganz überzeugt, weil man auch davon ausgehen muss, dass im Team auch ältere Kolleginnen sind, ähm, ja das genau. Und eben nachfolgendes Personal, wie Reinigungspersonal auch ein bisschen Probleme hat. Ich würde mich, ich finde das sonst okay, auch Bodenmatte und so ein Schaumstoffbett. Ich finde, irgendwie auch für das Bonding hinterher, das jetzt nicht optimal. Ich weiß nicht, wie man sich das dann vielleicht noch kuscheliger als Familie zu Dritt machen kann, wenn das Baby da ist. Das man einfach da wirklich</p>	<p>Das so ähm, so als Beiblatt vielleicht nochmal. Ich weiß es nicht. Ähm. (...) Einfach ähm, noch einmal rauszustellen, wie gut die aufrechte Haltung wirklich ist.“</p>	<p>an der richtigen Seite dann den Tropf hat?“</p> <p>Z 176-178: „Und Blutungen, nä? Also, wenn es dann drauf ankommt, wenn es wirklich mal hinterher was gibt, dann bist Du natürlich mit den Matten und mit den Dingen und, und dann fehlt vielleicht ein bisschen der Platz. Ist aber vielleicht auch einfach Gewöhnungssache.“</p> <p>Z 204-206: „Also, wie gesagt, diese Liegematte, die müsste größer sein, dass man als Mann da auch bequem sein kann, ohne das Gefühl zu haben, seiner Freundin nimmt man Platz</p>			

<p>gendwelche Not-Geschichten im Zweifel gibt, dass ich dann doch auch irgendwie nicht noch erst umziehen muss auf das andere Bett.“</p> <p>Z 303-305: „dass es für mich auch arbeitstechnisch irgendetwas besser ist, dass es dann höhenverstellbar ist, dass ich nicht da unten rumarbeiten muss, sondern einfach auch an meinen Rücken denken kann.“</p>	<p>so ist, man kann da in aller Seelenruhe bon-den und hat es bequem und kuschelig. Ähm, könnte man vielleicht noch irgendetwas überlegen. Also, ich kann da jetzt auch noch nicht ganz genau was zu sagen.“</p> <p>Z 230-239: „Ja, ich weiß gar nicht. Der ist also, die Geburt oder die Frauen, die ich da auch mitbetreut habe, die haben den eben gar nicht so benutzt, nä? Den benutzen, hatte ich so den Eindruck, eher die Männer (lacht). Und dann weiß ich auch nicht wie es ist, wir haben ja viel mit Fruchtwasser und Blut zu tun und wirklich so, das weiß ich nicht so hygienisch? Ich bin da echt, muss</p>	<p>weg. Weil das ist ein großer Bonus, den wir immer hatten. Dass die Männer da auch Platz finden.“</p> <p>Z 241-244: „Ich hätte gerne die, äh, die große Liegematte, die ist eigentlich unter unserem Standard. Wo bei wir auch in den anderen Kreißsälen durch eine komische Entscheidung unseren Standard da auch schon verschleppt haben oder verschlechtert haben, aber die müsste größer sein - definitiv! Das müsste, und noch eine andere Lehne geben, damit Kissen nicht vom Bett fallen. Gerade für die Zeit nach der Geburt.“</p>
---	--	--

		<p>ich mal sagen, das weiß ich nicht so genau, wie gut der sich so reinigen lässt, also vom. Und der ist relativ tief. Das heißt da muss auch eine schwangere Frau da gut wieder raus kommen. Und das ist so, dass ich da denke, "Na, ist der um da wieder um da..." Also ich hab da schon, wir nutzen es ja manchmal auch, wir schreiben da schonmal ein CTG. Auch wenn die noch nicht randomisiert ist, aber sagt, nä vielleicht schonmal eine ambulante Kontrolle. Und die sagt, "Ich würde da gerne im Be-Up-Raum, ich nehme da teil", dass man da auch mal ein CTG schreibt, das äh, das machen wir dann auch schon mal in</p>		<p>Z 245-248: „Man müsste mehr Routine noch haben, wie man diese Bodenmatte bedient, eventuell würde ich sogar denken, zwei mit rutschfest, damit man einfach noch einen Korridor in der Mitte hätte oder so, ja? Das man sagt davon nur die Hälfte zweimal. Damit man einfach sagen kann, ich kann die ja zusammenschieben, aber ich kann auch für jeden Platz der Frau eine weiche Unterlagen dann bieten, oder so. Also man eier manchmal ganz schön rum, nä?“</p> <p>Z 248-250: „Wäre natürlich toll, wenn man wirklich ne</p>
--	--	---	--	--

		<p>diesem Sitzsack, aber so dieses Runter- und Hochkommen, also, ja, wenn die fit genug sind geht das schon, nä.“</p> <p>Z 246-249: „Also der Mann ist da so ein bisschen außen vor, finde ich. So, der hat dann da die Bodenmatte, aber dann bin ich da ja auch irgendwie im Wege, ähm, ja. Geht irgendwie alles. Stört vielleicht ein bisschen die Einheit Partner und Frau, weil das so schmal ist und der nicht so richtig weiß, wo er da in dem Moment hin muss.“</p> <p>Z 257-261: „Ich weiß nicht wie es andere lösen, wir finden es gut, dass es die Einheit hat. Das Bett, ich</p>		<p>gute Telemetrie immer hätte. Das ist auch sowas, immer das CTG-Gerät dafür auszurichten, dass man, dass die Frau sich auch bewegen kann.</p> <p>Z 250-251: „Ja. Weiß nicht, ob man immer diese Farbe dann wählen würde. Ähm, aber das ist eine Entscheidung. Der war in Blau, nä? Der ist Blau und das ist dann so.“</p> <p>Z 288-291: „Eine Frau kam und dann war in dem Moment, dachte ich so: "Ist die jetzt unter der Geburt oder nicht? Darf ich ran-domisieren?" Weil, wenn nicht, die nächste ist auch schon da. Dann</p>
--	--	---	--	---

		<p>nenne es jetzt mal das Bett, dieses Schaumstoff, höhere Schaumstoffelement mit der Matte davor, dass es eine Einheit ist. Aber wenn es eine Einheit ist und wir haben es an der Wand, damit auch das nicht so freischwebend im Raum irgenwie ist dieses schmalere, höhere Schaumstoffteil, äh, muss man über die Matte rüber.“</p> <p>Z 266-268: „Das finde ich gut, aber vielleicht gibts auch die optimale Lösung zwischen Arbeitsbedingungen und den Frauen wirklich auch klar zu machen: "Hier ist nicht der Raum, um sich hinzulegen - hier ist man aufrecht.““</p>		<p>habe ich eben nur vier Kreißsäle voll und nicht eine in der Studie. Also, dieses Denken, diese Aufregung, "Geht das jetzt? Kann man schnell? Hoffentlich klappt das jetzt auch mit dem Randomisieren!““</p> <p>Z 291-295: „Die haben natürlich alle irgendetwas ihre Zettel nicht mit oder aber nicht unterschrieben. Das heißt Du musst dann auch nochmal erklären: "Bitte, doch noch unterschreiben! Sie wollen.. dürfen Sie ja auch!" Manche muss man erstmal noch einmal drauf ansprechen. Die ha-</p>
--	--	---	--	---

	<p>Z 319-321: „Gut die Farb - ich finde die Farbgestaltung, ich finde die Auswahl zu wenig. Mir fehlen die warmen gelben, gelbe warme Farbtöne. Wir hatten nicht so viel Auswahlmöglichkeiten in der Farbgestaltung der Matratzenbezüge. Das finde ich, fand ich nicht so gut. Also da würde ich mir mehr Auswahl wünschen.“</p> <p>Z 321-323: „Und vielleicht tatsächlich dann, gut das geht bei einer Studie nicht, die Arbeitsbedingungen. Das ein bisschen mehr der Fokus ist auf: Wie handle ich die Notfälle da? Wie sind die Arbeitsbedingungen für Hebammen? Wie löse ich die Hygiene-</p>		<p>ben davon zwar gehört, aber haben dann den Zettel gar nicht durchgelesen. Also, die kommen dann manchmal in dem Moment erst. Sodass man fragen kann: "Wie ist das? Wollt ihr da mitmachen?"“</p> <p>Z 301-305: „Dann haben wir uns ein Bewegungsprotokoll, habe ich irgendwann beschlossen, dass ich einen Zettel haben will, wo ich minutenweise, also in fünf Minuten schreiben kann: "Was macht die Frau gerade?" Damit ich es hinterher auszählen kann und nicht raten muss. "War die nun viel so? War die viel so?", sondern ich</p>
--	--	--	--

	<p>Probleme?“</p> <p>Z 323-327: „Das man eben, im Moment sag ich, muss man über diese Bodenmatte. Ich habe da noch keine bessere Lösung. Und die Matte immer zur Seite schieben ist ja auch arbeitssicherheitsmäßig und für die Gesundheit der Leute ja nun nicht der Hit, dass ich da immer eine Matte hin und her ziehe. Das kann man sicher noch alles ein bisschen optimieren. Das fände ich ganz gut. Also auch Farbgestaltung würde ich mir da noch ein bisschen wärmere Töne wünschen.“</p> <p>Z 330-332: „Höchstens dieses: Wie überzeugt man</p>		<p>richtig sagen, so, die hat die, nä? So und so viel hat sie in der Position, dann konnte ich es ausrechnen.“</p> <p>Z 309-312: „Weil ich das, weil wenn ich nachher gefragt werde und vorzugsweise, wenn wir wechseln, weiß ich dann was die Frau die letzten vier Stunden gemacht hat bis ich dann komme? Und wenn ich das Protokoll habe, kann ich sagen: "Gut, die hat in der Zeit viel von mir aus gegessen und Seitenlagen oder keine Ahnung. Und zum Schluss hat sie halt bei mir das und das gemacht." Dann kann ich es ja handfest auszählen. Das war</p>
--	---	--	---

	<p>Frauen auch daran teilzunehmen? Ähm. Das ist ja in einem Klinik-Alltag, an hat ja nicht unendlich viel Zeit. Ich finde hier gelingt es relativ gut viele Frauen zu überzeugen, ähm. Ja. Vielleicht reicht das so auch. Was da an Info-Material und was sie sich im Internet angucken können.“</p> <p>Z 333-336: „Und da ist ein Kriterium ist das tatsächlich mit der Wassergeburt. eil da relativ viele Frauen mit dem Wunsch nach Wassergeburt kommen und die können dann nicht teilnehmen. Das finde ich persönlich schade. Also da zu überlegen, wie kriegt man möglichst alle Frauen rein in so</p>	<p>ganz lustig.“</p> <p>Z 322-325: „Äh, dann ist natürlich diese Entscheidung zum Beispiel eine Familie sagte dann: "Ja, gut dass das Klo über den Gang ist, ist halt blöd. Wenn ich einen anderen Kreißsaal hätte, wo das Klo daneben ist..." Das wäre auch zum Beispiel so ein Punkt, nää? Also, wenn ich mich da verschlechter, weil die Nasszelle nicht da dran ist, dann ist es natürlich blöd.“</p> <p>Z 325-331: „Wenn ich den Raum anbieten könnte ohne Studie und sagen könnte: "Ihr könnt ja auch in die Wanne gehen. Und</p>	
--	---	---	--

			<p>eine Studie?“</p>		<p>wenn ihr drin bleiben wollt, bleibt ihr drin." Also, diese Entscheidung im Moment: "Entscheide ich mich gegen eine Wasser- geburt, weil ich an einer Studie teil- nehme?" Das wäre für die Frau, das ist auch für einige, die haben das gleich gesagt! Es gibt An- meldungen, da ha- ben die gesagt, "Wenn ich nicht in den Kreißsaal mit der Wanne kann, dann dürft ihr mich randomisieren!" "Also, wenn der nicht mehr zur Dis- kussion steht, dann kann ich ja auch den nehmen, aber wenn ich in die Wanne könnte, dann will ich nicht in der Studie teil- nehmen!"</p>	
--	--	--	----------------------	--	---	--

einer Studie teilnehmen?" Hat ja für manche Eltern, wenn ich in der Anmeldung das gesehen habe, dazu geführt, dass sie sagt haben: "Ich will keine Studiensituation haben!" Weil sie es sich gar nicht vorstellen konnten. Und wenn irgendwann rauskommen kann, dass man sagen kann: "Ja, jetzt ist es auch keine Studie mehr. Jetzt ist es einfach ein Angebot." Das würde mich ja freuen. Das wäre für die Leute super. Nä? Aber das ist, es ist ja erstmal der Schritt dahin. Das ist ja jetzt dann Zukunftsmusik."

	<p>Z 264-271: Also, der ist in dem Sinne sinnvoll, weil die Paare oder die werdenden Eltern sich da total wohl drin fühlen und nicht sofort dieses Gefühl haben "Boah, Krankenhaus." Und es gibt ja schon manche Leute, die sich alleine schon bei dem Wort Krankenhaus irgendwie fürchten und das nimmt das so ein bisschen, dass sie das Gefühl haben "Boah, ich bin hier auch im Krankenhaus.", wobei ich natürlich auch fairerweise sagen muss, unsere anderen Kreißsäle sehen auch hübsch aus (lacht). Wir sind jetzt glaube ich repräsentativ. Ich glaube da gibt es ganz ganz viel schlimmere Zimmer.</p>	<p>Z 69-71: „Letztendlich finde ich es gut, dass Frauen natürlich da gar keine Möglichkeit haben, da sich großartig hinzulegen. Ich finde es aber auch für hinterher fürs Bonding nicht so ideal.“</p> <p>Z 305-306: „Ich finde das gut. Also ich finde das gut, weil das einfach den, also auch grad bei uns, den Gedanken der möglichst natürlichen normalen Geburt unterstützt.“</p> <p>Z 332-333: „Also ich finde das wirklich gut mit der Studie und würde am liebsten jede Frau überzeugen.“</p>	<p>Z 159: „Also der Raum an sich alleine würde ich sagen, ne. Sondern in Zusammenarbeit mit der Hebamme.“</p> <p>Z 247-253: „Also, ich empfand das garnicht als Intervention. (beide lachen) Es war schön, dass wir Sachen zur Verfügung gestellt bekommen haben. Das heißt die Be-Up-Studie hat ja die Ausstattung mitgebracht, die wir sicherlich auch weiter verwenden werden in dem Raum. Ähm, (...) ich denke es hat sich immer gelohnt, weil die Auseinandersetzung mit einer randomisierten Studie für mich auch neu war, das heißt da</p>	<p>Z 24-26: „Und habe dann gemerkt durch die Geburten in dem Kreißsaal, dass es durchaus eine interessante Alternative ist. Von dem wie die Leute in diesem Raum aufgenommen werden.“</p> <p>Z 122-125: „Aber, tatsächlich diese Idee, dass die Frauen wirklich beweglich waren und... sie können sich ja auch hinlegen, wenn sie mal wollen, aber das Bett eben gar nicht dazu einlädt stundenlang zu liegen. Das war so ganz nett! Aber ich habe auch keine ewig lange Geburten dann gehabt. Ja, also die waren dann</p>	<p>Z 84-86: „Also, ich fand das eher schön, dass es so ein bisschen hier mal aufbricht und ein bisschen aufrüttelt und ein bisschen verändert. Ich bin immer sehr dafür, für Veränderungen, Modernisierung und ich finde das ist ein Schritt in die richtige Richtung.“</p> <p>Z 157-160: „Und ich glaube dieser Raum hat das noch einmal ein bisschen, dieses Natürliche noch ein bisschen in den Vordergrund gebracht. So, wie es eigentlich sein sollte, nä? Also, und uns noch einmal ein bisschen zum Nachdenken gebracht, wie man diesen physiologischen Prozess - der ja eine</p>
<p>Gesamteinschätzung</p>					

<p>Ähm... Ja, ist nett. Genau, ist, ist einfach hübsch anzusehen, aber es, wie gesagt, es passt ja auch mit den Farben alles gut zusammen.“</p> <p>Z 275-280: „Für mich ist es nicht so ein großer Unterschied. Also, wenn ich in den anderen Kreißsälen bin, kann ich das auch machen, dass die Frau im Vierfüßlerstand entbindet oder, oder sozusagen sich auf das Bett hockt und sich an einem Tuch festhält. Dadurch, dass unsere Kreißsäle sonst auch schon alle so ausgerichtet waren habe ich jetzt nicht das Gefühl, dass es jetzt noch ein großer Fortschritt in dem Sinne war. Es ist ganz nett. Ich nehme</p>	<p>habe ich auch selber was gelernt. Die Frauen können mit den Möglichkeiten, die da geboten werden, ich muss auch sagen, ich habe auch schonmal etwas entfremdet in einen anderen Kreißsaal, dass ich zum Beispiel eine Höhe brauchte, die einer dieser Würfel halt gibt, also, nä? Weil sie das, was der Raum mir geboten hat, gut war. Das fehlte mir in einem anderen Raum.“</p> <p>Z296-300: „Irgendwann wird ja die Studie ausgewertet und dann werden die Zahlen das hoffentlich geben. Natürlich ist nicht jede Geburt, die im Be-</p>	<p>immer so in meiner Schicht, habe ich sie ja dann zuende gekriegt, als die Frau Wehen hatte. Und das war, lief ganz gut.“</p> <p>Z 258-260: „Aber er hat Wirkung gehabt! Also, das muss ich schon sagen, für manche Sachen. Da wäre ich wahrscheinlich mit dem anderen Kreißsaal mit der Frau anders am Ende gelandet oder so. Und insofern finde ich es schon spannend.“</p> <p>Z 345: „Nö, und ansonsten ist das interessant.“</p> <p>Z 361-371: „Ja. Weil ich glaube, dass es im Bewusstsein der Frauen, ähm, was macht.</p>	<p>Geburt ist - unterstützen kann. Also, ich glaube so mehr vom Denken her, hat das so ein bisschen einen Anstoß gegeben.“</p> <p>Z 206: „Ähm, ich hoffe wir behalten die Sachen. Ich finde das schön!“</p> <p>Z 315-316: „Ja, wie gesagt ansonsten, ich finde es super, dass wir einen Raum haben, der anders ist! Nä? Warum nicht?!“</p> <p>Z 336-338: „Ich finde das, wie gesagt sonst echt super und ähm, es ist eine subjektive Geschichte! Also einige werden sagen, sie finden es gut und andere werden sagen, sie finden es nicht so gut. Nä,</p>
--	--	---	---

<p>es gerne mit hin. Aber in den anderen Zimmern geht das genauso gut.“</p>	<p>Up-Raum mit einem Kaiserschnitt endet, ähm, etwas was der Be-Up-Raum nicht geschafft hat, sondern es sind ja auch persönliche Schicksale. Und das ist manchmal schwierig, wenn Du halt ja randomisierst, äh, viele Geburten sind im herkömmlichen Kreißaal wunderbar schön und schnell und klasse, die im Be-Up-Raum natürlich auch schön und klasse. Und die Kaiserschnitte wären auch in dem herkömmlichen Raum gewesen dann. Nä? Das ist Statistik!“</p>	<p>Also, auch dass sie sich damit auseinandersetzen. Ja, also, einer der sagt: "Ich wollte an der Studie teilnehmen." oder "Ich weiß um diese Wichtigkeit." der ist vielleicht dann auch, auch selbst wenn er nicht randomisiert ist oder so, bereit, äh, sich mit aufrechter Gebärposition und so weiter auseinander zu setzen. Also, wenn die wissen, wir nehmen daran teil und Be-Up ist eine sinnvolle Geschicht, oder es wird vermutet, dass es sinnvoll ist, dann sind sie halt auch in anderen Situationen noch bereiter etwas zu tun. Und es macht wieder eine größere Offenheit,</p>	<p>also. Ich geh da mit, was das Team will am Ende.“</p> <p>Z 324: „Ich finde es hier praktischer, weil ich hier mehr Raum habe!“</p> <p>Z 345-348: „Ja! Ich also, wie gesagt, für mich ist das Hauptding dieses Umdenken. Dieses wirklich diesen Fokus nochmal auf die Physiologie zu haben und die Kreativität nochmal ein bisschen zu wecken. Und ich finde es einfacher, weil man hier den Frauen mehr anbieten kann. Also, man kann denen mehr Ideen geben und die mehr beschäftigen sozusagen unter der Geburt. Nä? Also, die können dann Sachen ausprobieren und die</p>
---	--	---	---

<p>einfach viele Angebote macht. Er macht viele Angebote, was die Frauen für sich dann gut tun kann, was ihr gut tut.“</p>	<p>glaube ich. Auch an uns alle. Ja, also wir lernen von den Frauen wieder. Die Ärzte werden vielleicht auch wieder offener. Also, das, man muss glaube ich immer wieder auf diese Basics auch zurückkommen oder aufmerksam gemacht werden. Und wenn das jetzt ein Studieninteresse ist, dass man dann sagen kann: "Ja, Leute guckt mal!" Und ich bin mal gespannt, was raus kommt. Und dass man dann sagen kann: "Es ist bewiesen, dass..." oder zumindest es war nicht schlecht das zu machen - weiß man ja jetzt nicht. Aber dann hat man vielleicht nachher nochmal</p>	<p>sind dann ein bisschen flexibler als in den anderen Räumen.“</p> <p>Z 353-354: „Also, man merkt, dass sich da wahnsinnig viel tut und da passt dieser Raum, finde ich, total gut mit rein. Weil, es geht ja darum einfach mal neue Ideen auszuprobieren.“</p> <p>Z 381-382: „Ähm, ne, wie gesagt ich bin gespannt drauf, was wir nachher mit machen, mit dem Raum machen werden.“</p> <p>Z 383-384: „Ich hoffe wir behalten die Sachen bei und gucken, wie die sich bewähren jetzt über das nächste Jahr. Es geht ja noch ein Jahr</p>
--	---	---

					was zusätzlich in der Hand. Ja?“	- mindestens. Ähm. Ja, ich finde es ist eine schöne Ergänzung.“
--	--	--	--	--	----------------------------------	---

Anhang 11: Darstellung der Paraphrasierungen und prägnanter Zitate

Hauptkategorie	Subkategorie	B1	B2	B3	B4	B5
Integration der Studie in die Klinik		<p>Die Klinik war immer schon sehr individuell ausgerichtet.</p> <p>Die Studie wird als keine große Umstellung empfunden, dadurch dass die Klinik bereits sehr individuell gehalten wird.</p> <p>Die Frauen wurden auch vor der Studie bereits mobilisiert.</p> <p>In der Klinik ist eine 1:1-Betreuung möglich, sodass man ausreichend Zeit für die Frau hat.</p>	<p>Die Klinik ist sehr individuell und frauenfreundlich ausgerichtet.</p> <p>Die Studie passt gut zu der geburtshilflichen Philosophie der Klinik.</p> <p>Z 14: „Ich finde das total gut, weil das passt in die geburtshilfliche Philosophie, finde ich, der Klinik gut rein.“</p> <p>Es wurde in dieser Klinik schon immer auf die Bedürfnisse der Frau eingegangen.</p> <p>Die Räume der Klinik waren bereits</p>	<p>In dieser Klinik findet 1:1-Betreuung statt und die Anzahl der Geburten ist nicht so hoch, sodass eine gute Präsenz gegeben ist.</p> <p>Die Studie beziehungsweise Studiensituation wird nicht als Intervention empfunden.</p> <p>Z 247: „Also, ich empfand das gar nicht als Intervention.“</p> <p>Die Ausstattung des Be-Up Raumes wird auch in anderen Räumen genutzt.</p>	<p>Es war in dieser Klinik einfach möglich den Be-Up Raum anzubieten.</p> <p>Es gab genügend Unterschiede zu den anderen Gebäuden der Klinik, um die Studie durchführen zu können.</p> <p>Es wurde als einfach empfunden die Studie in die Klinik zu integrieren, da sie zu der geburtshilflichen Philosophie passte.</p> <p>Die Studie unterstreicht das, was sonst auch angeboten wird.</p>	<p>Die Klinik versuchte schon immer Frauen zu mobilisieren und in die aufrechte Haltung zu bringen.</p> <p>Für das Personal waren die Inhalte der Studie nichts Neues.</p> <p>Dadurch, dass es sich bei der Klinik um eine Klinik der Grund- und Regelversorgung handelt, passen die Frauen zum Großteil in die Zielgruppe der Studie.</p> <p>Z 30-33: „Das heißt wir haben im Prinzip das perfekte Klientel dafür. (...) Also bei</p>

			<p>sehr frauenfreundlich und individuell ausgestattet.</p> <p>Es gibt keinen zu großen Unterschied von den klassischen Gebärräumen der Klinik zu dem Be-Up Raum.</p> <p>Dadurch, dass die Klinik kein klassischen Kreisbett hat, ist der Fragebogen teilweise unpassend oder unverständlich.</p>		<p>Die Eltern bemerken den Unterschied von den Gebärräumen der Klinik zum Be-Up Raum teilweise nicht.</p>	<p>uns können 90% unserer Patienten sagen an der Studie teilnehmen.“</p> <p>Die Klinik wollte schon immer die Physiologie der Geburt unterstützen.</p> <p>Der Be-Up Raum passt gut zur Entwicklung der Geburtshilfe.</p> <p>Die Räume der Klinik sind groß genug, um die Ausstattung des Be-Up Raumes unterzubringen.</p>
<p>Auswirkungen der Studie auf das geburts-hilfliche Team</p>	<p>Stimmung des geburts-hilflichen Teams</p>	<p>Die Studienteilnahme wird als super empfunden, wobei die Bürokratie als lästig angesehen wird.</p>	<p>Die Studienteilnahme wird für gut befunden.</p> <p>Der Fokus der Studie darauf die Frauen zu mobilisieren und damit auch Frauen zu akquirieren, die dazu eine offene Haltung</p>	<p>Zunächst wurde der Theoriebezug der Studie kritisiert und keine Notwendigkeit gesehen, da in dieser Klinik bereits vieles richtig gemacht wird.</p> <p>Im Nachhinein wird</p>	<p>Die Studienteilnahme wurde als tolle Idee empfunden, wobei zunächst die Sorge bestand, ob andere Räume hierfür verschlechtert werden müssen.</p>	<p>Die Studienteilnahme wird positiv empfunden.</p> <p>Alle hatten Lust auf die Studie und darauf etwas Neues auszuprobieren.</p>

	<p>haben, wird als sehr gut empfunden.</p> <p>Ein Großteil des Teams finden die Studie gut, aber es gab auch kritische Stimmen. Diese Diskrepanz wird als spannend empfunden.</p> <p>Es fehlt ein Austausch zwischen den Hebammen zur Zufriedenheit mit der Be-Up Studie.</p> <p>Es wurden positive Erfahrungen mit der Studie gemacht.</p> <p>Es wird als schön empfunden mit den Frauen die Thematik der Studie zu besprechen. Man ist überzeugt von der Studie.</p> <p>Die Arbeitsbedingungen werden als</p>	<p>es aber als gut empfunden, dass Ergebnisse dokumentiert werden und man einen möglichen Erfolg sehen kann.</p> <p>Das Team ist sehr offen, es gab jedoch kritische Stimmen bezüglich möglicher Mehrarbeit.</p> <p>Das Team macht überzeugend bei der Studie mit.</p>	<p>Die Stimmung des Teams ist sehr schnell ins Positive gekippt.</p> <p>Die Studienteilnahme wird als aufregend empfunden.</p> <p>Das Randomisieren ist für manche Hebammen immer noch aufregend.</p>	<p>Z 36-37: „Die hatten alle Lust drauf mal etwas anderes zu machen und etwas anderes auszuprobieren und dann haben wir gesagt: „Ja,,machen wir das!““</p> <p>Einige waren erst einmal skeptisch.</p> <p>Alle empfinden die Studienteilnahme ein bisschen unterschiedlich.</p>
--	---	--	---	--

			hinderlich empfunden und reduzieren somit die Freude an der Umsetzung. Die Studie wird als „super“ empfunden und möglichst jede Frau sollte überzeugt werden.			
Zusammenarbeit von Ärzten und Ärztinnen und Hebammen	Es gab keine Veränderungen zwischen der Zusammenarbeit seit Beginn der Studie.	Mit den Ärztinnen und Ärzten wird enger zusammengearbeitet als mit den Hebammenkolleginnen. Die Ärztinnen und Ärzte sind aufgeschlossen und machen vieles mit. Es wird als gut empfunden, dass insbesondere die jüngeren Ärztinnen und Ärzte eine aufrechte Gebärhaltung kennenlernten und als normal empfinden.	Z 101-104: „Gute Zusammenarbeit finde ich, weil wenn viel zu tun ist auch die Ärzte randidomisieren. Und das ist eine Hilfe. Also die Ärzte sind offen auch dafür. Ob es alle können weiß ich nicht, aber die mit denen ich zusammengearbeitet habe bisher, können damit unterstützen. Damit ich Zeit für die Frauen hab! Weil das Randidomisieren, den	Die Ärztinnen und Ärzte sind im Be-Up Raum gegebenenfalls bereiter für Alternativen und warten eher ab, da es etwas Besonderes ist. Die Ärztinnen und Ärzte sind zurückhaltender im Be-Up Raum und mischen sich seltener ein. Die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten wird generell als gut empfunden.	Das geburtshilfliche Team tauscht Erfahrungen aus und versucht gemeinsam Probleme zu lösen. Die Ärztinnen und Ärzte sind mit den Hebammen auf einem Level. Die Hebammen haben in der Klinik das Sagen. In beiden Gruppen der Geburtshilfe kam es zu einem Gedankenstoß.	

			<p>Teilweise kommt der Impuls zur aufrechten Gebärhaltung von den Ärztinnen und Ärzten. Diese Unterstützung wird als positiv empfunden.</p>	<p>Fragebogen ausfüllen auch Zeit bedeutet.“</p>	<p>Die Ärztinnen und Ärzte helfen beim Randomisieren. Es besteht ein Wunsch nach noch offeneren und mutigeren Ärztinnen und Ärzten und danach Dinge auszuprobieren.</p>	<p>Die Ärztinnen und Ärzte greifen in dem Be-Up Raum genauso ein, wie in den anderen auch. Bei den Ärztinnen und Ärzten ist ein Umdenken bemerkbar.</p>
Entwicklung des Hebammen-teams	<p>Die persönliche Sichtweise hat sich durch die Studienteilnahme nicht verändert.</p>	<p>Die Studie hat bei den Hebammen zu einem Denkanstoß geführt die Frauen zu mobilisieren. Dies wirkt sich auch auf die Hebammentätigkeit in anderen Räumen aus. Insbesondere den älteren Kolleginnen ist es wichtig die Frauen zu mobilisieren.</p>	<p>Die Studie hat die Körperhaltung und Bewegung der Frau unter der Geburt möglicherweise noch einmal in das Bewusstsein gerückt.</p>	<p>Themen, wie zum Beispiel die Art einen Gebärraum zu betreten, wurden nochmal in den Vordergrund gerückt. In dem Be-Up Raum werden Dinge erlernt, die auf andere auch anwendbar sind. Insbesondere den älteren Hebammen ist die aufrechte Gebärhaltung wichtig.</p>	<p>Die Nutzung des Be-Up Raums erfordert von den Hebammen eine besondere Kreativität. Das fällt manchen leicht und manchen schwer. Der Be-Up Raum rückt das Natürliche in den Vordergrund. Der Be-Up Raum regt zum Nachdenken über den physiologischen Prozess an.</p>	

<p>tine und es funktioniert schneller.</p>	<p>keine Vorwehnräume gibt, muss nach der Randomisierung teilweise ein Raumwechsel diskutiert werden.</p> <p>Es ist zwar mehr Bürokratie, aber es macht auch Spaß.</p> <p>Man muss an eine Sache mehr denken.</p> <p>Die Studiensituation erfordert von der Hebamme zusätzliche Überlegungen.</p> <p>Die Einschätzung ob eine Frau aktiv unter der Geburt ist oder nicht wird als schwierig empfunden.</p> <p>Es wurde eigenständig ein Bewegungsprotokoll erarbeitet, um die Haltung der Frau in</p>	<p>Z 305-306: „Und es ist natürlich extra Papierkram und wir hassen extra Papierkram! Das macht hier keinen glücklich, aber, nä? Wir müssen das jetzt einmal noch ein Jahr durchhalten und dann...“</p> <p>Z 308: „Man macht es für den Zweck. Wir sind aber auch froh, wenn es vorbei sein wird.“</p>
--	---	--

Einflüsse des Be-Up Raums	Einfluss des Raums auf die Geburt	Es gibt keinen Unterschied zwischen den Geburten in einem Be-Up oder einem anderen Gebärraum. Der Raum lässt sich schnell hin und her	Eine Geburt in dem Be-Up Raum konnte sehr gut in einer aufrechten Haltung durchgeführt werden. Die Frau war sehr zu-	Der Be-Up Raum fördert die Bewegung und verkürzt somit eher den Geburtsverlauf. Da die Liegefläche eine geringere	Der Be-Up Raum hat den Frauen, die ihn bekommen haben, gut getan. Die Bildanleitung ist insbesondere für	Minuten auszählen zu können. Insbesondere wenn die Schicht wechselt wird dies als sinnvoll erachtet. Z 301-304: „Dann haben wir uns ein Bewegungsprotokoll, habe ich irgendwann beschlossen, dass ich einen Zettel haben will, wo ich minutenweise, also in fünf Minuten schreiben kann: "Was macht die Frau gerade?" Damit ich es hinterher auszählen kann und nicht raten muss.“ In dem Be-Up Raum passieren gleichmäßigen Notfälle, wie in anderen Räumen auch. Die Frauen sind in dem Be-Up Raum
----------------------------------	-----------------------------------	--	---	--	---	---

<p>bauen, sodass die Frau einfacher Positionswechsel machen kann.</p> <p>Egal in welchem Gebärraum werden die Frauen zur Bewegung motiviert.</p> <p>Die Geburt in den unterschiedlichen Positionen geht in anderen Räumen genauso gut.</p>	<p>frieden mit der Geburt.</p> <p>Das Bonden nach der Geburt ist in dem Be-Up Raum nicht so einfach.</p> <p>Wenn die Frau über die aufrechte Gebärrhaltung aufgeklärt wurde, ist es egal in welchem Raum die Geburt ist. Sie ist in beiden Räumen gleich gut durchzuführen.</p> <p>Bestimmte Elemente, wie die schmale Liegefläche laden nicht dazu ein zu Liegen. Das wird als gut bewertet.</p>	<p>Höhe hat, ist es einfacher für die Frau darauf einen Fuß abzustellen während der Geburt.</p> <p>Die Frauen müssen in allen Räumen gleichermaßen motiviert werden aufrecht zu sein. Sie sind jedoch dadurch, dass sie auf der schmalen Liegefläche nicht so gut liegen können einfacher dazu zu motivieren aufrecht zu sein.</p> <p>Eine Anleitung der Frau, was sie tun kann ist in allen Räumen gleichermaßen wichtig.</p> <p>Der Raum alleine hat nicht unbedingt eine Wirkung sondern die Wirkung entsteht in Zusammenarbeit mit der</p>	<p>Frauen mit ausländischem Hintergrund gut und bringt diese auf neue Ideen während der Geburt.</p> <p>Die Naturszenen haben eine andere Stimmung während der Geburt geschaffen.</p> <p>Es gab Frauen, die davon profitiert haben, besonders früh in den Be-Up Raum gekommen zu sein. Der Be-Up Raum wirkt sich insbesondere auf die Zeit vor der Geburt aus.</p> <p>Die flexible Raumgestaltung ermöglicht natürliche Geburten, wo andere vielleicht an ihre Grenzen gekommen wären.</p> <p>Z 354-357: „Aber</p>	<p>von sich aus mobiler als in anderen Gebärräumen.</p> <p>Die Geburten in dem Be-Up Raum sind sehr unterschiedlich.</p> <p>Der Be-Up Raum motiviert die Frauen eher aufzustehen.</p>
--	---	--	---	---

				<p>Hebamme.</p> <p>Möglicherweise haben die Frauen im Be-Up Raum eher das Gefühl etwas zu der Geburt beizutragen zu haben.</p>	<p>ich habe zum Beispiel erlebt, dass wir eben diese Geburten hatten, wo man dachte: "Boah, ob das Kind überhaupt kommt?" Und dann ging tiefe Hocke und die ist fast besser als Saugglocke und dann waren das halt normale Geburten! Die wären vielleicht in anderen Kreißsälen dann am Ende doch eine Saugglocke geworden, weil die Frau das dann noch vielleicht nicht gemacht hätte."</p>	
Einfluss des Raums auf die Arbeit der Hebamme	Es wird als störend empfunden, dass man den Vorhang oder andere Elemente des Be-Up Raumes wegschieben muss, um an das Notfallbett zu gelangen.	Für Notfälle ist der Be-Up Raum nicht gut geeignet. Die Arbeitsweise in dem Be-Up Raum ist für ältere Hebammen schwierig. Die Bodenmatte wird	Von den Hebammen wird erhöhte Kreativität im Umgang mit den Elementen des Be-Up Raums gefordert. Gerade die aufeinander rutschenden	Die Naturszenen beruhigen die Hebamme bei ihrer Arbeit. Z101-105: „Diese Naturaufnahmen haben das Ganze auch ein bisschen	Der Be-Up Raum erfordert von der Hebamme zusätzliche Kreativität. Die Hebammen können die Elemente des Raumes unterstützend für ihre Arbeit	

		<p>Die Hebamme muss die Frau umdrehen, sodass, wenn jemand die Tür des Be-Up Raumes öffnet, nicht direkt der Intimbereich der Frau zu sehen ist.</p> <p>Es kann kein großer Unterschied festgestellt werden, außer dass man in dem Be-Up Raum die Frau dazu bringen kann, sich eigenständig mit den Elementen zu beschäftigen.</p> <p>Die Bilder mit den Gebärpositionen können der Hebamme dienen, um die Frau anzuleiten.</p> <p>Die Hebamme arbeitet mit dem Mobiliar des Raumes und kann die Frau in andere Lagepositionen bringen.</p>	<p>hinsichtlich der Arbeitssicherheit und für die Positionierung von medizinischen Geräten als schwierig bewertet.</p> <p>Eine Kollegin wäre fast über die Bodenmatte gestolpert.</p> <p>Die Bodenmatte ist hinsichtlich der Hygiene ein Problem, da die Hebammen ihre Schuhe nicht ausziehen sollen und dann damit über die Matte laufen müssen.</p> <p>Z 142-145: „Also, wenn die Frauen auf dem Bett da liegen, ich will ein CTG schreiben, ich muss doch an die rankommen! Davor liegt die Matte, die will ich aber auch nicht wegnehmen. Also es hygienisch jetzt nicht ganz ok, wenn, wenn</p>	<p>Keile stellen ein Problem für die Hebamme dar.</p> <p>Auch in anderen Räumen kann die Hebamme ihre Arbeit zurückhalten der gestalten.</p> <p>Untersuchungen der Frau sind teilweise schwierig, dadurch dass eine Rückenlage in 45 Grad schlecht mit Hilfe des im Be-Up Raum vorhandenen Mobiliars gewährleistet werden kann.</p> <p>Das Deckentuch kann in Verbindung mit der Matte im Be-Up Raum sehr gut genutzt werden.</p> <p>Interventionen sind im Be-Up Raum gleich gut durchzuführen wie in anderen Gebärräumen.</p>	<p>entschleunigt.</p> <p>Also, ich habe selber gemerkt, dass ich ruhiger bin, weil ich einfach kommt bis die nächste Wehe kommt und hab halt schicke La-mas gesehen in der Zeit (schmunzelt) und man nicht denkt: "Es muss doch jetzt. Es muss doch jetzt!" Also, dieses ruhige von den Bildern hat schon noch was gemacht."</p> <p>Die Hebamme kann im Be-Up Raum flexibler arbeiten.</p> <p>Die Bodenmatte liegt der Hebamme im Zweifel immer im Weg.</p> <p>Es ist problematisch, dass die Schuhe nicht immer an- und ausgezogen</p>	<p>nutzen.</p> <p>Wenn die Hebamme nicht direkt an der Frau arbeitet, ist es einfacher für ihre Arbeitshaltung.</p> <p>Z 92-95: „„Und ich entbinde zum Beispiel immer nur Hands-off. Das heißt ich muss gar nicht so nah daran sitzen. Ich könnte hier sitzen und da hinten könnte jemand entbinden im Prinzip, nää? Solange ich die Verbindung habe und die auf mich hört. Hier, sonst generell sind die Hebammen eher so, dass sie dann ihre Hände da haben wollen. Und dann hast Du ein Problem, nää?“</p> <p>Für die älteren Hebammen ist es an-</p>
--	--	---	--	---	---	--

<p>Die Ausstattung des Raumes führt zu zusätzlichem Putzaufwand für die Hebamme.</p> <p>Die Schaumstoffelemente werden auch in anderen Räumen genutzt.</p> <p>Die Untersuchungen sind in dem Be-Up Raum gleichermaßen möglich, wie in den anderen Räumen.</p> <p>Die Hebamme muss flexibel in der Nutzung des Raumes sein, wenn mal etwas nicht klappt.</p> <p>Das Heben, Tragen und Schieben der Elemente wird als anstrengend empfunden. Insbesondere die Bodenmatte ist schwierig aus dem Weg zu räumen.</p>	<p>wir eine Geburt haben, dann decken wir das alles ab. Dann ist es in Ordnung. Aber das, äh, da habe ich auch noch keine Lösung, auch von den anderen Kolleginnen nicht.“</p> <p>Die Schuhe auszuziehen, um über die Bodenmatte zu gehen ist aus Sicht der Arbeitssicherheit kritisch.</p> <p>Untersuchungen sind egal in welcher Haltung gleichermaßen möglich.</p>	<p>Z 83-84: „Das Putzen! Das ist unmöglich, da müsste man eine Stunde extra kriegen! (lacht) Es gibt sehr viele Keile, Kissen, die alle geputzt werden müssen und unser Putzdienst ist nur bis mittags.“</p> <p>Das Putzen wird als zusätzliche aufwendige und körperbelastende Arbeit empfunden.</p> <p>Die Frauen müssen auch im Be-Up Raum von der Hebamme motiviert werden sich zu bewegen.</p> <p>Der Hebamme stehen durch den Be-Up Raum mehr Möglichkeiten zur Verfügung die Frau anzuleiten und bei</p>	<p>werden müssen.</p> <p>Das Bonding muss im Be-Up Raum umgestaltet werden, da die Liegefläche zu klein für beide Elternteile ist.</p> <p>Der Zugang zum Deckentuch ist im Be-Up Raum für die Hebamme sehr gut.</p> <p>In manchen Positionen ist es für die Hebamme schwierig an die Frau heranzukommen.</p> <p>Die Hebamme muss flexibel in ihrer Arbeit sein und die Unterlagen stets neu ausrichten.</p> <p>Interventionen könnten in dem Be-Up Raum teilweise schwierig durchzuführen sein.</p>	<p>strengender eine Geburt in dem Be-Up Raum durchzuführen.</p> <p>Für eine besondere Notsituation wurde ein Tragetuch besorgt.</p> <p>Das Anheben insbesondere der Bodenmatte wird als schwierig beschrieben.</p> <p>Das Putzen im Be-Up Raum ist aufwändiger.</p> <p>Wenn die Hebammen den Fragebogen bereits während der Geburt im Raum ausfüllen, spart es Zeit.</p> <p>Der Be-Up Raum wird als praktischer für die Arbeit der Hebamme empfunden, da er mehr Platz</p>
---	---	---	---	--

		<p>Die Liegefläche hat keine optimale Arbeitshöhe für die Hebamme insbesondere bei Notfällen.</p> <p>Im Notfall muss die Frau mit Körperkraft und der Hilfe anderer auf den OP-Tisch gehievt werden.</p>		<p>der Geburt zu unterstützen.</p> <p>Die Handhabung eines CTGs wird in Verbindung mit der Bodenmatte als schwierig beschrieben.</p> <p>Die Elemente des Be-Up Raums werden auch in anderen Gebäräumen genutzt.</p>	<p>Erlern des Be-Up Raums kann auch in anderen Räumen genutzt werden.</p> <p>Die Hebamme agiert im Be-Up Raum zurückhaltender.</p> <p>Der Putzaufwand wird bei richtigem Handling mit den Unterlagen als in Ordnung empfunden.</p>	<p>bietet.</p> <p>Im Be-Up Raum sollte zusätzlich auf die Arbeitshaltung geachtet werden, was in Stresssituationen allerdings schwierig ist.</p>
<p>Einfluss des Raums auf die Eltern</p>	<p>Die Nutzung des Be-Up Raumes durch die Eltern ist sehr unterschiedlich, da die Paare selbst auch unterschiedlich sind.</p> <p>Generell gibt es keinen Unterschied zur Nutzung des Be-Up Raums durch die Eltern im Vergleich zu</p>	<p>Eine Frau war sehr zufrieden mit der Geburt im Be-Up Raum.</p> <p>Das Bonden in dem Be-Up Raum ist anders. Der Vater ist teilweise etwas getrennt von Mutter und Kind.</p> <p>Die Väter sind sehr aufgeschlossen, was</p>	<p>Die Frauen liegen auch im Be-Up Raum.</p> <p>Der Sitzsack wird höchstens von den Männern genutzt.</p> <p>Der Be-Up Raum wird von den Männern sehr gerne angenommen, insbesondere darin</p>	<p>Die Eltern werden im Be-Up Raum anders aufgenommen.</p> <p>Manchen Frauen gefällt die Farbe des Raums nicht.</p> <p>Das Bett ist für die Eltern zu klein für das Bonding.</p> <p>Die Naturszenen</p>	<p>Die Eltern finden den Be-Up Raum gut.</p> <p>Der Bildschirm mit den Naturszenen wird von den Eltern gut genutzt und lenkt sie ab.</p> <p>Der Sitzsack wird in der Regel nur von</p>	

<p>den anderen Gebärräumen.</p> <p>Wenn überhaupt nutzen die Eltern das Radio in dem Be-Up Raum.</p> <p>Es wurden noch keine Eltern erlebt, die den Bildschirm beobachtet haben.</p> <p>Das Radio wird von den Eltern als gute Ablenkung beschrieben.</p> <p>Viele Frauen, die den Be-Up Raum zum ersten mal sehen finden ihn attraktiv.</p> <p>Z 249-251: „Und es hat, also, viele Frauen, die reinkommen freuen sich und sagen "Oh, das sieht ja nett aus hier!" und "Das ist ja hübsch!"</p> <p>Der Be-Up Raum</p>	<p>den Be-Up Raum angeht.</p> <p>Die Väter finden in dem Be-Up Raum besser ihren Platz und sind näher an der Geburt dran.</p> <p>Der Vater ist besser in den Geburtsprozess mit eingebunden.</p> <p>Manche Frauen nehmen nicht an der Studie teil, weil ihnen der Raum nicht gefällt. Entweder aus Gründen der Farbe oder der Ausstattung.</p> <p>Es ist selten, dass eine Frau explizit sagt, dass sie in den Be-Up Raum möchte.</p> <p>Meist ist es so, wenn eine Frau in einen anderen Raum kommt, dass sie diesen auch</p>	<p>eine Kaffeemaschine zur Verfügung steht.</p> <p>Der Vater muss im Be-Up Raum aktiver sein. Er hat weniger Platz auf der schmale Liegefläche und muss daher einen anderen Platz finden.</p> <p>Die Interaktion miteinander im Be-Up Raum ist größer.</p> <p>Z 119-121: „Meistens ist es dann so, dass sie sich bewegen, die Frau sich dann zum Beispiel an ihn hängt, an ihm stützt, das heißt er ist mehr dabei. Wo manche Männer, exist nun mal so, einfach sich auf die andere Betthälfte legen und die Frau macht. Also ich glaube so die Inter-</p>	<p>lenken die Eltern ab und bringen Ruhe in den Raum.</p> <p>Eine Frau fand den Raum nicht gut, weil kein Platz für ihren Mann auf der Liegefläche war.</p>	<p>den Männern genutzt, weil die Frauen aus ihm nicht teilweise mehr aufstehen können.</p> <p>Die Väter nutzen gerne die Kaffeemaschine.</p> <p>Die Frauen probieren viel in dem Be-Up Raum.</p> <p>Es ist ein Miteinander zwischen dem Paar.</p> <p>Die Männer sind oftmals zunächst unsicher wenn sie in den Be-Up Raum kommen.</p> <p>Die Bilder mit den Gebärpositionen helfen den Frauen eine Haltung einzunehmen.</p> <p>Der Be-Up Raum gibt dem Paar mehr</p>
---	--	--	---	--

<p>nimmt den Eltern das Gefühl im Krankenhaus zu sein.</p> <p>Die Eltern fühlen sich in dem Be-Up Raum wohl.</p>	<p>in Ordnung findet.</p> <p>Die Frauen sind in allen Räumen zufrieden.</p> <p>Dadurch dass die Liegefläche so schmal ist, ist der Mann teilweise außen vor.</p> <p>Einige finden die Naturszenen gut. Manche benötigen diese nicht.</p> <p>Die Snackbar kommt insbesondere bei den Männern gut an, aber auch bei den Frauen.</p> <p>Dass die medizinischen Geräte und das Kreißbett nicht zu sehen sind, wird von den Eltern als positiv empfunden.</p>	<p>aktion miteinander ist größer.“</p> <p>Der Bildschirm mit den Naturszenen wird unterschiedlich von den Eltern aufgenommen.</p> <p>Manche finden es nervig, manche Männer spielen gerne an der Technik herum.</p> <p>Die Vielseitigkeit des Raums wirkt sich positiv auf die Eltern aus. Insbesondere leichte Musik usw.</p> <p>Der Versorgungswagen wird von den Männern gerne genutzt, aber nicht als unbedingt notwendig angesehen.</p> <p>Dass die medizinischen Geräte und das Kreißbett nicht zu sehen sind, wird</p>		<p>Freiheit.</p>		

				<p>von den Eltern als positiv empfunden.</p> <p>Manche Frauen bekommen eine Idee daraus, wie sie sich positionieren können, wenn sie die Wandbilder sehen.</p> <p>Z 213-215: „Ich muss sagen dieses Poster mit der Frau, die halt vier verschiedene Stellungen zeigt, am Anfang habe ich gedacht: " Wie blöd ist das?" Aber ich glaube manche Frau kriegt eine Idee vielleicht daraus. Das doch vielleicht mal auszuprobieren.“</p> <p>Das Deckentuch und die Bodenmatte werden von den Frauen gerne genutzt.</p>	
--	--	--	--	---	--

Einfluss der Studie auf die Eltern		Durch die vorherige Besprechung der Studie wissen die Eltern, dass sie alles nutzen können und tun das dann auch. Das ist jedoch ähnlich, wie in anderen Räumen auch.	Die Frauen sind durch die Studienteilnahme aufgeklärter und es besteht eine größere Bereitschaft Dinge auszuprobieren, welche allerdings auch auf die anderen Räume übertragen wird. Durch die gemeinsame Entscheidung des Paares für die Studie ist die Unterstützung bei der Geburt durch den Mann größer. Die Paare wollen die Studie gerne unterstützen. Die Eltern finden es gut, dass sie nach der	Die Eltern fühlen sich wohl in dem Be-Up Raum.	Manche Paare haben Angst, dass sie sich auf Grund der Studiensituation nicht so frei sind, wie sie wollen und nehmen aus diesem Grund nicht teil. Frauen, die gezielt in den Be-Up Raum wollen nutzen diesen im Nachhinein auch gut aus. Sie bringen teilweise auch mehr Ideen mit. Manche Frauen nehmen nicht an der Studie teil, weil keine Wassergeburt möglich ist. Die Studie macht	Die Frauen, die an der Studie teilnehmen sind sehr positiv und probieren Sachen aus. Die Frauen, die in dem Be-Up Raum sind haben sich mit der Studie und dem Thema befasst und sind auch Frauen die generell eher aufrecht sein wollen. Z 125-127: „Das sind meistens auch Frauen, die generell eher aufrecht sein wollen. Das sind jetzt keine Frauen, die sagen, so: "Hey, ich will sofort eine PDA und im Bett liegen." und sowas.“
---	--	---	---	--	---	---

			Geburt noch einmal befragt werden.		etwas mit dem Bewusstsein der Frau, auch wenn diese später nicht in den Be-Up Raum randomisiert wird.	Die Studienteilnehmerinnen sind ein anderes Klientel als die, die die Studie nicht mitmachen wollen. Manche Frauen sind enttäuscht, wenn sie nicht in den Raum randomisiert werden, obwohl ihnen das zuvor erklärt wurde.
Entwicklungspotenziale und Wünsche		Die Elemente sind zwar schön beweglich, aber stehen aus diesem Grund auch oft im Weg. Das Putzen der einzelnen Elemente kostet viel Zeit. Wenn man aus den Schaumstoffelementen Türmchen baut, auf die sich die Frau stützen soll, sind diese zu wackelig.	Für Notfälle ist der Be-Up Raum nicht gut geeignet. Für das Personal, insbesondere die älteren Hebammen ist es körperlich anstrengender in dem Be-Up Raum zu arbeiten. Die Reinigung in dem Be-Up Raum ist schwieriger.	Möglichkeiten die Frau in eine halb-sitzende Position zu bringen fehlen. Die Reinigung des Raums ist schwierig. Die Matte ist schwierig anzulegen, wenn sie weggeräumt werden muss oder darunter gereinigt werden soll.	In einer Klinik ohne Vorwehenzimmer ist die Entscheidung, wann eine Frau in den Be-Up Raum darf teilweise schwierig. Z 41-45: „Was ein bisschen für uns schwierig ist, ich meine so, wenn man es jetzt... dass wir praktisch keine Vorwehnräume haben. Also wir	Die Bilder mit den Gebärpositionen könnten schöner sein. Ein Tragetuch ist im Notfall eine Alternative zum höhenverstellbaren Bett. Es sollte die Möglichkeit geben die Liegefläche in den Raum herein und nicht an der Wand entlang zu stellen.

	<p>Den Frauen fehlt etwas Stabiles zum Festhalten.</p> <p>Die schmale Liegefläche sollte höhenverstellbar sein und breiter sein, sodass der Mann mit drauf passt.</p> <p>Die schmale Liegefläche ist zu niedrig und führt so zu Rückenproblemen für die Hebamme.</p> <p>Für den Notfall wäre es gut, wenn die Liegefläche beweglich wäre.</p> <p>Die Einrichtung des Be-Up Raums hat praktische Mängel.</p> <p>Ein extra Wagen für die einzelnen Elemente ist wünschenswert, sodass sie aus</p>	<p>Es wird sich eine höhere „Spielwiese“ Bonding.</p> <p>Die Höhe der Elemente sollte so konzipiert sein, dass man mit dem OP-Tisch ranfahren und einfach umlagern kann.</p> <p>Die Matte kann zur Stolperfalle werden und es ist schwierig ein CTG-Gerät unterzubringen, da diese direkt an der schmalen Liegefläche steht.</p> <p>Es ist schwierig dass die Hebammen eigentlich die Schuhe aus hygienischen Gründen ausziehen wollen um die Matte zu betreten, dies aber aus Sicht der Arbeitssicherheit nicht wünschenswert ist.</p>	<p>Die Frage nach der Schulbildung sollte in den Anfangsbolegen eingetragen werden.</p> <p>Es fehlt ein etwas steilerer Keil als Schaumstoffelement.</p> <p>Die Schaumstoffelemente rutschen aufeinander und sind dadurch instabil, wenn sie gestapelt werden.</p> <p>Der Versorgungswagen könnte eventuell eingespart werden.</p> <p>Die Bürokratie rund um die Studie ist aufwändig.</p> <p>Es sollte noch einmal herausgestellt werden, wie gut die aufrechte Haltung</p>	<p>fangen, machen ja alles sofort im Kreißsaal. Und diese Entscheidung: "Ist die Frau aktiv unter der Geburt? Darf ich jetzt schon randomisieren?" Die fällt manchmal nachdem die Frau schon Stunden im Raum, im Haus ist. Und dann muss aktiv mit den Leuten nochmal einen Raumwechsel diskutieren. Und das gelingt manchmal nicht."</p> <p>Die Bodenmatte liegt oftmals im Weg.</p> <p>Die schmale Liegefläche ist spätestens nach der Geburt zu klein.</p> <p>Für das Bonding ist die Liegefläche zu</p>	<p>Die Liegefläche sollte einen Rahmen haben.</p> <p>Die Kombination aus Matte und Liegefläche ist schwierig.</p> <p>Die Hebammen wären zufriedener, wenn man den Raum anders gestalten dürfte.</p> <p>Das Setup ist unpraktisch.</p> <p>Der Raum hätte den Hebammen zu Beginn der Studie vorgestellt und ihnen Möglichkeiten zu der Arbeit in diesem Raum gezeigt werden sollen.</p> <p>Es sollte zu Beginn klarer gemacht werden, dass man auch das Kreisbett benutzt</p>
--	---	---	--	---	---

	<p>dem Raum heraus-transportiert werden können.</p>	<p>Auf der schmalen Liegefläche ist für den Mann kein Platz.</p> <p>Der Ausschluss der Wassergeburt unter der Be-Up Studie bringt einige Frauen dazu nicht teilzunehmen zu wollen, was von als schade empfunden wird.</p> <p>Die Fragen im Fragebogen sind nicht individualisiert an die Klinik und deren Ausstattung angepasst, was teilweise zu Unverständlichkeiten führt.</p> <p>Die Arbeit mit dem Sitzsack und der Bodenmatte wird bezüglich der Arbeitssicherheit und der Rückschonung als problematisch angesehen.</p>	<p>für die Geburt sein kann.</p>	<p>klein.</p> <p>Ein Rahmen für die Liegefläche wäre eventuell hilfreich.</p> <p>Die Kombination aus der Bodenmatte und der Arbeit der Hebamme mit ihren Schuhen ist schwierig.</p> <p>Interventionen in dem Raum könnten schwierig werden durch die Bodenmatte, die an der Liegefläche anliegt.</p> <p>Wenn es zu Blutungen o.ä. kommt, könnte es schwierig werden im Be-Up Raum.</p> <p>Eventuell wären anstatt einer Bodenmatte zwei Matten sinnvoll um einen kleinen Korridor zu schaffen.</p>	<p>zen darf, wenn es nötig ist.</p>
--	---	--	----------------------------------	--	-------------------------------------

	<p>Das Reinigungspersonal benötigt mehr Zeit um den Be-Up Raum zu reinigen.</p> <p>Es wird nach einer Alternative für das Bonding gesucht.</p> <p>Die Frauen kommen teilweise nicht mehr aus dem Sitzsack hoch.</p> <p>Der Vater ist durch die schmale Liegefläche außen vor.</p> <p>Es fehlt an Alternativen für die Farbgestaltung des Raums.</p> <p>Der Fokus sollte ebenfalls auf die Themen Arbeitssicherheit, Arbeitsbedingungen und Hygiene gelegt werden, wenn der Be-Up Raum außerhalb der</p>		<p>Für den Raum wäre eine gute Telemetrie in jedem Fall sinnvoll.</p> <p>Es werden sich andere Möglichkeiten zur Farbgestaltung gewünscht.</p> <p>Es ist nicht immer ganz eindeutig wann randomisiert werden darf.</p> <p>Manche Eltern haben ihre Teilnahmen zettel nicht dabei.</p> <p>Für die Studie könnte ein Bewegungsprotokoll sinnvoll sein.</p> <p>Eine an den Raum angeschlossene Toilette wäre angenehm.</p> <p>Eine Wassergeburt</p>	
--	---	--	--	--

			<p>Studie genutzt werden soll.</p> <p>Weitere Möglichkeiten die Frauen zu überzeugen an der Studie teilzunehmen werden gewünscht.</p> <p>Z 333-336: „Und da ist ein Kriterium ist das tatsächlich mit der Wassergeburt. eil da relativ viele Frauen mit dem Wunsch nach Wassergeburt kommen und die können dann nicht teilnehmen. Das finde ich persönlich schade. Also da zu überlegen, wie kriegt man möglichst alle Frauen rein in so eine Studie?“</p>		<p>sollte auch unter der Studie möglich sein.</p> <p>Manche Eltern möchten keine Studiensituation und lehnen deshalb ab.</p>	
Gesamteinschätzung	<p>Die Studie ist in dem Sinne sinnvoll, als das sich die Eltern in dem Raum wohl fühlen und kein „Kranken-</p>		<p>Es ist gut, dass die Frauen gar nicht erst die Möglichkeit haben sich lange hinzulegen, aber für die Bondingphase ist der</p>	<p>Der Raum hat einen Effekt in Zusammenarbeit mit der Hebamme.</p> <p>Der Be-Up Raum</p>	<p>Der Be-Up Raum ist eine interessante Alternative.</p> <p>Die Idee, dass die</p>	<p>Die Veränderungen durch die Studie werden positiv aufgenommen.</p> <p>Der Be-Up Raum hat</p>

<p>kenhaus-Gefühl“ haben. Es nimmt ihnen die Angst.</p> <p>Der Raum ist schön anzusehen.</p> <p>Der Unterschied zu den anderen Kreißsälen ist gering.</p>	<p>Raum nicht ideal.</p> <p>Z 305-306: „Ich finde das gut. Also ich finde das gut, weil das einfach den, also auch grad bei uns, den Gedanken der möglichst natürlichen normalen Geburt unterstützt.“</p> <p>Z 332-333: „Also ich finde das wirklich gut mit der Studie und würde am liebsten jede Frau überzeugen.“</p>	<p>wird nicht als Intervention empfunden.</p> <p>Die Ausstattung des Be-Up Raums wird gerne auch in anderen Räumen genutzt oder nach der Studie weiterverwendet.</p> <p>Die Hebamme hat etwas durch die Auseinandersetzung mit der Studie gelernt.</p> <p>Z 270-300: „Natürlich ist nicht jede Geburt, die im Be-Up-Raum mit einem Kaiserschnitt endet, etwas was der Be-Up-Raum nicht geschafft hat, sondern es sind ja auch persönliche Schicksale. Und das ist manchmal schwierig, wenn Du halt ja randomi-</p>	<p>Frauen sich frei bewegen können aber sich auch hinlegen können ist gut.</p> <p>Z 258-260: „Aber er hat Wirkung gehabt! Also, das muss ich schon sagen, für manche Sachen. Da wäre ich wahrscheinlich mit dem anderen Kreißsaal mit der Frau anders am Ende gelandet oder so. Und insofern finde ich es schon spannend.“</p> <p>Selbst wenn die Frau nicht in den Be-Up Raum randomisiert wird, macht das etwas mit ihrem Verständnis über die aufrechte Gebärposition und die Geburt.</p> <p>Die Studie schafft wieder eine größere Offenheit.</p>	<p>noch einmal das natürliche der Geburt in den Vordergrund gerückt und das geburtshilfliche Team zum Nachdenken angeregt.</p> <p>Die Ausstattung sollte weiter genutzt werden.</p> <p>Es ist schön einen anderen Raum anbieten zu können.</p> <p>Am Ende ist die Teamentscheidung für das Fortführen der Geburten in dem Be-Up Raum auch nach der Studie relevant.</p> <p>Die Studie hat zu einem Umdenken und zu mehr Kreativität im geburtshilflichen Team geführt.</p>
---	--	--	---	--

Eidesstattliche Erklärung

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

Jenny Rienäcker

Ort, Datum