

Akademisierung des Hebammenwesens: Eine empirische Studie am Beispiel Bayerns

Fillenberg, Barbara

Veröffentlichungsversion / Published Version

Dissertation / phd thesis

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Fillenberg, B. (2023). *Akademisierung des Hebammenwesens: Eine empirische Studie am Beispiel Bayerns*. (L'AGENda, 12). Opladen: Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/84742668>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Barbara Fillenberg

Akademisierung des Hebammenwesens

Eine empirische Studie
am Beispiel Bayerns

L'AGENda, Band 12
herausgegeben von
Corinna Onnen und Andrea Dorothea Bührmann

Barbara Fillenberg
Akademisierung des Hebammenwesens

L'AGENda

Bd.12

hrsg. von der Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen
für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen
(LAGEN)

Die Reihenherausgabe erfolgt durch die Sprecherinnen der LAGEN
Prof. Dr. Andrea D. Bührmann (Universität Göttingen) und
Prof. Dr. Corinna Onnen (Universität Vechta).

Die Organisation und die inhaltliche Ausrichtung der Publikationsreihe
erfolgten durch die Mitglieder des Editorial Boards:

Prof. Dr. Joana Grow (Hochschule für Musik, Theater und Medien
Hannover)
Prof. Dr. Melanie Kubandt (Universität Vechta)
Dr. Tanja Kubes (TU Berlin)
Dr. Dominik Merdes (TU Braunschweig)
Dr. Anna Orlikowski (Universität Vechta)
apl. Prof. Dr. Rita Stein-Redent (Universität Vechta)
Dr. Ben Trott (Leuphana Universität Lüneburg)
Prof. Dr. Bettina Wahrig (TU Braunschweig)

Das Editorial Board und die Reihenherausgeberinnen werden durch
Lisa Kalkowski, M.A. (Kordinatorin der LAGEN) unterstützt.

Der vorliegende Band ist einem wissenschaftlichen Begutachtungs-
verfahren (Peer Review) zur Qualitätssicherung unterzogen worden, wie
es bei wissenschaftlichen Fachzeitschriften üblich ist. Ein großer Dank
gilt daher allen Gutachter_innen. Sie haben mit ihren Kommentierungen
einen wichtigen Beitrag zu diesem Buch geliefert.

Die vorliegende Publikation wird durch das Publikationsstipendium der
LAGEN 2022 unterstützt.

Barbara Fillenberg

Akademisierung des Hebammenwesens

Eine empirische Studie am Beispiel
Bayerns

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2023

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© 2023 Dieses Werk ist bei der Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung unter Angabe der UrheberInnen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.
www.budrich.de



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (<https://doi.org/10.3224/84742668>).
Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-8474-2668-4 (Paperback)
eISBN 978-3-8474-1835-1 (PDF)
DOI 10.3224/84742668

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Lektorat: Anja Borkam, Jena – kontakt@lektorat-borkam.de
Satz: Angelika Schulz, Zülpich

Vorwort und Danksagung

Das vorliegende Buch basiert auf der Dissertationsschrift „HebSzen: Von der Frauenkunst zur Wissenschaft – die Entwicklung von außerklinischen Szenarien für einen grundständigen Studiengang zur Hebamme in Bayern auf der Basis einer empirischen Studie des Hebammenwesens“, die von der Universität Vechta im Jahr 2021 angenommen wurde. Erstgutachterin war Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Corinna Onnen.

„HebSzen“ entstand inmitten der Coronavirus-Pandemie und stellte alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen; von der Veröffentlichung der Dissertationsschrift bis zur Erscheinung dieses Buches vergingen einige Monate. Inzwischen schritt die Akademisierung voran, deutschlandweit wurden Hebammenschulen geschlossen und zugleich Hebammenstudiengänge auch in Städten etabliert, in denen zuvor keine Schulen angesiedelt gewesen waren. Allorts ist zu beobachten, dass die in „HebSzen“ beschriebene Umbruchphase in vollem Gange ist und die Kernthemen der vorliegenden Arbeit daher noch immer aktuell sind. In diesem Buch werden sie in geringfügig verkürzter und stellenweise aktualisierter Form dargestellt.

Die Studie „HebSzen“ konnte nur entstehen, weil so viele Menschen geduldig, bereitwillig und tatkräftig an der Entstehung mitwirkten. Alle Beteiligten investierten viel Zeit, teilten ihr Wissen und ihre Expertise. Deshalb möchte ich an dieser Stelle meinen Dank erneuern. Er gebührt besonders meiner Doktormutter Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Corinna Onnen, die mir immer Vorbild, Unterstützerin und zugleich konstruktive Kritikerin war, den weiteren Prüfer*innen¹, allen befragten Hebammen, die ihr Expertenwissen so bereitwillig und umfangreich teilten, allen werdenden Hebammen, die über ihre Erfahrungen im Unterricht Auskunft gaben, meiner Familie und meinen geliebten Kindern, dass sie die Promotionszeit mit mir durchgestanden haben, all meinen treuen Freund*innen und unermüdlichen Wegbegleiter*innen sowie für die finanzielle Unterstützung in Form von Stipendien der Hebammengemeinschaftshilfe e.V., der Landeskonferenz der Gleichstellungsbeauftragten an Bayerischen Hochschulen (LaKoF) und der Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen (LAGEN).

Allen an dieser Arbeit Beteiligten: vielen herzlichen Dank!

1 In der hier vorgelegten Arbeit wird großer Wert auf die Nennung aller Geschlechter gelegt; die Einbeziehung aller ist in der Regel mit einem * gekennzeichnet. Bei Originalzitatzen oder Vergleichen wurde das im Originaltext genannte Geschlecht beibehalten.

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Thematische Einführung	13
1 Zielsetzung.....	14
1.1 Stand der Forschung.....	18
1.2 Vorgehen und Methode.....	19
Teil II: Geburtshilfe und Hebammenberuf im Wandel	21
2 Die Entwicklung des Hebammenberufs.....	22
3 Wesentliche Rahmenbedingungen des Hebammenberufs in Deutschland.....	27
3.1 Rechtlicher Rahmen.....	27
3.2 Relevante Berufsverbände und Netzwerke.....	29
3.3 Arbeitsformen und Arbeitsbereiche von Hebammen.....	30
4 Individualisierung und Technisierung: Beispiele gesellschaftlicher Trends in Zusammenhang mit Mutterschaft.....	32
4.1 Individualisierung.....	33
4.2 Technisierung.....	38
4.3 Vertrauen als Brücke.....	40
5 Entwicklungen in der Geburtshilfe in Deutschland.....	43
5.1 Ambivalente Dialektik der Versorgung während Schwangerschaft und Geburt.....	47
5.2 Evidenzbasierung als Reaktion auf die Medikalisierung der Geburtshilfe.....	60
5.3 Stärkung der physiologischen Geburt.....	62

Teil III: Zur aktuellen Situation in der Geburtshilfe und	
	Wissensvermittlung..... 67
6	Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland 68
6.1	Qualitätssicherung in der Geburtshilfe – ein Exkurs 73
6.2	Hebammenmangel in der außerklinischen Geburtshilfe 80
7	Die Struktur der aktuellen Hebammenversorgung in Bayern 83
7.1	Entwicklung der Geburtenzahl in Bayern und der Bedarf an Hebammenleistungen..... 83
7.2	Hebammenausbildung in Bayern..... 86
7.3	Beispiele funktionierender interdisziplinärer Zusammenarbeit 89
 Teil IV: Akademisierung, Wissen und Wissensweitergabe 91	
8	Akademisierung von Ausbildungsberufen 92
8.1	Akademisierung von Gesundheitsberufen in Deutschland 93
8.2	Akademisierung und Professionalisierung von frauendominierten Gesundheitsberufen..... 97
8.3	Die Akademisierung des Hebammenberufs aus soziologischer Perspektive: Ein mögliches Modell 113
9	Was ist Wissen? 119
9.1	Wahres Wissen – Wissen in der Medizin 122
9.2	Wissenschaftliches Wissen..... 123
9.3	Nichtwissen 124
10	Was ist „Hebammenwissen“? 128
10.1	Unstrukturiertes und strukturiertes Hebammenwissen 133
10.2	Leibphänomenologie in der Hebammenarbeit..... 143
11	Möglichkeiten zur Weitergabe von Hebammenwissen 147
11.1	Weitergabe von Hebammenwissen am Modell 148
11.2	Lehr- und Lernmöglichkeiten 151

Teil V: Die Studie.....	177
12 Empirische Untersuchung	178
12.1 Forschungsleitende Fragestellungen.....	178
12.2 Studiendesign.....	179
12.3 Explikation der Durchführung	180
13 Quantitativer Forschungsteil	183
13.1 Stichprobe.....	183
13.2 Methodik.....	184
13.3 Auswertung der quantitativen Erhebung	185
14 Qualitativer Forschungsteil	194
14.1 Sampling und Stichprobe.....	196
14.2 Explikation der Durchführung und Methodik.....	200
14.3 Auswertung der qualitativen Interviews	203
15 Zusammenführung und Diskussion der qualitativen und quantitativen Daten	268
16 Ausblick	284
Literatur	286

Der Anhang steht auf der Webseite des Verlags zum kostenlosen Download zur Verfügung: <https://doi.org/10.3224/84742668A>

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
a.a.O.	am angegebenen Ort (gleiche Fundstelle, andere Seite)
Abb.	Abbildung
Apgar/APGAR	Score zur Beurteilung der postnatalen Adaption des Neugeborenen
AR	Augmented Reality
AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften
BayHebBO	Bayerische Hebammenberufsordnung vom 28. Mai 2013 (GVBl. S. 360, BayRS 2124–1-2-G)
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
BHLV	Bayerischer Hebammen Landesverband e.V.
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CRM	Crew-Ressource-Management
CTG	Cardiotokografie
DFH	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflegeforschung
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen

DR	Damnriss; Einteilung in unterschiedliche Schweregrade durch Nummerierung und Kennzeichnung mit °; z. B. DR I°: Damnriss ersten Grades
DRG	Diagnoses Related Groups/Diagnosebezogene Fallgruppen
EBM	Evidence Based Medicine
ebd.	ebenda
EDTA	Ethylendiamintetraessigsäure
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPVG	Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz)
GUG	Gynäkologie und Geburtshilfe
HAW	Hochschule für angewandte Wissenschaften/University of Applied Sciences
HAW Landshut	Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen- und Entbindungspfleger (HebAPrV) vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929)
HebG	Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759)
HebRefG	Hebammenreformgesetz vom 28. November 2019 (BGBl. I S. 1759)
HebStPrV	Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen vom 8. Januar 2020 (BGBl. I S. 39)
HgE	Hebammengeleitete Einrichtung (z. B. Geburtshaus, Praxis)
H.i.O.	Hervorhebung im Original (hier eingeschlossen: Anführungszeichen/Signum citationis; Kursiv- und Fettdruck, Unterstreichungen, farbige und/oder weitere Hervorhebungen)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICM	International Confederation of Midwives
IGES	IGES Gruppe: europaweiter Verbund von Forschungs- und Beratungsunternehmen.
i.O.m.H.	im Original mit Hervorhebung
Kap.	Kapitel
KSH	Katholischen Stiftungshochschule in München
LAGEN	Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen
LaKoF	Landeskonzferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an bayerischen Hochschulen
MM	Muttermund
MRL	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 16. September 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 26.11.2021 B4 in Kraft getreten am 1. Januar 2022.
NC	Numerus clausus (Zulassungsbeschränkung an Hochschulen)
OTH Regensburg	Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
PBL	Problem-based Learning
PDA	Periduralanästhesie
PDCA	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
p.p.	post partum (nach der Geburt)
QM	Qualitätsmanagement
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
RCT	Randomized Controlled Trial
SBAR	SBAR- Schema: Situation, Background, Assessment, Recommendation response

SGB V	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I: 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I: 1018) geändert worden ist.
SimLab	Simulationslabor: Räumlichkeiten, die zu Simulations- und Übungszwecken genutzt werden
SkillsLab	Übungsräume, die zu Übungs- und gegebenenfalls Simulationszwecken genutzt werden
SSW	Schwangerschaftswoche
s.p.	sub partu (unter der Geburt)
Tab.	Tabelle
THK	Traditionelle Hebammenkunst
UE	Unterrichtseinheit(en); bezogen auf 45 min.
US	Ultraschall, Ultraschallgerät oder Ultraschalluntersuchung
VR	Virtual Reality/Virtuelle Realität
WeHen	werdende Hebammen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z.n.	Zustand nach

Teil I:
Thematische Einführung

1 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die Umbruchsituation aus berufssoziologischer Perspektive zu beleuchten und zugleich auf der Handlungsebene Möglichkeiten des Wissenstransfers aufzuzeigen. Hierfür soll anhand des zuletzt akademisierten Bundeslandes Bayern beschrieben werden, inwieweit in der bisherigen (berufsfachschulischen) Hebammenausbildung bis 2019 Kenntnisse zur außerklinischen Geburtshilfe erworben werden konnten und wie die zukünftige hochschulische Qualifikation von Hebammen auch in der außerklinischen Geburtshilfe,² unter Einbeziehung der Kompetenzen von auf diesem Feld tätigen Hebammen, gestaltet werden kann. Hierbei ist aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive von Interesse, inwieweit das Erfahrungswissen der außerklinisch tätigen Hebammen über Szenarien (HebSzen) in die Lehre im Simulationslabor an Hochschulen eingebunden werden kann.

Veränderungen in der Begleitung der Frau und der damit verbundenen Generierung von Hebammenwissen³ und dessen Vermittlung gab es historisch betrachtet schon immer: War es bis zum Mittelalter eine reine *Frauenkunst*, Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen zu begleiten, führten wesentliche gesellschaftliche Veränderungen im Mittelalter dazu, dass aus dieser Begleitung ein Berufsstand – das Hebammenwesen – wurde (s. Kap. 2).

Als eines der ältesten von Hebammen geschriebenen Lehrbücher, ein „Hebammenanleitungsbuch“, gilt nach Pulz „Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter“, verfasst 1690 von der Hebamme Justina Siegemund. (vgl. Pulz 1994: 16). Bereits Siegemund beschrieb, dass es Hebammenwissen gebe, das nicht verschriftlicht werden könne. Dieses Wissen nannte Siegemund „Kontaktwissen“ (Z. n. Pulz 1994: 153). Dieser Begriff hat eine zentrale Bedeutung, denn er weist auf einen Bereich des Hebammenwissens hin, der nur im engen und kontinuierlichen Betreuungsprozess erschlossen werden kann, nämlich dann, wenn die Hebamme *mit der Frau und ihrem Kind ist*, wie der englische Begriff *midwife* deutlich macht – damals wie heute. *Kontaktwissen* wird simultan auf mehreren Ebenen – wie beispielsweise der Beziehungsebene, der Ebene des leiblichen Spürens, aber auch der fachlichen

- 2 Außerklinische Geburtshilfe meint hier hebammengeleitete Geburtshilfe in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE) wie Praxen oder Geburtshäusern sowie die Hausgeburtshilfe.
- 3 Unter Hebammenwissen wird hier das Wissen verstanden, das aus allen Tätigkeitsbereichen, die Hebammen zugeschrieben werden, und ihren daraus hervorgegangenen Erfahrungen sowie den hebammen- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen, die in ihre Arbeit einfließen, kumuliert wurde und wird.

und handwerklichen Ebene – generiert und abgeglichen. Diese Ebenen sind eng miteinander verwoben, aber nicht alle gewonnenen Informationen können expliziert werden. Das Kontaktwissen hat daher stets eine ihm eigene Qualität. Je länger und intensiver der Kontakt zwischen den Hebammen und Frauen ist, desto mehr Kontaktwissen kann generiert werden, welches sich zwangsläufig auf die Betreuungsqualität auswirkt. Insbesondere im außerklinischen Kontext ist der Kontakt bis heute ein wesentliches Merkmal der Betreuung.

Mit Einsetzen der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, der Etablierung von Gebäranstalten, die auch der Hebammenausbildung dienen sollten, und dem sich steigernden Interesse an anatomischen Kenntnissen durch die Ärzteschaft im 18. und 19. Jahrhundert veränderten sich die Arbeitswelten der Hebammen und Ärzte und auch die Art der Wissensproduktion (vgl. Stadlober-Degwerth 2008: 1f.). Die Konkurrenz der beiden Berufsgruppen wurde desto schärfer, je mehr die häusliche, hebammengeleitete und frauenzentrierte Geburtshilfe von Strukturen beeinflusst wurde, die zur Folge hatten, dass die Rechte der Hebammen geschmälert und ihre Kompetenzen untergraben wurden. Je populärer der Einsatz der Technik wurde, desto rückschrittlicher wirkten die Hebammen (s. Kap. 2).

Im Zuge des Modernisierungsprozesses fand eine gesellschaftliche Verschiebung zugunsten einer technisierten, medikalisierten Geburtshilfe statt, der Risikoansatz nahm Einzug in die Betreuung. Das hatte zur Folge, dass in der Wahrnehmung der Gesellschaft Geburt fortan nicht mehr nur etwas Natürliches, Normales im Leben einer Frau, sondern etwas (potenziell) Gefährliches war (siehe Kap. 4 u. 5). Mit Ende des Zweiten Weltkriegs etablierte sich die klinische Geburtshilfe in Deutschland und verdrängte so die bis dahin übliche außerklinische, hebammengeleitete Geburtshilfe (siehe Kap. 2). Außerdem wurden nach den geburtenstarken Jahrgängen, die im Schnitt rund vier Kinder bekamen, insgesamt weniger Kinder geboren – ab den 1980er Jahren nur noch 1,5 Kinder pro Frau.⁴ Die bewusste Entscheidung für ein Kind verstärkte aber auch die Einzigartigkeit der Geburt und brachte den Anspruch hervor, dass mit diesem Kind nichts passieren dürfe. Der klinische Betreuungsansatz mit seinem Versprechen auf Hilfe im Notfall erschien daher vielen Frauen als sichere Variante. Diese Entwicklung hatte und hat zur Folge, dass das Kollektiv der Frauen, aber auch die Hebammen selbst zunehmend klinisch sozialisiert wurden.

Mit Einführung des Hebammengesetzes von 1985⁵ fand erneut ein Umbruch statt: Auch Männer konnten nun den Beruf der Hebamme ergreifen.

4 Die genauen Zahlen zur Fertilität können beim Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2021) nachgelesen werden.

5 **Hebammengesetz** vom 4. Juni 1985 (BGBl. I: 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I: 2515) geändert worden ist. Zuletzt geändert durch Art. 39 G v. 6.12.2011 I 2515.

Sie wurden vom Gesetzgeber mit der Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ belegt, auch wenn der Hebammenberuf kein Pflegeberuf ist.

Zeitgleich bemühten sich Hebammen um eine eigene *Wissenschaft*: Seit den „1980er Jahren [...] beschäftigen sich u.a. Hebammen, Hebammenforscherinnen [sic], Soziologinnen [sic] und Pädagoginnen [sic] vermehrt mit den Anforderungen an den Beruf der Hebamme und den daraus resultierenden Professionalisierungstendenzen bzw. der Professionalisierung und den Konsequenzen für Ausbildung, Praxis, Wissenschaft und Forschung“ (Brendel 2020a: 55). Der Professionalisierungsbedarf des Hebammenwesens wird umso deutlicher, je mehr nicht nur die Vorteile der heutigen, überwiegend klinischen Geburtshilfe, sondern auch ihre Nachteile diskutiert werden. Hierzu zählt beispielsweise der kontinuierliche Anstieg an medizinischen Interventionen und Kaiserschnitten (siehe Kap. 4 u. 5).

Die Professionalisierung des Hebammenwesens untermauert einen klaren Umbruch, der mit Machtverschiebungen einhergeht. Bourdieu beschreibt Machtverschiebungen anhand des Beispiels der Haute Couture, indem er von einem „Feld objektiver Beziehungen zwischen Individuen oder Institutionen, die miteinander um ein und dieselbe Sache konkurrieren“ spricht. Demnach besitzen diejenigen, die das Feld beherrschen, die meiste Macht. Ihr Ziel ist es, die vorhandenen Strukturen zu konservieren und ihre Macht zu erhalten. Das Ziel der anderen Seite ist es, diese Strukturen zu aufzubrechen. Taktisch werden hierfür Inkonsistenzen oder Schwachstellen der vorherrschenden Strukturen aufgespürt, dargestellt und hierfür Gegenangebote entwickelt, die dann wiederum zu „Umwälzungen“ führen können (vgl. Bourdieu 2018: 188). In der Betreuung von Schwangeren und Gebären ist dies eklatant, wann immer die Professionalisierung des Hebammenwesens mit seiner frauenzentrierten Einstellung sich mit ärztlich-klinisch zementierten Strukturen überschneidet und dort Verkrustungen, die sich zu dessen Nachteil manifestiert haben, aufzubrechen versucht. Dies wird seitens der Ärzteschaft als „wachsende Konkurrenz nicht ärztlicher Gesundheitsberufe [i.O.m.H.]“ gewertet (Siegrist 2005: 234).

Hebammen in Deutschland dürfen physiologische Geburten eigenständig betreuen und außerklinische Geburtshilfe anbieten (s. Kap. 3). Frauen haben seit 2012 das Recht auf die freie Wahl des Geburtsorts, festgeschrieben in § 24f des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V).⁶ Auch wenn heute nur noch rund 2 Prozent der Kinder in Deutschland außerhalb einer Klinik geboren werden (s. Kap. 6), müssen WeHen hierfür qualifiziert werden, um später als Hebammen Angebote schaffen zu können, so dass Frauen von ihrem Recht, den Geburtsort frei wählen zu können, Gebrauch machen können. Die wenigen Hebammen, die noch in diesem Bereich tätig sind, konservieren Spezi-

6 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I: 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I: 1018) geändert worden ist.

alwissen, das in Teilen mit dem Begriff des von Siegemund beschriebenen Kontaktwissens belegt werden kann und das sich teils erheblich von dem Wissen unterscheidet, das in der klinischen Betreuung relevant ist. Damit geht einher, dass im außerklinischen Setting auch ein darauf angepasstes Handeln erforderlich ist. Im Klinikalltag unterbinden die organisatorischen Strukturen häufig kontinuierliche, hebammengeleitete Betreuungsprozesse. Hebammen und Frauen lernen sich oft erst zur Geburt kennen. Während Kontaktwissen im klinischen Kontext daher nicht alle Ebenen umfassen kann und somit häufig durch technische Überwachung ersetzt wird, gilt es im außerklinischen Kontext als wesentliches Element, das den Hebammen auch Sicherheit gibt.⁷ Wenn sie die Frau und deren Kind kennen, können sie auch sehen, falls etwas *anders* ist als sonst. Dieses Gewahrwerden einer Situation, die anders ist als sonst als eine Abweichung vom Bisherigen ist eine wesentliche Erkenntnis, um die bisherige Art der Betreuung anpassen zu können und gegebenenfalls weitere Schritte einleiten zu können. Um diese Unterschiede zu verdeutlichen, wird für die vorliegende Arbeit ein Vergleichshorizont von der außerklinischen Geburtshilfe in Bayern zu der in bayerischen Kliniken angelegt und zugleich der Klinikalltag auch immer wieder als Teil dessen Problems, das zum Umbruch im Hebammenwesen geführt hat, vorausgesetzt.

Des Weiteren werden folgende Probleme adressiert: Das Studium zur Hebamme schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. In Anlage I der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV)⁸ werden Kompetenzen genannt, die zwingend vorzuweisen sind, um die Prüfung bestehen zu können. Diese Kompetenzen dienen der Förderung der physiologischen Geburt sowie der umfassenden, hebammengeleiteten Betreuung der Frau über den gesamten Zeitraum der Familienbildung, der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbetts und der Stillzeit. Dies erfordert die Einbindung der Kenntnisse aller freiberuflich tätigen Hebammen, auch und im Besonderen derjenigen, die außerklinisch tätig sind. An staatlichen Hochschulen in Bayern können jedoch, mit nur wenigen Ausnahmen, in der Regel nur Personen unterrichten, die neben einschlägiger Berufserfahrung auch einen Hochschulabschluss und eine pädagogische Eignung vorweisen können (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst 9. März 2020). Sander et al. (2018) merken an, dass die in Bayern tätigen Hebammen ihr Hebammenexamen überwiegend auch in Bayern abgelegt hätten. Daraus kann abgeleitet werden, dass die in Bayern tätigen Hebammen überwiegend klinisch sozialisiert wurden und mehrheitlich die außerklinische Hebammentätigkeit nicht vermitteln können. Zudem haben weniger als 10 Prozent der Hebammen ein Studium im Bereich der Hebammenkunde abgeschlossen (vgl. San-

7 Zur außerklinischen Geburtshilfe werden Hausgeburten oder Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen, wie etwa Geburtshäusern, gezählt (s. Kap. 6).

8 Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen vom 8. Januar 2020 (BGBl. I: 39).

der et al. 2018: 75, 83). Außerklinisch tätige Hebammen, die ihre Hebammentätigkeit einstellen oder deutlich einschränken, um in die Lehre zu gehen, fehlen auf dem Markt und können dort keine Geburtshilfe anbieten. Da nur rund 2 Prozent der Kinder in Deutschland außerklinisch geboren werden, besteht auch für die berufspraktische Qualifikation von werdenden Hebammen ein Lücke: Es ist unwahrscheinlich, dass in naher Zukunft allen WeHen die Möglichkeit angeboten werden kann, eine außerklinisch tätige Hebamme zu begleiten.

Mit der vorliegenden Arbeit sollen daher einerseits Szenarien (HebSzen) beschrieben werden, die durch die Entwicklung des Hebammenwesens von einer auf Kontakt basierenden Frauenkunst hin zu einer Wissenschaft deutlich wurden, sowie jenen zu Übungszwecken, wie sie im Unterricht im Simulationslabor an Hochschulen Anwendung finden können, um den Mangel an Praxisplätzen zu überbrücken. All diese Szenen können wie die Einzelteile eines großen Mosaiks nur im Ganzen betrachtet ein Gesamtbild ergeben. Insbesondere aus berufssoziologischer Perspektive soll die aktuelle Umbruchphase im Hebammenwesen nachvollzogen und verstanden werden.

1.1 Stand der Forschung

Während die Entwicklung der Geburtshilfe und der damit verbundenen Wissensentwicklung in Deutschland in der Literatur sowohl aus soziologischer, (medizin-)historischer, hebammenwissenschaftlicher, anthropologischer, ethnologischer, philosophischer oder kulturwissenschaftlicher Perspektive umfangreich beschrieben worden ist, konnten trotz eingehender Recherche zur Vermittlung des außerklinischen Hebammenwissens an Hebammenschulen in Bayern nach 1985 keine einschlägigen berufssoziologischen Arbeiten gefunden werden.

Maßgeblich für die vorliegende Arbeit waren daher Quellen, die entweder durch die Beschreibung der Wissensvermittlung aus einem früheren Kontext einen Rückschluss auf die Wissensvermittlung nach 1985 zuließen oder die damit verbundenen gesellschaftlichen Entwicklungen in der Geburtshilfe beschrieben.

Besonders hervorzuheben sind dabei folgende Werke:

- „Soziologie der Geburt“ von Paula-Irene Villa et al. (2011), die sich soziologisch mit der Geburt und ihren Ritualen, mit der Geburt als Projekt sowie mit der Geburt, Frauen und Wahl(freiheit) auseinandergesetzt haben;
- „(Un)Heimliche Niederkunften“ von Marion Stadlober-Degwerth (2008), die sich im wissenschaftshistorischen Kontext mit den Arbeitswelten der

Hebammen und Hebärzte am Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts am Beispiel der Stadt Regensburg befasst hat;

- „Geburtshilfe neu denken“ von Friederike zu Sayn-Wittgenstein (2007), die die Entwicklungen der Geburtshilfe in Deutschland erstmals hebammenwissenschaftlich beschrieben hat;
- „Außerklinische Geburt in Deutschland“ von Christine Loytved und Paul Wenzlaff (2007), die sich auf Basis einer retrospektiven Kohortenstudie mit der Qualität der außerklinischen Geburtshilfe befasst haben;
- „Hebammen in Münster“ von Britta Schmitz (1994), die aus volkskundlicher Perspektive die historische Entwicklung des Lebens- und Arbeitsumfelds sowie das berufliche Selbstverständnis von Hebammen untersucht hat;
- „Nicht alles nach der Gelahrten Sinn geschrieben – Das Hebammenanleitungsbuch von Justina Siegemund“ von Waltraud Pulz (1994), die ebenfalls aus volkskundlicher Sicht untersucht hat, wie sich auf Basis des geburtshilflichen Überlieferungswissens frühneuzeitlicher Hebammen die moderne Geburtshilfe herausbilden konnte;
- „Verlauf von 855 Hausgeburten im Münchner Raum von 1981 bis 1987“ von Andrea Sack (1993), die sich medizin-institutionell mit der Hausgeburtshilfe befasst hat.

Des Weiteren wurden schwerpunktmäßig wissens- und berufssoziologische Quellen wie auch Veröffentlichungen aus dem medizinischen Bereich für diese Arbeit gesichtet und verwendet.

1.2 Vorgehen und Methode

Während auf Basis der Literatur geschildert wird, welche Aspekte zum aktuellen Umbruch im Hebammenwesen führten, war es aufgrund fehlender Quellen zur Wissensvermittlung und zum Wissensstand von WeHen in der außerklinischen Geburtshilfe in Bayern erforderlich, empirisch zu forschen. Hierfür galt es, eine Methode der Datenerhebung zu wählen, mittels derer einerseits ein Lückenschluss der fehlenden Daten möglich wurde, andererseits aber auch das Kontaktwissen der außerklinisch tätigen Hebammen herausgearbeitet werden konnte.

Für die vorliegende Arbeit wurden daher Daten im Mixed-Method-Verfahren erhoben und analysiert (Schreier 2013: 290). Das Verfahren wurde zweistufig angelegt. Quantitativ erhoben wurde, inwiefern in der bisherigen (berufsfachschulischen) Hebammenausbildung in Bayern Kenntnisse zur außerklinischen Geburtshilfe erworben werden konnten. Mit qualitativen Erhebungsmethoden wurde erfasst, welche gesellschaftlichen Strukturen und

welche persönlichen Strukturen, Erfahrungen, Haltungen und Kenntnisse der Hebammen die Wissensentwicklung beeinflussen. Zudem wurde untersucht, wie personengebundenes, außerklinisches Hebammenwissen systematisiert werden kann, um es in der Hochschullehre vermitteln zu können. Hierfür wurden retrospektive leitfadenorientierte narrative (Expert*innen-)Interviews geführt (vgl. Onnen-Isemann 2000: 67). Über den qualitativen Forschungszugang soll beschrieben werden, was die Qualität von Hebammenwissen in der Arbeit von Hebammen, die in der außerklinischen Geburtshilfe tätig sind, ausmacht, wie sie dieses Wissen aufbauen und an WeHen weitergeben können.

Teil II:
Geburtshilfe und Hebammenberuf
im Wandel

2 Die Entwicklung des Hebammenberufs

Mutter und Kind sind während und nach der Geburt besonders verletzlich und schutzbedürftig, da sie sich nicht oder nur bedingt selbst gegen mögliche Gefahren zur Wehr setzen können. Vermutet wird, dass sich Frauen bereits seit der Entwicklung des aufrechten Ganges Hilfe während der Niederkunft holten, die sich in vielerlei Hinsicht als vorteilhaft erwies: Trevathan (2011: 29) führt an, dass die Unterstützung den Müttern jedoch nicht nur zur Abwehr möglicher Gefahren diene, sondern auch emotional eine Hilfe war und *midwifery*⁹ somit für nahezu alle werdenden Mütter zur Notwendigkeit geworden sei. Diese Unterstützung war zunächst eine Hilfe von Frauen untereinander: „In den meisten [...] Kulturen haben Frauen immer versucht, sich zumindest vor der Anwesenheit ihrer Männer zu schützen. Geburt war Frauensache“ (Odent 1994b: 35). Historisch betrachtet entstand aus diesem zunächst weiblichen Beistand einer der ältesten beschriebenen Berufe – der Beruf der Hebamme.

Im frühen Mittelalter verlor sich im Gebiet des heutigen Deutschland die bis dahin rein weibliche Kunst der Geburtshilfe zunehmend, da eine „übermächtige Kirche“ die „Geburt in die Sphäre abergläubischer Handlungen und Riten“ verbannt habe (Rockenschaub 2001: 26). Im 13. Jahrhundert erlernten Hebammen in den Entbindungsspitalern für Bedürftige den Kaiserschnitt (vgl. Gubalke 1985: 16). Nach Schmitz (1994) begannen parallel die gelehrten (männlichen) Ärzte, sich für die Geburt zu interessieren. Ärzte waren damals zugleich Geistliche. Ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse, die sie in Klöstern gewannen, waren von der religiösen Lehre geprägt. Blutige Operationen mussten sie unterlassen, da diese Behandlungen den Ärzten nicht würdig erschienen. Diese wurden deshalb von den handwerklich ausgebildeten Barbieren oder Badern ausgeübt, die später von Wundärzten oder Chirurgen abgelöst wurden. Es war üblich, dass Hebammen Wundärzte bei geburts-hilflichen Komplikationen hinzuzogen. Diese handelten jedoch nur dann, wenn sich die Hebammen selbst einen nötigen Eingriff nicht zutrauten. Die Geburt verantwortete die Hebamme. In der Frühen Neuzeit löste sich die medizinische Wissenschaft von der Kirche, die Ärzte erwarben ihr Wissen nun an Universitäten. Ihre Tätigkeiten beschränkten sich noch immer auf unblutige Behandlungen wie die von inneren Erkrankungen und auf medikamentöse Therapien. Da ihre Kenntnisse ausschließlich theoretisch waren, blieben ihnen die praktischen Tätigkeiten der handwerklich versierten Chirurgen und

9 Englisch für Hebammenwesen.

die der Hebammen verborgen. So entstanden erste schwere Unstimmigkeiten zwischen den Berufsgruppen (vgl. Schmitz 1994: 22ff.). Hygienische Probleme, Pestausbrüche, Kriege und Wirtschaftskrisen zwangen die Obrigkeiten dazu, „Medizinalgesetze“ zu erlassen, und im Zuge dessen wurde auch die Geburtshilfe neu geregelt (vgl. Szász 2020c: 35). Um die Tätigkeitsfelder zu definieren, wurde so im Laufe der Zeit aus der traditionellen und individuellen Begleitung von Gebärenden ein Beruf mit Grundregeln. Diese Regeln wurden im ausgehenden Mittelalter verschriftlicht. Als eine der ersten Hebammenordnungen gilt die Regensburger Ordnung von 1452. „Sie schuf mit einer Vereidigung auch den Stand einer geschworenen Hebamme, die gegenüber anderen Lehrmägden den Rang einer Oberhebamme bekam, auf daß keine Frau, die nicht dazu eingesetzt und geschworen ist, sich einer gebärenden Frau unterwindet“ (Gubalke 1985: 68). Um die Lehre gewährleisten zu können, mussten Ausbildungsstrukturen aufgebaut werden.

Die erste Gebäranstalt, die der Hebammenausbildung diente, wurde 1589 in München gegründet (vgl. a.a.O.: 74; Stadlober-Degwerth 2008: 28). Im ausgehenden 17. Jahrhundert verschriftlichte die Hebamme Justine Siegemund ihr Hebammenwissen und stellte dabei eine Verbindung zum Gelehrtenwissen der Ärzteschaft her, die wiederum auch ihr Wissen nutzten und rezipierten. 1994 waren 13 Hebammenlehrbücher aus dem 17. und 18. Jahrhundert bekannt (vgl. Stadlober-Degwerth 2008: 7). Jedoch machte sich die Prägung der Rolle der Frau in der Gesellschaft ab dem 17. Jahrhundert auch in der Geburtshilfe und den Veröffentlichungen bemerkbar, die sich unter einem männlich dominierten Einfluss weiterentwickelten (Odent 1994b: 36). Im 18. Jahrhundert bestand das Ziel des Staates darin, die Säuglingssterblichkeit gesenkt werden. Dies führte zu einer weiteren Begrenzung des Hebammenberufs in Form einer Verstärkung der Reglementierung durch Ärzte. Diese artikulierten zunehmend ihre Aversionen gegen die Art und Weise, wie Hebammen Entbindungen begleiteten. Schließlich unterstellten sie den Hebammen, den Tod von Müttern und Kindern vor, während oder nach Geburten zu verschulden (vgl. Schmitz, 1994: 27). Die ersten Hebammenschulen entstanden Mitte des 18. Jahrhunderts (vgl. Szász 2020a: 36) – Hebammenschülerinnen wurden fortan nur noch für die komplikationslose Geburt ausgebildet, Ärzten oblag nun die Durchführung operativer Eingriffe. Diese „Arbeitsteilung“ ist bis heute gültig (ebd.).

Stadlober-Degwerth (2008) beschreibt die Entwicklung des Hebammenberufs anhand zahlreicher historischer Quellen und aktueller Forschungsarbeiten. Sie konstatiert, dass sich für das 19. Jahrhundert keine Lehrbücher oder Journale fänden, die von Hebammen verfasst wurden. Sie schließt daraus: „Reduktion und Verbot von Tätigkeiten aus der Hebammenpraxis wie ärztliche Verbote zu Wendung, Zunge lösen und Arzneimittelverabreichung trugen vermutlich zu diesem Phänomen bei“ (a.a.O.: 8). Metz-Becker (2011: 232) argumentiert, dass bereits mit der akademisch-ärztlichen Geburtshilfe

des 19. Jahrhunderts in Deutschland die Weichen für die heutige Krankenhausentbindung gestellt worden seien. Durch die Definition der Geburt als „pathologischer Akt“ sei der Einsatz operativer Techniken gerechtfertigt worden (vgl. ebd.). Diese führten Hebammen aber nicht mehr aus, und Frauen entschieden sich für die Klinik. Zudem führte die Pauperisierung während der Industrialisierung im 19. Jahrhundert dazu, dass auch die selbstständigen Hebammen verarmten, da sich die Frauen die selbst zu bezahlenden Hebammenleistungen nicht leisten konnten (vgl. Szász 2020b: 37f.). Aufgrund der sich zuspitzenden Not rief 1885 die freie Hebamme Rosina Neumann zum ersten Treffen der Berliner Hebammen auf. 300 Hebammen gründeten damals den ersten, jedoch noch nicht schlagkräftigen, Hebammenverband, dem Olga Gebauer bis 1920 vorsah (Deutscher Hebammenverband 2019c). Obendrein mussten sich die Hebammen mit Diffamierungen auseinandersetzen: Obwohl zunächst die Universitätskliniken als Ursache für das grassierende Kindbettfieber erkannt worden waren, sollten für die Verbreitung des Fiebers nun die Hebammen verantwortlich gemacht werden. Hierfür wurde die Puerperalfieberstatistik für Preußen veröffentlicht. Zugleich wurde die Reform des Hebammenwesens forciert und die Hausgeburtsilfe als veraltet dargestellt (vgl. Szász 2020b: 37). Im 20. Jahrhundert versuchten Hebammen vergeblich für ihre Rechte und ihren Berufsstand zu kämpfen. In der Zeit der Weimarer Republik traten die Hebammen in die Gewerkschaft ein (vgl. a.a.O.: 41).

Da ihre Bemühungen um Verbesserungen für ihren Berufsstand aussichtslos geblieben blieben, waren Hebammen empfänglich für die Versprechungen der Nationalsozialisten, denn mit der Glorifizierung von Familie und Mutterschaft im Nationalsozialismus erfuhren die Hebammen eine soziale Aufwertung. Im Rahmen der Programme zur „Volksgesundheit“ wurde die Pflege der Familie propagiert und erstmals die Hinzuziehungspflicht einer Hebamme zur Geburt gesetzlich festgeschrieben. Reichsgesundheitsführer Conti, dessen Mutter Hebamme war, befürwortete die Hausgeburtsilfe und verkündete öffentlich sein Unbehagen gegenüber Anstaltsentbindungen. Nach Protesten der Ärzteschaft schwächte er seine Aussagen ab und hob die Leistungen der Ärzte in der Geburtshilfe hervor. Die positiven Entwicklungen für ihren Berufsstand bezahlten die Hebammen wiederum mit Freiheit, beispielsweise mit der Auflösung ihrer Hebammenvereinigungen, die durch den nationalsozialistischen Zweckverband, der Reichshebammenschaft, abgelöst wurden, sowie mit der Verpflichtung zur Durchführung sogenannter rassehygienischer Maßnahmen (vgl. Schmitz 1994: 24f.). Mit dem Reichshebammengesetz vom 21. Dezember 1938 wurde ein „Kompromiss zwischen einer generellen Festanstellung und einer völligen Selbständigkeit“ gefunden. Zudem wurde die Pflicht verankert, „zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen“ (vgl. a.a.O.: 43). Trotz alledem blieben Hebammen in einer der Ärzteschaft untergeordneten Position (ebd.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg veränderte sich die Geburtshilfe erneut. Medizinisch-technischer Fortschritt, aber insbesondere eine Veränderung der Abrechnungsmodalitäten mit den Krankenkassen bewirkten, dass sich die Hebammen wieder aus der freien Praxis zurückzogen. Die Kosten für Geburten, die in der Klinik stattfanden, wurden bis 1968 nur dann von den Krankenkassen getragen, wenn ein Risiko vorlag und die Frau deshalb nicht zu Hause entbinden konnte. Die Krankenhäuser stellten nun Hebammen ein. Insbesondere junge Hebammen fanden so einen sicheren Arbeitsplatz. Das führte zu einer grundlegenden Umstrukturierung des Hebammenberufs (vgl. Schmitz 1994: 25). Dennoch wurden bis in die 1950er Jahre rund 98 Prozent der Kinder in Deutschland zu Hause geboren (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 53). Ab den 1960er Jahren entschieden sich zunehmend mehr Frauen für die Klinikgeburtshilfe, vor allem weil die Kosten hierfür ab 1968 von den Krankenkassen übernommen wurden, auch wenn kein Geburtsrisiko vorlag (vgl. Schmitz 1994: 25). Durch die zunehmende Verlagerung der Geburt in die Klinik kam es zudem zu einer weiteren Übertragung von Hebammenkompetenzen an den Arzt (vgl. a.a.O.: 28). Die Anzahl selbstständiger Hebammen verringerte sich deutlich (ebd.: 25). Zum Vergleich: Heute werden nur rund 2 Prozent der Kinder zu Hause geboren (vgl. Ramsayer 2020: 29).

1985 wurde das Hebammengesetz dahingehend verändert, dass in einem vormals reinen Frauenberuf nun auch Männer tätig werden durften.¹⁰ Obwohl sich das Hebammenwesen nicht als Pflegeberuf verstand, wurden männliche Hebammen mit der Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ belegt. Dies verdeutlichte die zunehmende Assistenzrolle der Hebammen in den Kliniken. Trotz der Öffnung des Hebammenwesens für Männer blieb der Beruf für sie eher uninteressant. In Deutschland entschieden sich nur sehr wenige, Entbindungspfleger zu werden, die Angaben schwanken zwischen fünf und zehn ausgebildeten Hebammen (s. Kap. 7). Mit Einsetzen der Frauenbewegung bemühten sich Hebammen ab den 1970er Jahren, das Hebammenwesen zu stärken (s. Kap. 5).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Entwicklung des Hebammenwesens durch die gesellschaftliche Notwendigkeit einer Strukturierung von geburtshilflichen Unterstützungsmaßnahmen unter Frauen entwickelte, die sich einerseits durch Notlagen ergab, andererseits aber auch durch den zunehmenden Anspruch einer männlich dominierten Wissenschaft, welche die Idee verfolgte, lebensweltliche Prozesse einem medizinischen System unterzuordnen. Die Strukturen des (weiblichen) Hebammenwesens wurden zudem zu einer Zeit fixiert, da das weibliche Wissen sowie der weibliche Intellekt nach der herrschenden gesellschaftlichen Doktrin überwiegend geringgeschätzt wurden und Frauen der Zugang zur Wissenschaft in der Regel

10 **Hebammengesetz** vom 4. Juni 1985 (BGBl. I: 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. Zuletzt geändert durch Art. 39 G v. 6.12.2011 I 2515 (= HebG (alt)).

gänzlich verwehrt war. Die Professionalisierung des Hebammenwesens war somit unmöglich und Hebammen stets mit der Herausforderung konfrontiert, ihren Beruf zu schützen. Eine Weiterentwicklung des Berufsstandes wird erst ab 2019 durch das neue Hebammengesetz möglich: 2019 wurde das Hebammenreformgesetz¹¹ eingeführt, das zu sehr deutlichen Umbrüchen im Hebammenwesen führt (s. Kap. 8).

11 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG vom 22.11.2019).

3 Wesentliche Rahmenbedingungen des Hebammenberufs in Deutschland

Nach Reckwitz (2021: 34f.) sei die moderne Gesellschaft geprägt durch „Standardisierung, Formalisierung und Generalisierung“ in Form von technischen, kognitiven und normativen Rationalisierungen. Diese Strukturen wirken sich, wie in allen gesellschaftlichen Bereichen, auch auf das Hebammenwesen aus.

Die Arbeit der Hebammen umfasst die Betreuung von Frauen und ihren Familien während der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, der Stillzeit, aber auch in der weiteren Familienplanung (Schwager 2020a: 90). Der Hebammenberuf war jahrhundertlang ein klassischer Frauenberuf (vgl. Kap. 2), der vom Mittelalter bis in die Moderne insbesondere auch aufgrund der gesellschaftlichen Stellung der Frau von außen, durch männliche Beeinflussung, geformt wurde.

Heute finden wir rechtliche Rahmenbedingungen, aber auch Strukturen durch die Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu den Hebammenleistungen und Abrechnungsverfahren (GKV-Spitzenverband 2021) vor, in deren Gestaltung Hebammen über Verbandsvertretungen gehört werden. Zudem gelten die Selbstvorgaben der Berufsgruppe, beispielsweise zur Ethik oder Qualitätssicherung, die durch die Berufsverbände oder entsprechende Netzwerke erarbeitet werden. Die für die vorliegende Arbeit wesentlichen Rahmenbedingungen werden nachfolgend beschrieben.

3.1 Rechtlicher Rahmen

Eine zentrale Vorschrift im alten Hebammengesetz von 1985, die den Berufsstand der Hebamme noch bis heute in seiner heutigen Form schützt, ist § 4 HebG (alt).¹² Sie beschreibt die Hinzuziehungspflicht, die noch auf den Einfluss der Nationalsozialisten (vgl. Kap. 2) auf die Geburtshilfe zurückzuführen ist: „(1) Zur Leistung von Geburtshilfe sind, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ oder ‚Entbindungspfleger‘ sowie Dienst-

12 **Hebammengesetz** vom 4. Juni 1985 (BGBl. I: 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I: 2515) geändert worden ist. Zuletzt geändert durch Art. 39 G v. 6.12.2011 I 2515. (= HebG (alt)).

leistungserbringer im Sinne des § 1 Abs. 2 berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird“. Implizit schützt diese Hinzuziehungspflicht den Beruf der Hebamme oder des Entbindungspflegers vor der Abschaffung zugunsten einer rein ärztlich geleiteten Geburtshilfe. In § 5 HebG (alt) wurde auch das Ausbildungsziel geregelt: „Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (Ausbildungsziel)“. Die Kompetenz der Hebamme in der Geburtshilfe ist darauf beschränkt, eine normale, das heißt eine regelrecht und ohne Pathologien verlaufende Geburt, verantwortlich zu leiten. Treten Pathologien auf, zieht die Hebamme Gynäkolog*innen hinzu.

Die Kompetenzen der Hebammen und somit die Hebammenausbildung wird heute europaweit geregelt. Die rechtliche Grundlage hierfür ist in der EU-Richtlinie 2013/55/EU¹³ mit Umsetzungsstichtag zum 18. Januar 2020 zu finden. Im darauf basierenden Gesetzesentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches (Hebammenreformgesetz – HebRefG vom 22.11.2019) hin zur Akademisierung des Berufs wurde an dem Hinzuziehungsgrundsatz nichts geändert. § 4 HebRefG beschreibt weiterhin die Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten (Bundesministerium für Gesundheit 2019; Bundesregierung 2019: 10).

Das HebG (alt) wurde mit Einführung des Hebammengesetzes vom 22. November 2019 ungültig.¹⁴ In Bayern wird die Berufsausübung von Hebammen auch durch die Bayerische Hebammenberufsordnung (BayHebBO) vom 28. Mai 2013 geregelt. Sie legt unter anderem die Aufgaben (§ 2 BayHebBO), die Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit (§ 3 BayHebBO), den Umgang mit und die Anwendung von (verschreibungspflichtigen) Arzneimitteln (§ 4 BayHebBO), die Dokumentationspflicht (§ 5 BayHebBO), die Schweigepflicht (§ 6 BayHebBO) und die Fortbildungspflicht (§ 7 BayHebBO) fest.

13 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).

14 Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I: 1759). Ersetzt G 2124-14 v. 4.6.1985 1902 (HebG 1985).

3.2 Relevante Berufsverbände und Netzwerke

Deutschlandweit sind insbesondere nachfolgende Berufsverbände für Hebammen relevant:

- Die International Confederation of Midwives (ICM) vernetzt Hebammen weltweit und setzt sich global für ihre Interessen ein. Von ihr entwickelte Definitionen, zum Beispiel zur Berufsethik oder von im Studium zu erwerbenden berufsspezifischen Kompetenzen, haben Strahlkraft und/oder Verbindlichkeit für alle Berufsverbände weltweit (ICM 2018).
- Der Deutsche Hebammenverband (DHV) ist mit über 20.000 Mitgliedern der größte Berufsverband in Deutschland, vertritt sämtliche berufspolitischen Interessen von Hebammen in Deutschland und organisiert Fort- und Weiterbildungen (DHV 2019). Der Verband setzt sich zudem für eine „menschenswürdige Geburtskultur“ ein. Hierzu zählt eine „normale Geburt ohne technische Interventionen, aber mit viel menschlicher Zuwendung“ (DHV 2020c).
- Im Dachverband DHV werden die einzelnen Bundesländer über ihren jeweiligen Landesverband repräsentiert (DHV 2018). Die Landesverbände setzen sich für die berufspolitischen Ziele der Bundesländer ein. Darüber hinaus organisieren sie beispielsweise Fort- und Weiterbildungen für Hebammen und unterstützen Zirkel zur Qualitätssicherung der Hebammenarbeit.
- Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) stellt die Interessensvertretung von rund 1000 freiberuflichen Hebammen in Deutschland (BfHD 2021).
- Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) ist eine international und interdisziplinär vernetzte wissenschaftliche Fachgesellschaft für Hebammen. Sie fördert unter anderem die Professionsentwicklung, die „hebammenwissenschaftliche Forschung, Lehre und Praxis“, auch um zu einer „bedürfnis- und bedarfsgerechten sowie effizienten Versorgung von Frauen und Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Still-/Säuglingszeit beizutragen“. Für das Hebammenwesen ist die Mitgliedschaft der DGHWi in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. als ein wesentliches Kriterium an der Etablierung hebammenwissenschaftlicher Evidenz zu werten, dann die DGHWi kann so an der Erstellung medizinischer Leitlinien mitwirken (DGHWi 2020a, 2020b, 2021).
- Der Deutsche Fachverband des Hebammenhandwerks e.V. (DFH) vertritt Mitglieder, die eine „rein hebammengeleitete Geburtshilfe“ auf der Basis „der traditionellen Hebammenkunst“ (THK) ermöglichen. Zudem setzt er sich für die Stärkung der Hausgeburtshilfe ein (DFH 2020).

Des Weiteren organisieren sich Hebammen in Netzwerken und Qualitätszirkeln. Hierzu gehören unter vielen anderen:

- Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) dokumentiert seit 1999 zur Qualitätssicherung „durch Hebammen begleitete außerklinische Geburten – das sind Geburten im häuslichen Umfeld und in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (Geburthäuser, Entbindungsheime oder Hebammenpraxen mit Geburtshilfe)“. QUAG wird vom DHV und BfHD getragen (QUAG 2020).
- Das Netzwerk der Geburtshäuser – Verein zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland e.V. ist die Interessenvertretung der Geburtshäuser (Netzwerk der Geburtshäuser 2021b).

3.3 Arbeitsformen und Arbeitsbereiche von Hebammen

Die Berufsgruppe der Hebammen wird als Hebammenwesen bezeichnet: „Das Selbstverständnis des modernen Hebammenwesens basiert auf dem geschichtlich ableitbaren Verständnis von einer weisen (auf Wissen basierenden), partnerschaftlichen, von Frauen für Frauen angebotenen Hilfe rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit – abseits des von der Naturwissenschaft geprägten Denkstils der Medizin“ (Kahl 2013: 14). Hebammen sind heute in unterschiedlichen Arbeitsformen organisiert und in verschiedenen Arbeitsbereichen tätig. Sie können sowohl im Angestelltenverhältnis als auch freiberuflich arbeiten, sich berufspolitisch in Berufsverbänden, in sozialen Bereichen oder in Forschung und Lehre engagieren. Angestellte Hebammen arbeiten in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung im Krankenhaus, können aber zudem freiberufliche Tätigkeiten anbieten, beispielsweise in Form von Kursen, Schwangerenvorsorgen oder Wochenbettbetreuung (vgl. Stiefel 2020a: 73f.).

Jacobi und Hausen (2020: 26f.) identifizierten 19 Versorgungsstrukturen und Konzepte, in denen Hebammen tätig sind. Etabliert seien „der Hebammenkreißsaal, die Familienhebamme, die Familiengesundheitshebamme, die Family Nurse Partnership, ein Projekt zur Integrierten Versorgung. Außerdem sind neue Versorgungsangebote in Form von Online-Beratungsportalen, Hebammenzentralen, Wochenbettambulanzen und Praxen mit angestellten Hebammen/anderen Professionen entstanden. Zunehmend entstehen außerdem finanzielle Unterstützungsmodelle der Hebammen durch staatliche Stellen und Online-Hebammensuchmaschinen. Eher vereinzelt kann man die Entwicklung familienfreundlicher Schichtmodelle, Hebammen als Teil eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder die Organisation eines

Hebammen-Notrufs finden. Als hilfreiche Konzepte für die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen wurden das Hebammenzentrum, das Konzept Hebammengeleitete Betreuung sowie die beziehungsgeleitete Geburtskultur identifiziert“. Die Angebote und Konzepte variieren deutschlandweit deutlich (vgl. ebd.).

Nach Stiefel (2020) stehen freiberuflichen Hebammen verschiedene Tätigkeitsbereiche offen und diese können, in unterschiedliche Gruppen eingeteilt werden. Hebammen arbeiten „mit“ und „ohne“ Geburtshilfe. Außer-klinisch (ambulant) können sie sowohl in der Geburtshilfe in hebammengeleiteten Einrichtungen oder zu Hause tätig sein und/oder hierfür auch Verträge mit Krankenhäusern schließen, um (zusätzlich) als Beleghebammen zu arbeiten. Ferner besteht die Möglichkeit, Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung oder Kurse anzubieten. Hebammen können sich beruflich nur in einzelnen Tätigkeitsfeldern verorten oder die kombinieren. Auch interdisziplinäre Kombinationen sind möglich, beispielsweise in Form von Gemeinschaftspraxen (vgl. Stiefel 2020a: 73–76).

Freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe können auch im Belegsystem arbeiten. Nach Anlage 1.1 Hebammen-Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V (3)¹⁵ sind „Beleghebammen [...] Hebammen, die einen Belegvertrag mit einem Krankenhaus abgeschlossen haben und während des Krankenhausaufenthaltes der Versicherten Leistungen erbringen. Damit umfasst sind auch Geburten, bei denen die Versicherte das Krankenhaus nach der Geburt zeitnah wieder verlässt“.

In der Vergütungsvereinbarung wird ferner zwischen Dienst-Beleghebammen und Begleit-Beleghebammen unterschieden. Nach § 134a SGB V (4) sind Dienst-Beleghebammen „in einem Dienst- oder Schichtsystem oder im Bereitschaftsdienst im Krankenhaus tätig. [...] Die Dienst-Beleghebamme soll Leistungen bei höchstens einer weiteren Versicherten zur gleichen Zeit erbringen“. Begleit-Beleghebammen sind nach § 134a SGB V (5) Hebammen, „die ihre Leistung nicht in einem Dienst- oder Schichtsystem oder im Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses erbringen, sondern die ihr bekannte Schwangere zur geplanten Geburt ins Krankenhaus begleitet“. Dabei bestimmt die Schwangere „eine ihr persönlich bekannte Hebamme für eine geplante Begleit-Beleggeburt“ (ebd.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich für Hebammen eine Vielfalt an Möglichkeiten der Berufsausübung bietet. Die Art und Weise der Berufsausübung beeinflusst dabei auch die Betreuung der Frau. Durch die rechtlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben der GKV sind die Handlungsspielräume von Hebammen klar umgrenzt.

15 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I: 2477) § 134a Versorgung mit Hebammenhilfe.

4 Individualisierung und Technisierung: Beispiele gesellschaftlicher Trends in Zusammenhang mit Mutterschaft

Reckwitz (2021) beschreibt die „spätmoderne Gesellschaft der Singularitäten“, die durch die Digitalisierung und die postindustrielle Ökonomisierung geprägt werde. Er geht davon aus, dass es heute die Akademiker*innen seien, die die Mittelklasse bildeten und an der „Singularisierung und Kulturalisierung ihres Lebensstils“ arbeiteten. Dieser Lebensstil ist nach Reckwitz geprägt durch „Authentizität, Selbstverwirklichung, kulturelle Offenheit und Diversität, Lebensqualität und Kreativität“ (2021: 273ff.). Es zeigt sich eine Differenz zu den anderen sozialen Schichten, denn „Superreiche [i.O.m.H.]“ und die „neue Unterklasse zeichnen sich einerseits durch die Unterschiede in Bildung und Vermögen, andererseits aber die auch im Lebensstil aus (a.a.O.: 278f.). Eine Miteinander der Schichten und „entsprechende Partnerschaften zwischen Individuen aus unterschiedlichen Milieus“ ist „seit den 1990 Jahren im Verhältnis zur organisierten Moderne deutlich zurückgegangen“ (a.a.O.: 281). Diese Entwicklungen haben sich sowohl auf die Mutterschaft als auch auf die Betreuungsbedarfe der einzelnen Frauen und ihrer Familien durch Hebammen ausgewirkt – sie hat eine deutlich veränderte Klientel mit sich gebracht. Je nach sozialer Schicht lassen sich Erkrankungsmuster erkennen, die auch als „Lifestyle-Erkrankungen“ bezeichnet werden (vgl. Renfrew et al. 2015). Insgesamt wird die Klientel (gesundheitlich) heterogener und zudem insgesamt deutlich älter (vgl. ebd.).

Die Familienforschung zeigt die Lebensläufe von Familien auf, welchen Leitbildern sie folgen und wie sich Familien entwickeln (vgl. Onnen/Stein-Redent 2017). Welchen Stellenwert Mutterschaft beim Individuum hat, hängt dabei unter anderem mit dem Wertegerüst der Person zusammen. Gigerenzer (2013) beschreibt, wie sich junge Menschen in der heutigen Gesellschaft verhalten und was sie sich für ihr Leben erhoffen, anhand der *inneren und äußeren Ziele*: „Zu den inneren Zielen gehört das Bestreben, ein reifer Mensch zu werden, indem man seine Fertigkeiten, Fähigkeiten, moralischen Werte stärkt und ein sinnvolles Leben führt. Äußere Ziele haben mit materiellen Belohnungen und den Meinungen anderer Menschen zu tun – etwa hohes Einkommen, soziale Anerkennung und gutes Aussehen“ (a.a.O.: 112). Er führt an, dass sich in der jüngeren Generation die äußeren Werte zuungunsten der inneren Werte verschoben hätten: „[F]inanziell gut gestellt zu sein [i.O.m.H.]“ sei wesentlicher, als „eine sinnvolle Lebensphilosophie

[i.O.m.H.]“ zu entwickeln (ebd.). Wenn Ziele nicht selbst erreicht werden könnten, weil sie außergeleitet seien, hätten die Menschen jedoch auch weniger Einfluss auf deren Erreichung. Menschen reagierten zunehmend ängstlicher auf Ungewissheit, je weniger sie in ihrem Leben selbst kontrollieren könnten (ebd.).

Im Zusammenhang mit Mutterschaft sind einige der hier genannten Parameter nicht beeinflussbar. Während innengeleitete Menschen an ihnen reifen können, können sie außergeleitete vor scheinbar unbezwingbare Herausforderungen stellen.

Im Folgenden sollen die vier Themen Mutterschaft, Schönheitsideal, Risiko und Kostenexplosion im Gesundheitswesen erörtert werden. Sie sind eng verwoben mit dem Modernisierungsprozess und gehen dabei insbesondere mit der Individualisierung und der Technisierung einher.

4.1 Individualisierung

Reckwitz beschreibt, dass sich vormoderne, archaische Gesellschaften durch „eine hohe Stabilität ihrer sozialen Strukturen auszeichnen“, wobei sie „im Kern identisch“ seien „mit einer Lebenswelt, die von Gewohnheiten und komplexen Typisierungen geprägt ist, welche die Grundlage für eine soziale Logik des Allgemeinen bilden“ (Reckwitz 2021: 93; s. auch Kap. 5). Mit der „neolithischen Revolution“ hätten sich ihm zufolge die archaischen Gesellschaften in traditionelle Gesellschaften gewandelt, wobei noch in beiden Gesellschaftsformen die „Singularisierungsprozesse auf der Ebene von Dingen präsenter“ erschienen „als auf jener von Subjekten“ (a.a.O.: 95f.). Erst im Zuge der bürgerlichen Moderne habe sich dies geändert: „Kennzeichnend für die Lebensführung der Bürgerlichkeit ist die *Ambivalenz* zwischen dem Anspruch einer kulturellen *Allgemeinheit* und einer Orientierung am *Singulären*, verstanden als das Individuelle“ (a.a.O.: 97, alle i.O.m.H.).

Beck erklärt, die „Lebenswahrnehmung“ könne bis zu dem Punkt reduziert werden, an dem sich alles um die „Achse des eigenen Ichs, das eigene Leben dreht“, bis die „Zwänge“ zunehmen, „den eigenen Lebenslauf selbst zu gestalten, und zwar auch und gerade dort, wo er nichts als das Produkt der Verhältnisse ist“. Seiner Meinung nach bedeutet „Individualisierung [...]“, daß die Biographie der Menschen aus vorgegebenen Fixierungen herausgelöst, offen, entscheidungsunabhängig und als Aufgabe in das Handeln jedes einzelnen gelegt wird“ (Beck 2020b: 216). Dabei „wird der einzelne die Konsequenzen aus seinen nicht getroffenen Entscheidungen [i.O.m.H.]“ selbst dann ausbaden müssen, wenn Entscheidungen weder bewusst getroffen würden bzw. werden könnten, noch Entscheidungsalternativen zur Verfügung stünden (vgl. ebd.). Jede individuelle Lebensphase wiederum sei von Proble-

men begleitet – „etwa für die jungen Erwachsenen das Zusammentreffen von Entscheidungen über Ehe, Kinder und Beruf der Ehepartner“. Probleme könnten zwar auch dazu beitragen, (andere), bereits vorhandene „Konfliktlagen“ zu relativieren, jedoch auch nicht immer völlig individuell gelöst werden, da sie „privat und institutionell besonderer Planungen und Abstimmungen bedürfen“ (a.a.O.: 216f.).

Nach Simmel ist die Bedeutung des Begriffs Individuum „überhaupt kein Gegenstand des Erkennens, sondern nur des Erlebens“, und „die Art, wie ein jeder sie an sich und am Andern weiß“ mit nichts, was wir wissen, zu vergleichen (vgl. Simmel 1970: 9).

Degele und Dries (2005: 85) beschreiben als „Nebenfolgen“ der Individualisierung in der Spätmoderne die Veränderungen in Familie und Partnerschaft und begründen dies in den diversen „Wahlmöglichkeiten“ des Individuums in der spätmodernen Gesellschaft. Simmel zufolge können sich dabei „die Interessen, die den Beziehungen der Geschlechter zugrunde liegen“, in der „kaum überschaubaren Mannigfaltigkeit der Familienformen“ befriedigen (vgl. Simmel 1970: 28). Aber auch der „Wunsch nach Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung“ der Frauen verändere die Familienformen seit den 1960er Jahren (Degele/Dries 2005: 87). Zugleich werde dem Kollektiv der Frauen ein gesellschaftliches Schönheitsideal präsentiert, das kaum zu erreichen sei: „Die Standards für weibliche Schönheit – jung, schlank, sexy – sind stärker kulturell normiert als die Standards für männliche Schönheit“ (a.a.O.: 276). Physiologisch geht mit der Mutterschaft aber zwangsläufig eine Veränderung des Körpers einher, deren Ausprägung nicht für jede Frau und Partnerschaft gleichermaßen tolerabel sein wird.

Individualisierung und Gesellschaft anhand des Beispiels „Mutterschaft als Lebensform“

In Deutschland können gebärfähige Frauen heute in der Regel selbst entscheiden, ob sie geplant kinderlos bleiben möchten oder nicht. „Je mehr äußere Zwänge wegfallen, desto wichtiger ist die Rolle der gegenseitigen sozialen Wahrnehmung für das Zustandekommen oder Nichtzustandekommen sozialer Beziehungen“ (Schulze 1993: 177). Die materielle Unabhängigkeit von (Ehe-)Partner*innen durch Bildung und Qualifikation und Erwerbsorientierung sowie ein gestiegenes Selbstbewusstsein und die Möglichkeit zur Verhütung und Abtreibung sind hierfür ursächlich (vgl. Nave-Herz et al. 1996: 21). Onnen (2014) beschreibt, dass jedoch noch heute Mutterschaft die Karrieren von Frauen, aber auch von ihren Partnern, beeinflusse. Die sich seit der Modernisierung immer weiter voranschraubenden individuellen Bedürfnisse der Einzelnen werden in puncto Mutterschaft scheinbar ausgebremst, denn in (West-)Deutschland überwiegt noch immer die „traditionelle Familienorientierung“, die eine „Hürde für Frauen und Männer im Erwerbsleben“ darstellen kann (vgl. Onnen 2014). Onnen (2016) apostrophiert, dass in vie-

len Bereichen Beruf und Familie heute strikt getrennt voneinander seien und blieben. Diese Trennung war aber nicht immer so, historisch betrachtet etablierte sie sich erst im Zuge der Industrialisierung und der Entwicklung des bürgerlichen Familienmodells mit klaren „geschlechtsspezifische[n] Zuschreibungen“, das heißt der (Ehe-)Mann und Vater sei „verantwortlich für den Familienunterhalt, eine erwerbstätige (Ehe-)Frau und Mutter wird als „Zuverdienerin [i.O.m.H.]“ bewertet (Onnen 2016: 64f.). Heute lassen sich zunehmend durch Möglichkeiten wie Homeoffice, gleitende Arbeitszeit oder weitere Modelle Verbindungen dieser beiden Bereiche schaffen. Jedoch dringt die Arbeit eher in den familiären Bereich ein als andersherum. Meist sind es die Mütter, die ihre Karrieren dadurch nicht oder in veränderter Form weiterverfolgen.

Ein weiteres Risiko im Zusammenhang mit der Mutterschaft ist das Bindungsverhalten in der modernen Gesellschaft. Zwar werden Bindungen schneller eingegangen, sie werden aber auch rascher wieder gelöst (vgl. Onnen 2014). Dabei kommt den Vätern heute mehr als eine Rolle zu. „Während Metaphern für Frauen sehr oft in Verbindung mit einer mehr oder weniger gelungenen Familienrolle erfolgen (gute Mutter, Rabenmutter, Karrierefrau, Weib) gibt es weitaus mehr und unterschiedliche Metaphern für Männer“ (Onnen 2016: 67). Der Vater soll in der Familie präsent sein, ist aber gebunden durch die Arbeitszeiten. Für ihn gilt es, für ökonomische Unabhängigkeit zu sorgen. Das zählt gesellschaftlich für Frauen kaum (vgl. a.a.O.: 71), obwohl sich auch bei ihnen die Lebensentwürfe ändern, sie sind besser qualifiziert sind und auf eine gleichberechtigte Teilhabe auf dem Arbeitsmarkt dringen, die ihnen aber insbesondere aufgrund der Notwendigkeit zur Flexibilität und höheren Verfügbarkeit, die mit Kindern kaum erfüllbar ist, oftmals verwehrt bleibt und sie somit wieder die Versorgung der Familie übernehmen (vgl. a.a.O.: 72). Rollenerwartungen werden von außen an den Vater hergetragen. Hierzu gehört zum Beispiel, qualitativ hochwertige Zeit mit den Kindern zu verbringen und sich im Haushalt zu engagieren. Allerdings: In den Haushalten mit Kindern, in denen beide Partner hochqualifiziert und berufstätig sind, übernehmen dies häufig Haushaltshilfen (a.a.O.: 74–77). Die erwartete Rollengestaltung des modernen Vaters wird kaum erfüllt (ebd.). Personen, die sich dafür entscheiden, Eltern zu werden, gehen somit immer auch Risiken ein.

Dennoch sind Schwangerschaften auch heute noch nur in der Hälfte der Fälle gewollt und geplant, in den anderen Fällen wird die Entscheidung für oder gegen ein Kind erst mit Eintritt der Schwangerschaft getroffen (vgl. DHV 2014: 25). Die bewusste Entscheidung für ein Kind impliziert die Auseinandersetzung mit Mutterschaft. Ab diesem Zeitpunkt ist das Kind in der Regel ein gewolltes, welches der gesellschaftlichen Norm entsprechend auch geliebt werden soll. Das Kind wird eine zentrale Rolle im Leben der Frau und ihrer Familie einnehmen. Das geht mit dem Bedürfnis einher, ein gesundes

Kind zur Welt zur bringen. Für das Leben mit dem Kind, aber auch für das Leben des Kindes werden Ideen entwickelt. Die Phase des Mutterwerdens und das Leben als Mutter werden geprägt von hohen Erwartungen und einem gewissen Leistungsdruck, aus deren Kombination ein Sicherheitsbedürfnis erwächst. Die Mutterrolle kann bereichernd sein, sie ist eine „Chance zum persönlichen Wachstum“, führt aber auch zu „neuen Belastungen“ sowie „gesellschaftlichen Nachteilen“ (ebd.). Stets ist die Schwangerschaft ein Übergang in eine neue Lebensphase, die auch als eine „kritische Lebensphase“ bezeichnet werden kann (a.a.O.: 27). Durch die medizinischen Möglichkeiten entsteht zudem ein gesellschaftlicher Druck, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen. Aber durch das höhere Lebensalter der (Erst-Gebärenden) oder die zunehmende Zahl von Schwangerschaften, die durch Reproduktionsmedizin zustande gekommen sind, wollen sich nicht mehr alle Frauen auf die natürliche Geburt verlassen und es entstehen „immer neue Ungewissheiten hinsichtlich eines natürlichen [i.O.m.H.] Geburtsverlaufes“ (Rose/Schmied-Knittel 2011: 85).

Nach Dabaté (2014) gehen mit der Mutterschaft „Mutterliebe“ und Verantwortung einher, die eng verzahnt sind mit dem gesellschaftlichen Bild einer idealen Kindheit. Diese wird beispielsweise erzielt durch ein „Aufwachsen in ‚optimalen und risikoarmen Lebensbedingungen‘ [i.O.m.H.] (pädagogisch wertvolles Spielzeug, Platz zum Spielen, Natur etc.), mit gesunder Ernährung und frühzeitiger (elterlicher UND [H.i.O.] institutioneller) Förderung“. Die Gesellschaft erzeugt so Druck auf das Individuum, diesen Ansprüchen zu genügen, und stellt Eltern vor eine große Herausforderung (vgl. Dabaté 2014). Eltern zu werden, ist normalerweise kein ungewöhnliches biographisches Ereignis, es ist etwas Natürliches. Schwenger-Fink (2020: 114f.) konstatiert, dass „persönliche, berufliche und gesellschaftliche Entwicklungen“ dazu führen könnten, dass „sich werdende Eltern durch die anstehende Herausforderung der Übernahme der Mutter-/Vaterrolle überfordert fühlen“. Die Auslöser können unterschiedlich sein, beispielsweise überzogene Erwartungshaltungen von außen oder ein fehlendes Netzwerk an Hilfsangeboten. Daraus können Rollenambiguitäten resultieren, die wiederum die Partnerschaft oder die Mutter-Kind-Beziehung belasten können. Aufgabe der Hebammen ist es, werdende Eltern bedarfsorientiert zu unterstützen, so dass sie ihre Elternrolle ausfüllen können (vgl. Schwenger-Fink 2020: 114f.).

Individualisierung und Gesellschaft anhand des Beispiels „Schönheitsideal und Sexualität“

Neben dem Wunsch vieler Frauen, ihre Mutterrolle perfekt auszufüllen, besteht der Wunsch nach einem perfekten Körper. Nach Menninghaus (2007) nimmt der gesellschaftliche Schönheitskult inzwischen zunehmend pathologische Ausmaße an, die zu Körperbildstörungen führen könnten. Seit den 1980er Jahren werden diese in der Medizin als *body image disorders* be-

schrieben (vgl. a.a.O.: 250f.). Ursächlich für diese Unterschätzung und Abwertung des eigenen Aussehens in Bezug auf die eigene Vorstellung eines perfekten Körpers sind überwiegend soziokulturelle Faktoren. Obwohl der soziokulturell gesetzte Standard meist so nicht erreichbar ist, werden Individuen daran gemessen – oder messen sich selbst daran. In westlichen Gesellschaften ist er für Frauen häufig mit Schlankheit verbunden (vgl. Heinberg/Thompson 1995: 325ff.). Krause (2018: 2) beschreibt den Optimierungsdruck, den westliche Gesellschaften verursachen und der sich auch auf den Körper auswirkt: „Der Körper soll nach eigenen Vorstellungen geformt werden, Ausdruck der Persönlichkeit und Individualität sein. Gleichzeitig soll der Körper den geltenden Körperbildern entsprechen und sich in gleichen Teilen von denjenigen abgrenzen, die diesen Idealbildern nicht entsprechen. Der Körper soll individuell bearbeitet werden und dennoch soll eine Annäherung an das geltende Ideal stattfinden“. Reckwitz (2021) bezeichnet den Körper als „Gegenstand des singularistischen Lebensstils“, der die Spätmoderne prägte. Während in der Frühphase der Moderne die Beschäftigung mit dem Körper ein „weibliches Geschäft“ war, hat der Körperkult inzwischen alle Geschlechter erreicht und führt zu tiefgreifenden, teils operativen Eingriffen in eigentlich gesunde Körper, um die Attraktivität zu steigern. Als maßgebliche Kriterien für Attraktivität nennt Reckwitz „Symmetriegebote, vorteilhafte Farbkombinationen, Schlankheit“ (2021: 325f.).

Es ist daher nicht weiter verwunderlich, dass die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft nicht immer ohne Weiteres als normal hingenommen werden kann: Während rund zwei Drittel der Schwangeren die körperlichen Veränderungen durch Gewichtszunahme in der Schwangerschaft in einer Studie als positives Zeichen werteten, erwies sich das veränderte Körperbild für rund ein Drittel der Frauen als unangenehm (vgl. DHV 2014: 27). Krause (2018) verdeutlicht, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen dem Schönheitshandeln und dem Sexualleben gebe. Er konstatiert, dass insbesondere Frauen versuchten, jünger und hübsch auszusehen, um sexuell attraktiv zu sein (Krause 2018: 45, 92). Das verdeutlicht den Konnex zwischen dem Wissen und der Sorge um die eigene Schönheit und gelebter Sexualität. Mit ihrer Studie zeigen Pauls et al. (2008), dass sich die Sexualität während der Schwangerschaft und bis sechs Monate nach der Geburt verändere. Sie machen ein eingeschränktes Körpergefühl und Inkontinenzbeschwerden dafür verantwortlich (vgl. ebd.). Mutter zu werden bedeutet heute für viele Frauen, trotzdem schön und sexuell attraktiv bleiben.

Dieser Trend wird auch in den Medien deutlich. Für das *Time Magazine* titelte Song 2004 „Too posh to push!“. Die Journalistin suchte nach Erklärungen für die weltweit steigende Sectiorate. Scheinbar ausgehend von einer Welle an Prominenten, die sich für eine Entbindung durch Kaiserschnitt entschlossen, entschieden sich immer mehr Frauen für einen Kaiserschnitt als Geburtsmodus. Ursächlich hierfür machte Song neben den steigenden Haft-

pflichtbeitragen für Mediziner*innen und der Ansicht, dass eine Sectio caesarea ebenso sicher sei wie eine Spontangeburt, besonders auch die persönliche Einstellung der Frau aus. Häufig seien die Angst vor einer langen, schmerzhaften Geburt oder einer Verletzung des Beckenbodens und somit der Beeinträchtigung der Sexualität dafür verantwortlich, aber auch die bessere Planbarkeit, die schönere Kopfform des Neugeborenen oder schlicht die „Unlust“, die Geburtsarbeit zu leisten – also „too posh to push“ (Song 2004). Auch bei Oblasser et al. (2007) finden sich diese Gründe in den 162 dokumentierten Interviews immer wieder. Allerdings zeigen Frauen auf den Fotos auch die Narben, die die Kaiserschnitte hinterlassen haben. Für viele Frauen war der Kaiserschnitt aus medizinischen oder persönlichen Gründen die richtige Entscheidung. Teilweise berichten Frauen aber auch von den Narben, die der Kaiserschnitt nicht nur auf der Haut, sondern auch in der Seele hinterlassen habe (vgl. ebd.).

4.2 Technisierung

Individuelle Bedürfnisse, wie die Geburt durch einen geplanten Kaiserschnitt, können nur entstehen und befriedigt werden, wenn es das entsprechende Angebot gibt. Dieses wiederum bedarf der entsprechenden Technik. Nach Bendix (1969) fußt die Modernisierung auf der industriellen Revolution in England. Die damit einhergehende Industrialisierung zeichnet sich durch den technischen Fortschritt aus, der auch die heutige, postmoderne Industriegesellschaft prägt. Dahrendorf (1962) etablierte die Industriosozologie, die sich mit den sozialen Strukturen und sozialen Handlungen im Zusammenhang mit der Güterproduktion oder bei Dienstleistungen beschäftigt. Einhergehend mit der Industrialisierung und Technisierung der Lebensbereiche veränderten sich die Gesellschaften weltweit, was wiederum auch zur Veränderung der Wahrnehmung führte (vgl. Marthaler 2013). Technik hilft, Grenzen zu überschreiten und die Kommunikation zu erleichtern, sie lässt aber auch zunehmend milieübergreifend Lebensstile verschwimmen, da sie günstig verfügbar ist (vgl. Schulze 1993: 177). Technik hilft auch, Probleme zu lösen und Fragestellungen zu bearbeiten. Beck (2020b) gibt jedoch zu bedenken, dass das Hineinwirken der Technik in alle Bereiche und Prozesse des Lebens, des Wirtschaftens sowie in die Natur auch Grenzen aufzeige, da Technik immer wieder neue Risiken mit sich bringe. Zugleich wachse durch den Fortschritt das „Versprechen auf Sicherheit“, das wiederum „weitere Eingriffe in die technisch-ökonomische Entwicklung“ nach sich ziehe (a.a.O.: 26). Das gilt auch für die Geburtshilfe, denn sowohl die technisch unterstützte Diagnostik als auch operative Eingriffe in den Körper bergen Risiken.

Aber was wird unter *Risiko* verstanden? Der Risikobegriff grenzt vom „Schicksal“ ab. Japp (2000) beschreibt, dass die gesellschaftlich bedeutsame Risikosemantik bereits auf den im 12. Jahrhundert entstehenden Fernhandel und das Versicherungswesen zurückgehe, da „mögliche Schadensereignisse in zunehmendem Maße auf individuelle Verursacher (Kaufleute, die Fernhandel betreiben) und immer weniger auf Vorsehung und Schicksal, auf menschlichem Zugriff entzogene Mächte, zurückgeführt werden“ (a.a.O.: 6). Systemtheoretisch nähert sich Niklas Luhmann (2003) dem Risikobegriff, wobei die Systemtheorie die „elementare Abhängigkeit der modernen Gesellschaft von Entscheidung und Risiko voraussetzt“ (Japp 2000: 5). Nach Schulze stellt ein Risiko die „befürchteten negativen Folgen eines Tuns oder Unterlassens“ dar (2011: 28).

Um mit Risiken umgehen zu können, bedarf es einer gewissen Risiko-kompetenz. Risikokompetent zu sein bedeutet, gut informiert, aber auch mutig zu sein, „um einer ungewissen Zukunft zu begegnen, um sich gegen Experten zu behaupten und um kritische Fragen zu stellen“ (Gigerenzer 2013: 28). Das setzt auch voraus, dass der „eigene Verstand ohne Anleitung durch andere“ genutzt werden kann (ebd.). Werden Kompetenzen und Entscheidungen an andere abgegeben, ist es nicht möglich, selbst daran zu reifen. Bereiche außerhalb der eigenen Lebenswelt, über die Informationen kaum oder gar nicht verfügbar sind, bleiben im Ungewissen und können Ängste schüren. Um Entscheidungen bewusst treffen zu können, muss jedoch auch ein Verständnis für das potenziell damit einhergehende Risiko vorhanden sein. Das setzt voraus, dass das Individuum über die nötigen Informationen verfügt, diese auch korrekt interpretieren sowie die eigenen Gefühle, insbesondere auch Ängste, kontrollieren kann. Im Falle möglicher medizinischer Risiken sind Entscheidungen und Abwägungen folglich nicht immer einfach.

Technisierung und Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen

Die Technisierung in der Medizin erweist sich, neben den vielen Vorteilen, die sie gebracht hat, auch als Kostentreiber. Habermas schreibt: „Die technologische Aus- und Aufrüstung eines von Pharmaindustrie und Apparatemedizin abhängigen Gesundheitssystems hat [...] zu Krisen geführt. Aber diese haben die Logik des ärztlichen Handelns [...] eher in Erinnerung gebracht als beseitigt“ (2002: 82). Auch die interdisziplinären Diskussionen um die Technisierung in der Geburtshilfe fallen unter diese in Erinnerung gebrachte Logik des ärztlichen Handelns, die Habermas hier beschreibt. Denn eine Folge der ärztlichen Betreuung vieler gesunder, also nicht erkrankter schwangerer Frauen, im medizinisch-technischen System, sind gestiegene Kosten. Die Forderung von Laux (2008) nach der „Begrenzung des Gesundheitssystems um der Gesundheit willen“ verdeutlicht diese Spirale (vgl. Laux 2008: 18). Während die Ausgaben im Gesundheitssystem unter anderem aufgrund der Technisierung, zunehmen, ist die Finanzierung nicht nachhaltig, generatio-

nenübergreifend gesichert. Mögliche Konsequenzen wären, dass medizinisch notwendige Leistungen zukünftig nicht mehr allen Patient*innen gleichermaßen zukommen können. Laux resümiert, dass „das beste medizinische System möglicherweise nicht das beste Gesundheitssystem“ sei. Aus Gründen der Gerechtigkeit und Effizienz solle sowohl außerhalb als auch innerhalb des Gesundheitssystems auf sozialintegrative Ziele und Maßnahmen geachtet werden (vgl. Laux 2008: 18).

Die Auswirkungen einer medizinischen-technischen Geburtshilfe erklärt Rockenschau (2001), indem er beschreibt, dass hierdurch die operativen Geburtsbeendigungen und die Verweildauern in den Kliniken zunehmen. Indem die medizinische Geburtshilfe finanziert und subventioniert würden, obwohl der Nutzen für alle Gebärenden nicht belegt sei, werde ein „System der Angst“ finanziert und subventioniert, das unter Umständen sogar Schäden verursache, die weitere Kosten nach sich zögen (a.a.O.: 62). Hildebrandt und Göbel (2018) beschreiben, dass das System der Angst allerdings nicht nur bei den Frauen und Familien selbst eine Rolle spiele, sondern auch bei Hebammen und Ärzt*innen. Diese Ängste wiederum könnten selbst einen Risikofaktor in der Geburtshilfe darstellen. Während Furcht eine wünschenswerte Reaktion auf konkret erfassbare Bedrohungen darstelle, stelle sich Angst ein, wenn Risiken nur erahnt werden könnten. Furcht schärfe die Sinne und helfe, Komplikationen zu erkennen und abzuwenden. Angst könne destruktiv wirken und Komplikationen auslösen, die wiederum in (geburtshilfliche) Notfälle münden könnten (vgl. a.a.O.: 35). Uphoff und Hindemith (2011) geben zu bedenken, dass zugleich das Sicherheitsbedürfnis auf allen Seiten zunähme. Um Komplikationen vorzubeugen oder zu begegnen, werde daher immer wieder neue Technik eingesetzt. In der Wahrnehmung außer Acht gelassen werde dabei, dass dieses Vorgehen wiederum neue Risiken schaffe. Das stelle die Akteure vor eine Herausforderung, denn zugleich geht gesellschaftlich gesehen die Bereitschaft, Lebensrisiken zu akzeptieren oder einzugehen, immer weiter zurück, und zwar auch hinsichtlich solchen, die aus medizinischen-technischen Behandlungen resultierten (Uphoff/Hindemith 2011: 224).

Die Frage lautet dementsprechend, was die Angst vor einem möglichen Risiko für die Versorgung bedeutet, die sich gesundheitlich und/oder finanziell auf Einzelpersonen, Unternehmen, das Gesundheitssystem und die Gesamtgesellschaft auswirken kann.

4.3 Vertrauen als Brücke

Adler (1924) beschreibt den Menschen als soziales Wesen. Trotz aller Individualisierungsbestrebungen gibt es den Menschen Sicherheit, an das Kollektiv rückgebunden zu sein. Durkheim hat dies 1897 anhand seiner Untersuchun-

gen zum Suizid näher betrachtet und festgestellt, dass Katholiken durch ihren regelmäßigen, ritualisierten Kirchgang mehr Stabilität im sozialen Gefüge erlebten und mehr Rückbindung an ihr Kollektiv erfuhren als Protestanten, die nicht regelmäßig zur Kirche gingen. Seien Personen eingebunden und weniger allein, neigten sie seltener zur individuellen Handlung des Selbstmordes (vgl. Durkheim 2017: 162, 365–369). Neben der Gruppenzugehörigkeit brauchen Menschen andere Menschen, die mit ihnen mitfühlen können. Trifft ein empathischer Mensch auf einen anderen Menschen, der sich in einer Ausnahmesituation, in der er seelischen und/oder körperlichen Schmerz empfindet, befindet, versteht er die Qualen des anderen. Sapolsky (2017) beschreibt dies als einen „aversiven Zustand“, der durch „unterschiedliche biologische Prozesse“ gebildet werde. Wie und ob sich die Empathie zeigt, ist von Mensch zu Mensch verschieden. Sicher ist jedoch, dass menschliche Fürsorge sowohl dem Empfänger der Fürsorge hilft als auch der helfenden Person, wenn sie nicht nur weiß, dass der andere Mensch Schmerz verspürt, sondern mitempfindet, weil sie dadurch lernt (vgl. Sapolsky 2017: 673ff., 685).

Das soziale Miteinander ist in gewisser Weise immer auch von Vertrauen geprägt. Sich unbekanntem Personen oder einem System anzuvertrauen, dessen Komplexität nicht von außen durchdringbar und somit verständlich sein kann, ist eine riskante Herausforderung, denn es ist nicht außerhalb aller Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem Punkt kommen kann, an dem kein Einfluss mehr auf das Geschehen genommen werden kann. Paradoxaerweise kann aber gerade Vertrauen dazu führen, Komplexität zu reduzieren. Luhmann (2014: 24) schreibt hierzu: „Im Akt des Vertrauens wird die Komplexität der zukünftigen Welt reduziert. Der vertrauensvoll Handelnde [...] macht [...] den anderen Menschen das Angebot einer bestimmten Zukunft, einer gemeinsamen Zukunft, die sich nicht ohne Weiteres aus der gemeinsamen Vergangenheit ergibt, sondern ihr gegenüber etwas Neues enthält“. Luhmann gibt zu bedenken: „Vertrauen bleibt ein Wagnis“ (a.a.O.: 34). Er erklärt, dass sich Vertrauen „unabhängig von spezifischen eigenen Interessen und Erlebniszusammenhängen auf einen Gegenstand ohne Rücksicht auf den jeweiligen Sachzusammenhang, in dem er relevant wird“, beziehe. „Als typisches Beispiel kann das Vertrauen in eine bestimmte Person gelten, das immer aktuell wird, wenn der Vertrauende diese konkrete Person trifft, ungeachtet der jeweiligen Rollenzusammenhänge“ (ebd.).

In der Begleitung des Prozesses des Mutterwerdens, von der Familienplanung bis zum Zeitpunkt des Abstillens, sind es Hebammen, die den Frauen und ihren Familien Sicherheit und Vertrauen schenken können. Es ist ihre Aufgabe, Frauen auf die körperlichen Veränderungen vorzubereiten, diese zu bestärken, umfassend über physiologische Prozesse, aber auch über mögliche Risiken in Zusammenhang mit der Geburt zu informieren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Trotz aller Individualisierungsprozesse lässt sich Mutterschaft gesellschaftlich nur bedingt individuell ausleben. Die gesellschaftlichen Erwartungen können beispielsweise sowohl die Körperwahrnehmung der Frau, ihre Sexualität oder ihr Bild von und ihren Anspruch an die Mutterrolle beeinflussen. Während Mutterschaft einerseits als individuelle Bereicherung erfahren werden kann, ist sie andererseits ein Produkt aus Veränderungsprozessen, die ständig mit Abwägungen und Entscheidungen verbunden sind und deren Auswirkungen mitunter risikobehaftet sein können. Daher ist es entscheidend, ein Verständnis für die Einschätzung der zu erwartenden oder möglichen Veränderungen und Risiken zu entwickeln und dabei möglichst während des gesamten Veränderungsprozesses durch Vertrauenspersonen unterstützt zu werden. Da aber auch das Verständnis und die Einschätzung von Risiken durch die Geburtshelfer*innen die Betreuung der Frau und die Geburt beeinflussen können, kann sich dies wiederum gesellschaftlich auswirken und beispielsweise in einer Erhöhung von Kosten für das Gesundheitssystem manifestieren. Wesentlich für den Umgang mit Risiken ist daher die Entwicklung einer Risikokompetenz bei allen Beteiligten.

5 Entwicklungen in der Geburtshilfe in Deutschland

Die Lebensphasen einer Frau bezüglich Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Still- bzw. Säuglingszeit sind immer gesellschaftlich geprägt und prägen im Gegenzug auch die Gesellschaft. So konstatiert Fischer (2011: 23): „Das Ereignis der menschlichen Geburt – das Schwangerwerden, das Gebären und das Geborenwerden – wird so gesehen durch die (jeweilige) Gesellschaft konstruiert, immer schon historisch-sozial kontextualisiert, durch je unterschiedliche symbolische Ordnungen gestiftet, ist durch notwendige, zugleich historisch kontingente Imaginationen und Praktiken immer schon sozial konstruiert“.

Die Entwicklung in der Geburtshilfe in Deutschland soll in diesem Kapitel mit dem Begriff der „ambivaloxen Dialektik“ beschrieben werden, der auch jene „Modernisierungsfaktoren“ berücksichtigt, die nicht zwangsläufig als „Paradoxa“ gelten können, jedoch eindeutig als Mechanismen im Sinne von zugehörigen „Abläufen“ und „Effekten“ wahrzunehmen sind (vgl. Degele/Dries 2005: 41).

Innerhalb des Modernisierungsprozesses, der in die Medizin im Zuge der Technisierung hineinwirkte (vgl. Kap. 4), ist die Medikalisierung der Geburtshilfe nur einer von vielen Aspekten. Die Medikalisierung¹⁶ von normalen körperlichen Prozessen setzte bereits im 18. Jahrhundert ein (vgl. Foucault 1996: 168). Die Medikalisierung kann dabei verstanden werden als „die Unterwerfung eines wachsenden Bereiches von Lebensäußerungen unter die Medizin“ (Siegrist 2005: 22). Obwohl Illich et al. (1995) diese Entwicklung angemahnt haben und sich der kritische Diskurs fortsetzte, schritt sie voran (vgl. auch Siegrist 2005: 22).

Diese gesellschaftlichen Entwicklungen im Zuge des Modernisierungsprozesses können auch anhand des Konzepts der Differenzierung und der damit verbundenen Systemtheorie beschrieben werden. Durkheim (2016) beschreibt die Arbeitsteilung und somit die Spezialisierung von Berufen. Hierzu gehört auch die Trennung der (familiären) Lebens- und Arbeitsbereiche (vgl. Schimank 2018: 68). Luhmann (1984, 2008, 2017, 2019) formuliert, dass Systeme durch Spezialisierungen wie Arbeitsteilung einerseits zwar komple-

16 „Medikalisierung: Gesellschaftliche Entwicklung, in deren Folge zunehmend Probleme sozialer Abweichung von Normalitätsvorstellungen in den Kompetenzbereich der Medizin verlagert werden. M[edikalisierung] geht einher mit der dominanten Rolle der Medizin als Wissens- und Handlungssystem in modernen Gesellschaften“ Siegrist (2005: 360).

xer, andererseits aber auch leistungsfähiger werden könnten. Das bedeutet, dass mit der Technisierung der Gesellschaft (s. Kap. 4) und der damit verbundenen Verfügbarkeit von technischen Gerätschaften (vgl. Schrage 2009) auch das Interesse am Einsatz der Geräte geweckt werde. Boehme-Neßler (2010) schreibt: „Technologischer und technischer Fortschritt ist eingebettet in politische, soziale und kulturelle Kontexte“. Dabei habe die Technik „eine bedeutende Rolle in der modernen Lebenswelt, die sie entscheidend (mit) prägt“ (a.a.O.: 1, 5). Zu bedenken ist dabei, dass nicht jede Person oder Berufsgruppe jedes technische Gerät bedienen oder einsetzen darf. Diese strukturelle Differenzierung wirkt sich somit auch auf das Wissen aus, das mit dem Einsatz von Technik einhergeht und in der Folge ebenfalls differenziert wird (vgl. Luckmann/Sprondel 1972: 13). Durch die Spezialisierung der einzelnen Bereiche gebe es nunmehr Spezialisten auf der einen und Laien auf der anderen Seite und es komme so unweigerlich zur Trennung von „Allgemeinwissen“ und „Sonderwissen“ (vgl. a.a.O.: 16). Eine Konsequenz dieser Veränderungen ist, dass Gebären aus der Lebenswelt und dem Alltag herausgelöst und funktionalisiert wurde, eine andere, dass durch die vorgegebenen Strukturen bis heute Ärzt*innen gegenüber Hebammen technisches Sonderwissen (zum Beispiel durch die Verwendung des Ultraschalls) erwerben können.

Durch die gesellschaftlichen Umwälzungen nach dem Zweiten Weltkrieg (vgl. Kap. 2) manifestierten sich so zwei Stränge der Geburtshilfe, nämlich die klinische und die außerklinische Geburtshilfe. Während die klinische Geburtshilfe, abgesehen von wenigen Modellen, nahezu immer ärztlich geleitet wird (vgl. Kap. 3), findet hebammengeleitete Geburtshilfe überwiegend außerklinisch, nämlich in hebammengeleiteten Einrichtungen wie Geburtshäusern oder Hebammenpraxen sowie in der Hausgeburtshilfe statt (vgl. Bauer/Lippens 2020a: 614).

Die beiden Stränge unterschieden sich im Mindset, das wiederum in der Grundeinstellung der Frauen und ihrer Familie sowie in der Art der medizinischen, risikoorientierten Versorgung oder der abwartenden, begleitenden Betreuung differieren kann. Bryar (2003: 140) beschreibt dies mit einem medizinischen (überwiegend klinisch) und einem lebensweltlichen Modell (überwiegend außerklinisch), die nachfolgend näher betrachtet werden.

Dem lebensweltlichen Modell liegt der Begriff der *Lebenswelt* zugrunde. Phänomenologisch wurde der Begriff „Lebenswelt“ 1930 zunächst durch Husserl geprägt. Husserl kritisierte (vgl. 2012), dass die Wissenschaft verdränge, dass sie selbst in der Lebenswelt gründe. Muckel und Grubitzsch (1993: 120) merken jedoch an, dass in den Veröffentlichungen Husserls „vergeblich nach einer einziggültigen, abschließenden Definition seines Lebensweltbegriffs“ gesucht werden könne. Unter anderem „wird ‚Lebenswelt‘ in ihrer Grundbedeutung als Anschauungswelt und als Kontrast zur (objektiven)

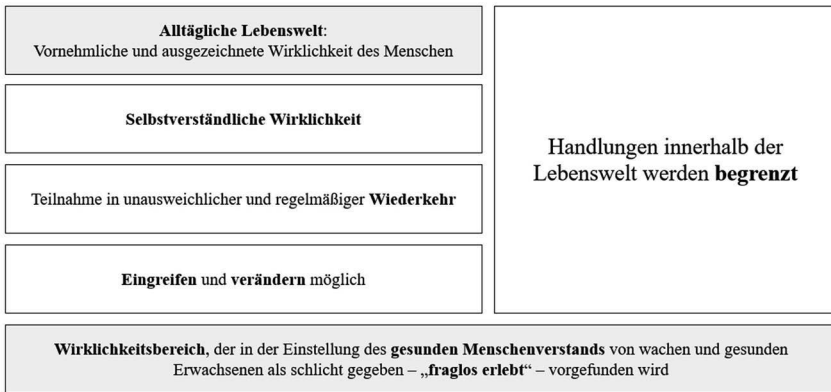


Abbildung 1: Alltägliche Lebenswelt. Eigene Darstellung nach Schütz/Luckmann (2017: 29)

Wissenschaft eingeführt“. Zugleich findet der Begriff aber auch auf die Naturwissenschaften Anwendung, da wissenschaftliche Erkenntnisse und Messmethoden immer an Lebenswelten anderer anknüpfen (vgl. ebd.). Schütz und Luckmann (2017) nahmen die Gedanken Husserls auf. Sie verstanden die Lebenswelt als Wirklichkeitsbereich, der bei wachen und kognitiv nicht beeinträchtigten Erwachsenen als schlicht gegeben und damit „fraglos erlebt“ vorgefunden werde. Die „alltägliche Lebenswelt“ sei die Wirklichkeit, die für den Menschen selbstverständlich sei, und hier sollten die „Wissenschaften, die menschliches Handeln und Denken deuten und erklären wollen“, ansetzen. Die Lebenswelt sei „der Wirklichkeitsbereich, an der der Mensch in unausweichlicher, regelmäßiger Wiederkehr teilnimmt“ (s. Abb. 1). Der Mensch könne durch „die Vermittlung seines Leibes“ in sie eingreifen und sie verändern, solange nicht andere „Gegenständlichkeiten und Ereignisse, einschließlich des Handelns und der Handlungsergebnisse anderer Menschen“ ihn darin beschränkten (Schütz/Luckmann 2017: 29f.).

Mit der zunehmenden Hospitalisierung der Geburt (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 53) wurde diese aus dem Lebenszusammenhang, also der Lebenswelt der Familien gelöst und das Wissen um die Geburt immer mehr aus dem privaten in das klinische, medizinische Umfeld verschoben (vgl. Böhme 1993: 32). Somit gingen der Frau als Individuum, aber auch dem Kollektiv der Frauen „die Kompetenzen, die Geburt zu leben [i.O.m.H.]“ verloren (a.a.O.: 48). Es entstanden im klinischen Bereich Abhängigkeiten der Hebammen zu den Ärzt*innen einerseits, aber auch der Frauen zum medizinischem Personal andererseits (vgl. a.a.O.: 30).

Bryar (2003) argumentiert, dass in der ärztlichen Schwangerenvorsorge und in der ärztlich geleiteten Geburtshilfe ein „medizinische Versorgungs-

Tabelle 1: Medizinisches und lebensweltliches Versorgungsmodell, nach Bryar (2003: 140)

Medizinisches Modell	Lebensweltliches Modell
<p>Perspektive:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwangerschaft und Geburt als normal im Ansatz ▪ der ungewöhnliche Fall ist interessant ▪ Prävention körperlicher Komplikationen ▪ Ärzt*innen übernehmen die Verantwortung ▪ Informationen werden zurückgehalten 	<p>Perspektive:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwangerschaft und Geburt als normales Lebensereignis ▪ jede Schwangerschaft ist einmalig ▪ persönliche Entwicklung der Frau steht im Vordergrund ▪ Frau und Familie sind die wichtigsten Entscheidungsträger*innen ▪ Informationen werden weitergegeben
<p>Ergebnis:</p> <p>→ Mutter und Baby leben und sind gesund</p>	<p>Ergebnis:</p> <p>→ Mutter und Baby leben, sind gesund; die individuellen Bedürfnisse sind befriedigt</p>

modell“ dominiere, das die Lebenswelt kaum berücksichtige. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind hier im Ansatz zwar „normal“ (physiologisch), können aber schnell pathologisch werden. Dabei sind die „ungewöhnlichen Fälle“ besonders interessant. Sie werden genauer erforscht und die Ergebnisse daraus auf andere Fälle übertragen. In der Versorgung gilt es, Komplikationen zu vermeiden. Dafür übernehmen Ärzt*innen die Verantwortung, geben im Gegenzug aber nicht immer alle Informationen weiter. Im Ergebnis der Betreuung stehen eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind (vgl. a.a.O.: 140). Im lebensweltlichen Versorgungsmodell werden Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als „normales Lebensereignis“ betrachtet, die Frau als Individuum und ihre Familie stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Jede Schwangerschaft gilt als einmaliges Ereignis und als biographische Weiterentwicklung der Frau. Die Frau und ihre Familie sind die wichtigsten Entscheidungsträger*innen. Damit sie informiert und partizipativ entscheiden können, werden alle Informationen weitergegeben. Das Ziel dieser Versorgung ist es, die Gesundheit von Mutter und Kind zu schützen und zudem die individuellen Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. ebd.; s. Tab. 1).

In Bezug auf Tabelle 1 ist anzumerken, dass es sich um Versorgungsmodelle handelt, die aber nicht zwingend in Reinform umgesetzt werden. Mischformen sind immer möglich und heute auch in der klinischen Versorgung wahrscheinlich: „Gesellschaftlich, innerhalb der Medizin und der Berufsgruppe der Hebammen steht man vor einem Paradoxon. Zum einen wird wiederholt betont, dass Schwangerschaft und Geburt normal und keine Krankheit seien. Auf der anderen Seite sind sie die am besten kontrollierten Phasen des Lebens. Der Fokus auf eine generelle medizinische Versorgung stellt für viele Frauen eine Über-, Fehl- oder auch Unterversorgung dar“ (Sayn-Wittgenstein 2007: 52).

5.1 Ambivaloxe Dialektik der Versorgung während Schwangerschaft und Geburt

Es gehört zu den Aufgaben der Soziologie, gesellschaftliche Entwicklungen im Modernisierungsprozess zu beschreiben und/oder kritisch zu hinterfragen. Degele und Dries (2005: 23) entwickelten hierfür die „ambivaloxe Dialektik“. Sie sehen die „Modernisierung als einen Komplex miteinander zusammenhängender struktureller [i.O.m.H.], kultureller [i.O.m.H.] und individueller [i.O.m.H.] Veränderungen“, aber auch in Bezug auf die Umbrüche „hinsichtlich des menschlichen Naturverhältnisses [i.O.m.H.]“ (ebd.). Degele und Dries zitieren und erweitern die vier von van der Loo/van Reijen beschriebenen „Modernisierungsfaktoren“ der „Rationalisierung, Individualisierung, Differenzierung und Domestizierung“ um „Beschleunigung [i.O.m.H.]“, „Globalisierung [i.O.m.H.]“, „Vergeschlechtlichung [i.O.m.H.]“ und „Integration [i.O.m.H.]“ (ebd.). Sie erklären, dass diese Modernisierungsfaktoren nie für sich allein stünden, sondern immer „auch gegenläufige Tendenzen mit sich führen“, d. h. im Prozess der Individualisierung seien zugleich eine „Pluralisierung von Lebensstilen“, wie eine „Re-Traditionalisierung“ oder die „Entindividualisierung“ zu beobachten (vgl. a.a.O.: 23f.). Degele und Dries stellen daher die „Ambivalenz“ als „das [i.O.m.H.] Strukturmerkmal von Modernisierung schlechthin“ heraus (a.a.O.: 30). Modernisierung folge einem „dialektische[n] Prozess [i.O.m.H.]“, der sich durch ein Kippen der „Strömungen“ auszeichne (a.a.O.: 31). Hierfür integrieren sie den „(vereinfachten) dialektischen Dreischritt von These, Antithese und Synthese“ nach Marx und Hegel in ihre Überlegungen (ebd.; s. hierzu auch Mannheim 1984a: 89).

Nachfolgend sollen, anhand von Beispielen und einem Gedankenmodell in Anlehnung an die ambivaloxe Dialektik, die gesellschaftlich induzierten Verschiebungen von physiologisch einzuordnenden, schwangerschafts- und geburtsbedingten Vorgängen hin zur unmittelbaren Einordnung dieser als Vorgänge mit medizinischer Relevanz näher betrachtet und aufgelöst werden (s. Tab. 2).

Die in Tabelle 2 genannten Beispiele geburtshilflicher Entwicklungen werden in Form von Exkursen ausgeführt.

Tabelle 2: Ambivaloxe Dialektik nach Degele und Dries in Bezug auf die Geburtshilfe in Deutschland. Eigene Darstellung nach Degele/Dries (2005: 23)

These	Antithese (eigener Gedanke)	Synthese (eigener Gedanke)
MRL ¹⁷ /ärztliche Schwangersorgenvorsorge ist die bessere Versorgung (Ausschluss von Risiken) (siehe Exkurs 1)	Nicht alle Untersuchungen sind zielführend; lebensweltliche Aspekte, die in der Vorsorge durch Hebammen Platz finden, bleiben unberücksichtigt	Interdisziplinäre Zusammenarbeit Hebammen/ Gynäkolog*innen, abwechselnde Vorsorge
These	Antithese (eigener Gedanke)	Synthese (eigener Gedanke)
Standardisierte Messung des Geburtsfortschritts (Friedman-Standard); ggf.: die Beschleunigung der Geburt verbessert das geburts- hilfliche Outcome ¹⁸ von Mutter und Kind (siehe Exkurs 2)	Jede Frau gebärt unterschiedlich schnell; vaginale Untersuchungen allein sind nicht aussagekräftig; Eins-zu-eins-Betreuung und Beobachtung von Mutter und Kind sind zielführender	Eins-zu-eins-Betreuung, Bedarfs- und Bedürfnisorientierung an der Frau/ dem Kind; bedarfsorientierte Kombination der Untersuchungsparameter und indizierte Geburtsbeschleunigung
These	Antithese (eigener Gedanke)	Synthese (eigener Gedanke)
Die Sectio ist die sicherste und schonendste Variante, ein Kind zur Welt zu bringen (Risikovermeidung); durch viele Sectiones steigt die operative Kompetenz und der Eingriff wird schonender (siehe Exkurs 3)	Die Sectio ist eine Operation mit hohen Risiken für Mutter und Kind; die Sectio ist ein Kostentreiber im Gesundheitswesen; durch die Sectiones verlieren Geburtshelfer*innen handwerkliche Kompetenzen	Sectio nur noch nach strenger Indikationsstellung durchführen; Indikation nach partizipativer Einbeziehung der Frau

Exkurs 1: Mutterschaftsrichtlinien (MRL)

Versorgungsmaßstäbe unterliegen Veränderungen. Das zeigt sich auch in der Betreuung Schwangerer, die bis in die 1960er Jahre Aufgabe der Hebamme war. Noch bis zu Beginn des letzten Jahrhunderts galten Schwangerschaften als physiologische Ereignisse und waren untrennbar mit dem „Zustand guter Hoffnung“ verwoben (vgl. Duden 2007: 22). Dieses Prinzip der guten Hoffnung verlor sich 1966 mit der kostenfreien Schwangersorgenvorsorge durch Ärzt*innen sowie der gleichzeitigen Einführung der Mutterschaftsrichtlinien

17 MRL: Mutterschafts-Richtlinien.

18 Outcome: Ergebnisqualität im Hinblick auf den Behandlungserfolg.

(MRL) (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 59). Mit den MRL wurde die Betreuung Schwangerer medikalisiert und mit der Etablierung des Risikoansatzes entwickelte sich daraus ab 1975 eine risikoorientierte, medikalisierte Betreuung (vgl. ebd.). Somit wurde die engmaschige Überwachung biomedizinischer Parameter gegenüber psychologischen und sozialen Aspekten für den Ausgang der Schwangerschaft als wesentlicher eingestuft (vgl. a.a.O.: 61). Zeitgleich mit der Einführung der Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft konnte eine deutliche Zunahme von Risikoschwangerschaften verzeichnet werden. Das ursprünglich für die Diagnostik im Verdachtsfall entwickelte Ultraschallgerät (US) wurde nunmehr dafür eingesetzt, das „Nicht-Vorhandensein von Pathologie zu bestätigen – Zweck und Mittel haben sich umgekehrt“ (Duden 2007: 89). Ärzt*innen verloren durch die US-Untersuchungen die Fähigkeit, mit den Händen zu tasten, und zugleich brachte die Technik weitere Spezialisierungen mit sich, weckte neue Begehrlichkeiten, schürte aber auch Ängste (vgl. a.a.O.: 90). Dadurch, dass die Frau in ihren Bauch sehen kann, wird „die Wahrnehmung der Frau [...] biologisch objektiviert“ (a.a.O.: 91). Duden erklärt: „Was die Gegenwart so einzigartig macht und sie von allen anderen Gesellschaften trennt, ist die Medikalisation dessen, was vom inneren Spürsinn noch übriggeblieben war“ (a.a.O.: 101). Diese medikalisierte und risikozentrierte Betreuung Schwangerer beeinflusst die Arbeit der Hebammen, denn auch wenn die MRL vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die (fach-)ärztliche Betreuung (werdender) Mütter erstellt wurden und somit für diese Parteien bindend sind, müssen sich auch Hebammen nach ihnen richten (vgl. Höfer/Stiefel 2020: 292). Das bedeutet zum einen, dass Hebammen nun Frauen begleiten, die ihre Schwangerschaft als potenzielles Risiko erfahren und sich entsprechend Untersuchungen unterziehen, obwohl diese sich nicht immer nur als vorteilhaft erweisen (vgl. Neusser 2012). Wie alle medizinischen Maßnahmen müssen sie daher regelmäßig auf ihren „Nutzen“ und ihre „Effektivität“ hin überprüft werden. Dennoch tragen die standardisierten Untersuchungen wesentlich dazu bei, bestimmte pathologische Verläufe in der Schwangerschaft frühzeitig zu entdecken und Mutter und/oder Kind so zu schützen (vgl. ebd.).

Exkurs 2: Konstruktion der Standardgeburt

Um ein Kind gebären zu können, müssen neben den anatomischen Gegebenheiten auch die physiologischen Abläufe des Gebärdprozesses sowohl im Körper der Gebärenden selbst als auch in dem des Kindes funktionieren. Hierzu zählt beispielsweise die Ausschüttung von Hormonen. Physiologische Geburten können in Phasen eingeteilt werden. Ganz zu Anfang steht die Latenzphase, in der sich der Körper auf das Geburtsgeschehen vorbereitet. Die Latenzphase ist der Beginn der Eröffnungsphase. Damit ein Kind geboren werden kann, muss es sich in das mütterliche Becken einstellen und sich so drehen, dass es eine geburtsmögliche Position einnimmt. Zudem muss sich

der Muttermund vom geschlossenen Zustand unter regelmäßiger, bei den meisten Frauen als schmerzhaft empfundener Wehentätigkeit, auf 10 Zentimeter aufdehnen (vgl. Harder 2020d: 227). Erst wenn der Muttermund vollständig eröffnet ist, kann das Kind geboren werden (Austreibungsphase). In der letzten Phase der Geburt wird die Plazenta (Nachgeburt/Mutterkuchen) erwartet (vgl. Harder 2020a: 490). Auch wenn diese Phasen für physiologische Geburten einheitlich gelten, so unterscheiden sich doch die individuellen Geburtsprozesse und -verläufe. 1952 unternahm Friedman den Versuch, nicht nur die Phasen, sondern auch den Prozess der Geburt zu beschreiben. Er beobachtete 100 Gebärende und legte anschließend eine Durchschnittsgeschwindigkeit für die Dehnung des Muttermundes bei gesunden Frauen als Indikator des Geburtsfortschritts fest: Für Erstgebärende galt nun ein Sollwert von 1,0 Zentimeter/Stunde, für Mehrgebärende 1,2 Zentimeter/Stunde. Diese Werte waren leicht messbar und etablierten sich daher schnell als Messwerkzeug in der Geburtshilfe (vgl. Duden/Vogeler 2016b, 2019; Friedman 1972; Harder 2020b: 643; Romero 2016: 413). Zu Dokumentationszwecken des Geburtsfortschritts wurde fortan die „Friedman-Curve“ (vgl. Romero 2016: 413) verwendet. Diese Messungen haben Auswirkungen bis heute, denn Geburten, die bis zur Einführung der Friedman-Curve als normal galten und gegebenenfalls mit „zögerlich, langsam oder schleppend“ beschrieben worden waren, wurden nun als pathologisch eingestuft (vgl. Duden/Vogeler 2019).¹⁹ Durch die Vorgabe des Zeitfensters wurden neue Pathologien konstruiert, die medizinisch behandelt werden sollten. Dies geschah durch Maßnahmen wie die Gabe von Oxytocin, das Öffnen der Fruchtblase oder auch das aktive Management der Nachgeburtsphase. Dammschnitte und weitere Maßnahmen wurden ebenfalls Usus (vgl. ebd.). Durch diese Interventionen entstanden aber neue, iatrogene²⁰ Pathologien (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 54; Duden/Vogeler 2019; Walsh 2010: 3f., 11, 14ff., 23f.), die wiederum gemanagt werden mussten. Zudem entwickelten sich durch diese ursprünglich physiologischen Prozesse „Fließbandgeburten“ (vgl. Martin/Möller-Falkenberg 1989: 76–91), insbesondere auch im Hinblick auf Zeit und Wirtschaftlichkeit, ohne die Einbeziehung der Ressourcen und Bedürfnisse der Frau und des Kindes. Die medizinisch betreute, eigentlich gesunde Frau wurde zur Patientin (vgl. Bryar 2003: 28).

19 2003 unterstützte das American College of Obstetrician and Gynecology die oben beschriebene Einteilung noch. 2014 wurde sie aufgrund neuerer Studien zur Senkung der Kaiserschnitttrate widerrufen (ACOG 2014).

20 Iatrogen heißt im eigentlichen Wortsinn „durch Ärzt*in ausgelöst“; hier sollen aber auch Hebammen eingeschlossen werden, da auch sie Pathologien verursachen können.

Exkurs 3: Der Kaiserschnitt als Geburtsmodus

Wie oben beschrieben hat sich die Geburtshilfe immer wieder neu erfunden. Ein Beispiel für einen besonderen Paradigmenwechsel stellt die Sectio dar. Sobald menschliches Leben entstanden ist, unterliegt es Lebensrisiken.

In früheren Zeiten blieb eine Schwangerschaft uneindeutig, bis sich kindliche Regungen zeigten. Strafrechtlich wurde bis Mitte des 19. Jahrhunderts zwischen einer belebten, sich regenden Frucht und einer unbelebten, reglosen Frucht unterschieden (vgl. Duden 2007: 71). Diese Unterscheidung gibt es so nicht mehr. Embryonen sind heute durch das Embryonenschutzgesetz²¹ und Ungeborene insbesondere durch § 218a Abs. 1 und § 219 Strafgesetzbuch²² rechtlich geschützt. Dennoch, sowohl Ungeborene als auch Kinder unter der Geburt unterliegen dem Risiko von natürlichen Geburtsverletzungen oder Situationen, die unter Umständen tödlich verlaufen können. Demselben Risiko sind die werdenden Mütter ausgesetzt: „Wie in anderen Industrieländern lag die Müttersterblichkeit in Deutschland Ende des 19. Jahrhunderts zwischen 300 und 500 gestorbenen Müttern je 100.000 Lebendgeborene. In der Zeit der beiden Weltkriege und der Wirtschaftskrise der 1930er Jahre erhöhte sich die Müttersterblichkeit wieder, nachdem durch Vorsorgeprogramme, Mutterschutzrichtlinien und eine bessere medizinische Betreuung vorher ein tendenzieller Rückgang zu erkennen war. Beginnend Mitte des 20. Jahrhunderts wurde dann eine weitere Reduzierung der Müttersterblichkeit in Deutschland erreicht. Mittlerweile konnte sie auf ein sehr niedriges Niveau von unter vier gestorbenen Müttern je 100.000 Lebendgeborene gesenkt werden“ (Schneider 2021).

Die oben beschriebene Begründung kann nicht diskutiert werden, ohne die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen einzubeziehen, da sich beispielsweise einige schwerwiegende geburtshilfliche Komplikationen fast ausschließlich bei Vielgebärenden einstellen oder auf unhygienische Bedingungen zurückzuführen sind. Diese wurden aber auch aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen eliminiert und nicht rein aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts. Hierzu zählen beispielsweise die früher häufige und gefürchtete geburtsunmögliche Querlage des Kindes (vgl. Harder 2020c: 732), die zumeist aufgrund der weichen Bauchdecken von Vielgebärenden auftrat, oder die Weiterentwicklung der Händedesinfektion (vgl. Röder 2018).

21 Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 (BGBl. I: 2746), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. November 2011 (BGBl. I: 2228) geändert worden ist. Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 21.11.2011 I 2228.

22 Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I: 3322), das zuletzt durch Artikel 47 des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3096) geändert worden ist. Neugefasst durch Bek. v. 13.11.1998 I 3322; zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 9.10.2020 I 2075.

Uphoff und Hindemith (2011: 24) erklären: Während Geburtshelfer früher versucht hätten, die Sectio zum Schutze der Mutter zu vermeiden und Kinder mit anderen Mitteln und Manövern zur Welt zu bringen, sei sie heute vom Ausnahmefall zu einer beinahe nicht mehr gefürchteten Routineoperation geworden. Trotz der bekannten Risiken, die Kaiserschnittentbindungen mit sich brächten, war ihnen zufolge „entscheidend für die Etablierung, dass sie in einer Vielzahl von Behandlungssituationen, die früher nur mit Schwierigkeiten und unter Inkaufnahme hoher Schädigungsraten beherrscht werden konnten, einen rasch zu beschreitenden und fast immer erfolgreichen Ausweg bietet“ (ebd.). „Klassischer geburtshilflicher Strategie entsprach es, in den Fällen, in denen eine Erhöhung des mütterlichen Risikos mit einer Senkung des fetalen Risikos korrespondierte, dem mütterlichen Wohl generell den Vorzug zu geben. Auch insoweit ist ein grundlegender Wandel eingetreten, der wohl auch mit der demografischen Situation zu tun hat. Die sichere Wirksamkeit der heute in Gebrauch befindlichen Empfängnisverhütungsmittel hat im Zusammenhang mit der gesetzgeberischen Entscheidung zur Fristenlösung bei der Abtreibung dazu geführt, dass tendenziell heute fast jedes Kind ein Wunschkind ist. Zugleich hat die Zahl der jährlichen Geburten drastisch abgenommen. Das hat dazu geführt, dass ein neues Bewusstsein für die Kostbarkeit des kindlichen Lebens entstanden ist“ (a.a.O.: 225). Konnten früher die Geburtshelfer*innen entscheiden, ob im Notfall ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, wird die Entscheidung nun der Mutter überlassen.²³ „Der Bundesgerichtshof sieht die Abwägung von mütterlichen gegen kindliche Risiken als eine Wertentscheidung an, die der Mutter nicht aus der Hand genommen werden dürfe. Hieraus folgt, dass, wenn die Vornahme einer Sectio zur Diskussion steht, die Gebärende über das Bestehen einer Behandlungsalternative aufzuklären und ihre Entscheidung einzuholen ist. An die Stelle der ärztlichen ist die mütterliche Autonomie getreten“ (ebd.).

Die Zunahme der Kaiserschnitte lässt sich statistisch abbilden: 1960 lag die Sectionrate in Deutschland bei 3–5 Prozent (vgl. Christodoulou-Reichel et al. 2018: 336), 1991 bei 15,3 Prozent, 2001 bei 22,6 Prozent und 2017 bei 30,5 Prozent. Von 1991 bis 2017, also innerhalb von 26 Jahren, hat sich die Rate an Sectiones nahezu verdoppelt (vgl. DESTATIS 2019).

Der Kaiserschnitt muss aber differenziert betrachtet werden. Unter einer Sectio caesarea ist eine abdominale Schnittentbindung zu verstehen, bei der die Bauchdecke (durch Laperatomie) und die Gebärmutter (durch Hystero-tomie) operativ geöffnet werden (Christodoulou-Reichel et al. 2018: 336). Es gibt unterschiedliche Arten der Sectio, die in Tabelle 3 dargestellt werden.

Des Weiteren wird, wie in Tabelle 4 zu sehen, nach der Art der Kaiserschnittindikation unterschieden.

23 Vgl. auch BGH VersR 1993: 703.

Tabelle 3: Einteilung der Sectio caesarea. Eigene Darstellung nach Christodoulou-Reichel et al. (2018 : 336f.)

Primäre, geplante Sectio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburt hat noch nicht begonnen ▪ Termin fixiert ▪ Aufklärungsgespräch erfolgte im Vorfeld
Sekundäre Sectio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sectio bei begonnener Geburt (muttermundswirksame Wehen oder Blasensprung) ▪ Aufklärung möglich
Eilige Sectio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sectio erfolgt umgehend, die Situation ist dringlich, aber nicht lebensbedrohlich ▪ Kurze Aufklärung möglich ▪ Ziel: Entschluss-Entwicklungs-Zeit unter 20–30 Minuten
Notsectio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kann sowohl primär als auch sekundär sein ▪ Akute, lebensbedrohliche Situation für Mutter und/oder Kind ▪ Minimale Aufklärung ▪ Ziel: Entschluss-Entwicklungs-Zeit unter 10–20 Minuten ▪ Birgt ein erhöhtes Risiko, zum Beispiel für Infektionen ▪ Meist traumatisierende Situation für Mutter und Kind

Tabelle 4: Kaiserschnittindikationen. Eigene Darstellung nach Christodoulou-Reichel et al. (2018: 337f.)

Absolute Indikation	<p>Der Kaiserschnitt ist aus geburtsmedizinischer Sicht als Geburtsmodus erforderlich.</p> <p>Ursächlich können Regelwidrigkeiten und Erkrankungen sein, die Mutter und/oder Kind sicher gefährden.</p>
Relative Indikation	<p>Der Kaiserschnitt kann eine Alternative zur Spontangeburt darstellen, falls die Belastbarkeit von Mutter und/oder Kind überschritten wird.</p> <p>Ursächlich können Risiken, Regelwidrigkeiten und Erkrankungen sein, die Mutter und/oder Kind unter Umständen, aber nicht sicher vorhersehbar, gefährden könnten.</p>

Aus Tabelle 4 wird ersichtlich, dass es zum einen die medizinisch absolut indizierte Sectio, einen primären Kaiserschnitt aufgrund einer bestehenden oder zu erwartenden, unter Umständen (lebens-)bedrohlichen Pathologie und somit einer begründeten Indikationsstellung gibt, zum anderen die relativ indizierte Sectio, also einen Kaiserschnitt, der sich aufgrund des Geburtsverlaufs als notwendig erweist, um (Lebens-)Gefahr von Mutter und Kind abzuwenden. Zudem gibt es den Wunschkaiserschnitt. Hierbei handelt es sich um eine primäre Schnittentbindung als Geburtsmodus auf Wunsch der Mutter (vgl. Krause 2000; Scheler 2010: 13, 38). Die Grenzen verschwimmen, wenn sich eine Frau aufgrund von Ängsten, zum Beispiel durch eigene traumatische Erfahrungen oder jenen aus dem Bekannten- oder Verwandtenkreis,

Schmerzerleben oder Schäden am Genitaltrakt und veränderter Sexualität zu einer Schnittentbindung entschließt. In diesem Fall liegt eine relative Indikation vor, die als „weiche“ Indikation bezeichnet wird (vgl. Scheler 2010: 14).

Medizinisch begründete Kaiserschnitte sind notwendige, lebensrettende Operationen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) konstatiert fest, dass Kaiserschnitttraten über 10 Prozent keinen Vorteil für die mütterliche oder kindliche Gesundheit darstellten. Ferner gibt sie zu bedenken, dass die Effekte der Sectio noch nicht abschließend erforscht seien. Offen sei beispielsweise, wie sich dieser Geburtsmodus langfristig auf die mütterliche und kindliche Gesundheit sowie das psychische und soziale Wohlbefinden auswirken könne (WHO 2015: 1).

Gesellschaftliche Auswirkungen - Synthesen

Aufgrund der historisch gewachsenen Strukturen hat sich das Risikokonzzept in der Betreuung Schwangerer und Gebärender etabliert, das mit einem „Anspruch auf Sicherheitsstandards“ einhergeht und durch eine „Konzentration auf ärztliche [i.O.m.H.] Betreuung“ auch für physiologisch verlaufende Schwangerschaften und Geburten manifestiert (vgl. Rose/Schmied-Knittel 2011: 84f.). In der Schwangerenvorsorge zeigt sich das durch Screenings, die dem Ausschluss von Risiken dienen. Die Risikofokussierung sei „letztlich die Kehrseite der modernen Medizinierung und verdeutlicht einmal mehr die dialektische Beziehung von medizinischem Risikodiskurs und lebensweltlichem Sicherheitsanspruch. Die riskante Geburt wird zur Normalität“ (ebd.). Heute unterliegt die Risikofokussierung einer kritischen Betrachtung. These und Antithese erfahren eine Synthese.

MRL und Schwangerenvorsorge durch Hebammen

In einer hebammengeleiteten Vorsorge bereitet die Hebamme die Frau sowohl auf die Veränderungen vor, die eine physiologische Schwangerschaft mit sich bringt, als auch auf die Geburt und das Wochenbett. Die Ressourcen der Frau sowie lebensweltliche Aspekte finden Beachtung.

Die Entwicklung der Schwangerenvorsorge hin zu einer ärztlich geleiteten Vorsorge wirkt sich hingegen folgendermaßen aus:

1. Die Zielsetzung der Vorsorge unterliegt den Maßgaben der MRL und dient dem Ausschluss von Risiken. Unabhängig davon, ob die Schwangerenvorsorge von Hebammen und/oder Gynäkolog*innen durchgeführt wird, dient sie der „Senkung der mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität“ (Büthe 2020b: 20).
2. Durch das lückenlose Netz des Angebots der Schwangerenvorsorge durch Gynäkolog*innen nahmen immer weniger Frauen die Chance wahr, die Vorsorge bei Hebammen durchführen zu lassen. Das bedeutete zum einen, dass immer weniger Hebammen die Vorsorge anboten und sich

dadurch das Angebot für die Frauen verringerte, zum anderen aber auch, dass den Hebammen dadurch Kompetenzen verloren gingen (Ausnahme: überwiegend geburtshilflich außerklinisch tätige Hebammen haben sich diese Kompetenzen bewahrt).

Die *Synthese* der Ansätze einer umfassenden Betreuung durch Hebammen und Gynäkolog*innen in enger Zusammenarbeit, eventuell sogar in einer gemeinsamen Praxis, stellt eine Möglichkeit dar, den Frauen eine gute Begleitung durch die Schwangerschaft anzubieten und bereits vor der Geburt Kontakt zu Hebammen aufbauen zu können (vgl. Laß/Becker 2019).

Fließbandgeburten

Die Etablierung der Fließbandgeburten hatte folgende Auswirkungen:

1. Die Erfahrungen aus der Klinikgeburtshilfe wurden zu einem Denkmuster, das auf die außerklinische Geburtshilfe übertragen wurde. Geburt wurde in der Gesellschaft zunehmend als gefährlich eingestuft. Veröffentlichungen wie die von Apgar und Beck (1972), die die Geburt als gefährlichsten Zeitpunkt im Leben eines Menschen beschrieb, trugen hierzu bei. Rose und Schmied-Knittel (2011: 84) erklären: „Wesentlich ist vielmehr, dass es mittlerweile von der Gebärenden selbst als selbstverständlich gesehen wird, dass Geburt ein riskantes Ereignis darstellt (oder zumindest darstellen kann) und dass ein medizinisch-technisches Setting die potenziellen Befürchtungen und Ängste minimieren hilft“. Im Vergleich zu früher hätten Eltern ein „wesentlich gesteigertes Sicherheits- und Kontrollbedürfnis“ (ebd.).
2. Die pathologischen Geburten nahmen aufgrund der Fließbandgeburtshilfe zu.²⁴ Durch die Hinzuziehungspflicht (s. Kap. 3) in den Hebammengesetzen war jedoch klar geregelt, dass die Geburtsleitung in diesem Fall ärztlich war. Hebammen arbeiteten daher vermehrt in der Rolle der Assistent*innen und konnten ihre Kompetenzen nur eingeschränkt ausbauen.
3. Frauen nahmen zunehmend eine passive Rolle ein: Sie gebaren nicht mehr, sie wurden entbunden. Die Entwicklung der Fließbandgeburt wird auch als „programmierte Geburt“ umschrieben und erlangte in den 1970er Jahren ihren Höhepunkt (vgl. Scherzer 1988: 103). Eine Gegenbewegung formierte sich, und nachdem die werdenden Eltern „massive Kritik [...] an der technisierten Geburt“ in den Kliniken übten, kamen diese langsam den Forderungen der Familien nach einer sanfteren Geburt nach. Diese Gegenbewegung propagierte die Hausgeburt unter Bezug auf deren „Ursprünglichkeit“ und „biologische Normalität“, wie Scherzer, unter Rückgriff auf *Clio Medica* 1979, #12, formulierte und was hier verkürzt, in Stichpunkten wiedergegeben wird:

24 Dies wurde auch in den Medien diskutiert; siehe hierzu beispielsweise Augstein (1984).

- Die Frau ist nicht krank, Geburt ist etwas Normales.
- Die Frau wird einbezogen, sie soll „mitarbeiten“.
- Die Frau gebärt in ihrem Umfeld, mit ihren Freunden und einer ihr bekannten Hebamme.
- Die Frau kann selbst bestimmen, ob sie Schmerz- oder Beruhigungsmittel wünscht.
- Die Hebamme hilft der Frau, so dass der Einsatz von Medikamenten eher nicht nötig ist.
- Das Baby bleibt nach der Geburt auf dem Bauch der Mutter, es wird erst abgenabelt, wenn die Nabelschnur nicht mehr pulsiert.
- Das Baby wird zügig nach der Geburt angelegt, da dann sein Saugreflex am stärksten ist und das Saugen die Plazentalösung fördert (vgl. Scherzer 1988: 104).

Dass die Gegenbewegung notwendig war, hielten Milenović-Rüchardt et al. (1998) fest, die beschrieben, dass Geburt bis in die 1970er Jahre für Frauen bedeutet habe, in Kliniken, „mit mehreren Frauen, nur durch Paravents getrennt, in völlig sterilen Kreißsälen zu liegen, ohne Unterstützung durch Ehepartner oder andere vertraute Personen zu gebären, unter hohem Einsatz von Medikamenten und mit Hebammen, die aufgrund der Anzahl der von ihnen gleichzeitig zu betreuenden Geburten nur wenig menschlichem [sic] Zuspruch leisten konnten“ (Milenović-Rüchardt et al. 1998: 10). Darauf reagierten die Kliniken durch eine Anpassung der Geburtshilfe, der Räumlichkeiten und der Versorgungskonzepte für Mutter und Kind (vgl. Scherzer 1988: 104). So entstand in den Kliniken die „familienorientierte Geburtshilfe“, die wiederum dazu geführt hat, dass die Wahl der Hausgeburt als Alternative zur technisierten Geburt nicht mehr auf Verständnis in der Gesellschaft stieß (vgl. a.a.O.: 105). Da Frauen in Deutschland jahrelang überwiegend geburtsmedizinisch versorgt worden waren, ohne ihre individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen, setzten Frauenbewegungen, Hebammen und Ärzt*innen, die das erkannt hatten, einen Gegenpol, indem sie versuchten, die Natürlichkeit und die Physiologie des Gebärens wieder in den Vordergrund zu rücken (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 57f.). Zu ihnen gehörten, u.a., Leboyer, 1974, mit seinem Buch „Geburt ohne Gewalt“ und vielen weiteren Werken, Odent mit „Birth reborn“ von 1984 und vielen weiteren, Kitzinger mit „Giving Birth: the parents' emotions in childbirth“ von 1971, Gaskin, 1983, mit „Praktische Hebammen“ und vielen weiteren, aber auch Lothrop 1978, mit dem Artikel „Muß das Leben im Kreißaal beginnen?“, sowie vielen weiteren Autor*innen, unterstützt und bestärkt wurden, bei den Familien gut an und wirken sich bis heute aus (Gaskin 1983, 1987, 2013; Kitzinger 1971, 1979, 1982, 2002; Kitzinger/Nilsson 1986; Leboyer 1980, 1998, 2006, 2008; Leboyer/Olvedi 2018; Leboyer/Ostertag 1983; Lothrop 1978; Lothrop/Krauss 2016; Odent 1994a, 1994b, 2004). Sack (1993) beschrieb, wie Saling den 8. Deutschen Kongress für perinatale Medizin eröffnete – nämlich, indem er erklärte, dass

im Krankenhaus die psychologischen Aspekte nicht berücksichtigt würden (Sack 1993:7). Nach Sack äußerste Saling die Befürchtung, dass die Hausgeburten berechtigterweise zunehmen würden, wenn die Psychologie und die Individualität im Krankenhaus weiterhin nicht beachtet werden würden und er gäbe auch zu bedenken, dass sich dadurch der medizinische Fortschritt zurückentwickeln werde (vgl. ebd.). „Die moderne Geburtshilfe begann sich, mehr als zwanzig Jahren [sic] nach Dick-Reads Ansatz Childbirth without fear – Principles and practices of natural childbirth [i.O.m.H.] [...], psychosomatischen Gedankengängen zu öffnen“ (a.a.O.: 8; vgl. Dick Read 1953).

Wenn Frauen ihre Kinder außerklinisch zur Welt brachten, wurde die Erfüllung ihrer Bedürfnisse, wie beispielsweise die Anwesenheit des Partners oder anderer Familienmitglieder während der Geburt, die kontinuierliche Anwesenheit des Kindes bei der Mutter oder der Entsprechung von besonderen Wünschen der Frau (wie beispielsweise Geburten in der Badewanne) seit jeher beachtet. Diese wurden nun vermehrt auch in den Kliniken umgesetzt. Es entstanden Konzepte wie Rooming-in, und die Entbindungsabteilungen wurden umgestaltet (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 58). Ein Mittelweg zwischen der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe schien die sogenannte ambulante Geburt zu sein, um den „unvernünftigen Frauen, die eine Hausgeburt anstreben“ (Klöck et al. 1983; vgl. Sack 1993: 9), ein Wochenbett außerhalb der Klinik zu ermöglichen. Während die ambulante Geburt in den Niederlanden²⁵ in den 1990er-Jahren Usus war, war sie in Deutschland ein Novum, auch aufgrund der kaum vorhandenen Wochenbettbetreuung und der Gefahr, Komplikationen zu übersehen. Die häusliche Betreuung wurde in den Niederlanden durch die hierfür ausgebildeten *Kraamverzorgsters* gewährleistet (vgl. Sack 1993: 9). Die ambulante Geburt kann eine außerklinische Geburt nicht ersetzen, war aber damals (wie heute) bei vielen Familien beliebt. Denn zu Hause oder in einer hebammengeleiteten Einrichtung zu gebären, bedeutete, mutig zu sein, denn nicht zuletzt aufgrund der fehlenden Statistiken zur Sicherheit der Hausgeburtshilfe wurde diese Art der Geburtshilfe als nicht empfehlenswert eingestuft.

Synthese: Bis heute ist der meistgewählte Geburtsort die Klinik. Es änderte sich jedoch der Umgang mit der Mutter während der Geburt, indem den Frauen mehr Mitspracherecht eingeräumt wird (s. auch Kap. 5).

25 Die Geburtshilfe in den Niederlanden wird in dieser Arbeit häufiger als Vergleichshorizont herangezogen, da hier die hebammengeleitete Geburtshilfe üblich ist und auch ein Großteil der Frauen außerklinisch gebärt.

Auswirkungen der Sectio

Eine Sectorate von rund 20 Prozent veranlasste den Bund Deutscher Hebammen²⁶ bereits vor über 20 Jahren, auf Fehlentwicklungen hinzuweisen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2001). Zudem wurden Dammschnitttraten in Kliniken von 60 Prozent und Geburtseinleitungen von 15 Prozent als Hinweis dafür gewertet, dass die Geburtshilfe einer zunehmenden Technisierung unterliegen würde (ebd.). Das Problem verdichtete sich, als mit der verpflichtenden Abrechnung über die DRGs ab 2004 immer mehr Geburtshilfestationen schließen mussten und sich die Geburten auf die verbleibenden Häuser verteilen mussten. Die Anzahl der Kaiserschnitte nahm weiter zu (vgl. Deutscher Bundestag 2018).

Die gesellschaftlichen Reaktionen auf diese Entwicklung können wie folgt beschrieben werden:

1. Die hohe Anzahl an Kaiserschnitten wird bis heute gesellschaftlich kritisch gesehen (vgl. Endres 2018; Mulke 2019; Uhlmann 2018).
2. Das Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt vermeldete 2016 einen Rückgang der Sectorate um 2,7 Prozent.²⁷ Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit gelang es, die Anzahl der Geburten, die auf natürlichem Wege beendet wurden, wieder zu erhöhen (vgl. Kehrbach 2016).
3. Die Krankenkassen überprüfen die Kaiserschnittindikationen: 2017 veröffentlichte die Techniker Krankenkasse einen „Geburtenreport“. Dessen Autoren kommen zu dem Schluss, dass „eine niedrige Rate von Sectio-Geburten [...] durchaus mit einer hohen medizinischen Versorgungsqualität und einer niedrigen Säuglingssterblichkeit vereinbar“ sei, denn „dies zeigen im europäischen Vergleich Beispiele wie die Niederlande oder skandinavische Länder“ (Iwen 2017: 273). Die Autoren konstatieren zudem, dass sich die Geburtshilfe in Deutschland zunehmend vermehrt zu einer Risikovermeidung ausrichte. Die Anzahl der Sectiones könne bereits gesenkt werden, wenn bei den relativen Sectioindikationen (also denjenigen, bei denen es durchaus möglich wäre, zunächst eine Spontangeburt anzustreben und diese gegebenenfalls aus medizinisch notwendiger Indikation aus dem Geburtsverlauf heraus die Geburt per Kaiserschnitt zu beenden) prinzipiell auf die primäre Sectioindikation verzichtet

26 Heute: Deutscher Hebammen Verband

27 Die Sectorate im Land Bremen lag 2012 bei 33,2 Prozent und 2015 bei 30,5 Prozent (vgl. Kehrbach 2016). 2012 wurden in Bremen 5639 Kinder geboren, 2015 waren es 6509 Geburten (vgl. statista 2018). Dass an weniger Frauen ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, führt das Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt, ein vom Gesundheitsressort und der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) initiiertes Zusammenschluss von Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie Krankenkassen, auf eine Analyse der „eingefahrenen Abläufe“ zurück.

werde. Der Kaiserschnitt müsse eine Maßnahme bleiben, die zur Abwendung von Geburtsschäden oder zur Lebensrettung diene. Die Autoren betonen, dass die Sectio nicht gleichwertig mit der Spontangeburt zu sehen sei. Die kurz- und langfristigen Konsequenzen wie auch mögliche gesundheitliche Spätfolgen bei Mutter und Kind und deren Auswirkung auf die Lebensqualität müssten berücksichtigt werden (vgl. Iwen 2017: 273).

Die Zunahme an Kaiserschnitten hat unbestreitbar Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. 2006 stellten Enkin et al. fest, dass privat versicherte Frauen häufiger als Kassenpatientinnen mit einem Kaiserschnitt entbunden würden. Gillessen analysierte im Jahr 2015 für die Techniker Krankenkasse die Kostenentwicklung in den Bereichen Schwangerschaft und Geburt. Dabei stellte sie fest, dass die Ausgaben im Verhältnis zur Anzahl der Lebendgeburten in Deutschland stetig stiegen. Als Kostentreiber habe sich hierbei auch der Kaiserschnitt erwiesen (vgl. ebd.). Gillessen (a.a.O.: 13) beschreibt, dass sowohl die ärztliche Angst vor Regressen als auch finanzielle oder organisatorische Gründe den Geburtsmodus beeinflussen könnten.

Gegensätzlich hätten Gynäkolog*innen argumentiert: Albring konstatiert, dass insbesondere der „forensische Druck in der Geburtshilfe“ den „Entbindungsmodus“ beeinflusst habe (2019: 4f.). Der Anstieg der Kaiserschnitttrate liege zudem auch in der „elektiven Sectio“ aufgrund der „Gefühlslage“ der Mütter begründet, in deren gestiegenen Alter, den damit einhergehenden Risiken wie Bluthochdruck oder kindlichen Fehlbildungen sowie in der Zunahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen (vgl. ebd.). Albring argumentiert, dass die „Annahme, dass eine Hebammengeleitete Geburtshilfe die Kaiserschnitttrate verändern könnte [...] nicht nur falsch, sondern eine Unterstellung und durch keinerlei evidenzbasierte Studien belegt“ sei [i.O.m.H.; ebd.).

Das Grundproblem der Geburtshilfe lautet, dass es nicht möglich ist, die gleiche Geburt zweimal zu durchleben und so die Geburt mit unterschiedlichen Geburtsmodi zu vergleichen. Im übertragenen Sinne ist das ein Problem, das auch für den Rational-Choice-Ansatz beschrieben wird: „Das Grundproblem des Rational-Choice-Ansatzes besteht [...] darin, dass es keine empirische Grundlage gibt, zwei Verhaltensalternativen im Hinblick auf ökonomische und nicht-ökonomische Werte miteinander zu vergleichen. Die Kosten-Nutzenverhältnisse, denen sich ein individueller Akteur gegenüberübersieht, sind also in vielen Fällen – vor allem in solchen, bei denen es nicht um rein ökonomisch motivierte Entscheidungen geht – weitestgehend unbekannt“ (Hirschle 2015: 18).

Synthese: Den Hebammen kommt vermehrt eine Lotsenfunktion zu. Während in der klinischen Geburtshilfe Hebammen und Gynäkolog*innen mit Einzug des Riskodenkens in die Geburtshilfe die Frauen durch die Geburt leiteten und den Frauen Entscheidungen abnahmen, wird in der postmodernen Gesellschaft „die Individualisierung [i.O.m.H.] der Gebärenden forciert“

(Rose/Schmied-Knittel 2011: 86). Das bedeutet, dass heute „Re-Traditionalisierungen“ und „Ent-Traditionalisierungen“ auf „paradoxe Weise“ ineinandergriffen (ebd.). Heute sind es die Eltern, die individuell sowohl die für sie bestmögliche Versorgung wählen sollen als auch erklären können sollen, was sie sich unter der Geburt wünschen und in diesem Moment für richtig halten. „Die Botschaft lautet also: Es gibt nicht nur Wahlmöglichkeiten, sondern auch eine Verantwortung, diese aktiv wahrzunehmen und sich nicht tatenlos den vorgegebenen klinischen Prozeduren zu überlassen“ (a.a.O.: 87).

Den Hebammen muss daher im besonderen Maße eine Lotsenfunktion (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 23) zukommen, indem sie mit der Frau und ihrer Familie die für sie beste Betreuung planen und (weiter-)entwickeln, und zwar immer dann, wenn den Familien Informationen fehlen, um selbstbestimmt entscheiden zu können, oder auch dann, wenn die Entscheidung mangels fehlenden Fachwissens nicht allein getroffen werden kann: „Eine kompetente Persönlichkeit unterscheidet sich von der auf gesellschaftliche Zwänge bloß reagierenden und nur auf Zwecke ausgerichteten Persönlichkeit dadurch, dass sie über die eigene Situation bewusst reflektieren und sie aktiv steuern kann“ (Hurrelmann/Richter 2013: 78). Hebammen müssen Frauen dahingehend aufklären und unterstützen können, dass diese kompetent entscheiden können.

Gebärende Frauen sind vulnerabel und daher in besonderem Maße schutzbedürftig. Geburten können nicht willentlich gesteuert werden. Sind die Gebärenden nicht selbst Geburtshelferinnen, wird zudem auch ein Autonomieverlust durch das Vorhandensein eines Wissensgefälles wirksam (vgl. Scheede 2020: 62). Insbesondere die Beziehung zwischen Hebamme und Frau spielt in der Betreuung eine wesentliche Rolle. Die immer wieder geforderte Eins-zu-eins-Betreuung, also dass eine Hebamme eine Frau betreut, wird damit begründet, dass dies das Vertrauen und die Beziehung stärke und sich die Frauen dadurch auf „ihre Geburten einlassen können“ (Egloff/Ruckstuhl-Meier 2018: 514).

5.2 Evidenzbasierung als Reaktion auf die Medikalisierung der Geburtshilfe

Die Prozesse der Medikalisierung und der Pathologisierung sind eng miteinander verzahnt, denn die Medikalisierung und Normierung von physiologischen Prozessen führt dazu, wie oben am Beispiel der Friedman-Curve (vgl. Kap. 5.1) gezeigt, dass Abweichungen von den aufgestellten Normwerten als pathologisch gelten. Für die Betreuung der Frau bedeutet das, dass etwas behandlungsbedürftig wird, was zuvor nicht behandlungsbedürftig war (vgl. Kolip 2000: 19). Die durch die Pathologisierung und Medikalisierung von

physiologischen Prozessen bedingte Multiplikation von Interventionen und weiterer, nachfolgender iatrogenen Pathologien wurde kritisiert und führte zur Evidence Based Medicine (EBM) und auch zur evidenzbasierten Geburtsmedizin (vgl. Dörpinghaus 2013a: 26). Robbins hob die Bedeutung von Cochranes 1971 veröffentlichten Werk „Effectiveness and Efficiency“ hervor, das die mangelnde Evidenz für viele gängige Gesundheitspraktiken aufzeigte (vgl. Robbins 2012). In der Folge wurden international Anstrengungen unternommen, um wissenschaftlich gesicherte Arbeiten (RCTs) zu sammeln (vgl. Dörpinghaus 2013a: 26).²⁸

Ein Teilbereich der EBM beschäftigt sich mit der Frage, wie klinische Studien hinsichtlich ihrer Qualität möglichst transparent und damit nachvollziehbar beurteilt werden können (vgl. Benesch/Raab-Steiner 2018: 121). Nach Hariton und Locascio (2018) gelten Randomized Controlled Trials (RCT) dabei als Goldstandard der medizinischen Forschung, da „sie noch am ehesten den Charakter eines klassischen Experiments aufweisen“. „Durch die Randomisierung wird praktisch sichergestellt, dass Selektionseffekte ausgeschaltet werden“. So solle vermieden werden, dass sich die „Interventionsgruppe und Kontrollgruppe im Mittel nicht unterscheiden“ (Hariton/Locascio 2018: 216). Nach den Maßgaben der EBM zu arbeiten bedeutet, dass nicht nur allein aufgrund eines veröffentlichten RCT Behandlungen, Versorgungen oder Leitlinien umgestellt werden können, denn es gilt, das Evidenzlevel zu beachten (vgl. Schäfers 2020: 65). Sicherheitshalber müssen systematische Reviews/Metaanalysen durchgeführt werden (vgl. Benesch/Raab-Steiner 2018: 123).

Wie eine evidenzbasierte Betreuung physiologischer Geburten praktisch gelingen kann, beschreibt Ramsayer (2020). Sie konstatiert, dass bewusste Entscheidungen getroffen werden müssten, die nicht in die Physiologie eingriffen. Dabei müsse gewährleistet sein, dass die „Intervention keine Nebenwirkungen hat, die deren Nutzen übersteigt“. Als Entscheidungsgrundlage „dienen die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz, das klinische Erfahrungswissen der ExpertInnen sowie die Präferenzen der Frauen und ihrer Familien“. Als Basis hierfür gelte es, mehrere Quellen zur Informationsbeschaffung zu nutzen, sich fachlich fortzubilden und sich kritisch mit den Informationen, aber auch mit dem eigenen Handeln auseinanderzusetzen (Ramsayer 2020: 31).

Dörpinghaus gibt zu bedenken, dass sich nicht nur in der Geburtsmedizin, sondern auch in der Hebammenwissenschaft eine starke EBM-Fokussierung zeige (2013a: 27). Die rein medizinisch-naturwissenschaftliche Grundausrichtung der EBM ziele dabei aber auf die Definition von Parametern sowie die Vereinfachung und das Aufzeigen von Zusammenhängen und Bezie-

28 In den Bereichen Schwangerschaft, Perinatalphase und Neonatologie wurden Randomized Controlled Trials (RCT) in den Veröffentlichungen *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* und der *Oxford Database of Perinatal Trials* zusammengefasst (Dörpinghaus 2013a).

lungsmustern (vgl. ebd.). Weder die Individualität der zu betreuenden Frauen noch die persönliche Erfahrung der Frauen würden dabei beachtet (vgl. Walsh 2010: 3f.). Eine reine Ausrichtung an der EBM, wie sie bislang konzipiert worden ist, schließt wesentliche Aspekte und Erkenntnisse aus der Perspektive der Frau und der Hebammenarbeit meist noch nicht mit ein.

Auch wenn durch EBM die Fließbandgeburten vermieden werden, so ist auch heute noch die Geburtsmedizin in den Kliniken präsent. Jedoch heute weniger – mit Ausnahme der Übertragung des Kindes – durch die Programmierung der Geburt, sondern durch den Personalmangel, der wiederum den Einsatz von medizintechnischen Geräten und Maßnahmen zur Schmerzlinderung, wie beispielsweise Periduralanästhesien unter der Geburt, nach sich zieht. Zudem unterscheidet sich die Erwartungshaltung der Frauen, die in einer Klinik gebären, von denen, die zu Hause gebären. In der Klinik wird die Verantwortung für den Prozess der Geburt an das Personal abgegeben. Das Klinikpersonal ist sich dessen bewusst und bemüht, Risiken zu vermeiden. Die Klinik verspricht Sicherheit. Frauen, die zu Hause gebären, bleiben für sich und ihr Kind selbst verantwortlich. Sie wissen um die möglichen Risiken, wissen aber auch, dass Hebammen nur ihr eigenes Tun verantworten, nicht aber schicksalhafte Verläufe, die sie im häuslichen Umfeld nicht beeinflussen können.

5.3 Stärkung der physiologischen Geburt

Ramsayer (2020: 30) konstatiert: „Die physiologische Geburt steht im Spannungsfeld von Zeit, Geduld und Ruhe auf der einen sowie Zeitdruck, Ungeduld und weiteren negativen Einflussfaktoren auf der anderen Seite“. Das bedeutet, aufgrund von Nichthandeln, wenn der Geburt beispielsweise zu viel Zeit gelassen wird, können unerwünschte Ereignisse eintreten, die pathologisch werden können. Aber beispielsweise auch Ungeduld und Zeitmangel können unnötige Interventionen nach sich ziehen und „fatale Auswirkungen auf das Wohl von Mutter und Kind haben“. Zeitdruck in der Geburtshilfe erzeugt Risiken (vgl. ebd.).

Die Technisierung, Medikalisierung und Risikozentrierung der Geburtshilfe beeinflussen die Arbeit der Hebammen in allen Tätigkeitsfeldern und ließen Frauen so teils mit gewaltvoll erlebten Geburten zurück (vgl. Mundlos 2015). Neben dem Hebammenmangel sind es auch heute noch insbesondere organisatorische Gründe, die physiologische Geburten pathologisieren können (vgl. Jährling 2020).

Neben dem Pathologisieren von natürlichen Prozessen wird auch die fehlende Frauenzentrierung in der Forschung thematisiert. Makowsky und Schücking (2013) sammelten Beiträge von Forscher*innen, die aus sozialwissen-

schaftlicher, medizinischer und psychologischer Perspektive die Erfahrungen, das Erleben, Bedarfe und Ängste der Frauen aufarbeiteten und somit die Perspektive der Frau in den Mittelpunkt von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett rückten. Ähnliche Perspektiven nahmen weitere Hebammenforscher*innen ein, wie zum Beispiel Katja Stahl (2012), die sich mit der Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen im Krankenhaus befasst hat.

2014 veröffentlichte das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflegeforschung (DNQP) gemeinsam mit dem Verbund Hebammenforschung den „Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt“ (vgl. Büscher/Sayn-Wittgenstein 2015). Der Standard beschreibt „eine Reihe von Maßnahmen zur Förderung der physiologischen Geburt, denen ein frauenzentriertes, hebammenfachliches Handeln zugrunde gelegt wird. Frauenzentrierung bedeutet demzufolge eine systematische Ausrichtung des hebammenspezifischen Handelns an den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Frau und der von ihr als wichtig erachteten Bezugspersonen. Dieser Ansatz impliziert grundsätzlich das Wohlergehen des Kindes und die Bindungsförderung von Mutter und Kind im gesamten Geburtsprozess und bezieht zentrale konzeptionelle Elemente der Hebammenarbeit ein“ (a.a.O.: 21). Hierzu zählen die partnerschaftlichen Entscheidungsprozesse, die Ein-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme, die Mit- und Selbstbestimmung der Frau, die Wahlmöglichkeiten, die persönliche Kontrolle während der Geburt, ein Vorgespräch in der Schwangerschaft mit der Hebamme, die Mobilität in der Eröffnungs- und Austreibungsphase; die ausführliche Dokumentation und Geburtsbegleitung (Begründbarkeit der Maßnahmen) sowie ärztlich verordnete Maßnahmen, die auch auf Wunsch der Frau durchgeführt und überwacht werden (ebd.). Seit der Veröffentlichung des Standards wurden viele Bemühungen unternommen, um die physiologische Geburt zu stärken und die Versorgung mit Hebammen zu verbessern. Hierzu zählen unter anderem auch hebammenwissenschaftliche Veröffentlichungen und Fachbücher. Dennoch ist die Umsetzung aller beschriebenen und für notwendig befundenen Maßnahmen bis heute noch nicht erreicht.

2017 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit die „Ziele zur Förderung der Gesundheit rund um die Geburt“: „Es greift die physiologischen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum ersten Jahr nach der Geburt des Kindes auf und nimmt eine an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive ein. Dabei sollen vorhandene Ressourcen und Potenziale umfassend gefordert, eine Pathologisierung soll vermieden werden. Partizipative Entscheidungsfindung soll Frauen und ihre Familien darin stärken, angebotene Maßnahmen den medizinischen Belangen angemessen, selbstbestimmt und informiert bewerten und in Anspruch nehmen zu können“ (Altgeld/Kuhn 2017).

Die Zielsetzungen sind dabei so formuliert, dass sie die originäre Hebammentätigkeit abbilden:

- Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert (a.a.O.: 11ff.).
- Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert (a.a.O.: 37ff.).
- Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft werden anerkannt und gestärkt (a.a.O.: 47ff.).
- Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert (a.a.O.: 67ff.).
- Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt werden gesundheitsförderlich gestaltet (a.a.O.: 87ff.).

2020 folgten der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)²⁹ und die innovative Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ (AWMF 2020): „Erstmals wurde hier eine Leitlinie auf der höchsten Entwicklungsstufe von Hebammen und ÄrztInnen initiiert und gemeinsam mit der Bundeselterninitiative Mother Hood entwickelt“ (DGGG/DGHWi 2021). Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. hatten das Leitlinienvorhaben im Mai 2015 bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) angemeldet. Den Titel „Die vaginale Geburt am Termin“ begründen sie damit, dass die Kaiserschnitttrate kontinuierlich steige, und zwar ohne einen signifikanten Einfluss auf die Reduktion der perinatalen Morbidität oder Mortalität zu haben. Jedoch korreliert die Kaiserschnitttrate mit der maternalen und neonatalen Morbidität. Mehr als die Hälfte der Sectioindikationen werden aufgrund von Auffälligkeiten in der fetalen Überwachung und des Geburtsstillstands gestellt. Die Fertigstellung der Leitlinie war zunächst für den 31. März 2020 geplant, verzögerte sich aber bis Dezember 2020. Das Vorhaben war ein Meilenstein, denn Hebammen, Gynäkolog*innen und vor allem erstmals auch Eltern arbeiteten gemeinsam am von ihnen formulierten Ziel der „Evaluation evidenzbasierter Interventionen bei vaginaler Geburt am Termin“ (Beckmann 2015).

29 Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) – 19. Wahlperiode; Entwurf vom 19.1.2020; Drucksache 19/23483.

Die Leitlinie umfasst:

- die Betreuung und Überwachung der Geburtsphasen: eine Eins-zu-eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase; Frauen sollen in der aktiven Austrittsphase nicht allein gelassen werden;
- die Vorbeugung und Therapie von Geburtsverletzungen;
- ein Schmerzmanagement;
- das Durchtrennen der Nabelschnur in der Regel nicht früher als 1 Minute nach der Geburt;
- ein ungestörtes Bonding nach der Geburt (Haut-zu-Haut-Kontakt);
- die Stillförderung nach der Geburt;
- die Qualitätssicherung (DGGG/DGHWi 2021: 1f.).

Die Grundzüge der oben beschriebenen Betreuung zeigen die Hebammenarbeit, wie sie insbesondere in der außerklinischen Geburtshilfe bewahrt wurde, die sich aber aus strukturellen Gründen bisher nur bedingt in den Kliniken umsetzen lässt. Denn der berufliche Kontext von Gynäkolog*innen und Hebammen wird auch heute noch von einer überwiegend geburtsmedizinischen Ausrichtung dominiert, die sich zwischen naturwissenschaftlich-medizinischen, ökonomischen, gesellschaftlich-politischen und juristischen Diskursen bewegt und so die individuellen Bedürfnisse der Frau und ihrer Familie oftmals nicht befriedigen kann (vgl. Baumgarten 2019). Darüber hinaus ist zum einen der Forschungsprozess selbst zeitintensiv, zum anderen dauert es durchschnittlich noch 13 bis 18 Jahre, bis Evidenz als gelebte Versorgungspraxis umgesetzt wird (vgl. Filsinger 2019: 20). Leitlinien sind außerdem rechtlich nicht bindend für Gynäkolog*innen und Hebammen (DGGG/DGHWi 2021: 2). Wie, ob und wann sie in der Klinik umgesetzt werden, wird also nicht einheitlich festgeschrieben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die These, eine medizinisch-technische Geburtshilfe bringe nur Vorteile mit sich, durch die Antithese, welche die lebensweltlichen Aspekte von Betreuungen mit einbezieht, geschwächt und/oder sogar widerlegt werden kann. In den hier aufgezeigten Fällen führte die Synthese von Betreuungsansätzen zu einem Novum im Anspruch an zukünftige Betreuungen von physiologischen, vaginalen Geburten am Termin, die nun in einer Leitlinie verschriftlicht wurde.

Teil III:
Zur aktuellen Situation in der
Geburtshilfe und Wissensvermittlung

6 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland

Durch die Entwicklung von geburtshilflich-klinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland etablierten sich diese bald als Standard. In Deutschland gehörte 2016 zu den am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) in den Krankenhäusern die „vaginale Entbindung ohne komplizierte Diagnose (O60D)“; zu den zehn häufigsten an der Frau durchgeführten Operationen der Kaiserschnitt“ (Statistisches Bundesamt 2017: 10). Die meisten Frauen erleben ihren ersten Krankenhausaufenthalt so aufgrund eines primär physiologischen, körperlichen Vorgangs. Heute wird Geburt gesellschaftlich mit Krankenhaus assoziiert, da die meisten Geburten im Krankenhaus stattfinden.

In dem gleichen Maße, wie die Klinikgeburten zunahmen, gingen die geburtshilflich-außerklinischen Versorgungsstrukturen zurück. Das führte auch zu einem Mangel an Hebammen, die außerklinische Geburtshilfe anboten. Weil die außerklinische Geburtshilfe so nur noch wenige Frauen erlebten, ging das Wissen in der Gesellschaft zunehmend verloren, welche Vorteile diese für Mutter und Kind mit sich bringt. Der Fokus wurde auf die möglichen Risiken gelegt. Da kaum Datenmaterial vorhanden war, um die These, außerklinische Geburtshilfe sei per se gefährlich, widerlegen zu können, wurde als Konsequenz die Qualitätssicherung eingeführt. Diese Entwicklungen werden nachfolgend beschrieben.

War die außerklinische Geburtshilfe und insbesondere die Hausgeburtshilfe bis in die 1950er Jahre üblich, wurde sie zunächst von der Klinikgeburtshilfe verdrängt (siehe Kap. 2). Metz-Becker (2011: 227) schreibt, dass rund 5 Prozent der Kinder außerklinisch und rund 95 Prozent in Kliniken geboren würden. Das sei als Fortschritt gewertet worden, da „die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit früherer Jahrhunderte heute nicht mehr vorhanden ist“ (ebd.). Einerseits haben Frauen Vertrauen in die klinische, medizinische Geburtshilfe, andererseits wird diese auch kritisiert. Die außerklinische Geburtshilfe blieb so als „Gegenpol“ zur medizinischen Entwicklung bestehen, sie konnte nie ganz eliminiert werden, denn Hebammen sollten den Grundsatz verfolgen, die Frau und ihren Nachwuchs geduldig zu begleiten, die Abläufe der Geburtsphasen auszuhalten, genau zu beobachten, dabei möglichst nicht zu stören, aber, wenn es erforderlich ist, im richtigen Moment zu handeln (vgl. Loytved 2004: 19). Bis Ende der 1950er Jahre war diese „gekonnte Nicht-Intervention“ auch handlungsleitend für Gynäkolog*innen in den Kliniken (Sayn-Wittgenstein 2007: 53). Dies änderte sich jedoch mit dem Fortschreiten der medizinisch-technischen Geburtshilfe (sie-

Tabelle 5: Argumente für und gegen geburtshilfliche Versorgungsstrukturen.
Eigene Darstellung

Der klinischen Geburt zugeschriebene Attribute	Der außerklinischen Geburt zugeschriebene Attribute
Sicherheit für die Mutter (Technik, Ausstattung)	Hohes Risiko für die Mutter (keine Technik)
Sicherheit für das Kind (Technik, Ausstattung)	Hohes Risiko für das Kind (keine Technik)
Optimale Schmerzstillung (Technik, Ausstattung, Personal)	Keine Schmerzreduktion möglich
Optimale Hygiene (Technik, Ausstattung, Personal)	Schädliche Keime aus der häuslichen Umgebung
Arbeit nach der EBM (Standards in den Kliniken)	Altmodische Geburtshilfe ohne Standards und nicht nach den neuesten Erkenntnissen

he Kap. 5). Heute gehen die Bestrebungen dahin, Erkenntnisse aus der außerklinischen Geburtshilfe auf die klinische Geburtshilfe zu übertragen (siehe Kapitel 5.3).

Der klinischen und der außerklinischen Geburtshilfe werden in der Gesellschaft Attribute zugeschrieben, die sich historisch entwickelt haben. Im Diskurs wird die außerklinische Geburtshilfe häufig mit negativen Kriterien belegt, während die Argumente für die klinische Geburtshilfe positiv erscheinen (s. Tab. 5).

Allerdings ist es nicht möglich, diese beiden Seiten isoliert voneinander zu betrachten. Beide Stränge der Geburtshilfe sind permanenten Entwicklungen unterworfen, die nachfolgend erläutert werden. Andrea Sack beschäftigte sich mit der Entwicklung der Hausgeburtshilfe in München zwischen 1981 bis 1987. Sie beschrieb, dass sich Frauen für die Wahl des Geburtsortes rechtfertigen müssten und der Begriff der Hausgeburt „zu einem emotionalen Reizwort“ geworden sei, da die Krankenhausgeburt als sichere Variante galt (Sack 1993: 3). Zugleich sei mit der Technisierung der klinischen Geburtshilfe der Wunsch entbrannt, als Gegenpol zur „familienfeindlichen Geburtshilfe“ den Weg zurück zur „natürlichen Geburt“ zu suchen (ebd.). Während in den Niederlanden rund ein Drittel der Kinder zu Hause geboren wurde, war es in Deutschland nur 1 Prozent (vgl. a.a.O.: 1). Alle bis dahin in Deutschland veröffentlichten Arbeiten zur Risikoabschätzung von Hausgeburten basierten auf klinischen Daten und hatten daher „wesentliche Gesichtspunkte der außerklinischen Arbeit außer Acht gelassen“ (a.a.O.: Abstract).

Ina Milenović-Rüchardt et al. (1998) konstatieren, dass mit der Verlagerung der Geburten in die Kliniken ein Rückgang der perinatalen Sterblichkeit einhergegangen sei. Allerdings kann dies nicht allein durch die klinische Geburtshilfe erklärt werden, sondern muss in den Kontext der Verbesserung

der „allgemeinen Lebensbedingungen, medizinischen Behandlung, die verbesserte Schwangerenvorsorge sowie die pädiatrischen (kinderärztlichen) Behandlungsmöglichkeiten“ gesetzt werden. „Als ein entscheidender Vorteil der Klinikgeburtshilfe wird neben der Form der [technischen] Geburtsüberwachung die Abrufbereitschaft von Ärzten/Ärztinnen (Anästhesisten, Kinderärzte und Gynäkologen) gesehen, die bei Bedarf schnelle medizinische Interventionen (unter anderem andere Möglichkeiten der Medikamentengabe) und insbesondere operative Eingriffe durchführen können. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, daß auch bei jeder Hausgeburt durch die Verlegung in eine Klinik ebenso die Möglichkeit der intensiveren medizinischen Betreuung besteht bzw. bei Bedarf die Durchführung operativer Eingriffe“ (a.a.O. 1998: 18). Die Autorinnen geben an, dass hierfür die Erreichbarkeit einer Entbindungsklinik und die Fähigkeit der Hebamme, sich anbahnende Komplikationen rechtzeitig zu erkennen, ausschlaggebend seien. Allerdings verfügen nicht Entbindungskliniken über eine pädiatrische Abteilung; das sollte in der Diskussion berücksichtigt werden (vgl. a.a.O.: 18f.). Außerdem wird in der Klinik „jeder Geburt eine gewisse Eigendynamik unterstellt und davon ausgegangen, daß eine Gebärende über gewisse Zeiträume ohne Beobachtung alleine bleiben kann“ (a.a.O.: 19). Allerdings gibt das auch einen Hinweis auf die knappe Personalsituation in Kliniken, denn es kann oftmals nicht genügend Personal zur Verfügung gestellt werden, um Frauen ohne Unterbrechung zu betreuen (vgl. ebd.).

Zudem sind auch die technischen Überwachungsmethoden nicht immer frei von Fehlern oder Fehlinterpretation von Messergebnissen. So kritisieren Stahl und Schwarz (2017: 11): „Die Rate an schweren Hirnschäden (Zerebralparenen) bei Säuglingen ist in den vergangenen vierzig Jahren in den Industrieländern nicht rückläufig, obwohl die CTG-Kontrolle allgemein üblich geworden ist und sich die Kaiserschnitttrate verfünffacht hat“. Weder die Interpretation des Herztonmusters auf dem CTG-Streifen ist einfach möglich noch die Aufzeichnung selbst technisch immer fehlerfrei. Der routinemäßige Einsatz des CTG bei gesunden Schwangeren und Gebärenden ist nicht empfehlenswert, da die Fehlableitungen oder Fehlinterpretationen zu unnötigen Eingriffen führen oder notwendige Eingriffe verhindern, wenn sich das Fachpersonal in falscher Sicherheit wiegt (vgl. a.a.O.: 11f.).

Trotz alledem haftet der außerklinischen Geburtshilfe der Makel an, sie sei nicht sicher. Ein Vergleich der Geburtenpraxis in Yucatan, den Niederlanden, Schweden und den USA zeigte jedoch, dass nicht die Hausgeburt an sich risikoreicher als die Klinikgeburt für die werdende Mutter ist, sondern wie mit Geburt umgegangen wird und wie die Hausgeburt im medizinischen Versorgungssystem verankert wurde (vgl. Jordan/Davis-Floyd 1993). Das wurde durch eine in Deutschland durchgeführte Studie bestätigt, denn den freiberuflichen Hebammen in Deutschland fehlte die ärztliche Unterstützung: Frauen, die sich in der ärztlichen Schwangerenvorsorge befanden, wurden

nur sehr selten über die Möglichkeit der Hausgeburt aufgeklärt. Zudem weigerten sich Gynäkolog*innen, Hebammen bei komplizierten Geburtsverläufen in Form einer Rufbereitschaft oder der Hilfe beim Nähen komplizierter Rissverletzungen zu unterstützen (vgl. Scherzer 1988: 106).

Im Rahmen einer Studie werteten Christine Loytved et al. in den Jahren 2000 bis 2004 42.000 Haus- und Geburtshausgeburten aus. Als Basis dienten die Daten, die seit 1996 von den Hebammenverbänden, sowie die Daten, die ab 1999 durch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (siehe Kap. 6.1) erhoben wurden (vgl. Loytved et al. 2007: 11). Loytved et al. betonen, dass „es nicht um eine Konkurrenz zwischen zwei Anbietern von Geburtshilfe geht, sondern um einen möglichen gemeinsamen Anspruch, allen Schwangeren in Deutschland eine optimale, individuell zugeschnittene Unterstützung rund um die Geburt bieten zu können“ (a.a.O.: 119). Zusammenfassend stellen die Autor*innen fest, dass rund 40 Prozent der Frauen in Deutschland außerklinisch gebären könnten. Dabei sei der persönliche Kontakt zur Hebamme und zum Team von mindestens drei vorgeburtlichen Kontakten wesentlicher Versorgungsbestandteil. Vorteilhaft wurde gesehen, wenn die Hebamme nicht allein die Geburt begleitete, sondern mehr Personen zur Verfügung standen. Eine Absprache zwischen Hebamme und Klinik sollte erfolgen, bevor außerklinische Interventionen, wie beispielsweise die Eröffnung der Fruchtblase, durchgeführt würden. Es habe sich gezeigt, dass bei mindestens 80 Prozent der Erstgebärenden und 95 Prozent der Mehrgebärenden, die außerklinisch gebären, weder Analgetika noch Spasmolytika nötig waren (vgl. Loytved 2004: 119–123). Ein großes Themenfeld in der außerklinischen Geburtshilfe sind Verlegungen in die Klinik. Dabei sind Verlegungen in Ruhe, d.h. mit zeitlichem Vorlauf und Verlegungen im Notfall, d. h. in großer Eile, voneinander zu unterscheiden, ebenso wie Verlegungen der Mutter und/oder des Kindes und Verlegungen unter der Geburt oder nach der Geburt. Beim Befund von pathologischen Herztönen unter der Geburt hat sich gezeigt, dass Neugeborene um mehr als die Hälfte seltener in die Kinderklinik verlegt werden müssen, wenn sie außerklinisch geboren werden als in der klinischen Geburtshilfe. Das wird damit begründet, dass außerklinisch arbeitende Hebammen die Frau und das Kind begleiten und ein sich anbahnendes pathologisches Herztonmuster so frühzeitig erkennen würden, dass sie die Frauen bereits in Ruhe in die Klinik verlegen könnten, wenn sie befürchteten, dass das Kind die Geburt nicht ohne Hilfe schaffen werde, oder die Hebammen holten sich rechtzeitig Hilfe, so dass die Versorgung bei Komplikationen direkt nach der Geburt durch das Team außerklinisch durchgeführt werden könne (vgl. Loytved et al. 2007: 70). Über 95 Prozent der Frauen haben nach einer außerklinischen Geburt keine schweren Komplikationen wie schwere Dammrisse, unvollständige Plazenten, verstärkte Blutungen oder andere Geburtsverletzungen (a.a.O.: 108 ff.).

Milenović-Rüchardt et al. (1998: 13) stellen fest: „Die Kontroverse um die Sicherheit der Hausgeburtshilfe, eine Kontroverse im wesentlichen zwischen Medizinerinnen und weiblichen Geburtshelferinnen, spiegelt vor allem die verschiedenen Sichtweisen des Geburtsprozesses zweier Berufsstände wider“. Während sich medizinisch-technisch-orientierte Perspektive in der Gesellschaft manifestierte, hatte die außerklinisch-orientierte Perspektive hierzu kaum eine Chance, denn als wesentlicher Vorzug der Klinikgeburt wurde stets der Rückgang der Kindersterblichkeit herangezogen, die mit zunehmenden Krankenhausgeburten abnahm. Allerdings wurde bei dieser Argumentation ausgeklammert, dass sich die hygienischen Bedingungen, die Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten insgesamt deutlich verbesserten und sich sogar zeigte, dass sich trotz eines vermehrten Technikeinsatzes die Ergebnisse hinsichtlich der Kindersterblichkeit nicht mehr verbessern ließen (vgl. a.a.O.: 16f.; Siegrist 2005: 230). Japp konstatiert: „Die Sozialdimension des Risikos interessiert im Zusammenhang der Divergenz von Auffassungsperspektiven in der modernen funktional differenzierten Gesellschaft. Die damit gegebene Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Dissens und der Unwahrscheinlichkeit von Konsens wird in besonderer Weise in der Risikothematik sichtbar“ (2000: 65). Milenović-Rüchardt et al. (1998: 14) stellen klar, dass, während Hebammen auf die Physiologie des Prozesses fokussierten und auf die Ressourcen der Frau, die sie „emotional, menschlich und medizinisch“ betreuten, die medizinische Einstellung bedeute, dass „keine Entbindung als normal betrachtet werden kann, bevor das Kind geboren ist“. Die Autorinnen heben zudem hervor, dass sich im häuslichen Umfeld die Machtverhältnisse verschöben. Während in der Klinik die Frau zu Gast sei, seien es im häuslichen Umfeld die Hebammen oder die Geburtshelfer*innen. Zu Hause fällt es vielen Frauen leichter, ihre Bedürfnisse zu äußern. Zudem ist ihre Intimsphäre besser gewahrt, die Kontinuität der Betreuung ist gewährleistet und die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mit Klinikkeimen (vgl. a.a.O.: 15f.), allen voran nosokomiale Infektionen durch multiresistente Erreger, nicht gegeben. Letztere Argumente können nicht unmittelbar auf die Betreuung in einer hebammengeleiteten Einrichtung übertragen werden; ein Benefit ist aber auch hier die kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme oder ein festes Team.

Die Wahrnehmung, was als Risiko für Mutter und Kind zu bewerten ist und als wie hoch welches Risiko einzuordnen ist, veränderte sich nachhaltig durch die medizinisch-technisch geprägte Geburtshilfe, da sich auch die Perspektive der klinisch tätigen Gynäkolog*innen und Hebammen veränderte. Es kommt daher auch innerhalb der Berufsgruppen zu unterschiedlichen Bewertungen von Risiken hinsichtlich der außerklinischen Geburtshilfe, nämlich von den dort praktizierenden Gynäkolog*innen und Hebammen und jenen, die klinisch tätig sind. Da sich die klinische Geburtshilfe in Deutschland

etabliert hat, konnte somit zugleich die medizinisch-technisch-orientierte Perspektiven auch die gesellschaftlichen Strukturen prägen.

6.1 Qualitätssicherung in der Geburtshilfe - ein Exkurs

Um aufzeigen zu können, wo die geburtshilfliche Versorgung Stärken und Schwächen hat, wurde die Qualitätssicherungsmaßnahme der Perinatalerhebung eingeführt (vgl. Anthuber 2012: 26; Nüllen/Noppeney 2007: 19ff.). Zurückzuführen ist sie auf eine Initiative von Kinderärzten und Geburtshelfern in den 1970er Jahren, mit dem Ziel, die perinatale Mortalität zu senken. Hieraus entwickelte sich die Perinatalstudie, die in den 1980er Jahren als Erhebungsinstrument in der gesamten Bundesrepublik Verwendung fand (ebd.). Während die Erhebung anfänglich freiwillig war und die Anonymität der sich beteiligenden Kliniken gewahrt wurde, besteht heute eine Pflicht zur Teilnahme, um Auffälligkeiten rechtzeitig erkennen und beheben zu können. Die perinatale Mortalität hat seit 1975 deutlich abgenommen.

Nach Sack (1993) bemühten sich Hausgeburtshebammen in München erstmals 1985, in die Perinatalerhebung einbezogen zu werden. Mittels jährlicher statistischer Datenauswertungen sollte die Qualität der außerklinischen Geburtshilfe sichtbar gemacht werden. Zudem dienten die Statistiken zur Qualitätssicherung, als Basis für wissenschaftliche Arbeiten und als Grundlage für Diskussionen mit Fachpersonal und Laien (Sack 1993: 39). Ein Probelauf folgte. Weil die Perinatalbögen nicht auf die außerklinische Geburtshilfe zugeschnitten waren, konnten die meisten nicht ausgewertet werden, da die Antworten zu „undifferenziert“ gewesen seien (ebd.). Der Bogen wurde angepasst und 1987 erneut ausgefüllt. Allerdings mussten auch noch Finanzierungsfragen geklärt werden. In München und Umgebung wurden von 1981 bis 1987 855 Hausgeburten erfasst, die tatsächliche Anzahl ist unbekannt (vgl. a.a.O.: 63). „Die Fakten zeigen, daß im Hausgeburtsskolektiv eine auffallend geringere medizinisch-operative Eingriffsrate auftritt; die vaginal-operative Entbindungsrate lag bei 1,3 Prozent, die Sectorate bei 0,9 Prozent“ (a.a.O.: 208). Durch die Vermeidung von unnötigen Eingriffen reduzierte sich im Hausgeburtsskolektiv auch die Wahrscheinlichkeit für aus operativen Geburtsbeendigungen resultierenden Komplikationen. Zudem wurde die Mutter-Kind-Beziehung nicht gestört (vgl. ebd.). Die Hausgeburtshilfe „spiegelt das fundamentalste Bedürfnis der Frauen nach einer individuell ausgerichteten Geburtsbetreuung wider, in der die Qualität des Geburtserlebens und die Harmonie der Mutter-Kind-Beziehung besondere Berücksichtigung findet“ (ebd.). Sack schließt: „Diese wiederentdeckte Individualität erlangt durch die verbindliche Nähe zwischen Hebamme und Schwangeren und eine

ausgewogene richtige [i.O.m.H.] Verteilung der Verantwortlichkeiten wiederum ihr ursprüngliches Gewicht – mit den Möglichkeiten der modernen Medizin, zum Wohle von Mutter und Kind“ (ebd.).

Milenović-Rüchardt et al. (1998: 7) schreiben für Bayern: „Die Kassenärztliche Vereinigung als Träger der klinischen Perinatalstatistik zeigte zwar wenig Interesse an einer Statistik der Hausgeburten, doch auf Drängen der betreuenden Ärzte wurden die Hausgeburten vom zweiten Halbjahr 1985 bis 1990 in der klinischen Geburtenstatistik miterhoben. Die Teilnahme von Hebammen, die Hausgeburten betreuten, erfolgte freiwillig. Die Daten wurden jährlich gesondert ausgewertet [...]. Ende 1990 bestand seitens der Kassenärztlichen Vereinigung kein Interesse mehr an einer statistischen Erfassung der Hausgeburten. Zur gleichen Zeit nahm aber die Zahl der Hebammen, die Hausgeburten betreuten, wieder zu“. Da die Hebammen ihre Erfahrungen untereinander austauschen und sich einer gewissen Selbstkontrolle unterziehen wollten, wurde ein Hebammenzirkel für regelmäßige Diskussionen gegründet (vgl. ebd.). 1990/1991 erarbeiteten Hebammen gemeinsam „mit Ärzten und Ärztinnen, die in der Hausgeburtenhilfe tätig“ waren einen „eigenen Erhebungsbogen“, der die Spezifika der außerklinischen Geburtshilfe abbildete (vgl. ebd.). „Im Mittelpunkt der Analyse soll dabei nicht die Rechtfertigung gegenüber den Angriffen vonseiten einiger Gynäkologen stehen. Vielmehr wird, entsprechend der ursprünglichen Zielsetzung, die geleistete Arbeit der Hebammen und die Geburtssituation in der Hausgeburtenhilfe beschrieben“ (a.a.O.: 8). Im Diskurs um die Hausgeburtenhilfe kann es nicht darum gehen, die klinische Geburtshilfe und die außerklinische Geburtshilfe gegeneinander antreten zu lassen. Jedoch muss in der Diskussion anerkannt werden, dass bisher nicht belegt werden konnte, dass die Hausgeburtenhilfe ein höheres Risiko für Mutter und oder Kind darstellt und die gesunde Frau mit einer komplikationslosen Schwangerschaft ihren Entbindungsort selbst wählen können soll. Im Ergebnis ihrer Studie konnten die Autorinnen auch für den genannten Zeitraum aufzeigen, dass es keine Hinweise für ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind in der Hausgeburtenhilfe gab (vgl. a.a.O.: 105).

Ab 1999 ging die Datenerhebung in die QUAG-Daten ein. Loytved et al. (2007: 13) formulieren, dass seit 1999 die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) eine bundesweite Datenabfrage in Anlehnung an den Perinatalbogen wie er in den Kliniken Verwendung findet, bei freiberuflichen Hebammen durchgeführt wird. Dieses Verfahren im Rahmen des geburtshilflichen Qualitätsmanagements wurde eigeninitiativ und nicht durch Verpflichtung von außen von Hebammen eingeführt. „Die QUAG e.V. verfolgt dabei das Ziel, die Diskussion um die außerklinische Geburtshilfe zu versachlichen und ein bisher von einer kleinen Gruppe von Frauen nachgefragtes Angebot (das der außerklinischen Geburtshilfe) sichtbarer in der Gesellschaft zu etablieren. Weiter sollen die Ergebnisse der Er-

hebung einen Beitrag zu einer angemessenen Aufklärung und Information der Öffentlichkeit leisten und in einer sachlichen Art und Weise, die Vor- und die Nachteile unterschiedlicher Geburtsorte beleuchten“ (a.a.O.: 129).

Die freiberuflich tätigen Hebammen dokumentierten bis 2015 freiwillig, die Erhebungsquote lag bundesweit dennoch bei 80 Prozent. Da jedoch die Zahlen bis 2016 unvollständig sind, sind sie nur eingeschränkt nutzbar. Eine Beteiligung an der Dokumentation wurde erst ab 2016 mit der Zahlung eines Sicherstellungszuschlags als Haftpflichtausgleich für Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe und Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE), wie Geburtshäusern, Hebammenpraxen mit Räumen zur Geburtshilfe oder Entbindungsheimen, verpflichtend (QUAG 2019).

Auszug aus dem Qualitätsbericht 2019 über außerklinische Geburten

Für 2019 gab das Statistische Bundesamt an, dass insgesamt 778.090 Lebendgeborene gezählt wurden (Statista 2021). Davon wurden 14.319 als außerklinische Geburten geplant und begonnen (vgl. Loytved 2020: 6). Im Folgenden werden einige für die vorliegende Arbeit relevante Ergebnisse aus dem Qualitätsbericht der QUAG e.V., den Christine Loytved federführend verfasste, dargestellt (s. Tab. 6 bis 8).

Obwohl Nordrhein-Westfalen (NRW) die meisten Einwohner zählt, wurden 2019 die meisten Kinder in Bayern außerklinisch geboren. Dabei ging in NRW die Anzahl der 125 Hebammen, die 2018 außerklinische Geburtshilfe anboten in 2019 um 5 Hebammen zurück (auf 120), in Bayern stieg sie im gleichen Zeitraum von 112 Hebammen um 7 Hebammen auf 119 (vgl. Loytved 2020: 16). Da nicht immer alle Hebammen in Vollzeit arbeiten und aus verschiedenen Gründen auch unterschiedlich viele Frauen begleiten, ist es dennoch nicht möglich, anhand dieser Zahlen einen Vergleich zu ziehen. Es zeigt sich jedoch, dass insgesamt mehr Kinder außerklinisch geboren werden, wenn ein entsprechendes Angebot in einer Region besteht. Insgesamt mussten Hausgeburtshebammen 2019 weitere Strecken zurücklegen. Anfahrtswege über 80 Kilometer sind dabei mit 2 Prozent selten, bis zu 20 Kilometer mit über 60 Prozent häufig (vgl. ebd.).

Tabelle 6: Übersicht über die erfassten Geburten von allen Kindern im Berichtsjahr. Nach Loytved (2020: 6)

Jahr 2019	Anzahl Geburten
Alle erfassten Kinder	14.485
davon Einlinge	14.479
davon Zwillinge	6
Alle Einlinge	14.479
davon nicht in Deutschland geboren	9
davon in Deutschland geboren	14.470
Alle in Deutschland geborenen Einlinge	14.470
davon ungeplant außerklinisch geboren	151
Geburt geplant außerklinisch begonnen (Grundgesamtheit)	14.319

Tabelle 7: Wesentliche Ergebnisse für die Mütter mit geplanten außerklinischen Geburten unabhängig vom letztendlichen Geburtsort. Nach Loytved (2020: 6)

Ergebnisse für die Mütter	In % (bezogen auf alle geplant außerklinisch begonnen Einlingsgeburten; n = 14.319; s. Tab. 6)
Spontangeburt	92,1
Geburt wie geplant am außerklinischen Ort beendet	84,4
Bevorzugte Gebärlage bei vaginaler Geburt ist der Vierfüßlerstand (alle Spontangeburt und vaginal-operativen Geburten; n = 13.584)	27,1
Zweite Hebammen zur außerklinischen Geburt anwesend	60,5
Kaiserschnitt in der Klinik nach Verlegung	5,1
Geburt mit Zange oder Saugglocke (= vaginal-operativ)	2,8
Keine Verletzung nach vaginaler Geburt	41,9
Dammschnitt bei vaginaler Geburt	2,9
Dammriss dritten oder vierten Grades nach vaginaler Geburt	1,0
Keine Probleme der Mutter nach der Geburt (keine mütterlichen Probleme und auch keine Verlegung nach der Geburt)	94,3
Verlegung in eine Klinik während der Geburt	15,6
Verlegung der Mutter nach der Geburt	3,9
Mutter verstorben (im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder bis zu 42 Tage danach verstorben; Definition maternale Mortalität)	0,0

Tabelle 8: Ergebnisse für die geborenen Kinder (Einlinge) 2019, unabhängig vom letztendlichen Geburtsort. Nach Loytved (2020: 7)

Ergebnisse für die Kinder nach der Geburt	In % (% bezogen auf alle außerklinisch geplant begonnenen Einlingsgeburten; n = 14.319; s. Tab. 6)
Keine Probleme: Dem Kind geht es sehr gut oder gut (Kriterium sehr gut/gut: lebend geboren, reif, nicht in eine Kinderklinik verlegt, keine Krankheiten nach Katalog ICD-10 ³⁰ , keine Maßnahmen zur Reanimation, Apgar-Wert ³¹ nach 5 und 10 Minuten mindestens 8)	94,01
Herzschlag, Atmung, Hautfarbe, Reflexe und Muskelspannung waren 5 Minuten nach der Geburt sehr gut oder gut (entspricht Apgar-Wert größer oder gleich 7 Punkte (der))	99,26
Häufigste kindliche Erkrankung (nach Katalog ICD-10, P22: Atemnot beim Neugeborenen)	1,14
Verlegung in Kinderklinik innerhalb der ersten 6 Stunden nach der Geburt	1,68
Kind verstorben (Kind vor, während oder innerhalb von 7 Tagen nach der Geburt verstorben; Definition perinatale Mortalität)	0,13

Zudem werden die Gründe (Indikationen) für Verlegungen festgehalten. Sie werden hinsichtlich des Zeitpunkts der Verlegung unterschieden.

Indikationen bei Geburtsbeginn:

- Terminunterschreitung: weniger als 37 vollendete Schwangerschaftswochen;
- Zwillinge, Beckenendlage, Querlage;
- grünes Fruchtwasser;
- suspektes bzw. pathologische Herzfrequenzmuster;
- Hypotonie, Hypertonie, Fieber;
- auffällige, vaginale Blutung;
- Nabelschnurvorliegen/-vorfall (vgl. Bauer/Lippens 2020a: 616).

30 Katalog ICD-10 = Internationaler Katalog der Krankheiten oder Indikationen für Operationen

31 Apgar-Wert zeigt den Vitalitätszustand des Neugeborenen, von 7 bis 10 Punkten geht es dem Kind gut bis sehr gut

Indikationen zur Verlegung im Geburtsverlauf oder nach der Geburt:

- Blasensprung ohne Geburtswehen (länger als 24 Stunden), protrahierter Verlauf nach Blasensprung mit Wehen;
- Fieber, starker Blutdruckanstieg oder -abfall, stärkere Blutung;
- Geburtsstillstand: mehr als 4 Stunden kein Geburtsfortschritt bei guten Wehen;
- grünes Fruchtwasser ohne absehbares Ende der Geburt;
- präpathologische Herztöne und zögerliche Eröffnung bei Erstgebärenden, pathologische Herztöne in der Eröffnungsphase bei Erst- und Mehrgebärenden;
- ungünstige Einstellungen und Haltungen, je nach Verlauf und Herztönen, Gesichtslagen;
- krankes Neugeborenes, Kind mit Anpassungsstörungen;
- Plazentaretention, unvollständige Plazenta, atonische Blutungen (vgl. Bauer/Lippens 2020a).

Die hier auszugsweise dargestellten Ergebnisse zeigen, dass auch 2019 in Deutschland die Hausgeburtshilfe sowie die Geburtshilfe in hebammengeleiteten Einrichtungen für Mutter und Kind sicher waren. Durch die sorgfältige Begleitung der werdenden Mutter verstarb keine der Frauen, die sich in Hebammenbetreuung befand, und 94,3 Prozent der Frauen hatten keinerlei Probleme nach der Geburt, auch wenn sie in die Klinik verlegt werden mussten. 41,9 Prozent der Frauen konnten spontan und verletzungsfrei gebären und nur 1 Prozent der Frauen erlitt schwerere Dammrisse. Laut AWMF „lagen die Inzidenzen 2017 bei 1,74 Prozent (DR III°) and [sic] 0,12 Prozent (DR IV°), Daten bezüglich der Inzidenzen für Erst- und Mehrgebärende waren nicht verfügbar“ (AWMF 2020). „Im Gegensatz dazu wird in einem systematischen Review eine Inzidenz von Läsionen des M. sphincter ani externus oder internus von 11 Prozent angegeben“ (ebd.). Die Zunahme an schwereren Dammrissen ist dabei in Zusammenhang mit der höheren Erkennungsrate zu sehen (vgl. ebd.). „Konsekutive Beschwerden können Flatusinkontinenz, pathologischer Stuhl drang, sowie seltener auch Inkontinenz für flüssigen oder festen Stuhl sein. Die Häufigkeit dieser Beschwerden nimmt mit den Jahren nach der Geburt zu“ (ebd.). Geburtshelfer*innen sind daher stets bemüht, schwere Verletzungen des Damms bei Spontangeburt zu vermeiden. In der außerklinischen Geburtshilfe waren sie 2019 vergleichsweise selten. Die Versorgung von Rissen ab und mit DR III° erfolgt in der Regel immer in der Klinik und stellt somit einen Verlegungsgrund nach der Geburt dar.

Die Anzahl der verstorbenen Kinder muss differenziert betrachtet werden. Von allen außerklinisch geborenen Kindern wurden 1,5 Prozent vom außerklinischen Geburtsort in die Klinik verlegt. Das waren 2019 340 Kinder (vgl. Loytved 2020: 51). Die häufigsten Verlegungsgründe waren kindliche Erkrankungen am Herz-Kreislauf-System oder den Atemorganen (193) oder

Infektionen (102). Deutlich weniger Kinder hatten angeborene Fehlbildungen oder Erkrankungen, waren geschädigt durch mütterliche Faktoren (zum Beispiel Sucht oder Schwangerschaftskomplikationen), hatten Störungen, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer auftraten oder aufgrund von Geburtstraumen (a.a.O.: 54). Von diesen erkrankten Kindern waren 18 Kinder schwer krank, 2 verstarben bereits in der Schwangerschaft oder kamen tot zur Welt, 10 weitere verstarben kurz nach der Geburt. Die anderen 6 Kinder verstarben aufgrund angeborener Erkrankungen (vgl. a.a.O.: 56).

Dokumentationsflut

Trotz der sorgfältigen Erhebung der Daten wird die außerklinische Geburtshilfe selbst pathologisiert. So schreibt die Vorsitzende des GreenBirth e.V.³², Irene Behrmann (2011): „Ab 1.7.2012 soll von DHV-Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe verbindlich ein Aufklärungsbogen mit Einwilligungserklärung eingeführt werden. Der sechsseitige Bogen [...] darf nicht verändert und nicht kopiert werden. [...] Eine Nachfrage an der Basis ergibt, dass betroffene Hebammen in den Prozess der Entwicklung dieses Papiers nicht mit einbezogen wurden“. Behrmann erklärt, dass der Bogen die Risiken der außerklinischen Betreuung in den Vordergrund stelle, Eltern jedoch auch über die Nachteile der Klinikgeburt und die hierfür erhöhten Risiken aufgeklärt werden müssten und ein Informationsbogen entsprechend alle möglichen Geburtsorte, nämlich Hausgeburt, Geburtshaus, ambulante Beleggeburt, Hebammenkreißsaal, arztgeleiteter Kreißsaal, abbilden müsse, so dass Eltern informiert entscheiden könnten (ebd.). Bis heute ist für die außerklinische Geburt eine umfangreiche Aufklärung erforderlich. Hebammen und (werdenden) Eltern stand 2019 ausreichend Informationsmaterial zur Verfügung, wie beispielsweise das Informationsheft für Eltern „wissen, verstehen, entscheiden – Die normale Geburt“ von Ramsayer (2019), das jedoch nicht als Aufklärungsbogen fungierte. Die S3-Leitlinie³³ „Vaginale Geburt am Termin“, die im Dezember 2020 fertiggestellt wurde, bezog nun die partizipative Entscheidung ein. Frauen sollten ab sofort in Form des *shared-decision-making*-Prozesses aufgeklärt werden (vgl. Légaré et al. 2018), und zwar über alle möglichen Geburtsorte sowie deren Vor- und Nachteile (vgl. AWMF 2020; s. auch Kap. 5.3). Entsprechendes Informationsmaterial zur Aufklärung steht zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht bereit. Die Aufklärung ist Teil des Qualitätsmanagements in der Patientenversorgung.

- 32 Nach Behrmann und Müller-Markfort (2021) ist Green Birth e.V. ein Verein, der sich zum Ziel setzt, Eltern unabhängig über die möglichen Geburtsorte zu informieren, die Risiken von medizinischen Routinen zu erklären und die Bedeutung der Geburt für das Kind darzustellen.
- 33 Medizinische Leitlinien dienen als Entscheidungshilfen. Sie werden mittels vier Entwicklungsstufen klassifiziert. S3-Leitlinien haben alle Entwicklungsstufen systematisch durchlaufen und weisen sich durch besonders hohe methodische Qualität aus.

Seit den 1980er Jahren werden im Gesundheitswesen Qualitätssicherungsmaßnahmen umgesetzt (Krauspenhaar/Erdmann 2019: 12). Monika Selow (2016: 72f.) schreibt: „Seit November 2015 ist der neue Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe bekannt. Demnach muss jede freiberufliche Hebamme zukünftig Qualitätsanforderungen nachweisen. Dies kann auf unterschiedlichen Leveln geschehen und wird in vielen Bereichen der freiberuflichen Hebammenarbeit schon praktiziert. Hebammen, die bislang abgewartet haben, was konkret von ihnen verlangt wird, müssen jetzt erste Schritte zum eigenen Qualitätsmanagement gehen, um die geforderten Nachweise erbringen zu können“. Nicht alle Hebammen können jedoch mit der Verpflichtung zum QM umgehen, sie empfinden diese teilweise als (sinnlose) zusätzliche Bürde (vgl. Krauspenhaar/Erdmann 2019: 5). Während die Dokumentation der eigenen Arbeit einerseits erforderlich ist, um die Qualität zu sichern und zugleich die Leistung nach außen darstellbar zu machen, erfordern immer weitere Auflagen zur Dokumentation, Aufklärung, zu Behandlungsverträgen, Abrechnung und Fortbildungen auch Kenntnisse und Ressourcen hierfür, die teils erheblich von der originären Hebammentätigkeit abweichen. Hebammen, die nicht im Team tätig sind und alles selbstständig erfüllen müssen, sind von den neuen Regelungen besonders hart betroffen. Dabei ist es nach Krauspenhaar und Erdmann (2019: 5) unbestritten, dass sowohl die Hebammen selbst als auch Mutter und Kind mittelfristig von einer „verlässlichen und nachvollziehbaren Struktur“ und einer „hohe[n] Qualität“ der Arbeit der Hebammen profitieren.

Dokumentation, Haftung, Versicherung, Qualitätssicherung, Abrechnung und Außendarstellung beschäftigen die Hebammen in Bayern auch heute. Insgesamt und auch für Bayern kann festgestellt werden, dass trotz aller Widersprüchen die außerklinische Geburtshilfe nachgefragt wird. Die Anzahl der außerklinischen Geburten in ganz Deutschland steigt seit 2008 kontinuierlich wieder an (vgl. Wiemer 2019: 20).

6.2 Hebammenmangel in der außerklinischen Geburtshilfe

Mit dem Aufbau klinischer Versorgungsstrukturen sollten die Hebammen auch an die Kliniken gebunden werden. Die damalige Niederlassungserlaubnis für Hebammen sicherte diese Vorgehensweise juristisch ab, denn die Anzahl der freiberuflichen Hebammen, die außerklinische Geburtshilfe anbieten durften, wurde reduziert: „Weniger als 2% aller Geburten, das sind ca. 7.000 im Jahr, finden zu Hause statt. Die Meinungen, wieviele Frauen gerne zu Hause entbinden wollen, aber durch Mangel an dazu bereiten Hebammen doch in die Klinik gehen müssen, gehen sehr auseinander und haben nicht

mehr als Spekulationen zur Grundlage. Bis zur Verabschiedung des neuen Hebammengesetzes 1985 durften nur diejenigen Hebammen Hausentbindungen durchführen, die eine Niederlassungsgenehmigung besaßen. Dies schränkte die Zahl und Wahl an Hebammen enorm ein“ (Scherzer 1988: 102). Sayn-Wittgenstein schreibt, die „Hausgeburtshilfe stellt eine umfassende Arbeitsweise einer Hebamme mit einer Schwangeren, Gebärenden sowie Mutter und Kind dar. Sie ist aber der am stärksten gefährdete Tätigkeitsbereich der Berufsgruppe. [...] Der Anteil an der Hausgeburten an allen außerklinischen Geburten sinkt prozentual – bei realem Anstieg der Fallzahlen – von Jahr zu Jahr. Zuwachs können vor allem Geburtshäuser verzeichnen“ (2007: 107). Aufgrund der hohen Haftpflichtsummen befürchtete der BfHD 2005, dass „ein flächendeckendes Angebot an Hausgeburtshilfe nicht mehr gewährleistet werden kann und damit die Wahlmöglichkeiten von Frauen eingeschränkt werden“ (ebd.).

Bis 2015 begleitete die Sorge um die hohen Haftpflichtsummen die Hebammen in ihrer Berufstätigkeit. Die Bundesregierung war um Abhilfe bemüht:

„Für Geburten seit dem 1. Juli 2015 erhalten Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die notwendigen Qualitätsanforderungen erfüllen, auf Antrag einen Sicherstellungszuschlag. Mit dem Sicherstellungszuschlag soll eine dauerhafte Entlastung der Hebammen bei der Finanzierung gestiegener Haftpflichtprämien erreicht werden. Er ist eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe. Die Ausgestaltung des Sicherstellungszuschlags ist von dem GKV-Spitzenverband und den Hebammenverbänden vertraglich zu regeln. Erfolgt keine Einigung, sehen die gesetzlichen Regelungen ein Schiedsverfahren vor. Der Schiedsspruch vom 25. September 2015 hat den Weg für die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags freigemacht. Das Verfahren zur Auszahlung des Sicherstellungszuschlags hat sich mittlerweile etabliert und wird gut von den Hebammen angenommen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Da die Anzahl an Hebammen insgesamt, aber insbesondere an außerklinisch tätigen Hebammen über die Jahre hinweg abnahm, wurden Letztere immer mehr eine Randgruppe. Die nachwachsende Hebammengeneration wurde so zunehmend fast ausschließlich klinisch sozialisiert. Die Auswirkungen auf die Versorgung der Frauen wie auch auf die Ausbildung der nachfolgenden Hebammengeneration sind bis heute spürbar. Dennoch ist die Nachfrage nach außerklinischer Hebammenbetreuung nach wie vor vorhanden. Zudem könnten das Krankenhaussterben im ländlichen Raum und die zunehmende Zentralisierung der klinischen Geburtshilfe in den Städten in sehr großen Geburtskliniken bedingen, dass die Betreuung Gebärender durch außerklinisch tätige Hebammen wieder zunehmend an Bedeutung gewinnen wird. Denkbar sind sowohl geplante Hausgeburten als auch Geburten, die aufgrund einer zu langen Anfahrt zur nächstgelegenen Klinik nicht in einer

Entbindungseinrichtung beendet werden können. Das zeigt sich auch in der steigenden Anzahl sowie der Lokalisation von Geburtshäusern. So existieren derzeit 87 Geburtshäuser in Deutschland (vgl. Deutscher Hebammenverband 2019). Die Zunahme bei der Gründung von hebammengeleiteten Geburtshäusern scheint teilweise mit der Schließung kleinerer Entbindungskliniken und Krankenhäuser einherzugehen (vgl. QUAG 2019).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland zwar ein geburtshilflicher Versorgungsstrang ist, der jedoch gesellschaftlich vielfach eher kritisch gesehen wird. Die Zahlen aus der Qualitätssicherung zeigen aber deutlich, dass die Versorgung für Mutter und Kind sicher ist. Das Angebot an außerklinischer Geburtshilfe kann wieder zunehmen, wenn Hebammen bereit sind, eigeninitiativ Angebote wie zum Beispiel Geburtshäuser zu schaffen. Wo Angebote vorhanden sind, werden diese auch stark nachgefragt und frequentiert. Wesentlich bleibt aber, dass Hebammen mit den Frauen und ihren Familien so zusammenarbeiten, dass die Entscheidung für oder gegen einen Versorgungsstrang partizipativ getroffen werden. Weder die außerklinische noch die klinische Geburtshilfe wären für sich allein genommen ein Angebot oder eine Struktur, die alle Frauen, Familien und Hebammen gleichermaßen zufriedenstellen könnte. Es ist die Durchlässigkeit des Systems, welches die Versorgung in Deutschland attraktiv und sicher für Mutter und Kind macht.

7 Die Struktur der aktuellen Hebammenversorgung in Bayern

2018 wurde die IGES-Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern, die vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in Auftrag gegeben worden war, veröffentlicht (Sander et al. 2028). Sie beschreibt die geburtshilfliche Situation und Hebammenausbildung und Akademisierung in Bayern und ist somit von Bedeutung für das Verständnis der hier vorliegenden Arbeit. Die wesentlichen Studienergebnisse werden nachfolgend dargestellt (vgl. Sander et al. 2018).

7.1 Entwicklung der Geburtenzahl in Bayern und der Bedarf an Hebammenleistungen

Sander et al. (2019) haben gezeigt, dass die Anzahl der Geburten die „primäre Determinante für die Nachfrage nach Hebammenleistungen“ sei. Somit ist sie auch der Schlüssel für die Zahl der benötigten Hebammen (vgl. Sander et al. 2018: 36; s. Tab. 9).

Während in Oberbayern, Mittelfranken und Schwaben die Geburtenzahlen von 2000 bis 2016 stiegen, nahmen sie in allen anderen bayerischen Regierungsbezirken ab, am stärksten aber in Oberfranken. Insgesamt wuchs die Zahl der Geburten aber besonders in den letzten Jahren an.

Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt nahm die Anzahl an gebärfähigen Frauen in Bayern weniger stark ab, wobei auch hier regionale Schwankungen erkennbar waren. Während sie in München und Umgebung sowie in einigen kreisfreien Städten stieg, nahm sie anderenorts deutlich ab. Durchschnittlich gebar eine Frau im Jahr 2005 1,34 Kinder, 2015 waren es 1,49 Kinder. Die Autor*innen gehen davon aus, dass sich der Trend bis 2035 wahrscheinlich fortsetzen wird (vgl. Sander et al. 2018: 36). Insgesamt arbeiteten den Autor*innen zufolge im Jahr 2017 in Bayern rund 2717 freiberufliche Hebammen (wobei die Zahl aufgrund der freien Niederlassung ungenau sein kann) und im Jahr 2015 719 angestellte Hebammen (vgl. a.a.O.: 20). Die bayernweit zunehmenden Geburtenzahlen der vergangenen Jahre könnten bei quantitativer Betrachtung einen steigenden Bedarf an Hebammenleistungen bedeuten. Allerdings muss hier die regionale Entwicklung berücksichtigt

Tabelle 9: Entwicklung der Geburtenzahl und Frauen im gebärfähigen Alter in den Regierungsbezirken, 2000–2016. Nach Sander et al. (2018: 30)

Land	Geburten		Gebärfähige Frauen	
	Anzahl 2016	Veränderung in % 2000–2016	Anzahl 2016	Veränderung in % 2000–2016
Oberbayern	48.541	+17,1	1.050.315	+6,5
Mittelfranken	17.539	+9,3	382.311	-5,2
Schwaben	18.241	+1,2	395.577	-4,2
Unterfranken	11.794	-6,1	272.436	-15,6
Oberpfalz	9.818	-6,6	235.269	-9,6
Niederbayern	10.836	-8,6	255.449	-10,2
Oberfranken	8.920	-13,6	217.768	-17,1
Bayern	125.689	+4,1	2.809.125	-4,2

Quelle: IGES auf Basis der Geburts- und Bevölkerungsstatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik, Stand 08.02.2018 (siehe Sander 2018: 30).

werden (vgl. a.a.O.: 36). Zum Vergleich: 2016 leisteten bundesweit 11.077 Hebammen und Entbindungspfleger in deutschen Krankenhäusern Geburtshilfe. Davon waren 9301 fest angestellt (9297 Hebammen und 4 Entbindungspfleger) sowie 1776 Belegkräfte (vgl. Bölt 2018).

Nach § 6 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz³⁴ müssen die Länder Krankenhauspläne aufstellen mit dem Ziel, die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Planungen sollen sicherstellen, dass sich die Krankenhäuser gegenseitig hinsichtlich der Standorte und Fachrichtungen und Versorgungsstufen ergänzen können und, gemessen an der Bevölkerung in den einzelnen Regierungsbezirken, ausreichend Betten zur Verfügung stehen (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020). Aus der Planung leitet sich auch ab, welche personellen und technischen Ressourcen für die einzelnen Fachrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Welche Plankrankenhäuser in Bayern mit Gynäkologie und Geburtshilfe (GUG) ausgestattet sind, kann dem Krankenhausplan des Freistaates Bayern von 2020³⁵ entnommen werden. In Summe stehen in Bayern 100 Krankenhäuser mit GUG zur Verfügung, die sich wie folgt auf die Regierungsbezirke verteilen:

34 Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I: 886), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I: 3299) geändert worden ist. Neugefasst durch Bek. v. 10.4.1991 I 886; zuletzt geändert durch Art. 8 G v. 14.10.2020 I 2115.

35 Krankenhausplan des Freistaates Bayern in der Fassung vom 1. Januar 2020 (45. Fortschreibung).

- Oberbayern: 34 GUG
(vgl. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2020: 10–44)
- Niederbayern: 9 GUG
(vgl. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2020: 45–53)
- Oberpfalz: 9 GUG
(vgl. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2020: 54–60)
- Oberfranken: 10 GUG
(vgl. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2020: 61–68)
- Mittelfranken: 11 GUG
(vgl. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2020: 62–78)
- Unterfranken: 9 GUG
(vgl. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2020: 79–87)
- Schwaben: 18 GUG
(vgl. Krankenhausplan des Freistaates Bayern 2020: 88–99)

In Deutschland finden sich derzeit unter allen Geburtskliniken rund 17 Hebammengeleitete Kreißsäle. Der Hebammenkreißaal stellt ein neues Betreuungsmodell in den geburtshilflichen Abteilungen dar, in dem erfahrene Hebammen eigenverantwortlich gesunde Schwangere betreuen. Diese sind überwiegend in West- und Mitteldeutschland, nur vereinzelt in Baden-Württemberg und einmal in Bayern lokalisiert (vgl. Deutscher Hebammenverband 2019d). Obwohl auf der Karte des DHV, die auf dessen Webseite³⁶ zur Verfügung gestellt wird, nur ein hebammengeleiteter Kreißaal in Bayern (Regierungsbezirk Mittelfranken) verzeichnet ist, arbeiteten in Bayern die meisten Hebammen als Beleghebammen (51,1 Prozent), in Hamburg mit 2,6 Prozent die wenigsten. Bundesweit lag der Anteil der Beleghebammen bei 16,0 Prozent (vgl. Bölt 2018). Von 100 geburtshilflichen Krankenhäusern in Bayern gibt es nur in einem Haus hebammengeleitete Geburtshilfe. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass in 99 Häusern ärztlich geleitete Geburtshilfe dominiert. Das heißt auch, dass die Hebammen in diesen Einrichtungen überwiegend nicht eigenverantwortlich arbeiten, sondern die ärztlich-klinischen Strukturen in ihre Entscheidungsprozesse einbeziehen müssen.

Als Index für den Grad der Technisierung der Geburtshilfe wird die Kaiserschnitttrate bemüht. In Bayern erhöhte sich diese in den Jahren 2000 bis 2016 auf 32,2 Prozent der Lebendgeborenen. Die Kaiserschnitttrate in Bayern lag so über dem Bundesdurchschnitt von 30,5 Prozent (vgl. Sander et al. 2018: 36).

36 Deutscher Hebammenverband 2019d: Hebammenkreißsäle in Deutschland, <https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreisssaale/>, letzter Aufruf 14. April 2019.

7.2 Hebammenausbildung in Bayern

Wie sich die Hebammenausbildung in Bayern gestaltete und über welche Abschlüsse die berufstätigen Hebammen verfügen, ist weiterhin von Interesse für die vorliegende Arbeit und soll folgend dargestellt werden.

Ausbildungsstand bayerischer Hebammen

Von den in der IGES-Studie befragten Hebammen in Bayern hatte die Mehrheit auch ein Hebammenexamen in Bayern abgelegt (vgl. Sander et al. 2018: 75). Daraus kann abgeleitet werden, dass in Bayern ausgebildete Hebammen später zumeist in Bayern beruflich tätig sind. Der berufsfachschulischen Ausbildung kommt so deutlich eine lokale Gewichtung zu.

Weniger als 10 Prozent der in der IGES-Studie befragten Hebammen „hatten ein Studium im Bereich Hebammenkunde absolviert oder studierten zum Zeitpunkt der Befragung. Mehr als jede dritte Hebamme hatte außer der Hebammenausbildung bereits andere Berufsausbildungen bzw. ein Hochschulstudium außerhalb des Bereichs der Hebammenkunde abgeschlossen. Unter den Ausbildungsberufen waren besonders solche mit Gesundheitsbezug häufig vertreten“ (a.a.O.: 83).

Ausbildung an bayerischen Berufsfachschulen für Hebammen und Entbindungspfleger

Die offizielle Bezeichnung der Berufsfachschulen für die Ausbildung zur Hebamme heißt Berufsfachschule für Hebammen und Entbindungspfleger, wobei sich „Hebamme“ auf weibliche Berufsangehörige und „Entbindungspfleger“ auf männliche Berufsangehörige bezog. Die Berufsbezeichnung Entbindungspfleger wurde mittels des Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 2019³⁷ abgeschafft. Seit Inkrafttreten des neuen Hebammengesetzes³⁸ gilt für alle Angehörigen der Berufsgruppe die Berufsbezeichnung Hebamme (§ 3 HebG). Nach § 79 HebRefG muss die Ausbildung zur Hebamme innerhalb einer Übergangsfrist bis spätestens 2030 eingestellt und durch die akademische Hebammenausbildung (Studium) ersetzt werden (Art. 1 HebRefG). Bis

37 Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG) vom 22. November 2019 (BGBl. I: 1759).

38 Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I: 1759). Ersetzt G 2124-14 v. 4.6.1985 I 902 (HebG 1985). Das Gesetz wurde als Artikel 1 des Gesetzes vom 22.11.2019 I 1759 vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Es tritt gemäß Artikel 5 Absatz 4 Satz 1 dieses Gesetzes am 1.1.2020 in Kraft. § 71 tritt gemäß Artikel 5 Absatz 3 Satz 1 mit Ausnahme von Absatz 2 Satz 2 am 29.11.2019 in Kraft. § 71 Absatz 2 Satz 2 tritt gemäß Artikel 5 Absatz 3 Satz 2 am 1.3.2020 in Kraft.

dahin laufen die berufsfachschulische und hochschulische Hebammenausbildung in Bayern parallel.

Die Ausbildungsinhalte, die Berufsbezeichnung und die Tätigkeitsfelder von Hebammen sind deutschlandweit einheitlich und klar definiert (vgl. Mändle/Opitz-Kreuter 2014: 3). Johannes Siegrist schreibt: „Ausbildung und Berufsbild in der Krankenpflege erfolgten – und erfolgen weiterhin – in enger Vernetzung mit der modernen Krankenhausmedizin“ (2005: 244). Das kann auch auf die berufsfachschulische Ausbildung zur Hebamme übertragen werden. Die sieben bayerischen Berufsfachschulen für Hebammen und Entbindungspfleger sind im Krankenhausplan des Freistaates Bayern gelistet und an Krankenhäuser/Universitätskliniken angeschlossen. Als Grundlage der dreijährigen Ausbildung gelten die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV)³⁹ sowie die Europäische Richtlinie 2005/36/EG. In Anlage I der HebAPrV sind sämtliche Ausbildungsinhalte festgelegt. Der theoretische Unterricht an den Berufsfachschulen für Hebammen umfasst 1600 Stunden. Hinzu kommen 3000 praktische Stunden, die im Kreißsaal, auf der Wochenstation, der Neugeborenenstation, einer operativen und nichtoperativen Pflegestation, im Operationssaal und in der Kinderklinik geleistet werden. Ein Teil der praktischen Ausbildung (480 Stunden) wird bei freiberuflichen Hebammen absolviert (vgl. Deutscher Hebammenverband 2019a).

Die Ausbildung zur Hebamme fand in Bayern bisher an sieben Berufsfachschulen für Hebammen und Entbindungspfleger statt. An sechs der sieben Berufsfachschulen standen im Schuljahr 2016/2017 184 Ausbildungsplätze zur Verfügung (vgl. Sander et al. 2018: 83) und zwischen 13 und 60 Schülerinnen wurden ausgebildet (vgl. a.a.O.: 80). Die Schüler*innen an den vier Hebammenschulen, die in der IGES-Studie hierzu Angaben machten, kamen 2016/2017 durchschnittlich zu über 60 Prozent aus Bayern (vgl. ebd.).

Der Unterricht an den Berufsfachschulen basiert auf Lehrplänen für die Berufsfachschule für Hebammen und Entbindungspfleger, die vom Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung herausgegeben werden. Die Lehrpläne umfassen alle Fächer der Stundentafel für das erste bis dritte Schuljahr. Die Lehrpläne wurden 2002 veröffentlicht und zuletzt aufgrund der Änderung des Hebammengesetzes im Juni 2013 angepasst (Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung 2013). Die Lehrpläne sind so angelegt, dass der überwiegende Anteil der berufspraktischen Ausbildung im klinischen Kontext erfolgt. Die meisten geburtshilflich tätigen Hebammen arbeiten während ihres gesamten Berufslebens in der Klinik. Ihr geburtshilfliches Fachwissen ist entsprechend klinisch geprägt. Dennoch wird in den

39 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I: 929). Zuletzt geändert durch § 60 Absatz 2 Hebammen-Studien- und PrüfungsVO vom 8.1.2020 (BGBl. I S. BGBl. Jah 2020 I: 39).

Lehrplänen ausdrücklich auf die außerklinische Hebammentätigkeit verwiesen. So wurde der außerklinische Unterricht (erstmalig) wie folgt eingeführt: „Gemäß § 6 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger sollen zur Vorbereitung auf den Beruf Teile der praktischen Ausbildung, die die Schwangerenvorsorge, die außerklinische Geburt sowie den Wochenbettverlauf außerhalb der Klinik umfassen, bis zu einer Dauer von 480 Stunden der praktischen Ausbildung bei freiberuflichen Hebammen oder in von Hebammen geleiteten Einrichtungen durchgeführt werden. Das Erreichen des Ausbildungsziels darf dadurch nicht gefährdet werden“ (Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung 2013: 35). Der berufspraktische Unterricht in der außerklinischen Geburtshilfe ist im Lehrplan im Rahmen des *Externats* definiert. Das Externat umfasst den Einsatz bei freiberuflich tätigen Hebammen, es ist nicht verpflichtend für die WeHen, sich außerklinisch tätigen Hebammen anzuschließen. Außerdem soll im ersten Ausbildungsjahr in der Theorie die „Erstellung eines Hygienekonzepts in Bezug auf Hebammenpraxen und Geburtshäuser“ unterrichtet werden. Weiter steht dort als ein Abschnitt „Kurz auf die geschichtliche Entwicklung eingehen [Absatz im Original] Geburtshäuser erwähnen“ (a.a.O.: 87). Im „Fachprofil“ wird ebenfalls auf die außerklinische Geburtshilfe hingewiesen: „Die Hebamme kann ihren Beruf freiberuflich und im Angestelltenverhältnis ausüben und bei der Frau zu Hause, in Krankenhäusern (Angestellte oder Beleghebamme), in Geburtshäusern, Hebammenpraxen, bei Beratungsstellen praktizieren“ (a.a.O.: 96). Im zweiten Lehrjahr sollen, im Rahmen einer Lehrveranstaltung mit 90 Unterrichtseinheiten (UE)⁴⁰ zum Thema regelrechte Geburt, insgesamt 17 Themenfelder unterrichtet werden (a.a.O.: 101f.). Hierzu gehört auch die „Geburt zu Hause, in der Hebammenpraxis, im Geburtshaus“ (a.a.O.: 102).

Berufspraktische Ausbildung bei freiberuflichen Hebammen (Externat)

Vor Gründung der ersten Hebammenschulen hatten Hebammen werdende Hebammen geschult, indem sie diese hospitieren ließen und mit ihnen übten. Hierfür bürgerte sich im Sprachgebrauch der Hebammen das Meisterinnen-Gesellinnen-Prinzip⁴¹ ein. Auch heute noch nehmen sich erfahrene freiberuflich tätige Hebammen den werdenden Hebammen an, wenn diese im Rahmen ihrer berufspraktischen Ausbildung einige Zeit bei freiberuflich tätigen Hebammen verbringen müssen. Dieser Zeitraum wird als Externat bezeichnet.

Im Rahmen der IGES-Studie wurde deutlich, dass ein Viertel der befragten freiberuflich tätigen Hebammen im Jahr 2016 eine oder mehrere Externa-

40 Eine UE im theoretischen Teil der Ausbildung wird mit 45 Minuten berechnet, in den berufspraktischen Einsätzen mit 60 Minuten.

41 Wird in der weiblichen Form verwendet.

te betreuen. Insgesamt wurden 575 Externatsbetreuungen angegeben, wobei eine Hebamme durchschnittlich 2 bis 3 Externatsplätze anbot (vgl. Sander et al. 2018: 77). Wird die Anzahl der angebotenen Externatsplätze in Bayern mit der Anzahl der Hebammenschüler*innen verglichen, ist es wahrscheinlich, dass auch die meisten Externate innerhalb Bayerns stattfanden.

Die Hebammen, die keine werdenden Hebammen im Externat betreuten, gaben folgende Gründe an: „keine Anfragen bekommen“, „keine Kapazitäten gehabt,“ weil ihre berufliche Hebammentätigkeit „zu wenig umfangreich gewesen“ sei oder weil es keine „Vergütung“ gegeben habe, „hohe Anforderungen seitens der Hebammenschule“ gestellt worden seien, die „rechtliche“ Situation und die Versicherungsmodalitäten nicht klar geregelt oder ihre beruflichen Einsätze nicht planbar gewesen seien (vgl. a.a.O.: 78). Die Gründe für Ablehnungen lassen darauf schließen, dass es prinzipiell eine hohe Bereitschaft erfahrener Hebammen gibt, werdende Hebammen im Rahmen des Externats aufzunehmen.

7.3 Beispiele funktionierender interdisziplinärer Zusammenarbeit

Hebammen arbeiten interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen: „Die Hebamme muss ihre eigenen fachlichen Grenzen erkennen und rechtzeitig andere Professionen fallbezogen in die Betreuung integrieren (z.B. Kinderärzte, Gynäkologen, Chiropraktiker, Psychotherapeuten, Psychiater, Jugendamt, Beratungsstellen, Psychosozialer Dienst, Koordinatoren Frühe Hilfen unter anderem)“ (Ahrendt 2020: 116). Neben der fallbezogenen Integration von oder Weitervermittlung an andere Berufsgruppen schließen sich Hebammen aber auch bewusst mit anderen Berufsgruppen zusammen, beispielsweise in Form der Zusammenarbeit in Praxen, hebammengeleiteten Einrichtungen oder Kliniken. Zudem gibt es auch in Deutschland immer mehr innovative Versorgungsmodelle, wie beispielsweise die Hebammenkreißsäle.

Seit 2003 wird in Deutschland das Konzept des hebammengeleiteten Kreißsaals umgesetzt. Das bedeutet, dass Hebammen im Team gesunde Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und ihre Kinder selbstständig betreuen und Gynäkolog*innen oder anderes Fachpersonal nur bei Bedarf hinzuziehen. Der Fokus liegt dabei auf der Physiologie. Üblicher Weise lernt bereits die schwangere Frau möglichst das ganze Hebammenteam kennen. Die Betreuung erfolgt auf einer vertrauensvollen Basis, die die Ressourcen der Frau mit einbezieht. Der Hebammenkreißsaal ersetzt dabei nicht den ärztlich geleiteten Kreißsaal einer Klinik, sondern wird zusätzlich angeboten. Die Voraussetzung, um im Hebammenkreißsaal arbeiten zu können, ist eine

zweijährige Berufserfahrung. Es hat sich gezeigt, dass durch dieses Versorgungsmodell die Physiologie der Geburt gestärkt wird und medizinische Interventionen reduziert werden können (vgl. Bauer/Sayn-Wittgenstein 2007; Heinzl 2020). Der DHV (2021c) gibt an, dass 2021 21 Hebammenkreißsäle in Deutschland existieren, schränkt jedoch ein, dass diese Angabe „keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt“.

Zudem arbeiten Hebammen und Ärzt*innen oft als Tandem, und zwar in der Versorgung von Frauen und ihren Kindern, aber auch in Lehre und Forschung. Beispielhaft hierfür sei die Zusammenarbeit der Hebamme Esther Göbel mit dem Gynäkologen Sven Hildebrandt genannt, die gemeinsam ihre „Visionen von einer neuen Geburtskultur“, der „Wertschätzung für die Arbeit der Hebammen und Ärzten“, von der „Entschlossenheit im Eintreten für die Rechte von Frauen und Kinder bei der Geburt“ vertreten und mittels Veröffentlichungen bekannt machen (vgl. Hildebrandt/Göbel 2018: 6).

Teil IV:
Akademisierung, Wissen
und Wissensweitergabe

8 Akademisierung von Ausbildungsberufen

Durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG)⁴² wird der Begriff der Ausbildung definiert. In § 1 (3) BBiG heißt es hierzu: „Die Berufsausbildung hat die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendigen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit) in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln. Sie hat ferner den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrungen zu ermöglichen“. Über das BBiG sind die wesentlichen Merkmale von Berufsausbildungen, sowie die Vertragsgestaltung, Prüfungen und deren staatliche Anerkennung, geregelt. Uhly (2020) spezifiziert die Merkmale von dualen Ausbildungsberufen, zu denen die Gesundheitsberufe zählen: „Duale Ausbildungsberufe nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. Handwerksordnung (HwO) sind:

- Staatlich anerkannte Ausbildungsberufe nach § 4 Absatz 1 BBiG bzw. § 25 Absatz 1 HwO,
- Ausbildungsberufe in Erprobung nach § 6 BBiG bzw. § 27 HwO und
- Berufe nach Ausbildungsregelungen für Menschen mit Behinderung nach § 66 BBiG bzw. § 42m HwO“ (Uhly 2020: 242).

Die Ausbildung dient dem Ziel, einen Beruf ausüben zu können. In die duale Ausbildung sind sowohl Berufsfachschulen als auch Arbeitgeber involviert. Ausbildungsberufe haben in Deutschland eine lange Tradition. Dennoch sei, wie Elsholz et al. (2018: 9) schreiben, die Akademisierung von Berufen ein Trend. In Deutschland übertraf 2013 die Zahl der Studienanfänger*innen erstmalig die Zahl derer, die eine duale berufliche Ausbildung begannen. Dieser Trend setze sich fort, obgleich Kritiker*innen von „Akademisierungswahn“ sprachen (ebd.). Akademisierungsskeptiker*innen argumentieren, dass es zu Nachwuchsproblemen bei Fachkräften kommen könne, was wiederum die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland beeinträchtige (ebd.). Aber: „Zu Beginn der 2000er-Jahre wurde diese Diskussion hingegen noch eher andersherum geführt. So hatten die Einschätzungen der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) besagt, dass Deutschland mit seiner Akademiker(innen)quote weit hinter dem internationalen Durchschnitt her hinke und damit seine Wettbewerbsfähigkeit riskiere“ (Elsholz et al. 2018: 9). In der Folge wurden in Deutschland Bemü-

42 Berufsbildungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Mai 2020 (BGBl. I: 920). Neugefasst durch Bek. v. 4.5.2020 I 920.

hungen unternommen, den Hochschulzugang zu erleichtern und mehr Studienangebote zu schaffen.

8.1 Akademisierung von Gesundheitsberufen in Deutschland

Gesundheitsberufe zählen in der Regel zu den staatlich anerkannten Ausbildungsberufen. Die Ausbildung wird, nach einem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 17. Oktober 2013, im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) in der vierten Niveaustufe eingeordnet (BMBF/KMK 2013). Der Wissenschaftsrat veröffentlichte 2012 eine Empfehlung zur Akademisierung von Gesundheitsberufen. Neben der Frage nach den zukünftig notwendigen Qualifikationen für die künftige Gesundheitsversorgung wurden die Wege, wie diese Qualifikationen erreicht werden können, erörtert und welche Weiterentwicklungen an Hochschulen damit verbunden sind (vgl. Wissenschaftsrat 2012: 96ff.).

Während die berufspraktische Ausbildung während der Dienstzeiten bei Arbeitgeber*innen erfolgt, wird die Theorie an der Berufsfachschule gelehrt. Für die Ausbildung arbeiten die Berufsfachschule und die Arbeitgeber*innen zusammen. Die Akademisierung von Gesundheitsberufen verursacht ein Aufbrechen tradiertter Strukturen, einen Wandel in der Organisation und Veränderungen in den Prozessen. Wo zuvor Ausbildungsverordnungen galten, liegen nun Prüfungs- und Studienverordnungen zugrunde. Das impliziert, dass fortan die Hochschulgesetze der einzelnen Länder greifen. Die Lernorte für die theoretische Einheiten verschieben sich von Berufsfachschulen an Hochschulen. Zudem erfährt das System der Praxispartner Veränderungen: Anstelle eines Hauptausbildungsortes, wie *eines* Universitätsklinikums, werden vermehrt weitere Praxisstellen (Kliniken, Praxen etc.) einbezogen. Hierdurch verändert sich die berufspraktische Ausbildung auf mehreren Ebenen, beispielsweise hinsichtlich:

- der Einheitlichkeit,
- der Organisation und Vertragsgestaltung,
- des Qualitätsmanagements.

Veränderungen in Systemen bringen, je nach Perspektive, in der Regel Vor- und Nachteile mit sich. Hinsichtlich der Einheitlichkeit der berufspraktischen Ausbildung könnte mit fehlender Gerechtigkeit als möglicher Nachteil argumentiert werden, da die unterschiedlichen Einsatzorte der Studierenden auch unterschiedliche Patient*innen bzw. eine unterschiedliche Klientel bedeuten. Als Regulativ können hier jedoch das jeweilige Modulhandbuch der Studien-

gänge und die Studien- und Prüfungsordnung der Hochschulen herangezogen werden, denn über die zu erreichenden Qualifikationsniveaus muss seitens der Hochschulen sichergestellt werden, dass die Studierenden die Lehrinhalte auch erfahren. Als Vorteil kann gesehen werden, dass unterschiedliche Einsatzorte den Diskurs unter den Studierenden anregen können. Die Organisation und Vertragsgestaltung sind durchaus komplexer, wenn mehr als ein Hauptpraxiseinsatzort bedacht werden muss. Nachteilig könnten sich unterschiedliche Verträge für Studierende, insbesondere hinsichtlich der Vergütung, falls diese nicht eindeutig im Gesetz geregelt ist, ergeben. Vorteile bieten Verhandlungen, die immer wieder aufs Neue eingefahrene Strukturen ändern und so zu Optimierungen führen können. Die Sicherstellung der Qualität der berufspraktischen Ausbildung wird aufwändiger und zeitintensiver, je mehr Praxisstellen eingebunden werden. Andererseits können so auch schneller deutliche Unterschiede in der Qualität erkannt und aufgezeigt werden, sowie Best-Practice-Beispiele entwickelt werden.

Die Verschiebung der Lehre an Hochschulen bedeutet auch, dass Berufsfachschulen geschlossen werden. Wie die vorhandenen Ressourcen weiterverwendet und das Personal im Hochschulkontext beschäftigt werden kann, bedarf der Klärung.

Der Professionalisierungsprozess in der soziologischen Betrachtung

Nach Stadlober-Degwerth (2008) gelang es im Rahmen der Ausdifferenzierung von ständischen Berufsgruppen im Mittelalter in Europa nur wenigen Berufsgruppen, „sich eine privilegierte Stellung zu verschaffen“, Hebammen waren nicht darunter. Diese Gruppe der ersten akademischen Berufe verfügte über an der Universität erworbenes Gelehrtenwissen. Die „drei Urprofessionen“ waren „Theologie, Recht und Medizin“ und standen „in der Tradition eines männlich naturwissenschaftlich ausgerichteten Bildungssystems“ (a.a.O.: 14).

Das hat Auswirkungen bis heute. Gesundheitsberufen zeichnen sich seit Jahrhunderten durch unterschiedliche Qualifikationsniveaus aus. Während die akademisierte Schicht (Mediziner*innen) die Professionalisierung ihres Berufsstandes vorantreiben konnte, verharrte die nicht akademisierte Schicht lange Zeit in der ihnen innerhalb der hierarchischen Strukturen des Gesundheitswesens zugeordneten Position. Dies spiegelt sich bis heute auch in der Vergütung wider.

Wie sich die einzelnen Berufe voneinander trennscharf unterscheiden lassen, ist Teil des Diskurses in der Professionssoziologie. So stellen Pfadenhauer und Sander fest: „Die Professionssoziologie weist [...] eine lange Tradition der Auseinandersetzung um die relevanten Merkmale von Professionen auf“ (2010: 362). Dabei ist zu beachten, dass nicht jeder Beruf eine Profession ist oder werden kann: Nach Wilensky (1972: 198) haben die wenigsten Berufe den Stand einer Profession. Die Professionalisierung von Berufen sei

immer prozesshaft zu sehen. Sie gehe mit einer Weiterentwicklung und Anbindungen von Ausbildungsstrukturen an Hochschulen einher, die primär nicht an Hochschulen vorzufinden gewesen seien (vgl. a.a.O.: 202), denn überall dort, „wo ein substantieller Teil einer wissenschaftlichen Disziplin deren Anwendung als Profession betreibt, sind die Bedingungen einer Profession gegeben“ (a.a.O.: 199). Professionelle grenzen sich von anderen Berufsgruppen ab, die in ähnlichen Bereichen tätig sind, indem sie „ihre weniger geschätzten Arbeiten“ an diese delegieren (a.a.O.: 203). Das wird im hierarchischen System des Krankenhauses besonders deutlich: Mit Ausnahme der hierarchischen Strukturen innerhalb einer dort beschäftigten Berufsgruppe (zum Beispiel der Medizinischen Fachangestellten, des Hol-und-Bringe-Dienstes, der Hausmeister*innen usw.) ordnen sich hier stets ausgebildete Mitarbeiter den akademisierten unter.

Professionalisierung der Ärzteschaft

Johannes Siegrist konstatiert, dass sich die Profession der Ärzteschaft erst ab Mitte des 19. Jahrhunderts herausgebildet habe (2005: 226). Rüschemeyer hebt hervor, dass sie, wie alle Gesundheitsberufe mit Patient*innen- bzw. Klient*innenkontakt, das Kennzeichen eines „Dienstleistungsberufs“ trage (1972: 168).

Siegrist (2005) beschreibt die ärztliche Profession anhand folgender Merkmale:

- „Ihre Tätigkeit beruht auf spezialisiertem, in der Hochschule erworbenem und danach systematisch weiterentwickeltem Expertenwissen (Lizenz).
- Ihre Leistungen werden weitgehend als Monopol angeboten; darin wird die Profession vom Staat unterstützt (gesellschaftliches Monopol).
- Ihre Tätigkeit unterwirft sie einer normativen kollegialen Eigenkontrolle (zum Beispiel anhand von Berufsgerichten); damit entzieht sie sich tendenziell sozialer Kontrolle durch Nicht-Experten.
- Ihre Tätigkeit ist durch ein hohes Maß an beruflicher Autonomie gekennzeichnet (zum Beispiel Ideal der Freiberuflichkeit).
- Häufig, aber nicht immer, sind mit der Zugehörigkeit zu einer Profession hohes Sozialprestige (Ansehen, gesellschaftliche Wertschätzung) und hohes Einkommen verbunden“ (2005: 226).

Die ärztliche Professionalisierung müsse vor dem Hintergrund der Industrialisierung und der sozialstaatlich unterstützten Medikalisation der Gesellschaft im Hinblick auf die „auf die Gesundheit ausgerichteten Interventions- und Daseinssicherungsinteressen“ betrachtet werden (ebd.). Wilensky (1972) schreibt, dass der Professionalisierungsprozess mit Spezialisierung einhergehe. Im Zuge dessen würden Tätigkeiten an andere Berufsgruppen delegiert, was wiederum den Übergang von Kompetenzen und den Verlust von Einflussnahme und Kontrolle auf der Handlungsebene mit sich bringe. In der

Folge könnten Konflikte zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, aber auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe entstehen (a.a.O.: 203). Siegrist führt an, dass dies auf die „Partikularinteressen [i.O.m.H.]“ zurückzuführen sei. Er meint, eine zunehmende „Konkurrenz“ könne auch zur Deprofessionalisierung beitragen (2005: 233f.).

Professionalisierung und Professionalismus

Stadlober-Degwerth konstatiert: „Der heutige Diskurs um Professionen und Professionalisierung betont als Merkmal vor allem die herausragende gesellschaftliche Position, die sich Ärzte in ihrer Arbeitswelt erwerben können, während andere heilkundliche Berufe noch immer Nachrang haben. Dazu zählen, aus geschlechtsspezifischer Perspektive betrachtet, alle weiblichen medizinischen Berufsgruppen, die zu den nachgeordneten Berufen zählen“ (2008: 18).

Professionalisierung ist dabei nicht gleichzusetzen mit Professionalismus. Siegrist rekurriert auf Eliot Freidson (1979), wenn er schreibt: „Die Ausübung eines hohen Maßes an professioneller Autonomie setzt jedoch nicht nur gesellschaftlich relevante Definitionsmacht, Spitzenstellung in der medizinischen Arbeitsorganisation sowie Monopolisierungschancen einflussreicher Positionen in Wissenschaft und Gesundheitspolitik voraus, sondern auch spezifische Einstellungs- und Handlungsmuster, die man als Professionalismus [i.O.m.H.] bezeichnen kann“ (Siegrist 2005: 237; siehe auch Freidson et al. 1979). Professionalismus sei das Ziel der beruflichen Sozialisation (vgl. ebd.).

Als Merkmale für die Sozialisation in der professionalen Gruppe führt William J. Goode an:

1. „Die Professionsmitglieder teilen ein Gefühl gemeinsamer beruflicher Identität;
2. Einmal Mitglied geworden, verlassen nur wenige die Profession wieder, so daß für die meisten der erworbene Status endgültig und dauerhaft ist.
3. Die Mitglieder haben gemeinsame Wertvorstellungen;
4. Es herrscht Übereinstimmung über die Rollendefinitionen gegenüber Kollegen und Professionslaien. Diese sind für alle Mitglieder gleich;
5. Im Bereich des beruflichen Handelns wird eine gemeinsame ‚Sprache‘ [i.O.m.H.] gesprochen, die Laien nur teilweise zugänglich ist;
6. Die professionelle Gruppe kontrolliert das berufliche Handeln ihrer Mitglieder;
7. Die Profession ist deutlich erkennbar von ihrer sozialen Umwelt abgegrenzt;
8. Sie produziert die nachfolgende Professionsgeneration nicht im biologischen, sondern im sozialen Sinne. Dies geschieht sowohl durch Kontrol-

le über die Selektion der Professionsaspiranten wie über deren beruflichen Sozialisationsprozeß“ (1972: 157f.).

8.2 Akademisierung und Professionalisierung von frauendominierten Gesundheitsberufen

Für die soziologische Betrachtung der Akademisierung und Professionalisierung von frauendominierten Gesundheitsberufen ist es relevant, sich mit der Kategorisierung von Geschlechtern zu befassen. Bei Hannelore Bublitz (2016) wird ersichtlich, dass die Standardunterscheidung der Geschlechter lange Zeit durch Zweigeschlechtlichkeit – Mann, Frau – geprägt worden sei. Hierfür werde auf das System der Zweigeschlechtlichkeit zurückgegriffen und den Geschlechtern auch Attribute zugewiesen, was sie (beruflich) leisten könnten. Das bedeute aber auch, dass hiermit die „Vergeschlechtlichung von Berufen“ einhergeht (a.a.O.: 108f.). In der Arbeitswelt dominiert das männliche das weibliche Geschlecht, mit Auswirkungen auf das Berufsleben, denn hier „haben Frauen aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit oft mit Lohndiskriminierung und/oder erschwerten beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten zu kämpfen“ (ebd.).

Nave-Herz, Onnen-Isemann und Oßwald (1996: 15) konstatieren, dass es lange Zeit die „Bestimmung der Frau“ gewesen sei, Mutter zu werden. Die ersten Frauenberufe, wie Lehrerin, Sozialarbeiterin oder Kindergärtnerin seien daher auch mit „mütterlichen Eigenschaften“ verwoben gewesen (vgl. ebd.). „Damit wurden gleichzeitig ganz eindeutige Zeichen gesetzt: Anerkennung konnten Frauen nur über das Mutter-Sein – sei es in biologischer Hinsicht oder in übertragender Art (= ‚geistige Mutterschaft‘) – erlangen“ (ebd.). Die „Aussagen über den Geschlechtscharakter [i.O.m.H.] von Mann und Frau stellten den Versuch dar, die Aufspaltung der Gesellschaft in eine Männerwelt Beruf [i.O.m.H.] und eine Frauenwelt Familie [i.O.m.H.]“ (Eickelpasch 1999: 84).

Der Widerstand der Frauenbewegung in den 1960/1970er Jahren richtete sich gegen „normative Unterstellungen über biologisierte Andersartigkeiten von Frauen und den daraus resultierenden geschlechtsspezifischen Ungleichheiten“, wie Teresa Kucera schreibt (2001: 229). Lange Zeit war eine ökonomische Unabhängigkeit für Frauen nahezu unmöglich, die „Schlechterbezahlung“ besteht bis heute (vgl. a.a.O.: 230).

So ist es nicht verwunderlich, dass die Professionalisierung von Gesundheitsberufen in den letzten hundert Jahren von Männern dominiert wurde. Während in den ärztlichen Berufsfeldern insbesondere die späte Zulassung von Frauen zum Medizinstudium (vgl. Siegrist 2005: 241) zu nennen ist, führen Frauen bis heute in den Gesundheitsberufen auch überwiegend pflège-

rische und Assistenz Tätigkeiten aus. Und obwohl zwei Drittel der Stellen im Gesundheitswesen mit Frauen besetzt sind, sind diese in Führungspositionen noch immer kaum vertreten (vgl. Korzilius 2019). 2017 arbeiteten in Deutschland insgesamt 4.226.000 Frauen im Gesundheitswesen, und zwar überwiegend in ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen (vgl. Statistisches Bundesamt 2019: 129). Während Frauen in den Verwaltungen und an sonstigen Positionen weniger Stellen besetzen als Männer, waren die 1.352.000 Männer dabei deutlich seltener in ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen tätig (ebd.).

Akademisierung des Pflege- und des Hebammenberufs

Eva-Maria Krampe setzt sich mit der Professionalisierung des Pflegeberufs auseinander. Sie expliziert: „Der klassische Pflegeberuf, die Krankenpflege wird in professionssoziologischen Untersuchungen gerne als Musterbeispiel für gescheiterte Professionswerdung oder erfolglose Professionsprojekte behandelt, und zwar insbesondere im Vergleich mit dem erfolgreichen Professionsprojekt der Medizin“ (2013: 44). Krampe gibt jedoch zu bedenken, dass Männer wenig entwickelte Berufsfelder mieden. Sie konstatiert, dass der Pflegeberuf sich zunächst aufgrund eines bewussten Ausschlusses von Männern zum Frauenberuf entwickelt habe, wobei die „zentralen Akteure bei der Verberuflichung der Krankenpflege [...] zum einen die Mediziner und zum anderen kirchliche Organisationen“ gewesen seien (ebd.). Warum die Professionalisierung des Pflegeberufs scheiterte, wurde vor allem damit begründet, dass „die Pflege auf Grund ihrer Nähe zur Hausarbeit, der wenig strukturierten, häufig intuitiv geleiteten Praxis und der Diffusität der Aufgaben nicht professionalisierungsfähig sei“ (a.a.O.: 50). Um diese Hürden zu überwinden, gelte es, „die Pflege zu ‚entfeminisieren [i.O.m.H.]‘, sie rational und sachlich, strukturiert und transparent zu gestalten. Dazu sollten eine wissenschaftliche Grundlegung und die akademische Ausbildung beitragen“ (ebd.). Inzwischen ist die Akademisierung der Pflege auch in Deutschland vorangeschritten (vgl. Heeskens/Hardegen 2018: 46). Die Professionalisierung der Pflege soll die Attraktivität des Berufs steigern, um langfristig interessant zu bleiben und Fachkräfte zu halten (Matzke 2018: 116). Inwiefern dies den Anteil an männlichen Pflegenden maßgeblich erhöht, gilt es abzuwarten.

Prahm und Nave-Herz (2012) beschreiben, wie Frauen kämpfen mussten, um Ärztin werden zu können. Als eine der ersten Ärztinnen Deutschlands und somit Pionierin im ursprünglichen „Männerberuf“ des Arztes galt Hermine Heusler-Edenhuizen. 1903 schloss sie ihr Medizinstudium ab und erhielt 1911 ihre Zulassung als erste deutsche niedergelassene Frauenärztin. Sie war insbesondere in der Bekämpfung des Kindbettfiebers erfolgreich (vgl. ebd.). Im Gegensatz zu den damals überwiegend ärztlichen Geburtshelfern waren Hebammen, traditionell weiblich (vgl. Scherzer 1988: 13; Stadlober-Degwerth 2008: 22). Bis heute gibt es nur wenige Männer in diesem Beruf

(vgl. Bovermann 2020: 70). Zur Veranschaulichung: 2015 waren 9081 Hebammen an deutschen Krankenhäusern beschäftigt. Nur vier von ihnen waren männlich (vgl. DHV 2017b). Somit kann vom Beruf der Hebamme auch heute noch von einem Frauenberuf gesprochen werden.

Wie einleitend beschrieben, kamen die Bestrebungen, den Hebammenberuf auch in Deutschland zu akademisieren, aus der Berufsgruppe der Hebammen selbst. Zu Beginn der 1980er Jahre schlossen sich Hebammen mit anderen Berufsgruppen und Forschenden zusammen, um die Professionalisierung des Berufsstandes voranzutreiben (siehe Kap. 1). Grundlegend für diese Neuausrichtung waren die Einflüsse der ICM, deren Ethikkodex für Hebammen sowie die in Großbritannien entwickelten „Prinzipien der Hebammenarbeit“ (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 37). Zudem beeinflussten die Diskurse der internationalen und nationalen Berufsverbände die Akademisierungsbestrebungen.

2004 beschrieb Zoege für die Professionalisierung des Hebammenberufs Handlungsfelder wie die Akademisierung und fachspezifischen, akademischen Weiterbildungen für bereits qualifizierte Hebammen, den Ausbau der Hebammenforschung, die Wissenschaftsorientierung, den Aufbau der Fachdisziplin Hebammenwissenschaft sowie den Bereich der Personal- und Fachkompetenz (Zoege 2004).

Drei Jahre später, 2007, veröffentlichte Friederike zu Sayn-Wittgenstein mit „Geburtshilfe neu denken“ Wege, wie dieser Professionalisierungsprozess aussehen könne. Die Erkenntnisse hierfür wurden in einer mehrjährigen Projektarbeit gewonnen, an der wissenschaftliche Mitarbeiterinnen mit Erfahrung in Forschung und/oder Lehre sowie eine Planungsgruppe beteiligt waren. Zudem wurden Open-Space-Workshops sowie mündliche und schriftliche Befragungen durchgeführt und fachliche Stellungnahmen einbezogen (vgl. a.a.O.: 8–13).

Hebammen arbeiten entlang des Betreuungsbogens individuell für und mit der Frau und ihrer Familie (s. Abb. 2).

Das bedeutet, dass Hebammen die Lebensphasen von der Familienplanung bis zum Ende der Stillzeit selbstständig begleiten (vgl. a.a.O.: 24). Hierfür betrachten sie die damit verbundenen Vorgänge als normales Lebensereignis (vgl. a.a.O.: 35). Hebammen folgen dem „Prinzip des Nichtschadens durch Vermeidung von Intervention“. Dabei bedarf es der „genauen und verantwortlichen Prüfung jeglicher Intervention während des Betreuungsprozesses“ und eines „primär abwartendes Verhalten[s]“, das als die „begründete Nichtintervention“ vordergründig ist (vgl. a.a.O.: 40). Grundlegend für die Arbeit der Hebammen ist das internationale Kompetenzprofil des ICM (vgl. ebd.). Die „Empfehlungen“ Sayn-Wittgensteins zur Professionalisierung des Hebammenberufs werden nachfolgend in Auszügen wörtlich zitiert. Zu den Empfehlungskategorien „Versorgungsleistung“, „Herausforderung: Ausbil-

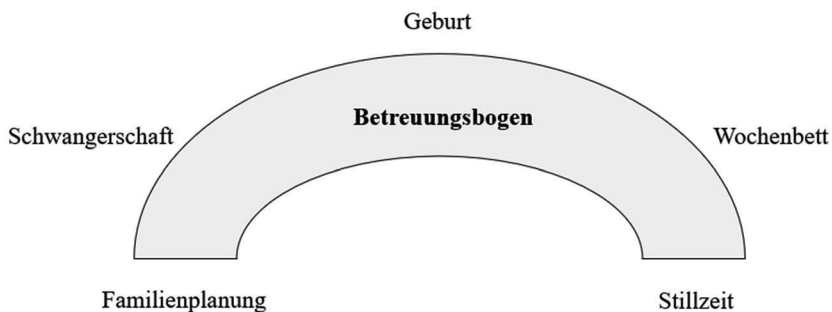


Abbildung 2: Betreuungsbogen. Nach Sayn-Wittgenstein (2007: 24)

„Schritte zur Umsetzung“ zugeordnet, die hier nicht wiedergegeben werden.

Versorgungsleistungen (a.a.O.: 183-196)

- „In der gesundheitlichen Versorgung der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit wird ein Paradigmenwechsel eingeführt [i.O.m.H.]“.
- „Das Hebammenwesen wird innerhalb des Gesundheitssystems gestärkt, um das gesundheitsfördernde und präventive Potenzial der Berufsgruppe optimal zu nutzen [i.O.m.H.]“.
- „Die Finanzierung von Versorgungsleistungen überprüfen [i.O.m.H.]“.
- „Der allgemeine und besondere Versorgungsbedarf in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit wird systematisch erfasst [i.O.m.H.]“.
- „Im gesamten Versorgungsbereich steht die Umsetzung von Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention durch Unterstützung der physiologischen Prozesse in der Lebensphase und die Förderung der normalen Geburt im Zentrum [i.O.m.H.]“.
- „Die Forschung im Versorgungsbereich der Mutterschaft wird initiiert und gefördert, um gesundheitsfördernde sowie hemmende Betreuungsmerkmale und Indikatoren zu identifizieren [i.O.m.H.]“.
- „Strukturen zu entwickeln, die eine optimale vernetzte, sich aufeinander beziehende Betreuung ermöglichen [i.O.m.H.]“.

Herausforderung: Ausbildung (a.a.O.: 199-202)

- „Die grundständige Hebammenausbildung wird durch Änderung der Berufsgesetzes auf Hochschulniveau (Bachelor) angehoben [i.O.m.H.]“.

- „Durch die Einrichtung einer Modellklausel im Berufsgesetz werden wissenschaftlich begleitete Modellstudiengänge erprobt [i.O.m.H.]“.
- „Die Inhalte der Hebammenausbildung werden durch systematische quantitative und qualitative Analyse der beruflichen Anforderungen stetig angepasst [i.O.m.H.]“.
- „Die Hebammenausbildung wird aus öffentlichen Mitteln mitfinanziert, um die Finanzierung von Interessensgruppen abzukoppeln [i.O.m.H.]“.
- „Im Anschluss an den Bachelor als Primärqualifikation werden Masterstudiengänge in den Bereichen Forschung, Pädagogik und Management eingerichtet [i.O.m.H.]“.
- „Die Entwicklung von Konzepten und Standards verbessert die Qualität der Ausbildung in der derzeitigen Struktur [i.O.m.H.]“.

Herausforderung: Forschung (a.a.O.: 204ff.)

- „Zur Vertiefung des Faches Hebammenwesen an deutschen Hochschulen werden Strukturen geschaffen [i.O.m.H.]“.
- „Der internationale Austausch in Wissenschaft und Forschung wird gefördert [i.O.m.H.]“.
- „Es werden gezielt Mittel für Forschung im Versorgungsbereich und der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit bereitgestellt [i.O.m.H.]“.
- „Gründung einer Fachgesellschaft, um das bestehende wissenschaftliche Potential [sic] zu bündeln und zu fördern [i.O.m.H.]“.

Bereits mit den Art. 31 und 32 der EG-Richtlinie 2005/36/EG zur Anerkennung von Berufsqualifikationen wurden Mindeststandards zu den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und sowie zum Mindestumfang, zur Struktur und zu Ausbildungsinhalten festgelegt (vgl. Kap. 3). 2009 wurde mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten⁴³ die Möglichkeit gegeben, hochschulische Bildungsangebote zu erproben, die, unter Berücksichtigung der berufsspezifischen Anforderungen und Lehre, zur Weiterentwicklung des Hebammenberufs beitragen sollten. Dabei behielt die HebAPrV Gültigkeit. Nur innerhalb des theoretischen und praktischen Unterrichts durften Änderungen vorgenommen werden. Das Modellvorhaben wurde bis 31. Dezember 2017 begrenzt. Auf Basis der Modellklausel wurden zunächst drei primärqualifizierende Modellstudiengänge in Bochum, Fulda und Berlin eingerichtet (vgl. BfHD 2020). Weitere Hochschulstandorte folgten zeitverzögert deutschlandweit. Zudem boten einige Hochschulen nachqualifizierende Studienangebote für bereits examinierte Hebammen an (vgl. ebd.). Die Möglichkeit zur Promotion wurde in Halle und Hannover geschaffen (vgl.

43 Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25.9.2009, BGBl. I: 3158.

ebd.). 2009 wurde der Europäische Masterstudiengang Hebammenwissenschaft etabliert, der Hebammen mit Bachelorabschluss so erstmal eine fachspezifische Möglichkeit der Höhergraduierung in Deutschland eröffnete (vgl. Groß 2020). Letztlich wurde Deutschland aufgrund der EU-Richtlinie 2013/55/EU⁴⁴ gezwungen, die Berufsgesetze von 1985 zu reformieren und zu akademisieren. Als Umsetzungsstichtag wurde der 18. Januar 2020 festgelegt. Das Hebammengesetz von 1985 sowie die HebAPrV von 1981/1987 entsprachen der EU-Richtlinie nach Knappe und Bauer (2017) insofern nicht, dass Hebammen fortan über „genaue Kenntnisse der Wissenschaften, auf denen die Tätigkeiten der Hebamme beruhen, insbesondere der Geburtshilfe und der Frauenheilkunde“ verfügen sollten. Als Zugangsvoraussetzung für den Hebammenberuf wurde zudem EU-weit eine zwölfjährige Schulbildung festgelegt. Des Weiteren wurde geregelt, dass Berufsausbildungen bis 2020 durch Hochschulbildung ersetzt werden mussten. Während für Pflegeberufe eine Teilakademisierung konzidiert wurde, war dies für den Hebammenberuf aufgrund des Bildungsanspruchs nicht möglich. Somit wurde Deutschland verpflichtet, auf ein „hochschulisches Bildungsmodell“ umzustellen, so dass die berufliche Mobilität innerhalb der Europäischen Union gewährleistet werden konnte (vgl. Knappe/Bauer 2017). Dies war auch einem Bericht der Bundesregierung zu den Modellvorhaben von 2016 zu entnehmen.⁴⁵ So waren für die Umstellung der Hebammenausbildung auf ein Studium bis zum 18. Januar 2020 die Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG maßgeblich. Hierdurch änderten sich auch die Zugangsvoraussetzungen zur Hebammenausbildung. Wie in der Europäischen Union üblich, wurden diese durch eine zwölfjährige allgemeine schulische Ausbildung angehoben (vgl. ebd.). Zur EU-weiten automatischen Anerkennung der Hebammenausbildung auf Basis der Richtlinienkonformität wurde die Vollakademisierung des Berufs notwendig (vgl. ebd.). Groß (2020) merkt an, dass es von Land zu Land unterschiedlich sei, welche Maßnahmen ergriffen werden müssten, so dass sich der Beruf Hebamme zur Profession entwickeln könne. Allerdings müssten die Professionsmerkmale einer wissenschaftlichen Disziplin erfüllt und in der Berufspraxis umgesetzt werden (vgl. ebd.). Für Deutschland wurde es relevant, die Hebammenausbildung wissenschaftlich und kompetenzorientiert zu gestalten (vgl. ebd.). In Deutschland musste die Vollakademisierung innerhalb von sechs Jahren erfolgen. EU-weit wurde die Hebammenausbildung bereits deutlich früher akademisiert, Deutschland bildete 2020 das Schluss-

44 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). Text von Bedeutung für den EWR. OJ L 354, 28.12.2013: 132–170.

45 Bericht der Bundesregierung zu den Modellvorhaben. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/9400: 33.

licht (vgl. DHV 2021b). Am 28. November 2019 trat das HebRefG in Kraft, das nun in Form des Hebammengesetzes vom 22. November 2019 (BGBl. I: 1759) gilt. Es ersetzt das HebG (alt) von 1985.

Graf et al. (2020) erklären, dass mit der Änderung der Hebammenausbildung auch strukturelle Änderungen einhergegangen seien, denn die bisher 60 berufsschulischen Angebote sowie die 10 Modellstudiengänge seien aufgelöst worden. Sie referieren auf den Aspekt der verantwortlichen Praxiseinrichtungen nach § 15 HebG, wenn sie schreiben, dass, während die Medizinischen Fakultäten der Universitäten bereits etablierte Praxisstrukturen für Hebammenstudent*innen anböten, die Fachhochschulen/Hochschulen für angewandte Wissenschaften darauf angewiesen seien, Kooperationsverträge mit vielen verschiedenen Kliniken abzuschließen. Die Autoren nahmen zudem Rekurs auf eine Empfehlung des Deutschen Rates für Wissenschaft und Geisteswissenschaften, die besagt, dass die Hebammenausbildung an Medizinischen Fakultäten der Universitäten stattfinden solle, da die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Strukturen sicherstellen könnten, die für eine umfassende Hebammenausbildung unerlässlich seien, denn hierfür würden werden Lehr- und Forschungsinstitute, der Zugang zu perinatalen Zentren, Simulationslaboratorien sowie ein evidenzbasierter Unterricht benötigt. Wie Fachhochschulen diese Kriterien erfüllen könnten, sei unklar. Zudem sei nicht gesichert, wie ein ausreichendes Ausbildungsniveau für werdende Hebammen in einem System gewährleistet werden könne, das auf verschiedenen verantwortlichen Praxiseinrichtungen und deren Partnern basiere (vgl. ebd.). Graf et al. (ebd.) kritisierten, dass die Empfehlung des Wissenschaftsrats nicht befolgt würde und sich so unterschiedliche Studiengangstrukturen in Deutschland und teilweise innerhalb eines Bundeslandes manifestieren, indem Studiengänge sowohl an Hochschulen für angewandte Wissenschaften (Fachhochschulen) als auch an Universitäten etabliert werden würden. Die Autoren geben zu bedenken, dass zu befürchten sei, dass es hierdurch innerhalb der Berufsgruppe der Hebammen in Zukunft äußerst heterogene Qualifikationsniveaus geben werde (ebd.).

Auch wenn universitäre Strukturen Vorteile bringen, können an Hochschulen für angewandte Wissenschaften unabhängig von einer Medizinischen Fakultät Hebammenstudiengänge aufgebaut werden (vgl. Groß 2020). Werden an Universitäten Professuren für Hebammenwissenschaft ausgeschrieben, müsse dies nicht zwangsläufig bedeuten, dass hiermit „immer eine strukturbildende fachwissenschaftliche Maßnahme einhergeht“ (ebd.). Würden alle Studienstandorte an Universitäten entstehen, an denen bereits heute Hebammenschulen angesiedelt sind, könnten sich auch das Dogma der Hebammenschulen und ihre ärztlich geleiteten Strukturen in den Studiengängen etablieren. Eine Vielfalt an Studiengängen kann dem entgegenwirken, indem sich mittelfristig Best-Practice-Beispiele herauskristallisieren, die von anderen Studienstandorten übernommen werden können. Unabhängig davon müs-

sen im Zuge der Akademisierung des Hebammenberufs den Curricula Kompetenzen zugrunde gelegt werden. Der ICM (2019: 8-21) hat Kompetenzen beschrieben, die Hebammen weltweit beherrschen sollen und die auch in das aktuelle HebG, zum Beispiel in § 9 sowie in Anlage 1 der HebStPrV, eingeflossen sind. Diese Kompetenzen sollen sowohl im Rahmen berufspraktischer Einsätze als auch an der Hochschule erworben werden (vgl. §§ 1–9 HebStPrV).

Die Akademisierung des Hebammenwesens erfordert demnach den Aufbau neuer Strukturen, die es den Studierenden ermöglicht, die gesetzlich festgelegten theoretischen und berufspraktischen Kenntnisse zu erwerben. Während in den meisten Bundesländern bereits Strukturen aufgebaut worden waren, auf die zurückgegriffen werden konnte, fehlten diese in Bayern. Der Akademisierungsprozess verlief somit schleppend und Bayern bildete das Schlusslicht. Die Studiengänge wurden zunächst an Hochschulen für angewandte Wissenschaften etabliert (Graf et al. 2020). An der Katholischen Stiftungshochschule in München (KSH) und der Ostbayerischen Technischen Hochschule in Regensburg (OTH Regensburg) wurden die ersten Studiengänge, konzipiert im Rahmen der Modellklausel, im Wintersemester 2018/2019 angeboten. Beide Standorte überführten die Studiengänge im Wintersemester 2019/2020 auf die Basis des neuen Hebammengesetzes. Die Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut (HAW Landshut) folgte 2020 mit einem weiterqualifizierenden Studienangebot für nach altem Recht ausgebildete Hebammen. Als weitere Standorte wurden vom bayerischen Ministerrat die Technische Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm, die Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg zusammen mit den Bamberger Akademien für Gesundheits- und Pflegeberufe der Sozialstiftung Bamberg, die Julius-Maximilians-Universität Würzburg und die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg beschlossen, die nun Studiengänge aufbauen (vgl. DHV 2020b; Graf 2019; Graf et al. 2020).

Warum die Akademisierung in Bayern hinausgezögert wurde, kann nicht monokausal erklärt werden. Sicher ist, dass auf Hochschulen, die primärqualifizierende Studiengänge anbieten möchten, umfangreiche organisatorische Aufgaben zukamen und zukommen. Die Betreuung von Hebammenstudierenden ist aufgrund der detaillierten Anforderungen, die im HebG niedergeschrieben sind, zeit- und ressourcenintensiv. Aber auch die Abnahme von Staatsexamina mit all den zugehörigen Prozessen, die Organisation von verantwortlichen Praxiseinrichtungen, die Qualitätssicherung, die Bereitstellung, Ausstattung und der Betrieb von Simulationslaboratorien und Übungsräumen vor dem Hintergrund des bereits bestehenden Mangels an akademisch qualifizierten Hebammen, die in der Lehre eingesetzt werden können, sowie der teilweise ungeklärten Finanzierungssituation stellen Herausforderungen dar, die jeweils zu einem neuralgischen Punkt werden könnten (vgl. Knaup 2017).

Altrechtlich ausgebildete Hebammen im Akademisierungsprozess & Bewerber*innenlage an Hochschulen

Das Hebammenwesen sieht sich durch die Vollakademisierung mit der Herausforderung konfrontiert, Spannungen zwischen den nach altem Recht und den akademisch qualifizierten Hebammen zu vermeiden, die schlimmstenfalls zu einer Spaltung der Berufsgruppe führen könnten (vgl. Bovermann 2020: 69). Der DHV bezeichnet die nach altem Recht qualifizierten Hebammen als „Basis“, die den Akademisierungsprozess mittragen müsse (vgl. a.a.O.: 70). Hebammen, die nach den alten gesetzlichen Vorgaben qualifiziert wurden, sowie Hebammenschüler*innen, die in der Umbruchphase an Berufsfachschulen ausgebildet wurden, erwarben ihr Wissen auf der Grundlage eines Gesetzes, das bereits außer Kraft gesetzt wurde⁴⁶. Somit ist ihr Abschluss nicht EU-weit anerkannt (vgl. a.a.O.: 69). Für bereits nach altem Recht qualifizierte Hebammen besteht die Möglichkeit, berufsbegleitend zu studieren, um den Bachelorgrad zu erwerben. Allerdings ist dies zeitintensiv, je nach Studiengang dauert dies eineinhalb bis zwei Jahre (vgl. ebd.).

Die Notwendigkeit der nachträglichen Qualifikation auf Bachelorniveau kann auf die gegenseitige Anerkennung von Bildungsabschlüssen bei den Teilnehmerstaaten des Bologna-Prozesses zurückgeführt werden, um die berufliche Mobilität zu gewährleisten (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2020). Die Möglichkeit, nach der Ausbildung in Deutschland den Bachelorgrad zu erwerben, besteht für Hebammen seit über 15 Jahren, teils in Form von gebührenpflichtigen Studiengängen (vgl. Pehlke-Milde 2008; Ramsayer et al. 2008). Allerdings wurde sie bisher nur von einer vergleichsweise geringen Anzahl an Hebammen genutzt. Zudem wurden Hebammen in den Bachelor-Modellstudiengängen primär qualifiziert (s.o.). Entsprechend existiert bereits heute ein Nebeneinander von akademisierten und nichtakademisierten Hebammen in Deutschland.

Dennoch, in der Kommunikation mit den nach altem Recht ausgebildeten (werdenden) Hebammen und dem DHV werden die Sorgen und Probleme altrechtlich ausgebildeter Hebammen deutlich. Folgende Punkte wurden thematisiert (vgl. Bovermann 2020: 69):

- Unverständnis, warum Hebamme studiert werden solle, um danach auch *nur* eine Hebamme zu sein;
- Studienbewerberinnen über 50 Jahre erhielten teils keinen Studienplatz (Vortritt für Jüngere), und die Semestergebühren seien in einigen Bundesländern für ältere Studierende höher – ältere Hebammen fühlten sich so teils ausgebremst;
- erfahrene Hebammen fühlten sich in primärqualifizierenden Studiengängen fehl am Platz (vgl. ebd.).

46 „Die Ausbildung an den Schulen kann bis 31.12.2022 begonnen werden und muss bis 31.12.2027 beendet werden“, vgl. Bovermann (2020); DHV (2021a).

Der DHV begegnete diesen Bedenken wie folgendermaßen:

- Hebammenkompetenzen aus einer Ausbildung nach altem Recht für Bachelorstudiengänge könnten nur bis zu 50 Prozent auf Hochschulstudiengänge angerechnet werden: Hochschulen und Politik hätten keinen Willen gezeigt, dies zu verbessern;
- der Aufbau nachqualifizierender Studiengänge sei unterqualifiziert;
- personelle Ressourcen seien nicht im erforderlichen Maße vorhanden, weil „fähige (Lehr-)Hebammen“ aufgrund ihres nichtakademisierten Status für die Lehre nicht berücksichtigt werden könnten;
- Postulat der Chancengleichheit für nach altem Recht ausgebildete Hebammen an Berufsfachschulen (Bundesrepublik Deutschland), Fachschulen (DDR) sowie werdenden Hebammen in Ausbildung;
- als Referenz solle das Modell des „nachträglichen Titelerwerbs“ aus der Schweiz oder die Gleichwertigkeitsfeststellung, die nach der Wiedervereinigung in Art. 37 des Einigungsvertrags⁴⁷ festgelegt wurde, dienen (vgl. ebd.);
- Forderung, dass die „Wissenschaftsministerien der Bundesländer auf Antrag der Hebamme eine Gleichwertigkeitsbescheinigung sowie die Erlaubnis zum Führen des akademischen Grads Diplom (FH) [i.O.m.H.] gemäß § 18 Hochschulrahmengesetz (HRG)⁴⁸ oder Bachelor gemäß § 19 HRG [i.O.m.H.]“ erteilen, nachdem die Hebamme ein Modul über das „reflektierte, wissenschaftliche“ Arbeiten absolviert hat (Bovermann 2020: 70);
- nach Bescheinigung der Gleichwertigkeit sollen Hebammen auch Zugang zu Masterstudiengängen haben können oder EU-weit tätig werden können;
- somit könnten die „Praktikerinnen“ gemeinsam mit den „Wissenschaftlerinnen“ die Studiengänge gestalten (ebd.).

Auch wenn die derzeit bestehende Disproportionalität von nichtakademisierten zu akademisierten Hebammen ein nicht zu vernachlässigender Punkt im Zuge der Vollakademisierungprozesses des Hebammenberufs darstellt, so müssen Lösungsmöglichkeiten für die damit verbundenen Problemfelder kontrovers diskutiert werden, um Konvergenz innerhalb der Berufsgruppe zu erzielen und eine Spaltung vermeiden zu können:

47 Einigungsvertrag vom 31. August 1990 (BGBl. 1990 II: 889), das zuletzt durch Artikel 32 Absatz 3 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I: 1966) geändert worden ist. Zuletzt angepasst durch Artikel 32 Absatz 3 G v. 27.6.2017 I 1966.

48 Hochschulrahmengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Januar 1999 (BGBl. I: 18), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I: 1622) geändert worden ist. Neugefasst durch Bek. v. 19.1.1999 I 18; zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 15.11.2019 I 1622.

1. Die Möglichkeit für Hebammenschüler*innen, nach Abschluss ihrer Ausbildung und der Absolvierung eines Moduls im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens die Feststellung der Gleichwertigkeit beantragen zu können, lässt den Aspekt der Berufserfahrung außer Acht. Insbesondere der Kompetenzzuwachs durch Berufserfahrung wird innerhalb der Argumentationskette jedoch als Grund für eine Gleichwertigkeit der Abschlüsse angebracht. Auch wenn es sich nur um einen kleinen Teil der Berufsgruppe handelt, kann dieser Punkt nicht vernachlässigt werden, da er Signalwirkung für die Auslegung von Wertigkeiten hat. Die Basis für die Entscheidung bei Antragstellung wäre dann auf das Modul wissenschaftliches Arbeiten reduziert. Wäre nicht die EU-Gesetzgebung maßgeblich für die Akademisierung des Studiengangs gewesen, könnte dies dem Argument, dass die Akademisierung des Studiengangs unnötig gewesen sei, wenn alle Hebammen eine Ausbildung und nur ein Modul wissenschaftliches Arbeiten absolviert hätten, Vorschub leisten und für Unverständnis, auch außerhalb der Berufsgruppe, sorgen, denn damit ist indirekt eine „Bewertung“ von Studiengängen verbunden. Waren die Modellstudiengänge teilweise noch an die Curricula der Berufsfachschulen angelehnt, sind die primärqualifizierenden Studiengänge vom ersten Semester an bereits auf das selbstständige Erarbeiten von Fachwissen in Form des wissenschaftlichen Arbeitens angelegt.
2. Das Argument, dass Praktiker*innen auch im Rahmen von Studiengängen in die Lehre einbezogen werden müssen, ist sinnvoll. Jedoch ist hier zwischen Lehre in der Theorie und in der Praxis zu unterscheiden. Auch in der Ausbildung zur Hebamme wurde die Lehre überwiegend von Lehrhebammen durchgeführt, die teilweise in der Berufspraxis in begleitender Funktion tätig waren. Außerdem können lehrende Hebammen zusätzlich freiberuflichen Nebentätigkeiten, z.B. in der Wochenbettbetreuung, nachgehen. Eva Tov rekurriert auf Hiltrud Spiegel, wenn sie hierzu schreibt: „Theorie-Praxis wird gerne als gegensätzliches Begriffspaar gesehen, was es seinem Wesen nach auch ist, da Theorie und Praxis unterschiedlichen Logiken und Gesetzmäßigkeiten folgen. Während Theorien wissenschaftliches Wissen produzieren, das vom Druck, momentan handeln zu müssen, entlastet und auf Erkenntnis ausgerichtet ist, steht die Praxis für professionelles Wissen, das oft implizit abgespeichert ist, unter Handlungsdruck zur Verfügung stehen muss und auf Angemessenheit und Wirkung ausgerichtet ist“ (Tov 2020: 32). Somit ist es nur folgerichtig, wenn Praktiker*innen und „Wissenschaftler*innen“ in die Lehre einbezogen werden. Für die Studiengänge wurden daher für die berufspraktische Ausbildung klare Vorgaben gemacht: Praktiker*innen werden in Form von Praxisanleiterinnen nach § 14 HebG im Rahmen der berufspraktischen Hebammenausbildung einbezogen, nachdem sie, nach Ablauf von Übergangs-

fristen, sogar eigens hierfür pädagogisch geschult wurden (§ 10 HebSt-PrV).

Der Gesetzgeber hat mit dem HebG und der HebStPrV die Möglichkeiten geschaffen, die die Berufsverbände seit den 1980er Jahren gefordert haben. Die Einbeziehung von Hebammen in die Studiengänge je nach Qualifizierung und Expertise scheint gegeben. Deutlich wird aber auch, dass derzeit noch nicht abschließend geklärt ist, wie mit den nach altem Recht ausgebildeten Hebammen umgegangen werden soll. Zudem scheint es nur wenig Hebammen zu geben, die für die Lehre an Hochschulen qualifiziert sind: Die Bewerbungslage in gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen, insbesondere für Professuren, ist kritisch zu sehen. Smitten et al. schreiben: „Die Besetzung von Professuren ist für alle Hochschulen von hoher strategischer Bedeutung, da die Berufenen die Lehre und Forschung und damit das Profil der Hochschule maßgeblich und langfristig prägen. Zugleich sind adäquat qualifizierte Kandidatinnen und Kandidaten nicht immer einfach zu finden“ (2017: 1). Hebammenwissenschaftliche Studiengänge werden häufig an Fachhochschulen/Hochschulen für angewandte Wissenschaften angesiedelt. Allerdings ist Hochschulabsolvent*innen, besonders von Universitäten, häufig unbekannt, dass für eine „Fachhochschulprofessur eine Doppelqualifikation erforderlich ist: Einerseits werde die Befähigung zu wissenschaftlicher Arbeit, in der Regel nachzuweisen durch eine hochwertige Promotion, verlangt. Andererseits müsse eine längere berufliche Praxis, darunter mindestens zwei bis drei Jahre außerhalb des Hochschulbereichs, absolviert worden sein. Zudem seien die Karrierewege für den Erwerb dieser Doppelqualifikation nicht klar vorgezeichnet“ (a.a.O.: 2). Besondere Schwierigkeiten ergeben sich auch in den „kürzlich akademisierten Fächern wie zum Beispiel den Gesundheitsfachberufen. Diese Fächer haben in der Regel kein direktes Pendant an Universitäten, so dass eine Promotion nur in einer Nachbardisziplin oder aber im Ausland erfolgen kann“ (ebd.).

Jeschke et al. (2013: 58) haben aber auch gezeigt, dass die Ansprache von „potenziellen Bewerberinnen auf eine Professur [...] inadäquat und verbesserungswürdig“ wäre. Dabei sollten beim „aktiven Recruiting Professorinnen und Professoren auf die verschiedenen Angebote zur Findung und auf ihre aktive Rolle bei der (internationalen) Suche geeigneter Kandidatinnen hingewiesen und sensibilisiert werden“ (ebd.).

Zudem muss bedacht werden, dass Hebammen schon jetzt in der Praxis fehlen und mit jedem neuen Hochschulstandort weitere Hebammen qualifiziert und in die Lehre einbezogen werden müssen. Das bedeutet aber auch, dass der Umbruch nicht unmittelbar erfolgen kann, sondern Zeit braucht.

Gynäkologische Perspektiven auf die Akademisierung des Hebammenberufs

Nach Hauffe (2018) werde im Beziehungsgeflecht zwischen Gynäkolog*innen und Hebammen die „eigenständige Arbeit der Hebammen“ nicht immer deutlich. Gesellschaftlich werde der „Arzt als Lenker“ gesehen, und es seien die Gynäkolog*innen, die als kompetent wahrgenommen würden, die Sicherheit in der Versorgung Schwangerer und Gebärender zu gewährleisten. „Diese systematische Kompetenzzuschreibung ergibt sich aus der Risikodefinition“ (a.a.O.: 492ff.). Hauffe argumentiert, dass die Akademisierung des Hebammenberufs eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe ermögliche, da sich der „Status zwischen Hebammen und Ärzten ändert“, da in der deutschen Bildungsgesellschaft die Wertigkeit eines Berufs in Abhängigkeit zum akademischen Status zu sehen sei (a.a.O.: 494). Im Gegensatz zu dem Wunsch der Hebammen, zukünftig umfassend mit Ärzt*innen auf Augenhöhe arbeiten zu können, wird die Akademisierung des Hebammenberufs von einigen Gynäkolog*innen kritisch kommentiert. Deren Berufsverband beschreibt sich wie folgt: „Der Berufsverband der Frauenärzte und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vertreten mehr als 20.000 Frauenärztinnen und Frauenärzte in Deutschland. Sie sind der Garant für die weltweit führende niedrige Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind“ (Scharl/Albring 2019: 3). Unter anderem erwähnte das German Board and College of Obstetrics and Gynecology in einer Pressemitteilung zur Akademisierung des Hebammenberufs, dass die im HebRefG geforderten Änderungen „die bestehenden eklatanten Versorgungsdefizite im Kreißaal noch verschärfen“ würden und der deutsche „hohe Standard der Hebammenausbildung“ verloren gehen könne. Außerdem sehen die Autoren die Gefahr, dass nach altem Recht ausgebildete Hebammen, die ihren „Lehrberuf“ nach „dreijähriger Ausbildung [...] auf höchstem Niveau in den Kreißälen Tag und Nacht ausüben [...] diskriminiert werden“ (a.a.O.: 1). Der Verband konstatiert, dass für die Hebammenausbildung bereits jetzt die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse beachtet und einbezogen würden und daher die Notwendigkeit der Akademisierung nicht damit verargumentiert werden könne, dass der Hebammenberuf heute an Anspruch und Komplexität zunehme (a.a.O.: 2). Die divergierenden Ansichten zur Akademisierung seitens der DGHWi und der DGGG werden von Osterloh (2019) thematisiert. Die DGGG kritisierte, dass ein „sehr gut funktionierendes System der Teilakademisierung mit Hebammenschulen und Studiengängen ohne Not geändert werden soll“ und es hierdurch zu unabsehbaren „Folgen für die Versorgung werdender Mütter“ kommen könne. Für die Zusammenarbeit von „Hebammen- und Arztteams“ werde bereits in der „gemeinsamen Ausbildung“ der Grundstock gelegt, indem „Hebammenschüler“ in der berufspraktischen Ausbildung mit „ärztlichen Kollegen“ zusammenarbeiteten, die sowohl während „ihrer sechsjährigen Studienzeit wie auch in der Facharztweiterbildung von den erfahrenen Hebammen“ profitierten

(ebd.). Dies werde sich durch die Verlagerung der „Hebammenschulen an Fachhochschulen und die verkürzte Praxiszeit während der Ausbildung, die von 3.000 auf 2.100 Stunden zurückgehen soll“, verändern und „die Berufe voneinander entfernen“ (Osterloh 2019). Die DGGG formuliert in ihrer Position deutlich, dass die Qualifikation zur Hebamme durch einen „Lehrberuf“ erworben worden sei und die Akademisierung mit einer Verlagerung von „Hebammenschulen an die Fachhochschulen“ gleichzusetzen sei. Die DGHWi wertete den „Hinweis auf das gemeinsame Lernen und die Kooperation im Kreißaal“ positiv, wobei nicht deutlich wurde, warum „dies durch die Akademisierung der Hebammenausbildung beeinträchtigt“ werden könne. Auch das Thema des Hebammenmangels in den Kreißsälen wurde im Zuge des Akademisierungsprozesses mehrfach debattiert. Während die Hebammen davon ausgehen, dass der Hebammenmangel in den Kliniken systemimmanent sei, nämlich durch Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen an den Kliniken verursacht, geht die Ärzteschaft davon aus, dass zu wenig Hebammen akademisch ausgebildet würden (vgl. ebd.).

Gynäkolog*innen sind in die berufspraktische und theoretische Ausbildung von Hebammen involviert (vgl. Albring 2019: 1). Ob der Verband durch die Akademisierung des Hebammenberufs nun einen Verlust an Einfluss oder Statusmacht befürchtet, bleibt Spekulation. Fakt ist hingegen, dass ausgehend vom jeweiligen Einzelfall für die optimale Betreuung von Mutter und Kind eine enge Verzahnung der Arbeit von Hebammen und Gynäkolog*innen wesentlich ist, denn die Abgrenzung von Betreuungen, die durch Hebammen angeboten und durchgeführt werden können, und jenen, die in ärztliche Hand gehören, ergibt sich aus den individuellen Verläufen.

Die Regelung hierfür findet sich insbesondere in § 1 HebG – „Der Hebammenberuf umfasst insbesondere die selbstständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit, die selbstständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen“, sowie in § 4 HebG – „Zur Leistung von Geburtshilfe sind außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis nach diesem Gesetz berechtigt. Dies gilt nicht für Notfälle.

(2) Geburtshilfe umfasst

1. die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an,
2. die Hilfe bei der Geburt und
3. die Überwachung des Wochenbettverlaufs.

(3) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Geburt eine Hebamme zugezogen wird“.

Kraienhemke (2020: 39) gibt zu bedenken, dass Hebammen überwiegend klinisch sozialisiert würden. Sie „lernen vom ersten Tag an, dass sie einem untergeordneten Beruf angehören“ (ebd.). Im hierarchischen System Kran-

kenhaus haben Gynäkolog*innen die Berechtigung, „über ihre eigene Anwesenheit und das konkrete fachliche Vorgehen zu bestimmen. Damit wird auch der Handlungsumfang anderer Berufsgruppen bestimmt, denn die Ärztin kann der Hebamme freie Hand lassen oder sich selbst in eine Betreuungssituation einbringen, ohne dass die Hebamme Unterstützung benötigt hätte. Die Ärztin oder der Arzt kann auch gegen die Expertise der Hebamme agieren“ (ebd.). Das hat zur Folge, dass sich Hebammenkompetenzen nicht festigen können. „Kompetenzverlust“ bedeutet aber auch, eine „Identität als selbstständige Expertin“ zu verlieren und „Lernmöglichkeiten für werdende Hebammen“ ungenutzt zu lassen (ebd.). „Das neue Hebammengesetz stärkt eine Identität als selbstständige Expertin“ (a.a.O.: 41). Um hebammenwissenschaftliche Erkenntnisse und eigenes Fachwissen in die individuelle Betreuung der Frau einbringen zu können, bräuchten akademisierte Hebammen „einen eigenständigen Arbeitsbereich in der Klinik“ (ebd.).

Ein weiterer Überschneidungsbereich ist die Schwangerenvorsorge. Das vorrangige „Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge [i.O.m.H.] und somit der routinemäßige Ultraschall ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und -geburten“ (DHV 2014: 132). Im Rahmen der ärztlichen Mutterschafts-Richtlinien⁴⁹ sind in Deutschland drei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen, die von Gynäkolog*innen durchgeführt werden müssen, wenn die Frau dies wünscht; auch dann, wenn die Frau ausschließlich durch Hebammen betreut wird (vgl. DHV 2014: 132 f.). Die Mutterschafts-Richtlinien weisen im Allgemeinen Teil unter Punkt 2 explizit auf die Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog*innen hin: „Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken“. Aus Teil A, Punkt 7, ergeben sich die Tätigkeiten, die Hebammen in der Schwangerenvorsorge eigenständig ausführen dürfen.⁵⁰

49 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 20. August 2020; veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 23.11.2020 B3; in Kraft getreten am 24. November 2020.

50 MRL: „Untersuchungen nach Nr. 4 können auch von einer Hebamme im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse (Blutdruckmessung, Gewichtskontrolle, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Stands der Gebärmutter, Feststellung der Lage des Kindes, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren) durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert werden, wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen. Die Delegation der Untersuchungen an die Hebamme entbindet den Arzt nicht von der Verpflichtung zur Durchführung der von ihm vorzunehmenden Untersuchungen (soweit erforderlich bakteriologische Urinuntersuchungen z.B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Hamwegsinfektionen in der

Es könnte sein, dass in dem Maße, in dem akademisierte Hebammen vermehrt eigenverantwortlich arbeiten und es mehr hebammengeleitete Einrichtungen geben wird, wahrscheinlich auch vermehrt mehr Schwangerenvorsorgen durch Hebammen durchgeführt werden, die den Gynäkolog*innen dann „verloren“ gehen würden. Im Folgenden wird daher eine Stellungnahme zum Referentenentwurf des neuen Hebammengesetzes⁵¹ in Auszügen wiedergegeben, die Albring (2019) für den Berufsverband der Frauenärzte e.V. verfasste:

„Die Strukturierung und Übernahme der Schwangerenvorsorge durch FrauenärztInnen ist im Verbund mit der Geburt in der Klinik für den einmaligen und massiven Rückgang der perinatalen Morbidität und Mortalität von Kind und Mutter seit 1961 verantwortlich. Daher ist es für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und den Berufsverband der Frauenärzte völlig unverständlich, dass Frauenärztinnen und Frauenärzte bei der Entstehung des Arbeits- und Referentenentwurfes [zum neuen Hebammengesetz] weder maßgeblich noch überhaupt involviert waren, obwohl FrauenärztInnen nicht nur die Experten in Schwangerschaft und Geburt, sondern auch diejenigen sind, die Hebammenschulen begründen, leiten und Hebammen selbst ausbilden. Der Referentenentwurf ist ohne diese Expertise denn auch in verschiedenen Punkten defizitär, und geht mehrfach von falschen Kausalzusammenhängen aus“ (Albring 2019: 1). „Eine unabhängig vom Arzt erfolgende Schwangerenvorsorge stellt keine Versorgung nach den Mutterschaftsrichtlinien dar. In den Richtlinien ist weder die ausschließliche noch die abwechselnde Schwangerenvorsorge durch Hebammen vorgesehen. In den Mutterschaftsrichtlinien ist lediglich unter A Nr. 7 vorgesehen, [i.O.m.H.] dass „die Hebamme bestimmte Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, [i.O.m.H.] wie z.B. Feststellung der Lage des Kindes [...], selbst durchführen kann, [i.O.m.H.] wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat“. Ferner: „Die Delegierung der Untersuchungen an die Hebamme entbindet den Arzt nicht von der Verpflichtung [i.O.m.H.] zur Durchführung der von ihm vorzunehmenden Untersuchungen“ (a.a.O.: 2). „Das einmalige Gesamtpaket der frauenärztlichen Schwangerenbetreuung in Deutschland aus Betreuung, Früherkennung, Diagnostik und Therapie auf hohem Niveau hat zum Beispiel bewirkt, dass der intrauterine Fruchttod unterhalb der 28. Schwangerschaftswoche hier halb so häufig zu verzeichnen ist wie in Großbritannien, wo bestenfalls akademisierte Hebammen wegen des Fehlens niedergelassener FrauenärztInnen eine Vorsorge durchführen“ (a.a.O.: 9f.).

Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege, Hämoglobinbestimmung, Ultraschalluntersuchung sowie die Untersuchungen bei Risikoschwangerschaft“.

51 Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG).

Die Argumentationskette lässt den Aspekt außen vor, dass Frauen die Schwangerenvorsorge freiwillig durchführen lassen können, aber keinesfalls hierzu verpflichtet sind. Wenn sich Frauen an Hebammen wenden, können Hebammen die Vorsorge im Rahmen ihrer Befugnisse durchführen. Im Falle von Pathologien müssen Hebammen die Frauen an Gynäkolog*innen verweisen und dies entsprechend dokumentieren. Im genannten Beispiel aus Großbritannien ist es ähnlich. Frauen können, müssen aber nicht zur Vorsorge gehen. Albrings Argumentation muss daher kritisch betrachtet werden, denn er unterscheidet nicht nach Frauen, die in Hebammenbetreuung waren, und Frauen, die gar keine Vorsorgeuntersuchungen durchführen ließen, wenn er auf die Häufigkeit des intrauterinen Fruchttods verweist. Sein Versuch zu demonstrieren, dass Hebammenvorsorge per se nicht ebenso qualitativ hochwertig sein könne wie die der Gynäkolog*innen, scheint daher auf einseitiger Betrachtungsweise zu fußen und sollte hinterfragt werden.

8.3 Die Akademisierung des Hebammenberufs aus soziologischer Perspektive: Ein mögliches Modell

Deutschland hat den Prozess der Akademisierung des Hebammenberufs so lange wie möglich hinausgezögert. Die Gründe hierfür lassen sich nicht eindeutig nachvollziehen. Nachfolgend werden mögliche Ursachen erörtert.

In der soziologischen Betrachtung von Professionen lässt „die Fokussierung auf eine spezifische Sozialgruppe [...] viele, de facto schließlich alle denkbaren theoretischen Fundierungen bzw. Positionen zu“ (Pfadenhauer/Sander 2010: 361). Für eine Annäherung an die möglichen Ursachen wird nachfolgend ein Mikro-Makro-Erklärungsmodell des methodologischen Individualismus bemüht, da es sich in besonderem Maße dazu eignet, die verschiedenen Akteure abzubilden; obgleich einschränkend erwähnt werden muss, dass es unterschiedliche Herangehensweisen gibt und ein Mikro-Makro-Modell hier aufgrund des sich stetig ändernden, nicht abbildbaren situativen Kontextes nur illustrativ interpretierbar sein kann.

Methodologischer Individualismus – Makro-Mikro-Makro-Schema

Während Émile Durkheim davon ausging, dass „der eigenständige Charakter sozialer Phänomene anerkannt und dadurch die Kritik an seiner Deutung verstummen würde“ (Hirschle 2015: 17), in dem „eine vertiefte Erfahrung der sozialen Wirklichkeit erworben wird“ (Durkheim zitiert nach Hirschle 2015: 17), entwickelte sich die Soziologie, insbesondere in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch den verstärkten Einfluss amerikanischer Forscher entgegengesetzt (Hirschle 2015: 17). Jochen Hirschle konstatiert: „Der

sich dabei herausbildende methodologische Individualismus zeichnet sich zwar nicht durch eine Ablehnung sozialer Phänomene an sich aus. Allerdings dreht er, im Vergleich zu Durkheim, die Erklärungslogik sozialer Phänomene von den Füßen auf den Kopf“ (ebd.). Als einer der Vertreter des methodologischen Individualismus gilt James Samuel Coleman, der das Makro-Mikro-Makro-Schema verwendet. Mit diesem Modell wird versucht, den „Gegensatz zwischen kollektivistisch-holistischen und individualistisch-reduktionistischen Perspektiven“ aufzuheben (Greve et al. 2009: 8). Hierfür werden „kollektive Phänomene zum zentralen Erklärungsgegenstand erhoben“ und angenommen, dass „kollektive Phänomene mittels Kontexthypothesen und Aggregationsregeln auf individuelle Phänomene bezogen und so mit einem methodologischen Individualismus verbunden werden müssen“ (ebd.).

Thomas Esser ergänzte die Metatheorie konzeptuell um die Logik der Situation, die Logik der Selektion und die Logik der Aggregation (1993: 98ff.). Obleich die Theorie in der Soziologie häufig herangezogen wurde, wird sie kritisch hinterfragt. So zeigen Mikroerklärungen ihre Stärke besonders dann, wenn ausgeschlossen werden soll, dass „ein Makrophänomen tatsächlich mehr als ein einfacher Aggregationseffekt individuell-unabhängiger Handlungsentscheidungen ist“ (Hirschle 2015: 24). Ihre Schwäche zeige sie jedoch, wenn es um die „Erklärung sozialer Phänomene geht, die ihrem Charakter nach mehr als die Summe einzelner Handlungen darstellen“ (a.a.O.: 21) und somit „ein Geflecht von sozialen Interaktionsmustern zwischen verschiedenen Akteuren“ vorliege, zum Beispiel eine „Art von Klassenbewusstsein“ (ebd.).

Die „Coleman’sche Badewanne“

Die individuellen Handlungen von Akteuren (Mikroereignisse) im Verhältnis zur sozialen Ordnung (gesellschaftliche Sachverhalte/Makroebene) wird als Mikro-Makro-Problem verstanden. Besonders anschaulich wird dies durch die „Coleman’sche Badewanne“, die Coleman (1991: 10) auf Basis einer Studie von Max Weber zur Erklärung von möglichen Auswirkungen der protestantischen Ethik auf die Wirtschaft entwickelte. Esser und Coleman arbeiteten fortan weiter an der Theorie und verhalfen dem Modell der „Badewanne“ zur „Beliebtheit“ (Greve et al. 2009: 7).

Vereinfacht zeigt das Badewannenmodell

- auf der Makroebene gesellschaftliche Merkmale oder Phänomene,
- wie sich die Akteure ausgehend davon auf der Mikroebene verhalten
- und welche Effekte, ausgehend von der Mikroebene, auf die Gesellschaft (Makroebene) wirken.

Ein gesellschaftliches Makrophänomen (gesellschaftliches Merkmal) wirkt also auf der Mikroebene auf die individuellen Akteure. Durch das Makro-

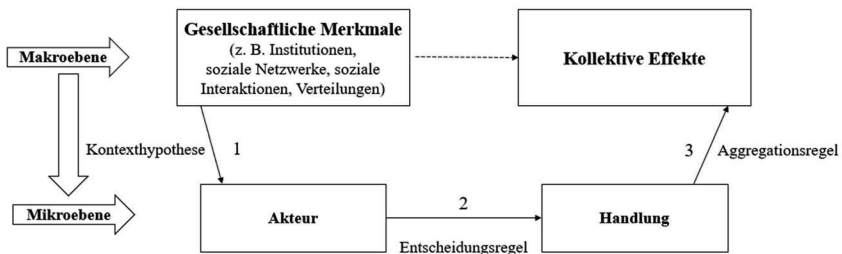


Abbildung 3: Coleman'sche Badewanne. Nach: Greve et al. (2009: 8)

phänomen bestehen Randbedingungen, anhand derer die Akteure ihre Handlungen planen können oder müssen (Entscheidungsregel). Gebündelt (Aggregationsregel) führen diese Handlungen der einzelnen Akteure aufgrund der kollektiven Effekte zu einem neuen Makrophänomen. Die Coleman'sche Badewanne wird in der Literatur unterschiedlich dargestellt. In Abbildung 3 wird eine für die Soziologie angepasste Badewanne gewählt.

Die Akademisierung des Hebammenberufs in der Badewanne

Nach Elsner sind in der Berufssoziologie mit Fokussierung auf eine spezifische Sozialgruppe alle „theoretischen Fundierungen bzw. Positionen“ zulässig (2020: 361). Im Folgenden soll die Akademisierung der Hebammen anhand des Makro-Mikro-Makro-Schemas dargestellt werden. In Abhängigkeit des gesellschaftlichen Merkmals und des jeweiligen situativen Kontextes bzw. der Randbedingungen können die Perspektiven und möglichen Handlungen der unterschiedlichen an der Akademisierung beteiligten oder von ihr betroffenen Personen dargestellt sowie die aus ihren Handlungen möglichen oder erwartbaren Effekte modellhaft anhand der Coleman'schen Badewanne abgeleitet werden (s. Abb. 4).

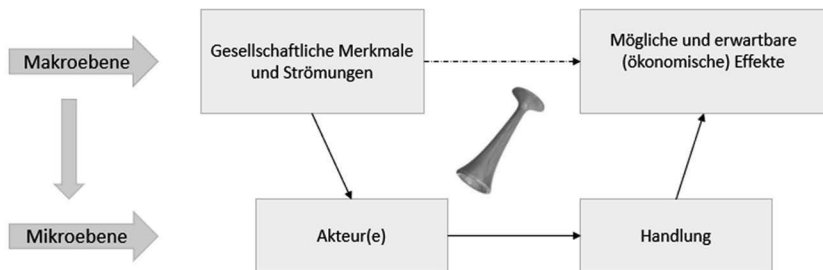


Abbildung 4: Coleman'sche Badewanne. Modifizierte Darstellung nach Greve et al. (2009: 8)

Tabelle 10a: Makroebenen in Bezug auf das Hebammenwesen. Eigene Darstellung

Makroebene	<p>1. Gesellschaftliche Merkmale und Strömungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Status durch Titel: Gesellschaftlich geht es nicht um das akademische Denken und Handeln, es geht um das akademische Sein ▪ Gesamtgesellschaftliche Tendenz zur Akademisierung von Ausbildungsberufen ▪ EU-Gesetzgebung zur Akademisierung des Hebammenberufs mit Auswirkung auf Deutschland: HebG wurde reformiert ▪ Technisierte Geburtshilfe: deutlich erhöhte Kaiserschnitttrate ▪ Mutterschaft als gewählte Lebensform 	<p>2. Mögliche und vorhersehbare (ökonomische) Effekte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schließung von Hebammenschulen mit dem Effekt freierwerdender Ressourcen (teils nichtakademisierte Lehrpersonen; materielle und finanzielle Ressourcen) ▪ Aufbau von primärqualifizierenden Bachelorstudiengängen an Hochschulen und Formate für nach altem Recht ausgebildete Hebammen ▪ Beruf der Hebamme als Profession: Statusdenken/zunehmende „Konkurrenz“ für Gynäkolog*innen ▪ Anhebung der Vergütung von angestellten Hebammen im öffentlichen Dienst (nach Erreichung der kritischen Masse an akademisierten Hebammen) mit Auswirkung auf weitere Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitsformen ▪ Hebamme als Frauenberuf: mehr akademisierte Frauen; Streben nach Mastergrad und Promotion ▪ Hebammenforschung: Stärkung der Physiologie/Erhöhung der Anzahl hebammengeleiteter Einrichtungen/Verschiebung des Risikoansatzes
-------------------	--	--

In Tabelle 10a und b werden mögliche gesellschaftlichen Merkmale und Strömungen, wichtige Akteure, mögliche Handlungen sowie mögliche und vorhersehbare (ökonomische) Effekte betrachtet (s. Tab. 10a und b).

Die im Modell abgebildeten Punkte wurden in den Kapiteln 3 bis 8 abgehandelt und werden hier zusammenfassend wiedergegeben:

- Die Akademisierung des früheren Ausbildungsberufs Hebamme birgt gesamtgesellschaftlich Chancen: Sie festigt den Berufsstand der Hebamme gegenüber anderen Berufsständen, die im gleichen Bereich tätig sind.
- Während die Geburtshilfe zweifelsfrei in die moderne Krankenhausmedizin eingebettet und dort auch teilweise gelehrt werden muss, dürfen Hebammenkompetenzen nicht verloren gehen. Diese umfassen, unter anderem, dass eine Hebamme eine Schwangere, Gebärende oder Wöchnerin sowie ihr Kind auch im außerklinischen Umfeld allein betreuen sowie in Notfallsituationen sicher handeln kann.

Tabelle 10b: Mikroebenen in Bezug auf das Hebammenwesen. Eigene Darstellung

Mikroebene	<p>1. Wichtige Akteure</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hebammenberufsverbände ▪ Hebammenwissenschaftler*innen ▪ Nach altem Recht ausgebildete Hebammen ▪ Bereits akademisierte Hebammen ▪ Berufsverbände der Gynäkolog*innen ▪ Gynäkolog*innen ▪ Hebammenschüler*innen in Ausbildung nach altem Recht ▪ Hebammenstudierende in Modellstudiengängen ▪ Hebammenstudierende nach dem neuen Hebammengesetz ▪ Lehrkräfte für Hebammenwesen an Hebammenschulen ▪ (Lehr-)Personen an Hochschulen ▪ Klient*innen der Hebammen (Frauen, (werdende) Mütter, Ungeborene, Neugeborene, Säuglinge, Familien) 	<p>2. Mögliche Handlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hebammenberufsverbände: Engagement für Gleichwertigkeit und Finanzierung ▪ Hebammenwissenschaftler*innen: Ausbau von Forschung ▪ Nach altem Recht ausgebildete (werdende) Hebammen im Hinblick auf den Bachelorgrad: abwarten, Neuorientierung, Nachqualifikation ▪ Akademisierte Hebammen: Hebammentätigkeit (hebammengeleitet), Höherqualifikation oder Berufstätigkeit an Hochschulen ▪ Gynäkolog*innen: interdisziplinäre Zusammenarbeit erhöhen oder blockieren ▪ Berufsverband der Gynäkolog*innen: deutliche Abgrenzung der Professionen ▪ Klient*innen: Entscheidung zwischen Betreuung durch akademisierte oder nichtakademisierte Hebamme
-------------------	---	--

- Der Ausbau der Hebammenwissenschaft führt zu neuen Erkenntnissen, die in die Betreuung der Frauen und ihrer Kinder eingebracht werden können. Nach Criado-Perez (2020) ist es insbesondere auch im medizinischen Kontext wesentlich, dass sich weibliche Forscherinnen mit „männliche[n] Normen“ befassen, um die vorhandene Gender-Gap in der Wissenschaft zu schließen und den Fokus auf die Bedarfe der Frau richtet (a.a.O.: 147).
- Haben Hebammen die Freiheit, eigenverantwortlich zu arbeiten, steigt tendenziell auch ihre Berufszufriedenheit. Verbleiben mehr Hebammen im Beruf, können mehr Frauen von einer Eins-zu-eins-Betreuung profitieren. Zudem werden auch mehr hebammengeleitete Einrichtungen gegründet, die eine eigenständige Arbeitsweise befördern und Frauen eine Betreuung ermöglicht, durch welche die Physiologie in den Mittelpunkt gerückt wird, nicht das Risiko. Diese Form der Betreuung senkt die Anzahl medizinischer Eingriffe, wie beispielsweise Kaiserschnitte. Weniger medizinische Eingriffe senken die Kosten für die Krankenkassen.
- Gesamtgesellschaftlich geht es nicht um das *akademische Denken und Handeln*, es geht um das *akademische Sein*.

- „Da das meritokratische Ideal auch in der Gesamtgesellschaft gilt, werden [...] die meisten prestige- und statuträchtigen gesellschaftlichen Positionen an diejenigen mit hohen Bildungsabschlüssen verliehen“ (Baur et al. 2016: 21).
- Durch die Akademisierung des Hebammenberufs werden mehr akademisierte Frauen in Deutschland arbeiten. Je nach Arbeitsform kann dies auch bedeuten, dass sich ihr Verdienst und ihre Rentenansprüche erhöhen.
- Je weiter sich die Ausbildung der Hebammen aber von der Hebammenkompetenz entfernt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer medizinisch-technischen Betreuung.

Hebammen sind dennoch auf eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen, denn sie können Frauen und deren Kinder nur eigenverantwortlich betreuen, solange die Verläufe physiologisch sind. Während ihr Wissen die pathologischen Verläufe einschließt, wird sich Können und Dürfen in der Regel auf die physiologischen Verläufe, außer in bestimmten Notfällen, beschränken müssen.

9 Was ist Wissen?

Jantzen schreibt, dass die verschiedenen Ansätze in der Literatur, „Wissen zu kategorisieren oder systematisieren“, zeigten, „wie komplex der Wissensbegriff ist“ (2009: 22). Im Folgenden werden Ansätze dargestellt, die sich auf das Wissen von Hebammen beziehen. Daten (data) und Informationen (information) sind noch kein Wissen, vielmehr werden sie benötigt, um Wissen (knowledge) generieren zu können (vgl. a.a.O.: 21). Applehans, Globe und Laugero (1999: 20) beschrieben, dass zunächst aus verschiedenen Daten Informationen entstehen und sich daraus Wissen entwickelt. North (2005) zeigt die stufenweise Entwicklung und Bedeutung von Wissen im Unternehmenskontext in Form einer Treppe auf (s. Abb. 5).

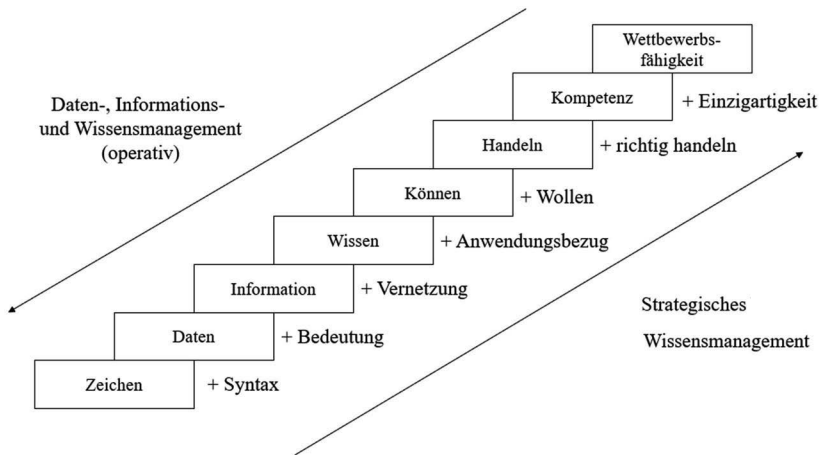


Abbildung 5: Wissenstreppe. Vereinfachte Darstellung nach North (2005: 32)

Anhand von Abbildung 5 ist zu erkennen, dass Information erst ab der Stufe des Wissens zur Anwendung kommen kann, dem Können auch ein Wollen vorausgeht und dann eine Handlung folgen kann. Ob die Handlung korrekt ausgeführt wird oder nicht, ist entscheidend, wie kompetent eine Person ist. Sie hebt sich von anderen Personen ab, sobald sie einzigartige Dinge weiß und tut. Im Unternehmen ist das ein Wettbewerbsvorteil (vgl. North 2005: 32). Gleiches gilt bei freiberuflich tätigen Hebammen. Brühl (2017: 312) liefert eine Definition von Wissen. Demnach umfasse das Vorliegen von

Wissen, dass „eine Aussage wahr [...] und gerechtfertigt [...] ist“, wobei dies stets unter dem „Vorbehalt des Scheiterns“ zu sehen sei. „Daher ist es nicht notwendig von Wissen nur dann auszugehen, wenn absolut sichere Wahrheits- und Rechtfertigungsansprüche vorliegen“. Wissenssoziologisch ist eine Annäherung und Beschreibung von Wissen über verschiedene Theorien möglich. In der hier vorliegenden Arbeit werden einige, wesentliche Konzepte dargestellt. Keller beschreibt diese als Etappen der Wissenssoziologie, die hier, verkürzt und in Auszügen, tabellarisch wiedergegeben werden (2011: 21–66; s. Tab. 11).

Tabelle 11: Auszug aus den Etappen der Wissenssoziologie. Eigene Darstellung nach Keller (2011: 9–58)

Etappen der Wissenssoziologie (Auszug)	Kurzbeschreibungen (Exzerpt)	Vertreter*innen (Auswahl)
Ideenlehre, Ideologiekritik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwickelte die Grundlagen der (empirischen) Praxistheorien ▪ Seinsverbundenheit des Denkens ▪ Ideen und Vorstellungsinhalte als Resultat des tatsächlichen Lebensprozesses ▪ Gesellschaftliches Sein bestimmt das Bewusstsein ▪ Individuelles Bewusstsein und Wissen der Einzelsubjekte ist sprachlich, sozial-historisch geformt 	Karl Marx Friedrich Engels
Die Wissensform und die Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versuche für eine Soziologie des Wissens ▪ Besetzt den Begriff der Wissenssoziologie im deutschsprachigen Raum ▪ Wirklichkeitsinterpretation/Relativität des Wissens ▪ Unterscheidung in religiöses, metaphysisches und wissenschaftlich-technologisches Wissen 	Max Scheler
Seinsverbundenheit des Wissens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentarische Methode der Interpretation (prägt bis heute die Qualitative Sozialforschung) ▪ Soziale Gebundenheit des Wissens als Faktizität ▪ Aspektstruktur (Begriffe, Kategorien, Problemkonstellationen) ▪ Wissen als kooperativer Gruppenprozess ▪ Relationaler Wahrheitsbegriff (jeder Standpunkt sieht einen Aspekt, den andere nicht sehen) 	Karl Mannheim

Etappen der Wissenssoziologie (Auszug)	Kurzbeschreibungen (Exzerpt)	Vertreter*innen (Auswahl)
Soziale Herkunft und die Funktion der Klassifikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erforschung der kollektiven Vorstellungen (Kollektivbewusstsein) ▪ Elementare Formen des religiösen Lebens ▪ Wissenschaft als säkularisierte Weiterführung der Religion, an deren Autorität und Wahrheitsgehalt kollektiv geglaubt wird 	Émile Durkheim
Wissen als soziale Konstruktion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neuansatz der sozialkonstruktivistischen Wissenssoziologie – als Wissen gilt, was in der Gesellschaft als solches anerkannt ist (gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit) ▪ Wissen ist alles, was Bedeutung trägt/sinnhaft ist (Sprache, Normen, Regeln, Deutungs- und Handlungsmuster, Routine- und Referenzwissen, Klassifikationen, Gefühle, Empfindungen, Institutionen, Berufe etc.) ▪ Wissen ist innerhalb einer Gesellschaft unterschiedlich verteilt ▪ Wissen wird personenbezogen angeeignet und relevant ▪ kollektiver und individueller Wissensvorrat; Wissen und Nichtwissen ▪ gemeinsame Sprache als Grundmodus permanenter Konstitution von Wirklichkeit 	Peter L. Berger Thomas Luckmann
Strukturalistisch-konstruktivistische Wissensanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ praxistheoretische Vermittlung zwischen Objektivismus und Subjektivismus als strukturalistischer Konstruktionalismus ▪ Klassifikation und Akte des Klassifizierens als Einsätze im Klassenkampf ▪ Gesellschaftliche Über- und Unterordnung (Herrschende und Beherrschte) 	Pierre Bourdieu
Empirischer Konstruktivismus der Wissenschaftsforschung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fakten ▪ Naturwissenschaftliches Wissen ▪ Keine Unterscheidung von wahren und falschem Wissen 	Bruno Latour David Bloor Karl Mannheim Marcel Mauss Ludwig Fleck
Social Studies of Sciences	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forschungsprogramme, die an Mannheim und Fleck anschließen ▪ Konstruktionspraxis von Wissen ▪ Empirischer Konstruktivismus 	Karin Knorr Cetina

Trotz der in Tabelle 11 zusammengefassten unterschiedlichen Herangehensweisen der Wissenssoziologen, Wissen zu beschreiben und deren dabei zugleich unterschiedlichen Fokussierungen und Schwerpunktsetzungen sind für die Bereiche des Wissens in der Medizin und im Hebammenwesen weitere Theorien erforderlich.

9.1 Wahres Wissen – Wissen in der Medizin

Mit der Arbeit „Konservatismus: Ein Beitrag zur Soziologie des Wissens“ (1925) betrachtete Mannheim in seiner Untersuchung das konservative Denken und stellte fest, dass sich in Deutschland innerhalb gesellschaftlicher Schichten auch die Denkweise ähnelte (vgl. Mannheim 1984b). Mannheim stellt heraus, dass sich das „historische [i.O.m.H.] Denken“ vom „naturwissenschaftlichen Denken“ unterscheidet, indem Letzteres „in größerem Maße vom sozialen Körper“ getrennt erfolge (a.a.O.: 66). Keller (2011) erklärt, dass „dasjenige Wissen, das als ‚wahr‘ [i.O.m.H.] gilt“, immer das „Ergebnis sozialer Prozesse“ sowie zugleich „eine empirisch-soziale Konstruktion“ sei. Würde davon ausgegangen werden, dass es nur eine Möglichkeit der „Wissenserfassung von Wirklichkeit“ gäbe, könnte so der „Wahrheitsstatus zwar relativiert“ werden, „aber nicht grundsätzlich angegriffen oder abgelehnt, da eine solche Infragestellung die Möglichkeit der Bezugnahme auf ein ‚reines‘ [i.O.m.H.], nicht konstruiertes Wissen voraussetzen würde“ (a.a.O.: 55).

Diese Aspekte sind für den Umgang mit Wissen im medizinischen Bereich von Bedeutung, da insbesondere das evidenzbasierte Wissen als dasjenige angesehen wird, das den höchsten „Wahrheitsgehalt“ hat und somit als Grundlage für medizinisches Handeln geltend gemacht werden kann. Dennoch bedingen gesellschaftlich-strukturelle sowie persönlich-soziale Prozesse, ob dieses Wissen (be-)handlungswirksam werden kann, oder eben gerade nicht. Beispielhaft: Selbst wenn evidenzbasiertes Wissen zur Wirksamkeit einer Impfung X vorhanden wäre, würden verschiedene gesellschaftliche Rahmenbedingungen die Verfügbarkeit und/oder dessen Anwendbarkeit beeinflussen. Hinzu kämen die individuellen Kenntnisse und Einstellungen der (be-)handelnden Person sowie die der zu behandelnden Person/Patient*in. Gesetzt den Fall, die Impfung X würde durchgeführt und erzielte die durch die vorliegende Evidenz erwartete Schutzwirkung, würde das wahrscheinlich als Zeichen dafür gewertet werden, dass das evidenzbasierte Wissen um diese Wirkung wahr ist. Wird der Impfschutz nicht aufgebaut, könnte die behandelnde Person sowie die geimpfte Person an der Wirkweise der Impfung X zweifeln, insbesondere, sollte dies häufiger der Fall sein.

Das Beispiel zeigt somit auch, wie Mediziner*innen Wissen auf unterschiedlichen Ebenen erwerben und anwenden. Meyer (2013: 57) beschreibt hierfür Kategorien:

Faktenwissen

- Grundlage des Handelns
- Beispiel: Nebenwirkungen und Kontraindikationen von Therapien
- Theoretisches, wissenschaftliches Wissen (Buchwissen): „Auswendiglernen“

Prozedurales Wissen

- Kenntnis über das „Wie“ von Handlungen
- Kenntnis der Abläufe
- Beispiel: Wie wird intubiert?
- Wissenserwerb durch Übung

Situatives Wissen

- Individuelle Erfahrungen aufgrund von Erlebnissen
- Festigt bereits Erlerntes
- Erfahrung brennt sich, unter Umständen unauslöschlich, im Gedächtnis ein

Handlungswissen

- Gesamtheit des nötigen Wissens, um in einer bestimmten Situation ein konkretes Problem lösen zu können
- Situationsspezifisch, basierend auf Erfahrungen
- Grundlage für eine hohe Handlungskompetenz (vgl. Meyer 2013: 57).

Diese Kategorien können auf alle behandelnden/betreuenden und pflegenden Akteure im medizinischen Bereich übertragen werden.

9.2 Wissenschaftliches Wissen

Wie aber wird wissenschaftliches Wissen im Arbeitsalltag von Wissenschaftler*innen generiert? Brühl (2017: 312) definiert Wissenschaft als „System“, „in dem soziale Akteure systematisch und methodisch versuchen, überprüfbare Aussagen für die kognitiven Ziele (Verstehen, Beschreiben, Erklären, Prognose, Gestaltung) nutzbar zu machen“.

Um fassbar machen zu können, wie Wissen im wissenschaftlichen Kontext in den einzelnen Fachgebieten generiert, evaluiert und validiert wird, nutzt Knorr Cetina *Wissenskulturen*. Sie umschreibt diese dabei als „Praktiken, Mechanismen und Prinzipien“, die zusammengehörten durch „Verwandtschaft, Notwendigkeit und historische Koinzidenz“ und durch diese Merkmale „in einem Wissensgebiet bestimmen, wie wir wissen, was wir wissen“ (2002: 11). Relevant ist auch das Nichtwissen, das sich im Hinblick auf das Ausführen oder das Unterlassen von Handlungen auswirkt (vgl. Conrad/Sydow 2011; Wehling 2006). 2016 beschreiben Reichmann und Knorr Cetina die Wissenskulturen/Epistemic Cultures, näher. Diese umfassten Wissen und Nichtwissen, beides werde stetig weiterentwickelt und könne auf nichtwissenschaftliche Handlungsfelder übertragen werden (vgl. a.a.O. 46, 61). Die Autor*innen bilden Kategorien, indem sie „mikrosoziologisch beobachtbare Praktiken“ und „makrosoziologische Wissens- und Wissenschaftsordnungen konzeptionell fassen“ (a.a.O.: 47). Dabei verorten sie Wissenskulturen auch in anderen wissensintensiven Berufen und Branchen. Sie rekurren auf Stehr, wenn sie schreiben, dass hier makrosoziologisch von der „Wissengesellschaft“ ausgegangen werden könne, die einerseits die „Nachfrage und [den] Wert von Expertenwissen“ steigere, andererseits aber auch die „Abhängigkeit von Wissen in modernen Gesellschaften“ und die Änderung der „sozialen Strukturen“ beschreibe. Nichtakademische Handlungsfelder würden dabei durch ein „Überschwappen“ von akademischem Wissen geprägt, das Knorr Cetina auch als „spill over“ bezeichnet. Wie sich Expert*innen Wissen aneigneten, hänge auch von der Branche ab (a.a.O.: 63). Baur et al. (2016) beleuchten hierbei auch die Mikroebene und stellen den Einfluss von „organisatorische[n] Formen bzw. Rahmenbedingungen (Hierarchien, Prozeduren, Cluster[n] usw.)“ oder „politisch-gesellschaftlichen Prozesse[n]“ auf Wissenschaft und Forschung in den Fokus. Zudem diskutieren sie, dass vice versa Wissenschaft und Forschung auch Veränderungen im „organisationalen Rahmen“ bewirken oder neue „Strukturen der Wissenschaft aus dem Alltag der Forschung“ bedingen könnten, da wissenschaftliche Erkenntnis immer auch „sozial konstruiert“ sein könne (a.a.O.: 19).

9.3 Nichtwissen

Knoblauch (2014) beschreibt den „Begriff des *subjektiven Wissensvorrats* [i.O.m.H.]“ der in Zusammenhang mit dem „subjektive[n] Erfahrungswissen“ zu verwenden sei. Dieses Wissen werde soziologisch dann interessant, sobald es „Wissenselemente enthält, die nicht mehr vom eigenen Bewusstseins [sic] konstituiert, sondern von anderen übernommen wurden“, weil der

Begriff des subjektiven Wissensvorrats dann als „Gegenbegriff zum *gesellschaftlichen Wissensvorrat* [i.O.m.H.]“ gesehen werden könne. Der Wissensvorrat ist in der Gesellschaft (ungleich) verteilt. Wie Wissen die Gesellschaft durchdringt, hängt davon ab, wie viele und welche Wissens Elemente an alle weitergegeben werden und welche nur an ausgewählte Gruppen und Expert*innen. Außerdem gelte es, die Relation der subjektiven und gesellschaftlichen Wissensvorräte zu beachten, um die Wissensdurchdringung zu verstehen (vgl. a.a.O.: 152). Dieser Aspekt ist insbesondere in Bezug auf das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Hebammen und den von ihnen zu betreuenden Frauen interessant; sobald es sich um das Expert*innenwissen und nicht mehr um allgemein gültiges oder verfügbares Wissen rund um die Mutterschaft handelt, sind die Schwangeren darauf angewiesen, dieses von den Hebammen in aufbereiteter Form zu erhalten, dass sie informiert und partizipativ Entscheidungen treffen können.

Nach Knoblauch (2014) ist in Bergers Theorie der Moderne das Verhältnis zwischen subjektivem und gesellschaftlichem Wissensvorrat das zentrale Thema (vgl. a.a.O.: 152; Berger et al. 1987). Knoblauch nimmt Bezug auf Berger, wenn er schreibt, der gesellschaftliche Wissensvorrat basiere auf der „institutionellen Struktur“ und stehe in Bezug zur Gesellschaftsordnung (Knoblauch 2014: 152). Hiervon leiteten sich die „Vermittlung besonderen Wissens“, die „Kategorien sozialer Ungleichheit“, „Handlungsmuster“ und verschiedene „Organisationen“ ab (ebd.). Zudem würden alle Gesellschaften geprägt von der „Struktur des Nichtwissens: Handelnde müssen viel Wissen nicht selbst besitzen, sondern nur ein Wissen über die Struktur des gesellschaftlichen Wissensvorrats, [sic] das ihnen den Zugang zu Wissen ermöglicht“ (ebd.). Luhmann (1992) deutet die Ökologie des Nichtwissens. In der Moderne würden die Wissensautorität und die Verantwortung für Wissen getrennt gesehen. Die Autorität des Wissens sei in der Wissenschaft verankert, die Verantwortung für das Wissen hingegen in der Politik. Luhmann wirft die Frage auf, „ob es Bedingungen gibt, die das Verhältnis von Wissen und Nichtwissen ändern – vielleicht bis zu einem Punkt, in dem das Nichtwissen zur wichtigsten Ressource des Handelns wird“ (a.a.O.: 184). Nicht verantwortlich gemacht werden kann nach Luhmann, wer Nichtwissen kommuniziert. Die Kommunikation von Wissen bedeutet aber, dass „Unsicherheit“ absorbiert wird. Jedoch: „Wer Wissen kommuniziert, absorbiert Unsicherheit und muß folglich die Verantwortung dafür übernehmen, daß sein Wissen wahr und nicht unwahr ist“ (a.a.O.: 178).

Beck (1996) unterscheidet Dimensionen des Nichtwissens. Ihm zufolge gibt es Nichtwissen über Nebenfolgen, was voraussetzt, dass das Wissen noch nicht bekannt ist. Wenn Wissen bekannt sei, aber nicht jedem zugänglich, führe dies zu selektiver Rezeption und Vermittlung. Wissen sei mit Unsicherheit verbunden, solange es noch nicht als gesichert gelte. Wissen wirke sich aber auch auf Handlungen aus, die abweichend von dem ausfallen

könnten, wie sie es aufgrund des vorliegenden Wissens ausfüllen müssten. Es gebe aber auch Wissen, das nicht vorliegen könne und somit ein Nichtwissen-Können zur Folge habe sowie ein Nichtwissen-Wollen, wenn Wissen von Handelnden nicht beachtet werde (vgl. a.a.O.: 309f.; Knoblauch 2014: 281). Risiko, Nichtwissen, Noch-nicht-Wissen und Vertrauen hängen eng zusammen.

Während nach Beck früher „*extern* [i.O.m.H.] (Götter, Natur) bedingte Gefahren“ vordergründig gewesen seien, seien diese heute „in ihrer zugleich wissenschaftlichen und sozialen Konstruktion [i.O.m.H.] begründet, und zwar in einem dreifachen Sinne: Wissenschaft wird (Mit)Ursache, Definitionsmedium und Lösungsquelle [i.O.m.H.] von Risiken und öffnet sich gerade dadurch neue Märkte der Verwissenschaftlichung (2020b: 254). So wirft Beck die Frage auf: „Wie können die im fortgeschrittenen Modernisierungsprozeß systematisch mitproduzierten Risiken und Gefährdungen verhindert, verharmlost, dramatisiert, kanalisiert und dort, wo sie nun einmal in Gestalt *latenter Nebenwirkungen* [i.O.m.H.] das Licht der Welt erblickt haben, so eingegrenzt und wegverteilt werden, daß sie weder den Modernisierungsprozeß behindern noch die Grenzen des (ökologisch, medizinisch, psychologisch, sozial) „Zumutbaren“ [i.O.m.H.] überschreiten?“ (a.a.O.: 26) Degele und Dries (2005) konstatieren, dass sich „in der Risikogesellschaft⁵²“, die „Rolle der Wissenschaften, des Wissens und damit zugleich der Status der Natur“ ändere. Einhergehend damit beeinflusse die „Erwartung unerwarteter Nebenfolgen [i.O.m.H.]“ „mehr und mehr alle politischen (wie auch privaten [...]) Entscheidungsprozesse in der Spätmoderne“ (a.a.O.: 132). Diese Erwartung unerwarteter Nebenfolgen erzeugt Unsicherheit, der mit Vertrauen begegnet werden kann (s. auch Kap. 4). Simmel (1908: 256) schrieb, dass es die Basis des menschlichen Miteinanders und des Miteinander-in-Beziehung-Stehens ausmache, dass Menschen „etwas voneinander wissen“. In der Medizin spielt es eine bedeutende Rolle, wie viel wir vom anderen wissen. Ebenso bedeutend ist der Umgang mit dem Nichtwissen. Patient*innen und gesunde Menschen vertrauen sich einem medizinischen System und medizinischem Personal an, wobei nicht mit Gewissheit im Vorfeld gesagt werden kann, dass eine medizinische Behandlung erfolgreich verlaufen wird. So führte schon Sachs (1834: 329f.) an: „Es wäre wohl gut, wenn wir überall mathematische Gewißheiten zur Basis unserer Handlungen hätten, aber – wir haben sie doch nun einmal nicht überall, und wehe dem Arzte, der diesen Mangel nicht anerkennt, und immer blind zutappt; er vergreift und blamirt [sic] sich in jedem Augenblick, und nicht umsonst hat der alte Coër das tuto [i.O.m.H.] dem eito [i.O.m.H.] und jucunde [i.O.m.H.] voran gesetzt“. Wilkesmann und Steden (2019) erklären, dass „Nichtwissen und somit ein gewisser Grad an Unsicherheit im medizinischen und pflegerischen Kontext angesichts der

52 Siehe hierzu Ulrich Beck (1986; 2020b).

Fülle von Wissen normal“ seien. Unsicherheit entstehe durch Mangel an Information oder Fachwissen, und zwar auf allen Seiten. Die Autorinnen legen dar, dass dies negativ konnotiert wahrgenommen werde und schambehaftet sei. Durch Kommunikation unter Kolleg*innen (in Form von Einholen von Rat), aber auch durch gezielte Information von Patient*innen, zu betreuenden Personen und deren Familien könne Unsicherheit behoben werden (a.a.O.: 47). Wilkesmann und Steden beleuchten die Thematik des Nichtwissens im medizinischen Bereich aus und den Umgang damit aus verschiedenen Blickwinkeln. Der Umgang mit Nichtwissen beim medizinischen Personal wird demnach beeinflusst durch organisationsübergreifende, und organisationale Strukturen. Das schließt auch Hierarchien, Teams und den Zugang zu (digital vorliegender) Information ein. Zudem beeinflussen Normen, Werte und Einstellungen und persönliche Eigenschaften den Umgang mit Nichtwissen sowie die eigene berufliche Sozialisation. Außerdem geben berufliche Fachverbände Richtlinien und fachverbandliche Empfehlungen, auch hinsichtlich Weiterbildungen. Aber auch Patient*innen haben „eigene Vorstellungen, Normen und Werte“ oder bringen „Eigenschaften mit ein, die den Umgang mit Nichtwissen“ beeinflussen. Andererseits bewegt sich das System auch in Bereichen, in denen „der Wirtschaftlichkeit mitunter ein höherer Stellenwert zukommt als den medizinischen Erfordernissen“ (a.a.O.: 144f.). Die meisten Risiken würden aber gerade hervorgebracht, wo „Wissenschaft wirtschaftlichen Richtlinien folgt“ (Knoblauch 2014: 280). Die Wirtschaft hingegen übernehme keine Verantwortung für entsprechende Folgen und somit habe die Gesellschaft kein „zentrales Steuerungssystem für den Umgang mit Risiken“, sie müsse mit Wissen, Risiken und Nichtwissen umgehen (ebd.).

10 Was ist „Hebammenwissen“?

Hebammenwissen wurde zunächst sowohl durch das kollektive Frauenwissen als auch durch das singuläre Erfahrungswissen einzelner Hebammen geprägt, welches ab dem Mittelalter zunehmende Vernetzung erfuhr und vermehrt geteilt wurde. Schulze (1993: 740) beschreibt den „Kollektivitätsgrad“ des Wissens. „Im säkulären Wandel hat sich der Kollektivitätsgrad existenzieller Wissens Elemente tendenziell von der Makro-Ebene und der Mikro-Ebene wegbewegt und zu [sic] Meso-Ebene und singulärer Ebene hinbewegt“.

Der Kollektivitätsgrad des Wissens rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett änderte sich von dem Moment an als Hebamme ein Beruf wurde und somit *erlernt* werden musste. Zugleich wurde das Hebammenwesen deutlich von äußeren Strukturen geprägt. Wissen, das zunächst teils singuläres Wissen war, wurde auf der Mesoebene gebündelt und stand zunehmend mehr geburtshilflich tätigen Personen zur Verfügung. Andererseits ging kollektives Frauenwissen, das auf der Makroebene verfügbar war, insbesondere durch die gesellschaftlichen Veränderungen, die sich auch auf die Medizin auswirkten, verloren (s. Kap. 2). Wissen, das zuvor verfügbar war, wurde zum Fachwissen. Andererseits haben Kleingruppen auf der Mikroebene Frauenwissen konserviert, beispielsweise bei Hausgeburten.

Heute stehen das Hebammenwesen und die Hebammenwissenschaft im Austausch mit Bezugswissenschaften wie Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit, Soziologie und weiteren. Während die originäre Hebammentätigkeit, die seit jeher durch die Praxis geprägt wurde, in Form des Meister*innen-Gesell*innen-Prinzips während des berufspraktischen Teils der Ausbildung weitervermittelt wurde, wurde die Theorie an den Hebammenschulen gelehrt.

Die Hebammenwissenschaft versucht nun, diese beiden Seiten zu verbinden und auch singuläres Wissen zu betrachten. Mannheim beschreibt dies als „zwei Pole“ der „Forschungsweise“: Der eine Pol rühre „von den Bedürfnissen der Praxis“ her, der andere „von den Forderungen der Theorie“ (1932: 43). Mannheim gibt zu bedenken: „Nur gewisse Gebiete der Welt sind konsequent durchrationalisierbar“ (1984b: 198). Die EBM verfolgt das Ziel, Erkenntnisse empirisch zu gewinnen und sie so aufzubereiten, dass medizinische Entscheidungen – rational – auf Basis dieser Daten getroffen werden können (vgl. Kap. 5.2). Die Behandlung erfolgt aufgrund einer Diagnosestellung, also auf Basis von etwas Greifbarem, bereits in Daten Verpacktem. Nach Mannheim sind hierfür die Ablösung vom Konkreten und eine Überführung in zählbare Einheiten erforderlich. Sobald Themen nur von einem „abstrakten Gesichtspunkte aus“ betrachtet würden, führe das zu einem „neu-

en wissenschaftlichen Gegenstand [i.O.m.H.]“. Alles, was „am konkreten Gegenstände in diese Gesichtspunkte nicht“ einfließe, gelte als „zufällig“ und daher „irrational“. Mannheim kritisiert, dass die „Erkenntnistheorie“ das Rationale mit der „Wissenschaft [i.O.m.H.]“ gleichsetze und „das Darüberhinausgehende als irrational und unerkennbar“ werte. Dabei „übersieht“ sie, dass es auch dort Erkenntnisgewinne gebe, „wo wir nicht wissenschaftlich [i.O.m.H.], und zwar im Sinne der exakten Naturwissenschaften, erkennen“ (a.a.O.: 198f.).

EBM allein kann Hebammenwissen nicht fassen. Hebammenwissen wird auf unterschiedlichen Wegen erzeugt und auch auf verschiedene Weise zum Ausdruck gebracht. Wie sich Hebammenwissen konserviert und/oder verändert, wird auch anhand des Materials sichtbar, welches zur Ausführung hebammenspezifischer Tätigkeiten verwendet wird. In Tabelle 12 werden daher Materialien aufgelistet, die Hebammen aus München in den 1980er Jahren mit zu Hausgeburten nahmen, sowie Materialien, wie sie heute eingesetzt werden (s. Tab. 12).

Tabelle 12: Der Hebammenkoffer. Materialien für die Hausgeburt. Eigene Darstellung.

Zur Hausgeburt nahmen die freiberuflichen Hebammen aus München in den 1980er Jahren folgende Gegenstände mit (entnommen aus: Sack 1993)	In dem Lehrbuch „Hebammenkunde“ werden folgende Materialien für den „Hebammenkoffer“ empfohlen (entnommen aus: Bauer/ Lippens 2020b)
Kittel	
Einlaufkanne	Irrigator, Darmrohre, Klistiere
Blutdruckgerät, Pulsuhr	Fieberthermometer, Blutdruckmessgerät, Stethoskop
Einmalhandschuhe (steril und unsteril)	Sterile und unsterile Handschuhe
Hörrohr, Dopton (handliches Gerät zur externen akustischen Ableitung der kindlichen Herztöne)	Pinard-Hörrohr, Dopton, Kontaktgel ⁵³
Einmal-Urinkatheter	Blasenkatheter
Mundkeil	
Sagrotan, Alkohol	Hygiene: Haut-, Schleimhaut- und Flächen-desinfektionsmittel
Badethermometer	
Maßband	Maßband
Babyfederwaage	Federwaage mit Hängetuch

53 Auch als Ultraschallgel bezeichnet.

Zur Hausgeburt nahmen die freiberuflichen Hebammen aus München in den 1980er Jahren folgende Gegenstände mit (entnommen aus: Sack 1993)	In dem Lehrbuch „Hebammenkunde“ werden folgende Materialien für den „Hebammenkoffer“ empfohlen (entnommen aus: Bauer/Lippens 2020b)
Einmalspritzen und -kanülen, Stauschlauch	Spritzen, Kanülen
Hirtentäschl-Tee	
Katheterpurin (anästhetisch wirkendes Gleitmittel zur Blasenkatheterisierung)	
	Geburtenpäckchen (sterilisiert): zwei Klemmen, Nabelschere, Episiotomieschere
Lackmus-Papier	
Schreibmaterial; Untersuchungshefte für Kinder; Perinatal-Bögen; Namensgebungsformulare; Geburtsbescheinigung; Blutlaborformulare Notdienstapothekenheft	Dokumentationspapiere: Partogramm ⁵⁴ , Geburtsbericht, Kinderuntersuchungsheft, Geburtsbescheinigung und Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe
Medikamente zur Anregung der Uteruskontraktion (Oxytocin und Mutterkornpräparate), Medikamente zur Spasmyolyse, Medikamente zur Behandlung von Krampfanfällen sowie zur Hemmung der Wehentätigkeit, außerdem homöopathische Arzneien [die Namen der Präparate werden hier nicht im Einzelnen aufgeführt, da sie teils nicht mehr vertrieben werden]	Medikamente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Syntocinon-Amp.⁵⁵, Methergin-Amp. (zur Wehenanregung/Uteruskontraktion) ▪ Syntometrin-Amp. (bei Blutungen p.p.⁵⁶) ▪ Berotec-Spray und Partusisten Intrapartal zur Wehenhemmung im Notfall ▪ alternative Therapeutika wie zum Beispiel Bachblüten (Wirkprinzip: Fehlendes zuführen) – insbesondere Rescue-Remedy-Tropfen und Homöopathika (Wirkprinzip: Gleiches mit Ähnlichem heilen) ▪ NaCl 0,9%-Amp., spasmolytische/analgetische Zäpfchen (zum Beispiel Spascupreel, Buscopan), Konaktion-Tropfen (Vitamin K)
1-Liter-Sauerstoffflasche	Sauerstoffflasche mit Druckminderer
Ambubeutel	Säuglings-Ambu-Beutel ⁵⁷ , Masken
Absauger	Einmal-Absauger
Nabelklemmen	Nabelklemmen
10%ige Traubenzuckerlösung, 50 ml	
Babystethoskope	Kinderstethoskop

54 Zur Dokumentation des Geburtsverlaufs/-fortschritts.

55 Ampulle(n).

56 p.p.: post partum/post partal/nach der Geburt.

57 Beatmungsbeutel.

Zur Hausgeburt nahmen die freiberuflichen Hebammen aus München in den 1980er Jahren folgende Gegenstände mit (entnommen aus: Sack 1993)	In dem Lehrbuch „Hebammenkunde“ werden folgende Materialien für den „Hebammenkoffer“ empfohlen (entnommen aus: Bauer/Lippens 2020b)
Ringerlösung, Infusionsbesteck, Pflaster	Infusionssysteme, Braunülen ⁵⁸ , Butterfly, Elektrolytlösung und Plasmaexpander ⁵⁹
	Eisblase
Bakteriologische Abstrichröhrchen	
EDTA-Röhrchen	Blutgruppenröhrchen für Nabelschnurblut
Stuhlröhrchen	
Xylocain-Spray und Ampullen	
Nahtbesteck und Nahtmaterial	Nahtpäckchen (sterilisiert): Nadelhalter, Pinzetten, Klemme, Schere Nahtmaterial
	Zusatzpäckchen (sterilisiert): Pinzette, Eihautfasszange, Nierenschale, Tuch, Tupfer, Tampon (großer Tupfer mit Rückholfaden)
Für die werdenden Mütter wurden Päckchen vorbereitet: <ul style="list-style-type: none"> ▪ speziell sortierte Wochenbettpackung aus der Apotheke ▪ sterile Kompressen, Zellstoff und Watte ▪ eine Packung Traubenzucker ▪ Sitzbäder ▪ Einmalunterhosen ▪ Konakion ▪ Nabelpuder, Nabelbinden und -kompressen 	Zellstoff
	Weitere Ausrüstung/Ausstattung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiltelefon mit Mailboxfunktion ▪ Gebärhocker und evtl. tragbares CTG-Gerät mit Zubehör, Ambubeutel und Sauerstoffflasche ▪ Autoklav zur Instrumentensterilisation ▪ Internetzugang und Endgerät zur Eingabe der Qualitätsdaten bei QUAG (s. Kap. 6)

58 Braunülen sind Venenverweilkanülen.

59 Verabreichung bei Blutverlust zur Erhöhung des onkotischen (kolloidosmotischen) Drucks (KOD) innerhalb der Gefäße und zur Verlagerung von Flüssigkeiten aus dem extravasalen Raum.

Im Vergleich weisen die Material- und Medikamentenlisten von 1980 und heute sehr viel Ähnlichkeit auf. Sie zeigen die sorgfältige Vorbereitung der außerklinisch tätigen Hebammen. Viele geburtshilfliche Komplikationen und/oder deren Auswirkungen konnten und können durch den Einsatz dieser Materialien und Medikamente verhindert oder begrenzt werden. Zudem konnten und können Mutter und/oder Kind für Verlegungssituationen stabilisiert werden. Darüber hinaus erhielten und erhalten die Frauen Versorgungsmaterial für das frühe Wochenbett.

Nicola Bauer und Frauke Lippens führen an: „Die Berufsordnungen der einzelnen Bundesländer differieren in ihren Vorschriften zur Ausrüstung“ (2020b: 115).⁶⁰ Während in einigen Bundesländern gar keine Vorgaben gemacht werden, gibt es in anderen Bundesländern klare Vorschriften. In der außerklinischen Geburtshilfe werden teilweise auch Medikamente appliziert werden, die normalerweise „nicht von der Hebamme in eigener Verantwortung verabreicht werden dürfen“ (ebd.). Hierfür müssten im Vorfeld Absprachen getroffen werden (vgl. ebd.). Wenn sie zu Hause und nicht im Geburtshaus oder in einer Hebammenpraxis entbinden möchten, erhalten die Frauen zudem eine Beschaffungsliste mit Materialien sowie eine Checkliste, was für die Hausgeburt vorbereitet werden muss. Die Hebammen nehmen in der Regel mindestens einen Hausbesuch vor, und zwar vor Beginn der Rufbereitschaft.⁶¹ Die Hebammen lernen dabei die Familie kennen und gegebenenfalls Freunde und Verwandte, die bei der Geburt anwesend sein werden. Sie machen sich vertraut mit den häuslichen Gegebenheiten und dem Rettungsweg. Außerdem werden wesentliche Befunde überprüft und somit noch einmal geklärt, ob der Hausgeburt etwas im Wege steht. Sowohl die Hebamme selbst als auch die bei der Geburt anwesenden Familienmitglieder notieren sich wichtige Telefonnummern und gehen die Abläufe im Verlegungsfall durch. Ferner wird über Prophylaxen aufgeklärt und überprüft, ob die Familie die erforderliche Ausrüstung komplett besorgt und so verstaut hat, so dass sie jederzeit griffbereit ist. Des Weiteren müssen der Mutterpass⁶² und der Krankenversicherungsnachweis sowie eine gepackte Tasche für einen Klinikaufenthalt bereitgestellt werden (vgl. Bauer/Lippens 2020c: 615f.).

60 Vgl. für Bayern: Bayerische Hebammenberufsordnung (BayHebBO) vom 28. Mai 2013 (GVBl.: 360, BayRS 2124-1-2-G).

61 Die Rufbereitschaft beginnt im Normalfall drei Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin.

62 Im Mutterpass werden die wesentlichen, im Schwangerschaftsverlauf erhobenen Befunde, eingetragen.

10.1 Unstrukturiertes und strukturiertes Hebammenwissen

Wie sich Hebammenwissen entwickelte, wird nachfolgend beschrieben. Eine deutliche Veränderung brachte die zunehmende Strukturierung des Wissens in der und um die Geburtshilfe mit sich, die mit der Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen einherging. Zum Verständnis der nachfolgend geschilderten *Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe* sind die Unterschiede des historisch gesehen (s. auch Kap. 2) traditionell weiblich dominierten Hebammenwissens und des traditionell männlich dominierten Wissens des ärztlichen Geburtshelfers (Böhme 1993; Cluett/Bluff 2004c; Gubalke 1985) bedeutsam. Traditionelles Wissen soll sich hier nicht auf das Wissen ursprünglich lebender Völker beziehen, sondern auf die gängige Definition der Tradition.⁶³

Im besonderen Maße setzte sich Böhme (1993) mit der Wissensentwicklung der (zunächst weiblichen) Hebammen sowie mit der Generierung von Wissen durch die (zunächst männlichen) Ärzte. Wesentliche Aspekte aus seiner Theorie werden hier verkürzt dargestellt. Böhme schildert, dass Hebammen jahrhundertlang über den alteuropäischen Typ des Weisheitswissens verfügten. Hierfür vereine sich die Bildung mit der Entwicklung moralischer Qualitäten. Traditionell seien Hebammen ältere, weise, gereifte Personen gewesen, die schon selbst geboren hätten. Neben der manuellen Geschicklichkeit sei dabei insbesondere auch die moralische Qualität Teil der Hebammenkompetenz gewesen. Hebammen könnten zudem nur agieren, wenn ihnen die Frauen Vertrauen entgegenbrächten. Es bestünde daher ein an die Person der Hebamme gebundenes, auf Vertrauen basierendes Betreuungsverhältnis. Hebammen entwickelten ihr Wissen dadurch, dass sie Teil des Geschehens gewesen seien und aus den Situationen dazugelernt hätten (Böhme 1993: 44f.). Im Gegensatz hierzu war nach Böhme das „wissenschaftliche Wissen der Neuzeit“ durch die Trennung von *Wissen und Person* gekennzeichnet (a.a.O.: 45). Das heißt, das Wissen der zunächst männlichen Ärzte selbst war unpersönlich, also nicht an die Person des Arztes gebunden. Mit Rekurs auf Luhmann hält Böhme fest, dass „[s]eit Galilei [...] moralische Qualität nicht mehr Voraussetzung und Teil der wissenschaftlichen Qualität und umgekehrt“ gewesen sei und „Irrtum nicht mehr moralisch zugerechnet“ werden würde. Das bedeutet, dass weder das Alter noch die persönliche Reife eine Rolle für den Zugang zu Wissen spielten, es sogar als Innovations-

63 Laut „Duden“ ist Tradition „etwas, was im Hinblick auf Verhaltensweisen, Ideen, Kultur o.Ä. in der Geschichte, von Generation zu Generation [innerhalb einer bestimmten Gruppe] entwickelt und weitergegeben wurde [und weiterhin Bestand hat]“, siehe Dudenredaktion (2021b).

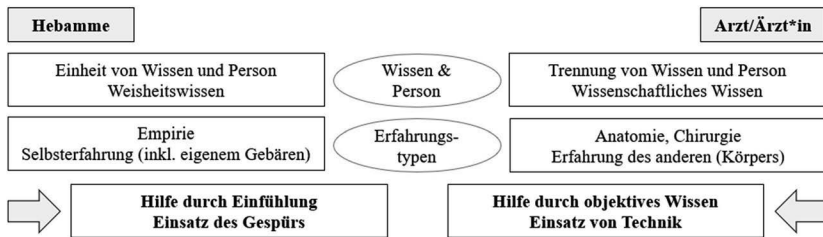


Abbildung 6: Wissensentwicklung in der Geburtshilfe: Wissen und Person; Erfahrungstypen. Eigene Darstellung nach Böhme (1993: 44ff.)

bremse gesehen werden könne, denn wissenschaftliches Wissen sei prinzipiell für jede Person zugänglich, solange es ihr gesellschaftlich ermöglicht würde (ebd.). Nach Reckwitz (2021) sind die „Wissenschaften“ der „Ort der kognitiven Rationalisierung“, wobei durch „allgemeine, empirisch erprobte Theorien“ Wissen generalisiert wird. Ziel ist es, durch diese „allgemeingültige Beschreibung und Erklärung der Wirklichkeit [...] deren technologische Steuerung“ zu bewirken. Hierfür muss das vorausgesetzte „Allgemeine“ messbar/quantifizierbar gemacht werden (Reckwitz 2021: 35).

Böhme (1993) erklärt, dass sich auch die Erfahrungstypen unterscheiden. Hebammen erwarben ihr Wissen im „alteuropäischen Sinne“ traditionell durch „Empirie“ (Böhme 1993: 45). Hebammen sammelten dabei „Erfahrungswissen“, das eng an jene Person „gebunden“ war, welche die Erfahrung „selbst [i.O.m.H.] gemacht“ hat. Von großer Bedeutung war die „Selbsterfahrung“ als Frau, die bereits „selbst geboren“ hatte. Denn ihr eigenes Erfahrungswissen war insbesondere in der Zeit, als das anatomische Wissen noch wenig verbreitet war, relevant, denn die Kenntnisse aus den Betreuungsverläufen in Kombination mit jenen aus der Selbsterfahrung im und mit dem eigenen weiblichen Körper bot die beste „Orientierung“ (ebd.). Allerdings unterscheidet sich diese Art von Wissen deutlich von dem Wissen, das die männlichen Ärzte erwerben konnten. Denn Ärzte generierten ihr Wissen über die Erfahrung anderer oder anderer Körper (a.a.O.: 45f.). „Dieser Unterschied ist fundamental und muß für die Praxis zumindest in den psychischen Komponenten der Geburtshilfe auswirken“ (ebd.). Zusammenfassend werden die aufgezeigten Unterschiede in Abbildung 6 veranschaulicht.

Hebammen arbeiteten nach dem Grundsatz, Geburten zunächst als etwas „Natürliches“ zu betrachten. Mit jeder Betreuungssituation erwarben sie neue Erkenntnisse und erweiterten ihren, in der Lebenswelt gewonnenen, Erfahrungsschatz (s. auch Kap. 5.3). Dabei wurde offenkundig, dass bestimmte Verläufe schicksalhaft und für sie nicht zu beeinflussen waren. Schütz und Luckmann (2017) schreiben hierzu, dass die „grundsätzliche Undurchschau-



Abbildung 7: Wissensentwicklung in der Geburtshilfe: Erzeugungs-, Vermittlungs- und Verwendungszusammenhang; Beziehung zur Natur. Eigene Darstellung in Anlehnung an Böhme (1993: 46ff.)

barkeit der Lebenswelt nicht zum Problem [i.O.m.H.]“ wird, solange Menschen aus einer „natürlichen Einstellung“ heraus agieren. Sie ergänzen, dass Menschen, die auf Basis „des lebensweltlichen Wissensvorrats“ handeln, diesen nicht als unzureichend einstufen können (Schütz/Luckmann 2017: 237). Auch die Beziehung zur Natur unterschied sich deutlich zwischen den Hebammen und Ärzten. Geburt im Sinne der Hebammen war etwas Natürliches, entsprechend der griechischen Physis-Vorstellung (vgl. Böhme 1993: 47). Nach Böhme bedeutete die durch Hebammen „Unterstützung, Zusehen, Zuwarten, Hilfe beim Aushalten der Natur“. Sie griffen nur dann ein, wenn Hilfe notwendig war. Der Einsatz von Instrumenten oder Medikamenten wurde ihnen später sogar durch die Hebammenordnungen verboten. Die wissenschaftliche Geburtshilfe der Ärzte wurde als Prozess verstanden, der beeinflusst werden kann und darf. Sie hat die „Natur von den Auffälligkeiten her thematisiert, von den Effekten, von den Phänomenen, die eine Erklärung verlangten“. Die wissenschaftliche Geburtshilfe dient der Vermeidung von Störungen (ebd.); siehe Abbildung 7.

Böhme stellt die Frage, ob der „Verlust lebensweltlichen Wissens von der Geburt nicht Hohlräume hinterlassen hat, die durch wissenschaftliches Wissen nicht zu füllen sind“ (Böhme 1993: 33). Während Hebammen im Arbeitsalltag, aber auch das Hebammenwesen selbst in hohem Maße von Nichtwissen betroffen sind, gilt dies auch für die zu betreuenden Frauen und ihre Familien. Weigert schreibt, dass Schücking die Begriffe *low-tech*, *low-touch* und *high-tech*, *high-touch* im Zusammenhang mit Betreuungssituationen prägte (Weigert 2010: 203). Die Mehrheit der schwangeren Frauen käme mit einer *low-tech*-Schwangerenvorsorge aus, während Risikoschwangere von einer *high-tech*-Vorsorge profitieren können (ebd). Von einer *high-touch*-Versorgung, also der Betreuung mit „Gespür“, können beide Gruppen profitieren. Lebensweltliches Wissen, das häufig mit *high-touch* verbunden wird,

kann hier jedoch wissenschaftliches Wissen, das häufig mit *high-tech* verbunden wird, überbrücken und ergänzen. Das wiederum schließt den Kreis zu Mannheim, der die beiden Pole „Bedürfnisse der Praxis“ und „Forderungen der Theorie“ beschrieben hat (Mannheim 1932: 43).

Kickbusch konstatiert, dass die Gründerväter⁶⁴ der Weltgesundheitsorganisation anerkannte Public-Health-Pioniere in ihren Ländern waren und über Erfahrungswissen, beispielsweise aufgrund von Epidemien oder Kriegen, verfügten. Sie kannten die Grenzen der Medizin, wurden aber nicht durch die EBM beschränkt. Sie verstanden Gesundheit als ein normatives Gut (Kickbusch 1999). Diese Aspekte sind wesentlich, denn auch heute noch sind Hebammen auf beide Pole des Wissens, ebenso hinsichtlich des weiteren Erkenntnisgewinns, angewiesen.

Hebammen bauen mit zunehmender Berufserfahrung „Hebammenwissen“ als Erfahrungswissen auf, das sie sich individuell in der Begleitung der Lebensphasen einer Frau aneignen. Begrenzt wird das Erfahrungswissen durch Rahmenbedingungen wie Autorität, beispielsweise durch klinisch-hierarchische Strukturen, gesetzliche und berufsrechtliche Vorgaben, Ethik und Moral, aber auch durch gesellschaftliche Normen und organisatorische Strukturen, die verhindern, bestimmte Erfahrungen machen zu können.

Das Wissen, das sich Hebammen heute aneignen, kann epistemologisch in zwei Kategorien eingeteilt werden: in unstrukturiertes Wissen und in strukturiertes Wissen (Cluett/Bluff 2004a: 13ff.). Wissen ist so lange unstrukturiertes Wissen, bis es wissenschaftlich begründet ist.

Unstrukturiertes Hebammenwissen

Nachfolgend werden aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive die Wissenskategorien von unstrukturiertem Hebammenwissen dargestellt. Bryer und Sinclair schreiben 1995: „Being a midwife becomes an inextricable part of who the person is: dependant on individual personalities, experiences and beliefs but all, if they are ‚good‘ [i.O.m.H.] midwives, will have, as part of their nature, the empathetic, intuitive, ‚with woman‘ [i.O.m.H.] approach to midwifery practice. Midwifery identifies clearly that the practice of midwifery is dependent on the use of the self by the midwife“ (Bryer/Sinclair 1995: 4). Hebammen arbeiten in der Praxis auch heute noch teilweise mit „traditionellem Hebammenwissen“, das über Generationen weitergegeben wurde. Wird nach der Ursache gefragt, *warum sie das machen*, kann die Antwort nur sein, weil das schon *immer* so gemacht wurde. Der Ursprung dieses Wissens wurde oder kann häufig nicht bis zur Quelle zurückverfolgt werden. Es hat sich aber als nützlich erwiesen und wird daher in Handlungen umgesetzt. Ob diese Handlungen die beste Betreuung für die Frau und ihr Kind sind, ist aber nicht geklärt (Cluett/Bluff 2004a: 13f.). Eine Form des traditionellen Hebammen-

64 Kickbusch verwendet hier und folgend die männlichen Form.

wissens ist der Common Sense. Dieses *allgemeingültige Wissen* unterscheidet sich in den verschiedenen Kulturen. Wo es gilt, basiert es oftmals auf Werten oder ist spirituell begründet (a.a.O.: 14). Prinzipiell gilt, dass wir mehr wahrnehmen, verarbeiten und wissen, als wir in Worte fassen und/oder ausdrücken können. Michael Polanyi prägte für diesen Zustand den Begriff des impliziten Wissens (Polanyi 1985). Aber hier kann auch die Grenze der Übertragbarkeit gezogen werden. Wird implizites Wissen wirksam, wird es dies zum Großteil als nichtbeschreibbare, intuitive Handlung (Jantzen 2009: 26). Implizites Wissen umfasst auch Ahnung und Intuition. Nach Dörpinghaus (2013) ist für die Ahnung charakteristisch, „dass sie eine Registratur von etwas Anwesendem [i.O.m.H.] hervortreten lässt, was dem Menschen anders nicht zugänglich ist“ (Dörpinghaus 2013a: 192). Hogrebe (1996) erläutert, dass Ahnungen zu Wissen werden, während Intuition bereits mit Wissen verweben ist, der Mensch weiß etwas intuitiv, er ahnt, dass etwas passieren könnte (Hogrebe 1996: 23ff.). Davon zu unterscheiden ist das reine Ausprobieren auf Basis von Versuch und Irrtum (*trial and error*). Diese werden wirksam, wenn beispielsweise hinsichtlich der besten Betreuungsform für eine Frau hinsichtlich einer speziellen Situation Wissenslücken bestehen: Kann die Situation nicht eindeutig einer Form zugeordnet werden, wird eine Entscheidung für eine beliebige Form getroffen. Erst im Nachgang stellt sich heraus, ob diese Schiene passgenau war. Das Wissen hierüber wird in diesem Fall über die klinische Expertise erworben – es ist unklar, ob die (werdende) Mutter und ihr Kind so Gefahren ausgesetzt werden. Nicht zu handeln und sie gar keiner Betreuungsform zuzuordnen, könnte sie aber ebenfalls gefährden. Das Ergebnis der Behandlung ist dennoch nur auf den betreuten Einzelfall bezogen. Es stellt eine Lernerfahrung dar, bedeutet aber bei Weitem noch nicht, dass es verallgemeinert werden kann (vgl. Cluett/Bluff 2004a: 14). Personengebundene Lernerfahrungen gehen oft mit der Schärfung der Sinne einher. Folgend wird ein Praxisbeispiel für den Erwerb von Erfahrungswissen skizziert:

Eine Komplikation im Wochenbett stellt der verminderte Abfluss der Lochien (Wochenfluss) dar. Kann Lochien nicht abfließen, staut sich das Wundsekret im Uterus und es kann zu einer Entzündung führen (vgl. Büthe 2020a: 37; Harder 2015; Petersen 2011: 289). Diese Stauung wird begleitet durch „fötiden Geruch“ (Stiefel 2020b: 910). Eine erfahrene Hebamme wird bereits beim Eintreten in den Raum, in dem sich die Wöchnerin befindet, den modrig-süßlichen Geruch wahrnehmen und ihn sofort dem Lochialstau zuordnen. Durch die klinische Untersuchung des Uterus, die Kontrolle der Menge der Lochien auf den Vorlagen, der Frage nach dem Befinden der Frau und der Vitalzeichenkontrolle wird sie ihre Verdachtsdiagnose innerhalb von wenigen Minuten bestätigt wissen und die richtige Behandlung einleiten. Hebammen ohne Lernerfahrung in der Wahrnehmung dieses Geruchs werden den Prozess umkehren müssen und so zunächst mehr Zeit brauchen, bis sie

zur Diagnose kommen: Sie müssen zuerst die komplette klinische Diagnostik durchführen, um überhaupt den Verdacht haben zu können, dass dieser Geruch etwas mit dem stagnierenden Wochenfluss zu tun haben könnte. Am Ende der Untersuchung wird unter Umständen noch kein Zusammenhang zwischen Geruch und Befund gebildet, es bleibt zunächst ein Einzelfallerleben, das noch nicht verallgemeinert werden kann. Es bedarf also der Erklärung und der Heranführung durch Expert*innen, die diese Geruchsinformation korrekt interpretieren können und dieses Wissen weitergeben können. Sobald dies erfolgt ist, kann die spezifische Geruchsinformation dauerhaft gespeichert und bei Bedarf im Kontext der Diagnosestellung abgerufen werden. Fehlt diese Expert*inneninformation, muss diese Erfahrung durch weitere, ähnliche Verläufe mehrfach gemacht werden, bis der Zusammenhang korrekt hergestellt werden kann.

Hebammenwissen, das in Teilen als personengebundenen Wissen vorliegt, kann also unter Umständen nicht immer vollständig expliziert werden und entsprechend auch nur teilweise in strukturiertes Wissen überführt und/oder wissenschaftlich erforscht werden. Hierzu zählen individuelle Sinneswahrnehmungen.

Strukturiertes Hebammenwissen

Um von strukturiertem Hebammenwissen sprechen zu können, bedarf es einer Annäherung daran, welche Kompetenzen zur Sicherheit der Betreuung relevant werden. „Der ICM definiert Midwifery [i.O.m.H.] als die qualifizierte, kompetente und engagierte Betreuung von Schwangeren, Neugeborenen und ihren Familien. Dabei ist das Ziel der Betreuung, die physiologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Prozesse rund um die Geburt zu optimieren“ (Brendel 2020b: 92). Der international gültige Ethikkodex für Hebammen wurde 1993 vom ICM (s. Kap. 2.3) in Vancouver verabschiedet und gilt seither unverändert (Hauser 2020: 61).

Der Kodex regelt:

- „Midwifery Relationships [i.O.m.H.]
- Practice of Midwifery [i.O.m.H.]
- The Professional Responsibilities of Midwives [i.O.m.H.]
- Advancement of Midwifery Knowledge and Practice [i.O.m.H.]“ (ICM 2008).

Aus dem Ethikkodex geht hervor, wie sich für die Hebammentätigkeit erforderliche Kompetenzen aufgliedern lassen und nach welchen Kategorien Wissen strukturiert werden kann. Die Strukturierung von Wissen ist notwendig, um die Betreuungssicherheit gewährleisten zu können.

Zunächst ist Hebammenwissen, das auf Erfahrung basiert, wertfrei zu betrachten. Individuelles, nicht kommuniziertes Wissen muss zudem vom

kommuniziertem Wissen, das mindestens zwei Hebammen oder einer größeren Gruppe zur Verfügung steht, und dem veröffentlichten Wissen unterschieden werden. Aufgrund fehlender Evidenz, der organisatorischen oder hierarchischen Strukturen, in denen Hebammen arbeiten, kann Erfahrungswissen häufig nicht praktiziert und weitergegeben werden. Es wird so weder handlungswirksam noch offenkundig und kann daher auch nicht im Arbeitsalltag, beispielsweise mittels Beobachtungsstudien, auf Effektivität untersucht werden. Erfahrungswissen allein kann unter Umständen auch schaden, da möglicherweise Alternativen nicht in Betracht gezogen werden können. Es kann so auch „blind“ machen für mögliche Differentialdiagnosen. Umso wichtiger ist es, strukturiertes Hebammenwissen aufzubauen. Nach Schwager (2020) werden Theorien zum Aufbau von strukturiertem Wissen häufig aus Erfahrungen entwickelt, die Hebammen im Berufsalltag machen. Zum strukturierten Hebammenwissen zählt das wissenschaftliche Wissen, das auf Empirie und Evidenz beruht und durch wissenschaftliche Theorien und Modelle ergänzt wird (Schwager 2020b: 85). Dieses Wissen wird verschriftlicht in qualitativen und quantitativen Studien, in der Fachliteratur (ebd.). Es wird aber auch, beispielsweise auf Fachkongressen und Fortbildungen, mündlich geteilt. Sich mittels strukturiertem Wissen fortzubilden, gehört für Hebammen zu den Pflichten, die in den Berufsordnungen der Länder festgeschrieben sind (DHV 2020a).

Einen wesentlichen Beitrag, Hebammenwissen fachspezifisch zu generieren und dabei zu strukturieren, bietet die Hebammenwissenschaft. Kahl (2013) schreibt: „Die Verwendung des Begriffes ‚Hebammenwissenschaft‘ bzw. ‚Science of Midwifery‘ [i.O.m.H.] in der Literatur und im gesellschaftlichen Rahmen lässt darauf schließen, dass es im internationalen wie deutschsprachigen Raum eine konstituierte Hebammenwissenschaft gibt“ (Kahl 2013: 195). Diese Aussage ist insofern relevant, weil das Hebammenwesen zu dieser Zeit noch nicht als Profession mit akademischer Basis anerkannt war. Die Entstehung der Hebammenwissenschaft wird nachfolgend skizziert; auf die Linguistik des Begriffs kann hier nicht eingegangen werden.

Die ersten schriftlichen Aufzeichnungen, die verschriftlichtes Hebammenwissen enthielten, können auf das 11. Jahrhundert, die ersten Lehrbücher auf das 15. Jahrhundert datiert werden, wie beispielsweise Röblins „Rosegarten“ von 1513 (Röblin 1982, 1994) oder Rueffs „Ein schön lustig Trostbüchlin“ (Ruf/Koelbing 1981). Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass das von Ärzten verschriftlichte geburtshilfliche Wissen sowie die frühen anatomischen Darstellungen, beispielsweise bei Rueff (heute: Ruf), auf Kenntnissen von Hebammen basierte, die andererseits durch selbige entmachtet und diffamiert wurden (Gubalke 1985: 77f.).

Ihrer Zeit voraus war die Hebamme Siegemund, „die sich stets von ihren Kolleginnen abgegrenzt hat“ und „dies auch im Wissenserwerb tut“, indem sie aus Büchern lernte (Pulz 1994: 152f.). Nach Pulz habe Siegemund durch

die Begleitung von „unrechten Geburten“ das meiste gelernt. Siegemund schien davon überzeugt gewesen zu sein, dass Wissen, das nur aus Büchern erworben wird, nicht vollständig sein könne, da Hebammen über „Kontaktwissen“ verfügten, das nicht immer beschreibbar sei (ebd.: 153). Bis heute ist Siegemund durch ihr Hebammenlehrbuch „Die Hof-Wehe-Mutter“ bekannt (Siegemund 1690).

Gubalke schreibt: „Um die Wende des 18. Jahrhunderts war offensichtlich der Höhepunkt der großen, geburtshilflichen Frauen erreicht“. In Deutschland kann die Hebamme Josepha von Siebold als letzte Geburtshelferin gelten, die selbstständig tätig sein konnte und zudem sogar den „damals seltenen Grad eines *Doctor honorariae artis obstetriciae*“ erreicht hatte (Gubalke 1985: 18, [i.O.m.H.]).

Allerdings wird erst seit der Neuzeit Forschung von Hebammen zu ihrer eigenen Berufspraxis betrieben sowie systematisch publiziert (Kahl 2013: 11). Cluett und Bluff erklären, dass wohl „Florence Nightingale“ eine der Ersten gewesen ist, die hebammenwissenschaftlich forschten (Cluett/Bluff 2004b: 2). Kahl (2013) schreibt, dass sich somit im angloamerikanischen Sprachraum Forschung von Hebammen bereits um 1900 entwickelt hat und um 1950 systematisch in der Fachliteratur publiziert wurde, wodurch sich der Begriff Science of Midwifery etablierte (vgl. Kahl 2013: 12). „Das im Vergleich zur deutschsprachigen Gemeinschaft frühe Interesse an Forschung aus den Reihen von Hebammen kann im angloamerikanischen Raum mit dem akademischen Ausbildungsmodell und der Nähe zur Pflegewissenschaft erklärt werden“ (a.a.O.: 199). In einen weltweiten Kontext gesetzt können die „Forderungen der Gesellschaften nach evidenzbasierten Versorgungsleistungen“ als Verursacher dafür ausgemacht werden, dass „Hebammen sich der Verantwortung für die Evaluation der eigenen Praxis bewusst wurden“ (ebd.).

In Deutschland setzte dieser Prozess folglich deutlich später ein. Nach Hurrelmann und Richter (2013) sind die Großeinrichtungen der Gesundheits- und Krankheitsversorgung ebenso wie Unternehmen, Behörden, Schulen, Verbände und Vereine soziale Gebilde mit einer komplexen Arbeitsteilung und diffizilen Macht- und Herrschaftsstruktur. Soziologisch gesehen führen sie jeweils ein Eigenleben, gewissermaßen über die Köpfe der in ihnen eingebunden Individuen hinweg. Die überwiegende Zahl ihrer organisatorischen Entscheidungen dient der Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit als System, also der Selbsterhaltung. Die wichtigsten Entscheidungen des Systems gehorchen dieser auf das Erleben und die Fortführung gerichteten Rationalität (Hurrelmann/Richter 2013: 78). So schrieb Kirkham (1989), dass die Zeit dränge, weil die meisten Hebammen aufgrund der institutionellen Gegebenheiten nicht frei arbeiten können. Hebammenwissen wird jedoch dort gewahrt, wo Hebammen sich Autonomie bewahrt haben. Dieses Wissen muss wissenschaftlich erforscht werden und auf Basis der Erkenntnisse Theorien und Konzepte entwickelt werden, die auch in die Lehre einbezogen werden

(Kirkham 1989: 136). Kahl (2013) meint, dass die Zeitverzögerung auch mit dem schleppenden Akademisierungsprozess erklärt werden kann, da dieser „als Verwissenschaftlichung der Berufsgruppe verstanden werden kann und die Vermittlung von Forschungskompetenzen inkludiert“. Wahrscheinlich ist, „dass die gesetzliche Anbindung des deutschen Hebammenwesens an die GKV Vorgaben“ ursächlich für eine „Verzögerung der Entwicklung von Hebammenforschung in Deutschland“ gewesen ist. Allerdings kehrte sich dies um, als die Versicherungsprämien stiegen und damit die „Vorbehaltsaufgabe“ der Hebammen, eigenständig und -verantwortlich die physiologische Geburt leiten zu dürfen, ins Wanken geriet (Kahl 2013: 199f.). Von der Entwicklung einer „Forschungslandschaft“ in Deutschland kann ab 1989 gesprochen werden, mit der Etablierung der ersten Studiengänge wurde ab 2008 begonnen (a.a.O.: 11).

Groß (2020) fasst für den Blog „Kleine Fächer“ Wesentliches für das vergleichsweise junge Fach der Hebammenwissenschaft zusammen: „Erste klinische Studien zur Hebammentätigkeit gab es im angelsächsischen Raum zur Effektivität von Einlauf und Dammschnitt“. Durch die Systematisierung wissenschaftlicher Veröffentlichungen von randomisierten, kontrollierten Studien in der Geburtshilfe durch Archibald Cochrane, „Murray Enkin, Ian Chalmers und Marc Keirse und deren Publikation durch die Oxford University Press im Jahre 1989 wurde die Basis für die EBM geschaffen, welche durch die von Hebammen initiierte Übersetzung ins Deutsche auch hierzulande die Geburtshilfe und die Hebammenforschung beeinflusste (vgl. ebd.). „Ziel war es, die Effektivität von Interventionen systematisch zu evaluieren, um Morbidität und Mortalität von Müttern und Kindern zu senken. Dabei zeigte sich, dass weniger oft mehr sein kann“ (ebd.). Nach der Veröffentlichung wurde ein Forschungsworkshop des Internationalen Hebammenverbandes (ICM) (s. Kap. 3.2) mit dem Titel „Hebammen brauchen Forschung – Die Forschung braucht Hebammen“ in Tübingen abgehalten, der sich in Form von einem Treffen pro Jahr als Workshops zur Hebammenforschung im deutschsprachigen Raum etablierte (Groß 2020).

Unter der Leitung von Sayn-Wittgenstein entwickelte sich ab 2004 der Verbund Hebammenforschung aus der Bearbeitung von spezifischen Fragestellungen zur frauen- und familienorientierten geburtshilflichen Versorgung im Profil Gesundheit und Soziales an der Hochschule Osnabrück (vgl. Garten 2019). Ab diesem Zeitpunkt „haben sich an verschiedenen Standorten in Deutschland Arbeitsgruppen zur Hebammenwissenschaft etabliert“, die, wie zum Beispiel in Hannover, teilweise bereits in „Lehr- oder Forschungseinheit(en)“ überführt wurden (Groß 2020). Aufgabe der Hebammenwissenschaft ist es, „systematisch wissenschaftliches Wissen zur evidenzbasierten Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen mit Kind sowie deren Angehörigen“ über den gesamten Zeitraum der Betreuung, also entlang des Betreuungsbogens, zu erzeugen und zu lehren (ebd.; s. auch Kap.

8). Nach Kahl (2013) schafft die Bezeichnung Hebammenwissenschaft/ Science of Midwifery den Bezug zum Hebammenwesen und „transportiert semantisch die Auseinandersetzung der Wissenschaft mit dem Praxisfeld“ (Kahl 2013: 12f.). Dem „Duden“ folgend kann Hebammenwissenschaft zu den Individual- oder Einzelwissenschaften gezählt werden. Darunter werden Wissenschaften verstanden, die nicht in den Bereich der Philosophie gehören. Die Philosophie hingegen wird als Gesamtwissenschaft angesehen (vgl. Dudenredaktion 2021a). Nach Groß gibt es neben der „individualwissenschaftlichen Verortung“ und einem „damit einhergehenden Behandlungsauftrag“ auch „gesundheitssystemische Bezüge“ (Groß 2020). Hebammenwissenschaft gilt dabei als ein Teilgebiet der medizinischen Versorgungsforschung, wobei, wie auch bei anderen (angewandten) Gesundheitswissenschaften, die Gesunderhaltung der Klient*innen vordergründig ist (Schaeffer/Wingenfeld 2011: 297). Die Hebammenwissenschaft dient der evidenzbasierten Betreuung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin mit Kind und Familie sowie der Schaffung des dazugehörigen Wissens. Klinisch kann dabei die Betreuungsleistung zwischen Geburtshilfe und Neonatologie verortet werden. Die Bereiche überlappen sich deutlich (vgl. Groß 2020). Kahl führt allerdings aus, dass die Hebammenwissenschaft noch nicht gereift ist, da noch kein von der Forschergemeinschaft „anerkanntes Paradigma“ existiert (Kahl 2013: 197, 209). Dies gilt jedoch nach Thomas S. Kuhn als Reifezeichen für die „Normal-Wissenschaft“ (ebd.; siehe auch Kuhn 1978). Kahl apostrophiert, dass der Denkstil der Forschergruppe der Hebammen noch vom Denkstil der Berufsgruppe geprägt ist. Der Mehrheit der Angehörigen der Berufsgruppe der Hebammen fehlt aber derzeit aufgrund der fehlenden akademischen Ausbildung das wissenschaftliche Verständnis. Das Handeln der Hebammen ist demnach nicht ausreichend wissenschaftlich begründet, sondern auf „tradieren Grundwerten“ aufgebaut (Kahl 2013: 197f.). Außerdem ist die wissenschaftliche Kommunikation unreif (a.a.O.: 209). All dies zeigt, dass sich die Hebammenwissenschaft in einem Entwicklungsprozess befindet und sie sich von einer Vorwissenschaft über den kontinuierlichen Forschungsprozess selbst fortentwickelt (ebd.). Wie sich die Hebammenwissenschaft in Deutschland weiterentwickeln kann, hängt maßgeblich von den Rahmenbedingungen ab.

Die Denkstilgemeinschaft der Hebammenwissenschaftler*innen setzt sich „zu einem dominierenden Teil aus den weiblichen Angehörigen des, trotz der Berufszulassung von Männern, weiterhin als typischen Frauenberuf geltenden Hebammenwesens zusammen“ (Kahl 2013: 197). Insgesamt aber arbeiten in Deutschland zu wenig Frauen in der Forschung. Dem UNESCO-Institut für Statistik nach lag 2016 weltweit der Frauenanteil in der Forschung bei 29,3 Prozent, im südlichen und westlichen Asien bei nur 18,5 Prozent. In Europa hatten 2016 nur vier Länder, und zwar aus (Süd-)Osteuropa, Geschlechterparität. Deutschland lag mit 28,0 Prozent nur knapp vor dem

Schlusslicht Niederlande (Deutsche UNESCO-Kommission 2020). Hinzu kommt, dass Forschungsinstitute überwiegend von Männern geleitet werden und Frauen mit Vorurteilen rechnen müssen. Außerdem haben sie in der Regel keine Möglichkeit, die „Old-Boys-Netzwerke“ für sich zu nutzen (ebd.).

Hebammen vernetzen sich zwar weltweit über die verschiedenen Berufsverbände und bauen so gezielt eigene Netzwerke auf, aber erstens geschieht Wissenschaft nicht im luftleeren Raum und zweitens bleibt die Medizin eine der relevantesten Bezugswissenschaften der Hebammenforschung und zugleich jene, von der sich die Hebammenwissenschaft mit eigenem Fokus am deutlichsten abheben muss. Während es in der Medizin Fördergelder gibt, ist es für die Vertreter*innen der kleinen Fächer schwer, an Drittmittel zu gelangen. Blume et al. (2020) stellen zudem fest, dass wesentliche Kriterien der Forschungsförderung und der damit verbundenen Verteilung von Drittmitteln insbesondere von der „wissenschaftlichen Exzellenz und disziplinären Ausrichtung eines Lehrstuhls“, der Innovativität der Region, in der sich die Hochschule befindet, sowie bei öffentlichen Drittmittelgebern auch von der Größe der Universität abhängen (Blume et al. 2020: 229). Junge Fächer wie die Hebammenwissenschaft können diese Kriterien häufig nur schwerlich erfüllen. Die Verbindung von Fachrichtungen und die Verknüpfung der Hebammenwissenschaft mit anderen, etablierten Disziplinen kann sich somit auf die Einwerbung von Drittmitteln günstig auswirken. Zudem kann sie durch den erweiterten, interdisziplinären Blickwinkel auf das Forschungsthema auch zur Verbesserung der Versorgung der Schwangeren beitragen. Für Karl Popper ist eine Grenzziehung zwischen den Disziplinen sowieso unwichtig. Er stellt fest: „Wir studieren ja nicht Fächer, sondern Probleme. Und Probleme können weit über die Grenzen eines bestimmten Gegenstandsbereichs oder einer Disziplin herausgreifen“ (Popper 2009: 102).

10.2 Leibphänomenologie in der Hebammenarbeit

Auch wenn sich Wissenschaft und Forschung in der Medizin und insbesondere auch in der Geburtshilfe etabliert haben, „sind bestimmte Situationen mit modernster Medizintechnologie noch immer unerklärlich“ (Dörpinghaus 2013b: 19). Es scheint eine Lücke zu geben zwischen dem, was technisch-diagnostisch befundet werden kann, und dem, was darüber hinaus mit dem Gespür der Hebamme ergründet werden kann. Diesem Themenfeld nähert sich Dörpinghaus, indem sie die Frage stellt, was Hebammen „erspüren“, und an leibphänomenologische Theorien zur Hebammenarbeit arbeitet (Dörpinghaus 2013b). Ausdrücken und (Er-)Spüren erfolgen körperlich, mit dem Leib. Der Leib kann dabei als Werkzeug gesehen werden, der den Ausdruck des

Geistigen und die Interaktion mit der Umwelt erst ermöglicht. Zugleich nimmt der Leib Informationen aus der Umwelt auf, die wiederum gedanklich verarbeitet werden müssen. Das beschreibt Orlikowski (2019), wenn sie sich dem „Leib als Ausdruck“ annimmt, indem sie Merleau-Ponty auslegt: „In Merleau-Pontys Theorie des Ausdrucks fungiert der Eigenleib nicht nur als *ein Ausdrucksraum ausgezeichneten Sinnes* [i.O.m.H.], vielmehr ist er selbst *der Ursprung aller anderen Ausdrucksräume* [i.O.m.H.]; er ist die *Bewegung des Ausdrückens selbst* [i.O.m.H.]; [...] die an der Gestaltung und Strukturierung der konkreten Lebensvollzüge beteiligt ist. Mein Leib ist ein *Erkenntniswerkzeug*, er ist *das Vehikel des Zur-Welt-seins* und zu begreifen als *Subjekt des Verhaltens und Angelpunkt der Welt*“. Dabei setzt „der lebendige Leib [...] Zeichen in die Welt, indem er sich durch Gesten, Akte und Sprache einen Korrespondenzraum schafft“ (Orlikowski 2019: 126). Leiblich-Praktisches mit der Theorie in Einklang bringen zu können, scheint daher komplex, da beide Pole weit auseinanderliegen. Agostini et al. (2019) nehmen sich dem an, indem sie die „Ausführungen rund um (Leib-)Phänomenologie und Praxistheorie“ betrachten. Sie erklären, dass „auf den ersten Blick weit stärker Abgrenzungen als Gemeinsamkeiten“ auffallen, wie beispielsweise „Theorie vs. Praxis, Bewusstsein vs. Materie, Individuum vs. Kollektiv und Intention vs. wissensbasierte Tätigkeit“ (Agostini et al. 2019: 197). Sie erklären, dass es dennoch „Berührungspunkte der beiden Theoriestränge“ gibt, die insbesondere „in leiblichen Erfahrungsvollzügen“ sichtbar werden (a.a.O.: 198). „Aus Sicht der Leibphänomenologie bedeutet *leibliche Erfahrung* [i.O.m.H.] Erste-Person-Erfahrung. Sie lässt sich nicht rekonstruieren durch Beobachtung von Körpern allein“ (a.a.O.: 219).

Wie in der vorliegenden Arbeit einleitend beschrieben, waren in früheren Zeiten Hebammen Frauen, die selbst entbunden haben mussten, um die leibliche Erfahrung des Mutterwerdens und Mutterseins gemacht zu haben, bevor sie anderen Frauen helfen durften (vgl. Kap. 2). Auch wenn das heute nicht mehr gilt, so arbeiten Hebammen noch heute mit ihren Händen und nur selten mit Instrumenten, sie sind mit all ihren Sinnen an der Frau und dem Kind – sie arbeiten also mit ihrem *Gespür*, um ihr (Fach-)Wissen passgenau einsetzen zu können. Dabei ersetzen oft die Hände der Hebammen deren Augen oder bildgebende Verfahren, ihre Ohren technische Geräte und ihre Nasen Untersuchungen im Labor – oder ihre Sinneswahrnehmungen warnen die Hebammen, dass nun diese Verwendung von Gerätschaften oder jene Untersuchungsmethoden notwendig sind. Dörpinghaus (2013) bezieht sich auf die philosophischen Arbeiten von Schmitz: „Solange Wahrnehmung als Werkzeug begriffen wird, das vornehmlich oder ausschließlich der Vermittlung gegenständlicher Erkenntnis dient, scheint das Thema leibliche Kommunikation und Atmosphären – sofern man es überhaupt bemerkt – nur irritierend“. Leibtheoretisch können die Handlungen und „therapeutischen Aktivitäten“ von Hebammen erklärt werden (Dörpinghaus 2013b: 107). Wenn Hebammen

gemeinsam mit der Frau arbeiten, kommunizieren sie leiblich, und sie gewinnen so „Erkenntnisse“, die nicht durch medizinische Befunde erklärbar sind, also, „wo das medizinische Handeln zu kurz greift“ (ebd.). Das Hebammenwesen ist seit jeher verflochten mit dem Leiblichen, darf aber den medizinischen Fortschritt keinesfalls vernachlässigen. Das leibliche Spüren entsteht immer dann, wenn Hebammen ungestört von außen mit der Frau sein können. Dabei kann die Frau die Hebamme spüren, und umgekehrt. Während Hebammen Frauen gezielt berühren, mit diesen atmen, diese an den Händen greifen oder massieren, greifen sie bewusst in die „leibliche Ökonomie der Frauen ein“ (a.a.O.: 105, 107). Das Gefühl, das mit dem Kind oder mit der Frau *etwas nicht stimmt*, kennt jede praktizierende Hebamme. Aber es gelingt nicht immer, dieses Gefühl so zu explizieren, dass am Ende eine medizinische Diagnose steht. Das Gefühl ist vielmehr eine innere Warnung, die aufgrund des leiblichen Spürens ausgelöst wird. Auch diesen Aspekt greift Dörpinghaus (2013) auf, wenn sie erklärt, dass das „Erwartungsverhältnis [i.O.m.H.]“ „durchbrochen“ wird, „wenn sich im leiblichen Befinden der Hebamme aufgrund einer atmosphärischen Störung eine Unstimmigkeit zeigt“. Unruhe zeichnet sich ab, wenn sich Pathologien andeuten, die Ruhe bleibt bestehen, wenn der Verlauf regelrecht ist (ebd.). Im physiologischen Verlauf schwingen die Frauen und die Hebammen im Gleichklang. Die Hebammen beschreiben ihren Zustand als „weich, warm, wohligh und satt [i.O.m.H.]“. Kippt die Situation hin zur Pathologie, entsteht Unruhe, indem sich der Rhythmus der Schwingung ändert (Dörpinghaus 2013: 376f.). Im Arbeitsalltag aber sind Hebammen zwischen der „komplexen sozialen Institution“ und dem „abstrakten Kosmos der technischen Systeme“ gebunden, wobei aufgrund der Strukturen des klinischen Arbeitsalltags häufig die Technik über das leibliche Spüren gestellt wird (a.a.O.: 381). Da die leiblichen Phänomene noch nicht ausreichend hebammenwissenschaftlich beschrieben wurden, werden sie „fundamentlos oder imponieren als mystisches Etwas [i.O.m.H.] im Gebärraum und bieten den Kritikern eine breite Angriffsfläche“ (a.a.O.: 384). Das Gespür von Hebammen für eine kippende Situation löst in der Regel Reaktionen aus, die zu weiterführender Diagnostik und/oder medizinischen Interventionen führen. Es ist unklar, wie vielen Frauen und/oder Kindern dadurch Leiden erspart oder wie viele Leben dadurch gerettet wurden. Dörpinghaus rekurriert auf Friesacher, wenn sie schreibt, dass das „*Erkenntnisvermögen des Leibes* [i.O.m.H.]“ „zur Bereicherung und Entlastung beiträgt“ und somit Einzug in die wissenschaftliche Betrachtung und Kommunikation nehmen muss. Der Betreuungsprozesses und die Begleitung der Frauen können davon nur profitieren (Dörpinghaus 2013a: 385).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Hebammenwissen sowohl in strukturierter als auch in unstrukturierter Form vorliegen kann. Hebammen müssen mit Wissenslücken umgehen können und sich in bestimmten Situationen auf ihr Spüren verlassen können müssen. Dieses Spüren ist bisher

nicht wissenschaftlich in dem Maße beschrieben worden, dass es als anerkanntes Instrument in der Betreuung der Frau eingesetzt werden kann. Sicher ist jedoch, dass auch dieses unstrukturierte und personengebundene Wissen zum Erkenntnisgewinn der einzelnen Hebammen beitragen wird und ihren Grad an Erfahrung und beruflicher Reife durchaus mitbedingen. Das zeigt, dass gleichermaßen sowohl Praxiswissen als auch theoretisches Wissen notwendig ist, um weitere Forschungsprojekte zu generieren. Erfahrungswissen reift auch mit dem Erlernen von Theorie, und theoretisches Wissen manifestiert sich und entwickelt sich weiter, wenn es im Berufsleben bedeutend wird und/oder zur Anwendung kommt. Dabei sind insbesondere tradierte Prozesse und Handlungen in Betreuungsabläufen immer wieder kritisch und selbstreflexiv zu hinterfragen.

11 Möglichkeiten zur Weitergabe von Hebammenwissen

In Deutschland wird noch häufig der Begriff der Hebammenkunde verwendet, wenn es um die Wissensweitergabe von Hebammenwissen geht. Der Begriff Hebammenkunde ist konstruiert, die Herkunft nicht eindeutig geklärt. Im „Duden“ kommt er nicht vor. Hier gibt es die Hebammenkunst, die mit der Mäeutik von Sokrates beschrieben wird. Allerdings finden wir den Begriff Hebammenkunde in Form des Titels der aktuellen Lehrbuchausgabe von Stiefel et al. (Stiefel et al. 2020).

Hebammen verstehen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (bzw. Säuglingszeit) als physiologische Vorgänge und „vitalen Prozess“ im Leben einer Frau (Sayn-Wittgenstein 2007: 19). Im Gegensatz zu den Gynäkolog*innen, welche gesunde Frauen, die sie betreuen, als Patientinnen bezeichnen und somit den potenziellen „Krankheitswert“ in den Vordergrund stellen, wählen Hebammen in der Regel primär die Begriffe Klientinnen oder Frauen. Nur tatsächlich erkrankte Frauen werden von Hebammen als Patientinnen bezeichnet. Seit der Entstehung von Hebammenschulen wurden Hebammen berufsfachschulisch ausgebildet. Dennoch vermittelt eine Berufsfachschule nicht nur Erfahrungswissen (Elsholz et al. September 2018: 11). Die wissenschaftlich-theoretische Fundierung ist ebenso wesentlich. Auch durch die Verknüpfung von Theorie und Erfahrung wird es immer Situationen geben, in denen (noch) keine definierten und/oder standardisierten Betreuungsparameter zugrunde gelegt werden können. Diese können von erfahrenen Hebammen aufgrund ihres Erfahrungswissens, von (akademisierten) Berufsanfänger*innen und/oder Kolleg*innen unterschiedlich bewertet werden. Diese Situationen geben Anlass für weitere Forschung.

Zur Hebammentätigkeit gehört das Handwerk. Im Gegensatz zu vielen wissenschaftlichen Disziplinen erfolgte und erfolgt die Weitergabe von Hebammenwissen daher nicht nur durch die Begleitungssituation oder durch Verschriftlichung von Wissen, sondern seit Jahrhunderten auch anhand von Übungen an Modellen und der Weitergabe von Fallbeispielen. „Die Nichtverbalisierbarkeit ist in den Gesundheitsfachberufen gerade da von Bedeutung, wo Anleitungssituationen in der Praxis durch Vormachen gestaltet werden und weniger in sprachlichen Ausführungen bestehen“. Dabei wird in „der psychologischen Pädagogik das Vormachen [i.O.m.H.] vom Vorzeigen [i.O.m.H.] unterschieden“ (Dörpinghaus 2013a: 185).

11.1 Weitergabe von Hebammenwissen am Modell

Nach Kainer und Scholz (2016) wurden Geburten „bereits im 9. Jahrhundert anhand von Holz- und Wachsmodellen nachgestellt“. Aus dem 16. Jahrhundert liegen Aufzeichnungen von weiteren Modellen vor, und im 18. Jahrhundert verwendete William Smellie ein menschliches Becken für Simulationszwecke. Ebenfalls im 18. Jahrhundert kam ein Modell aus Glas zum Einsatz, das Richard Manningham beschrieb (Kainer/Scholz 2016a: 1). Gelbart (1998) schreibt, dass Ludwig XV. 1759 Madame Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray beauftragte, durch Frankreich zu reisen, mit dem Ziel, Analphabetinnen die Kunst der Geburtsbegleitung beizubringen, um die Kindersterblichkeit zu senken. Innerhalb von dreißig Jahren unterrichtete sie in rund vierzig Städten ca. zehntausend werdende Hebammen. Coudray verfasste ein Lehrbuch und erfand ein geburtshilfliches Modell mit Kind zu Übungs- und Demonstrationszwecken, das bis heute in ähnlicher Form zu Ausbildungszwecken genutzt wird, siehe Abbildung 8 (Gelbart 1998).

Diese geburtshilflichen Phantome dienen dem Erwerb und der Optimierung der manuellen Geschicklichkeit. Sie wurden und werden zu Demonstrationszwecken verwendet. Kainer und Scholz erklären, dass ursprünglich davon ausgegangen wurde, dass die „operative Geschicklichkeit“ verbessert werden musste, um Fehler und daraus resultierende „unerwünschte Ereignisse“, die durch „fachliche Unterqualifikation“ entstanden, zu vermeiden (Kainer/Scholz 2016a: 1). Das bedeutet, dass insbesondere das Erheben von Befunden sowie geburtshilfliche Manöver, zum Beispiel das Lösen der Schulter bei Schulterdystokie, am Modell geübt werden können.

Dieser Teilbereich der Hebammenarbeit bezieht sich auf die Schulung der manuellen Fähigkeiten und wird auch Skills genannt. Nach Lukat (2008) umfassen Skills sowohl Fähigkeiten als auch Fertigkeiten. Lukat schreibt: „Im Skillstraining werden kognitive, psychomotorische, selbstregulierende (oder Haltungs-) und interaktive Fähigkeiten und Fertigkeiten gelernt“. Dabei werden durch gezielte, systematische Übungen und Wiederholungen die für die berufspraktische Tätigkeit erforderlichen Skills erworben (Lukat 2008: 46). Geübt wird dabei so lange, bis die Fähigkeiten und Fertigkeiten so kombiniert werden können, dass sie situativ angepasst eingesetzt werden können und sich zur Kompetenz entwickelt haben (ZHAW 2020: 8). Im DQR werden acht Niveaus beschrieben, die sich auf „fachliche und personale Kompetenzen“ beziehen, „an denen sich die Einordnung der Qualifikationen orientiert, die in der allgemeinen, der Hochschulbildung und der beruflichen Bildung erworben werden. Die Niveaus haben eine einheitliche Struktur. Sie beschreiben jeweils die Kompetenzen, die für die Erlangung einer Qualifikation erforderlich sind“. Unterschieden werden „zwei Kompetenzkategorien“: zum

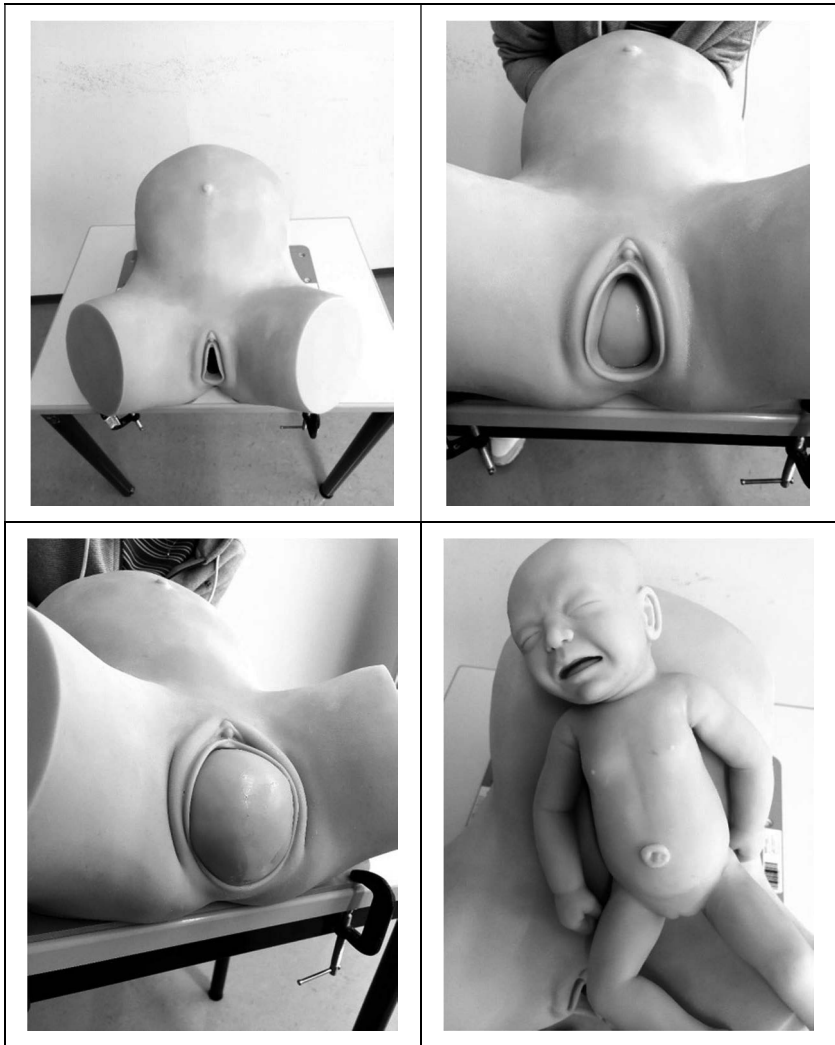


Abbildung 8: Üben am geburtshilflichen Phantom. Bildnachweise: Lena Nagengast.

einen die Fachkompetenz, die sich wiederum in Wissen sowie Fertigkeiten teilt (ebd.). Zum anderen wird die personale Kompetenz angeführt, die gegliedert wird in „Sozialkompetenz und Selbständigkeit“ (BMBF/KMK 2021). Heute umfasst das Vermitteln von Skills demnach weit mehr als nur handwerkliches Geschick.

Nach Muijsers und Herrmann (1997) dient die Vermittlung von Skills der „Teillösung“ des Theorie-Praxis-Transferproblems, da zum einen „theoretische Konzepte“, zum anderen aber auch „praxisorientiertes Erfahrungswissen“ verbunden werden. Darüber hinaus können verschiedene „Planungs-, Handlungs-, Evaluationsroutinen“ trainiert werden (Muijsers/Herrmann 1997: 6). Skills-Training wird sowohl in der Fort- und Weiterbildung von Hebammen eingesetzt als auch in der Ausbildung (Schwarz 2016: 53). Mit Änderung des Hebammengesetzes und der Einführung der HebStPrV wird die Lehre in sogenannten Skills-Laboratorien oder Simulationslaboratorien explizit erwähnt und sogar als Teil der staatlichen Prüfung definiert (vgl. § 50 HebStPrV). Zaidi und Nasir (2015) schreiben: „Since the resurrection of medical ethics in the last couple of decades, using a patient as teaching material has become questionable Issues such as confidentiality, anonymity and personal dignity have been rightly given their due place“ (Zaidi/Nasir 2015: 94f.). Unter anderem ethische Gründe waren es auch, die (eine) Examensgeburt im Rahmen des Staatsexamens zu vermeiden und durch drei simulierte Geburten zu ersetzen (vgl. § 50 HebStPrV): „Im praktischen Teil der staatlichen Prüfung sollen sich die Anforderungen des Berufes vollumfänglich widerspiegeln. Die bisher im praktischen Teil der staatlichen Prüfung vorgesehene Durchführung einer Entbindung („Examensgeburt“) [i.O.m.H.] wird aus ethischen und praktischen Erwägungen durch geeignete Prüfungsformate ersetzt“ (Braun 2019). Das zeigt jedoch bereits, dass das Training von Skills nicht mehr nur auf handwerkliches Geschick begrenzt werden kann.

Die Vermittlung von Skills im Hebammenstudium kann in vielen Bereichen analog zum Medizinstudium betrachtet werden. Inhaltlich und thematisch sind viele Übungseinheiten ähnlich aufgebaut. Zaidi und Nasir nennen folgende Beispiele:

- das Üben von nichtinvasiven Untersuchungen, zum Beispiel die Kontrolle des Blutdrucks;
- das Verinnerlichen von Prozessen und Prozeduren;
- das Einüben von Labordiagnostik (Blutentnahmen, katheterisieren usw.);
- Kommunikationstraining parallel zu Übungseinheiten sowie als Kernthema (vgl. Zaidi/Nasir 2015: 96).

Im Rahmen des Medizinstudiums und von Gesundheitsberufsausbildungen wurde lange Zeit in der Anatomie und Pathologie sowie an Tieren geübt und/oder experimentiert. Museumsbesuche und Übungseinheiten, beispielsweise mit Plastinaten aus Wachs, ergänzten den Unterricht (Düring et al. 1999; Zaidi/Nasir 2015). Ende des 17. Jahrhunderts wurde das erste anatomische Modell aus farbigem Wachs von Gaetano Guilio Zumbo gefertigt (Düring et al. 1999: 11). Heute ist die Lernumgebung in den Skills- und Simulationslaboratorien an den Hochschulen der Berufsrealität nachempfunden (Lukat 2008: 46).

Die Ausstattung richtet sich nach den Fächern, die unterrichtet werden. Häufig gibt es in den Skills-Laboratorien Modelle und Materialien für Übungen, die nicht computeranimiert sind, im Simulationslabor aber häufig die Möglichkeit, komplexe und computeranimierte Szenarien darzustellen. In der Laborsituation können die agierenden Personen in Ton und/oder Bild zu Übungszwecken aufgezeichnet werden. Die Aufzeichnung kann sowohl live übertragen werden, so dass die Beobachter*innen prüfen können, ob die Handlungen oder das Gesagte zur Aufgabenstellung passen oder zur Reflexion genutzt werden. So haben auch die übenden Personen im Nachhinein die Möglichkeit, sich selbst zu kontrollieren. Beobachter und Lehrende können die Übenden durch Fensterscheiben zu beobachten. Zaidi und Nasir (2015) konstatieren: „The skill laboratories have all but changed the teaching scenario. A huge variety of equipment is available, beginning with very basic items such as BP monitors, ECGs, etc. and going on to highly advanced manikins. Actually, some of them bleed on demand; some even moan and groan on command“ (Zaidi/Nasir 2015: 95).

11.2 Lehr- und Lernmöglichkeiten

Zur Weitergabe des Hebammenwissens werden unterschiedliche Lehrarten herangezogen, die auch die verschiedenen Optionen zu lernen berücksichtigen.

Skills-Training

Skills-Training ist heute eine Lernform. Für die Ausbildung und Weiterentwicklung von Skills in der Hebammenarbeit hat sich ein Konzept bewährt, das an vielen Hochschulen etabliert wurde und auf dem Lehrkonzept und den methodischen Schritten des Cognitive Apprenticeship nach Allan Collins basiert (Collins et al. 1987).

Nachfolgend werden die Phasen und Schritte nach Nauerth beschrieben (s. Tab. 13).

Phasen und Schritte im Skillstraining

Ein mögliches Konzept zum Aufbau und Gebrauch von Skills-Einheiten wird in der Reihe „Skills für Hebammen“ der Berner Fachhochschule und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften beschrieben (ZHAW 2013, 2014, 2016, 2020). Die Lehre wird hier untergliedert in „Skills-Einheiten“ im Umfang von je ungefähr Lektionen á 45 Minuten (ZHAW 2020: 8). Die Übungseinheiten können je nach Erfordernis kombiniert und in

Tabelle 13: Phasen und Schritte im Skillstraining analog der Fachstelle Careum 2007. Darstellung adaptiert nach Nauerth (2008: 47)

Phase I: Orientierung	Zur Orientierungsphase gehören das Erkennen des Niveaus der letztendlichen Aneignung sowie die Schritte im Aneignungsprozess auf einem kognitiven Niveau. Der Ablauf der Übung kann zunächst (wenn vorhanden) im Trainingsfilm vergegenwärtigt werden.
Schritt 1: Individuelle Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktivieren und Überprüfen des Vorwissens ▪ Erkennen der wichtigsten Anteile und Aspekte der Skills, um eine Vorstellung über die Skills zu erhalten und im Trainingstreffen Fragen klären zu können
Phase II: Übung	In der Übungsphase werden die Skills demonstriert. Ebenso werden die kritischen Momente im Ablauf bewusst gemacht. Auch die Vorichtsmaßnahmen, die bei der Ausführung von Bedeutung sind, werden hier angesprochen. Anschließend erhalten die Studierenden die Gelegenheit, die Skills in reduzierten, simulierten oder in realen Situationen zu üben; sie werden so mit der Auswirkung ihrer Handlungen (Skills) in unterschiedlichen Situationen konfrontiert.
Schritt 1: Trainingstreffen, Demonstration durch Expertin, Erproben unter Anleitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstration der Skills, um den Ablauf und die Ausführungen der Skills zu erfassen ▪ Verdeutlichen von Schlüsselstellen und kritischen Momenten ▪ Möglichkeit, Fragen zu klären durch Skills-Trainer*in, Erproben unter Anleitung. Übergang vom kognitiven zum Handlungsschema, unterstützt durch das Üben und das Feedback
Schritt 2: Selbstständiges Üben.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Je nach Fachrichtung: Individuelles Üben im simulierten und reduzierten Rahmen an Simulationsmodellen bzw. Mitstudierenden ▪ Erproben, Trainieren und Festigen der Skills in unterschiedlichen Situationen, um sie auf andere Situationen übertragen zu können.
Schritt 3: Simulation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praxisnahes Üben und Festigen der Skills an Simulationspatient*innen und/oder Simulationsmodellen unter Integration von kognitiven, psychomotorischen, interaktiven und selbstregulierenden Fähigkeiten und Fertigkeiten ▪ Reflexion der Skills
Schritt 4: Fähigkeitstest	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beurteilung der erworbenen Skills anhand von Beobachtungen und Kriterien
Phase III: Beherrschung	In der Beherrschungsphase der Skills werden die Studierenden an das Können herangeführt. Hier spielen Rhythmus, Geschwindigkeit und Koordination von Teilfähigkeiten sowie die Durchführung in der Praxis auch unter vorkommenden Stresssituationen eine zentrale Rolle. Dies ist ein wichtiger Grund dafür, dass die Erprobung und Weiterentwicklung der Skills in der Praxis stattfinden.
Schritt 1: Erproben und Weiterentwickeln in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begleitetes Erproben und Weiterentwickeln der Skills bis zur Beherrschung ▪ Berücksichtigung von Rhythmus, Geschwindigkeit und Koordination der Durchführung der Skills unter den in der Praxis vorkommenden Stresssituationen

ihrer Reihenfolge verändert werden. Der Übungseinheit geht ein Vorwissentest voraus, um die „Wissensgrundlage“, die „für die Erarbeitung des Inhalts vorausgesetzt wird“, abzubilden (a.a.O.: 9). Den Übungseinheiten sind Ziele zugeordnet und das Vorgehen wird erklärt. Die zugehörigen Aufgabentypen sind entsprechend des Problem-based Learnings (PBL) strukturiert (a.a.O.: 8).

Problem-based Learning (PBL)

Das PBL wurde in Hamilton, Kanada, entwickelt: „In 1969, the medical school at McMaster University introduced a unique, hands-on approach to learning medicine called Problem-based Learning“. PBL wurde zum Sinnbild für einen praktischen Lernansatz in der Medizin. Während das Lernen in der Medizin zuvor in der Regel mit der Lösung von Problemstellungen, beispielsweise der Diagnosestellung, verbunden war, unterscheidet sich die PBL von der reinen Problemlösung. Das Problem dient vielmehr dazu, den Studierenden aufzuzeigen, wo sie selbst noch Lernbedarf sehen. Hierfür sollen sie das Problem verstehen, indem sie Informationen sammeln, zusammenführen, generieren und diese dann mit der Problemstellung in Verbindung bringen. Dabei sollen sie lernen, effektiv zu arbeiten. Unterstützung bekommen sie von anderen Lernenden sowie von Tutoren (McMaster University 2015).

Weber (2007) formuliert: „Das *Problem* [i.O.m.H.] ist kein Problem und hat nichts mit Defizitorientierung zu tun, sondern es handelt sich um einen Fall, ein Phänomen, einen Sachverhalt, eine Fragestellung, ein künstlerisches oder wissenschaftliches Projekt, ein Ziel, zu dem der Weg noch nicht bekannt ist, eine authentische Situation wie sie das Leben schreibt“. Die Studierenden werden vor eine Herausforderung gestellt, die ihren Wissensstand „übersteigt“, und sollen dadurch motiviert werden, eigenständig weiterzulernen, um das „Problem zu verstehen bzw. zu lösen“ (Weber 2007: 12). PBL ist ein „methodischer Weg“ um „selbstgesteuert, unter Einbezug des Vorwissens der Lernenden und der neuen und alten Medien, nachhaltig und transferwirksam“ zu lernen. PBL ist kontextsituiert und baut „auf den Prämissen der konstruktivistischen Lerntheorie und den Erkenntnissen der Neurowissenschaften und der kognitiven Psychologie“ auf. Im PBL können die „unterschiedlichen Bedürfnisse der Lernenden“, ihre „Heterogenität“, die Kompetenzorientierung und das „kollaborative Lernen“ berücksichtigt und entsprechend einbezogen werden. PBL zielt darauf ab, dass die „Mitglieder der Wissensgesellschaft [...] auf der Grundlage ihres Vorwissens neue Informationen verarbeiten, bewerten, interpretieren, in einen Kontext stellen und transferieren sowie kritisch-konstruktiv weiterentwickeln können (a.a.O.: 9). Zaidi und Nasir setzen sich kritisch mit PBL auseinander: „[...] PBL has moved forward in leaps and bounds. [...] Despite its great popularity, it is not universally accepted as the norm. Many controversies and questions still surround PBL“ (Zaidi/Nasir 2015: 79).

Folgende Vorteile des PBL im Labor sehen Zaidi und Nasir:

- studierendenzentrierter Weg der Bildung;
- Kleingruppen fördern aktives Lernen/Interaktivität/Teamarbeit;
- Erlernen von kritischem Denken und Entscheiden;
- fördert die Kontrolle von Emotionen/Einfühlungsvermögen;
- zeigt Wege auf, Haltungen und (ethische) Einstellungen zu überdenken;
- folgt dem Prinzip des lebenslangen Lernens (vgl. Zaidi/Nasir 2015: 79f.).

Die Nachteile des PBL im Labor beschreiben Zaidi und Nasir folgendermaßen:

- teuer in der Umsetzung;
- hoher Wartungsaufwand für die Modelle/Räumlichkeiten;
- erhöhter Platzaufwand an den Hochschulen/Fakultäten;
- Erfordernis von speziell geschultem Personal plus zusätzlicher, regelmäßiger Fort- und Weiterbildung;
- Zugang zu den Laboratorien kann immer nur einer vergleichsweise geringen Anzahl an Studierenden ermöglicht werden (hoher logistischer Aufwand/komplexe Lehrplanung);
- gegebenenfalls wird das Wissen nicht in einer ausreichenden Tiefe vermittelt;
- PBL ist nicht für alle Lernenden gleichermaßen geeignet (höhere Semester profitieren stärker) (vgl. Zaidi/Nasir 2015: 79f.).

Die Kritik ist berechtigt. In Ermangelung einer Alternative und somit überwiegen die Vorteile die Nachteile.

Aufgabentypen

Im Rahmen des PBL können folgende Aufgabentypen für den Erwerb von Skills für werdende Hebammen beschrieben werden:

- „Problemaufgabe: nach Erklärungen für Phänomene suchen
- Anwendungsaufgabe: Wissen anwenden und transferieren
- Diskussionsaufgabe: Meinungen begründet austauschen, Sachverhalte kritisch beurteilen
- Strategieaufgabe: Entscheidungen treffen, Strategien planen, Maßnahmen durchführen und evaluieren
- Verbalisierungsaufgabe: eine Handlung mittels Verbalisierung einstudieren
- Beherrschungsaufgabe: wichtige Skills bis zur Automatisierung üben
- Kompetenzaufgabe: mehrere Skills kombinieren, im Rollenspiel üben und zu einer Kompetenz aufbauen
- Einfühlungsaufgabe: sich eigener Emotionen, Haltungen und Einstellungen bewusst sein und sich in die Lage einer anderen Person hineinversetzen“ (ZHAW 2020: 8).

Von der Theorie zur Praxis

Der Theorie-Praxis-Bezug kann auf drei Ebenen beschrieben werden und wird hierfür in Teilschritte zerlegt. Die Kognition wird gefördert, indem zunächst theoretisches Wissen, das auf Basis von Literatur und theoretischem Unterricht erworben wurde, so lange verinnerlicht wird, bis es gewusst wird (Faktenwissen/*know*) und anhand von fallbasiertem Lernen, zum Beispiel mit Videos, in ein Handlungswissen (*know how*) übergegangen ist. Der Kognition folgt ein (verändertes) Verhalten, das in der Anwendung im Labor, beispielsweise im Rahmen von Simulationen oder Skills-Trainings, gezeigt wird (*show how*) und dann in der Realität, also im Betreuungskontext, angewendet werden kann (*do*). Während *know*, *know how* und *show how* dem Kompetenzerwerb und der Kompetenzsteigerung dienen, ist *do* die Stufe des Könnens. Zeigen sich in einer der Stufen Lücken, können diese durch Wiederholung der jeweiligen Stufen geschlossen werden (Kochs et al. 2008: 1281; s. Abbildung 9).

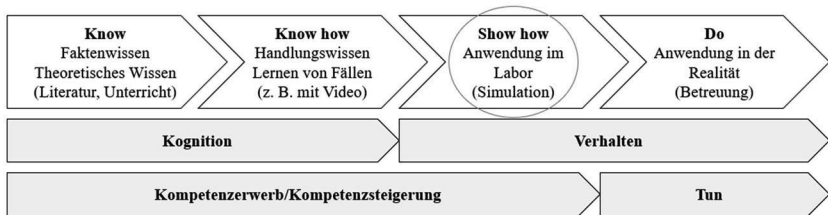


Abbildung 9: Von der Theorie zur Praxis. Modifizierte Darstellung nach Kochs et al. (2008: 1281)

Einführung in wesentliche Aspekte der Simulation

Skills-Training und Simulationstraining⁶⁵ verschmelzen heute zunehmend. Im Folgenden werden wesentliche Aspekte der Simulation vorgestellt.

Franz Kainer und Christoph Scholz definieren den Begriff der Simulation wie folgt: „[...] Simulation steht in der Medizin für eine authentische Darstellung von klinischen Situationen. Die Darstellung der klinischen Abläufe kann durch Schauspieler [sic] oder Simulatoren erfolgen. Als Raum kann ein [sic] reale, voll ausgestattete Intensivstation wie ein Kreißsaal vor Ort oder ein Besprechungsraum mit geringen Möglichkeiten dienen. Die Darstellung der klinischen Problemsituation wie Blutung, Herz-Kreislaufstillstand oder eine Geburt kann durch eine komplexe PC-gesteuerte high-fidelity-Simulation erfolgen oder mit einfachen Hilfsmethoden. Das Ziel der Simulation ist

65 Hier kann nur ein Überblick über das Simulations- und Skillstraining gegeben werden. Eine umfassende Darstellung der geburtshilflichen Simulation in der Hebammenausbildung findet sich z.B. bei Schönhardt (2017).

die Verbesserung des Managements in klinischen Notfallsituationen, dies kann mit beiden Methoden erreicht werden“ (Kainer/Scholz 2016b: 126). Zur Darstellung der medizinisch-klinischen Situation kommt auch die Abbildung der Arbeitssituation (Hackstein et al. 2016: 23). Christiane Schwarz führt aus: „In der Simulation werden durch eine Reihe von methodisch-didaktischen Ansätzen unterschiedliche Ziele verfolgt“. So ist in der berufspraktischen Ausbildung von WeHen ein fließender Übergang zu sehen zwischen dem Training handwerklicher Fertigkeiten und den Fähigkeiten in Form des Skills-Trainings, beispielsweise am geburtshilflichen Phantom und dem „Erlernen und Ausführen von ganzen Handlungsabläufen mithilfe von Manikins“ (Schwarz 2016: 53).

Simulationstypen und Simulationspersonen

Während manche Aufgabenstellungen im Skills-Labor vollständig mit künstlichen Modellen oder Materialien abgearbeitet werden können, sehen komplexere Übungseinheiten die Einbindung von Schauspieler*innen, also Simulationspersonen vor. „Simulierte Patienten brachte erstmals im Jahr 1963 der 2011 verstorbene Neurologe Howard Borrows in den Unterricht“ (Schnabel 2013: 116). Um spezielle Aufgabenstellungen und Übungen ermöglichen zu können oder diese realistischer wirken zu lassen, kann der Einsatz von Simulationspersonen in Kombination mit Modellen erforderlich werden (siehe Abbildung 10).



Abbildung 10: Beispiel eines geburtshilflichen Modells in Kombination mit einer Simulationsperson. Bildnachweise: Lena Nagengast.

Nauerth (2008) apostrophiert, dass in die Kompetenzbeurteilung von Lernenden bei Tätigkeiten und Handlungen an menschlichen Simulationspatient*innen die Empfindungen Letztgenannter bei den Übungseinheiten in die Beurteilung einbezogen werden. Nach Nauerth kann dies als Vorteil gegenüber reinen Computersimulationen gesehen werden. Die Simulationspatient*innen können anhand von „rating scales das Verhalten der Lernenden (z.B. Kommunikationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Empathie) sowie die Durchführung der Maßnahme an sich beurteilen“. Das setzt jedoch voraus, dass die Simulationspatient*innen zuvor selbst für ihre Aufgabe geschult wurden (vgl. Nauerth 2008: 51).

Unter geburtshilflichen *low-fidelity*-Simulationen werden Übungen mit Simulatoren, Phantomen oder Manikins (also möglichst lebensecht gestaltete Puppen mit Spezialfunktionen) verstanden, wie zum Beispiel „MamaBirthie“ von Laerdal (Laerdal 2021).

Diese Simulatoren zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- Sie funktionieren mechanisch, nicht elektrisch.
- Simulationspatient*innen sind nötig.
- Sie verfügen über Vorrichtungen, um von Simulationspatient*innen angelegt werden zu können.
- Sie sind vergleichsweise kostengünstig in Anschaffung und Unterhalt.
- Sie sind einfach in der Benutzung, überall einsetzbar und leicht zu transportieren.
- Sie ermöglichen es, viele geburtshilfliche Situationen und Prozesse darzustellen.
- Sie haben sich als praktisch in der Anwendung für die Ausbildung erwiesen.
- Studierende können sie nach einer Einweisung selbst handhaben und miteinander üben (Schwarz 2016: 54f.; Fillenberg/Wehrstedt 2019).

Unter geburtshilflichen *high-fidelity*-Simulationen werden computerunterstützte Simulationen verstanden. Mit dem Begriff Simulator werden künstliche Patient*innen oder Teilbereiche, zum Beispiel in Form eines Phantoms, bezeichnet (vgl. Kainer/Scholz 2016b: 127). Die *high-fidelity*-Simulation weist folgende Merkmale auf:

- Manikins funktionieren eigenständig (mittels Robotik);
- sehr teuer in Anschaffung und Unterhalt;
- nur mit Elektronik/PC einsetzbar;
- kompliziert in der Benutzung, Schulung ist nötig, umständlich zu transportieren;
- komplexe Szenarien programmierbar;
- gut für die Schulung von Teams;
- Studierende können nicht allein üben (Fillenberg/Wehrstedt 2019).

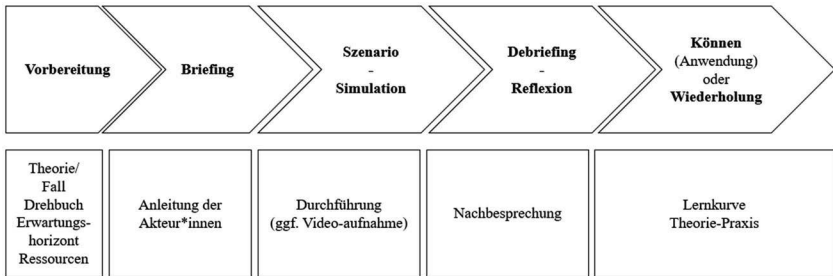


Abbildung 11: Ablaufschema der Simulation. Eigene Darstellung nach Fichtner (2013: 106ff.) und Kainer et al. (2016: 71ff.)

Unter Hybridsimulationen wird eine Kombination von *low-fidelity*- und *high-fidelity*-Simulationen verstanden. Eine Simulation kann mit Schauspieler*innen beginnen, zum Beispiel für die Erhebung der Anamnese und die Begleitung durch die Eröffnungsphase, und endet dann in einem Notkaiserschnitt an der computersimulierten Manikin (Kainer/Scholz 2016b: 125).

In-situ-Simulationen finden direkt am Arbeitsplatz, mit mobilen Simulatoren statt (Rall 2013b: 194). Die Simulation selbst läuft nach dem immer gleichen Schema ab. Zu jeder Simulation gehört die Phase der Vorbereitung, in der die theoretische Fundierung und das Fallbeispiel geklärt werden.⁶⁶ Auf dieser Basis wird ein Drehbuch entwickelt sowie die personellen und materiellen Ressourcen geplant und vorbereitet. Am Simulationstag werden alle beteiligten Personen in Form eines Briefings angeleitet. Hierzu zählen Instruktor*innen und Teilnehmer*innen. Dem Briefing folgt die Durchführung der Simulation anhand des Drehbuchs. Die Akteure werden dabei von Beobachter*innen begleitet und/oder gefilmt. Sobald die Simulation beendet ist, werden die Akteure in Form des Debriefings um Reflexion gebeten und ihre Stärken, Schwächen und mögliche Fehler besprochen. Die Übung kann theoretisch so lange wiederholt werden, bis die lernenden Personen ihr Ziel erreicht haben. Unbestritten ist, dass sich der Theorie-Praxis-Bezug der Simulationen zugunsten der Lernkurve auswirkt (Kainer/Scholz 2016b: 71f.; Meyer 2013: 61; Svellingen et al. 2021: 380). In Abbildung 11 ist dieser schematisierte Ablauf dargestellt.

Kainer und Scholz schreiben, verantwortlich für die Planung und Durchführung des Trainings sind speziell geschulte Instruktor*innen. Des Weiteren übernehmen sie die Bereitstellung der Ressourcen und die „Leitung einer zielführenden Nachbesprechung (Debriefing)“ (Kainer/Scholz 2016b: 125). Beobachter*innen sind während der Simulation in der Regel in einem separa-

66 Da Fehlentscheidungen und/oder fehlerhafte Handlungen zu Tage treten können und offen kommuniziert werden müssen, sollten sämtliche Teilnehmer*innen Verschwiegenheitserklärungen unterzeichnen (vgl. Kainer/Scholz 2016b: 127).

ten Raum mit Live-Videübertragung. Welchen Platz und welche Rolle die Beobachter*innen in der Simulation einnehmen, muss im Vorfeld fixiert werden, so dass die Nachbesprechung reibungslos verlaufen kann. Teilnehmer*innen sitzen auf dem *hot seat*, da sie „aktiv in den Ablauf des Szenarios eingebunden“ sind (Kainer/Scholz 2016b: 126).

Die Vor- und Nachteile von Simulationen sollen hier nicht ausführlich diskutiert werden, aber Erwähnung finden, denn sie können sich auf die Lerneffekte auswirken. Svellingen et al. (2021) untersuchten die Lerneffekte von Simulationstrainings am Beispiel der Pflege in Bezug auf Dauer und Häufigkeiten der Trainings. Die Autor*innen geben zu bedenken, dass die Entwicklung und Durchführung von Simulationstrainings für Pflegestudierende stets mit einem hohen personellen und materiellen Ressourcenaufwand verbunden ist (Svellingen et al. 2021: 380). Ihre Ergebnisse beziehen sich auf *nursing students*. Als *nursing students* werden dabei in einigen Ländern auch Hebammenstudierende bezeichnet. Allerdings scheint es auf Basis der Studienlage und der deutlichen Unterschiede der Lehrmethoden derzeit nicht möglich zu sein anzugeben, wie viele Simulationstrainings mindestens bzw. wie viele Trainings insgesamt durchgeführt werden müssen, um die bestmöglichen Trainingseffekte zu (a.a.O.: 392).

Schwarz hebt positiv hervor, dass sich Hebammen und WeHen selbst anhand von strukturierten Fallbesprechungen in die Entwicklung von Übungen einbringen können. Während der Praxisphasen verschriftlichen sie interessante Situationen und bearbeiten diese als verschriftlichte Fallreflexionen. Schwarz regt an, die Studierenden auf Basis ihrer Fallreflexionen Szenarien entwickeln zu lassen. Sie schreibt: „Im Anschluss an die Praxisphasen können im Seminar an der Schule oder Hochschule diese Situationen als Hybridsimulation nachgespielt und in einer gemeinsamen, moderierten Fallbesprechung nachbereitet werden. Für mögliche erlebte Konfliktsituationen können Lösungsstrategien entwickelt und diskutiert werden“ (Schwarz 2016: 53). Dass die Simulationstrainings weltweit von Land zu Land, sowie auch innerhalb Deutschlands, von Klinik zu Klinik oder (Hoch-)Schule zu (Hoch-)Schule variieren, liegt daran, dass Kursmaterial nicht einfach und/oder immer überall gleichermaßen verwendet werden kann. Das hat organisatorische, strukturelle, kulturelle, aber auch forensische Gründe, wie beispielsweise der Geltungsbereich von Standards oder Leitlinien, die personelle und materielle Ausstattung (von Kliniken), die Inhalte der Curricula⁶⁷ usw. (vgl. Kaisenberg 2018: xvii). Jede Simulation hat zudem ihre eigene Grenze, denn die Situation ist konstruiert. Obwohl in der Simulation von für Menschenleben riskanten Situationen Stress, Druck und Angst vor fatalen Folgen entstehen, sind diese in der Realität um ein Vielfaches höher und können das rationale Denkvermögen beeinträchtigen. Es ist auch nicht jeder Fall vorhersehbar und

67 Curricula regeln den Verlauf von Studiengängen.

damit als Szenarium durchspielbar. Zudem können zwischenmenschliche Beziehungen auch im Rahmen einer professionellen Beziehungsebene nicht über Technik kompensiert und erlernt werden. Intuition bildet sich erst durch häufige Erfahrungen in realen Situationen aus, sie gehört zum Erfahrungswissen, das häufig auch mit Leiblichkeit einhergeht (vgl. Kap. 10). Daher können Simulationen die Realität nie ganz ersetzen (Fillenberg/Wehrstedt 2019; Grady et al. 2008; Mole/McLafferty 2004; Wilson et al. 2016).

Mit dem Unterricht im Simulationslabor soll eine Verhaltensänderung induziert werden. Im Szenarium sollen unter Einbeziehung der persönlichen Situation der zu betreuenden Frau sowie der Kontextsituation, die am Szenarium Teilnehmenden die gestellte Betreuungssituation möglichst erfolgreich absolvieren können. Dies kann nicht gelingen, wenn der Situationskontext und der individuelle Kontext der Handelnden auseinanderlaufen.

Es ist daher relevant, dass die Subjekte auf der selben Ebenen kommunizieren und dabei gleichermaßen über

- das Sachverständnis
- das Selbstverständnis
- das Fremdverständnis
- das Beziehungsverständnis
- die Handlungserwartungen
- die Bedeutsamkeit für das Handeln (vgl. Macke et al. 2016: 48)

verfügen.

Die Umsetzung der Lehre im Szenarium kann also nur funktionieren, wenn die Teilnehmenden geführt werden. Der Lerneffekt stellt sich früher ein, wenn die Teilnehmenden die Übungen stufenweise vermittelt bekommen. Anfänger*innen fühlen sich durch komplexe, für sie nicht zu bewältigende Situationen in der Regel überfordert. Das ist demotivierend, erzeugt Druck und wirkt verängstigend. Es muss entsprechend zulässig sein, das zu Erwartende zu kommunizieren. Je weniger die Anfänger*innen können, desto besser müssen sie eingeführt werden, beispielsweise bei einer Simulation einer Uterusruptur⁶⁸ mit Sätzen wie: „Nach 10 Minuten werden Sie bemerken, dass sich die Situation für die Frau dramatisch verschlechtert. Versuchen Sie auch daran zu denken, den Bauch der Frau genau zu betrachten und abzutasten, bevor Sie weitere Schritte planen.“ Das Debriefing muss wertschätzend erfolgen. Fehler zu machen, ist menschlich und daher erlaubt. In der Simulation ist somit auch das Lernen aus Fehlern ein Ziel. Der Lernerfolg der Studierenden setzt demnach nicht nur deren individuellen Kompetenzen voraus, sondern auch das kompetente didaktische Handeln der Lehrenden. Je besser und passgenauer Briefing und Debriefing auf das individuelle Niveau des Lernenden zugeschnitten werden, desto größer ist der Lerneffekt.

68 Uterusruptur: Zerreißen der Gebärmutterwand.

Schwarz nutzt „HerView“, eine patient*innenzentrierte Form, im Debriefing. Simulationspatient*innen tragen eine Webcam auf dem Kopf, während die Simulation läuft. An das Standarddebriefing wird dann noch speziell die Perspektive der Simulationspatient*innen ausgewertet. Es hat sich erwiesen, dass dies die Sensibilität des geburtshilflichen Teams im Umgang mit der Frau, auch in Notfallsituationen, erhöht (Schwarz 2016: 55).

Szenarien

In der Medizin kann ein Szenario wie folgt beschrieben werden: „Ein Szenario ist ein konstruiertes Modell, um Zusammenhänge von realitätsnahen klinischen Abläufen in Ruhe studieren zu können“ (Kainer/Scholz 2016b: 126). Die Lehre auf Basis von Szenarien sowie die Kombination verschiedener Methoden sind somit nicht auf ein Fachgebiet, eine Variante, einen Einsatzbereich oder eine Zielsetzung beschränkt, wie folgende Beispiele zeigen:

- *Management kritischer Ereignisse/Freude am Lernen/Zuwachs an Selbstsicherheit:* An der Edith Cowan University in Perth (Australien) beschäftigten sich J. Mould et al. mit Simulationen in der Ausbildung von Bachelorstudierenden im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Geburtshilfe. Sie evaluierten insgesamt 27 verschiedene Szenarien, die lebensecht gestaltet worden waren. Sie konstatierten, die Szenariotechnik sei gut geeignet, um das Management von kritischen Ereignissen bei den Studierenden einzuüben, da sich die Selbstsicherheit erhöhe und die Studierenden Freude am Lernen zeigten (Mould et al. 2011).
- *Optimierung von zeitkritischen Organisationsabläufen:* Ruth Endacott et al. erforschten an der Universitätsklinik der Queensland University und einem Kreiskrankenhaus in Victoria (Australien), wie sich die Zusammenarbeit von Studierenden und examinieren Pflegekräften in der Versorgung von Patient*innen, deren Zustand sich zunehmend verschlechterte, optimieren ließ. Da diese Versorgung zeitkritisch ist, sollten Methoden getestet werden, um die Ausbildung und Erfahrung in der Behandlung zu optimieren. Hierfür wurden drei Szenarien simuliert, an denen 97 Studierende der Gesundheits- und Krankenpflege, davon 44 bereits Examinierte, in Teams teilnahmen. Auch hier stellte sich die Szenariotechnik als zielführend und wirkungsvoll dar. Insbesondere die Personen, die noch weniger Erfahrung hatten, profitierten am meisten von dieser Lehrmethode (Endacott et al. 2015).
- *Abgrenzung von physiologischen und pathologischen (Geburts-)verläufen/Notfalltraining/Kommunikation/interprofessionelle Kompetenz/patient*innenorientierte Pflege:* An der University of California, San Francisco (USA) prüften Jenna Shaw-Battista et al. das Design und die Implementierung von Geburtssimulationen im Rahmen des Ausbildungsprogramms für Krankenschwestern und Hebammen in den Lehrplan, der

stetig weiterentwickelt wird. Das vorrangige Ziel der technologiebasierten Simulationen von normalen physiologischen Geburten und geburtshilflichen Notfällen bestand darin, die Lernenden in interdisziplinären Settings dabei zu unterstützen, interprofessionelle Kompetenzen zu entwickeln. Diese bezogen sich auf Kommunikation, Teamarbeit und patient*innenorientierte Pflege. Diese Vielfalt der Teilnehmertypen und Lernniveaus brachte, neben zahlreichen anderen theoretischen und logistischen Überlegungen, Vorteile und Herausforderungen für ein effektives szenario-basiertes Simulationsdesign mit sich. Best Practices in der Simulationsentwicklung und -implementierung wurden einbezogen. Als vorteilhaft stellte sich die Genauigkeit dar, mit der die Szenarien an die tatsächlichen Bedarfe angepasst werden konnten. So können die Lehrinhalte fortlaufend optimiert werden (Shaw-Battista et al. 2015).

- *Ortswechsel/außerklinische Geburt/Selbsteinschätzung Studierender in interdisziplinären Teams:* Auch Gayle McLelland et al. untersuchten an der Monash University (Australien), wie sich die Zusammenarbeit von noch nicht examinieren Studierenden im letzten Jahr der Ausbildung in interdisziplinären Teams durch Szenariotechniken hinsichtlich der Selbsteinschätzung und dem klinischen Wissen verbessern ließ, wenn die Geburt außerhalb einer geburtshilflichen Station (Kreißsaal) an einem ungeplanten Ort stattfindet. Zudem wurde untersucht, wie zufrieden die Studierenden mit der neu entwickelten, interdisziplinär ausgerichteten Simulation waren. Auch wenn die Stichprobe mit 24 Teilnehmenden vergleichsweise klein war, kamen die Forschenden zu dem Schluss, dass diese Unterrichtsmethode zielführend sei. Zudem zeigten sich die Teilnehmenden sehr zufrieden (McLelland et al. 2017).

Für Übungszwecke kann inzwischen, besonders auch für Team- und Notfallübungen in der Geburtshilfe, auf viele verschriftlichte Szenarien zurückgegriffen werden (vgl. Kainer/Scholz 2016b: 9ff.; Kaisenberg 2018).

Fehler und Human Factors

2000 veröffentlichten Kohn et al. „To err is human. Building a safer health system“. Schätzungen zufolge starben bis 2000 in den USA bis zu 98.000 Menschen durch Behandlungsfehler in Krankenhäusern (a.a.O.: 1). Durch die +„Umgang mit Fehlern“ in der Medizin zu schaffen (Kainer/Scholz 2016a: 1). Fehler unterlaufen allen Menschen. Den Fehlern liegen die sogenannten Human Factors zugrunde. Dies „sind alle physischen, psychischen und sozialen Charakteristika des Menschen, insofern sie das Handeln in und mit sozio-technischen Systemen beeinflussen oder von diesen beeinflusst werden. Dabei geht es um Individuen, Gruppen und Organisationen“ (Badke-Schaub et al. 2012b: 4). Darüber hinaus wird unter Human Factors auch „eine interdisziplinäre Forschungsrichtung“ verstanden, „die zum einen Grundlagen-

forschung realisiert mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns über Menschen als Ressource und begrenzendem Faktor im System Mensch und Technik. Zum anderen ist Human Factors eine angewandte Wissenschaft, die Anwendungswissen für Problemlösungen in der Praxis bereitstellt“ (Badke-Schaub et al. 2012b: 7).

Die Forschenden verfolgen dabei insbesondere folgende Ziele:

- Vermeidung/Verhinderung negativer Folgen der Mensch-Technik-Interaktion;
- Gewährleistung des Wohlbefindens der Handelnden;
- Verbesserung der Sicherheit und Funktionsfähigkeit des Systems (ebd.).

Für Entscheidungen und Handlungen spielt der Faktor Mensch eine essenzielle Rolle. Hierbei kommen insbesondere seine kognitiven und interpersonellen Fähigkeiten zum Tragen. Der Großteil der Behandlungsfehler gründet nach Pateisky in den *non-technical skills*. Hierbei handelt es sich um kognitive und interpersonelle Fähigkeiten (Pateisky 2016: 32ff.). Menschen fürchten sich vor nichts mehr als vor Fehlern (Stelzer 2021). Zugleich sind Fehler die Regel und nicht die Ausnahme, sie kommen häufig vor und können immense Schäden verursachen. Je mehr Verantwortung Menschen tragen, desto gravierender können sich ihre Fehler auswirken. Es ist unmöglich, Fehler bewusst zu vermeiden, Fehler passieren unbeabsichtigt. Fehlerprävention geht nur systematisch (Pateisky 2016: 32ff.). Winfried Hacker und Rüdiger von der Weth erklären, dass Fehler immer erst rückwirkend als solche erkannt werden können (Hacker/Weth 2012: 92). Nach Scholz und Manser sieht sich die Geburtshilfe daher mit einem Problem konfrontiert: „Geburtshilfliche Schadensfälle sind selten, ruinieren aber Lebensentwürfe und Sozialstrukturen in ganz grundlegender Art und Weise. Kleine Eintrittswahrscheinlichkeiten bei gleichzeitig extrem hohem Schadenspotential; Dies [sic] ist das Risikomuster, das die Geburtshilfe prägt [i.O.m.H.]“ (Scholz/Manser 2016: 27). Handlungsfehler können aufgrund verschiedenster Ursachen passieren. Fehlendes Wissen oder Flüchtigkeitsfehler müssen nicht immer ursächlich sein. Nachfolgend werden weitere Möglichkeiten aufgezählt.

Nach Schaub (2012) nehmen gesunde Menschen mit allen Sinnen wahr:

- „Auditives System: Hören
- Taktils System: Oberflächensensibilität
- Vestibuläres System: Lagewahrnehmung
- Kinästhetisches System: Tiefensensibilität
- Chemische Systeme: Riechen und Schmecken.“

Trägt Menschen ihre Wahrnehmung, können Wahrnehmungsfehler entstehen (Schaub 2012: 66). Die fehlerhafte Wahrnehmung kann zur fehlerhaften Bewertung einer Situation führen und somit zu Bewertungsfehlern (a.a.O.: 65). Denk- und Entscheidungsfehler schließen Managementfehler (a.a.O.: 73),

Informationsverarbeitungsprozessfehler wie zum Beispiel Einheitenfehler (a.a.O.: 68) oder Ausführungsfehler (riskante Handlungen) ein (Hacker/Weth 2012: 93). Problematisch können auch Fixierungsfehler⁶⁹, also beispielsweise das Festhalten an einer Fehldiagnose, werden, da sie in der Regel Zeit kosten (Schwarz/Gruber 2020: 760). Daher werden besonders Kommunikation, Interaktion und Handeln sowie ein klares Bewusstsein für die Situation in der Simulation trainiert.

Giddens verknüpft subjektivistische und objektivistische Theorien in Bezug auf die Praxis und das Handeln (Giddens 1997, 2000; vgl. Knoblauch 2014: 281). Das „Handeln und Wissen, bzw. Bewusstsein sind unmittelbar aufeinander bezogen“ (Knoblauch 2014: 281). Den Ebenen des Handelns können dabei die „Motivation des Handelnden“, die „Rationalisierung des Handelns“ sowie die „reflexive Steuerung des Handelns“ zugeordnet werden. Auf der Bewusstseinssebene werden die „unbewussten Motive und Kognition“, sowie die *knowledgeability*, also das „praktische Bewusstsein“ und das „diskursive Bewusstsein“, unterschieden (vgl. Knoblauch 2014, S. 281). Das praktische Wissen speist sich dabei aus dem „praktischen Bewusstsein [i.O.m.H.]“ und ist für die Problemlösung erforderlich. Hierzu zählt auch das Wissen, das sich Personen teilen, die „eine bestimmte soziale Handlung ausführen“ (a.a.O.: 282).

Nach Macke et al. (2016) vermögen sowohl die Studierenden als auch die Lehrenden nur dann kompetent zu handeln, „wenn sie in einer Handlungssituation, in der es im allgemeinen mehrere Handlungsoptionen gibt [...], ihr Können, Dürfen, Wollen und Sollen/Müssen als zentrale Aspekte ihres Handelns“ reflektieren „und ihre Entscheidung für eine der Handlungsoptionen auf dieser Grundlage [...] begründen“ können. Denn um zu (be-)handeln bedarf es Wissen, aber auch zum Beispiel der „Berechtigung“, handeln zu dürfen, der „Bereitschaft“, sich den Anforderungen zu stellen (auch in Bezug auf die eigenen Werte), oder der „Verpflichtung“, handeln zu müssen (vgl. Macke et al. 2016: 67). In der Medizin wird häufig in Teams gearbeitet. In der Teamarbeit fokussiert dabei jede Berufsgruppe zunächst auf die Umsetzung der ihrer Meinung nach relevanten Tätigkeiten und „spezifischen Aufgaben“ (Kainer/Scholz 2016b: 125). Neben dem Wissen und Handeln spielen in der Simulation daher die Kommunikation und die Interaktion eine wesentliche Rolle. Dabei sind alle hier bereits genannten Aspekte miteinander verzahnt und können aus der jeweiligen Perspektive der an der Simulation beteiligten Personen betrachtet werden. Macke et al. schreiben: „Interagieren (miteinander tätig sein) und Kommunizieren (miteinander reden) unterscheiden sich im Wechselspiel von Handeln und Information allein durch die

69 In Extremsituationen „scheint ein Merkmal die fatalen Entscheidungen zu dominieren, und zwar die Überwertigkeit des aktuellen Motivs [...]; diese Motivationslage reduziert die Neigung zu sicherem Handeln. Diese Fixierung ist verbunden mit einer Ausblendung aller Informationen, die diesem Ziel widersprechen“ (Badke-Schaub et al. 2012a: 134).

Funktion, die die Information dabei erfüllt: Beim Miteinander-Tätigsein nutzen wir Information dazu, die Tätigkeiten zu koordinieren; beim Miteinander-Reden dient das Tätigsein dazu, Informationen zu erzeugen und sich über die wechselseitig erzeugte Information zu verständigen. Beide Seiten der Medaille geben den Beteiligten Rückmeldung darüber, wie sie ihr gemeinsames Handeln erlebt haben“ (Macke et al. 2016: 50).

Interaktion und Kommunikation sind hochkomplexe Prozesse. Meggle (2016) schreibt hierzu: „Wer einen Kommunikationsversuch versteht, weiß natürlich mehr [i.O.m.H.], als wer lediglich ein einfaches (im Sinne von: nicht-kommunikatives) instrumentelles Handeln versteht: Er kennt nicht nur ein bestimmtes (nämlich: das primäre Kommunikations-) Ziel des Handelnden; er weiß auch, daß der Handelnde dieses Ziel auf eine ganz bestimmte Art und Weise erreichen zu können glaubt: nämlich per Kommunikation (durch absolut offenes Zu-Erkennen-Geben, was er will)“. Trotzdem kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht davon ausgegangen werden, dass die Kommunikationsabsichten des Senders und des Empfängers deckungsgleich sind und das daraus resultierende Handeln das beabsichtigte war (Meggle 2016: 494). Im Skills- und Simulations-Training wird daher, wie Kaisenberg erläutert, die Kommunikation so geübt, wie sie für die interdisziplinäre Zusammenarbeit benötigt wird: Neben dem „Transfer von Information und dem Teilen von Inhalten“ ist das „Ziel der Kommunikation zu bestätigen oder klarzustellen, dass Information angekommen ist“ (vgl. Kaisenberg 2018: 4). Da die Kommunikation „unter Stress häufig eingeschränkt“ ist, werden im Labor „effektive Techniken“ vermittelt, wie damit umgegangen werden kann (ebd.). Um im Arbeitskontext sicher handeln zu können, ist die gelingende Kommunikation zentral. Je mehr eine Person erfragt und (kritisch) hinterfragt, desto mehr Wissen baut sie auf und kann zunehmend planvoller agieren und kommunizieren (Badke-Schaub 2012: 127).

Kaisenberg führt aus, dass relevante Nachrichten stets klar, „kurz und bündig“ formuliert und ausgesprochen werden müssen. Dies gilt insbesondere für Notfallsituationen oder Situationen, die schnelles und fehlerfreies Handeln erfordern. Hierfür eignet sich das sogenannte SBAR- Schema: Situation, Background, Assessment, Recommendation, Response (vgl. Kaisenberg 2018: 4).

Schwarz (2020) modifiziert und das erweiterte SBAR-Schema nach Dossow und Zwißler⁷⁰ für die Geburtshilfe:

S = Situation:	Angaben zur Person, Geschlecht, Diagnose, bisheriger Geburtsverlauf: Was ist los?
B = Background/Hintergrund:	relevante Angaben zur Anamnese: Was wurde bisher gemacht?
A = Assessment/aktuelle Lage:	konkreter, klinischer Befund (Labor): Was wurde bis jetzt verabreicht?
R = Recommendation/Empfehlung:	Ärztin*in informieren, weitere Infusionen: Was vermuten wir? Was könnte es noch sein? Was tun wir? Wer macht was? (Schwarz/Gruber 2020: 760).

Die Rückkoppelung (*response*) ist dabei besonders wichtig, um in Erfahrung bringen zu können, ob die Information richtig angekommen ist. In Extremsituationen besteht die Gefahr, dass ein Befehl schnell befolgt werden muss, aber aufgrund der Stresssituation vermeintlich keine Zeit für die Rückkoppelung bleibt (Badke-Schaub 2012: 127). „Nachfragen hilft, diese Fehler zu vermeiden“ (Rall 2013a: 144). Veranschaulicht wird dies in Abbildung 12.

In „Soziale Systeme“ beschreibt Luhmann, wie Kommunikation und die Erwartung von Verhalten zusammenhängen. In der Interaktion haben Menschen auch Erwartungen darüber, was das Gegenüber erwarten könnte; sie haben nach Luhmann also eine Erwartungserwartung (vgl. Luhmann 1984, 2017: 131; vgl. Hohm 2006: 136f.). Diese ist für das gemeinsame Handeln wesentlich, denn sobald Handlungen nicht aufeinander abgestimmt ablaufen können, weil die Kommunikation misslingt, birgt das Gefahren (Badke-Schaub 2012: 127). Um sichergehen zu können, bedarf es neben der Kommunikation also auch der Koordination (ebd.) sowie klarer Vorgaben für das Handeln (Kainer/Scholz 2016b: 125). Zudem ist wesentlich, dass Personen mit Entscheidungskompetenz die Führungsrolle ausfüllen können, indem sie klare Anweisungen geben und in ihrer Rolle als Leader akzeptiert werden (a.a.O.: 125f.). Leader müssen delegieren können und sich vor der Handlung die Bestätigung geben lassen, dass die Information richtig angekommen ist (Kaisenberg 2018: 6).

Dennoch fällt es Menschen schwer, Fehler zuzugeben. Stelzer (2021) schreibt, dass sich in der Luftfahrt gezeigt hat, dass das anonyme Melden von Fehlern, ohne Sanktionen befürchten zu müssen, deutliche Vorteile in der

70 Siehe hierzu die Empfehlung der DGAI zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR-Konzept von Dossow/Zwißler (2016).

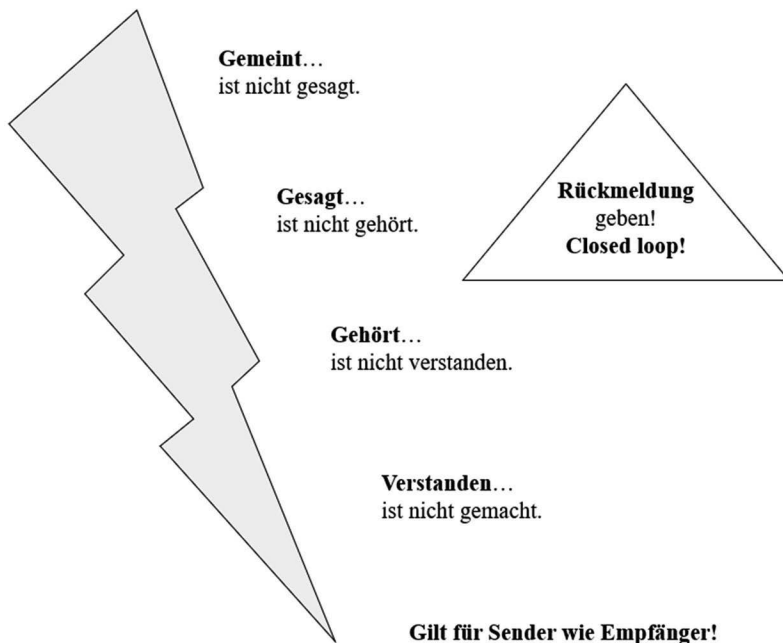


Abbildung 12: Closed loop-Kommunikation nach Rall (2013a: 144)

Vermeidung künftiger Fehler mit sich bringt. Es ist Teil des Aviation Safety Reporting System, mittels dessen bereits „mehr als 600.000 Berichte von Zwischenfällen gesammelt“ werden konnten und somit die Flugsicherheit deutlich verbessert wurde. Da sich dieses System bewährt hat, wurde es im Medizinbetriebe Hunderter Kliniken übernommen (ebd.).

Kommunikation ist ein wesentlicher Teil des Hebammenstudiums und muss daher auch die situationsabhängige, zwischenmenschliche Komponente abdecken, die allerdings nur teilweise im Simulationslabor eingeübt werden kann. Zudem unterscheiden sich die Arbeitsformen von Hebammen und die Arbeitsbereiche. Hausgeburtshebammen arbeiten häufig allein und müssen in der Lage sein, die Familie oder andere Personen, die bei Geburten anwesend sind, einzubeziehen und dennoch die Lead-Funktion zu beherrschen.

Für die Kommunikation und das sichere Handeln ist daher stets auch das Bewusstsein für die jeweilige Situation (Situationsbewusstsein, *situational awareness*) relevant. Schaub (2012) definiert das Situationsbewusstsein als „Trias“ aus „Wahrnehmung“, „Interpretation“ und „Prognose von Systemzuständen“. Er erklärt, dass Akteur*innen die „Aspekte einer Situation korrekt wahrnehmen, zutreffend interpretieren und daraus adäquate Handlungen

generieren“ können müssen, um sicher handeln zu können. Die Aspekte einer Situation können dabei „Personen, technische Einrichtungen, Nachrichten oder generell Informationen und Merkmale soziotechnischer Systeme sein“. Hierbei reicht es aber nicht aus, die „Merkmale [...] wahrzunehmen“, sondern sie müssen auch in ihrer „Bedeutung“ verstanden und kognitiv so verarbeitet werden können, dass sie für die Handlung oder die Zielerreichung umgesetzt werden können. Daher müssen auch potenzielle „Veränderungen“ sowie „Prognosen über die Entwicklung der Situation und die zukünftigen Zustände der Elemente des soziotechnischen Systems“ berücksichtigt werden (Schaub 2012: 64). Kaisenberg fasst dies als „Wahrnehmen, Verstehen und Vorausdenken“ zusammen (Kaisenberg 2018: 8f.).

Ob Hebammen mit der Frau und ihrer Familie oder eingebettet in ein geburtshilfliches Team und eine feste Organisationsstruktur arbeiten – in jedem Fall müssen Hebammen auch unvorhersehbare Situationen managen können. Hierfür hat sich ein System, das für die Anästhesie entwickelt wurde, bewährt. Gaba überführte Leitsätze aus der Raumfahrt auf die Medizin. Gemeinsam mit Rall entwickelte er daraus Crew-Ressource-Management-Leitsätze (CRM) für die Medizin, die nachfolgend aufgeführt sind (Rall 2013a: 141):

1. Kenne deine Arbeitsumgebung.
2. Antizipiere und plane voraus.
3. Fordere Hilfe lieber früh als spät an.
4. Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied mit Beharrlichkeit⁷¹.
5. Verteile die Arbeitsbelastung (10-Sekunden-für-10-Minuten)⁷².
6. Mobilisiere alle verfügbaren Ressourcen (Personen und Technik).
7. Kommuniziere sicher und effektiv – sag, was dich bewegt.
8. Beachte und verwende alle vorhandenen Informationen.
9. Verhindere und erkenne Fixierungsfehler.
10. Habe Zweifel und überprüfe genau.
11. Verwende Merkhilfen und schlage nach.
12. Reevaluiere die Situation immer wieder (wende das 10-für-10-Prinzip an)⁷³.
13. Achte auf gute Teamarbeit (andere unterstützen und sich koordinieren)⁷⁴.
14. Lenke deine Aufmerksamkeit bewusst.
15. Setze deine Prioritäten dynamisch Rall (2013a: 141).

71 D.h. z.B., dass bei Unklarheiten nachgefragt werden muss, bis diese geklärt sind.

72 Damit ist gemeint, dass 10 Sekunden Zeit eingeplant werden müssen, um die Arbeit für die nächsten 10 Minuten auf die Teammitglieder zu verteilen.

73 10-für-10-Prinzip: 10 Sekunden Zeit nehmen, für die Planung der nächsten 10 Minuten.

74 Mit „sich“ koordinieren meint Rall, sich selbst zu kontrollieren.

In Kombination mit dem PDCA-Zyklus (planen, ausführen, überprüfen und verbessern)⁷⁵ wirken sich die CRM-Leitsätze strukturgebend aus und fördern zugleich die Kommunikation und Interaktion für sicheres Handeln. Der Zyklus wird solange wiederholt, bis die Notfallsituation für beendet erklärt wird.

Planung (plan):

- Antizipieren – im Voraus planen!
- Arbeitsumgebung kennen!
- Alle Informationen beachten!

Ausführen (do):

- Aufmerksamkeit bewusst lenken!
- Früh Hilfe holen!
- Alle Ressourcen mobilisieren!
- Führen und/oder Teammitglied sein!

Überprüfen (check):

- Zweifeln und Prüfen!
- Merkhilfen verwenden!
- Fixierungsfehler verhindern!
- Kontinuierlich reevaluiieren!

Verbessern (act):

- Prioritäten dynamisch setzen!
- Arbeitsbelastung verteilen!
- Zusammenarbeiten und zugleich koordinieren!

Notfalltraining

Ein medizinischer Notfall ist ein „[a]kuter, lebensbedrohlicher klinischer Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation“ (Schindler 2021). Echte Notfälle sind bedrohlich, erzeugen Stress und häufig Chaos. Der Umgang damit kann in der konstruierten Laborsituation geübt werden. Die Abläufe werden anhand von Szenarien, und in der Regel unter Einbeziehung des CRM, trainiert.

Siassakos et al. haben bereits 2009 festgestellt, dass sich Teamtrainings positiv auf Geburtsverläufe auswirken, indem Notfälle reduziert werden. Zudem wirkt sich die Stressreduktion auf die Gesundheit der Hebammen aus. Siassakos et al. nennen folgende Beispiele (s. Tab. 14):

75 Der PDCA (Plan-Do-Check-Act) entwickelte sich aus dem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Study-Act) nach Walter Andrew Shewhart, der von William Edwards Deming übernommen wurde. Siehe hierzu: Best/Neuhauser (2006); Krauspenhaar/Erdmann (2019: 64).

Tabelle 14: Positive Effekte des Teamtrainings. Eigene Darstellung nach Siassakos et al. (2009)

Reduktion von	um (in %)
Erbschen Lähmungen	75
juristischen Klagen	62
hypoxischen Hirnschäden	50
ph-Werten aus der Nabelschnur < 7	50
Krankheitstagen von Hebammen	45
Verzögerungen von Entscheidungen	40
pathologischen Geburtsverläufen	11

Für die Sicherheit der zu betreuenden Frau ist es für Hebammen wesentlich zu wissen, auf welche materiellen und personellen Ressourcen zurückgegriffen werden kann und wie die organisatorischen Abläufe aussehen. Dies verschafft Sicherheit, die sich stressreduzierend auswirkt und somit die „kognitive Leistungsfähigkeit und Besonnenheit“ erhöht. Zudem ist das Beherrschen der Situation, insbesondere in „zeitkritischen Notfällen“, wesentlich für das Outcome der Patient*innen (Rall 2013a: 141).

Hildebrandt und Göbel (2018) mahnen, dass trotz des Wissens um die Möglichkeit von Notfällen die „professionelle Geburtshilfe“ eine „optimistische Geburtshilfe“ bleiben muss. Damit meinen sie, dass stets vordergründig beachtet werden muss, dass Frauen normaler Weise von Natur aus in der Lage sind, zu gebären (Hildebrandt/Göbel 2018: 65). Hebammen müssen daher zuversichtlich sein und dies auch in jeder Situation ausstrahlen können. Das „bedeutet aber auch, sich nicht vom Wissen um denkbare Gefahren der Geburt erschüttern zu lassen, sondern mit großer Nüchternheit und Sorgfalt Vorkehrungen für den Komplikationsfall zu treffen“ (ebd.). Hierfür definieren Hildebrandt und Göbel Maßnahmen, die auf einer Notfallkarte festgehalten werden. Dies soll Hebammen dazu befähigen, noch vor dem Eintreffen des Notfallteams zu handeln. Im Folgenden werden diese Maßnahmen verkürzt aufgeführt:

1. Ruhe, Besonnenheit und Souveränität bewahren;
2. Ruhe ausstrahlen;
3. klare Diagnose stellen;
4. Differenzialdiagnose stellen;
5. venösen Zugang schaffen;
6. Hilfe holen;
7. eindeutige Handlungsprotokolle befolgen (Hildebrandt/Göbel 2018: 79).

Die Notfallkarte nach Hildebrandt und Göbel fügt sich in das CRM nach Gaba und Rall ein. Notfälle erzeugen Druck, jedoch „unter Druck entsteht das Gefühl, das alles sofort getan werden muss“ (Kaisenberg 2018: 11). Druck verursacht Zeitstress und erhöht die Fehlerwahrscheinlichkeit bei der Abarbeitung von Aufgaben. Die Teamleitung ist daher in der Pflicht, für ein kontinuierliches, gleichmäßiges und zugleich effizientes Arbeitstempo zu sorgen (ebd.). In Notfallsituationen kommt es daher besonders auch auf das Situationsbewusstsein an, denn in „Extremsituationen können Personen manchmal in eine Verfassung geraten, in der ihre Fähigkeit nachzudenken durch den Stress der Arbeitsbelastung so stark eingeschränkt ist, dass sie nicht mehr in der Lage sind, mit den übrigen Mitgliedern des Teams interaktiv zu funktionieren“ (Kaisenberg 2018: 10). Anzeichen dafür, dass das Situationsbewusstsein schwindet, sind eine „eingeschränkte Kommunikation“, die „Unfähigkeit vorauszuplanen“, ein „Tunnelblick“, die „Fixierung auf irrelevante Themen (zum Beispiel auf suboptimale Ausstattung) oder Verlegung der Aktivitäten auf unnötige Dispute mit Kollegen“ (ebd.).

Um die *situational awareness* wiederzuerlangen, beschreibt Kaisenberg folgende Strategien:

- Einnehmen einer Helikoptersicht: zurücktreten, um die Situation zu überblicken;
- Notfall frühzeitig ausrufen; das führt zu
 - Aufmerksamkeit,
 - Einsatzmöglichkeit der verfügbaren menschlichen Ressourcen
 - Verbesserung der Teamperformance und Effizienz,
 - Verbesserung der Versorgung aus der Patient*innenperspektive;
- klare Kommunikation; zuerst die kritischen Aufgaben kommunizieren;
- vorausplanen;
- kritische Aufgaben angemessen delegieren (vgl. Kaisenberg 2018: 10f.).

Ein gutes Teammitglied zu sein, kann trainiert werden, wenn folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- professionelle Kommunikation inklusive Rückkopplung – *closed-loop*: Anweisungen werden von der angesprochenen Person wiederholt;
- kennen und Akzeptanz der eigenen Grenzen;
- Bewusstsein für die Umgebung sowie für die Grenzen der anderen;
- Durchsetzungsfähigkeit (zum Beispiel zur Vermeidung von Fixierungsfehlern);
- nicht konfrontativ, aber kritisch zu sein (hinterfragen, wenn nötig);
- Empfänglichkeit für Anordnungen, Ideen oder Vorschläge anderer Teammitglieder;
- klares Denkvermögen (vgl. Kaisenberg 2018: 11).

Aber nicht jedes Teamtraining verläuft erfolgreich. Unter Umständen können sich schlechte Trainings sogar negativ auf die Zusammenarbeit auswirken. Teamtrainings sollten regelmäßig, mindestens einmal jährlich, stattfinden und die Ergebnisse in die klinische Arbeit überführt werden (Kainer/Scholz 2016b: 125). Notfälle werden aber auch im Hebammenstudium gelehrt. Nach Schwarz erweisen sich die Simulation und Reflexion dabei als „ein hilfreiches und sinnvolles methodisches Element für das Erreichen der gewünschten Kompetenzstufe“ (Kainer/Scholz 2016b). Zunächst werden die entsprechende Theorie und die aktuellen Handlungsempfehlungen zum Notfall erarbeitet (ebd.). „Dabei wird im Sinne des evidenzbasierten Vorgehens der mögliche Zusammenhang zwischen dem eingetretenen Notfall und einer oder mehreren vorausgegangenen Interventionen reflektiert – aktive Notfallvermeidung“ (ebd.).

Die Trainings verdeutlichen den Zusammenhang zwischen eigenem Denken, Handeln und den Auswirkungen auf die Betreuungssituation.

Leibliche (Lern-)Erfahrung qua Augmented Reality

Hebammen, Pflegekräfte und Ärzt*innen weisen in Bezug auf ihre beruflichen Sozialisationsstrukturen Ähnlichkeiten auf, aber auch deutliche Unterschiede. So schreiben Cadogan et al. (1999), dass sich die Zusammenarbeit und die Kommunikation mit Ärzt*innen aufgrund der hierarchischen Grundstrukturen, aber auch wegen der unterschiedlichen Fokussierung im Berufsalltag als unbefriedigend und mühsam herauskristallisieren. Eine der Ursachen hierfür ist, dass sich Pflegende dafür interessieren, was die Patient*innen mitbringen, also ihre persönliche Geschichte – und diese wie auch die Empfindungen der Patient*innen kommunizieren. Ärzt*innen hingegen möchten in der Regel kurz und knapp über die medizinischen Fakten und Symptome informiert werden. Durch diesen Kommunikationsunterschied werden Pflegende teilweise als unprofessionell wahrgenommen (Cadogan et al. 1999). Tjia et al. kommen auf ein ähnliches Ergebnis und ergänzen, dass die ineffektive Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonal die Patient*innensicherheit beeinträchtigen kann (Tjia et al. 2009).

Während Ärzt*innen in der Struktur des Klinikalltags überwiegend versuchen (müssen), Patient*innen aus der fachlichen Perspektive zu betrachten, sollen sich Hebammen und Pflegende auch für die leiblichen Aspekte interessieren und sich auch selbst leiblich in die Betreuung oder Versorgung einbringen.

Dörpinghaus (2013) erklärt den Zwiespalt im Kontext der Geburtshilfe, wenn sie schreibt: „Auch mit einem hohen wissenschaftlichen Anspruch wandelt sich das (unbestimmt) Lebendige nicht zu einem planbaren (Sicherheits-)Ereignis“. „Parameter geben einen Rahmen“, sie können aber nicht die „Unbestimmtheiten“ verhindern. Gerade diese „Unbestimmtheiten“ oder mit anderen Worten das Bauchgefühl wirken jedoch signalhaft, um Unstimmig-

keiten zu bemerken (Dörpinghaus 2013a: 394). „Lässt eine Hebamme ihren Leib in Erscheinung treten, so besteht ihre Leistung [i.O.m.H.] in der geburtshilflichen Situation darin, von Sachverhalten, Programmen und Problemen Notiz zu nehmen und diese herauszuschälen. Hierbei findet von ihrer Seite im interdisziplinären Team nicht nur eine Auflistung von medizinischen Tatsachen, Daten und Fakten statt, sondern sie wird der Situation nur gerecht, wenn sie diese möglichst als Ganzes [i.O.m.H.] gewahrt wird“ (ebd.). Für die Lehre bedeutet das aber auch, dass nicht alles, was Hebammen leiblich spüren und wahrnehmen, „vollständig [zu] explizieren“ ist (Dörpinghaus 2013a: 390). Dörpinghaus regt an, das Erkenntnispotenzial der Leibtheorie in die Lehrmethoden zu integrieren (ebd.).

Wenn das leibliche Spüren und das Sich-Einbringen (vgl. Kap. 10.2) in den Betreuungskontext für Hebammen eine wesentliche Rolle spielen und künftige Hebammen vermehrt unter Einbeziehung modernster Technik unterrichtet werden, wird es dann noch ausreichend Möglichkeit geben, die Leiblichkeit zu entwickeln!

McGuirk und Buck (2019) befassen sich mit dieser Fragestellung. Sie erklären, dass die VR, die Virtuelle Realität „eine geschlossene computergenerierte künstliche Umwelt“ darstellt, „in der eine Interaktion mit anderen virtuellen Entitäten potenziell möglich ist“ (McGuirk/Buck 2019: 405f.). Dabei ist die VR gänzlich getrennt von der physischen Realität. Die VR wird beispielsweise in der Flugsimulation in der Pilot*innenausbildung eingesetzt. Von der VR unterscheidet sich die Augmented Reality (AR), da hier die „unvermittelte Erfahrung mit medial vermittelter Erfahrung“ gemischt und/oder erweitert wird (ebd.). Barsom et al. verdeutlichen den Nutzen für die medizinische Ausbildung, indem sie erklären, dass sich digitale Elemente mit der physischen Lernumgebung verbinden lassen (Barsom et al. 2016). Nach McGuirk und Buck können „virtuelle Elemente so in unsere Wahrnehmung“ eingebunden werden, „dass sie an Leiblichkeit anknüpft. Diese Verknüpfung jedoch ist reduziert und priorisiert eine Begegnung mit Welt, die primär visuell [...] und thematisch [...] wirkt“. AR „zeichnet die Welt“ bildlich, und es ist möglich, sich in diesem Bild zu bewegen. Aber die Welt ist nur sichtbar, AR „integriert nicht Elemente auf eine Weise in die Welt, die es erlauben würde, Sinn überhaupt emergent im Sinne passiver Synthesis auszubilden“. AR gibt „algorithmisch“ vor, „was wahrzunehmen ist“ und „Aufmerksamkeit verdient“. „In diesem Sinne schiebt sich AR zwischen Ich und Welt und schneidet so die nicht-medialisierte Möglichkeit passiver Synthesis inkl. ihrer Ambiguitäten, Fremdheitserfahrungen usw. a priori ab“ (McGuirk/Buck 2019: 415). Durch den Einsatz von AR werden „leibliche, prä-reflexive Dimensionen von Wahrnehmung [...] unwichtig für diesen ausgeprägt kognitiven und leib-losen Zugang zum Lernen – eine paradoxe Situation angesichts des expliziten Fokus auf den Körper in der Verwendung von AR. Es ist nicht mehr der Leib, der den Nullpunkt darstellt, es ist die Augmentation, der

sich die Nutzer kritiklos beugen müssen“ (a.a.O.: 418). McGuirk und Buck schließen, dass AR nur unter der Einbeziehung „gewichtiger Einwände“ im Unterricht verwendet werden sollte und hierfür Kriterien definiert werden müssten (a.a.O.: 421). Ähnlich argumentieren Barsom et al., die auf Basis der vorhandenen Studienlage erklären, dass AR zwar auf großes Interesse stößt, allerdings ist ihr Nutzen noch nicht evident, da die Rückkopplung von Information zum Nutzer fehlt (Barsom et al. 2016).

AR vermag es nicht, die Körperlichkeit und Leiblichkeit abzubilden. Da diese unmittelbar verwoben mit der Berufsausübung von Hebammen sind, kann AR alle anderen in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Methoden zur Wissensvermittlung nur ergänzen, nicht aber ersetzen.

AR verdeutlicht nochmals den Umbruch, den das Hebammenwesen aktuell erfährt. Die erste Abstraktionsebene erfuhr das vormals weiblich und leiblich geprägte Hebammenwesen, historisch betrachtet, durch den Einfluss der männlich geprägten Wissenschaft und die damit verbundene Neuordnung des weiblichen Traditionswissens, das fortan dem wissenschaftlichen Wissen unterzuordnen war – wie sich auch Frauen sozial und politisch den Männern unterordnen mussten.

Eine weitere Abstraktionsebene erfuhr das Hebammenwesen durch den Einsatz technischer Geräte: Während Hebammen zuvor die kindlichen Herztöne mit dem Ohr auskultierten und somit Zeit bei der Frau und ihrem Kind verbrachten, wurde dies durch die Apparatur CTG ersetzt. Während der Apparat die Herztöne eigenständig aufzeichnete, konnten die Hebammen anderes erledigen und somit mehrere Frauen gleichzeitig betreuen. Dies trug zu einer Geburtshilfe bei, die weniger personengebunden war. Sie entsprach aber auch den Entwicklungen einer zunehmend technisierten und sicherheitsorientierten Gesellschaft.

Die Hebammenausbildung war jahrhundertlang maßgeblich durch Rahmenbedingungen begrenzt, die die hebammengeleitete Geburtshilfe vernachlässigte und WeHen auf die Tätigkeit in Kliniken vorbereitete. Während historisch gesehen das Üben des manuellen Geschicks anhand von Modellen trainiert wurde, sind heute in Skills- und Simulationstrainings in der Ausbildung Kommunikation und Teamtraining üblich. Während der Lehrplan hierzu keine Anhaltspunkte gibt, sieht das neue Hebammengesetz Simulation vor. Sie ist sogar Teil der staatlichen Prüfung.

WeHen werden derzeit noch so lange auf unterschiedlichen Niveaustufen ausgebildet, bis die Hebammenschulen aufgrund der nun gesetzlich vorgeschriebenen Vollakademisierung schließen werden. Examierte Hebammen sind deutschlandweit in unterschiedlichen Bereichen tätig. Die wenigsten betreuen Frauen entlang des gesamten Betreuungsbogens oder arbeiten außerklinisch. Somit unterscheiden sich auch die Realitäten der Hebammen deutlich voneinander. Während klinisch sozialisierte Hebammen selten die Mög-

lichkeit haben, hebammengeleitete Geburtshilfe zu praktizieren, ist diese in der außerklinischen Tätigkeit erforderlich.

Bereits in den 1980er Jahren hat sich die Hebammenwissenschaft in Deutschland etabliert und sie entwickelt sich seither stetig weiter. Durch Frauenbewegungen gestärkt, war es ihr Ziel, wissenschaftlich fundiert einen Gegenpol zur technisch-gesteuerten Geburtshilfe zu setzen, denn während eine medizinisch-technische Geburtshilfe für rund ein Drittel der Frauen unerlässlich ist, ist sie für ein weiteres Drittel nur bei Bedarf erforderlich. Der Rest der Frauen kann ohne Interventionen gebären. Den beiden letztgenannten Gruppen können Interventionen ohne Indikation (zum Beispiel ein Dammschnitt) Verletzungen oder Schäden zufügen, die nicht zu rechtfertigen sind. Ein Meilenstein für die Hebammenwissenschaft war die Aufnahme der DGHWi in die AWMF, da es Hebammen nur so möglich wurde, ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse in Leitlinien zu integrieren. Für die Versorgung der Frau und ihrer Familie kann dies als Vorteil gesehen werden, da Hebammenwissenschaft primär die Physiologie in den Mittelpunkt stellt und somit auf die Ressourcen der Frau und des Kindes fokussiert. Durch diese Sichtweise können die Bedarfe und Wünsche der Frauen in Einklang mit der Versorgung gebracht werden.

Zeitgleich entwickelt sich ein gesellschaftlicher Trend, der den Schutz des Kindes zunehmend in den Fokus rückt; den (in der Regel) geplanten und gewünschten Kindern soll keinesfalls etwas zustoßen. In diesem Zusammenhang wird die Angst vor möglichen Risiken und Gefahren oftmals auf die außerklinische Geburtshilfe projiziert, die dann pauschal als zu riskant eingeordnet wird. Zudem beeinflusst die Toleranz der Frau, Schmerzen auszuhalten, die Wahl des Geburtsortes.

Außerdem sind Maken heute wenig gesellschaftsfähig, die Körper der Frauen und ihre Einstellungen zu ihm verändern sich. Schönheit ist wichtig, Maßnahmen, um sie zu unterstützen, gehören zum Alltag. Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit können jedoch den Körper verändern und sich auf die Sexualität auswirken. Dies wiederum kann beispielsweise die Entscheidung für die Familiengründung, den Geburtsort und Geburtsmodus und gegebenenfalls damit verbundene Schönheitsoperationen beeinflussen.

Frauen und Familien, die eine eher natürliche Einstellung zu ihrem Körper und der Familienplanung haben, wünschen sich jedoch eine hebammengeleitete, außerklinische Geburtshilfe und möchten auf diese Angebote zurückgreifen können. Hebammen müssen daher die Kenntnisse für eine High-tech-Geburtsmedizin ebenso mitbringen wie für eine low-tech-Betreuung, auch um Frauen und ihre Familien neutral beraten zu können.

Die gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen müssen somit in der Hebammenwissenschaft berücksichtigt werden. Hebammenwissenschaft bedient sich hierfür ihrer Bezugswissenschaften, wie zum Beispiel der Soziologie, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychologie, Sozialen Arbeit und weiteren. Die Ar-

beit der Hebammen ist durch eine starke interdisziplinäre Ausrichtung geprägt.

Die mit der Stärkung der Wissenschaft einhergehende Professionalisierung des Hebammenwesens verändert nun die berufliche Qualifizierung von WeHen. Dies am Beispiel Bayerns näher zu untersuchen, ist das Ziel der empirischen Arbeit „HebSzen“.

Teil V: Die Studie

12 Empirische Untersuchung

Nachfolgend wird die empirische Studie „HebSzen“ beschrieben. Sie beschäftigt sich mit der Umbruchsituation des Hebammenwesens sowie der Weitergabe von Hebammenwissen. Seit 2012 ist die freie Wahl des Geburtsorts in § 24f SGB V⁷⁶ festgeschrieben. Hierzu gehört auch die außerklinische Geburtshilfe (Bauer 2020: 614). Wie aufgezeigt, finden jedoch nur noch 2 Prozent der Geburten im außerklinischen Kontext statt (vgl. Kap.6). Nur wenige Hebammen sind in Bayern in der außerklinischen Geburtshilfe tätig (vgl. Kap.6).

Die berufsfachschulische Hebammenausbildung in Bayern fand an Hebammenschulen statt, die mit großen (Universitäts-)Kliniken verbunden waren. Die geburtshilfliche Sozialisation der Schüler*innen war so bisher überwiegend klinisch (vgl. Kap. 7.2). Im Rahmen der Recherche konnten keine Daten gefunden werden, anhand derer gezeigt werden konnte, wie werdende Hebammen in der Berufsfachschule bisher auf die außerklinische Geburtshilfe vorbereitet worden waren.

12.1 Forschungsleitende Fragestellungen

Da für das Bundesland Bayern keine Daten vorliegen, die beschreiben, wie in der bisherigen (berufsfachschulischen) Hebammenausbildung bis 2019 Kenntnisse zur außerklinischen Geburtshilfe erworben werden konnten und wie die zukünftige hochschulische Qualifikation von Hebammen auch in der außerklinischen Geburtshilfe, unter Einbeziehung der Kompetenzen von auf diesem Feld tätigen Hebammen, gestaltet werden kann, ist das Gegenstand der Untersuchung. Zudem ist von Interesse, ob das Erfahrungswissen der in Bayern außerklinisch tätigen Hebammen über Szenarien in die Lehre im Simulationslabor an Hochschulen eingebunden werden kann.

76" Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I: 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I: 1018) geändert worden ist.

12.2 Studiendesign

Werden Elemente aus quantitativer und qualitativer Forschung verbunden, wird dies als Mixed-Methods-Ansatz bezeichnet (Schreier 2013: 290; Teddlie/Tashakkori 2010).

Die quantitativen Methoden bedienen sich standardisierter Erhebungsinstrumente zur naturwissenschaftlichen Messung und Erhebung numerischer Daten, mittels derer Inferenzschlüsse von, im Idealfall, zufälligen Stichproben auf eine Grundgesamtheit möglich sind (Kuckartz 2014: 28). Nach Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) wird in der quantitativen Forschung versucht, Testverfahren so einzusetzen, dass die Konstruktionen und Interpretationen der Erforschten eliminiert werden. Hierdurch soll ein „objektiver“, „unverfälschter Zugang zum Verhalten der Probanden“ gewährleistet werden (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2014: 13). Da die quantitative Sozialforschung durch starre Untersuchungsmethoden, wie beispielsweise Fragebögen, eingeschränkt wird, kann die Komplexität sozialer Zusammenhänge so jedoch nur schwer erfasst werden (Lamnek/Krell 2016: 17).

Qualitative Methoden sind für bestimmte inhaltliche oder biographische Fragestellungen entwickelt worden und daher nicht in demselben Maße wie quantitative Methoden auf andere Themen übertragbar (Bortz/Döring 1995: 282). Die qualitative Sozialforschung zielt ab auf das *Verstehen* (Lamnek/Krell 2016: 32; Misoch 2019: 25). Dieses Ziel, etwas verstehen zu wollen, liegt in der soziologischen Forschung begründet und kann zurückgeführt werden auf Weber (Weber 1988: 439). Hierfür werden im Forschungskontext verstärkt die Sichtweisen, Motive und biographischen Bezüge der betroffenen Personen einbezogen (Kuckartz 2014: 28). So ist auch „die Forderung nach Gegenstandsangemessenheit [...] Grundprinzip qualitativer Forschung“, welches wiederum zur „[...] Entwicklung einer Vielzahl qualitativer Methoden“ führt (Hussy et al. 2013: 186), denn: „Qualitative Forschung ist empirisch, systematisch, flexibel, und befasst sich mit Bedeutungen“ (ebd.). Insbesondere das methodisch offene Vorgehen bei der Datenerhebung eignet sich für „explorative Zwecke“, um die „Differenziertheit sozialer Wirklichkeit zu erfassen“ und „den Befragten mehr Raum für die Darstellung“ zu belassen (Onnen-Isemann 2000: 68).

Der Mixed-Methods-Ansatz wurde als Studiendesign gewählt, um die Multiperspektivität des Forschungsgestands auf den unterschiedlichen Ebenen herausarbeiten zu können. Inwiefern in der bisherigen berufsfachschulischen Hebammenausbildung in Bayern Kenntnisse zur außerklinischen Geburtshilfe erworben werden konnten, kann numerisch abgefragt werden und wurde daher quantitativ erhoben. Wie und welches Hebammenwissen und -können von außerklinisch tätigen Hebammen dazu beitragen kann, die zukünftige berufspraktische Ausbildung werdender Hebammen in Bayern auch

für außerklinische Geburtshilfe auf ein akademisches Niveau zu heben, wurde qualitativ erforscht, um die persönlichen Erfahrungen erfassen zu können.

Die vorliegende Arbeit hat nicht zum Ziel, repräsentative Ergebnisse im Sinne einer „Zufallsstichprobe“ und eines „numerischen Schlusses (im Sinne einer Wahrscheinlichkeitsaussage)“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 32) zu befördern. Vielmehr dient sie einer ersten Beschreibung (quantitativer Ansatz) und eines Verstehens der derzeitigen Situation sowie einer möglichen Ableitung von Erkenntnissen für die zukünftige Lehre (qualitativer Ansatz).

12.3 Explikation der Durchführung

Der empirische Teil dieser Arbeit fand vom 10. Oktober 2019 bis 12. Oktober 2020 in Bayern statt. Dabei wurde teils zeitgleich in zwei parallellaufenden Strängen, dem quantitativen und dem qualitativen Strang, geforscht. Diese beiden Stränge werden zunächst übergreifend und dann im Verlauf des Kapitels einzeln beschrieben. Im Auswertungsprozess wurden die Daten aus beiden Strängen miteinander verbunden.

Da die Daten in der Erhebungsphase zuerst unabhängig voneinander zu sehen waren, standen die Erhebungen nicht in einem relevanten Zeitbezug zueinander. Das erste qualitative Interview fand am 10. Oktober 2019 statt, die quantitative Online-Datenerhebung vom 15. Februar 2021 bis zum 15. März 2021. Hierfür wurden in einem ersten Schritt ein Interviewleitfaden, der für die qualitativen Interviews genutzt wurde, sowie zwei Fragebögen für die quantitative Onlinebefragungen (einmal für Lehrende, einmal für WeHen) entwickelt. Alle Fragebögen (siehe Anhang II*) wurden am 4. Oktober 2019 einem erfolgreichen Pretest unterzogen. Hierfür stellten sich eine freiberufliche Hebamme aus Regensburg und eine Hebammenschülerin, die sich zu dieser Zeit für einen berufspraktischen Einsatz bei einer freiberuflichen Hebamme (Externat) in Regensburg aufhielt, zur Verfügung.

Die Erhebungsphase untergliederte sich in einen quantitativen und in einen qualitativen Teil:

- Im Rahmen der quantitativen Datenerhebung wurden zwei Datensätze generiert,
 - (Datensatz 1: Onlinebefragung von Hebammenschüler*innen sowie an einem Standort mit den ersten Hebammenstudierenden (im Folgenden werden beide Gruppen in der Gesamtheit als WeHen bezeichnet)
 - Datensatz 2: Onlinebefragung von Lehrenden an Hebammenschulen)

* Verfügbar unter <https://doi.org/10.3224/84742668A>.

- mit dem Ziel, den Ist-Stand der Ausbildung in der außerklinischen Geburtshilfe zu ermitteln.
- Datensatz 3 wurde im Rahmen der qualitativen Datenerhebung generiert, indem narrative, sowie bei Bedarf, leitfadengestützte Interviews mit in der außerklinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen geführt wurden.

Auch die Datenauswertung verlief zunächst in zwei Teilen: Die quantitativen Daten (Datensatz 1 und 2) wurden zunächst einzeln ausgewertet und dann abgeglichen. Die Interviews wurden zunächst einzeln analysiert, um dann in einer Gesamtanalyse ausgewertet zu werden. Im Auswertungsprozess wurde aus einzelnen Kategorien ein übergeordneter Kategorienbaum erstellt. Im Anschluss an die Analysen wurden alle Daten abgeglichen und systematisch nach für die Lehre relevanten Inhalten sortiert, um Letztere später für die Entwicklung von Curricula oder Szenarien und/oder Kommunikationsübungen aufbereiten zu können.

Abbildung 13 zeigt den Forschungsablauf.

Einschränkungen bei der Erhebung der Daten verursachte die weltweite Coronavirus-Pandemie, die auch den Alltag der Menschen in Deutschland beeinflusste (Mukerji/Mannino 2020). Da in das Forschungsvorhaben Personen aus dem Medizinbetrieb und somit einer „systemrelevanten Gruppe“ eingeschlossen wurde, musste flexibel reagiert werden. Qualitative Interviews, die zunächst als Präsenzinterviews geplant waren, wurden teils telefonisch geführt. Teilnahmen an der quantitativen Datenerhebung konnten nur im Februar verzeichnet werden. Da die Wahrscheinlichkeit hoch war, dass dies auf die Beschäftigung der relevanten Personen mit der Krise, der (Um-)Planung der berufspraktischen Einsätze der werdenden Hebammen sowie die Umstellung des Präsenzunterrichts auf die Onlinelehre zurückzuführen war, wurde ein erneutes Anschreiben der Schulen als nicht zielführend erachtet.

Im Folgenden werden die beiden Forschungsstränge (quantitativ und qualitativ) getrennt voneinander näher beschrieben.

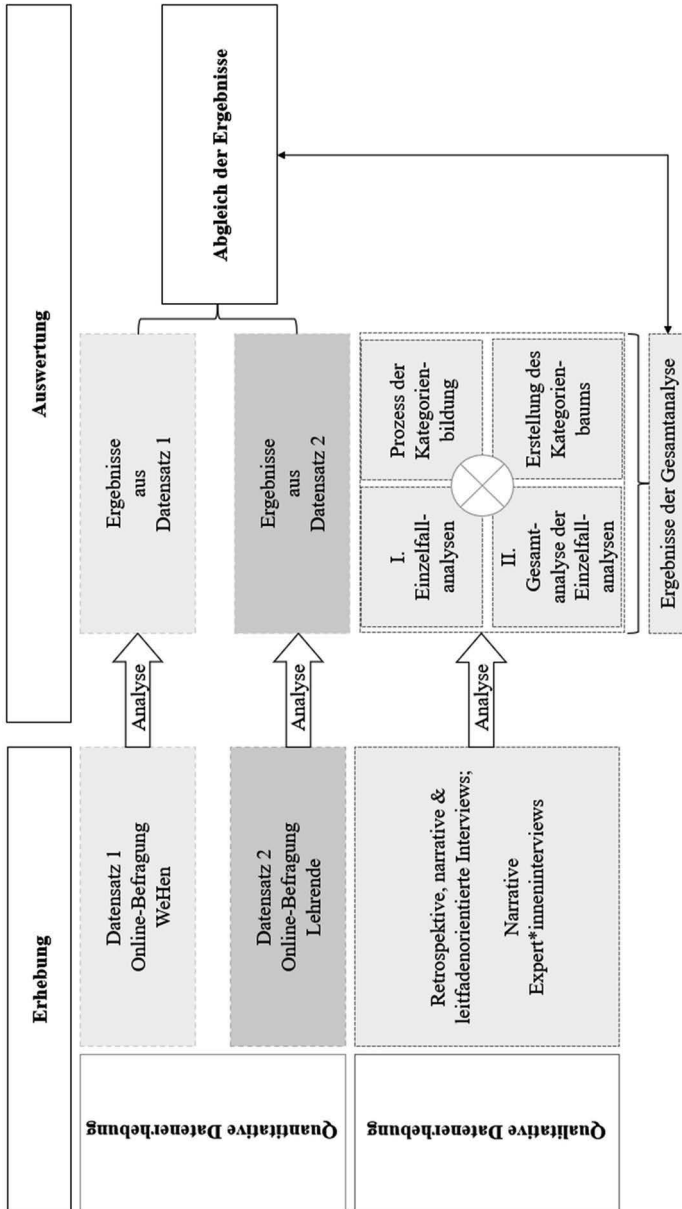


Abbildung 13: Datenerhebung und Auswertung. Eigene Darstellung

13 Quantitativer Forschungsteil

Mittels quantitativer Daten soll der Ist-Zustand zur Lehre von außerklinischer Geburtshilfe an bayerischen Hebammenschulen ermittelt werden, da hierzu keine aktuellen Veröffentlichungen gefunden werden konnten.

13.1 Stichprobe

In Bayern wurden zum Zeitpunkt der Befragung an den sieben Berufsfachschulstandorten Ansbach, Augsburg, Bamberg, Erlangen, Ingolstadt, München und Würzburg Hebammen ausgebildet. Am Standort München gab es eine hochschulische und eine berufsfachschulische Hebammenausbildung. Dies wurde in der Fragestellung und Ansprache der zu Befragenden berücksichtigt. Der Standort Regensburg befand sich im Befragungszeitraum noch im Aufbau zum Studienstandort, ohne dass hier zuvor eine Hebammenschule lokalisiert war. Daher wurde er nicht in die Befragung aufgenommen.

Die letzten bekannten, veröffentlichten Zahlen zur Anzahl an Ausbildungsplätzen sind inzwischen veraltet. Für das IGES-Gutachten von 2018 gaben sechs der sieben Berufsfachschulen Auskunft zur Anzahl der Ausbildungsplätze für das Schuljahr 2016/2017. Demzufolge gab es insgesamt 184 Hebammenausbildungsplätze in Bayern (Sander et al. 2018: 72).

Aufgrund des Hebammenreformgesetzes sahen sich einige Berufsfachschulen jedoch im Befragungszeitraum bereits gezwungen, die Anzahl der auszubildenden Hebammenschüler*innen deutlich zu reduzieren und keine neuen Schüler*innen mehr aufzunehmen. In einem persönlichen Gespräch, das am 21. September 2020 im Rahmen der Mitgliederversammlung des Bayerischen Hebammen Landesverbandes (BHLV) stattfand und mit einer Berufsfachschulleiterin, die nicht namentlich zitiert werden möchte, geführt wurde, wurde deutlich, dass die Gründe neben der Maßgabe, die Berufsfachschulen nach § 77 (1) HebG⁷⁷ im Jahre 2027 endgültig zu schließen, insbesondere in der damit verbundenen veränderten Finanzierungssituation und den damit einhergehenden knapperen finanziellen und personellen Ressourcen lagen.

77 Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I: 1759). Ersetzt G 2124-14 v. 4.6.1985 1902 (HebG 1985).

Zudem bildete nicht jede Hebammenschule in jedem Jahr Schüler*innen aus. An den Schulen waren daher zum Befragungszeitpunkt insgesamt zwischen 20 und 60 Schüler*innen. Die exakte Gesamtzahl der Schüler*innen konnte jedoch nicht ermittelt und muss daher geschätzt werden: Ausgehend von einem Durchschnittswert von 40 Schüler*innen pro Standort über alle drei Jahrgänge wurden zum Zeitpunkt der Befragung an den genannten bayerischen Standorten geschätzt mindestens 280 Hebammenschüler*innen und Studierende ausgebildet, ausgehend von einem kalkulatorischen Maximum von 420. Davon waren im Befragungszeitraum 60 Schüler*innen Mitglieder im BHLV. Im Durchschnitt lehrten drei hauptamtliche Lehrkräfte pro Hebammenschule.

Die Kontaktaufnahme zu den Hebammenschulen in Bayern erfolgte über die erste Vorsitzende des BHLV. Mit einer E-Mail informierte diese am 12. Februar 2020 die Leiter*innen der bayerischen Hebammenschulen über das Forschungsvorhaben und bat sie, selbst an der Befragung teilzunehmen und die E-Mail an alle Schüler*innen weiterzuleiten. Die Befragung fand anonym statt. Über die Fragebögen konnte keine Verbindung zum Lernort hergestellt werden. Die E-Mail enthielt zwei Links, die zur Onlinebefragung führten. Ein Link war für Lehrende angelegt, ein zweiter für Hebammenschüler*innen oder Studierende. Diese Gruppe wird nachfolgend als werdende Hebammen oder WeHen bezeichnet.

34 Besucher öffneten den Link für Lehrende. 11 Personen nahmen an der Befragung teil, 2 brachen vorzeitig ab. Die beiden unvollständigen Fragebögen wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt. Den Link für WeHen öffneten 129 Personen. 84 Personen nahmen an der Befragung teil. Davon brachen 13 die Befragung bereits am Anfang des Fragebogens ab. Diese Fragebögen wurden nicht ausgewertet.

13.2 Methodik

Die Fragebögen wurden mit geschlossenen Fragen konzipiert. Hierfür wurden zunächst Überlegungen angestellt, welche Zahlen, Daten und Fakten abgefragt werden sollen. Die Merkmale von Interesse wurden herausgearbeitet und die Fragen möglichst exakt formuliert. Zudem wurden Items mit vorgegebenen Alternativantworten in den Bogen integriert (Bortz/Döring 1995). Einige Fragen wurden spezifiziert, indem sie durch untergeordnete Detailfragen ergänzt wurden.

WeHen und Lehrende für Hebammenwesen in Bayern bilden einen kleinen Personenkreis. Aus Datenschutzgründen fand die Befragung anonym statt. Es konnte somit im Vorfeld nicht ausgeschlossen werden, dass Partizipierende über die Laufzeit von vier Wochen zweifach teilnahmen oder dass

Hebammenstudierende aus einer der Hochschulen, die zu diesem Zeitpunkt bereits Hebammenstudiengänge anbot, partizipierten. Dementsprechend waren die Fragen so konzipiert, dass während der Auswertung Plausibilitätschecks durchgeführt werden konnten. Wurden Fragebögen nur bis Frage 3 beantwortet, wurden sie nicht ausgewertet. Zudem wurden wesentliche Fragen so angelegt, dass die Antworten der Lehrenden mit den Antworten der Studierenden verglichen werden konnten. Es wurde darauf geachtet, ein mit der Datenschutz-Grundverordnung konformes Umfragetool (LamaPoll)⁷⁸ zu nutzen.

13.3 Auswertung der quantitativen Erhebung

Zunächst wurden die Fragebögen der Lehrenden, dann die Fragebögen der WeHen ausgewertet. Die quantitativen Daten wurden jeweils zunächst einzeln, pro Teilnehmer*in, numerisch ausgewertet und dann übergreifend für die jeweilige Kohorte analysiert. Im Anschluss wurden die Kernfragen aus beiden Befragungen zwischen der Gruppe der Lehrenden und der der WeHen verglichen. Zusätzlich zu der in LamaPoll integrierten Standardauswertung wurden die Rohdaten mittels der Statistik- und Analysesoftware SPSS analysiert und abgeglichen.

Ergebnisse der Auswertung der Befragung Lehrende im Hebammenwesen

Von den neun Fragebögen, die in die Auswertung einbezogen wurden, mussten zwei weitere aussortiert werden, da sie offenkundig durch Hebammenschüler*innen ausgefüllt wurden. Ausgewertet wurden folglich sieben Fragebögen. Es wurden 28 Fragen gestellt. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Die befragten Lehrenden gaben allesamt an, Lehrkräfte für Hebammenwesen/Hebammenkunde (im Sprachgebrauch als Lehrhebammen bezeichnet) zu sein. Ihre Berufserfahrung unterschied sich: Vier von ihnen waren weniger als fünf Jahre in der Hebammenausbildung tätig, zwei zwischen fünf und zehn Jahren, eine zwischen zehn und fünfzehn Jahren. Alle gaben an, dass die WeHen ihre berufspraktischen Einsätze überwiegend an großen Häusern mit

78 Die Onlinebefragung wurde mit LamaPoll durchgeführt. LamaPoll ist ein Umfragetool der Lamano GmbH & Co. KG aus Berlin und nach DIN ISO 27001 TÜV-zertifiziert. LamaPoll entspricht der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung).

mindestens 1500 Geburten pro Jahr absolvieren, wobei die meisten WeHen an Häusern mit über 2500 oder über 3000 Geburten pro Jahr eingesetzt werden. Alle sieben Lehrenden erklärten, pro Jahr mehr als fünfzig WeHen zu unterrichten. An allen Schulen befanden sich mehr als fünfzig WeHen. Eine Lehrperson gab an, mit drei bis vier Kolleg*innen zusammenzuarbeiten, zwei gaben an, mit vier bis fünf, vier kreuzten mehr als fünf an.

Prinzipiell war es den WeHen an allen Hebammenschulen möglich, den berufspraktischen Einsatz bei freiberuflich tätigen Hebammen (im Sprachgebrauch als Externat bezeichnet) auch bei Hausgeburtshebammen zu absolvieren. Allerdings wurde dies kaum genutzt. Zwei Lehrende gaben an, dass weniger als drei WeHen pro Jahr ins Externat bei einer Hausgeburtshebammen gehen würden, bei einer weiteren entschieden sich drei bis fünf WeHen für diese Möglichkeit. Eine weitere Lehrperson trug fünf bis zehn WeHen ein, und eine, dass mehr als zehn WeHen das Externat bei Hausgeburtshebammen verbringen würden. Alle sieben Lehrenden gaben an, dass ihre WeHen das Externat nicht im Ausland absolvieren könnten.

Bei fünf Lehrenden war die außerklinische Geburtshilfe im Geburtshaus und zu Hause reguläres Unterrichtsfach in der Theorie (in Bezug auf die komplette Ausbildungszeit). Davon gaben zwei Lehrende an, dass die außerklinische Geburtshilfe mit weniger als drei UE⁷⁹ unterrichtet wird, drei Lehrpersonen, dass sie hierfür fünf bis zehn UE aufwenden. Mehr UE wurden nicht angekreuzt. Die außerklinische Geburtshilfe wurde dabei nicht als reguläres Unterrichtsthema im Simulationslabor oder Skillslabor gelehrt. Alle Lehrenden gaben an, dass der Unterricht in der außerklinischen Geburtshilfe unzureichend sei. Keine der Lehrhebammen unterrichtete die außerklinische Geburtshilfe selbst, wobei eine der Befragten ihr Wissen in der außerklinischen Geburtshilfe mit sehr gut angab. Von den übrigen ordneten sich drei im Mittelfeld, also mit befriedigend, ein. Zwei schätzten ihr Wissen als ausreichend und eine als mangelhaft ein. Gut und ungenügend gab niemand an. Während eine Lehrende den WeHen riet, direkt nach der Ausbildung oder dem Studium in die außerklinische Geburtshilfe zu gehen, empfahlen dies sechs Lehrende nicht. Sieben Lehrende merkten an, dass Sie den Rat geben, dass sich vor der Aufnahme einer außerklinischen geburtshilflichen Tätigkeit die Begleitung von erfahrenen Hebammen anböte.

Die Lehrenden sahen die außerklinische Geburtshilfe zu Hause und im Geburtshaus als zeitgemäß. Während sechs Lehrende nicht in der außerklinischen Geburtshilfe tätig waren, gab eine*r an, hier tätig gewesen zu sein.

Während die Lehrenden dienstlich weniger Berührung mit der außerklinischen Geburtshilfe hatten, gaben drei Lehrenden an, persönliche Erfahrungen durch die Geburt eines eigenen Kindes im Geburtshaus oder zu Hause gemacht zu haben.

79 UE = Unterrichtseinheit; 45 min.

Wie oben beschrieben, hatte die Befragung nicht das Ziel von repräsentativen Ergebnissen, sondern eine Beschreibung des Ist-Zustands aus der Perspektive der Lehrenden zu erhalten. Aus den Angaben der Lehrenden lässt sich schließen, dass Lehrende aus unterschiedlichen Schulstandorten partizipierten.

Werdende Hebammen werden überwiegend an großen und sehr großen Krankenhäusern mit weit über 2000 Geburten pro Jahr berufspraktisch ausgebildet. Der berufspraktische Einsatz bei freiberuflichen Hebammen (Externat) kann außerklinisch stattfinden, ist aber nicht im Ausland möglich. Der Lernort für außerklinische Geburtshilfe bei Hausgeburtshebammen oder Geburtshaushebammen blieb daher in der Regel auf das Inland begrenzt.

Die außerklinische Geburtshilfe im Externat erleben zu können, ist nicht allen WeHen möglich. Die außerklinische Geburtshilfe ist nicht überall reguläres Unterrichtsthema. Wird sie regulär unterrichtet, werden nur wenige Unterrichtseinheiten geplant.

Die Lehrenden gaben an, dass sie das als zu wenig empfänden, wobei sie die außerklinische Geburtshilfe nicht selbst unterrichteten. Ihr Wissen hierfür gaben sie, mit einer Ausnahme, als befriedigend, ausreichend oder mangelhaft an, nur eine Lehrperson mit sehr gut. Da die Mehrheit der Lehrenden selbst im klinischen System ausgebildet wurde, erscheint diese Einschätzung realistisch.

Die Befragten empfahlen den WeHen, nicht direkt nach Abschluss der Ausbildung in die außerklinische Geburtshilfe zu gehen und falls sie das doch vorhätten, zunächst mit erfahrenen Hebammen zu arbeiten, um von ihnen zu lernen. Hier wird offenbar, dass die Ausbildung lückenhaft ist.

Die Lehrenden empfanden die außerklinische Geburtshilfe als zeitgemäß. Die Hälfte der Befragten hatte eigene Kinder und diese außerklinisch geboren. Die Mehrheit der Lehrenden gab jedoch an, keine eigene Berufserfahrung in der außerklinischen Geburtshilfe zu haben. Das passt zur oben beschriebenen geburtshilflichen Situation.

Ergebnisse der Auswertung der Befragung der werdenden Hebammen

In die Auswertung wurden 76 beantwortete Fragebögen einbezogen. Der Fragebogen wurde mit 30 Fragen konzipiert. 71 WeHen beendeten die Befragung vollständig, davon waren 62 WeHen an Hebammenschulen, neun WeHen an Hochschulen. Die meisten (57,9 Prozent) WeHen waren im Alter zwischen 20 und 25 Jahren, gefolgt von 12 WeHen (15,8 Prozent), die angaben, zwischen 18 und 20 Jahren alt zu sein. 6 waren zwischen 25 und 30 Jahren alt, die restlichen 9 vermerkten, älter als 30 zu sein. 70 WeHen gaben an, weiblich zu sein, ein WeHe gab an, männlich zu sein. 62 (87,3 Prozent) gaben an, noch nicht selbst geboren zu haben, 9 (12,7 Prozent) hatten selbst ein Kind zur Welt gebracht. Davon hatten 2 außerklinisch geboren, 7 nicht.

Tabelle 15: Lernort für die berufspraktische Ausbildung. Eigene Darstellung

Lernort für die berufspraktische Ausbildung	Antworten	%
Krankenhaus mit über 500 Geburten/Jahr	4	5,3
Krankenhaus mit über 1000 Geburten/Jahr	6	7,9
Krankenhaus mit über 1500 Geburten/Jahr	2	2,6
Krankenhaus mit über 2000 Geburten/Jahr	17	22,4
Krankenhaus mit über 2500 Geburten/Jahr	43	56,6
Krankenhaus mit über 3000 Geburten/Jahr	4	5,3

21 WeHen merkten an, im ersten Jahr zu lernen, 27 im zweiten und 28 im dritten (also im letzten) Jahr. Die meisten der befragten WeHen (56,6 Prozent) absolvierten ihre berufspraktische Ausbildung in Häusern mit über 2500 Geburten pro Jahr (s. Tab. 15).

38,2 Prozent der WeHen lernten überwiegend an Häusern mit einer Sectiorate von über 30 Prozent. 18,4 Prozent der WeHen absolvierten die berufspraktische Ausbildung an Häusern mit einer Sectiorate von über 25 Prozent. 10,5 Prozent der WeHen gaben an, an Häusern mit Sectioraten unter 20 Prozent zu arbeiten, kumulierte 6,6 Prozent an Häusern mit unter 15 Prozent. Während sich 10,5 Prozent gar nicht mehr an die Sectiorate erinnern konnten, konnten 15,8 Prozent zumindest angeben, dass sie an Häusern mit unter 30 Prozent Sectiorate tätig seien.

Der überwiegende Teil der WeHen hatte mehr als 50 (46,1 Prozent) oder mehr als 60 (28,9 Prozent) Mitschüler*innen/Kommiliton*innen. 5,3 Prozent der WeHen lernten aber auch mit weniger als 20 Mitschüler*innen/Kommiliton*innen, bei den kumulierten restlichen Prozent der WeHen (19,7 Prozent) waren es 20 bis über 40 Mitschüler*innen/Kommiliton*innen.

34 WeHen waren noch nicht im Externat, 42 hatten den berufspraktischen Einsatz bei freiberuflichen Hebammen bereits beendet. Von den 42 Verbleibenden hatten 41 das Externat in Deutschland absolviert, 1 gab an, außerhalb Europas im Externat gewesen zu sein, mit der Begründung, dass sie „einfach ins Ausland wollte“. 35 WeHen (46,1 Prozent) blieben in Bayern waren, 3 WeHen gingen nach Berlin (3,9 Prozent) und ein*e nach Sachsen (1,3 Prozent). Weitere Bundesländer wurden nicht ausgewählt, aber ein*e werdende Hebamme (1,3 Prozent) gab an, in verschiedenen Bundesländern gewesen zu sein. 15 WeHen hatten in einer Klinik mit Beleghebammen gearbeitet, ein*e werdende Hebamme war in einer Klinik mit hebammengeleitetem Kreißaal (d.h. Hebammen zogen dort nur bei Bedarf Gynäkolog*innen hinzu). 17 WeHen absolvierten das Externat im Geburtshaus, 7 WeHen in Hebammenpraxen mit Geburtshilfe und 11 bei einer Hausgeburtshebamme. 22 WeHen waren im Externat in einer Hebammenpraxis ohne Geburtshilfe.

Tabelle 16: Kenntnisstand von WeHen in der außerklinischen Geburtshilfe nach Schulnoten. Eigene Darstellung

Wissen zur außerklinischen Geburtsnote, Einschätzung mit Schulnote	1	2	3	4	5	6
Anzahl Befragte	0	4	22	18	22	5

48 WeHen (63,2 Prozent) gaben an, dass die außerklinische Geburtshilfe, bezogen auf die gesamte Ausbildungs-/Studienzeit, kein reguläres Unterrichtsthema sei, 28 (36,8 Prozent), dass dies der Fall sei, wobei nur 13 von ihnen bestätigten, dass die außerklinische Geburtshilfe als reguläres Unterrichtsthema gelehrt werde. Davon vermerkten 4 WeHen, weniger als 3 UE in der Theorie zur außerklinischen Geburtshilfe zu haben, zwei 3 bis 5 UE, zwei weitere 5 bis 10 UE. Drei WeHen hatten 10 bis 15 UE und eine 15 bis 20 UE. Mehr als 20 UE wurden nicht angegeben. (Ein*e WeHe beantwortete die Frage nicht.) 23 WeHen kreuzten an, dass die außerklinische Geburtshilfe nicht im Simulationslabor oder SkillsLabor unterrichtet wurde, 4 hingegen, dass dort regulärer Unterricht stattfindet. Davon erklärte ein*e werdende Hebamme, weniger als 3 UE im Labor zu haben, ein*e 5 bis 10 UE, ein*e 10 bis 15 UE und eine 20 bis 25 UE. (Weitere Angaben wurden nicht gemacht.) 23 WeHen führten an, dass die außerklinische Geburtshilfe kein reguläres Unterrichtsthema in der berufspraktischen Ausbildung sei, drei, dass diese in der Berufspraxis thematisiert werde. Bezogen auf den praktischen Unterricht in der außerklinischen Geburtshilfe über alle Ausbildungs-/Studienjahre gaben zwei WeHen an, 3 bis 5 außerklinische berufspraktische UE zu haben, ein*e 20 bis 25 UE.

63 WeHen (82,9 Prozent) stuften ihren Unterricht zur außerklinischen Geburtshilfe als nicht ausreichend, 8 WeHen (10,5 Prozent) als genügend ein. Die Befragten wurden gebeten, ihr Wissen zur außerklinischen Geburtshilfe in Schulnoten anzugeben. 71 WeHen machten hierzu Angaben (vgl. Tab. 16).

Während 21 WeHen (27,6 Prozent) erklärten, nicht in der außerklinischen Geburtshilfe arbeiten zu wollen, konnten sich 50 (65,8 Prozent) diese Tätigkeit vorstellen, wobei nur 11 (14,5 Prozent) von ihnen unmittelbar nach der Ausbildung/dem Studium außerklinisch beginnen wollten und 23,7 Prozent nicht. 21 (27,6 Prozent) kreuzten an, es noch nicht zu wissen.

Acht WeHen (10,5 Prozent) wollten keine außerklinisch erfahrenen Hebammen vor der Aufnahme des Berufs begleiten, 51 (67,1 Prozent) würden dies gern tun. 11 (14,5 Prozent) WeHen gaben an, dies noch nicht zu wissen.

Von 70 WeHen erklärten 5, die Geburtshilfe im Geburtshaus sei nicht mehr zeitgemäß. 71 WeHen beantworteten die Frage, ob die Hausgeburtshilfe zeitgemäß sei. Während der Großteil (58 WeHen) die Hausgeburt als aktuell einstuft, fanden das 13 WeHen nicht.

Wie oben beschrieben hatte auch die Befragung der WeHen nicht das Ziel von repräsentativen Ergebnissen, sondern eine Beschreibung des Ist-Zustands aus der Perspektive der WeHen zu erhalten. Durch die Diversität der Antworten bei Kernfragen, wie beispielsweise zu den Ausbildungsstätten, wurde ersichtlich, dass WeHen von unterschiedlichen Standorten teilnahmen. Die Ergebnisse der Befragung der WeHen weisen *ein* Antwortungsmuster auf, das bei Auswahlfragen stets auf die höchsten oder niedrigsten Werte bei den Antwortmöglichkeiten zielte oder deutlich von den anderen Angaben abwich (zum Beispiel „männlich“). So gab von den 71 befragten WeHen, die die Befragung abschlossen, eine Person an, männlich zu sein, alle anderen gaben an, weiblich zu sein. Die Altersangaben lagen überwiegend zwischen 20 und 25 bzw. zwischen 18 bis 20 Jahren. Neun der Befragten hatten bereits eigene Kinder geboren, wovon zwei zu Hause oder im Geburtshaus zur Welt kamen.

WeHen in Bayern verbrachten den größten Teil ihrer berufspraktischen Ausbildung in großen oder sehr großen Kliniken und Krankenhäusern. Die Kliniken und Krankenhäuser, die als Ausbildungsstätten dienten, wiesen hohe Kaiserschnittraten auf.

Das Externat, also den berufspraktischen Einsatz bei freiberuflichen Hebammen, absolvierten die meisten WeHen in Bayern. Nur ein*e werdende Hebamme war im Ausland gewesen. Die außerklinische Geburtshilfe war nicht an allen Ausbildungsorten reguläres Unterrichtsthema. Die Unterrichtszeit sowie die Gestaltung variierten zudem unter den Standorten sehr. Die WeHen stufen den Unterricht als ungenügend ein.

Dennoch zeigten die WeHen überwiegend Interesse für die außerklinische Geburtshilfe und könnten sich auch vorstellen, selbst außerklinisch tätig zu werden. Dennoch betrachteten sie ihren Kenntnisstand als befriedigend bis unzureichend und würden daher größtenteils zunächst erfahrene Hebammen begleiten, bevor sie außerklinisch tätig werden würden.

Interpretation der quantitativen Befragungsergebnisse

Mit der hier nachfolgend aufgezeigten übergreifenden Auswertung werden die Ergebnisse aus beiden Befragungen verglichen und anschließend interpretiert. Die Befragung bezog sich auf das Bundesland Bayern. Daher sind die Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf andere Bundesländer übertragbar. Vielmehr haben sie einen beschreibenden Charakter der Situation aus der Perspektive der Befragten. Die Daten wurden für die vorliegende Arbeit weder in Form einer Validierungsstudie geprüft, noch kann sicher davon ausgegangen werden, dass die Befragten sämtlich korrekt antworteten. Denn wie Skarbek-Kozietulska et al. (2012) schreiben: „Ob und inwieweit Personen im Rahmen von Befragungen wahre Antworten geben, ist ein oder vielleicht sogar *das* [H.i.O.] Kernproblem der Survey-Methodologie“. Es kann davon ausgegangen werden, „dass Personen im Setting wissenschaftlicher Umfra-

gen in der Regel nicht erratisch antworten oder gleichsam aus Spaß an der Freude lügen“ (Skarbek-Kozietulska et al. 2012: 5f.).

Der Vergleich der Ergebnisse weist einige deckungsgleiche Antworten zwischen jenen der Lehrenden und jenen der WeHen auf, aber auch Abweichungen. Letztere könnten aber an den unterschiedlichen Lehr- bzw. Lernorten der Befragten liegen.

Beide Gruppen gaben an, dass die berufspraktische Ausbildung überwiegend in großen und sehr großen Krankenhäusern stattfand (s. Abb. 14).

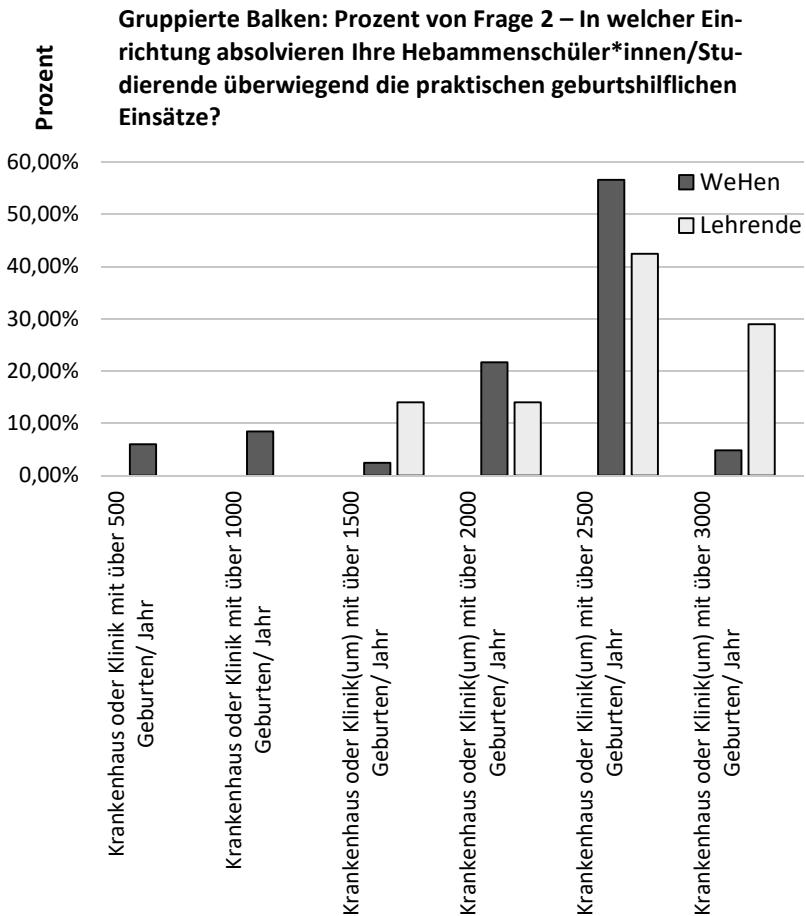


Abbildung 14: Berufspraktische Ausbildungsstätten. Eigene Darstellung

Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass WeHen in Bayern berufspraktisch vornehmlich im klinischen Umfeld sozialisiert wurden. Sie konnten so intensiv auf die klinische Geburtshilfe vorbereitet werden. Dies impliziert aber auch, dass so die Möglichkeit einer Konditionierung auf diese Art der Geburtshilfe gegeben sein könnte, denn es ist „Grundproblem menschlichen Denkens“, in „Denkkategorien gefangen“ zu bleiben, die „uns als erstes angeboten werden“ (Beck 2020a: 166). Die befragten WeHen gaben an, dass die Kaiserschnittraten an ihren Ausbildungsstätten hoch waren. Das deutet darauf hin, dass sie so Risikoschwangerschaften, Risikogeburten und pathologische Verläufe kennenlernen konnten. In der Betreuung dieser Verläufe haben Hebammen nicht die Geburtsleitung, sie sind Assistent*innen der Gynäkolog*innen.

Die Angaben zum Unterricht in der außerklinischen Geburtshilfe unterschieden sich zwischen den Lehrenden und den WeHen. Während die WeHen überwiegend signalisierten, keinen regulären Unterricht in der außerklinischen Geburtshilfe zu erhalten, gaben die Lehrenden an, dieser Unterricht habe regulär stattgefunden (s. Abb. 15). Bei genauerer Betrachtung kann davon ausgegangen werden, dass die außerklinische Geburtshilfe nicht gleichermaßen an allen Ausbildungsorten reguläres Unterrichtsthema war. Zudem variierten die Unterrichtseinheiten sowie die Gestaltung hinsichtlich der Theorie- und Praxiseinheiten unter den Standorten, an denen die WeHen unterrichtet wurde, deutlich. Dennoch formulierten sowohl die Lehrenden als auch die WeHen mehrheitlich, dass sie die Geburtshilfe im Geburtshaus oder zu Hause als zeitgemäß ansahen, wobei das Geburtshaus leicht besser abschnitt als die Hausegeburtshilfe.

Sowohl die Lehrenden als auch die WeHen stuften ihr eigenes Wissen in der außerklinischen Geburtshilfe mehrheitlich eher als mittelmäßig bis unzureichend ein. Obwohl bei den Lehrenden eine Person ihr Wissen mit sehr gut angab, unterrichtete sie die außerklinische Geburtshilfe nicht. Von den befragten Lehrenden war nur eine selbst in der außerklinischen Geburtshilfe tätig. Die meisten WeHen konnten sich nicht vorstellen, direkt nach dem Examen in die außerklinische Geburtshilfe zu gehen, oder konnten dies noch nicht sicher sagen.

Das Externat absolvierten die meisten WeHen in Bayern. Ein*e WeHe gab an, im Ausland gewesen zu sein, wobei die Lehrenden angaben, dass dies an ihren Einrichtungen nicht möglich sei. Das Externat stellt eine Möglichkeit für WeHen dar, die außerklinische Geburtshilfe zu erleben. Um ein außerklinisches Externat nutzen zu können, sind zur Verfügung stehende Angebote und Information hierüber die Voraussetzung. War beides vorhanden, nahmen die WeHen dies an. Dennoch entschieden sich nicht alle WeHen dafür, ein Externat bei einer freiberuflichen Hebamme, die Geburtshilfe zu Hause, im Geburtshaus oder einer hebammengeleiteten Praxis anbot, zu absolvieren.

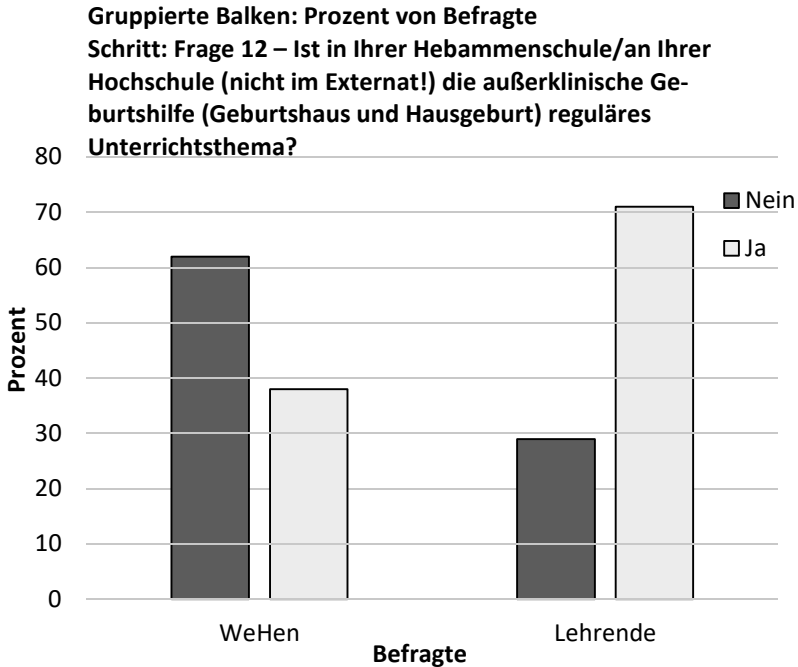


Abbildung 15: Unterrichtsthema außerklinische Geburtshilfe. Eigene Darstellung

Sowohl die Lehrenden wie auch die WeHen führten an, dass Externate auch in Kliniken oder Krankenhäusern bei freiberuflichen Beleghebammen, im hebammengeleiteten Kreißaal oder bei Hebammen, die nicht in der Geburtshilfe tätig waren, abgeleistet wurden. Das könnte bedeuten, dass einige WeHen weder in der berufspraktischen noch in der theoretischen Ausbildung ausreichend Kenntnisse über die außerklinische Geburtshilfe erlangen konnten. Diese Annahme deckt sich mit der Empfehlung der Lehrenden und dem Wunsch der WeHen, vor Beginn einer eigenverantwortlichen geburtshilflichen Tätigkeit zunächst erfahrene Hebammen zu begleiten.

14 Qualitativer Forschungsteil

Im Theorieteil der vorliegenden Arbeit wurden die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Hebammenarbeit, der Hebammenausbildung sowie Eckpunkte zur Akademisierung geschildert. Die Hebammenausbildung in Bayern zeichnet sich demnach bisher durch eine Fokussierung auf die klinische Geburtshilfe aus, wobei die ärztlich-naturwissenschaftlichen Blickwinkel auf das Geburtsgeschehen überwiegen. Die Arbeitsweise der außerklinischen Geburtshilfe unterscheidet sich in ihrem Wesen von der klinischen Geburtshilfe durch einen persönlichen Beziehungsaufbau und die Unterstützung des physiologischen Geburtsverlaufes. Dabei wird auf den Einsatz technischer Geräte und/oder Medikamente weitgehend verzichtet. Nach Dörpinghaus (2013) fand in der berufsfachschulischen, praktischen Hebammenausbildung „eine lebendige Beziehungsgestaltung“ keinen Raum, da sie in einer „norm- und leistungserfassenden Praxisperspektive“, wie sie im klinischen Alltag dominiert, weniger bedeutsam für die Betreuung ist als in der außerklinischen Geburtshilfe. „Die curricularen Grundlagen weisen lediglich einen geburtsphysiologischen, -pathologischen und sozialen Schwerpunkt aus“ (Dörpinghaus 2013a: 195). Schmitz (1994) formuliert, dass die berufsfachschulische Ausbildung als hart bezeichnet werden kann. Zum einen mussten sich die Schüler*innen in einem streng hierarchischen System unterordnen, zum anderen sollten sie „auf die auf sie zukommende physische und psychische Belastung im Berufsleben vorbereitet werden“. Schmitz vermutet, dass den Wehen „unterordnende und altruistische Verhaltensmuster anerzogen werden sollten“ (Schmitz 1994: 80). Durch den Umbruch im Hebammenwesen und die Akademisierung der Hebammenausbildung wurde der originären, eigenständigen Hebammenarbeit und somit auch der außerklinischen Geburtshilfe mehr Bedeutung zugeschrieben und entsprechend in der HebStPrV verankert. Um diese lehren zu können, muss das Wissen der außerklinisch tätigen Hebammen in die Curricula einfließen können. Die Geburtshilfe in Bayern ist jedoch in den Krankenhäusern ärztlich geprägt. Das Verhältnis zwischen Gynäkolog*innen und Hebammen „kann als ungleich und konkurrierend charakterisiert werden“ (Dörpinghaus 2013a: 195). Strukturen zu schaffen, die es ermöglichen, außerklinische Geburtshilfe in den Kliniken zu lehren, beispielsweise durch die verpflichtende, flächendeckende Angliederung von hebammengeleiteten Einrichtungen an bayerischen Kliniken, ist derzeit nicht im Krankenhausplan hinterlegt (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020).

In diesem Teil der Untersuchung ist von Interesse, wie sich außerklinisches Hebammenwissen in Bayern entwickelt hat und wie es zukünftig an Hochschulen gelehrt werden kann. Hierfür wurden Interviews mit außerklinisch tätigen Hebammen geführt.

Für die Erhebung qualitativer Daten mit Interviews nehmen Forschende persönlichen Kontakt mit den zu befragenden Personen auf. Die Forschenden als Subjekte werden so unweigerlich Teil des qualitativen Forschungsprozesses (Lettau/ Breuer 2007). Dieser Aspekt wird umso wesentlicher, je näher die forschende Person durch ihre eigene Biographie am Forschungsfeld, -gegenstand oder -thema bzw. an den befragten Personen selbst angebunden ist (Lohmeier 2018: 29f.). Um die Nähe der Forschenden zum Forschungsfeld beschreiben zu können, prägte Pike (1967) die „etic and emic standpoints“ die Harris (1976) weiterentwickelte (Harris 1976; Pike 2015). Ein emischer Standpunkt zeigt, dass die Forschenden einen klaren Bezug zum Forschungsfeld aufweisen können, in irgendeiner Form in das Forschungsfeld eingebunden oder mit dem Forschungsgegenstand vertraut sind, während Forschende mit etischem Standpunkt keine Verbindungen aufweisen (Lohmeier 2018: 30f.).

Für die hier vorliegende Arbeit wurde von einem emischen Standpunkt aus geforscht, die Forscherin kennt das Feld und hat Einblick in den Forschungsgegenstand sowie in das -thema. Auch wenn sie selbst keine eigene Berufserfahrung als geburtshilflich außerklinisch tätige Hebamme vorweisen kann, hat sie sich doch mit diesem Feld viele Jahre beschäftigt und auch ihre eigenen Kinder außerklinisch geboren. Diese Erkenntnisse und Erfahrungen mündeten in die Entwicklung dieses Forschungsprojekts ein. Ein gewisses Maß an Vorkenntnissen ist für den Forschungsprozess insofern relevant, da ein Verständnis für die Arbeitsweise vorliegen muss, um relevante Daten auswerten zu können. Für den qualitativen Teil dieser Arbeit sind jedoch die *eigenen* Erfahrungen und Haltungen von in Bayern außerklinisch tätigen Hebammen von Interesse, die bereits WeHen angeleitet haben. „Außerklinisch tätige Hebammen“ meint hier Hebammen, die entweder in der Hausgeburtshilfe oder im Geburtshaus tätig sind oder Berufserfahrung in diesem Bereich gesammelt haben. Daher ist die Forscherin selbst nicht Teil dieser eng definierten Gruppe und entsprechend aus persönlichem wissenschaftlichem Interesse, jedoch nicht emotional mit dem Forschungsgegenstand verweben.

Die befragten Hebammen zeigten sich sehr aufgeschlossen und teilten ihr Expert*innenwissen bereitwillig, um werdende Hebammen zu unterstützen. Das zeigte sich an Äußerungen wie:

„[...]“, dass sie sich so viel wie möglich angucken sollen. Und sich für das entscheiden, wo ihr Herz schlägt. Und die Angst gar nicht so ein großes Thema sein sollte, weil man nicht reingeworfen wird. Also du kriegst sowohl in der Klinik als auch in der AußerKlinik ne super Einarbeitung und, ähm, ja. Das sollte man nach

dem entscheiden, wo man am meisten sich wohl fühlt. Ja“ (Transkript B09, Pos. 1020–1025).

„[...] aber wir müssen immer an uns arbeiten. Nie stehen bleiben und, [...] viel Gefühl mitbringen. Viel hören, sehen, beobachten, wie sich die Frau benimmt und so weiter. Das ist die Gabe, die wir Hebammen lernen müssen. Und das können wir nicht lernen, wenn die Frau im Bett liegt mit einer PDA. Und, das lernen sie in der außerklinischen Geburtshilfe“ (Transkript B10, Pos. 984–989).

„[...] die kriegen ja die Angst gelernt. Weil die ist ja das Wichtigste, in der Geburtshilfe, in der klinischen. Und die haben sie verinnerlicht. Und das ist ja eigentlich das, was du ihnen wieder ablernen musst [...], also das Wichtige ist, dass sie das Vertrauen wieder lernen [...] in diesen natürlichen Vorgang und in die Frauen [...]. Dass sie das mitkriegen. Also, die Haltung. Ja“ (Transkript B07, Pos. 1290–1299).

„Aber Erfahrung allein ist es nicht. Sondern es ist wirklich [...] so dieses Sich-Erden. Und das den Frauen zutrauen. Und das der Natur auch zutrauen. Aber mit einem wachen Auge. Im Hintergrund mit dem Wissen der Pathologie, dass ich das einfach rausfische. Also, das Wissen ist schon glaube ich auch wichtig. Dass man nicht nur sagt, na ja, die Natur machts schon und die Natur gibts und die Natur nimmts. Sondern dass man echt so mit wachen Adleraugen draufschaut. Und dann fischt man schon immer, brenzlige Geschichten kann man dann schon so rausfischen. Und ein Prozent Risiko bleibt immer, was auch mal ein Notfall wird“ (Transkript B03, Pos. 1087–1097).

14.1 Sampling und Stichprobe

Zur Kontaktaufnahme mit den späteren Interviewpartner*innen wurde das Schneeballprinzip angewandt (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014). Dies „funktioniert nach dem Prinzip, dass geeignete Interviewpartner weitere geeignete Interviewpartner kennen“. Es eignet sich immer dann, wenn von einem „dichten sozialen Zusammenhang“ in Untersuchungen ausgegangen werden kann (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 59). Für die vorliegende Arbeit stellte sich das Schneeballprinzip als passende Möglichkeit heraus, um mit außerklinisch tätigen Hebammen in Kontakt zu treten, da diese in Bayern untereinander sehr gut vernetzt sind und eine sehr kleine Personengruppe innerhalb der ebenfalls überschaubaren Gruppe der Gesamtheit an bayerischen Hebammen bilden.⁸⁰

80 2019 meldeten 80 Prozent der in Deutschland außerklinisch tätigen Hebammen ihre Daten zur Qualitätssicherung an die QUAG. In Bayern entsprach dies 100 Hausgeburtshebammen und 19 HgE, wobei einige Hausgeburtshebammen auch in HgE tätig sind (vgl. Wiemer 2021).

Nach Wiemer (2021) meldeten im Jahre 2019 80 Prozent der in Deutschland außerklinisch tätigen Hebammen ihre Daten zur Qualitätssicherung an die QUAG. In Bayern entsprach dies 100 Hausgeburtshebammen und 19 HgE, wobei einige Hausgeburtshebammen auch in HgE tätig sind (Wiemer 2021). Hebammen in Bayern begegnen einander entsprechend auch bewusst oder unbewusst im Rahmen ihrer Berufstätigkeit oder im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen, Kongressen oder anderen Veranstaltungen, beispielsweise von Berufsverbänden.

Der erste Kontakt wurde zu einer Hebamme (B01) hergestellt, die der Forscherin von früher bekannt war, da beide einige Zeit in der gleichen Stadt berufstätig waren.⁸¹ B01, die im Dezember 2019 interviewt wurde, bildete den Anfang der Schneeballbefragung, woraus sich eine Kette mit insgesamt zehn Teilnehmenden entwickelte. Die Interviewpartner*innen wurden hierfür immer am Ende des Interviews nach zwei ihnen bekannten in Bayern außerklinisch tätigen Hebammen, die ebenfalls WeHen aufnehmen, befragt.

Angefragt wurde stets zunächst der Kontakt, der als Erstes genannt worden war. Willigte diese Person ein, sich interviewen zu lassen, wurde der zweitgenannte Kontakt nicht mehr angefragt; willigte diese Person nicht ein, wurde auf den zweiten Kontakt zurückgegriffen. Konnte oder wollte eine Hebamme nur einen Kontakt nennen und willigte diese Person nicht ein, wurde auf den bisher letztgenannten und nicht angefragten Kontakt zurückgegriffen. Dieses Prinzip führte dazu, dass es zu keiner Unterbrechung in der Befragungskette kam. Zwei angefragte Hausgeburtshebammen und eine Geburtshaushebamme sagten ihre Bereitschaft zunächst zu, zogen diese dann aber aufgrund von beruflicher Überlastung wieder zurück.

Das Auswahlverfahren von Interviewpartner*innen wirkt sich auf das Sample aus. Ein Nachteil des Schneeballprinzips kann entstehen, wenn sich die befragten Hebammen untereinander austauschen, bevor das Interview stattfindet. Die Hebammen könnten sich im Vorfeld gegenseitig beeinflussen (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 59f.). Auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass dies geschah, hat dieser Aspekt für die hier vorliegende Arbeit kaum Bedeutung; denn der Zweck der Interviews war, die *persönlichen* Erfahrungen der einzelnen Hebammen und *ihre* Gedanken zum Ist-Stand der berufspraktischen Ausbildung von WeHen in Bayern und zu Verbesserungsmöglichkeiten herauszuarbeiten.

Im Verlauf der Befragung gab es drei Situationen, in denen die Forschende und die zu befragende Hebammen einander bereits begegnet waren:

81 Aufgrund der überschaubaren Größe der Stadt, in der beide Hebammen praktizierten, kannten sich die Hebammen nach einigen Monaten untereinander zumindest flüchtig, auch, wenn sie nicht zusammenarbeiteten.

- Situation 1/Interviewpartner*in, mit der das Sampling begann: Die Bekanntschaft bestand durch die Hebammentätigkeit in der gleichen Stadt (s.o.).
- Situation 2: Eine Interviewpartner*in stand bereits aufgrund einer Fortbildung in Kontakt mit der Forscherin, wurde aber auch im Rahmen des Samplings empfohlen.
- Situation 3: Eine Interviewpartner*in, die ebenfalls im Schneeballprinzip empfohlen worden war, hatte die Forscherin im Rahmen ihrer eigenen Hebammenausbildung beim berufspraktischen Einsatz bei freiberuflichen Hebammen kennengelernt. Diese Begegnung lag jedoch 23 Jahre zurück.

Es ist unwahrscheinlich, dass diese Begegnungen die Ergebnisse dieser Arbeit beeinflusst haben, da die Hebammen aufgefordert waren, ihre persönlichen Erfahrungen zu schildern. Relevant für die vorliegende Arbeit war die außerklinische Erfahrung der Hebammen und der damit einhergehende Wissensaufbau. Nach weiteren Parametern wurde nur gefragt, wenn sich dies im Gespräch ergab. In Tabelle 17 wurde das mit dem Begriff „Keine Angabe“ (K.A.) hinterlegt.

Alle Hebammen gaben an, ihre Berufstätigkeit an das eigene Sozial- und Familienleben anzupassen. Die Anzahl der angegebenen Geburten unterlag Schwankungen, zum Beispiel durch eigene Mutterschaft.

Tabelle 17: Angaben zu den Befragten. Eigene Darstellung

Befragte/ Stelle Transcript	Jahre außer- klinisch	Schwanger-en- vorsorge	Hausgeburt (HG)	Geburtshaus (GH)	Klinik	Wochenbett/ Stillen	Kurse
B01 Pos. 25 Pos. 29–30 Pos. 175–176 Pos. 190–191 Pos. 195 Pos. 199–208	Über 30	Ja	Überwie- gend, 30- 40 Ge- burten pro Jahr (mit Klinik)	Nein	Vereinzelt als Begleitbeleg- hebamme (Eins-zu-eins- Betreuung)	Ja	K.A.
B02 Pos. 13 Pos. 50–51 Pos. 68 Pos. 1118– 1119	26	Ja	Überwie- gend, 30- 40 Ge- burten pro Jahr	Nein	Vereinzelt als Begleitbeleg- hebamme (Eins-zu-eins- Betreuung)	Ja	Frü- her

Befragte/ Stelle Transkript	Jahre außer- klinisch	Schwanger-en- vorsorge	Hausgebur- t (HG)	Geburts-haus (GH)	Klinik	Wochenbett/ Stillen	Kurse
B03 Pos. 14–16 Pos. 63–72 Pos. 77–84 Pos. 190–192	27	Ja	Aus- schließ- lich; seit 15 Jahren zu zweit; 20–25 Geburten	Nein	Erfahrung als Beleg- hebamme; aktuell nicht	Ja	K.A.
B04 Pos. 152–160 Pos. 45–46 Pos. 243–246 Pos. 144–152	39	Ja	Überwie- gend; rund 40 pro Jahr	K.A.	Erfahrung; aktuell nicht	Ja	K.A.
B05 Pos. 29–49	30	Ja	Ja	Nein	Erfahrung; aktuell nicht	Ja	K.A.
B06 Pos. 42–48 Pos. 83 Pos. 171–175 Pos. 435 Pos. 1021 Pos. 1152	10	Ja	Ja; rund 25 Geburten pro Jahr	Ja	Belegsystem	Ja	Nein
B07 Pos. 22 Pos. 26–27 Pos. 35–38 Pos. 40–50 Pos. 52–55 Pos. 253	30	Ja	Ja; 1990– 1994: 85 Ge- burten pro Jahr, dann re- duziert	Ja Aktuell Ge- burtshil- fe – im Team 255 Gebur- ten (inkl. Haus- geburten)	Erfahrung als Beleg- hebamme; aktuell nicht	Ja	Ja

Befragte/ Stelle Transkript	Jahre außer- klinisch	Schwanger-en- vorsorge	Hausgebur- t (HG)	Geburts- haus (GH)	Klinik	Wochenbett/ Stillen	Kurse
B08 Pos. 51 -56 Pos. 79 Pos. 59–60 Pos. 277 Pos. 1872– 1883	30	Ja	Ja; Anzahl reduziert auf 15– 25 Ge- burten im Jahr	Ja	Belegsystem	Ja	Ja
B09 Pos. 387–389 Pos. 788 Pos. 550 Pos. 770	1	Ja	Im GH ca. 200 Ge- burten pro Jahr	Arbeitet nur im GH	Nein	Nein	K.A.
B10 Pos. 23–27 Pos. 124–125	13 Team	Ja	Ja	Ja (mit Per- sonal), 210 bis 270 Ge- burten pro Jahr	30 Jahre Er- fahrung als Beleg-heb- amme; aktuell nicht	Ja	Ja

Abkürzungen: K.A.: Keine Angabe; GH: Geburtshaus; HG: Hausgebur

14.2 Explikation der Durchführung und Methodik

Es war von Interesse, bei der Datenerhebung den Sichtweisen der Hebammen möglichst viel Raum zu lassen, um sowohl gesellschaftlich-strukturelle und organisatorische Themenfelder als auch inhaltliche, fallbezogene oder handwerkliche Themenfelder aufnehmen zu können, da all diese Aspekte die Wissensentwicklung prägen. Hierfür wurden die persönlichen Erfahrungen und Haltungen der befragten außerklinisch tätigen Hebammen erfasst, aber auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hinterfragt, da diese die Hebammentätigkeit prägen und Hebammen wiederum auch die Gesellschaft prägen können.

Die Interviewpartner*innen willigten schriftlich in die Teilnahme an den Interviews ein. Acht von zehn Hebammen gaben an, namentlich in der Arbeit

genannt werden zu wollen, da es sich um ihr (Expert*innen-)Wissen handle. Ihre Namen wurden zu Beginn der Arbeit aufgeführt.

Aufgrund der Coronavirus-Pandemie musste die Hälfte der Interviews telefonisch geführt werden. Den Interviewort und -verlauf bestimmten die Befragten. Pausen oder Unterbrechungen wurden als solche dokumentiert. Alle Interviews wurden digital aufgenommen und anschließend verschriftlicht. Die Transkription erfolgte nach dem Transkriptionssystem in Anlehnung an Dresing und Pehl (Dresing/Pehl 2015: 21f.). Dabei wurden nur „Merkmalsaspekte im Transkript dokumentiert, mit denen in der Auswertung und Analyse tatsächlich gearbeitet“ wurde (Breuer et al. 2019: 246). Daher wurde wörtlich transkribiert, und Dialekt, wann immer möglich, ins Hochdeutsche übertragen oder das hochdeutsche Wort in Klammern – zum Beispiel: „Dizi (Schnuller)“ – ergänzt. Starke Wortverschleifungen wurden geglättet. Halbsätze, Wort- und Satzabbrüche wurden transkribiert. Ebenso wurden Füllwörter wie „ähm“ verschriftlicht. Falls es für das spätere Leseverständnis erforderlich war, wurde die Stimmungsäußerung „Lachen“ notiert. Die Interviewerin wurde mit „I“ gekennzeichnet, die Befragten mit „B“. Personenbezogene Daten wurden im Transkript anonymisiert. Mit Abschluss der Arbeit wurden die digitalen Interview-O-Ton-Aufzeichnungen gelöscht.

Obwohl alle Interviewpartner*innen eint, dass sie außerklinisch in Bayern tätig waren und Erfahrung in der Anleitung von WeHen hatten, unterschieden sie sich doch durch ihre Persönlichkeiten, Erfahrungen und Spezialisierungen. Neben retrospektiven leitfadenorientierten narrativen Interviews (Onnen-Isemann 2000: 67) wurden zwei narrative Expert*inneninterviews geführt, die sich nicht am Leitfaden orientierten. Welche Methode zum Einsatz kam, entschied sich bereits im Rahmen des Vorgesprächs zur Terminsuche und somit zur Abklärung, ob die Interviewpartner*innen eine, für die vorliegende Arbeit relevante, Sonderrolle als Fachexpert*innen in der Berufsgruppe der Hebammen innehatten. Die Expert*innen wurden von den bereits befragten Hebammen als Expert*innen vorgeschlagen.

„Das narrative Interview stellt eine besondere Form des offenen Interviews dar. In der gemeinsam mit dem potentiellen Erzähler herzustellenden Interviewsituation wird der Informant darum gebeten und darin unterstützt, seine eigenen Erlebnisse als Geschichte [i.O.m.H.] zu erzählen“ (Glinka 2003: 9). Das narrative Interview in seiner Reinform bedient sich der „Stegreiferzählung“ (ebd.), das bedeutet: „Im Stegreiferzählvorgang eigener Ereignisverwicklungen soll die in die Gegenwart transportierte Erfahrungsaufschichtung [i.O.m.H.] durch die Dynamik des Erzählvorgangs wieder verflüssigt werden. [...] Die zurückliegenden Erlebnisse werden sozusagen wieder lebendig [i.O.m.H.]“ (ebd.). Nachteilig kann sich auswirken, dass die Interviewpartner*innen Erinnerungslücken haben können, die aber in der Regel während des Erzählflusses ausgeglichen werden können (ebd.). Nach der „Aushandlungsphase“, in welcher den Befragten ein Thema und somit ein

„Erzählstimulus“ vorgesetzt wird, werden die Rahmenbedingungen, wie der Sinn des Interviews, erklärt. Danach haben die Befragten „das uneingeschränkte Rederecht“ und gehen in die „Haupterzählung“ über (Glinka 2003: 11f.). Im abschließenden Nachfrageteil werden thematische Fragen gestellt sowie Verständnisfragen (ebd.: 15).

Narrative Interviews stoßen dort an ihre Grenzen, wo Interviewpartner*innen keine „Geschichte erzählen“ können (Glinka 2003: 41). Deshalb setzt die Methode voraus, „dass die den Forscher interessierende soziale Erscheinung für den potentiellen Erzähler erlebten Prozesscharakter beinhaltet. Und dieser Prozesscharakter muss vom Informanten auch erkannt werden“ (ebd.). Somit „sind dann von unserem Forschungsverfahren solche sozialen Abläufe ausgeschlossen, die bisher nicht in die Aufmerksamkeit des potentiellen Informanten vorgedrungen sind“ (ebd.).

Die Form der narrativen Expert*inneninterviews kombiniert hier das narrative Interview mit dem systematisierten Experteninterview, das auf das Fachwissen der Expert*innen abzielt, und zwar sowohl faktisch als auch prozessual (Bogner et al. 2014: 24f.). Die Methode der Experteninterviews geht davon aus, dass „bestimmten Personen“ der Expertenstatus für einen bestimmten Wissens- oder Erkenntnisbereich „zugesprochen“ werden kann (Misoch 2019: 120). Erzählstimuli für die narrativen Expert*inneninterviews waren im Besonderen die QUAG und die THK (s. Kap. 3). Ergänzend wurden die Interviewpartner*innen zu Teilbereichen aus dem Leitfaden im einleitenden Aushandlungsteil sowie im abschließenden Nachfrageteil der narrativen Interviews befragt.

Während „restriktive Vorgaben, wann, in welcher Reihenfolge und wie Themen zu behandeln sind, in standardisierten Interviews oder Fragebögen den Weg zur Sicht des Subjekts eher verstellen als eröffnen“, können in leitfadenorientierten Interviews „mehr oder minder offen formulierte Fragen in die Interviewsituation mitgebracht [i.O.m.H.] werden, auf die der Interviewte frei antworten kann“ (Flick 1995: 112).

Im Leitfaden fanden sich Fragen zu folgenden Kategorien:

- Persönliches/Werdegang
- Hausgeburtshilfe
- Geburtshilfe im Geburtshaus
- Außerklinische Geburtshilfe – berufspraktische Ausbildung von WeHen
- Hebammenwissen im Simulationslabor
- Traditionelle Hebammenkunst
- Betreuungsbogen (Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit)

Der Leitfaden wurde zur Groborientierung eingesetzt und stellte keinen abzuarbeitenden Plan dar.

Durch die Kombination der hier beschriebenen Methoden wurde für die Befragung die Methode des retrospektiven leitfadenorientierten narrativen (Expert*innen-)Interviews eingesetzt (vgl. Onnen-Isemann 2000: 67). Der Vorteil dieser Methode zeigte sich darin, dass die befragten Hebammen einerseits eine Struktur vorfanden, anhand derer sie erzählen konnten, andererseits aber selbst den Schwerpunkt setzen konnten, zu welchem Themenfeld sie mehr erzählen wollten. Es war nicht intendiert, dass die Hebammen zu allen Kategorien, die der Leitfaden umfasste, Antwort gaben, und es wurden auch nicht immer alle hierzu möglichen Fragen gestellt, denn es sollten in möglichst offenen Gesprächen insbesondere die Erfahrungen der Hebammen zur außerklinischen Geburtshilfe und ihren Erfahrungen mit der berufspraktischen Ausbildung von Wehen geschildert werden.

Jede Person nimmt Situationen anders wahr, was zu subjektiven Realitäten und Handlungsweisen führt. Aber: „Da Individuen immer vergesellschaftet sind, erweisen sich die subjektiven Realitätskonstruktionen nicht als rein individuelle, sondern als hochgradig sozial beeinflusste Sichtweisen auf die uns umgebende Realität“ (Misoch 2019: 27). Daher ist davon auszugehen, dass Personen, die in demselben beruflichen Kontext sozialisiert sind, ähnliche Erfahrungen machen. Die Sättigung der im Leitfaden abgebildeten Kategorien (mit Ausnahme der Kategorie „Persönliches/Werdegang“) wurde deshalb als erreicht gesehen, wenn mindestens zwei Hebammen ähnliche Erfahrungen, Situationen, Prozesse oder Rahmenbedingungen geschildert hatten. Hierfür waren insgesamt zehn Interviews mit einer Dauer von 57 Minuten bis 2 Stunden (im Mittel: 1,5 Stunden) erforderlich.

14.3 Auswertung der qualitativen Interviews

Um die Gütekriterien qualitativer Forschung hinsichtlich Nachvollziehbarkeit und Regelgeleitetheit gerecht zu werden, wird nachfolgend beschrieben, wie die Datenanalyse erfolgte. Als Ausgangsmaterial wurden die transkribierten Interviews verwendet, die inhaltlich analysiert wurden.

Für die Analyse wurde das Material hinsichtlich zweier großer Bereiche gesichtet, die als „gesellschaftliche Strukturen“ sowie „persönliche Organisationsstrukturen, Erfahrungen, Haltungen und Kenntnisse der befragten Hebammen“ bezeichnet werden. Dabei war es von Interesse herauszuarbeiten, wie sich außerklinisches Hebammenwissen in Bayern entwickelte und wie es an Hochschulen gelehrt wird. Es wird angenommen, dass dieses Wissen gesellschaftlich geprägt wurde, aber auch, dass es die Geburtshilfe prägen kann, dass es teilweise expliziert und systematisiert und so auch für die Lehre an Hochschulen aufbereitet werden kann. Neben der Übertragung der Erfahrungen auf theoretisch vermittelbaren Inhalt ist auch die Lehre im Simulations-

labor oder im Skillslabor denkbar. Es ist jedoch nicht möglich, alle Aspekte zu berücksichtigen. Daher werden die gesellschaftlichen Aspekte aus berufssoziologischer Perspektive nur insofern beschrieben und ausgeleuchtet, wenn sie im Zusammenhang mit der Wissensvermittlung stehen. Das Hauptziel der Analyse ist es zu ermitteln, wie und ob außerklinisches Hebammenwissen im Simulationslabor und/oder SkillsLab unterrichtet werden kann und ob Themen und/oder Fallbeispiele hierfür beschrieben werden können. Die Vermittlung von Wissen in der Berufspraxis betrifft Hochschulen nur indirekt und ist daher nicht Teil der vorliegenden Arbeit. Erfahrungswissen, das nicht expliziert werden kann, ist dann von Interesse, wenn es gezeigt werden kann. Ahnung und Intuition sind zwar wesentliche Bestandteile der Hebammen-tätigkeit, nicht jedoch Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Aufgrund der großen Datenmengen, die aus sich aus den Interviews ergaben, wurde zur Aufbereitung und Analyse der Daten mit einer Software gearbeitet.⁸²

Datenanalyse

Die Inhaltsanalyse nach Mayring ist in der Literatur ausführlich beschrieben worden (Mayring 2010, 2015, 2016). Darunter wird ein qualitatives Verfahren zur Strukturierung und Auswertung von Textdaten verstanden. Sie ist ein kodierendes Auswertungsverfahren, indem Daten Kategorien zugeordnet werden. Die Kategorien können sowohl deduktiv gebildet werden, indem sie anhand von bereits theoretisch fundierten Erkenntnissen erstellt werden, oder aber induktiv, indem sie sich aus dem Datenmaterial ergeben. Die Inhaltsanalyse eignet sich für Fragestellungen, die primär am Inhalt orientiert sind, es kann aber auch mit anderen Auswertungsverfahren kombiniert werden, zum Beispiel in Form der Triangulation.

Die Inhaltsanalyse nach Mayring folgt dabei Regeln (vgl. Mayring 2010, 2015, 2016):

- Erkenntnisinteresse festhalten;
- zu untersuchendes Material (zum Beispiel Transkripte, Zeitschriftenartikel, Filme, Notizen etc.) festlegen;
- Entstehung des Materials analysieren (Wie ist es entstanden?);
- Material beschreiben (Was liegt vor und wie ist es aufbereitet?);
- Fragestellung präzisieren (die Fragestellung gibt den Weg der Analyse vor);

82 Die Software MAXQDA wurde zunächst für die Methode der Grounded Theory entwickelt (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 191). MAXQDA wurde erweitert und ermöglicht die Nutzung für unterschiedlichste qualitative Forschungsmethoden zur Auswertung qualitativer Daten. Mit MAXQDA können Kategorien gebildet, Codes und Subcodes vergeben, die Daten analysiert und die Ergebnisse dargestellt werden, um die Forschungsfrage entweder zu beantworten, zu schärfen oder zu generieren und die Ergebnisse dargestellt werden, um die Forschungsfrage entweder zu beantworten, zu schärfen oder zu generieren.

- Anbindung der Fragestellung an vorhandene Theorien;
- **eigentliche Analyse:**
 - Festlegung der Technik (Strukturierung, Zusammenfassung, Explikation),
 - Festlegung des Ablaufs (Schritte der Dateninterpretation),
 - Erarbeitung und Festlegung des Systems der Kategorien:
 - Festlegung der Kodierreihenfolge (Auswertungseinheit),
 - Festlegung des kleinsten zu kodierenden Bestandteils des Textes (Kodiereinheit),
 - Festlegung des größten zu kodierenden Textbestandteils (Kontexteinheit).

Für die hier vorliegende Arbeit wurde zur Analyse der Daten die Software MAXQDA in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring eingesetzt (Mayring 2010: 110–115). Hierfür wurden die transkribierten Interviews als unveränderliches Ausgangsmaterial in das Auswertungsprogramm hochgeladen. Der Ablauf der Analyse wird in Abbildung 16 dargestellt.

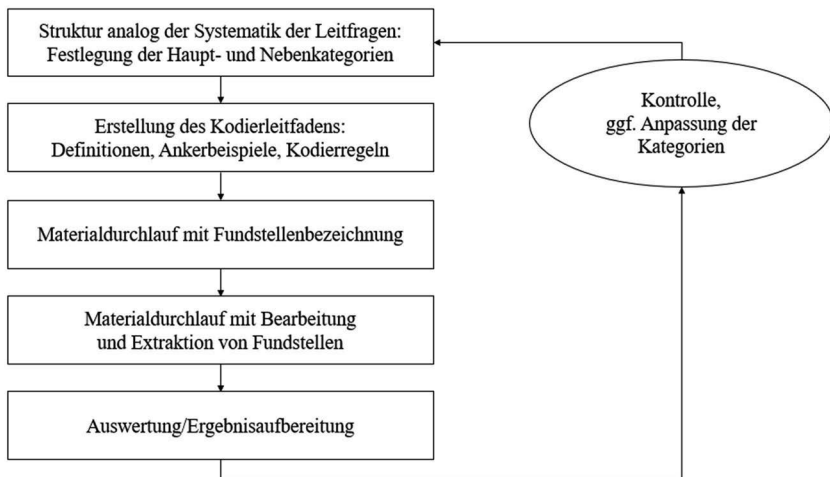


Abbildung 16: Inhaltliche Datenanalyse. Eigene Darstellung nach Mayring (2010)

Zunächst wurde jedes Transkript einzeln analysiert und softwarebasiert deduktiv inhaltlich strukturiert (Mayring 2010: 114), indem das narrative Material anhand der für den Leitfaden entwickelten Kategorien zugeordnet wurde.

Zum Beispiel:

Hauptkategorie: Persönliches/Werdegang

Zudem wurden erste Kodes definiert, zum Beispiel:

Hauptkategorie: Persönliches/Werdegang Berufserfahrung

Kode: Entscheidung für den Weg

Mit Abschluss der Einzelfallanalyse des letzten Transkriptes wurden alle Transkripte erneut untersucht und die Zuordnung zu den bisherigen Hauptkategorien und Kodes überprüft.

Die befragten Hebammen berichteten sehr reflektiert und setzten viele ihrer Erlebnisse und Schilderungen selbst in einen historischen oder gesellschaftlichen Kontext. Da sich aufgrund der anwachsenden Erkenntnisse neue Kodes und zudem zu manchen Kodes Subkodes aus den Erzählungen herausgebildet hatten und auch die Bezeichnungen der Hauptkategorien spezifischer gestaltet werden konnte, mussten teilweise bisherige Zuordnungen gelöscht, bereits vorhandene Bezeichnungen geschärft und die Inhalte neuen Kodes oder Subkodes zugeordnet werden.

Die Inhalte konnten so zwar strukturiert werden, waren aber noch immer so weit gefasst, dass sie den für die vorliegende Arbeit gewünschten Kontext des *Erfahrungswissens* transportieren konnten. Das heißt, die Datenmenge konnte durch diese Arbeitsweise reduziert werden, ohne auf ein Abstraktionsniveau gehoben werden zu müssen, durch welches das Erfahrungswissen nicht mehr adäquat darstellbar gewesen wäre.

Die Veränderungen wurden durch Streichen von zunächst festgelegten und neu gefundenen Begriffen vorgenommen sowie durch die weitere Untergliederung der Kodes. Dies wird im Folgenden beispielhaft dargestellt:

Kategorie: ~~Persönliches/Werdegang~~ Berufserfahrung

Kode: Entscheidung für den Weg

Subkode: Tipps für WeHen

Darstellung der qualitativen Befragungsergebnisse

Aufgrund des hohen Informationsgehalts der Interviews gestaltet sich die Darstellung der qualitativen Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit als herausfordernd. Der Fokus der Auswertung liegt auf dem Erkenntnisgewinn für die zukünftige berufliche, außerklinische Qualifizierung. Alle anderen dargestellten Aspekte haben beschreibende Funktion, um die Wissensentwicklung sowie die damit einhergehenden (gesellschaftlichen) Strukturen verdeutlichen zu können. Dabei war von besonderem Interesse, in welchem Kontext außerklinisches Hebammenwissen in Bayern eingebettet wird und in welchem Kontext es zukünftig weitergegeben werden kann.

Die extrahierten Aspekte werden durch wörtlich zitierte Passagen aus den Interviews dargestellt und durch ebendiese auch strukturiert. Die hier dargelegten Passagen in Form von Exzerpten sind einzelne Sequenzen aus den Interviews. Die Passagen spiegeln ausschließlich die Erfahrungen und Haltungen der Befragten wider, die auf ihrem Gebiet Expert*innen sind. Die zitierten Interviewpassagen sind nur zu verstehen, wenn der Gesamtkontext zugrunde gelegt wird, indem die qualitativen Forschungsergebnisse in Verbindung mit den beschreibenden, theoretischen Kapiteln verknüpft werden. Die Rückanbindung der Kategorien erfolgt im Folgenden daher durch Kapitelverweise.

Wie sich anhand des analysierten Materials zeigt, können die in Zusammenhang mit dem Aufbau und der Vermittlung von Wissen im Hebammenwesen stehenden Hauptkategorien in zwei Bereiche unterteilt werden. Ein Bereich betrifft die gesellschaftlichen Strukturen, der zweite Bereich die persönlichen Organisationsstrukturen, Erfahrungen, Haltungen und Kenntnisse der befragten Hebammen. Dabei gibt es deutliche Schnittmengen in beiden Bereichen, die sich wiederum auf die Weiterentwicklung des Hebammenwesens, den Wissenserwerb und/oder die Wissensweitergabe auswirken können, da sie, je nach betrachtetem Aspekt, sich häufig gegenseitig bedingen, parallel verlaufen, miteinander einhergehen oder (in Teilen) eng miteinander verzahnt sind (s. Abb. 17).

Eine Übersicht, wie die Hauptkategorien mit den Kodes und Subkodes in Verbindung stehen, ist Anhang II einzusehen. Hier wurden auch die Häufigkeiten von Nennungen der einzelnen Kodes und Subkodes kumuliert und zu den Hauptkategorien geschrieben. Der kleinste gemeinsame Nenner aus den Interviews spiegelt sich in der Formulierung der Kodes und Subkodes wider.

Im Folgenden werden die aus den Interviews gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse geschildert. Dabei werden die Ausführungen der Hebammen bewusst umfangreich wiedergegeben, um später, in Kapitel 15, die Interdependenzen zwischen dem Erleben der Hebammen und den gesellschaftlichen Strukturen sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene darstellen zu können.

Die befragten Hebammen machten aus ihren individuellen und sehr persönlichen Erfahrung Angaben zu Themenfeldern, die sich *nicht vollständig explizieren* lassen. Für WeHen relevantes Erfahrungswissen, das gezeigt werden kann, fiel nicht unter diese Kategorie und wurde anderweitig kodiert. Die wesentlichen Schlagworte waren:

- Glaube/Spiritualität/Talisman (bei und von Frauen, Familien und Hebammen);
- Verlass auf eigene Ressourcen;
- Hilfe durch Anwesenheit oder Abwesenheit;
- Respekt (vor Situationen, Personen, sich selbst).

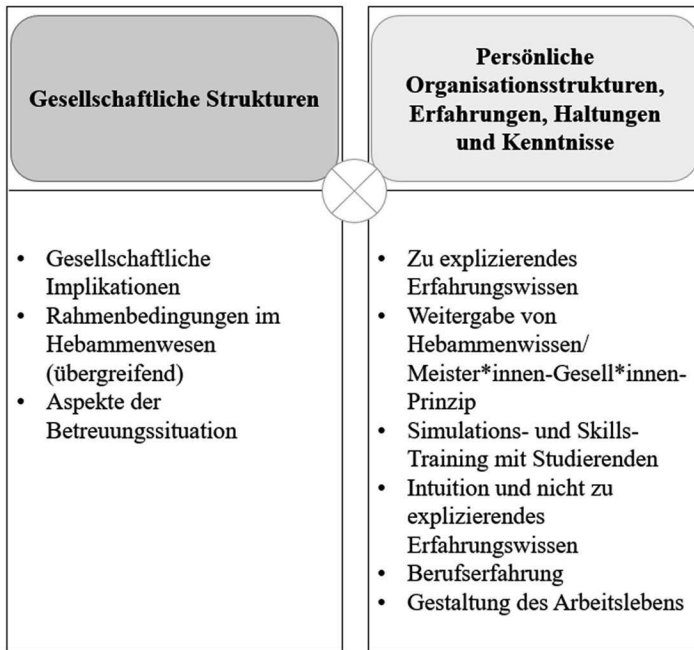


Abbildung 17: Bereiche und Hauptkategorien. Eigene Darstellung

Ein besonderer Talisman begleitet B08 zu jeder Geburt. Ihr wurde eine handgeschnitzte entbindende Frau von einem Paar aus der Mongolei geschenkt. Dort gilt diese Figur als Symbol für Schutz, für die Familien wie die Hebammen. B08 nutzt die Symbolkraft. Sie zeigte den Talisman und erklärte: „Und das stelle ich für die Familie auf“ (Transkript B08, Pos. 1027–1038, Pos. 1042–1043).

Die Angaben, die die Befragten zu ihrem zu *explizierenden Erfahrungswissen* machten, gehören zu den für die vorliegende Arbeit auf der Handlungsebene relevanten Ergebnissen. Sie werden daher in Kapitel 17 gesondert aufbereitet und dargestellt. Um bereits kurz nach der Berufszulassung außerklinisch arbeiten zu können, sollten WeHen den befragten Hebammen zufolge bereits im Studium auf die hier aufgezählten Aspekte der außerklinischen Hebammentätigkeit vorbereitet werden:

- Befunderhebung (mit und ohne technische Gerätschaften);
- Kommunikation unter der Geburt;
- Organisation der Betreuung (Erstkontakt, Informationsmaterial, Beschaffungslisten);

- Wohnort und Räumlichkeiten;
- Zuständigkeiten und Rahmen (Aufklärung über Realität⁸³ und Risiken);
- Schwangerenbetreuung (Geburtsvorbereitung, Kurse, Hilfe für künftige Mutterrolle, Rituale);
- Ein- oder Ausschlusskriterien (Spezifika hinsichtlich Gravida/Para, Traumata);
- Prophylaxen, Screenings, Laboruntersuchungen;
- Wochenbettbetreuung (mit Stillen);
- Medikation und adjuvante Therapien (Ernährung als Therapie);
- Latenzphase und Geburt (Spezifika; Errechner Termin und Terminüberschreitung);
- Geburtshilfe (Handlungen unter und nach der Geburt, Interventionen unter und nach der Geburt, Mobilisation in Ruhe, Verlegungssituationen);
- psychosoziale Betreuung (Berücksichtigung des Zusammenhangs von Körper und Geist).

Die oben genannten Themenfelder werden später auf Basis der Schilderungen der Befragten ausführlich in Form von Fallbeispielen und/oder Übungseinheiten dargestellt.

Gesellschaftliche Strukturen

Eindrücklich beschrieben die Hebammen, wie die gesellschaftlichen Strukturen ihre Arbeit prägen (vgl. Kap. 5-8). Mechanismen und Dynamiken, die gesellschaftlich auf die Geburt wirken, beeinflussen die Arbeit, den Wissenserwerb von Hebammen sowie die Wissensweitergabe, indem diese auch die Geburtshilfe formen und somit die Strukturen für den Wissenserwerb und die Wissensweitergabe schaffen. Andersherum können aber auch Hebammen als Teil der Gesellschaft zu deren Entwicklung beitragen. Die für die befragten Hebammen wesentlichen gesellschaftlichen Implikationen beschrieben oder erklärten sie anhand der Themenfelder Mutterschaft, Klientel, Akzeptanz der außerklinischen Geburtshilfe, Umgang mit Risiko und Angst sowie den Moden in der Geburtshilfe. Sie untermauerten ihre Erfahrungen durch den Vergleich klinischer und außerklinischer Geburtshilfe sowie mit dem Recht der Frauen auf die freie Wahl des Geburtsortes und somit der Versorgung. Aus den Interviews wurde ebenfalls deutlich, wie sie die Prägung durch die Gesellschaft und die Strukturen erleben. Im Zuge der Interviews machten die Befragten Angaben zu Rahmenbedingungen, die ihre Arbeit unterstützen oder die als einschränkend erlebt werden. Hierzu zählen das Qualitätsmanagement, verschiedene Standards, Vorgaben von Krankenkassen, Gesetze und Verordnungen, einseitig ausgelegte Statistiken und Publikationen, aber auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Diese Themenfelder führen

83 Nicht jeder Frau kann eine außerklinische Betreuung angeboten werden. Hebammen müssen die Grenzen kennen.

zu *Konsequenzen für (Be-)Handlungen*, die ebenfalls geschildert wurden; genannt werden können hierfür beispielsweise plötzliche Verbote in der Verabreichung von Medikamenten (Anti-D-Prophylaxe),⁸⁴ die unmittelbar nach der Geburt verabreicht werden sollten (Transkript B03, Pos. 882–888) oder Definitionen für Kriterien für die klinische Geburtshilfe, die nur schwer auf die außerklinische Geburtshilfe übertragbar sind (zum Beispiel für den Geburtsstillstand), aber hier ebenso Anwendung finden müssen (Transkript B10, Pos. 147–165). Die gesellschaftlichen Strukturen beeinflussen so direkt oder indirekt auch die Wissensweitergabe im Hebammenwesen.

Vielen (werdenden) Müttern fehlen Kenntnisse über den eigenen Körper, das Mutterwerden und Muttersein. In Bezug auf Mutterschaft (vgl. Kap. 4) betonten so insbesondere die älteren Hebammen, dass diese Entscheidung heute in der Regel ein durchdachterer und somit größerer Schritt für die Frauen ist als sie das früher erlebten. Zugleich zögern Frauen ihre Entscheidung für ein Kind hinaus und sind deutlich älter. War es früher das Ziel einer Beziehung, ein gemeinsames Kind zu bekommen, sind Beziehung und Kinderwunsch heute nicht mehr unbedingt eins. Kinderlos zu sein ist heute gesellschaftlich eher akzeptiert (Transkript B08, Pos. 203–220 u. 1331–1351). Dabei stellen die Befragten ein verändertes Rollenbild fest: Während Frauen immer häufiger Karriere machen, fehlen ihnen zunehmend Kenntnisse über den eigenen Körper, das Mutterwerden und das Muttersein. Zugleich findet ihre Schwangerschaft wenig Platz im Alltag, der Fokus liegt auf dem beruflichen Erfolg, wobei ihre Berufstätigkeit die Frauen aber auch zunehmend erschöpft (Transkript B01, Pos. 554–567). Für die Betreuung durch Hebammen wirkt sich dies dahingehend aus, dass Frauen tendenziell mehr Unterstützung benötigen. Einerseits optimieren sie sich selbst körperlich, andererseits arbeiten sie vermehrt mit dem Kopf. So geht ihnen Körpergefühl verloren, was sich wiederum negativ auf den Geburtsverlauf auswirken kann (Transkript B08, Pos. 1331–1351). Da den Frauen, die erstmals schwanger sind, vieles nicht bekannt ist, können sie erst bei erneuter Mutterschaft neue Betreuungswege suchen und gehen (Transkript B02, Pos. 1320–1323).

Während Frauen, die in der Klinik gebären, häufig unter der Geburt erstmals auf ihre Hebamme treffen und auch Schichtwechsel bewirken können, dass eine andere Hebamme die Betreuung übernimmt, besteht in der außerklinischen Geburtshilfe in der Regel bereits eine längere Beziehung zwischen Frau und Hebamme (vgl. Schmitz 1994: 138f.). Eirich und Oblasser (2009) formulieren: „Die Gründe, warum Frauen zuhause und nirgendwo sonst gebären wollen, sind vielfältig. Teils ist es eine gewisse Geburtstradition inner-

84 Anti-D-Prophylaxe zur Vermeidung der Rhesusunverträglichkeit sind „künstlich zugeführte Antikörper, die fetale Rh-positive Erythrozyten zerstören, sobald diese in den mütterlichen Kreislauf gelangen. Dadurch kann das Immunsystem der Mutter selbst keine Abwehrreaktion entwickeln. Die Prophylaxe ist nur sinnvoll, wenn sie möglichst schnell nach der Geburt durchgeführt wird“ (Illing 2018: 211).

halb der Familie (was jedoch leider viel zu selten vorkommt). Häufig ist es das Gefühl, zuhause selber den Ton angeben zu können und sich niemandem unterstellen zu müssen – zumal die Geburt eine Grenzerfahrung für jede Frau ist und die Wehen ihrer Heftigkeit den Stolz und somit auch die Entscheidungsfreudigkeit seitens der Frau brechen können“ (Eirich/Oblasser 2009: 16). Die Klientel,⁸⁵ die sich heute für eine Hausgeburt entscheidet, wird von den Befragten als inhomogen beschrieben, sie entscheidet sich aber sehr bewusst für diesen Weg und weist eine vergleichsweise hohe Selbstsicherheit sowie Selbstvertrauen auf. Vor rund 30 Jahren setzte sich die Klientel für Hausgeburten in manchen Bezirken Bayerns eher aus Frauen zusammen, die zugezogen waren und bereits Hausgeburtserfahrung hatten (Transkript B08, Pos. 58–59), oder aus Frauen, die in „Großfamilien“ auf „dem Land oder auf Höfen wohnten“ sowie „Kleinunternehmen“ hatten und aus praktischen Gründen zu Hause gebären wollten, sowie aus den Frauen aus der Stadt, die „eigenständige Entscheidungen treffen wollten“ und daher auch „Selbsthilfegruppen“, wie „Stillgruppen“, gegründet hatten (Transkript B04, Pos. 237–243). Heute ist das anders, wie B03 erklärt. Der „Frauentyp“ wird „immer bunter“. Es ist die „Chefarzt-Frau“ oder eine Frau, die „eine erste schlechte Geburtserfahrung gehabt hat“, oder die „Bäuerin, die sagt, für mich ist das einfach viel praktischer“, oder „die ganz normale Frau aus der Siedlung“. Aber es gibt noch immer „diese Ökoszene“ oder auch „die Lifestyle-Typen“ und die „Lehrerinnen“. B03 denkt, Letztere werden deshalb immer mehr, da sie viel lesen und die „Zahlen über QUAG für die Hausgeburtschilfe natürlich gut sprechen“ (Transkript B03, Pos. 1102–1119). B02 betreut überwiegend „die gut situierte Klientel. Also eher sind wir ja in der Doppelhaushälfte“ (Transkript B02, Pos. 1275–1277). B01 empfindet die Betreuung der Hausgeburtsklientel allermeist als weniger aufwändig als die Betreuung der Klinikclientel. Sie macht aber auch die Erfahrung, dass sich Frauen, die sie beim ersten Kind in der Klinik betreut hat, beim zweiten Kind für eine Hausgeburt mit ihr entscheiden (Transkript B01, Pos. 109–111). Während sich früher häufiger „alternative“ Frauen für die Hausgeburt entschieden haben, betreut sie heute alle sozialen Schichten, alle Altersgruppen und Erst-, Zweit-, und Mehrgebärende zu Hause (Transkript B01, Pos. 330–342). B07 sieht keinen Unterschied in der Klientel, außer dass außerklinisch gebärende Frauen vielleicht mehr Vertrauen haben (Transkript B07, Pos. 805). B08 stellt fest, dass die meisten Frauen, die zum Vorgespräch kommen, schon sicher sind, dass sie zu Hause gebären möchten (Transkript B08, Pos. 282–284). B08 hingegen nimmt keine Erstgebärenden mehr zu Hausgeburten an. Sie argumentiert, dass die meisten Erstgebärenden nicht mehr abschätzen können, was Geburt bedeutet. Zweit- und Mehrgebärende wüssten, was bei einer Geburt auf sie

85 Vgl. Schmitz (1994: 105f.).

zukommen wird, und können sich so bewusst für die außerklinische Geburt entscheiden (Transkript B08, Pos. 232–240).

Nach B10 ist die Klientel im Geburtshaus ein Querschnitt über alle Frauen. Sie meint: „[...] die sind groß, klein, dick, dünn, jung, alt, kriegen das erste Kind, kriegen das achte Kind“. B10 erklärt, ihr sei es wichtig, besonders vielen Erstgebärenden die Möglichkeit zu geben, im Geburtshaus zu gebären, da „die Ersterfahrung“ aus ihrer Sicht „die wichtigste Erfahrung ist“ (Transkript B10, Pos. 305–310). „Das ist eine Klientel, die eine Alternative zur Klinikgeburt gesucht haben, bewusst gesucht haben, weil sie gesagt haben, ich bin nicht krank. Ich krieg ein gesundes Kind laut allen Untersuchungen“ (Transkript B10, Pos. 684–687). B09 stellt fest, dass sich Mehrgebärende oft erst später mit ihrem gewünschten Geburtsort auseinandersetzen und häufiger vergessen, sich rechtzeitig im Geburtshaus anzumelden, weil sie mit der Familie beschäftigt sind. Insgesamt betreuen sie und ihre Kolleg*innen mehr Erstgebärende im Geburtshaus als Mehrgebärende (Transkript B09, Pos. 953–957). Allen Frauen, die außerklinisch gebären möchten, ist gemeinsam, dass sie „das Bewusstsein haben, [...] dass sie aus ihrer eigenen Kraft gebären müssen“ (Transkript B03, Pos. 715–717).

Nach B10 wird die außerklinische Geburtshilfe in der Gesellschaft mit einem erhöhten Risiko in Verbindung gebracht. Nur eine „kleine Gruppe“ Frauen gebärt außerklinisch. Sie werden teils als „Außenseiter abgestempelt“ und müssen sich damit auseinandersetzen, dass ihnen an den Kopf geworfen werde: „[...] du traust dich aber! Wenn du nicht in die Klinik gehst. Du traust dich!“ Die Entscheidung für eine außerklinische Geburt ist dabei in der Regel eine sehr bewusst getroffene, von Frauen, die sich und ihrem Kind vertrauen und sich eine selbstbestimmte Geburt wünschen (Transkript B10, Pos. 560–563).

Auch B06 stellt fest, dass die Klientel in der Klinik eine andere Einstellung zur Geburt hat als ihre Hausgeburtsklientel. Letztere beschreibt sie als weniger ängstlich, die Klinikclientel als verunsichert. B06 denkt, das kann „Typsache“ sein, aber auch an der Aufklärung liegen oder am System der Klinik. Die Frauen „ham ja eigentlich gar keinen Kontakt und die wissen ja nichts, und wenn die dann anrufen und sagen, oh, ich hab da aber son bisschen n Ziehen, soll ich kommen? Ja klar, muss [...] die Frau dann kommen. Weil niemand kennt die Frau, die Frau kennt niemand, also kann man die Situation ja gar nicht einschätzen. So. Das kenn ich halt von der Hausgeburtshilfe auch anders. Wenn ich die Frau schon neun Monate kenn und die ruft mich dann an, dann kann ich das sehr viel besser einschätzen, was das für diese Frau bedeutet. Das ist auch echt ein Unterschied“ (Transkript B06, Pos. 289–315).

Das Recht auf die freie Wahl des Geburtsorts und der Versorgung (s. auch Kap. 7) kann nicht überall in Bayern ausgelebt werden. Dabei lassen sich Faktoren herausarbeiten, die verdeutlichen, wovon es abhängig ist, ob und in-

wiefiern die Wahlmöglichkeiten bestehen. Diese werden nachfolgend beschrieben.

Um von der Wahlfreiheit Gebrauch machen zu können, müssen Frauen zuvor verlässliche *Informationen* über die verschiedenen Geburtsorte erhalten. Die Informationen zur außerklinischen Geburtshilfe bekommen Frauen aber nicht automatisch. B09 formuliert, vielen Frauen ist es nicht bekannt, dass es Geburtshäuser gibt. Sie erfahren das manchmal durch Zufall von Freund*innen, aber für die Anmeldung ist es dann bereits zu spät. Andere haben sich intensiv mit ihrem Wunschgeburtsort auseinandergesetzt. Die meisten Frauen denken, wenn sie an das Thema Geburt denken, an die Klinik. Das Thema Hausgeburt sei „für viele so ne ganz veraltete Vorstellung“ (Transkript B09, Pos. 920–928). Werden Informationsquellen ohne fachliche Expertise genutzt, kann dies Frauen auch verunsichern: „[...] die kommen ja oft und sagen, auf Facebook habe ich gehört, dass es so gefährlich ist“ (Transkript B08, Pos. 272–274). Trotzdem zeigt sich immer wieder, dass sich Frauen im Internet informieren. B03 stellt in Bezug auf den Kontakt mit Schwangeren fest: „Da merkt man, dass die schon ganz viel im Netz unterwegs waren und so“ (Transkript B03, Pos. 154–155).

Die Wahl des Geburtsortes kann aber auch durch *vorangegangene Erfahrungen* geleitet werden. Wenn Frauen ihre Geburten reflektieren, wünschen sie sich auf Basis der Erlebnisse mit einer bestimmten Betreuungsform manchmal einen anderen Geburtsort. B10 schildert, dass dies nicht immer auf Verständnis stößt:

„Oder, wenn ich eine Frau hab, die [...] genau sagt, ich weiß, mein Kaiserschnitt war nur, weil sie keine Zeit nicht gehabt haben. Ich weiß, ich hätte das können. Ich geh nicht mehr in die Klinik, sondern ich geh [...] ins Geburtshaus. [...] Und ich sag das der Gynäkologin und dann sagt die, ja wenn sie das Leben ihres Kindes aufs Spiel setzen wollen, ist das Ihre Entscheidung. [...] Die Frau, die eh in der Schwangerschaft sensibel ist. Dann muss die wieder so viel Stärke beweisen und sagen, ich lass mich da jetzt nicht drausbringen. Ich geh meinen Weg“ (Transkript B10, Pos. 178–190).

Hebammen sollen Frauen offen beraten und in die Entscheidungsfindung einbeziehen, indem sie alle Vor- und Nachteile aller möglichen Geburtsorte offen und ohne eigene Interessen zu verfolgen, erklären (vgl. Kap. 5.3). Nicht für jede Frau und jedes Kind ist eine außerklinische Geburt ratsam, wobei die Diagnose „Zustand nach Sectio“ kein definiertes Ausschlusskriterium darstellt.⁸⁶

B10 formuliert aber auch, dass es Frauen gibt, die von Freundinnen überredet wurden, ins Geburtshaus zu gehen. Wenn es nicht die Entscheidung der Frau ist, ins Geburtshaus zu gehen, kann beispielsweise die Einschränkung

86 Siehe hierzu auch den Katalog des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu den Ausschlusskriterien (vgl. Bauer 2020).

der Schmerzlinderung als negative Erfahrung wahrgenommen werden, die dazu führt, dass sich diese Frau im Falle einer erneuten Schwangerschaft in klinische Betreuung begeben wird (Transkript B10, Pos. 320–334).

Die freie Wahl des Geburtsorts kann sowohl aus medizinischen Gründen als auch durch explizite und implizite gesellschaftliche Normen eingeschränkt werden. Klinik wird in der Gesellschaft häufig mit Sicherheit gleichgesetzt. Dabei wird häufig nicht bedacht, dass sich Kliniken durch ihre Versorgungsstufen unterscheiden und den Kliniken dabei verschiedene Aufgaben zukommen. Diese wiederum bestimmen den Grad der technischen und personellen Ausstattung, zum Beispiel für die Geburtshilfe (vgl. Kap. 7). B09 denkt, dass für „Frauen die Hürde größer ist, in [...] dieses Geburtshaus zu gehen als in eine kleine Klinik“ (Transkript B09, Pos. 914–916). B07 äußert Ärger darüber, dass in Deutschland Ausschlusskriterien bei bestimmten Befunden gelten, die in anderen Ländern so nicht definiert sind und nennt das Beispiel der Beckenendlage (Steißlage):

„Und das ärgert mich auch so, in der Gesellschaft, warum darf eine Frau, die eine Beckenendlage entbindet und nicht in die Klinik will und eine Hebamme findet, die das kann, warum darf die nicht daheim entbinden? Weil der bayerische Staat sich anmaßt zu sagen, sie darf es nicht [...], wir sind in 2020, so, das ist auch Diskriminierung. [...] Wenn Frauen nicht bestimmen dürfen, wo sie, mit wem sie gebären wollen. Dann zahlt die Krankenkasse einfach nicht. [...] Die Frau hat sich das hundertmal wahrscheinlich überlegt, ob sie das will oder nicht“ (Transkript B07, Pos. 1515–1540).

Zudem kann die Wahlmöglichkeit des Geburtsorts aufgrund des *Wohnorts* der Frauen und/oder des fehlenden *Angebots* eingeschränkt werden. Die Limitierung, ob außerklinische Geburtshilfe für Frauen zugänglich ist, kann demnach auch durch die örtliche Entfernung zum nächsten Angebot entstehen (Transkript B04, Pos. 179–181). B02 erklärt, wenn Frauen nicht mit dem vorhandenen Betreuungsangebot zufrieden sind, können sie so, aufgrund des Mangels, nicht auf Alternativen zurückgreifen (Transkript B02, Pos. 142–143). Sie erklärt: Wo ein Angebot an außerklinischer Geburtshilfe besteht, wird es auch genutzt (Transkript B02, Pos. 246–247, Pos. 251–259). Dabei ist erkennbar, dass der Anteil an Hausgeburten sinkt, wenn in Städten Geburtshäuser öffnen (Transkript B02, Pos. 231–233). Gerade auf dem Land kommt es jedoch häufiger zu Schwankungen im Angebot (Transkript B02, Pos. 267–274). B02 findet: „Wenn es ein Angebot vor Ort gibt, wird das auch für Frauen oder für Paare attraktiv, einfach ein bisschen liebäugeln zu dürfen. Wir haben relativ viele Erstschwangere, ähm, wo wir einfach sagen, wir fangen einfach zu Hause an – und wenns dir gut gefällt, bleiben wir zu Hause, und wenns nicht gut gefällt, dann fährst du halt in die Klinik“ (Transkript B02, Pos. 263–267).

Insgesamt stehen in Bayern 105 Geburtshäuser (Loytved 2020: 12) zur Verfügung, die aber nicht gleichmäßig und flächendeckend verteilt sind.

Zugleich ist die Nachfrage nach Betreuungen so hoch, dass viele Frauen die außerklinische Geburtshilfe auch dann nicht in Anspruch nehmen können, wenn es ein Geburtshaus in ihrer Region gibt. Während manche Frauen lange Wege und Übernachtungen vor Geburtsbeginn in Kauf nehmen können, bleibt anderen der Zugang so verwehrt (Transkript B10, Pos. 749–766, Pos. 775–792). Auch B09 macht diese Erfahrung. Frauen müssen häufig weite Wege zurücklegen, weil sie sich eine Hausgeburt nicht vorstellen können und kein Geburtshaus in der Nähe haben (Transkript B09, Pos. 855–863). B09 verzeichnet zehnmal mehr Anfragen, als sie Frauen annehmen kann (Transkript B09, Pos. 842–851).

B08 erklärt, es gibt an ihrem Ort zwar immer wieder Bestrebungen, ein Geburtshaus zu eröffnen, aber dies wurde bisher nicht realisiert (Transkript B08, Pos. 79–81). Die Gründung eines Geburtshauses ist mit einem großen organisatorischen Aufwand verbunden, und es gestaltet sich außerdem schwierig, Räumlichkeiten zu finden. Erschwerend kommt hinzu, dass tendenziell weniger Hebammen bereit sind, außerklinisch zu arbeiten (Transkript B09, Pos. 865–871). Durch die große Nachfrage beschließen Hebammen aber auch, die Hausgeburtshilfe zugunsten der Geburtshausgeburten aufzugeben. So expliziert B07, dass sie und ihre Kolleg*innen Geburtshilfe nur noch im Geburtshaus anbieten, weil sie „da einfach mehr Menge machen können. Das hört sich jetzt blöd an, aber der Bedarf ist da“ (Transkript B07, Pos. 267–270). Das Einzugsgebiet für ihr Geburtshaus beschreibt sie als sehr groß (Transkript B07, Pos. 456–458), obwohl in ihrer Region eine „wahnsinnig hohe Geburtshausdichte“ vorherrscht und „15,6 Prozent außerklinische Geburten“ stattfinden. Sie erklärt, dass „immer noch Bedarf“ sei (Transkript B07, Pos. 470–471). Sobald die Infrastruktur besteht, gebären die Frauen im Geburtshaus, das zeigt sich mit jedem neuen Geburtshaus: „[...] das ist mit jedem Geburtshaus, das ich weiß, so“ (Transkript B07, Pos. 476–480). Das bedeutet, die Hebammen müssten Geburtshäuser eröffnen, wobei B07 nicht ganz nachvollziehen kann, „warum sie es nicht machen“ (Transkript B07, Pos. 485–486).

Ähnlich wie bei den Geburtshäusern stehen nicht immer in jeder Region Bayerns Hausgeburtshebammen zur Verfügung. Das Angebot ist limitiert, da sich insgesamt zu wenige Hebammen für die Hausgeburtshilfe entscheiden und die verbleibenden oft weder Kolleg*innen noch Nachfolger*innen finden. B08 bedient ein großes Einzugsgebiet als einzige Hausgeburtshebamme. Für die Frauen aus ihrem Einzugsgebiet kommt erschwerend hinzu, dass oft auch die nächstgelegene Klinik bis zu 50 Kilometer vom Wohnort der Frauen entfernt liegt (Transkript B08, Pos. 63–67). B08 hat derzeit weder Kolleg*innen noch Nachfolger*innen und versucht, das Angebot allein aufrechtzuerhalten. Sie möchte arbeiten, solange sie kann, aber wenn es nicht mehr geht, kann in ihrer Region keine Hausgeburtshilfe mehr angeboten werden.

Sie erklärt aber auch, dass es diese Versorgungslücken über Jahre hinweg immer wieder gab (Transkript B08, Pos. Pos. 77–79, 1574–1577).

Die Hausgeburtsilfe wird nachgefragt, ist für viele Kolleg*innen jedoch aufwändiger zu organisieren, insbesondere wenn sie zu zweit arbeiten möchten, „weil sonst, wenn du zwei Hausgeburten gleichzeitig hast, brauchst vier Hebammen“; im Geburtshaus hingegen, „wenn du vier Geburten gleichzeitig hast, brauchst du zwei“ (Transkript B07, Pos. 274–279). B07 erklärt, dass es in ihrer Region Hausgeburtshebammen gibt und sowohl der Bedarf als auch die Nachfrage hierfür bestehen (Transkript B07, Pos. 470–474). Auch B03 bestätigt, dass es umso mehr Hausgeburten gibt, je mehr Hebammen Hausgeburtsilfe anbieten (Transkript B03, Pos. 305–312). B04 erklärt, dass sie bis zu 100 Kilometer gefahren ist, um Hausgeburten zu begleiten, weil es in bestimmten Regionen keine Hausgeburtshebammen gab (Transkript B04, Pos. 185–188). Sie ergänzt, dass zunächst das Angebot bestehen muss, damit es auch nachgefragt werden kann: „Und das ist meine Theorie schon seither, dass ich sag, wir müssen das Angebot schaffen, dann gibt es auch die Nachfrage“ (Transkript B04, Pos. 197–203). Auch B03 hat die Erfahrung gemacht, dass es lange Zeit zu wenige Hebammen gab, die Hausgeburtsilfe leisteten und sie und ihre Kollegin daher oft weite Wege in Kauf nehmen mussten, um die Frauen versorgen zu können. Manchmal konnten sie so ausschließlich Geburtshilfe leisten und die Frauen nicht im Wochenbett betreuen. Inzwischen haben sich vier weitere Kolleg*innen niedergelassen. Sie sind auch außerhalb des Einzugsgebietes von B03 und deren Kollegin tätig. So können sich die beiden wieder auf ihre Region beschränken. Dabei ist es ihnen wichtig, dass sie nun wieder den kompletten Betreuungsbogen abdecken können (Transkript B03, Pos. 88–99).⁸⁷ Sie selbst empfindet es erleichternd, wenn sie dann, falls sie selbst keine Betreuungsanfragen mehr annehmen kann, auf Kolleg*innen mit Betreuungskapazitäten verweisen kann (Transkript B03, Pos. 330–336).

Weil die Plätze begehrt seien, melden sich die Frauen allerdings schon sehr früh bei den Hausgeburtshebammen an. B08 gibt jedoch zu bedenken, dass nicht jede Schwangerschaft ausgetragen werden kann und sie es daher oft anstrengend empfindet, lange im Voraus planen zu müssen (Transkript B08, Pos. 113–119)⁸⁸.

B05 sieht Hebammen zuständig für regelhafte Schwangerschaftsverläufe. Sie erklärt, dass Hebammen, die ihr Handwerk beherrschen, mit außerklinischer Geburtshilfe einen Beitrag für die flächendeckende Versorgung von gesunden Gebärenden leisten. Die Hausgeburtsilfe ist ihrer Meinung nach „keine Alternative, es ist eigentlich die wahre Native“. Damit meint die Be-

87 Betreuungsbogen: Siehe Abb. 2.

88 Zur Erläuterung: Muss eine Frau eine Fehl- und Frühgeburt erleiden, hätte die Hebamme die Möglichkeit, kurzfristig eine andere Frau zu betreuen. Die langfristige Planung im Voraus verhindert dies.

fragte, dass eine gesunde Frau zunächst standardmäßig nur durch eine Hebamme betreut werden sollte (Transkript B05, Pos. 404–418). Folglich könnte es als Aufgabe von Hebammen gesehen werden, entsprechende Angebote zu schaffen. Um außerklinische Geburtshilfe flächendeckend und ausreichend gewährleisten zu können, braucht es ausreichend viele und entsprechend ausgebildete Hebammen (Transkript B02, Pos. 773–783). „Wir haben in Deutschland eine freie Wahl des Geburtsortes. Und dann müssen die, dies lernen, auch so ausgebildet werden, dass sie diese freie Wahl anbieten können“ (Transkript B02, Pos. 787–789). Für B01 ist es wesentlich, möglichst vielen Frauen die Geburtserfahrung zu Hause zu ermöglichen: „Und wenn Frauen das nicht mehr können, dürfen, aus welchen Gründen auch immer, dann glaub ich, sind wir weit, weit weg von dem, was uns Menschen ausmacht. Das ist ein Grundrecht für mich. Da geht sehr viel verloren. Sehr, sehr viel. Ja. [...] Insofern möchte ichs, solange wies möglich ist, irgendwie erhalten. Ja. Auch wenn ich mir sehr oft wünsche, nicht so viel Bereitschaft zu haben. Wie ich das hab. Ich hätte gern mehrere Kolleginnen an meiner Seite. Und hoffe, dass die neue Generation am Wachsen ist“ (Transkript B01, Pos. 1324–1337).

Sonderfälle in der außerklinischen Hebammenarbeit stellen die *Alleingeburten*⁸⁹ und die *Fehlgeburten*⁹⁰ dar. Die befragten Hebammen machten immer wieder Erfahrungen mit Frauen, die bewusst allein gebären möchten und nur in der Schwangerschaft oder im Wochenbett Rat einer Hebamme wünschen (Transkript B10, Pos. 837–841). B08 kann die Entscheidung zur Alleingeburt nur bedingt nachvollziehen: „Und ich weiß auch nicht, warum man nicht bei der Geburt trotzdem auch ein wenig eine Hilfe, also, [...] ich verstehe es auch, dass man sagt, ich fühle mich dann irgendwie gestört. Oder. Ich weiß jetzt auch nicht, ob hin und wieder Herztöne hören [...] jetzt die Riesenstörung ist“ (Transkript B08, Pos. 468–487). B02 erklärt, dass sie merkt, wenn etwas in der Betreuung für sie nicht stimmig ist und sie den Verdacht hat, dass die Frau allein gebären möchte. Dann beendet sie die Betreuung nach Rücksprache mit der Frau (Transkript B02, Pos. 1462–1465). Zum Betreuungsbogen durch Hebammen gehört auch die Begleitung von Fehlgeburten. Viele Frauen wissen jedoch nicht, dass ihnen auch hier Hebammenhilfe zusteht, und nicht jede Hebamme, die außerklinisch tätig ist, bietet diese Betreuung an (Transkript B08, Pos. 498–508). Viele Frauen bekommen das Kind allein, haben aber danach Schmerzen und brauchen Betreuung. Nicht jede Frau benötigt einen medizinischen Eingriff wie eine Ausschabung nach einer Fehlgeburt. Aber aufgefangen zu werden, wird als hilfreich erlebt (Transkript B08, Pos. 512–518).

Dennoch, die Akzeptanz der außerklinischen Geburtshilfe (vgl. Kap. 6) in der Gesellschaft ist keine Selbstverständlichkeit. Im gesellschaftlichen Dis-

89 Alleingeburten sind geplante Geburten ohne Begleitung.

90 Vgl. Maurer/Duden (2017).

kurs werden selten die positiven Seiten der außerklinischen Geburtshilfe dargestellt. Häufig liegt dies auch daran, dass die Geburten in einem geschützten Raum stattfinden und so die vielen schönen Geburtserlebnisse nicht sichtbar werden (Eirich/Oblasser 2009: 16). Schmitz (1994) schreibt, dass die Hausgeburtshilfe „zum meistdiskutierten Arbeitsbereich der Hebammen“⁹¹ zählt und „von ärztlicher Seite mehrheitlich kritisiert und abgelehnt wird“. Die Bestrebungen, die Hausgeburtshilfe abzuschaffen oder zu verbieten, waren jedoch vergeblich (Schmitz 1994: 107).

Sobald die Befragten über die gesellschaftliche Akzeptanz der außerklinischen Geburtshilfe sprachen, gingen sie automatisch von zwei Gruppen aus, die sich darin unterschieden, dass sich die eine bereits mit der außerklinischen Geburtshilfe beschäftigt hatte, die andere aber noch keinen Zugang zu ihr gefunden hatte. Außerdem ließen sich Unterschiede zwischen Personen, die sich klinisch-medizinisch orientieren und dies mit dem Sicherheitsaspekt verknüpfen, und Personen, die prinzipiell für andere Betreuungsformen aufgeschlossen sind, festhalten. Diese Unterschiede wurden auch für Hebammen sowie für Gynäkolog*innen festgestellt. Die Befragten formulierten, dass die außerklinische Geburtshilfe in Bayern eher eine Randerscheinung darstellt, wobei in Städten mehr Frauen außerklinisch gebären als auf dem Land. Während Frauen, Familien und Hebammen, die außerklinische Geburtshilfe erleben, dieser gegenüber sehr positiv eingestellt sind, haben Personen ohne Vorkenntnisse eher Vorbehalte. Frauen, die sich für die außerklinische Betreuung entscheiden, teilen ihre Entscheidung daher seltener mit, um Diskussionen zu vermeiden.

B04 erklärt, dass die Hausgeburtshilfe in der Gesellschaft „als Rückschritt [...] und als medizinfeindlich [...] wahrgenommen wurde“ (Transkript B04, Pos. 437–442). B04 fügte an, dass sich zu „wenig Frauen“ für die Hausgeburtshilfe entschieden haben und es „zu wenig Hebammen, die das gemacht haben“, auf dem Markt waren und diese Gruppen deshalb „durch ihre Minderheit gar nicht Recht haben können“. Anstatt die Hausgeburtshilfe in die Versorgung zu integrieren, wurde sie „ignoriert“ oder „bekämpft“. Erst durch die „Erkenntnis über physiologische Geburt“ im Gegensatz zu den „ganzen Interventionen“ und dem „rasanten“ Anstieg der „Kaiserschnitttrate“ konnte ein „Umdenken“ stattfinden. Allerdings „hat man das noch nicht alles verstanden. Wieso Hausgeburtshilfe ne ganz, ganz sichere Angelegenheit ist. Sondern, das kann man akzeptieren. Eher. Und ja. Deswegen ist es immer dynamisch“ (Transkript B04, Pos. 455–472). Gesellschaftlich kann sich die Hausgeburtshilfe erst dann etablieren, wenn sie Wertschätzung erfährt und anerkannt wird, dass sie sicher ist. Hierfür müssen die vorhandenen Daten in

91 Siehe hierzu auch die Ausführung von Uphoff (2018). Er beschreibt die außerklinische Geburtshilfe zu Hause und im Geburtshaus als hochriskant und plädiert für eine Abschaffung dieser Wahlmöglichkeiten für die Frauen, um für die Gesellschaft gesunden Nachwuchs zu gewährleisten.

der Gesellschaft bekannter gemacht werden. Aber: „Wir haben immer noch keine Daten, die die Perspektive der Frau einnehmen“ (Transkript B04, Pos. 739–744). Nach B06 kann sich gesellschaftlich der Umgang mit außerklinischer Geburtshilfe erst dann ändern, „wenn sich grundsätzlich was ändert“ und „Schwangerschaft wieder als was Natürliches angesehen“ werde. B06 denkt, wenn Frauen von Beginn der Schwangerschaft an in durch Hebammen betreut werden würden, könnten sie verstehen, dass sie nicht für „ne Geburt in n Krankenhaus gehen müssen“. Das Erleben der Schwangerschaft könnte als ein Teil des Problems gesehen werden, da die Frauen „schon so vorprogrammiert“ wurden „durch das alles, was sie erlebt haben, in der ganzen Schwangerschaft“. Sie ziehen die Klinik als Geburtsort vor, weil sie „einfach Angst haben. Unnötige Angst“. B06 schränkt ein: „Es gibt natürlich Frauen, die gehören zur Geburt in die Klinik. Aber nicht 98 Prozent. Also [...] nicht 98 Prozent müssen in der Klinik gebären, weil sie eine gefährliche Geburt erwartet“. B06 erklärt, dass ihrer Erfahrung nach Frauen, die im Rahmen der Schwangerenvorsorge durch Hebammen oder bei Geburtsvorbereitungskursen mehr über die außerklinische Geburtshilfe erfahren haben, sich auch häufig für diesen Weg entscheiden. Der Schlüssel liegt in der „Begleitungsform“ und in der Vermittlung, dass das, „was sie erleben, dass das was Natürliches ist. Und nichts Gefährliches“ (Transkript B06, Pos. 229–263). B01 denkt jedoch, dass dem Großteil der Frauen „der Bezug zu dieser natürlichen Art“, mit „Schwangerschaft und Geburt“ umzugehen „verschlossen ist“ (Transkript B01, Pos. 290–297).

Während manche Familien über Generationen hinweg gute Erfahrungen mit der außerklinischen Geburtshilfe gemacht haben und diese als Normalität erfahren, erleben andere Frauen ein Umfeld, das dem Thema kritisch oder ängstlich gegenübersteht. Sie kommunizieren ihre Entscheidung dann erst nach der Geburt (Transkript B01, Pos. 347–361). Tendenziell gibt es in den Städten mehr Hausgeburten als auf dem Land. Neben dem Aspekt der Versorgungsstruktur erklärt B04 hierzu, dass es einfacher ist, in Städten Entscheidungen zu treffen, die „nicht in der Mitte der Gesellschaft stehen“, da diese anonymer und in „unbeobachteter Weise“ getroffen werden und „leichter in die Tat“ umgesetzt werden können. In „kleineren Strukturen“ wie Dörfern ist die Wahrscheinlichkeit höher, sich „rechtfertigen“ zu müssen oder „unter Druck gesetzt“ zu werden (Transkript B04, Pos. 723–734).

Oftmals kann der Wunsch einer Frau, zu Hause gebären zu wollen, in der Familie nicht nachvollzogen werden. Das kann zu Unstimmigkeiten, beispielsweise mit der eigenen Mutter oder der Schwiegermutter, führen. Ängste können hierfür ursächlich sein. Es gibt aber auch die Fälle, dass Frauen in guter Beziehung zu ihren Müttern stehen und im Beisein ihrer Mütter gebären und alles „wunderbar“ ist (Transkript B02, Pos. 1620–1629). Aber auch Partner*innen können mit dem Wunsch ihrer Frauen, außerklinisch gebären zu wollen, nicht immer umgehen: „Weil das für ihn [den Mann] irgendwie

nicht logisch ist, ah, wenn doch alle Frauen in die Klinik gehen, warum nicht seine oder so“. Oftmals kann dann aber ein Verständnis für die Wünsche der Frauen erreicht werden, da es nicht die Partner*innen sind, die das Kind gebären müssen (Transkript B01, Pos. 605–624). Manche Frauen melden sich für die Geburt in der Klinik an, zögern dann aber bewusst die Abfahrt so lange hinaus, dass sie das Kind zu Hause gebären: „Also unbewusst, glaube ich, doch ne Hausgeburt wollten, sichs aber nicht getraut haben, für sich in Anspruch zu nehmen. Und das dann doch so passiert ist. Ähm, also, die nicht die Courage hatten, sagen wir mal das so“ (Transkript B01, Pos. 1254–1259).

B02 erklärt, dass die Gesellschaft in Deutschland insgesamt durch eine Sicherheitsorientierung geprägt ist. Während in anderen Ländern die Geburt als „physiologischer Prozess im Leben einer Frau“ gesehen wird, werden in Deutschland bei „Vorgesprächen“ zur außerklinischen Geburt die „häufigsten Komplikationen“ erörtert. „Und das ist vielleicht ein deutsches Gefühl. Dass man immer über Gefahren nachdenkt. Oder mehr über Gefahren nachdenkt als zum Beispiel die Menschen in Holland“. Wobei der medizinische Ansatz, wie zum Beispiel „die klassische, medizinische Schwangerenvorsorge in Deutschland, bringt ja nicht mehr Sicherheit“. B02 denkt, dass sich der Anteil an außerklinischen Geburten nicht deutlich erhöhen wird, solange sich an dieser Denkweise nichts verändert (Transkript B02, Pos. 281–305).

Wie und ob sich Denkweisen ändern, hängt auch von jenen Personen ab, die in der Geburtshilfe tätig sind. Während Gynäkolog*innen die außerklinische Geburtshilfe in der Region von B10 eher kritisch sehen (Transkript B10, Pos. 55–57), geben Kinderärzt*innen diesbezüglich auch positive Rückmeldungen hinsichtlich der Entwicklung der Kinder (Transkript B10, Pos. 58–64). B10 berichtet, dass ihre außerklinische Arbeit nicht überall gleich respektiert wird und sie deshalb nicht mehr mit allen Kliniken kooperiert. Während die Kooperation mit einigen Häusern auf allen Ebenen gelingt, erfährt sie in anderen Häusern Ablehnung: „Da ist null Respekt da. Unter den Kolleginnen auch. Das ist das, was mir auch sehr stark abgeht, dass du teilweise die Akzeptanz unter den Kolleginnen nicht einmal, die rümpfen die Nase, wenn man kommt“ (Transkript B10, Pos. 650–684). B08 und ihre ehemalige Kollegin haben vor über 30 Jahren eine Hebammenpraxis gegründet, wollten aber zunächst keine Hausgeburten begleiten, da ihnen „völlig klar war, dass wir da von den Ärzten voll unten durch sind“ (Transkript B08, Pos. 49–53). Das Verhältnis zu den Klinikhebammen hat sich inzwischen zwar verbessert (Transkript B08, Pos. 619–621), aber es gibt trotzdem noch Vorbehalte gegenüber der Arbeit der Hausgeburtshebammen (Transkript B08, Pos. 723–733). B07 erlebt, dass die außerklinische Geburtshilfe unter den Frauen „eher akzeptiert“ wird, jedoch „von den Ärzten überhaupt nicht“. Das wirkt sich auch auf die Betreuung aus, indem Gynäkolog*innen die Betreuung ablehnen, sobald Frauen erklären, dass sie im Geburtshaus gebären möchten. Die Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum beschreibt B07 hingegen als

gut (Transkript B07, Pos. 366–371, Pos. 398) und die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen als größtenteils positiv, sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Wochenbettbetreuung (Transkript B07, Pos. 452–458). Auch B02 erlebt die Zusammenarbeit mit der Klinik positiv. Einige Klinikkolleg*innen gebären ihre Kinder mit B02 zu Hause (Transkript B02, Pos. 336–350). Sowohl im persönlichen als auch im beruflichen Kontext sind die Begegnungen von gegenseitigem Respekt und von Kollegialität geprägt (Transkript B02, Pos. 354–357). B02 beschreibt, dass sie den Kontakt von Beginn ihrer außerklinischen Berufstätigkeit an zu den Beleghebammen in der Klinik gesucht und gepflegt hat. Dies erleichtert Verlegungssituationen (Transkript B02, Pos. 380–382). Einschränkend gibt sie an, dass es in ihrem Landkreis Gynäkolog*innen gibt, mit denen die Zusammenarbeit nicht möglich ist (Transkript B02, Pos. 1129–1133). B06 erlebt in Verlegungssituationen zum Beispiel bei „Geburtsstillstand ohne Gefahr“ immer wieder ein Unverständnis für Hausgeburtshilfe: „Weil man ja so was Schlimmes macht“ (Transkript B06, Pos. 265–281).

B03 beschreibt, dass sie in ihrer Region Glück in der Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal der Kliniken hat, die sie bereits viele Jahre kennt. Die Hebammen in der Klinik wissen, dass Hausgeburten aufgrund von Komplikationen verlegt werden, „weil sonst hättet ihr [außerklinisch tätige Hebammen] es ja daheim gemacht“. In früheren Zeiten wurde den außerklinisch tätigen Hebammen oftmals unterstellt, dass sie Frauen zu spät in die Klinik verlegen würden. Verlegungssituationen waren daher häufig mit Vorwürfen verbunden. Durch die jahrelange Zusammenarbeit von B03 mit den Kliniken in ihrer Umgebung konnte das klinische Personal aber sehen, dass die Hausgeburtshebammen nicht wagemutig agieren und Geburtsverläufe nicht zu lange zu Hause beobachten, so dass das Personal in der Klinik noch die Chance hat, so auf den Geburtsverlauf einzuwirken, dass alles gut verlaufen kann (Transkript B03, Pos. 1474–1489). B01 berichtet, ihre Verlegungsrate sei sehr niedrig (Transkript B01, Pos. 115–123). Sie selbst beschreibt sich als offen, aber es gibt „Anfeindungen“ auch von Personen, die sie nicht persönlich kennen (Transkript B01, Pos. 379–389). Kolleg*innen sind ihrer Arbeit gegenüber positiv eingestellt und einige hat sie auch zu Hause begleitet. Das empfand sie als Ehre (Transkript B01, Pos. 393–405).

Die Zusammenarbeit von außerklinisch tätigen Hebammen und Gynäkolog*innen wird insbesondere in der Schwangerenvorsorge als problembehaftet beschrieben. B03 sagt, sie hat Frauen in der Betreuung, die „gern an ihren Gynäkologen angebunden sind“, dann aber erkennen, dass es manchmal eher „verwirrlich ist, wenn sie sowohl den Gynäkologen oder die Gynäkologin als auch uns konsultieren“ (Transkript B03, Pos. 249–254). Möchten Frauen in der Region von B07 die Schwangerenvorsorge von Hebammen durchführen lassen, „müssen sie sich auch meistens gegen ihren [...] Frauenarzt [...] behaupten“. B07 beschreibt, dass Gynäkolog*innen denken, die „Verantwor-

tung für die Schwangerschaft“ zu tragen. „Ich weiß nicht, wer ihnen das eingeredet hat“ (Transkript B07, Pos. 1087–1091). B03 stellt fest, dass sich in ihrer Region zwischen 1 und 2 Prozent der Frauen für die außerklinische Geburtshilfe entscheiden und dementsprechend nicht viele Frauen die von Hebammen angebotenen Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Aber durch einen „Generationswechsel“ in den gynäkologischen Praxen kommt es nun trotzdem zu Konflikten. Gynäkolog*innen sehen „ihre Pfründe verloren gehen“ und erklären, dass sie „die Frau mindestens zweimal im Quartal sehen“ müssen, „weil sie ja schließlich die Verantwortung tragen“ und sie auch die Arbeit der Hebammen verantworten müssen, „und das stimmt fachlich einfach überhaupt net. Und trotz alledem sind die Frauen dann schon verunsichert“. Während früher die Zusammenarbeit durch Geben und Nehmen geprägt war, gestaltet sie sich heute „schwieriger“. B03 fügt zudem an: „Es gab wohl im *Frauenarzt*, die Zeitschrift, die die haben, vor eineinhalb Jahren halt mal einen Artikel, wo die Justitiarin halt die Gynäkologen sehr aufgebracht hat gegen die Hebammenvorsorge“ (Transkript B03, Pos. 259–312). Je mehr Hausgeburten und Vorsorgen durch Hebammen es in einer Region gibt, desto häufiger sind Gynäkolog*innen damit konfrontiert (ebd.).

Der Umgang mit Risiken und Ängsten (vgl. Kap. 5) beschäftigt die befragten Hebammen, da er sich auf die Geburtshilfe und folglich auf die Geburten auszuwirken scheint: Wenn medizinisches Personal selbst durch Angst geleitet wird, überträgt sich das auch auf die werdenden Hebammen und wirkt sich auf die Betreuung und Begleitung von Frauen aus. Diese wiederum haben eigene Ängste. Angst wirkt lähmend, wenn Verantwortung getragen werden muss und schränkt daher ein, sie fördert aber auch Abhängigkeiten. Zugleich kann das Sicherheitsbedürfnis jedoch nicht immer befriedigt werden. Das Schöne und Normale kann so aus dem Blickfeld geraten. Aber auch durch den jahrelangen Verlust von hebammenspezifischen Kenntnissen bei den klinisch sozialisierten Hebammen- und somit der Mehrheit der Hebammen- kann dazu führen, dass immer weniger Hebammen außerklinisch tätig werden. Das schließt auch die Gynäkolog*innen ein, die aufgrund einer eigenen Technikorientierung die Beratung zu geburtshilflichen Alternativen vermeiden.

*Angst und die Entstehung von Abhängigkeit*⁹² prägen unsere Gesellschaft in vielen Bereichen. In Bezug auf die Geburtshilfe wird dies durch nachfolgende Aussagen deutlich: „Ich glaub, was ganz viel kaputt macht in dem ganzen System, sind so diese Ängste. Und die Frau, die sich für eine Hausgeburt entscheidet, ist jetzt nicht die Superängstliche“ (Transkript B08, Pos. 1214–1216). B08 erklärt: „Da gibt es einen Satz von der [...] Inge Stadel-

92 Siehe hierzu Gross (2012).

mann⁹³ [...], sie hat [...] gesagt, [...] wenn das Thema aber nicht mit Angst verbunden wäre, dann würde es uns gar nicht geben“ (Transkript B08, Pos. 1297–1300). So erklärt B10 anhand des Beispiels der Übertragung (der Überschreitung des errechneten Entbindungstermins), dass auch die Wortwahl den Umgang von Familien mit Geburt beeinflusst: „Da wird wieder mit der Macht der Angst [...] gearbeitet. Wenn ich das erlebe, dass Gynäkologen zu einer Mami, die über Termin ist, sagen, ja, aber morgen kann dein Kind tot sein. Das sagen die wortwörtlich“ (Transkript B10, Pos. 175–177). B10 hat gemeinsam mit einem früheren Chefarzt Kinder aus Beckenendlage entwickelt. Beckenendlagen können in geburtsunmögliche und geburtsmögliche Positionen unterschieden werden. Letztere können vaginal geboren werden, wenn die Geburtshelfer*innen ausreichend Erfahrung mitbringen. „Aber was trichtern [...] die Gynäkologen den Frauen ein? Der sicherste Weg ist der Kaiserschnitt. [...] Wenn ich eine normale, geburtsmögliche Lage hab und dann der Frau den Bauch aufschneide, obwohl sie normal gebären könnte“. B10 erklärt, dass es insbesondere mangelnde Kenntnisse der Geburtshelfer*innen sind, die sie zu diesen Aussagen bewegen, und sie ergänzt: „Aber es gibt Ärzte, die können das [...]. Kann nicht sagen, der Kaiserschnitt ist der sicherste Weg fürs Kind. Ganz sicher nicht. [...] Du lügst die Frauen an. Lügst ihnen ins Gesicht. Und sie glauben das“ (Transkript B10, Pos. 431–448). B05 argumentiert, dass die Angst in der Geburtshilfe nicht notwendig ist, wenn das Handwerk beherrscht wird (Transkript B05, Pos. 399–406). Sie arbeitet seit über 18 Jahren in der außerklinischen Geburtshilfe und hat „Freude“ daran. Ihr Handwerk gibt ihr „Sicherheit“. Sie äußert: „Mei, ich glaub schon, dass [...] viele Hebammen aus Angst, ich kenn die Angst ja auch, etwas zu übersehen [...] oder nicht richtig befundet zu haben, [...] aus dieser, unserer Kernkompetenz [Geburtshilfe] auch rausgehen“ (Transkript B05, Pos. 567–577). Ängste könnten aber auch reduziert werden, wenn alle Beteiligten immer wieder positive Erfahrungen machen. B06 hat in der Klinik erfahren, dass dort oft die Angst bei Geburtshelfer*innen vorherrscht. Sie findet, dass „die Gynäkologen, die in der Klinik arbeiten, bei mindestens zehn Hausgeburten dabei gewesen sein müssten, vorher. [...] Und das würde mir halt dann schon gefallen, wenn die auch das andere sehen würden. Also die natürliche Geburt. [...] Das seh ich auch jetzt bei den jungen Assistenzärzten bei mir im Kreißaal. Alle haben ständig Angst“ (Transkript B06, Pos. 265–281).

Auch bei der *Wahl des Geburtsortes*⁹⁴ und dem Bedürfnis nach *Sicherheit*⁹⁵ können Ängste ausschlaggebende Faktoren sein: „Angst spielt auf

93 Ingeborg Stadelmann („Inge“) wirkt als Hebamme in Deutschland. 1994 hat sie das Buch „Die Hebammensprechstunde“ veröffentlicht. Sie gilt als eine Pionierin der geburtshilflichen Aromatherapie.

94 Vgl. Schmitz (1994: 105ff.).

95 Vgl. Ramsayer (2019).

jeden Fall ne Rolle. Also das ist ja auch oft Feedback, das wir dann kriegen, wenn die Frauen zum zweiten oder zum dritten Kind zu uns kommen, dass sie sagen, ich hab beim ersten, wollte ich diese Sicherheit. Im Nachhinein weiß ich, dass mir jetzt die Klinik nicht die Sicherheit gegeben hat, was ich mir erwünscht hab“ (Transkript B09, Pos. 933–938). B01 beschreibt: „Es gibt auch einen Teil, finde ich, die [...] wirklich Angst haben vor Klinik. Die einfach viel von nichtschönen Geburten gehört haben, mitgekriegt haben und sich das für sich einfach nicht vorstellen können. Und, also, das finde ich auch relativ häufig. Ja. Ich mein, ich kann immer nur von diesem kleinen Personenkreis sprechen, der halt irgendwie den Weg zu mir findet“ (Transkript B01, Pos. 302–307). B02 gibt zu bedenken, dass viele Frauen und Paare durch eine Risikoorientierung geprägt sind und für sie somit die außerklinische Geburtshilfe nicht in Frage kommt (Transkript B02, Pos. 309–310).

Hebammen scheuen sich auch, außerklinische Geburtshilfe anzubieten, weil sie anders als in der Klinik die alleinige *Verantwortung*⁹⁶ für ihr Handeln übernehmen müssen. Auch wenn es keine hundertprozentige Sicherheit geben kann, ist das inzwischen ein Anspruch. Schicksalhafte Verläufe werden nicht als solche akzeptiert: „Dass das aber in der Klinik genauso passiert wäre – und ich glaube, dass das viele Hebammen auch abschreckt, Verantwortung zu übernehmen, weil wir mit einem Bein im Gefängnis stehen“. Aus Perspektive der Hebammen ist „die Klinik noch immer der sichere Rahmen. Aber ob es der sichere Rahmen für die Mutter ist, wage ich zu bezweifeln“ (Transkript B10, Pos. 267–283). B07 berichtet, dass WeHen nicht aufgrund von Ängsten vor der Selbstständigkeit die außerklinische Geburtshilfe meiden, sondern: „Das ist Angst vor der Geburt“ (Transkript B07, Pos. 655–659). WeHen müssen die außerklinische Geburt erleben und verstehen, „dass man eine Hebamme gar nicht braucht zum Gebären. Ja. Die erleben ja nur, dass alles immer ein Drama ist und man viel machen muss. Aber die erleben ja nicht, dass die Geburt an sich sicher ist und [...] meistens super funktioniert, wenn man nicht da reinfuscht“. Sie erklärt, dass sich Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe ruhig verhalten und „der Frau beim Gebären“ zusehen. In der Ausbildung würden WeHen trainiert, immer mit den Frauen zu kommunizieren und sie etwas zu fragen. Unterlassen sie dies, würden Gynäkolog*innen oder Hebammen über ihren Kopf hinweg mit der Frau kommunizieren. WeHen können erleben, dass es sehr schwierig sein kann, schweigsam zu sein und nichts zu tun. Aber in der außerklinischen Geburtshilfe hat die Hebamme nur dann eine Aufgabe, wenn es Handlungsbedarf gibt: „Das ist auch oft so ein Aha-Effekt für die“ (Transkript B07, Pos. 663–678).

B02 denkt, wenn WeHen in einem „Lehrkrankenhaus [...] mit einer Sektionate von über fünfzig Prozent“ qualifiziert werden, „dann ist die Hausge-

96 Vgl. DHV (2017a).

burt fast nicht mehr vorstellbar. [...] Wenn man ne Schülerin hat aus nem Haus mit ner hohen Sectorate, ist man eine Woche lang beschäftigt, mit ihr dieses Trauma abzarbeiten“ (Transkript B02, Pos. 650–656). B06 beschreibt, dass sie keine Angst vor der natürlichen Geburt gehabt hat und daher direkt nach der Ausbildung allein außerklinisch zu arbeiten begann. Warum sie keine Angst hatte, kann sie nicht erklären (Transkript B06, Pos. 152–154, Pos. 161–163).

Sich mit *Risiken* auseinanderzusetzen, ist Aufgabe der werdenden Eltern und aller klinisch oder außerklinisch geburtshilflich tätigen Personen. Die außerklinische Geburtshilfe wird aus schulmedizinischer Perspektive häufiger damit in Verbindung gebracht, per se riskant zu sein (Schmitz 1994: 107; Uphoff 2018). Das zeigt sich beispielsweise bei Verlegungssituationen, die für außerklinisch tätige Hebammen mit Vorwürfen seitens des Klinikpersonals verbunden sein können, obwohl es auch in Kliniken schicksalhafte Verläufe gibt: „[...] ist denen vor zwei Wochen auch während der Geburt ein Kind mit einer vorzeitigen Lösung gestorben.⁹⁷ Also im Krankenhaus. Also, ich mein, das sind Sachen, die gibts immer“ (Transkript B08, Pos. 1518–1524). Die außerklinisch tätigen Hebammen halten dagegen, dass viele Risiken und Pathologien auch iatrogen verursacht und daher vermieden werden können. B02 formuliert: „Wenn Pathologie unter der Geburt entsteht, in Deutschland ist sie fast immer die Folge von welcher Intervention auch immer. Also das kann auch eine vermeintlich harmlose Intervention sein“ (Transkript B02, Pos. 1043–1051). B10 berichtet aus ihrer langjährigen Klinikerfahrung, dass in der klinischen Geburtshilfe Medikamente eingesetzt und Maßnahmen ergriffen werden, die zu Risiken führen können. „Was mich wahnsinnig stutzig macht, ist [...], es ist erwiesen, dass [...] Oxytocin [...] zu den zehn gefährlichsten Medikamenten weltweit gehört. Und wir setzen das ein wie Gummibärchen. [...] Also die Geburt zu beschleunigen, wenn wir vorher mit der PDA zur Ruhe setzen. [...] Aber mit Medikamenten, die brandgefährlich sind“. Sie führt an, dass diese Geburten dann oft (per Sectio) beendet werden müssen (Transkript B10, Pos. 283–291).

Werden Frauen gut begleitet, können pathologische Verläufe in der Regel zeitig erkannt werden. Außerklinisch tätige Hebammen haben Respekt vor ihnen, können sie aber für sich einordnen. B10 erklärt: „Die meiste Pathologie ist selbstgemacht. Was ist in der Geburtshilfe Pathologie? Das ist die vorzeitige Lösung und eine vorzeitige Lösung ist nie von einer Minute auf die andere. Eine vorzeitige Lösung kündigt sich Stunden vorher schon an. Die Ruptur⁹⁸, es ist nicht so, dass es auf einmal aus-, aufgeht, sondern das hast du immer schon vorher. [...] Das Einzige, wovor ich einen Heidenrespekt habe, ist vor der Embolie. Die kündigt sich vorher nicht an. Da bist

97 Ablösung der Plazenta vor Geburt des Kindes von der Uterushaftungsfläche, die laut Lasch und Fillenberg (2017: 220) in 0,2–1 Prozent der Schwangerschaften vorkommt.

98 Ruptur des Uterus.

du außen vor. Ob das jetzt eine Fruchtwasserembolie⁹⁹ ist oder Lungenembolie¹⁰⁰, die kannst du nicht vorhersehen. Aber alles andere zeichnet sich vorher schon ab. So dass du immer noch genügend Zeit hast zu handeln“. Die Begleitung der Frau und eine vorausschauende Geburtshilfe mit zielführenden, bedarfsorientierten Maßnahmen dienen auch der Vermeidung von iatrogenen Pathologien (Transkript B10, Pos. 1147–1166).

Risiken können zudem ein Spiegel der Gesellschaft sein: Waren es früher zum Beispiel rachitische Becken¹⁰¹, die zu Problemen in der Schwangerschaft oder unter der Geburt führen konnten, sind es heute zum Beispiel Bewegungsmangel und falsche Ernährung, die bei Schwangeren zu schwereren Kindern und so zu Geburtsproblemen führen können (Transkript B02, Pos. 1039–1043). B08 beschreibt, dass Hebammen sich viele Tätigkeiten „aus der Hand nehmen lassen“, die dann durch Personen aus anderen Berufsgruppen, zum Beispiel aus Pflegeberufen oder durch Stillberater*innen, aufgefangen werden, und zwar sowohl auch in der Wochenbettbetreuung als auch in der Klinik. Nicht immer ist das von Vorteil für die Frauen, es zeigen sich Probleme beim Stillen oder bei der Wundheilung (Transkript B08, Pos. 1838–1856). Der *Umgang mit Risiken und Angst*¹⁰² ist ein Lernprozess. B04 berichtet von einer Kollegin, die ihr erklärt hat, dass Hebammen „für den Prozess verantwortlich sind. [...] Aber nicht für das Ergebnis“. B04 argumentiert, dass diese Einstellung helfen könne, die „pathologische Angst“ davor zu überwinden, für etwas zur Verantwortung gezogen zu werden, was nicht beeinflussbar ist. Denn aufgrund ihrer Fachlichkeit müssen sich sorgfältig arbeitende Hebammen zwar manchmal Fehler eingestehen, aber weniger Sorgen machen, dass sie etwas übersehen, zum Beispiel dass ein „Kind zu gelb ist“. ¹⁰³ Sie erklärt: „Wir ham Angst, wir ham ein Trauma, als Hebammen, ein kollektives, dass wir für was zur Verantwortung gezogen werden, für was wir keine Schuld haben.“ Von dieser Angst befreit Verantwortung zu tragen, kann als „kreativ“, „lebendig“ und „wahrhaftig“ erlebt werden. Ängste „blockieren [...] genau des, was uns fähig macht“. Der Austausch untereinander und die gegenseitige Unterstützung können helfen (Transkript B04, Pos. 910–938).

99 „Die Fruchtwasserembolie (FWE) ist eine lebensbedrohliche Komplikation in der Geburtshilfe mit einer Häufigkeit von 2 bis 8/100 000 Geburten. Sie gehört mit einer fallbezogenen Sterblichkeit von 11–44 Prozent zu den führenden Ursachen direkter Müttersterbefälle. Plötzlicher Herz-Kreislauf-Stillstand ohne erkennbare Ursache, das Fehlen spezifischer Diagnoseverfahren, die schwierige Differenzialdiagnose und komplexe Therapie (unter anderem kardiopulmonale Reanimation) stellen interdisziplinäre Herausforderungen dar“ (Rath et al. 2014).

100 Mit einer Mortalitätsrate von 20 bis 30 Prozent ist die Lungenembolie eine der bedrohlichsten Krankheiten in der Schwangerschaft und Postpartalperiode. Jährlich lassen sich 700–1400 thromboembolische Ereignisse bei Schwangeren nachweisen (vgl. Leitert et al. 2016).

101 Durch Rachitis platt verformtes Becken.

102 Vgl. Gigerenzer (2013).

103 Hier: Ikterus neonatorum/Neugeborenenengelbsucht.

Einige der Befragten machten darauf aufmerksam, dass es schon immer Veränderungen in der Geburtshilfe gab (s. auch Kap. 5). Sie bezeichneten diese als Moden. Geburtshilfe verfolgt seit jeher das Ziel, Mutter und Kind zu begleiten, zu unterstützen und so gut wie möglich zu schützen sowie der Mutter den Schmerz zu erleichtern. Aber jede Generation entwickelt hierfür eigene Methoden, die sich bewähren und langfristig etablieren. Nicht für jede Frau sind diese modernen Methoden sinnvoll und nicht für jede Hebamme nachvollziehbar. B10 blickt auf über 42 Jahre Erfahrung als Hebamme zurück. Sie erklärt, dass sie zu einer Zeit als Hebamme anfang, als Lachgas zur Schmerzerleichterung eingesetzt wurde. „Dann hats Opiate gegeben. [...] Dann hats die PDA gegeben, die uns als ganz harmlos hingestellt wird. [...] Dann denke ich mir, warum sagt dann der Anästhesist, [...] er versteht nicht, warum die Frauen nicht mehr ohne PDA entbinden können. Wenn die wissen würden, wie gefährlich das ist, dann täten sie sich das überlegen. [...] Dann sagt der Gynäkologe, das ist das Harmloseste, also da kann dem Kind und ihnen [den Gebärenden] nichts passieren. [...] Und die Frauen, die stehen da und sagen, wem soll ich jetzt glauben eigentlich. Dann fängt man jetzt wieder mit dem Lachgas an. Jetzt beginnt die Ära wieder, [...] es wiederholt sich jetzt wieder alles“ (Transkript B10, Pos. 291–304).

B08 erklärt, dass sie mit manchen Moden in der Geburtshilfe nicht mehr so gut umgehen kann, wie sie es früher konnte. Als Junghebamme war sie in dem gleichen Alter wie die gebärenden Frauen, jetzt gehört sie eher zur Großelterngeneration und versteht den Sinn mancher Entwicklungen nicht. Für sie sind einige Entwicklungen (wie eine App für die Stillzeit oder die Intimirasur) unverständlich, insbesondere weil Hebammen lange dafür gekämpft haben, Frauen nicht im Intimbereich für eine physiologische Geburt rasieren zu müssen. Auch die Lagerung des Kindes beschreibt sie als Modeerscheinung, einmal gilt, die Kinder möglichst viel in Bauchlage zu betten, dann wieder in Rückenlage. Dabei nehmen ihrer Erfahrung nach die Mütter die Empfehlungen sehr ernst, insbesondere auch, dass ein schreiendes Kind trotzdem in seinem Bettchen, ohne Körperkontakt zur Mutter, schlafen soll: „Die ganze Nacht schreits und muss [...] hundertmal wieder ins Bett zurückgetan werden“ (Transkript B08, Pos. 1814–1832).

Als B02 Junghebamme war, war der Gebärhocker in Mode. Sie nutzte ihn daher häufig. Inzwischen ist bekannt, dass sich Frauen unter der Geburt nur kurz daraufsetzen sollten, und er kommt wieder seltener zum Einsatz. Heute setzt sie vermehrt den Gebärpool ein (Transkript B02, Pos. 1833–1848).

Wird dies von den Frauen gewünscht, wenden die befragten Hebammen *alternative (adjuvante) Therapien und Methoden*¹⁰⁴ als unterstützende Maßnahmen an. Alle befragten Hebammen gehen aber davon aus, dass es in der Regel für normale Geburten keine unterstützenden Maßnahmen oder Thera-

104 Siehe Rosenberger/Stiefel (2020).

prien braucht. Die Frauen bringen jedoch eine gewisse Erwartungshaltung mit. Die alternativen Therapien erfüllen somit den Zweck, dass sie einerseits unterstützend wirken, andererseits aber auch psychologisch wirken, denn „die Frauen haben so das Gefühl, man macht ein bisschen was“ (Transkript B03, Pos. 477–478). Derzeit ist in einigen Regionen die „Hypnobirth-Welle“ im Trend. B03 stellt fest, „dass manche Frauen sich ganz intensiv darauf vorbereiten und dann aber massiv überrascht sind, dass das doch alles ein bisschen anders ist als in dem Konzept“ (Transkript B03, Pos. 705–708). Auch nach der Geburt kommen auf Wunsch der Frau alternative Therapien zum Einsatz. B08 berichtet, dass sie Frauen betreute, die zu Therapiezwecken Stückchen ihrer Plazenten verzehrt haben. Eine Frau wollte dadurch die Nachwehen lindern, eine andere wollte damit ihren „Hormondurchhänger“ heilen. Während die Nachwehen weniger wurden, verbesserte sich die hormonelle Situation nicht. Die Hebamme hat diese Therapien nicht proaktiv empfohlen, weil sie aber nicht schädlich sind, hat sie auch nicht davon abgeraten (Transkript B08, Pos. 1077–1088). B06 berichtet, dass fast alle Frauen, die sie bei Hausgeburten begleitet, ihre Plazenten verspeisen, da sie sich hiervon Vorteile für die Heilungsprozesse versprechen. Sie hat hierfür ein System entwickelt, um die Plazenta zu schneiden (Transkript B06, Pos. 314–317).

Während sich in Kliniken Standards für alle Frauen unter der Geburt etabliert haben, zeigt sich, dass in der außerklinischen Geburtshilfe insbesondere die individuellen Bedürfnisse der Frau und ihres Kindes handlungsleitend sind. In der außerklinischen Geburtshilfe kann auf die Rhythmik der Frau Rücksicht genommen werden, solange keine Gefahr besteht. Das gilt auch für die Plazentaphase und die Zeit nach der Geburt: „Wenn die [Frau] das Kind dauernd stillt, dann kann ich ja nicht nähen. Wir warten. Und wenn es blutet, musst du es halt gleich machen. [...] wir nähen manchmal erst zwei Stunden danach. Oder nach drei Stunden, bevor sie [die Frau] heimgeht“ (Transkript B07, Pos. 931–939, Pos. 941–945).

Für die außerklinische Geburtshilfe orientiert sich B05 an der THK. So erklärt B05, „handlungsleitend ist immer: Welche Kriterien bringt die Frau mit, wo muss ich regulieren und was muss ich tun, um, um das Maximale an Gesundheit für die Frau da raus[...]zuziehen? Ja, und das, da, kann es vielleicht auch mal ne Handlung geben“. Handlungen können nicht pauschal gleich sein, sondern müssen bedarfsorientiert erfolgen. Dazu kann zum Beispiel auch einmal ein Einlauf gehören, der früher übertrieben häufig eingesetzt wurde und dadurch heute oft negativ konnotiert ist (Transkript B05, Pos. 680–687). Beispielhaft für klinische Standards nennt B02 die hohen Dammschnitttraten in den Kliniken in den 1990er Jahren, die sie als „dramatisch“ beschreibt. Die Frauen waren „hochtraumatisiert“. Dieser Standard ist heute überholt, allerdings weisen die Kliniken hohe Kaiserschnitttraten auf (Transkript B02, Pos. 1864–1870).

Die befragten Hebammen beschrieben, wie *gesellschaftliche Strukturen* das Hebammenwesen heute prägen. Neben der Einstellung der Gesellschaft im Allgemeinen wird die Arbeit der Hebammen im Speziellen maßgeblich durch das Gesundheitssystem geformt. Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen sowie Abrechnungsmodalitäten beeinflussen die Hebammenarbeit. Diese Vorgaben können förderlich sein, jedoch auch zu Einschränkungen führen. Zudem spielen die Möglichkeiten und Grenzen der interdisziplinären sowie der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Frauen und ihren Familien eine wesentliche Rolle. Außerdem hat sich gezeigt, dass die persönlichen Einstellungen und Erfahrungen, aber auch Aspekte wie Glaube, Vertrauen und Verlässlichkeit bedeutsam für die Hebammenarbeit sind.

Laut B10 können finanzielle Anreize die Geburtshilfe verändern. Wenn Hebammen in der Klinik für eine Kaiserschnittgeburt die gleiche Pauschale abrechnen können wie für eine Spontangeburt, mit der sie viel mehr Betreuungsaufwand haben, verleitet das Hebammen, „Dienst nach Vorschrift“ zu machen und sich mit weniger Engagement um die Frauen zu kümmern. Zugleich wird aber für eine frauenzentrierte Geburtshilfe auch in der Klinik die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog*innen als zentral gesehen (Transkript B10, Pos. 567–587). Die Geburtshilfe ist immer Veränderungen unterworfen. In den Kliniken können die organisatorischen Strukturen dazu führen, dass eine Hebamme weniger eigenständig agieren kann und, wie B10 formuliert, als „Assistentin des Arztes“ tätig ist. Für B10 war die klinische Geburtshilfe, die sie erlebte, „nicht mehr die Geburtshilfe, die man vertreten kann und die ich auch gelernt hab“. Ihre Reaktion darauf war ein Veränderungsprozess, der mit der Gründung eines Geburtshauses einherging: „Und darum hab ich mich dazu entschlossen, das Geburtshaus [...] zu eröffnen“ (Transkript B10, Pos. 27–32).

Aus den Berichten der befragten Hebammen wurde eine Veränderung in der Haltung, dem Wertegerüst sowie dem Wissen der Frauen und ihren Familien deutlich. B08 erzählt, dass sie die Familien, die sie vor 30 Jahren betreute, nicht mehr mit jenen von heute vergleichen kann. Der Umgang mit der Schwangerschaft und unter Umständen damit verbundenen Schicksälen war ein anderer, Tod und Krankheit waren ein akzeptierter Teil des Lebens, die „Leute haben alles akzeptiert. Und wenn das Kind halt nicht gelebt hat, dann hat es halt nicht gelebt“. In der Geburtshilfe konnte sie sich so auf die „Leute verlassen“. Besonders für Frauen, die einen „religiösen Hintergrund“ haben, war es leichter erträglich, mit einem im Mutterleib verstorbenen Kind umzugehen: „Also so ein, das Werden, Kommen, Gehen, dass das einfach ein Rhythmus ist“. B08 denkt, dass Menschen heute am Sterben gehindert werden, auch Kinder: „Aber wenn man jetzt als Kind heute gehen möchten tät,

wo kann man denn gehen?“¹⁰⁵ Trotzdem bedeutet das nicht, dass deshalb Grenzen überschritten werden können oder alles hingenommen werden darf. Es gilt, immer abzuwägen, wann welche Handlungen und Maßnahmen sinnvoll oder notwendig sind (Transkript B08, Pos. 1577–1596).

Das *Wissen* um die Prozesse rund um die Familienplanung, die Schwangerschaft, die Geburt, das Wochenbett und die Stillzeit war ursprünglich kollektives Frauenwissen (vgl. Kap. 5). Die Geburtserlebnisse der Frauen prägen auch das Wissen des Kollektivs. B10 denkt, wenn hebammengeleitete Geburtshilfe Standard im Kreißaal wäre, würde dies zu mehr positiven Geburtserlebnissen führen (Transkript B10, Pos. 313–320).

B04 erklärt, dass durch die von der Regierung in England unterstützten Hebammenzentren Hebammen als Primärversorger*innen anerkannt sind. Hebammen arbeiten dort in kleinen Teams zusammen. Die Hebammenarbeit umfasst auch die Hausgeburtshilfe, und diese ist somit ebenfalls institutionalisiert. Dadurch werden Hebammen, die bisher noch keine außerklinische Erfahrung sammeln konnten, automatisch an die Hausgeburtshilfe herangeführt. In Deutschland gibt es diese Strukturen nicht (Transkript B04, Pos. 990–997). Durch die berufspraktische Ausbildung der Hebammen an Universitätskliniken sieht B03 die Fokussierung auf den Risikoansatz der Betreuung. WeHen werden trainiert, immer nach möglichen Komplikationen zu suchen, es könne „das noch passieren und das noch passieren und das könnten wir jetzt auch noch abchecken, weil dann haben wir da wieder ein Problem“, anstatt zunächst auf das zu fokussieren, was normal ist und gut läuft (Transkript B03, Pos. 1371–1381). Positiv wertet B03, dass die heutige Generation der WeHen sehr gut recherchieren kann und sich bei Bedarf Informationen mit „dem Handy im Internet“ holen. Sie hofft sehr, dass sich durch die Akademisierung die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Gynäkolog*innen verbessert: „[...] mich kostet das immer so viel Überwindung, wenn ich jetzt so einen Gynäkologen anrufe oder hinfahre und mit dem reden möchte über die Frau. Also über die Situation oder so. Weil da ist immer noch so dieses Arzt–Hebamme. [...] Dass die Augenhöhe da einfach besser wird. Genau“ (Transkript B03, Pos. 1385–1400).

B02 macht deutlich, dass Hebammen auch in den Kliniken das Ziel verfolgen, die physiologische Geburt zu ermöglichen. Allerdings stoßen sie hierbei oft an strukturell und organisatorisch bedingte Grenzen. Je deutlicher diese Grenzen die hebammengeleitete Geburtshilfe bei physiologischen Geburten verhindern, desto wirkmächtiger werden die Grenzen auch langfristig in Bezug auf das Hebammenwissen, das so ebenfalls weniger wird: „Also dieses, neben der Frau zu sitzen und die Dinge mit ihr gemeinsam einfach zu gehen, wie sie halt zu gehen sind. Des is ja sogar bei uns auch bisschen verloren gegangen. Also des, also ich merk des schon auch, dass man selber

105 Zum Verständnis: In der Regel wird heute alles medizinisch Mögliche getan, um Menschen am Leben zu halten.

manchmal das Gefühl hat, jetzt bin ich da, jetzt muss ich auch irgendwas tun. Und ich kann mich auch in die Ecke hocken und stricken. Und das ist natürlich auch ein bisschen hier Erwartung der Gesellschaft. Da kommt die Hebamme, jetzt tut die irgendwas. Und dann geht irgendwas weiter“. B02 denkt, dass dieses Wissen und das Abwarten-Können ganz verloren gehen könnten, wenn die außerklinische Geburt nicht mehr gepflegt werde: „Also, des is sowieso schon bissel verloren gegangen, [...] grundsätzlich das Wissen, dass Geburten ohne Intervention ja oft aus sich selbst passieren, das würde wahrscheinlich schon noch mehr verloren gehen. So. Ja. Bei den Hebammen. Bei den Familien. Einfach dieses, dieses Wissen, dass, wenn man Wehen hat, man tunlichst den Raum eigentlich nicht wechseln sollte. Und dass man eigentlich das Kind da gebären sollte, wo mans auch gemacht hat. In Dunkelheit und leise und zurückgezogen. Und das, das ist ja sowieso schon verloren gegangen. Weil viele Leute denken ja, man braucht ein Kreißbett oder einen Kreißsaal, um gebären zu können. Und nicht mehr das Wissen, dass man eigentlich, ähm, am besten in eine kleine, dunkle Ecke sich verkriecht. Und, ähm, in Dunkelheit und Ruhe. [...] Genau, das, also, des, des, is aber ehrlicherweise in Deutschland schon verloren gegangen (Transkript B02, Pos. 958–998).

Für außerklinisch tätige Hebammen und ihre Klientel ist es ein natürlicher Vorgang, ein Kind zu gebären. Die Physiologie steht im Vordergrund, nicht das Pathologische oder ein mögliches Risiko. Diese Einstellung beeinflusst auch die Geburtshilfe, denn die befragten Hebammen arbeiten in einem Umfeld, das ohne Anästhesieteam, Kinderärzt*innen, Gynäkolog*innen oder weiteres medizinisches Personal auskommt (vgl. auch Schmitz 1994: 106). Das heißt, sie sind auf sich und ihre Expertise gestellt und müssen sich auf diese und die Mitarbeit der Frau verlassen können. Die Befragten gaben allesamt an, dass ihre *außerklinische Tätigkeit nicht oder nur bedingt mit der klinischen Geburtshilfe vergleichbar* ist. Durch die Schilderungen aller Befragten wurde sehr deutlich, dass es *nicht möglich ist, von der klinischen auf die außerklinische Geburtshilfe zu schließen*. Eine außerklinische Geburt bedeutet für die Frauen, aus eigener Kraft zu gebären und eine Mitverantwortung für den Prozess zu tragen. Hebammen begleiten die Frauen dabei meist entweder allein oder im Team von Beginn der Schwangerschaft an und bauen so ein Vertrauensverhältnis zur Frau und zu ihrer Familie auf. Frauen, die sich für eine außerklinische Geburt entscheiden, wissen, dass sie nicht auf Schmerzmittel oder Medizintechnik zurückgreifen können, es sei denn, sie lassen sich unter der Geburt in eine Klinik verlegen. Hebammen, die außerklinisch arbeiten, können evidenzbasierte Erkenntnisse unmittelbar in die Praxis umsetzen. Für die außerklinische Geburtshilfe gelten jedoch strenge Ein- und Ausschlusskriterien. Sie ist nicht für jede Frau geeignet. Die klinischen Versorgungsstrukturen hingegen können von allen Frauen in Anspruch genommen werden. Frauen, die sich für eine Klinikgeburt entscheiden, ken-

nen ihre Hebammen meist nicht. Sie verlassen sich auf die Versorgungsstrukturen der Kliniken, die sehr unterschiedlich sein können. Evidenzbasierte Erkenntnisse und die Einführung neuer Leitlinien müssen zunächst in die Organisationsstrukturen und Standards überführt werden. Frauen, die in der Klinik gebären, vertrauen darauf, dass ihnen die Klinik und das medizinische Personal maximale Sicherheit bieten. Der Betreuungsprozess wird dabei meist auf unterschiedliche Personen und Bereiche verteilt.

Mit kleineren Belegkliniken wird manchmal eine frauenfreundliche Geburtshilfe assoziiert. Das wird aber unterschiedlich erlebt. B08 beschreibt ihre Erfahrung mit einer Belegklinik: „Also es war jetzt nicht besonders nett. Viel Dolantin¹⁰⁶, viel Blasen aufgemacht, [...] und die Kolleginnen haben die [Frauen] ziemlich durch die Geburt getrieben. Die haben damals zum Beispiel noch nicht mal eine Badewanne eingebaut, weil das wäre ja [...] Zeitverschwendung. Und was damals auch war, also die Gynäkologen waren auch zum Teil über 10 Kilometer weggewohnt und n Anästhesist noch viel weiter“ (Transkript B08, Pos. 32–43).

B06 erklärt, dass in der Klinik für viele Maßnahmen und Tätigkeiten Standards vorliegen, zum Beispiel welche Medikamente Hebammen eigenständig verabreichen dürfen, der Ablauf einer Notsectio oder der Ablauf bei einer atonischen Nachblutung. Ein Standard, wie natürliche Geburten zu begleiten sind oder ob und wie häufig untersucht werden soll, liegt aber nicht vor¹⁰⁷. Deshalb untersucht sie die Frauen auch nicht vaginal (Transkript B06, Pos. 641–648). B10 gibt zu bedenken, dass Klinikstandards manchmal selbstbestimmte Geburten verhindern, es aber auch in der Klinik Hebammenteams gibt, die selbstbestimmte Geburten unterstützen. Maßbeglich für das Erleben von Betreuungssituationen sind in jedem Kontext die Kommunikation und die Art der Aufklärung (Transkript B10, Pos. 563–569). Hebammen, die in der außerklinischen Geburtshilfe tätig sind, können evidenzbasierte Erkenntnisse unmittelbar in die Praxis umsetzen, ohne hierfür Klinikstandards ändern zu müssen (Transkript B04, Pos. 832–850).

Sehr ausführlich beschreibt B06, wie sie Hausgeburtshilfe und Klinikgeburtshilfe im Vergleich erlebt. Deutlich werden die unterschiedlichen Einstellungen der Frauen sowie die Einflüsse der Rahmenbedingungen auf die Geburten. Da dieser Teil des Interviews eines der Kernthemen der vorliegenden Arbeit berührt, wird er Anhang II nahezu ungekürzt dargestellt. In Tabelle 18 werden die wesentlichen Vergleichspunkte herausgestellt.

106 Dolantin ist ein Schmerzmittel aus der Gruppe der Opiode.

107 Die Befragung wurde vor der Veröffentlichung der AWMF-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ durchgeführt, die hierzu Angaben enthält.

Tabelle 18: Vergleich außerklinische und klinische Geburtshilfe nach Transkript B06. Eigene Darstellung

Begleitung der Hausgeburt (Transkript B06, Pos. 327–344, Pos. 348–544)	Begleitung der Klinikgeburt (Transkript B06, Pos. 509–634, Pos. 737–747).
<p>Kontakt</p> <p>Die Frau ruft B06 an, wenn sie sie <u>braucht</u>. B06 <u>kennt</u> die Frau und kann in der Regel die Situation schon am Telefon abschätzen. Sie bietet an zu kommen, aber die Frau <u>entscheidet</u>. Äußert die Frau, sie wisse nicht, was los ist, fährt B06 zur Frau.</p>	<p>Kontakt</p> <p>B06 hat 24-Stunden-Dienst. Die Frau ist ihr <u>unbekannt</u>. Sie trifft sie erstmals, wenn sie in den Kreißsaal kommt. Die Aufnahme der Frau läuft über die <u>Ärzt*innen</u>.</p>
<p>Ankunft von B06 im Haus der Familie</p> <p>B06 ist „<u>Gast</u>“ bei der Familie, sie „<u>kommt dazu</u>“, in eine „<u>Situation, die schon existiert</u>“. Sie checkt die Situation ab, indem sie sich fragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wie geht es der Frau“? ▪ Welche Personen sind bei/mit der Frau? ▪ Wie <u>fühlt</u> sich die Wehentätigkeit an? ▪ „Wie viel Kontakt“ braucht die Frau? 	<p>Beobachtungsphase – beginnende Wehen</p> <p>Die Frau wird so lange auf Station von <u>Pflegekräften</u> betreut, bis nach <u>ärztlich erhobenem Befund</u> angeordnet wird, dass sie nun in den Kreißsaal aufgenommen werden kann. Oftmals bekommen die Frauen <u>Schmerzmittel</u> auf Station. B06 kann sich der Frau bis dahin, auch aus organisatorischen Gründen, nicht widmen.</p>
<p>Beobachtungsphase – beginnende Wehen</p> <p>B06 hört die <u>kindlichen Herztöne</u> ab und dokumentiert. <u>Vaginale Untersuchungen</u> führt sie <u>sehr selten</u> und ausschließlich nur dann durch, wenn die Frau dies von sich aus wünscht oder sie diesen Befund wirklich benötigt, um Klarheit zu haben.</p>	<p>Ankunft der Frau im Kreißsaal</p> <p>B06 hat die Vorgabe, die kindlichen Herztöne dauerhaft mit dem <u>CTG</u> zu kontrollieren, sonst „schimpfen die Ärzte“. <u>Standardmäßig</u> soll die Frau regelmäßig <u>vaginal untersucht</u> werden. Den <u>Befund</u> möchten die <u>Ärzt*innen</u> wissen. Sie vermeidet dies jedoch bestmöglich.</p>
<p>Beobachtungsphase – Geburtswehen</p> <p>Die Frauen sagen B06, was sie benötigen. B06 hält sich im Hintergrund, <u>ohne zu stören</u>, sie <u>begleitet</u>. Sie <u>vermeidet proaktive Tipps</u> und hilft den Frauen nur auf implizites oder explizites Verlangen hin, also bedarfsorientiert. Sie nimmt den Frauen „Handgriffe“ ab wie das Einlassen des Wassers in den Gebärpool etc. Die Frauen sind nahezu immer in <u>Bewegung</u>. B06 bereitet alles für die Ankunft des Kindes vor, alles ist „warm“.</p>	<p>Beobachtungsphase – Geburtswehen</p> <p>B06 <u>motiviert</u> die Frau, sich zu bewegen und zunächst auf Schmerzmittel oder eine PDA zu verzichten. Sie muss der Frau <u>aktiv Tipps</u> geben, wie diese sich bewegen kann und welche Hilfsmittel diese nutzen kann, zum Beispiel das Bad, eine Matte oder einen Gymnastikball. Die Frau entscheidet sich dennoch meist für das <u>Kreißbett</u>. Sind weitere Frauen zu betruen, kann es vorkommen, dass eine Frau ein <u>Medikament</u> zur Wehenhemmung erhält, so dass die andere Frau zum Beispiel zum Kaiserschnitt in den Operationssaal begleitet werden kann.</p>

Begleitung der Hausgeburt (Transkript B06, Pos. 327–344, Pos. 348–544)	Begleitung der Klinikgeburt (Transkript B06, Pos. 509–634, Pos. 737–747).
Aktive Geburtsphase	Aktive Geburtsphase
<p>Die Frau <u>signalisiert</u>, wenn das Kind geboren werden möchte. B06 vermeidet unnötige Untersuchungen oder Berührungen im Intimbereich. Die Frau gebärt ihr Kind aktiv. B06 begleitet sie und „fängt das Kind auf“ oder unterstützt die Frau dabei. Wann sie ihr Kind zu sich nehmen möchte, <u>entscheidet die Frau</u>, nicht B06.</p>	<p>B06 ist bemüht, die Frau so gut wie möglich zu begleiten. Dabei ist sie gefordert, die Frau auch in der aktiven Geburtsphase <u>anzuleiten</u>. Die Frau macht wenig aus sich selbst heraus (Ausnahme: Mehrgebärende). Häufig kommen <u>Medikamente</u> zur Förderung der Wehentätigkeit zum Einsatz. Die Frau nimmt ihr Kind selten selbst hoch, sie <u>erwartet</u>, dass B06 es ihr gibt.</p>
Emotionen	Emotionen
<p>B06 beschreibt sich als „<u>hochkonzentriert</u>“ und in Habachtstellung für den Fall, „dass sie noch was machen muss“.</p>	<p>B06 „<u>flasht</u>“ die Unselbstständigkeit der Frau. Zudem fühlt sie die Betreuung als <u>nicht stimmig</u>, sie empfindet die organisatorisch bedingte, aktive, medikamentöse Steuerung der Geburt als „<u>schräg</u>“.</p>
Nach der Geburt des Kindes	Nach der Geburt des Kindes
<p>B06 fühlt die Pulsation der Nabelschnur und hört die Lunge des Kindes ab. Sie lässt die „<u>Familie in Ruhe</u>“, bleibt aber <u>wachsam</u>. Zugleich sorgt sie dafür, dass es die Frau „<u>bequem</u>“ hat, und umsorgt die Frau <u>bedarfsorientiert</u>.</p>	<p>Da der pH-Wert im Nabelschnurblut bestimmt werden muss, weil die Ärzt*innen ihn bei der <u>Morgenbesprechung</u> kommunizieren müssen, nabelt B06 das Kind zeitig ab. Sie hört die Lunge des Kindes ab und beginnt mit der sehr umfassenden Dokumentation.</p>
Plazentaphase	Plazentaphase
<p>Spätestens einer Stunde nach der Geburt fordert B06 die Frau auf, die Plazenta zu gebären. Hierfür leitet sie die Frau an, dass sie dies <u>eigenständig</u> tun kann. Liegt kein Problem vor, nabelt B06 das Kind prinzipiell nicht ab, bevor die Plazenta geboren wurde. Das Durchtrennen der Nabelschnur übernimmt oft der <u>Vater</u>. B06 kontrolliert die Blutung und die Vollständigkeit der Nachgeburt.</p>	<p>B06 verabreicht der Frau ein <u>Medikament</u>, so dass sich die Nachgeburt gut löst und der Blutverlust geringgehalten werden kann. <u>Direkt im Anschluss</u> werden Geburtsverletzungen genäht.</p>
Bonding	Bonding
<p>Die Eltern haben <u>Zeit</u>, mit dem Kind zu kuscheln. Die Frau kann es stillen. B06 versorgt die Frau mit Essen und Getränken. Sie sorgt für <u>Ruhe</u> und nutzt die Zeit für Organisatorisches und die Dokumentation.</p>	<p>Das Bonding wird durch die Versorgung von Geburtsverletzungen <u>unterbrochen</u>. B06 macht die Frau frisch und bettet sie in ein <u>bequemes</u> Bett um.</p>

Begleitung der Hausgeburt (Transkript B06, Pos. 327–344, Pos. 348–544)	Begleitung der Klinikgeburt (Transkript B06, Pos. 509–634, Pos. 737–747).
Untersuchung	Untersuchung
B06 kontrolliert, ob Geburtsverletzungen vorliegen, und vernäht die Frau gegebenenfalls. Sie kontrolliert, ob die Frau Wasser lassen kann.	B06 führt die U1 ¹⁰⁸ beim Kind durch. Hierfür muss sie das Kind auf einen anderen Platz legen. Sie sorgt dafür, dass die Mutter die Untersuchung sehen kann.
Abschied	Abschied
Bevor sich B06 nach rund <u>drei Stunden</u> verabschiedet, hilft sie der Frau, sich zu duschen und bettet diese frisch. Sie legt Wert darauf, dass der <u>Vater</u> in dieser Zeit mit dem Baby <u>Hautkontakt</u> hat.	Der Abschied erfolgt <u>zwei Stunden</u> nach der Geburt. B06 hilft der Frau nochmals auf, obwohl das „nicht ihre Aufgabe“ ist, bevor sie diese auf Station verlegen muss.
Weitere Betreuung	Weitere Betreuung
B06 kommt in der Regel noch am selben Tag zum <u>Wochenbettbesuch</u> . Das Wochenbett zu begleiten, empfindet sie als unkompliziert. Nach rund zwei Wochen ist die Betreuung beendet.	B06 sieht die von ihr betreute Frau in der Regel nicht wieder. Die Wochenbettbetreuung übernehmen <u>andere</u> Hebammen.
Emotionen	Emotionen
Die Verabschiedung von der Familie verbindet B06 mit <u>Freude</u> und zugleich <u>Trauer</u> . Häufig sieht sie die Familien aber beim nächsten Kind wieder.	B06 empfindet ihre Arbeit in der Klinik als <u>programmhaft</u> und <u>mechanisch</u> und nicht die individuelle Geburt für die Familie.

Persönliche Organisationsstrukturen, Erfahrungen, Haltungen und Kenntnisse

Wie und welches Wissen Hebammen weitergeben können, hängt neben den Kenntnissen, die sie selbst im Rahmen ihrer Ausbildung gewinnen konnten, auch davon ab, wie sie sich beruflich spezialisierten, da Spezialisierung mit der Gewinnung und Vertiefung von Spezialwissen einhergeht. Hierzu zählen somit auch einschlägige Fort- und Weiterbildungen sowie die Vernetzungsstrukturen der Hebammen.

Der Berufsweg¹⁰⁹ der Hebammen weist Gemeinsamkeiten auf. Alle waren früh der außerklinischen Geburtshilfe gegenüber offen. Vorbilder in der eigenen Familie (Transkript B10, Pos. 18–23), ein frühzeitiger Kontakt mit einer außerklinisch tätigen Hebamme, das Rollenvorbild einer berühmten außer-

108 Erste Untersuchung des Kindes nach der Geburt, die im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert wird.

109 Siehe auch Schmitz (1994: 76ff.).

klinisch tätigen Hebamme (Transkript B04, Pos. 144–152), außerklinische Geburtshilfe als Unterrichtsfach und das Erleben dieser (Transkript B09, Pos. 879–890, Pos. 824–827) galten als Antreiber, früh diese Spezialisierung zu wagen. Weitere Antreiber waren ärztliche Vorgaben im klinischen Alltag, die als Einschränkung der Gebärenden sowie der eigenen Arbeitsweise beschrieben wurden (B06, Pos. 73–94), die Annahme, die außerklinische Geburtshilfe lässt mehr Spielraum (ebd., Pos. 91–93), Unzufriedenheit mit der klinischen Geburtshilfe und dem Betreuungsschlüssel (Transkript B06, Pos. 73–94) sowie Klinikstandards, die willkürlich erscheinen, weil sie von Haus zu Haus variieren (Transkript B03, Pos. 20–27). Die Hebammen beschrieben teils auch, dass sie zunächst Berufserfahrung in der Klinik gesammelt haben, bis sie sich sicher genug fühlten, um eigenständig außerklinisch zu arbeiten (Transkript B08, Pos. 42–49). Die Sicherheit wurde auch stufenweise gewonnen: zunächst durch die Arbeit in der Klinik, dann durch die im Geburtshaus und schließlich in der Hausgeburtshilfe (Transkript B06, Pos. 107–122). „Und nach 13 Jahren hats mir eigentlich gezeigt, dass ich niemals mehr als Hebamme in der Geburtshilfe in der Klinik tätig sein möchte“ (Transkript B10, Pos. 18–23).

Nahezu alle außerklinisch tätigen Hebammen arbeiten freiberuflich in Selbstständigkeit¹¹⁰. Dabei arbeiten sie entweder *allein oder im Team*. Ob Hebammen allein oder im Team arbeiten, hängt sowohl von der Persönlichkeit als auch von der Tätigkeit ab. Außerdem gaben einige Hebammen an, weder Kolleg*innen noch Nachfolger*innen zu finden.

Arbeiten Hebammen in Hausgeburtsteams, arbeiten diese häufig viele Jahre zusammen, bis eine der Kolleg*innen aus dem Team ausscheidet. B03 hat zu Beginn ihrer außerklinischen Hebammentätigkeit mit einer Kollegin gearbeitet. Zunächst haben sie sich einfach bei Geburten unterstützt und gegenseitig vertreten. Daraus ist ein festes Geburtsteam geworden, das Frauen jahrelang gemeinsam betreut hat. Die Anzahl der Geburten steigerte sich. B03 setzte die Geburtshilfe allein fort, als ihre Kollegin ins Ausland auswanderte (Transkript B03, Pos. 63–72). B08 hatte seit Beginn ihrer außerklinischen Berufstätigkeit eine Kollegin an ihrer Seite, die allerdings aufgrund von „Familie, Trennung, Kinder, Enkelkinder“ beschlossen hat, nicht mehr geburtshilflich tätig zu (Transkript B08, Pos. 60–63).

Arbeiten Hebammen im Hausgeburtsteam zusammen, begleiten sie die Frauen entweder immer zu zweit zur Geburt oder die zweite Hebamme kommt nur bei Bedarf hinzu. B02 hat sowohl in Zweiertteams als auch allein gearbeitet (Transkript B02, Pos. 77–78, Pos. 82–88). Gehen beide Hebammen gemeinsam zur Geburt, hat eine*r die Leitungsrolle, eine*r die Assistenzrolle. Die Hebammen wechseln sich mit jeder Geburt ab und teilen sich auch den Verdienst entsprechend auf (Transkript B02, Pos. 156–199). B02

110 Siehe Krauspenhaar/Erdmann (2019: 18).

erklärt, dass es auch direkt nach der Geburt „angenehm“ ist, eine zweite Hebamme zu haben, da viele Dinge parallel ausgeführt werden können. Beispielhaft nennt sie die U1, das Nähen von Geburtsverletzungen und die ersten pflegerischen Tätigkeiten im Wochenbett, wie sie in den Niederlanden durch die Wochenbettpflegerinnen ausgeführt werden (Transkript B02, Pos. 156–199, Pos. 207–208). B01 hat zwar die meisten Geburten allein betreut, sich aber immer „gefremt, wenn ne Kollegin dabei war“ (Transkript B01, Pos. 50–54).

Die Teamstrukturen im Geburtshaus variieren deutlich. Die Teams können auch interdisziplinär zusammengesetzt sein. B10 hat ihr Geburtshaus allein aufgebaut, zwischenzeitlich aber auch Personal angestellt. Darunter waren „Hebammen“, „MFAs“¹¹¹, „Kinderkrankenschwestern“ oder „Krankenschwestern“. Zudem kooperiert sie mit Gynäkolog*innen und begleitet auch Hausgeburten. Regelmäßig nimmt sie WeHen für die berufspraktischen Einsätze während der Ausbildung oder des Studiums mit ins Team (Transkript B10, Pos. 731–745). Bei der Zusammenstellung ihres Teams legt B10 Wert darauf, dass sich die Arbeit mit typischen Frauenbiografien¹¹² vereinbaren lässt (Transkript B10, Pos. 880–910). Zudem achtet sie darauf, dass dem Team ausreichend Assistenzpersonal zur Verfügung steht, das schnell auf ihre Anweisungen reagieren und diese ausführen kann. Die Erfahrung zeigt ihr, dass das besser funktioniert als ein reines Hebammenteam: „Weil ich einfach weiß, wie schwierig es ist, zehn Hebammen unter einen Hut zu bringen, die [...] auch als Team zusammenarbeiten können“ (Transkript B10, Pos. 1124–1131).

B09 beschreibt, dass sie in einem Geburtshaus mit Sommer- und Winterteams arbeitet. Die Teams bestehen immer aus drei Diensthebammen. Im Sommer werden die Teams aufgrund der Urlaubszeit neu zusammengesetzt. Insgesamt sind 18 Hebammen des Teams in der Geburtshilfe aktiv (Transkript B09, Pos. 391–400).

B07 hat aufgrund ihrer eigenen Mutterschaft zwischen der Teamarbeit im Geburtshaus und der Hausgeburtshilfe gewechselt und letztlich selbst ein Geburtshaus mit Team eröffnet, in dem neun Hebammen zusammenarbeiten. Die Hebammen teilen sich die Arbeit in Teams auf, wobei eine Diensthebamme und eine zweite Hebamme zusammenarbeiten. Sie erklärt, dass sie in jedem Dienst Frauen betreut (Transkript B07, Pos. 73–95, Pos. 93–95, Pos. 287, Pos. 299–300).

Der Vorteil der Teamarbeit ist, dass sich dadurch die Attraktivität der außerklinischen Geburtshilfe verbessert, insbesondere dann, wenn Bereitschaftswochen möglich sind (Transkript B08, Pos. 699–702). Der Erfahrung nach können Hebammen aber auch „im Grunde ganz schlechte Teamplayer“

111 MFA: Medizinische Fachangestellte.

112 Unter frauentypischer Biografie wurde seitens der Befragten insbesondere die mit einer „Mutterschaft“ einhergehenden biografischen Merkmale verstanden.

sein, was exakt „an diesem Bereitschaftsthema“ sichtbar werden kann (Transkript B08, Pos. 723–726).

Während für die Hebammen die Arbeit in einem größeren Team Entlastung bedeutet, stellt sich dies für die gebärenden Frauen häufig anders dar, denn die Betreuung durch eine Hebamme oder ein festes Team aus zwei Hebammen dient einem intensiven Beziehungsaufbau. Die Arbeit in wechselnden Teams „schmälert die Beziehung, aber nicht so, dass die Geburtshilfe dadurch beeinträchtigt würde. Aber ja, es schmälert die Beziehung“ (Transkript B06, Pos. 1377–1382).

Auch wenn sich Hebamme und Frau kennen, kann es vorkommen, dass Hebammen aufgrund von unvorhersehbaren Ereignissen Dienste tauschen müssen. Die Hebammen gehen dann proaktiv damit um: „Wir sagen immer, das Kind sucht sich die Hebamme aus. Dann kannst eh nix machen. Und wir merken, wenn wir locker sind damit, dann sind die Frauen auch locker damit“ (Transkript B07, Pos. 838–844).

Möchten Hebammen ein *Geburtshaus gründen*¹¹³, ist dies mit unternehmerischen Risiken verbunden und erfordert Zeit für organisatorische Themen, die nicht für die Begleitung von Frauen zur Verfügung steht. Die Arbeit im Geburtshaus schafft aber auch Freiräume für Hebammen. Die Rahmenbedingungen für Geburtshäuser können daher nicht oder nur bedingt mit jenen für die Hausgeburtshilfe verglichen werden.

Die Gründe für die Eröffnung eines Geburtshauses können vielfältig sein. B10 fühlte sich „nach dreißig Jahren Beleghebammenarbeit in der Klinik“ nur noch als „Assistentin des Arztes“ und konnte die Klinikgeburtshilfe nicht mehr mit ihren Vorstellungen vereinbaren (Transkript B10, Pos. 24–32). B10 merkt an, dass Hebammen mit der außerklinischen Geburtshilfe „Revoluzzerarbeit“ leisteten (Transkript B10, Pos. 499–504). Möchten Hebammen Geburtshäuser aufbauen, sehen sie sich allerdings komplexen Rahmenbedingungen gegenüber. B10 erklärt, dass es bereits früher „Entbindungsheime“ – „in jedem Dorf“ –, in denen nur Hebammen arbeiteten. Heute müssen sich Hebammen zur Wehr setzen, wenn sie ein Geburtshaus gründen möchten. Zudem erhalten sie hierfür keine staatlichen Zuschüsse (Transkript B10, Pos. 503–530).

B07 erklärt, dass die Gründung eines Geburtshauses 1998 noch deutlich einfacher war als heute: „Da war kein Gesundheitsamt, wie es heute ist. Das hat [...] keinen interessiert“. Die Räume wurden bei Bedarf entsprechend ausgestattet (Transkript B07, Pos. 175–190). Sie beschreibt diese als „Hausgeburtsspraxis“, in der sie auch Kurse abhalten konnten und Schwangerenversorgung durchführte. Frauen gebären dort nur, wenn sie zu Hause nicht mochten. Heute ist es schwer, entsprechende Gewerberäume zu finden. Vermieter möchten Umbaumaßnahmen, wie zum Beispiel eine Gebärdewanne, ver-

113 Siehe hierzu auch Netzwerk der Geburtshäuser (2021a).

ein Lernprozess, Kolleg*innen um Unterstützung zu bitten oder den Frauen lange im Voraus mitzuteilen, dass sie an diesen Tagen nicht zur Verfügung stehen wird und Kolleg*innen die Vertretung übernehmen werden. Für B06 war das anfangs nicht einfach, da sie die Frauen selbst betreuen wollte (Transkript B06, Pos. 179–187, Pos. 191–195). B02 erklärt, dass die Rufbereitschaft auf die Dauer anstrengend wird (Transkript B02, Pos. 96) und einige Hebammen „einfach keine Rufbereitschaft aushalten“ (Transkript B02, Pos. 431–432).

Im Geburtshaus ist die Rufbereitschaft oft an Dienste geknüpft. Das ist eine deutliche Erleichterung zur Dauerrufbereitschaft. B09 erklärt, dass sie zusätzlich zu den normalen Diensten feste Rufbereitschaftsdienste hat. Sie wird dann beispielsweise gerufen, wenn die Diensthebammen bei Geburten sind, aber Frauen zur Untersuchung ins Geburtshaus kommen, zum Beispiel zur Kontrolle nach Überschreitung des errechneten Entbindungstermins (Transkript B09, Pos. 739–742). B07 arbeitet mit 24-Stunden-Diensten und Rufdiensten. Sie wohnte immer in der Nähe des Geburtshauses, wobei sie zusätzlich Hausgeburten betreute (Transkript B07, Pos. 57–69, Pos. 104–105). In sehr arbeitsreichen Zeiten helfen sich die Hebammen gegenseitig, indem sie eine Kollegin ablösen, damit diese etwas schlafen kann. Doppelschichten versuchen sie möglichst zu vermeiden (Transkript B07, Pos. 308–312). Die Dienste verteilen sich regulär auf die verschiedenen Teams (Transkript B07, Pos. 834).

*Nachfolger*innen* oder Kolleg*innen zu finden, scheitert häufig an der Rufbereitschaft, aber auch an unzureichenden Kenntnissen in der außerklinischen Geburtshilfe. Dies führt auch dazu, dass Hebammen ein falsches Bild von dem haben, was sie erwartet. Zudem kann die eigene Familienplanung die erforderliche flexible Arbeitsweise beeinträchtigen.

B01 hofft, dass eine „neue Generation am Wachsen ist“. Als Meisterin hat sie viele Schüler*innen aufgenommen, immer in der Hoffnung, dass sie sich in der außerklinischen Geburtshilfe verorten. Derzeit hat sie noch keine Nachfolge, wünscht sich aber, bald nicht mehr so viel Rufbereitschaft zu haben (Transkript B01, Pos. 1332–1337): „Dann [...] ist immer mal wieder ne junge Kollegin aufgetaucht, die begeistert in die Hausgeburtshilfe einsteigen wollte, die ich dann für zwei, drei Jahre an meiner Seite hatte, bis sie vielleicht Kinder gekriegt hat [...]. Und selten hatte ich die Situation so, dass die Kollegin schon so weit eingearbeitet war, dass sie wirklich selbstständig auch ohne mich Geburtshilfe gemacht hat“ (Transkript B01, Pos. 217–228). B02 hofft ebenfalls auf Kolleg*innen, die bleiben. Bevor sie als Hausgeburtshilfen anfangen, waren bereits „ein paar Hausgeburten im Landkreis“, die von Kolleg*innen aus einer anderen Stadt betreut wurden (Transkript B02, Pos. 386–391). In der Auswahl der Kolleg*innen zeigt sie sich offen und versteht auch, wenn die Rufbereitschaft für Hebammen zu belastend ist (Transkript B02, Pos. 431–432). B06 hatte eine Praktikantin, die sie als sehr

geeignet für die außerklinische Geburtshilfe hielt. Aber im Laufe ihrer Ausbildung an der Hebammenschule entwickelte die werdende Hebamme Ängste und kann es sich nun nicht mehr vorstellen, außerklinisch zu arbeiten (Transkript B06, Pos. 794–801, Pos. 814–815). Um ihre Nachfolge zu sichern, baut sich B10 nun rechtzeitig ein interdisziplinäres Team auf. Sie möchte Hebammen so lange anstellen, bis sich diese zutrauen, selbstständig zu arbeiten. B10 hofft, dass dieser „Plan“ „aufgeht“ (Transkript B10, Pos. 880–910).

Die Nachfolge ist auch in Abhängigkeit zur Vergütung (s. Kap. 3) zu sehen. Die Entlohnung für die außerklinische Hebammenarbeit wird nicht immer als gerecht empfunden und ist teils mit finanziellen Einschränkungen für Hebammen verbunden. Dennoch gibt es auch positive Aspekte.

B05 erklärt, dass die außerklinische Geburtshilfe mit vielen Belastungen für Hebammen verbunden sein kann- sozial, finanziell und persönlich- aber zugleich auch bedeutet, dass Hebammen die Verantwortung für ihre Arbeit allein tragen müssen (Transkript B05, Pos. 72–76). Die Rufbereitschaftszeit müssen Hebammen daher in gewissem Umfang zur Arbeitszeit rechnen. Hierfür können sie ein Bereitschaftshonorar in Rechnung stellen. B03 erklärt, dass sich Frauen dieses Honorar von den Krankenkassen erstatten lassen können. „Und wir gehen auf Bereitschaft ab der 38. Woche. Also 21 Tage vorm errechneten Entbindungstermin bis 14 Tage nach dem errechneten Termin“ (Transkript B03, Pos. 416–422).

Während im Krankenhaus zwei oder mehr Frauen parallel betreut werden können, ist dies in der Hausgeburtshilfe unmöglich. Das bedeutet zwar, dass Hausgeburtshilfen insgesamt weniger Leistungen abrechnen können, aber Geburtshilfe auch mit physischer und psychischer Anstrengung für die betreuenden Hebamme verbunden. Daher ist B08 froh, dass sie nicht jeden Tag eine Geburt begleitet, oder mehrere Gebärende zeitgleich im Blick behalten muss (Transkript B08, Pos. 733–745). Hausgeburtshilfe verursacht im Vergleich zur Geburtshilfe weniger Fixkosten für Hebammen (Transkript B08, Pos. 89–92). Das „Gejammer“ von Hebammen, dass alles so teuer geworden ist, sieht sie als nicht immer begründet, auch wenn organisatorisch im Gegensatz zu früher vieles aufwändiger geworden ist (Transkript B08, Pos. 107–113).

Hebammen können heute die Leistungen jedoch spezifischer abrechnen als früher, denn die Vergütung der Hebammen veränderte sich im Laufe der Jahrzehnte: „[...] bis 1985 war die Bezahlung der Hausgeburtshilfe eine Pauschale inklusive Wochenbett. Und es gab keine Vorsorgen, nur Hilfeleistungen. Das heißt Geburt und Wochenbett [...]. Da ging man paarmal hin, im Bestfall fünfmal und das wars dann, weil, ja. Es hat schon seine Auswirkung gehabt, dass es pauschaliert war [...], die Frauen mussten sehr selbstständig [...] klarkommen“ (Transkript B04, Pos. 214–220). Zudem ist es gesellschaftlich eher akzeptiert, wenn Hebammenleistungen in Anspruch genommen werden. B08 beschreibt, dass sie den kompletten Betreuungsbogen

schon „vor dreißig Jahren“ angeboten hatte. Damals war es- im Gegensatz zu heute- für sie unrentabel, Hebammenleistungen anzubieten, die über die Geburtshilfe hinausgingen. „Also da in der Gegend haben die Leute noch gesagt, was tust du mit der Hebamm, Kaffee trinken?“ (Transkript B08, Pos. 53–58).

Die Arbeit der befragten außerklinisch tätigen Hebammen entlang des *Betreuungsbogens* (s. Abb. 2) ist einerseits sehr zeitintensiv, andererseits erfüllt sie die Befragten auch. B10 sieht die Arbeit der Hebammen entlang des Betreuungsbogens als so wertvoll an, dass sie den Status eines „Weltkulturerbes“ verdienen würde (Transkript B10, Pos. 44–55). B04 ist es wichtig, dass die Betreuung kontinuierlich ist und die Frau weiß, dass sie sich entweder an eine bestimmte Hebamme oder ein festes Team wenden kann. Durch die kontinuierliche Betreuung entwickelt sich die Frau weiter. Von dieser Entwicklung profitiert auch die Hebamme in der Betreuung (Transkript B04, Pos. 531–535). Auch B06 hat die Frauen viele Jahre lang kontinuierlich von der Schwangerschaft bis zum Abstillen betreut und findet dieses Betreuungskonzept „perfekt“ für die Frauen, gibt aber zu bedenken, dass es Hebammen nicht immer so leisten können (Transkript B06, Pos. 1325–1341). Auch B02, B03 und B05 berichten, dass sie die Frauen vollumfänglich betreuen. So lernen die Hebammen die Frauen bereits in der Schwangerenvorsorge kennen. Diese können über die Pränataldiagnostik, die Ultraschalluntersuchungen, die Geburtsmöglichkeiten samt aller Formalia sowie die Wochenbettbetreuung aufklären und ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Hebamme und Frau lernen sich kennen (Transkript B02, Pos. 1211–1223; Transkript B03, Pos. 93–96; Transkript B05, Pos. 35–50; Transkript B06, Pos. 737–747).

Die *Nachfrage*¹¹⁵ nach außerklinischen Leistungen übersteigt das Angebot um ein Vielfaches. Während sich nach B02 früher rund ein Drittel der Frauen erst aufgrund der Geburtsvorbereitungskurse für Hausgeburten entschied, hat sie inzwischen ohne Kurse so viele Anfragen, dass sie über Monate hinweg ausgelastet ist (Transkript B02, Pos. 1563–1566). B01 formuliert, dass sie früher teils ebenso viele Anfragen für ihre Tätigkeit als Begleitbeleghebamme wie für die Hausgeburtshilfe hatte. Lange Zeit waren die Anfragen für Hausgeburten konstant hoch, inzwischen kann sie die Anfragen aber kaum noch bedienen. Die Begleitbeleghebammentätigkeit hat sie daher nahezu ganz eingestellt, es sei denn, sie kennt die Familie sehr gut (Transkript B01, Pos. 199–208). Der Grund dafür, dass sie Anfragen ablehnt, liegt darin, dass sie bereits „überlastet“ ist (Transkript B01, Pos. 71–83, Pos. 85–89). Sie muss Massen an Anfragen bewältigen und kann viele nicht mehr zeitnah beantworten. Familien, die sich trotz alledem über einen längeren Zeitraum immer wieder melden, nimmt sie in die Betreuung auf, weil sie merkt, dass es

115 Familien finden in Deutschland häufig keine Hebamme. Das Problem wird sowohl in den Medien diskutiert als auch regelmäßig durch die Berufsverbände an die Politik herangetragen, siehe z.B. DHV (2020d).

ihnen wirklich wichtig ist, mit ihr zu gebären. Die Frauen werden über das Internet oder über Empfehlung auf sie aufmerksam (Transkript B01, Pos. 307–325). B01 gibt an, im letzten Jahr zwanzig Hausgeburten abgelehnt zu haben. Frauen, die sie nicht betreuen kann, versucht sie, an Kolleg*innen zu verweisen. B03 und ihre Kollegin nehmen nur noch vier bis fünf Frauen pro Monat für die Hausgeburtsilfe an. Die Frauen melden sich daher immer früher, spätestens in der 12. oder 13. Schwangerschaftswoche, an (Transkript B03, Pos. 111–115).

Auch in den Geburtshäusern können die Anfragen nicht immer bedient werden. B07 und ihre Kolleg*innen im Geburtshaus nehmen maximal dreißig Frauen pro Monat an. Sie müssen die Betreuung von zehn bis zwanzig Frauen pro Monat ablehnen. Eine ihrer Kolleg*innen, die Hausgeburten anbietet, musste in 2019 81 Frauen, die zu Hause gebären wollten, absagen (Transkript B07, Pos. 347–350, Pos. 338–342). Auch B10 beschreibt, dass die Anmeldungen im Geburtshaus viel zu hoch sind, um auch nur annähernd bedient werden zu können. B10 fällt es jedoch schwer, die Frauen zu enttäuschen, und lässt deshalb von Fachangestellten die Aufnahmen und Absagen koordinieren (Transkript B10, Pos. 866–874).

Frauen und/oder Hebammen nehmen für die außerklinische Betreuung in Bayern *weite Wege*¹¹⁶ auf sich. Das Einzugsgebiet erstreckt sich teils über die Grenzregionen hinweg und umfasst auch Tschechien und Österreich (Transkript B10, Pos. 749–751). B10 erklärt, dass viele Familien die Zeit des frühen Wochenbetts deshalb ebenfalls im Geburtshaus verbringen. Hierfür wurden das Geburtshaus erweitert und Familienzimmern eingerichtet (Transkript B10, Pos. 503–530). Die weitere Wochenbettbetreuung wird in diesen Fällen daher von Kolleg*innen übernommen, die wohnortnah praktizieren (Transkript B07, Pos. 455–458). Auch B07 erklärt, dass die Frauen „Strecken“ zurücklegen, um im Geburtshaus gebären zu können (Transkript B07, Pos. 462–465). Sie und ihre Kolleg*innen möchten nun den Platz im Geburtshaus erweitern und suchen neue Räumlichkeiten (Transkript B07, Pos. 203–228).

B02 betreut Hausgeburten im Radius von bis zu 30 Kilometern um ihren Wohnort (Transkript B02, Pos. 38–40). B01 fährt bis zu 80 Kilometer für die Hausgeburtsilfe, wobei die überwiegenden Betreuungen im Radius von 40–50 Kilometern um ihren Wohnort stattfinden (Transkript B01, Pos. 252–257). Die zeitintensive Wochenbettbetreuung versucht B01 auf einen Radius von bis zu 20 Kilometern einzugrenzen, sie macht aber Ausnahmen, wenn sie die Familien gut kennt (Transkript B01, Pos. 261–267).

116 Das Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie (2019) veröffentlicht regelmäßig den „Raumordnungsbericht“. Bayern ist ein Flächenstaat, geprägt durch einige wenige Ballungsräume und Metropolregionen (München, Nürnberg und Augsburg) sowie ländliche und strukturschwache Regionen mit besonderem Handlungsbedarf. Diese Strukturen wirken sich auch auf die Versorgungsdichte mit Hebammenleistungen aus.

Auf Basis ihrer eigenen Erfahrungen möchten die Befragten WeHen für die außerklinische Geburtshilfe begeistern und diese bei deren Entscheidungsfindung unterstützen. Hervorgehoben wurde, dass WeHen in Berührung mit der außerklinischen Geburtshilfe kommen sollten.

B07 machte die Erfahrung, dass sich Schüler*innen und Studierende, die sich für die außerklinische Geburtshilfe interessieren, auch entsprechende Einsatzorte für den berufspraktischen Einsatz bei freiberuflichen Hebammen aussuchen und manche von ihnen dann auch in der außerklinischen Geburtshilfe bleiben. „Wobei es natürlich auch immer die sind, die sagen, sie möchten ins Geburtshaus, die eh schon in die Richtung sind. Weil die können ja das Externat machen, wo sie möchten. Die können auch zu einer Wochenbetthebamme oder in eine Belegklinik. [...] Was ich schade finde. Ja. Weil, ich finde eigentlich schon, jede Hebamme, die dann ihren Titel hat [...], wäre schön, wenn sie wenigstens mal ein paar Wochen außerklinische Geburten gesehen hätte. Also das wäre für mich jetzt ein Muss. Aber bisher war es halt immer je nachdem. War es unterschiedlich“ (Transkript B07, Pos. 568–576). B09 findet, dass WeHen sich möglichst viel ansehen und die Entscheidung angstfrei treffen sollten, da in jedem Tätigkeitsbereich eine profunde Einarbeitung möglich ist (Transkript B09, Pos. 1020–1025).

Zur Entscheidungsfindung gehört auch, über die Vor- und Nachteile der freiberuflichen, außerklinischen Hebammentätigkeit zu kennen, da die Art der Berufsausübung das Sozial- und Familienleben beeinflusst. Als besonders herausfordernd in der außerklinischen Geburtshilfe gilt die Dauerrufbereitschaft, die oft über Jahre oder Jahrzehnte geleistet werden muss (Transkript B07, Pos. 815–824). Hinzu kommt, dass mit zunehmendem Alter die Belastbarkeit eingeschränkt wird und so Berufsausübung- insbesondere in Dauerrufbereitschaft- meist nicht das ganze Berufsleben lang möglich sein wird (Transkript B06, Pos. 1368–1375). Sind außerklinisch tätige Hebammen auf Partner*innensuche kann ihr Beruf als Negativkriterium wirken, denn die Rufbereitschaft gibt den Takt vor (Transkript B08, Pos. 164–184). Zudem fehlt denjenigen Hebammen, die allein arbeiten, oftmals der enge Austausch mit Kolleg*innen. Erfahren Hebammen schwere psychische Belastungen im Kontext der Berufsausübung, die unverarbeitet bleiben, kann dadurch das Sozial- und Familienleben beeinträchtigt werden (Transkript B08, Pos. 164–184).

Das Familienleben der Hebammen wird durch die Berufstätigkeit beeinflusst. Hebammen mit Familien und Kindern arbeiten oft an der Grenze ihrer Belastbarkeit (Transkript B03, Pos. 340–341). Für die Betreuung der Frauen wird viel Zeit und Energie aufgewendet; das bedeutet Einschränkungen für das Familienleben und nur wenige Urlaubstage (Transkript B05, Pos. 74–78). Denn die umfangreichen hebammengeleiteten Betreuungen umfassen meist die Zeit der Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, des Wochenbetts und der Stillzeit und erstrecken sich so meist über 18 Monate. Diese Bereit-

schaft, für andere zu sorgen bedeutet für die eigene Familienmitglieder auf (Co-)Mutter oder Partner*in verzichten zu müssen (Transkript B06, Pos. 1325–1341). Positiv beeinflussen lassen sich das Sozial- und Familienleben durch klar definierte Rufbereitschaftsdienste, Teamarbeit und Modelle, die sich dem Lebensabschnitt der Hebammen anpassen (Transkript B07, Pos. 815–824). Zwar geht die außerklinische Geburtshilfe mit geringerer Planungssicherheit einher als Klinikdienste, aber die Arbeit im Geburtshaus ist mit Familie vereinbar (Transkript B09, Pos. 1001–1014). B07 beschreibt, dass zudem sehr viel davon abhängt, mit welchen Kolleg*innen Hebammen zusammenarbeiten. Das beeinflusst sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die Möglichkeit, zu arbeiten und trotzdem eigene Kinder zu bekommen und sich um sie zu kümmern. Wie das Arbeitsleben gestaltet werden kann, beispielsweise mit oder ohne Rufdienste, wird auch durch die Partnerschaft bestimmt. Wie viele Geburten und oder Dienste absolviert werden müssen, hängt auch von der finanziellen Situation der Familie ab (Transkript B07, Pos. 104–174). Hebammen, die bereits außerklinisch gearbeitet haben, bringen bereits so viel außerklinische Berufserfahrung mit, dass sie aus familiären Gründen auch vorübergehend andere Arbeitsformen wählen können, wie beispielsweise das Abhalten von Kursen, denn sie sind bereits mit dem „Thema verbunden“ (Transkript B02, Pos. 1572).

Aus den Interviews lässt sich erkennen, dass auch die *Dokumentation* frauen- und familienfreundlich gestaltet werden kann. Das Dokumentationsystem unterscheidet sich teils sehr deutlich vom klinischen. Häufig wird zusätzlich zu den medizinischen Parametern der Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts für die Frauen und ihre Familien mit erfasst. Dies können sowohl Gefühlsäußerungen als auch Umstände sein, die die aktuelle (lebensweltliche) Situation betreffen. Für die Hebammen ist diese Form der holistischen Dokumentation hilfreich, um Verläufe rekonstruieren zu können. Die umfangreiche Dokumentation, die auch die Emotionsäußerungen der Frau und ihrer Begleitpersonen einschließt, sowie die genaue Beschreibung der jeweiligen Situation hilft den Frauen und ihren Familien später, die Geschehnisse rund um die Geburt einordnen, verarbeiten und verstehen zu können. Hierfür bieten die Hebammen einen Nachbesprechungstermin an. B03 merkt jedoch an: „Die Frage ist, wenn es jetzt juristisch zerlegt wird, [...] ob die dann ein bisschen lächeln, was wir da alles aufschreiben“. Die umfangreiche Dokumentation ist dabei auch der Abschluss der Geburt (Transkript B03, Pos. 1560–1581). B10 bezieht die Wünsche der Frauen ein und hat hierfür im Laufe der Berufsjahre ihre eigene Dokumentation entwickelt. Sie drängt Frauen auch nicht dazu, einen Mutterpass zu haben, wenn sie das nicht wünschen, sie legt jedoch einen Mutterpass an, der in ihrer Dokumentation verbleibt (Transkript B10, Pos. 835–836).

B08 hat sich einen eigenen Anamnesebogen erarbeitet, der über den Standard hinausgeht. Insbesondere Aspekte, die die Schwangerschaft betreffen,

aber auch jene, die bis weit nach der Geburt Einfluss auf die Betreuung haben können, werden notiert (Transkript B08, Pos. 1166–1170). In der Dokumentation kommen auch Checklisten zum Einsatz, die insbesondere bei der Arbeit im Team als hilfreich erlebt werden. So kann beispielsweise schnell erfasst werden, über welche Maßnahmen die Frau bereits informiert oder aufgeklärt wurde und was noch zu tun ist (Transkript B09, Pos. 987–992). B03 händigt den Frauen einen eigenen Geburtsbericht aus. Sie vermeidet vorgefertigte Formulare wie ein Partogramm¹¹⁷ (Transkript B03, Pos. 1555–1558). Auch B07 gibt den Frauen einen Geburtsbericht mit. WeHen, die sie im Externat betreut, sagen ihr immer wieder, dass in der Klinik nicht so umfangreich dokumentiert wird (Transkript B07, Pos. 983–987). B07 erklärt, dass sich die ausführliche Dokumentation lohnt, weil die Frau das Erlebte dann besser nachvollziehen kann: „Na ja, wenn ich schreib, [...] [Name der Frau] ist völlig verzweifelt, dann hilft das denen natürlich. Dann sagt sie: Ja, genau, das war so schlimm. Oder die zittern oder weinen, oder [...] ich kann nicht mehr, geht über alle Grenzen oder ist wunderbar in ihrer Kraft oder irgend sowas. Das stärkt die natürlich. Also, klar. Die wissen genau, was los war“ (Transkript B07, Pos. 1021–1026).

Die Art der Begleitung und die Dokumentation geben den Hebammen *Sicherheit*. Zudem nannten sie weitere Kriterien für eine sichere Begleitung, wie das Einhalten von klaren Grenzen (Transkript B08, Pos. 95–96) sowie die Eins-zu-eins-Betreuung, das Vertrauen in die Frau und in das eigene Können. Zum Begriff des Könnens zählen Hebammen auch ihre Erfahrung, die sie als Gefühl abspeichern. Sie schrieben ihm z.B. eine Alarmfunktion bei komplizierten Verläufen zu, da sie auch spüren, wenn etwas ein Verlauf von der Norm abweicht (Transkript B05, Pos. 66–72).

Die Eins-zu-eins-Betreuung gibt den Frauen Sicherheit durch Kontinuität und verschafft zugleich den Hebammen „einen besseren Überblick über die Geburt“ (Transkript B09, Pos. 698–711): „[...] es gibt einfach über diese Eins-zu-eins-Begleitung [...] nichts. Und das ist einfach in der Hausgeburts-hilfe [...] so ein Sicherheitsaspekt“ (Transkript B08, Pos. 1376–1380). B09 ergänzt, dass diese Betreuungsform nicht nur den Hebammen, sondern auch den Frauen Sicherheit gibt (Transkript B09, Pos. 698–711). Diese kontinuierliche Betreuung kann dabei auch im Team erfolgen, wenn stets die „Perspektive“ der Frau zentral bleibt (Transkript B04, Pos. 508–523). Unter der Geburt ist es hilfreich, dem Körper der Frau die nötige Zeit zu geben. Das erhöht die Sicherheit und schützt vor unnötigen Eingriffen. Gleichzeitig müssen Mutter und Kind aber sehr sorgfältig überwacht werden, wenn nötig auch mit technischen Mitteln, um entscheiden zu können, ob Maßnahmen, medizinische Interventionen, wie zum Beispiel Infusionen, oder sogar eine Verlegung erforderlich werden (Transkript B10, Pos. 218–232).

117 Das Partogramm dient der Geburtsüberwachung und Risikoabschätzung auf Basis definierter Parameter.

Die Biografie der Frau kann nach B01 entscheidend sein, ob Hebammen die Betreuung annehmen oder ablehnen, da sich das, was die Frau an Erfahrungen, Einstellungen und Werten mitbringt, unmittelbar auswirkt auf „den Verlauf der Schwangerschaft, auf die Geburt und auf den Verlauf vom Wochenbett“. Es muss eine Vertrauensbasis zwischen der Hausgeburtshebamme und der Frau geben und die Frau braucht, bis zur Betreuungszusage, Vertrauen in sich selbst: „Ja, die [Frau] hat vor allem Vertrauen zu sich selbst entwickelt, und, was ich sehr, sehr schätze, und ohne das würde ich es nicht machen, Vertrauen zu mir entwickelt. Ja, dass sie wirklich im Ernstfall mir folgt. Weil, sonst hab ich keinerlei Sicherheit. Und, wenn sich das schräg anfühlt, ich will das nicht machen. Also, ich will das einfach nicht machen“ (Transkript B01, Pos. 495–508). Für die sichere Begleitung der Frau zu Hause kann es auch relevant sein, den Wohnort der Frauen zu kennen. Hebammen können so die Entfernungen, die Erreichbarkeit sowie die Wohnsituation besser einschätzen. Das ist insbesondere für den Fall einer Verlegung nötig. Über Hausbesuche können zudem wesentliche Informationen aus der Lebenswelt der Frauen gewonnen werden, die telefonisch oder in der Praxis nicht vermittelt werden können (Transkript B08, Pos. 678–687; Transkript B08, Pos. 365–369).

Auf Unverständnis stoßen wagemutige Hebammen, die auf Drängen von Frauen Betreuungsanfragen annehmen, die andere Kolleg*innen bereits abgelehnt haben. B08 erklärt, dass es tragische Folgen haben kann, wenn Hebammen Frauen begleiten, denen eigentlich schon aus gutem Grund die ärztliche Betreuung angeraten worden ist- und zwar sowohl für die Familien als wie für die Hebammen selbst, da sie dann, sollte etwas passieren, mit dem Schicksalsschlag bzw. den juristischen Konsequenzen umgehen müssten (Transkript B08, Pos. 668–678).

Die Arbeitsweise der Hebammen beeinflusst, was und wie sie lernen. Die Befragten beschreiben dabei Aspekte ihrer sehr persönlichen Lernkurven¹¹⁸. Sie formulieren, dass sie mit jeder Geburt lernen und nie alles wissen oder verstehen können. Hierzu zählt, dass sie nie auslernen und vieles nur durch „Tun“ erlernt werden kann, zum Beispiel das Nähen von Geburtsverletzungen. Bewusst nichts zu tun – auch keinen alternativen Therapien anzuwenden –, sehen sie dabei als hohe Kunst an. Ihre Erfahrung zeigt ihnen, dass sie etwas „Normales“ begleiten, das die Frau und ihr Kind leisten und das in der Regel kein Eingreifen der Hebammen erfordert, aber auch, dass das Wohl der Frauen nie hinter persönliche Befindlichkeiten gestellt werden darf, zum Beispiel in Verlegungssituationen. Situativ gewonnene Erfahrungen, z.B. in Notfallsituationen, werden reflektiert; wenn sie sich zugunsten von Frau und/

118 Nach Haider (2021) steht die Lernkurve für eine Funktion. Betrachtet wird die Zeit, die eine übende Person für die Ausführung einer Fertigkeit benötigt. „Zentraler empirischer Befund ist, dass die Beschleunigung der Bearbeitungszeiten zu Beginn der Übung sehr ausgeprägt ist, mit zunehmender Übung aber immer geringer wird“.

oder Kind bewährt haben, werden sie in Form des Erfahrungswissens in künftige Betreuungen einfließen. Erfahrungswissen, das nicht erklärt werden kann, kann manchmal gezeigt werden. Betreuungsanfragen abzulehnen, wenn das Gefühl gegen die Betreuung spricht, scheint mit gestiegener Berufserfahrung und dem Zuwachs an Selbstbewusstsein einherzugehen (Transkript B10, Pos. 415–417, Pos. 941–948; Transkript B09, Pos. 667–669; Transkript B05, Pos. 220–229; Transkript B01, Pos. 508–517, Pos. 1150–1156, Pos. 800–809).

Mit gestiegener Berufserfahrung nimmt aber auch der einem aufgeputschten Zustand oder „Flow“ nach geglückten Betreuungen ab und wandelt sich mit den Jahren in Zufriedenheit: „Und wenn ich die Frauen [...] das letzte Mal seh und dann so schau, so, wie, wie geh ich jetzt aus dieser Familie, wie verlass ich jetzt die Frau und das Kind [...] dann merk ich, dass das so ganz unaufgeregt und eigentlich ist das richtige Wort: so unspektakulär war. Das will ich jetzt nicht runterarbeiten, aber es gibt dann einfach nichts mehr zum Reden. Es ist gut so, wie es ist. Die Frau ist in ihrer Kraft, die kommt mit dem Kind gut zurecht“ (Transkript B05, Pos. 382–399).

Allerdings sind auch erfahrene Hebammen nicht gefeilt vor *Überraschungsmomenten*. Denn auch mit viel beruflicher Erfahrung und nach sorgfältiger Prüfung, ob eine Betreuung übernommen werden soll, rechnen die befragten Hebammen damit, dass sich Verläufe anders entwickeln als gedacht, und bereiten sich auch auf (Not-)Fälle vor. Hebammen „selektieren“ nach „gesund“ und „nicht für uns gedacht“, aber sie müssen jederzeit auf Situationen reagieren können, die sie so nicht vorhersehen konnten (Transkript B10, Pos. 417–434). Wenn Frauen bereits für eine Geburtshausgeburt angemeldet waren und mit Presswehen kommen, sich dann aber herausstellt, dass sich das Kind über Nacht in Beckenendlage¹¹⁹ gedreht hat, muss die Hebamme handeln können; das heißt, Hebammen müssen auch die Betreuung von seltenen oder pathologischen Verläufen beherrschen (ebd.). B03 erklärt: „[...] wir möchten halt für den Fall des Falles immer gut vorbereitet sein“ (Transkript B03, Pos. 1522–1532), denn es kann nie davon ausgegangen werden, dass es bei einem schwierigen Fall bleibt.

Einen besonderen Stellenwert nimmt bei allen Interviewpartner*innen das *Lernen von der Frau und ihren Familien* ein. Es wird deutlich, dass sich die Frauen und Familien begleitende Hebammen wünschen, die im Bedarfsfall agieren, nicht aber pauschal oder aus sich selbst heraus. Die Frauen bewirken selbst Optimierungen. Zunächst klinisch sozialisierte Hebammen lernen durch Beobachtung von den Frauen, wie sie außerklinisch arbeiten können, die Frauen sind die „Lehrmeisterinnen“ und zeigen den Hebammen „was langgeht“ (Transkript B01, Pos. 1149, Pos. 1166–1167). Die Frauen wissen, „wie das Gebären geht“, „dass sies können“, und zeigen Dankbarkeit, „einen

119 Wird auch als Steißlage bezeichnet.

Wegbegleiter“ zu haben (Transkript B10, Pos. 41–44). Dabei sind ihre Bedürfnisse sehr individuell und die Hebammen brauchen hierfür eine gewisse Offenheit, um erkennen zu können: „aha, so gehts auch“ (Transkript B06, Pos. 154–161):

„Und ich muss sagen, ich wurde auch, ähm, trainiert von den Frauen, zu sagen, hey, es geht um uns und nicht um dich. Und dann die Geburten. Ich mit 23 zu Hausgeburten allein gegangen, mit meinem Koffer. Und die Frauen waren alle älter wie ich. Und die, da gab es Frauen, die haben gesagt, du stellst dich da hin und machst überhaupt nichts. Und du hältst deinen Mund. Kann-, kannst du des? Und ich will nicht im Bett sein. Ich will dies und jenes machen. Kann ich des bei mir, bei dir? Na, hab ich gesagt, du kannst alles machen. Wenn ich mich, wenn ich mich selbst spüren dabei darf und das wahrnehmen, dann kannst machen. Dann ham die Frauen alles gemacht. Da waren acht Leute dabei, die sie massiert haben, oder die waren im Wasser, oder sie ham mich in die Küche geschickt und gesagt, ich will nicht mehr, dass du bist. Okay. Das ist natürlich auch ne harte Schule gewesen“ (Transkript B04, Pos. 652–665).

B04 merkt an, dass seit jeher viele Veränderungen in der Geburtshilfe von den Frauen ausgingen und nicht von den Krankenhäusern oder Hebammen. Hierzu zählt zum Beispiel die Förderung des Stillens (Transkript B04, Pos. 652–665).

Aus den Interviews geht auch hervor, dass sich die Hebammen untereinander hochgradig *vernetzen*¹²⁰ und regelmäßig *Fort- und Weiterbildungen* besuchen. Die Vernetzung der wenigen in Bayern außerklinisch tätigen Hebammen in den 1980er Jahren sowie die gemeinsamen Besuche internationaler Fortbildungen wurden zur Basis für die heutigen Netzwerke und dienten auch dazu, sich gegen „Angriffe“ wehren zu können (Transkript B04, Pos. 321–337). Die Netzwerke werden auch als hilfreich erlebt, um sich gegenseitig bei den im Rahmen der Qualitätssicherung verpflichtenden Auditierungen unterstützen zu können (Transkript B03, Pos. 1330–1336), sowie für die Vertretung in Urlaubszeiten (Transkript B03, Pos. 1340–1341). WeHen wird empfohlen, vorhandene Netzwerke bereits bei Aufnahme des Berufs zu nutzen. So können auch neue Kontakte zu Hebammen geknüpft werden, falls Bedarf für gemeinsame Geburtshilfe besteht (Transkript B06, Pos. 208–219). B03 und ihre Kolleg*innen hatten in der Ausbildung nur Berührungspunkte mit Hausgeburten, wenn diese in die Klinik verlegt worden waren. Sie hatten sich ihr Wissen für die außerklinische Geburtshilfe „irgendwie selber beigebracht“ und fanden hierfür die Vernetzung und den damit einhergehenden „Austausch in unserem Qualitätszirkel für die Hausgeburtshilfen“ hilfreich (Transkript B03, Pos. 560–569).

Thematisch waren sich die Fortbildungen für Hebammen über lange Zeit sehr ähnlich bzw. redundant; heute sind die Themenfelder weiter gefasst und

120 Siehe auch Deutsch/Marek (2012).

beziehen auch wissenschaftlich fundiertes Hebammenwissen ein (Transkript B01, Pos. 1156–1164). Dabei werden Fortbildungen dann als gewinnbringend erlebt, wenn sie spezifisch auf die eigene Tätigkeit zugeschnitten sind (Transkript B03, Pos. 1288–1293), wie beispielsweise effektive manuelle Hilfen, um das Becken zu lösen (Transkript B03, Pos. 1298–1299). Aktuelle Informationen, auch zu Fortbildungen, kommen von den Verbänden, zum Beispiel vom Hebammenverband, dem Freiberuflichen Verband und der QUAG, aber auch im Rahmen von Treffen, zum Beispiel der Hausgeburtshabammen (Transkript B08, Pos. 414–416, Pos. 667–668; Transkript B01, Pos. 963–973). B03 absolviert stets mehr Fortbildungen, als sie müsste, da sie sich über die neuen Themen informieren möchte. Im Laufe der Berufsjahre hat sie so die unterschiedlichen Strömungen und Einflüsse auf die Geburtshilfe erfahren (Transkript B03, Pos. 1280–1284). Die Fortbildungen sind daher auch stets Spiegel der Moden in der Geburtshilfe, prägen aber auch die Moden mit (s. Kap. 10). Neben Fort- und Weiterbildungen im Notfallmanagement (Transkript B09, Pos. 631–634) besuchen die Hebammen zum Beispiel auch Kurse im Nähen von Geburtsverletzungen, weil dies in der Ausbildung zu kurz kam (Transkript B06, Pos. 148–152) oder zu alternativen Therapien wie der Homöopathie (Transkript B08, Pos. 31–32).

Die Befragten setzten sich auch mit der Hebammenkunst und/oder der *traditionellen Hebammenkunst* (siehe Anhang) auseinander. Die englische Übersetzung von *midwife* – mit der Frau zu sein – scheint dabei das Wesen der Hebammenkunst zu umfassen: „Ich könnte das jetzt nicht im Speziellen benennen, was Hebammenkunst für mich ist. Es ist, ähm, alles, was mich ausmacht, im Kontakt mit der Frau. Ja. Und was sie davon profitiert. Ja. Das entscheidet sich ja auch individuell. Wie viel sie davon nehmen kann. Ja“ (Transkript B01, Pos. 984–999). „Und manchmal ist es ja gar nichts [...], was man tut, sondern, das sind manchmal nur zwei Worte“ (ebd., Pos. 1017–1018).

Die befragten Hebammen arbeiten teilweise mit der THK oder haben Fortbildungen hierzu besucht. Als Fachexpertin hierfür gilt B05. Sie arbeitet konsequent nach den Methoden der THK. Wissen, das in alten Lehrbüchern verschriftlicht wurde, ist nach B05 so aufbereitet worden, dass ein klarer „roter Faden“ erkennbar ist, der als Anleitung zur Handlung genutzt werden kann. Dieses Wissen war vormals unveränderlich und immer gleich angewendet worden. Die „Essenz aus der Hebammenkunst“ ist, die „Frau bei Gesundheit zu halten“ (Transkript B05, Pos. 111–135). Dabei gilt, dass es „keinen Handlungsbedarf“ gibt, solange Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett physiologisch verlaufen (Transkript B05, Pos. 227–282). B05 versteht die THK als „ein Begreifen von diesem ganzen Erfahrungswissen in seiner Gesamtheit“, wobei „ganz klaren Regeln und naturgegebenen Gesetzmäßigkeiten“ gefolgt wird. Das Handwerk und die Vorstellungskraft, was wann wie im Körper der Frau oder des Kindes physiologisch abläuft und

„wie die Kriterien von regelrechten und regelwidrigen Vorgängen sind“, müssen verinnerlicht worden sein. Zudem müssen Hebammen „natürlich die haptischen, die praktischen Fertigkeiten wirklich sicher beherrschen“. Nach der Anamnese und Befunderhebung wird alles „zusammengeführt“ und miteinander in Bezug gesetzt, bevor daraus die „Kommunikation“, „die richtige Fragestellung“ oder „die Empfehlungen zur Gesunderhaltung“ bzw. die Erkenntnis, dass die Hebamme nicht tätig werden muss, abgeleitet werden. In der THK arbeiten Hebammen „regulierend“ „ins Gesunde“, um die „Ressourcen“ und das „Bewusstsein“ zu optimieren, welche die Frauen mitbringen. Empfehlungen werden nur gegeben, wenn tatsächlich Bedarf besteht. „Es kann aber auch die Entscheidung fallen, so. Und hier ist jetzt meine Arbeit, mein Tätigkeitsbereich, mein Kompetenzbereich, der zuständig ist für das Regelhafte, zu Ende“. Dem liegen klare „Managementkriterien“ zugrunde. Nach B05 genügt die schulische oder akademische Hebammenausbildung nicht, um außerklinisch tätig sein zu können. Sie sieht die THK als „wahre Voraussetzung [...] für eine sichere, hebammengeleitete Betreuung und Geburtshilfe“ (ebd.). B05 interpretiert den THK-Ansatz als „maßgeblich“ für den Erhalt der „Autonomie“ des Hebammenberufs (Transkript B05, Pos. 785–807). Die Fertigkeiten, die durch den THK-Lehrgang vermittelt werden, trügen B05 zufolge zu einem guten „Handwerk“ bei und dienten der Sicherung der „Qualität“ (ebd.). Zudem erleichtert eine einheitliche Arbeitsweise die Kommunikation und die Zusammenarbeit (Transkript B05, Pos. 451–466).

(Traditionelles) Hebammenwissen zu bewahren und weiterzugeben, empfinden die befragten Hebammen als relevant. B04 sieht es als wichtig, Erfahrungswissen von Hebammen vermittelt zu bekommen. Die THK leiste das (Transkript B04, Pos. 1152–1156). B04 bewertet positiv, dass die THK die Begriffe „Hebammenkunde und Hebammenkunst“ nutzt. Sie merkt an, dass Hebammen in Deutschland „zusätzliche Ausbildungen“ absolvieren, wie beispielsweise in „Akupunktur, in Homöopathie, in Craniosakral“, und somit zeigen, dass sie als außerklinisch tätige Hebamme mit ihrer „Hebammenfachlichkeit“ allein keine Anerkennung finden. Ihrer Meinung nach ist das „gar nicht gut“ für das Hebammenwesen (Transkript B04, Pos. 1166–1197). Negativ bewertet sie, dass die THK keine aktuellen wissenschaftlichen Studien einbezieht (Transkript B04, Pos. 1213–1221). B05 sieht das aus einer anderen Perspektive, sie denkt, dass zum evidenzbasierten Wissen das „Erfahrungswissen“ hinzugenommen werden muss (Transkript B05, Pos. 600–614): „Also ich [...] kann doch nicht einfach alles vergessen und neu denken müssen. Geburtshilfe ist nichts Neues“ (Transkript B05, Pos. 618–619). B05 erläutert, dass heute oft der „Wunsch der Frau handlungsleitend ist“, dass dies aber der THK widerspricht: „Die Hebamme hat hier eine regulierende Tätigkeit und schöpft alle vorhandenen Ressourcen der Frau, die sie gerade betreut, aus. Handlungsleitend und die oberste Prämisse ist hier immer, die

Gesundheit der Frau zu schützen und zu erhalten“ (Transkript B05, Pos. 303–378). Beispielhaft führt sie an, dass sie einer Frau, die eine Sturzgeburt erlebt, eine bestimmte Gebärdposition nicht zugestehen kann, da sie erwarten kann, dass hierdurch das Gewebe Schaden nehmen kann (ebd.). B02 denkt nicht, dass eine THK-Ausbildung absolviert werden muss, um außerklinisch arbeiten zu können. Zugleich findet sie es aber wichtig, dass evaluiert wird, welches „Hebammenwissen“ bewahrt und in das „21. Jahrhundert“ transferiert werden kann oder soll (Transkript B02, Pos. 1097–1107). B03 hat sich ebenfalls mit der THK befasst und Kurse absolviert (Transkript B03, Pos. 1318–1330). Sie erwähnt, dass die Themen, die in der THK-Ausbildung vermittelt werden, zur originären Hebammenarbeit gehören, und findet daher nicht, dass die Ausbildung notwendig ist, um außerklinisch tätig zu sein. Zugleich merkt sie aber an, dass für einige Hebammen ein „Leitfaden“ hilfreich sein kann, um „sauber und gut arbeiten zu können“ (Transkript B03, Pos. 1407–1420). B07 erklärt, im THK-Ansatz seien „schon viele Sachen dabei, die gut sind“ (Transkript B07, Pos. 1184–1194). B07 meint, es sei jedoch sinnvoller, sich erst mit Berufserfahrung mit der THK zu befassen, da manche Inhalte ansonsten nicht direkt oder gar nicht umsetzbar sind (ebd.). B07 erachtet die Kurse, die ihrer Meinung nach für alle Hebammen konzipiert wurden, zudem als sehr teuer (Transkript B07, Pos. 1203–1213; B07 Pos. 1234–1235).

Als Gegenstück zur THK beschreiben die Interviewpartner*innen auch die *Verknüpfung der EBM mit lebensweltlichem Erfahrungswissen* (vgl. Kap. 5.3) Frauen, ihren Familien aber auch dem von Hebammen. Dabei ist die Bereitschaft groß, neues Wissen zu erwerben und anzuwenden. B04 erklärt, dass erst um die Jahrtausendwende wieder ein Bewusstsein für die physiologische Geburt erkennbar war. Sie sagt, dass die außerklinisch tätigen Hebammen hier Vorreiter*innen waren, dass sie wieder „Fuß fassen konnte[n]“. Während vor der Evidenzbasierung der Geburt und der Hebammenarbeit, die im „englischsprachigen Raum“ begann, die außerklinisch tätigen Hebammen nur den Begriff „natürliche Geburt“ verwenden konnten- was nach B04 „feld- und wiesenmäßig“ klang- konnte diese nun als „physiologische Geburt“ bezeichnet werden und fand Gehör (Transkript B04, Pos. 447–455). Allerdings fehlt nach B04 in vielen wissenschaftlichen Arbeiten in Deutschland die „Perspektive der Frau“, auch bei der QUAG. Die Frauenperspektive ist in Studien aus England häufig einbezogen, in Deutschland überwiegen die Retrospektive und die Forschung auf Basis von Zahlenmaterial und weniger auf Basis qualitativer Forschung. Sie erklärt: „Aber wir wissen erschreckende Zahlen von Osnabrück. Von vor 15 Jahren, dass die Interventionsrate gigantisch hoch ist und dass man eigentlich sagen kann, dass knapp 6 Prozent aller Geburten in Deutschland interventionsfrei laufen. Also wir wissen schon so'n bisschen was. Aber das kommt wieder aus der Perspektive der Retrospektive, die Zahlen angucken. Aber wir fragen nicht die Frau“ (Transkript B04, Pos. 744–772). Ihrer Meinung nach muss dieses Wissen auch noch über das Ge-

biet der Hausgeburtshilfe, „was so versteckt stattfindet“, erworben werden und müssen zugleich Geburtshäuser einbezogen werden (Transkript B04, Pos. 802–807). Die Erkenntnisse aus der EBM umzusetzen, sieht B04 als Pflicht. Beispielhaft führt sie an, dass sie, wenn sie nie einen kleinen Dammriss genäht hätte, nicht auf der Basis eigener Beobachtungen beurteilen könnte, ob die Verletzung besser heilen würde, wenn sie sie genäht hätte. Hier müsse sie sich auf die EBM verlassen (Transkript B04, Pos. 820–836).

B05 beschreibt, dass in die EBM das Erfahrungswissen, das Geburtshelfer*innen seit Jahrhunderten haben, häufig nicht einbezogen wurde. Sie vermisst die Orientierung an der „Gesundheit“ der Frau: „Die Mortalitätsrate, die wird gesenkt. Aber wie gesund geht denn die Frau hervor, aus diesen, aus diesem Prozess Schwangerschaft, Geburt, Plazentaphase, Wochenbett? Da gibt es überhaupt keine Kriterien, wie das gemessen wird“. Sie erklärt: „[...] handlungsleitend war dabei immer, das beste Ergebnis zu haben für die Frau. Also die [Frau] bei Gesundheit zu erhalten. Das sehe ich heute gar nicht“ (Transkript B05, Pos. 135–151).

Die befragten Hebammen erwiesen sich im Interview als sehr *reflektiert* und durchaus *selbstkritisch*. Sie stellen sich Ängsten, die durch Wissenslücken zur außerklinischen Hebammentätigkeit entstehen können (Transkript B09, Pos. 321–324), aber auch Fehlern, um diese zukünftig zu vermeiden. Trotz jahrelanger Berufserfahrung können Hebammen Situationen falsch interpretieren oder aufgrund äußerer Einflüsse Befunde nicht ordnungsgemäß erheben. Diese Fehler können sich auf die weitere Betreuung oder die Geburt auswirken (Transkript B08, Pos. 621–638). Riskante Betreuungssituationen werden manchmal von Hebammen bewusst in Kauf genommen: „Natürlich gibt es auch Kolleginnen, die machen ganz wilde Sachen. Da weiß ich auch immer nicht, was ich davon halten soll“ (Transkript B03, Pos. 575–582). Hebammenkolleg*innen auf riskante Betreuungssituationen aufmerksam zu machen, fällt nicht immer leicht. Die Reflexion mit Kolleg*innen findet daher im Rahmen von geschützten Qualitätszirkeln statt. Die Zirkel sind meist fachgebietsspezifisch ausgelegt, folgen aber keiner strengen Struktur: „Und unser Zirkel [...] sind Haushebammen, die Fälle untereinander besprechen und Themen und Vorgehensweisen“. Bei Bedarf werden externe Expert*innen hinzugezogen (Transkript B04, Pos. 1274–1287). Betreuen Hebammen Frauen gemeinsam, tauschen sie sich auch regelmäßig zu den Frauen aus, insbesondere auch zu unklaren Situationen und Befunden. Hierfür lassen sie sich zu Beginn der Betreuung Schweigepflichtentbindungen von den Frauen unterzeichnen (Transkript B03, Pos. 590–605). Hebammen lernen aber auch von den Frauen, wenn sie die Geburten nachbesprechen, sowie voneinander, wenn zwei Hebammen bei der Geburt anwesend waren: „Und [...] wo wir auch was daraus lernen oder wo einer von uns dann sagt, [...] da habe ich kein gutes Gefühl gehabt. [...] Hätten wir da jetzt nicht noch mal vielleicht schauen sollen, dass die nochmal in Wasser geht, oder? Das ist eigentlich im-

mer recht schön, dann auch nochmal. Genau. Genau“ (Transkript B03, Pos. 1581–1586). Gemeinsame Reflexionen werden demnach als Erleichterung empfunden.

Hebammen bedienen sich aber auch Hilfsmitteln. So hatte B04 bereits als junge Hebamme eine englischsprachige Hebammenzeitschrift abonniert und zur Reflexion ihrer Arbeit Erkenntnisse aus dem angelsächsischen Raum genutzt. „Und hab MIDIRS¹²¹ gelesen, [...] wie man befundet, wie man Menschen begleitet. Und wie man sie nicht benützt. Oder die Medizin benützt, um Macht auszuüben. [...] Das heißt die Reflexion, wo steht die Patientin“ (Transkript B04, Pos. 634–644). Die Reflexion bringt den Hebammen manchmal auch unerwartete Erkenntnisse. Sie merken beispielsweise, dass sie sich auf ihr Bauchgefühl verlassen können: „Und das Gefühl hat gesagt, wir müssen jetzt fahren. Obwohl das CTG gut war, haben wir gesagt, wir müssen jetzt fahren“ (Transkript B10, Pos. 953–981).

Im Rahmen ihrer Fort- und Weiterbildungen machten die Befragten *eigene Erfahrungen mit Skills- und Simulationstrainings* (s. Kap. 11). Die befragten Hebammen hatten alle bereits Erfahrung mit Skills- oder Simulationstrainings, wobei die Mehrheit keine Erfahrung mit high-fidelity-Simulationen gemacht hatte. Trainings auf Basis von Szenarien wurden als lehrreich empfunden und auch für WeHen empfohlen. Trainings könnten dabei fruchtbarer gestaltet werden, wenn sowohl EBM als auch Erfahrungswissen in die Trainings integriert werden.

Regelmäßig nehmen Hebammen im Rahmen von Fortbildungen an Simulationstrainings teil, um Notfallsituationen und geburtshilfliche Manöver zu üben. In einem Simulationslabor waren dabei die wenigsten Befragten. Dabei schätzen sie, wenn Personen die „Symptome“, Pathologien oder Situationen vorspielen (Transkript B01, Pos. 685–710; Transkript B07, Pos. 1340, Pos. 1348–1354; Transkript B08, Pos. 1089–1092, Pos. 1096–1115; Transkript B06, Pos. 880–882). B08 erklärte, sie fühlte sich nach einem gut simulierten Training „so, wie wenn du diesen Notfall gerade irgendwie bestanden hättest“. Positiv wertete sie zudem, dass sie ihre „eigene Tasche samt Utensilien“ mitbringen durfte und auch die Interaktion mit den Kolleginnen üben konnte (Transkript B08, Pos. 1096–1115). Das low-fidelity-Notfalltraining wurde als so wirklich empfunden, dass die Hebammen mit der Situation verschmolzen. B02: „[...] ich wirklich vollkommen im Setting drin war und auch ein kurzes Moment hatte, wo ich mir dachte, stopp, es ist nur ein Spiel hier. Ähm. Da ging bei mir auch ein kleiner Film ab. Ähm, der ja dann auch prompt in die falsche Richtung ging. Weil es kurz nach einer vorzeitigen Plazentalösung war. Und ich sah Blut, und ich hab einfach nur noch den Fall vorzeitige Plazentalösung bedient. Dabei wars ein Nabelschnurvorfall“ (Transkript B02, Pos. 801–802, Pos. 819, Pos. 889–903).

121 MIDIRS: Midwifery Digest (hebammenwissenschaftliches Journal)

Hebammen können auch selbst Fortbildungen anbieten. B10 führt regelmäßig eigene Simulationstrainings im Geburtshaus durch und bezieht dann auch ihre Externatsschüler*innen ein (Transkript B10, Pos. 1068–1071). Alle drei Monate werden vier Notfallszenarien geübt. Hierfür verwendet sie Koffer, die auch im Notfall eingesetzt werden. Die Übungen dienen dazu, dass im Notfall das Team uneingeschränkt zusammenarbeiten kann (Transkript B10, Pos. 1075–1082, Pos. 1106–1111).

B09 erklärt, dass in ihrem Hebammenstudium immer vor dem Praxiseinsatz im SkillsLab geübt wurde, insgesamt rund ein Drittel der gesamten Unterrichtszeit (Transkript B09, Pos. 31–40). Insbesondere der Umgang mit Notfällen sowie die Erstversorgung, aber auch die Entscheidung, wann die Betreuung in ärztliche Hand abgegeben werden muss, waren Teil der Übungen (Transkript B09, Pos. 102–104, Pos. 125–128). Dabei arbeiteten drei bis fünf WeHen zusammen, wobei eine die Gebärende, eine andere die Hebamme und die weiteren Beobachterinnen simulierten. Im Anschluss an die Übung rotierten die WeHen, so dass alle WeHen jede Rolle einmal innehatte (Transkript B09, Pos. 109–115). Auch Skills wie das Anlegen eines intravenösen Zugangs, die Gabe von Medikamenten, die Untersuchung Schwangerer, Übungen am Phantom, aber auch regelrechte Geburtsverläufe und Wochenbettbetreuungen wurden regelmäßig trainiert. Die Räume waren zwar klein, aber gut ausgestattet, und das nötige Material war vorhanden (Transkript B09, Pos. 136–145). Auch auf die außerklinischen Tätigkeiten wurde B09 bereits im Studium vorbereitet (Transkript B09, Pos. 162–166).

Simulationstrainings sollen auf die spezifischen Arbeitssituationen zugeschnitten sein. Außerklinisch tätigen Hebammen helfen Simulationstrainings in Kliniken wenig, da sie in Notfallsituationen oftmals entweder auf sich allein gestellt sind oder weitere Hebammen oder die Familie zur Unterstützung hinzuziehen können. Daher unterscheidet sich das Vorgehen im Notfall teilweise von den Standards in Kliniken. B07 beschreibt eine Übung, durch die ihr diese Unterschiede besonders klar geworden sind: „Und da ist mir erst wieder aufgefallen, wie unterschiedlich das ist. Da war ja diese Schülerin, die die blutende Frau gespielt hat. Und dann haben die gesagt, na ja, jetzt blutet sie 300 Milliliter, und dann, ich soll jetzt machen. Das Kind ist jetzt drei Minuten alt. Dann sag ich, ja, wo ist denn das Kind? Ist abgenabelt. Sag ich, Sie können doch das Kind nicht abnabeln, wenn die Plazenta noch nicht da ist. Ihr müsst ja eine Blutung kriegen. Ja, das muss ich aber jetzt so machen. Und dann haben die bei 500 Milliliter Blut, haben die die zweite Infusion gelegt. [...] Aber die wiegen nicht. Und das, ich war die Einzige, die, die diese drei Blutungsszenen [...], die das richtig geschätzt hat. Weil die in der Klinik nie wiegen. [...] Und das ärgert mich dann. Weil, [...] wenn wir eine Frau verlegen und sagen denen, 900 Milliliter oder 1100 Milliliter geblutet, dann springen die im Dreieck. Ja. Aber wir haben es halt gewogen. Verstehst

du? Und dann ärgert mich das, wenn eine Hämorrhagie¹²² ab 500 Milliliter ist, aber keine [...] hat es gewogen. 500 Milliliter, das hast du bei jeder Geburt. Praktisch. [...] Also klar, es ist der häufigste Notfall. Dass Frauen sterben. Das ist mir alles klar. Aber ich finde trotzdem, dass man da zu einem einheitlichen Maß kommen müsste“ (Transkript B07, Pos. 1400–1436).

Die Hebammen formulierten auch ihre *Ansichten* zu den Trainings. Sie gaben an, dass diese Lehrform für WeHen nützlich sein kann, aber sie erklärten auch, dass vieles nur an und mit der Frau und ihrer Familie trainiert werden kann. Sie unterschieden hierfür das Handwerk und Prozesse sowie die persönliche Begleitung. B01 denkt, erfahrene Kolleg*innen zu begleiten, gibt Sicherheit, aber Simulationstrainings bieten eine gute Grundlage, um Abläufe zu verinnerlichen (Transkript B01, Pos. 830–834). B07 erklärt: „Du kannst das Tun lernen auf so einer Puppe. Aber nicht das Warten“ (Transkript B07, Pos. 1372–1374, Pos. 1384–1387). Als Beispiel für das „Tun“ führt B07 das Üben der Naht und den Dammschutz an (Transkript B07, Pos. 1378–1380).

B03 denkt, Übungen zur außerklinischen Geburtshilfe müssen in das Studium integriert werden: „Unbedingt. Dass man diese Situationen spielt. Dass man diese Situationen vorgegeben hat und dass man diese Situationen mal miteinander erarbeitet, wenn noch kein Notfall ist“ (Transkript B03, Pos. 1343–1353). B08 denkt, die Trainings sollten auf hausgeburtshilfliche Settings abgestimmt werden, und diese Szenarien sind realistisch (Transkript B08, Pos. 1117–1121, Pos. 1125–1126).

B06 sieht das Simulationslabor vordergründig als Übungsort für das Notfalltraining. Notfälle sind in der Praxis selten, müssen aber beherrscht werden. Physiologische außerklinische Geburten würde sie über Video in den Unterricht einbauen (Transkript B06, Pos. 908–915). Ihrer Meinung nach ist das Nachstellen von Hausgeburten im Labor „lebensfern“ (ebd., Pos. 926). Sie ergänzt: „Weil die Frauen sind so individuell. Ihre Wohnsituation ist individuell, ihre Partner sind individuell, ihre Kindersituation, wie viel Geschwister, ist individuell. Das kann man nicht spielen. Das, das kann man nicht machen. Jede Frau empfindet anders für ihr Kind im Bauch, jede fühlt sich unterschiedlich wohl in ihren Räumlichkeiten. Das ist, da steckt so viel mehr dahinter. Das finde ich einfach nicht möglich [...], und ich glaub nicht, dass die Studenten dadurch sehen, wies bei ner Hausgeburt sein kann. [...] Also ich glaub nicht, dass die Schüler oder Studenten, wenn sie das simuliert machen oder erleben oder zuschauen können, spüren, was sie spüren würden, wenn sie bei einer echten Hausgeburt dabei wären. Und deswegen find ichs nicht. Aber das ist jetzt mein, also, das kann ich mir einfach nicht vorstellen“ (Transkript B06, Pos. 930–944).

B01 erklärt, dass sie sich durch die Technik abgelenkt fühlt und sie vor allem die Kameras im Simulationslabor „total beeinflussen“ (Transkript B01,

122 Hämorrhagie: Blutung aus einem oder mehreren Blutgefäßen.

Pos. 770–781). Sie findet die Trainings „grundsätzlich gut“, sie denkt aber, dass die Empathie zu kurz kommt: „[...] was halt da fehlt, ist eben auch wieder das Empathische in diesem Moment“ (Transkript B01, Pos. 797–802). Zudem erklärt sie, dass Simulationen „sicher ne große Sicherheit“ geben können, jedoch in der Realität „ist trotzdem noch immer was außen vor, was uns in der Situation einholt oder sich anders darstellt, und vielleicht es hilfreich ist, genau das Schema umzudrehen. Das halte ich für sehr, sehr wahrscheinlich und möglich“ (Transkript B01, Pos. 820–824). Können WeHen keine außerklinischen Geburten erleben, ist die Erfahrung im Simulationslabor besser als nichts (Transkript B10, Pos. 988–991 u. 1166–1183).

Weitergabe von Hebammenwissen

Die Wissensweitergabe war für die Befragten ein wichtiges Thema. Allesamt waren sie selbst im Laufe ihrer Hebammentätigkeit *Meister*innen*¹²³. Das Anlernen von WeHen war ihnen auch im Kontext des eigenen Hebammenwachstums wichtig, denn es ermöglicht auch den Aufbau eines Teams: „Ja, also, Schülerinnen haben wir schon relativ viel und relativ lang. Eine meiner Kolleginnen war ’99 meine erste Schülerin, ’96 meine erste Praktikantin“ (Transkript B02, Pos. 499–501). Es gab aber auch negative Erfahrungen: „Mit Schülerinnen, dies vielleicht schick fanden, mal bei ner Hausgeburtshelmarne mitzugehen, wo man dann aber im Externat gemerkt hat, dass sie, also wir hatten auch Schülerinnen, die hatten einfach überhaupt kein Interesse an Geburtshilfe“ (Transkript B02, Pos. 523–525).

Die befragten Hebammen stellen heraus, dass die *Lernorte* die WeHen prägen. Es ist daher auch ihre Aufgabe, außerklinische Einsätze zu ermöglichen. Denn nur, wenn WeHen bereits im Zuge ihrer berufspraktischen Qualifikation außerklinische Geburten begleiten, können sie das Verständnis für diese Form der Geburtshilfe entwickeln. Das ist die Voraussetzung, dafür, dass sie sich sicherer fühlen und dieses Sicherheitsgefühl ist erforderlich, um sich später ggf. für diesen Berufszweig entscheiden zu können (Transkript B06, Pos. 994–1003). Insgesamt sind Hebammen in Bayern bereit, WeHen zu unterstützen (Transkript B08, Pos. 1571–1573). Nach B07 müsste es ein Ziel sein, dass alle WeHen die außerklinische Geburtshilfe „einmal gesehen haben“; das muss organisiert werden (Transkript B07, Pos. 1265–1268); wenn pro Monat 1 werdende Helmarne im Geburtshaus mitgehen könnte, wären dies 12 WeHen pro Jahr, die 15–20 Geburtshausgeburten gesehen haben, wobei manchmal eine einzige Geburt für den Entschluss reicht, außerklinisch arbeiten zu wollen (Transkript B07, Pos. 1272–1280). Die Anzahl der Externatsplätze in der Hausgeburtshilfe ist begrenzt und nicht jede Frau wünscht, dass WeHen bei der Geburt anwesend sind. B07 sagt: „Aber, wir

123 Vorbilder spielen eine wesentliche Rolle in der beruflichen Qualifizierung. Siehe hierzu z.B. auch Schlegel et al. (2019).

haben so im Jahr ungefähr zwei- bis dreimal ne Externatsschülerin“ (Transkript B02, Pos. 586–589). WeHen müssen Verständnis dafür entwickeln, dass nicht jede Frau möchte, dass sie bei der Geburt anwesend sind – auch wenn sie gerade jetzt im Externat sind und Geburten erleben möchten (Transkript B02, Pos. 586–589).

Für die Intensivierung der außerklinischen Ausbildung müssen die involvierten Personen verstehen, dass es nicht möglich ist, von der klinischen auf die außerklinische Geburtshilfe zu schließen, sie muss erlebt werden. Hierfür bedarf es auch berufspolitischer Ansätze (Transkript B07, Pos. 631–640, Pos. 1260; Transkript B09, Pos. 330–333). WeHen sollten an unterschiedlichen Orten lernen, Häuser verschiedener Versorgungsstufen kennenlernen und nicht nur an einem Level-I- oder -II-Haus¹²⁴ ausgebildet werden. Denn die Lernorte prägen die Grundeinstellung zur Geburtshilfe: „Wenn man immer diese Geburtshilfe in den großen Kreißsälen sieht, das wirkt ja auch alles voll bedrohlich“ (Transkript B06, Pos. 841–863).

Zur *Vorbereitung auf die berufspraktischen Einsätze* von WeHen bei freiberuflichen Hebammen nannten die Befragten, dass sich die WeHen bereits im Vorfeld gut vernetzen sollten und sowohl mit erfahrenen Kolleg*innen sowie Elternvereinen im Austausch bleiben sollten (Transkript B04, Pos. 646–650). Zudem sollte Organisatorisches beachtet werden, zum Beispiel die Unterkunft zu regeln oder ein Auto zu organisieren (B08, Pos. 573–602). Im Geburtshaus können WeHen oder frisch examinierte Hebammen testen, ob sie sich für die außerklinische Geburtshilfe oder sogar für die Hausgeburtshilfe eignen; während es für die Frauen in der Betreuung keinen so großen Unterschied zur Hausgeburt macht, ist ein Geburtshaus für Hebammen ein organisatorisch strukturierterer Rahmen (Transkript B04, Pos. 997–1003). B01 findet es wichtig, dass die WeHen im Zuge ihrer Qualifikation an den (Hoch-)Schulen darauf vorbereitet werden, dass nicht jede Hebamme in allen Bereichen der Hebammentätigkeit tätig sein können wird (Transkript B01, Pos. 417–439).

Je nach vorausgegangener Erfahrung verfügen WeHen bereits über *Wissen* (s. Kap. 10) in der außerklinischen Hebammenarbeit, wenn sie mit Meister*innen in Kontakt kommen. Es können sich aber auch Wissenslücken zeigen. Die befragten Hebammen verdeutlichten, dass die Wissensstände von WeHen zur außerklinischen Geburtshilfe zwar in Abhängigkeit der (Hoch-)Schulen zu sehen seien (Transkript B02, Pos. 641–642), in Bayern jedoch klinisch geprägtes Wissen vorherrscht. Klinisches, geburtshilfliches Fachwissen ist bei den Studierenden und Schüler*innen im dritten Ausbildungsjahr gut vorhanden (Transkript B07, Pos. 492–493). Das klinische Fachwissen eignet sich nur bedingt für die außerklinische Geburtshilfe und kann sogar dazu führen, dass Ängste entstehen, da die klinisch-medizinische Geburts-

124 Hier gemeint: (sehr) große Geburtskliniken, meist mit Kinderklinik (Perinatalzentren).

hilfe nicht einfach so mit der außerklinischen Geburtshilfe vergleichbar ist. So wird in der Klinik Technik eingesetzt, wie z.B. der Ultraschall, der in der außerklinischen Geburtshilfe nicht zur Verfügung steht, aber auch nicht benötigt wird, da das manuelle Geschick der Hebammen beim Tasten in der Betreuung physiologischer Geburten ausreichend für die Befunderhebung ist. In der Klinik wird die Technik aber standardmäßig eingesetzt, bei physiologischen wie pathologischen Geburtsverläufen. Somit wird der Eindruck erweckt, dass die Technik für die Geburt nötig sei. Ist sie nicht vorhanden fehlt eine Möglichkeit der Absicherung und das führt zu Ängsten. Die WeHen verlieren durch die Angst jedoch das Vertrauen in ihr eigenes Können (Transkript B06, Pos. 807–820).

WeHen müssen Eigeninitiative zeigen, um Vorwissen in der außerklinischen Geburtshilfe aufbauen zu können (Transkript B09, Pos. 263–270). Außerklinische Geburtshilfe haben die Studierenden oder Schüler*innen meist nur aufgrund von Verlegungssituationen in die Klinik erfahren. Diese können negativ konnotiert sein, auch durch abwertende Bemerkungen von Gynäkolog*innen und/oder in der Klinik tätigen Hebammen (Transkript B07, Pos. 510–516; Transkript B02, Pos. 697–705). Haben die WeHen Vorwissen in der außerklinischen Geburtshilfe, profitieren sie deutlich stärker vom Einsatz bei freiberuflichen Hebammen (Transkript B01, Pos. 417–439).

Neben den geburtshilflichen Lücken zeigen sich auch Lücken in der Schwangerenvorsorge sowie in der häuslichen Wochenbettbetreuung, auch nach ambulanten Klinikgeburten (Transkript B02, Pos. 697–705; Transkript B06, Pos. 826–828). Auch Wissen zur Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe wird nicht immer vermittelt (Transkript B09, Pos. 292–299). Das Nähen von Geburtsverletzungen kommt im Studium bzw. in der Ausbildung zu kurz; erfahrene Kolleg*innen müssen hier anleiten (Transkript B09, Pos. 658–662).

Die befragten Hebammen erklären zudem, dass WeHen wenig Verständnis dafür haben, was *Sicherheit* in der außerklinischen Betreuung ausmacht. Während WeHen mit den Sicherheitsstrukturen der klinischen Geburtshilfe vertraut sind, müssen sie lernen, was in der außerklinischen Geburtshilfe Sicherheit gibt, denn „Sicherheit ist ja relativ“ (Transkript B07, Pos. 532–543). Für WeHen aus Häusern mit „einer Sectorate von über 50 Prozent [...] ist die Hausgeburt fast nicht mehr vorstellbar; [...] aus einem Lehrkrankenhaus [...] mit einer menschenfreundlichen Geburtshilfe und vielleicht einer niedrigen Sectorate [...] ist es für die Schülerin auch von vornherein mehr vorstellbar. Also das war das auch mit dem Risikobegriff. Wenn man ne Schülerin hat aus nem Haus mit ner hohen Sectorate, ist man eine Woche lang beschäftigt, mit ihr dieses Trauma abzuarbeiten“ (Transkript B02, Pos. 650–656).

Das *Lernen und Lehren* sehen die befragten Hebammen als gemeinsame Aufgabe, wobei sie auch selbst hiervon profitieren¹²⁵. Das Prinzip, WeHen durch Meister*innen anzulernen, wird positiv gesehen, ebenso das Lernen anhand von (Fall-)Beispielen. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass sich (ärztlich geleitete) klinische Geburtshilfe wesentlich unterscheidet von hebammengeleiteter außerklinischer Geburtshilfe. Frauenzentriertes Begleiten zu lernen und im Notfall sicher handeln zu können, sind dabei elementare Aspekte. Zudem sollten WeHen in die Freiberuflichkeit eingeführt werden.

Meister*innen führen WeHen sowohl in das Fach (Theorie) und die Hebammenkunst (Praxis) ein (Transkript B05, Pos. 80–88, Pos. 505–520). Der Fokus in der Wissensweitergabe sollte dabei vermehrt auf die normale und außerklinische Geburt gelegt werden und sich mehr vom heutigen Fokus auf die pathologischen Verläufe entfernen (Transkript B10, Pos. 981–994).

Folgende didaktische Tipps zur Wissensweitergabe wurden von den Befragten genannt:

- Fünf-Fragen-Regel: Nach jedem Tag, den sie Meister*innen begleitet haben, sollen WeHen fünf Fragen stellen, deren Beantwortung gemeinsam mit den Meister*innen erfolgt (Transkript B08, Pos. 534–565);
- WeHen sollten auf Ähnlichkeiten bei Geburtsverläufen achten, um die Zeichen deuten zu lernen; Meister*innen müssen sie hierfür sensibilisieren und heranführen (Transkript B07, Pos. 545–550);
- Meister*innen sollen ihre Expertise auch bei Fertigkeiten wie dem Nähen von Geburtsverletzungen weitergeben (Transkript B07, Pos. 1325–1332);
- Verläufe erklären, Kriterien definieren (Transkript B05, Pos. 50–65);
- mit den kleinen Bereichen anfangen, zum Beispiel zunächst die Nachgeburtphase managen (Transkript B05, Pos. 505–520);
- das Beobachten und das Lernen von den Frauen lehren (Transkript B07, Pos. 545–550).

Zudem sollten die WeHen zum *vernetzten Denken* angeregt werden. Mit den Schüler*innen und Studierenden das Erlebte nachzubereiten, sollte sowohl an der (Hoch-)Schule als auch in den berufspraktischen Einsätzen bei den Meister*innen selbstverständlich sein, um Wissen vernetzen zu können (Transkript B04, Pos. 1057–1059).

B10 führt an, dass Meister*innen den WeHen die Zusammenhänge – das vernetzte Denken – zunächst verständlich machen müssen. Sie nennt das Beispiel PDA¹²⁶: „Ein Kind profitiert nicht von einer PDA [...], ich hab mir viel Gedanken über diesen Wehenschmerz gemacht. Und wenn ich beobachte, wie die Frauen in diesem Schmerz reagieren, wie intensiv sie arbeiten, wie sie sich bewegen, wie sie atmen, dann weiß ich genau, das Atmen ist so wichtig für das Baby, damit es diesen Weg gehen kann, weil es ganz viel

125 Siehe hierzu auch Renkl (1997).

126 PDA: Periduralanästhesie.

Sauerstoff von der Mama kriegt [...]. Das ist ja auch Sinn dieses Wehenschmerzes. Und eine PDA nimmt dir das weg. Nimmt dir die Bewegungsfreiheit weg, die das Kind braucht. Und ein Kind merkt, jetzt krieg ich von der Mama nimmer diese Energie, die ich brauch. [...] Und keiner, das ist mir auch nochmal ganz bewusst geworden, denkt darüber nach, dass das Ungeborne eine Seele hat. Und auf dem Weg in dieses Leben gehts auch nochmal eine ganz eine intensive Bindung zur Mutter ein. Das brauchen die zwei auch. Dieses „du hilfst mir, ich hilf dir“. [...] Und dann kommt eine Wahnsinnsgewalt von außen, die ich [das Kind] nie so bestimmt hätte. Ich hätte nie bestimmt, dass man mich mit Pauken und Trompeten da durchpeitscht. Aber ich kann mich gegen diese Gewalt nicht wehren. [...] Wo ich eigentlich noch ein bisschen Zeit gebraucht hätte. Und das ist ein Rausschmiss, sag ich, auf übelste Art und Weise. [...] Er [das Kind] braucht für diesen Weg seine Zeit. Dem anderen [Kind] pressiert es. [...] Und der andere [das Kind] braucht drei Tage für seinen Auszug. Aber die kriegt er nicht. Und [...] bei dem Auszug, mitten auf dem Weg, verliert er den Zugang zu seiner Mama, weil sie nicht mehr mitmacht [unter PDA]. Ich glaub, das ist das Schlimmste. [...] Ein Verlassenwerden eigentlich. [...] Wenn ich auf dem Weg meinem Kind nicht helfe, wie soll ich ihm denn dann später auf seinem Lebensweg helfen? [...] Eine Mama, die ihren Weg geht, [...] erkennt, wann ihr Kind Hilfe braucht. [...] Also [...] an der Geburt hängt so viel dran. Aber das, wir sehen und erarbeiten uns keinen Zusammenhang. Das [...] ist ein großes Problem und da glaube ich, müssen unsere Neuankömmlinge in unserem Beruf umdenken oder man muss in [...] der Ausbildung schon ganz andere Zusammenhänge erstellen“ (Transkript B10, Pos. 338–395).

Wissen zu vernetzen, wird ebenfalls relevant, wenn *interdisziplinär* zusammengearbeitet werden und gemeinsam gelernt werden soll. Hierzu gehört auch das Lernen mit und von *Vorbildern*. Meister*innen können Generationen von Hebammen prägen (Transkript B08, Pos. 663–668). Die Befragten wünschen sich, dass auch Gynäkolog*innen die außerklinische Geburtshilfe im Studium lernen müssen. Meister*innen können sowohl Hebammen sein, die als Hebammen arbeiten, aber auch wissenschaftliche Mitarbeiter*innen, Professor*innen oder Ärzt*innen (Transkript B09, Pos. 45–48; Transkript B10, Pos. 1131–1147; Transkript B09, Pos. 45–48). Die Orientierung an Vorbildern kann helfen, immer an sich zu arbeiten: „Nie stehen bleiben, [...] viel Gefühl mitbringen. Viel hören, sehen, beobachten, wie sich die Frau bemimmt“ (Transkript B10, Pos. 981–994).

Es zeigte sich, dass befragte Hebammen auch von den WeHen lernen (Transkript B08, Pos. 534–565). Die Befragten regen an, diesen Austausch dahingehend zu intensivieren, dass sie vermehrt Rückmeldung von den WeHen bekommen, was sie von ihnen gelernt haben und ob sie das Gelernte auch anwenden können (Transkript B04, Pos. 1097–1105). WeHen anzulernen, wird als eine Bereicherung empfunden (Transkript B07, Pos. 499–508).

Das von den Meister*innen zu vermittelnde Wissen unterschieden die Befragten hinsichtlich der Begleitung in der Schwangerschaft, der außerklinischen Geburtshilfe, hinsichtlich Notfällen, der Begleitung sowie der Freiberuflichkeit (s. Tab. 19).

Tabelle 19: Begleitung in der Schwangerschaft, der außerklinischen Geburtshilfe, Notfällen, der Begleitung sowie der Freiberuflichkeit. Eigene Darstellung

Themenfeld	Inhalte	Fundstellen (Transkripte)
Betreuung Schwangerer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasten lernen – auf das gleiche Ergebnis kommen wie der Ultraschall ▪ Auskultieren lernen (mit dem Hörrohr und dem Dopton), wie und was gehört werden muss ▪ Psychologische Aspekte der Begleitung beachten ▪ Gesprächsrahmen, Gesprächsführung und Zuhören lernen ▪ Rhythmik der Frau und des Kindes verstehen lernen 	<p>B01, Pos. 448–455, Pos. 1174–1199</p> <p>B03, Pos. 1077–1097</p> <p>B07, Pos. 1093–1098</p>
(Außerklinische) Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkenntnis fördern, dass Frauen ohne Schmerzmittel oder Medikation gebären können ▪ Für Ruhe sorgen, Ruhe und Zuversicht ausstrahlen lernen ▪ Geduld lernen ▪ Lernen, auf Technik zu verzichten (CTG lenkt ab) ▪ Zuhören und Hinsehen lernen ▪ Freude an der Geburtshilfe weitergeben ▪ Vertrauen in sich und die Frau lernen ▪ Hilfe holen lernen ▪ Warten und Zeit geben lernen ▪ an jedem Geburtsort der normalen Geburt eine Chance geben; lernen, nicht nur nach Lehrbuch zu arbeiten ▪ Beobachten lernen statt (vaginal) zu untersuchen ▪ Hebammenhandwerk an den Phantomen trainieren und umsetzen lernen ▪ Mündlich erklären und schriftlich fixieren lassen, was eine physiologische Geburt ausmacht ▪ Zwillingsgeburten und Beckenendlagengeburten üben, auch wenn sie in Bayern (derzeit) nicht zu Hause geboren werden sollen ▪ Lernen, auf Basis der Evidenz auf die Physiologie zu fokussieren und dabei mögliche Pathologien im Blick zu behalten 	<p>B10, Pos. 84–89, Pos. 949–953</p> <p>B03, Pos. 1077–1097</p> <p>B05, Pos. 765–778</p> <p>B06, Pos. 994–1003</p> <p>B02, Pos. 1008–1016</p> <p>B01, Pos. 1174–1199</p> <p>B03, Pos. 1604–1612</p>

Themenfeld	Inhalte	Fundstellen (Transkripte)
Nofalltraining	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherheitsaspekte der außerklinischen Geburtshilfe beachten (nicht abnabeln) ▪ Notfälle durch Beobachtung vermeiden lernen 	B07, Pos. 1439–1454 B03, Pos. 1077–1097
Begleiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf die Bestärkung der Frauen/der Familien achten ▪ Bei der Frau und dem Kind bleiben ▪ Hebammen übernehmen einen Teil der Verantwortung, die Familien tragen ihren Teil ▪ Geduld und Achtsamkeit lernen sowie ruhig zu beobachten und nicht ständig etwas tun zu wollen ▪ Nicht rein geburtsmedizinisch handeln, sondern das Hebammenhandwerk lernen ▪ Verstehen lernen, auf die individuellen Bedürfnisse der Frauen und ihrer Familien eingehen zu können und nicht schematisch zu arbeiten ▪ Lernen, den Fokus weg von der Angst zu lenken 	B10, Pos. 84–89 B07, Pos. 1303–1316 B05, Pos. 727–744 B06, Pos. 841–863
Freiberuflichkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigenverantwortung einordnen lernen ▪ Leistungsabrechnung lernen ▪ Lernen, welche Ausstattung sinnvoll ist (inkl. Ersatzteilen und -geräten) ▪ Rufbereitschaft lernen 	B06, Pos. 994–1003 B09, Pos. 305–309 B07, Pos. 631–640 B08, Pos. 573–602

Haben WeHen außerklinische Geburtshilfe erlebt, werden sie sich immer wieder daran erinnern und ihre Erfahrungen auch auf andere geburtshilfliche Situationen übertragen können (Transkript B06, Pos. 994–1003). Aber WeHen benötigen Unterstützung, um das Geschehene integrieren zu können, da sie von der klinischen Geburtshilfe geprägt wurden (Transkript B02, Pos. 664–666).

Im Rahmen der Vorbereitung auf die Freiberuflichkeit erwähnten die Befragten *die Ausrüstung und das Material*. Die Ausstattung der Hebammen variiert. Es hat sich jedoch gezeigt, dass alle befragten Hebammen tendenziell eher zu viel als zu wenig Material und Ausrüstung mit zu Hausgeburten nehmen oder im Geburtshaus vorhalten und insbesondere auch für Notfallsituationen sehr gut ausgestattet sind.

Die befragten Hausgeburtsh Hebammen nehmen in der Regel sehr viel Material mit, wenn sie zu Geburten aufbrechen. Arbeiten sie zu zweit, verwenden sie Koffer, die identisch aufgebaut und ausgestattet sind, um nicht suchen zu müssen (Transkript B02, Pos. 1709–1711). Ausrüstung, die zur Geburt benötigt wird, wird im Geburtsraum vorbereitet, jene, die nicht zur

Geburt benötigt wird, verbleibt griffbereit in der Nähe, zum Beispiel im Flur, aber immer außer Sichtweite der Frau (B01, Pos. 1293–1294). Manchmal wird das Material erst direkt zur Geburt in den Raum gebracht, ohne dass die Frau das bemerkt. Das geht besonders gut, wenn zwei Hebammen anwesend sind (Transkript B02, Pos. 1743–1749). Ein CTG wird unter der Geburt nur verwendet, wenn die Situation unklar ist und die Frau eventuell in die Klinik verlegt werden muss. Ist die Hebamme allein, kommt hierfür nach Möglichkeit die zweite Hebamme hinzu (Transkript B03, Pos. 960–962). Hebammen lassen auch Material und Ausrüstung, wie Gebärpools oder Babywaagen, bei den Frauen, insbesondere auch Material für das Wochenbett (Transkript B03, Pos. 973–975). Die Lagerung und der Transport des Materials sind immer und, besonders im Sommer und im Winter, eine Herausforderung für die Hausgeburt Hebammen, da dieses aufgrund der Temperaturen nicht im Auto verbleiben kann (Transkript B08, Pos. 853–862).

Benötigte Materialien sind nach Angaben der Befragten:

- Einmalinstrumente (wobei diese qualitativ schlechter sind als Mehrfachinstrumente) und sterilisierbare Instrumente;
- sterile und unsterile Handschuhe;
- Nabelklemmen;
- Blutdruckapparat;
- Medikamente (Oxytocin, Partusisten, Cytotec, Spascupreel-Zäpfchen, Buscopan, Lokalanästhetikum, Schmerzmittel für die Phase nach der Geburt/Naht, Konaktion);
- Infusionen und Bestecke;
- Spritzen und Kanülen, Stauschlauch;
- Nahtmaterial und sterile Tücher;
- Mundkeil;
- Katheter;
- homöopathische Arzneien;
- Essenzen,
- Sortiment an (ätherischen) Ölen, Uterustonikum, Geburtsöl, Dammassageöl;
- Schüsslersalze;
- Sauerstoff (er wird nicht mehr verwendet, die Hebammen nehmen ihn als Ritual mit und „für ihre Nerven“);
- Ambu-Beutel;
- Akten und Dokumentationsunterlagen;
- Papiere zur Anmeldung der Geburt;
- Untersuchungshefte für Kinder;
- Gebärhocker;
- Gebärpools;
- Tuchwaagen und geeichte Waagen;
- Dopton und Hörrohr;

- CTG-Gerät;
- Notfallkoffer;
- Verbrauchsmaterial wie Binden, saugfähige Unterlagen, Einwegtücher, Desinfektionsmittel;
- weitere Ausstattungsgegenstände;
- Nachsorgetasche (Transkript B01, Pos. 1259–1284; Transkript B02, Pos. 1720–1739; Transkript B03, Pos. 916–948, Pos. 973–975; Transkript B06, Pos. 1199–1241, Pos. 1179–1185, Pos. 1194–1197; Transkript B07, Pos. 1476–1480; Transkript B08, Pos. 766–768, Pos. 815).

B07, B09 und B10 beschreiben die Ausstattung ihrer bzw. der Geburtshäuser, in denen sie tätig sind. Die Gebärzimmer sind so ausgestattet, dass alle nötigen Materialien griffbereit in Schränken oder Schubläden verfügbar sind. Die Materialien unterscheiden sich nicht von jenen der Hausegeburtshilfen. Zudem sind Reanimationseinheiten und Medikamentenkühlschränke vorhanden. Die Dokumentationsunterlagen werden in Büroräumen untergebracht. Anstelle einer Notfalltasche gibt es Sets, die speziell für die jeweiligen Notfälle gepackt sind und, entsprechend der Vorgaben, gelagert werden (Transkript B07, Pos. 1476–1480; Transkript B09, Pos. 576–582, Pos. 585–588, Pos. 593–600, Pos. 619–627, Pos. 673–675, Pos. 673–675, Pos. 680).

Die Notfallkoffer sind von außen so beschriftet, dass sie sofort erkannt werden können. Der Inhalt der Notfallboxen wird auf einem Formblatt, das der jeweiligen Box beigelegt ist, dokumentiert. Das Formblatt ist zugleich ein Dokument, das im Qualitätsmanagementsystem abgelegt wird.

In den Notfallkoffern befinden sich mehrere Ebenen, so dass die Übersichtlichkeit gewahrt werden kann. Im Deckel der Koffer steckt stets eine Checkliste, aus der die erforderlichen Handlungsabläufe im entsprechenden Notfall ersichtlich werden. In der ersten (oberen) Ebene werden die Verbrauchsmaterialien wie beispielsweise Tupfer oder Spritzen verstaut. In der untersten Ebene befinden sich die zu verabreichenden Notfallmedikamente. Das Verschriftlichen der Abläufe sowie das strukturierte und standardisierte Vorgehen im Vor- und Nachbereiten der nötigen Materialien verhilft den neuen Hebammen, sich schneller in die außerklinische Geburtshilfe einzufinden.

Die Änderungen, die das neue Hebammengesetz (s. Kap. 8) mit sich bringt, bewirken Änderungen im Kompetenzerwerb, aber auch *Änderungen im Meister*innen-Gesell*innen-Prinzip*. Für den berufspraktischen Einsatz bei freiberuflichen Hebammen gibt es nun gesetzliche Regelungen zur Praxisanleitung (§14 HebG). Die Befragten beschreiben ihre Befürchtungen: B08 meint, der Nachteil der Hebammenschulen sei, dass diese konservativ sind; der Nachteil des Studiums, dass der Weg ohne Abitur bis zum Abschluss länger und mühsamer sein wird (Transkript B08, Pos. 1738–1748). WeHen können in der Betreuung von Frauen und ihren Familien ein Gewinn sein, allerdings bedeutet es für die Meister*innen auch einen Zusatzaufwand,

sie zu betreuen und einzuarbeiten und sie werden deshalb nicht überall willkommen geheißen (Transkript B08, Pos. 1767–1772). „Früher“ (Ausbildung nach dem alten HebG) sind die WeHen im Externat einfach mitgelaufen; das „wird sich ja jetzt dann ändern“ (Transkript B07, Pos. 499–508). Durch die Umstellung auf das neue HebG fallen pflegerische Einsätze weg, wobei Hebammen auch pflegerische Tätigkeiten ausführen können müssen (Transkript B07, Pos. 1588–1613).

Die Lehre an (Hoch-)Schulen in Bayern war in der Wahrnehmung der Befragten bisher nicht vorurteilsfrei gegenüber der außerklinischen Geburtshilfe. Die befragten Hebammen äußerten *Verbesserungswünsche* hinsichtlich der wertfreien Kommunikation, der proaktiven Unterstützung und Ermöglichung außerklinischer Einsätze, der Vermeidung des Schürens von Ängsten sowie die Einbeziehung von außerklinisch tätigen Hebammen in die Lehre sowie die Vermittlung des für die außerklinischen Hebammentätigkeit notwendigen Hebammenhandwerks anstelle deren Abwertung. Einige Wünsche sind hier beispielhaft dargestellt.

Das Auswahlverfahren für künftige WeHen sollte sich nicht nur auf den NC¹²⁷ beschränken, da die besten Abiturient*innen nicht automatisch die besten Hebammen werden (Transkript B07, Pos. 1588–1613). Sobald die WeHen an den (Hoch-)Schulen unterrichtet werden, sollte auch das Interesse für die außerklinische Geburtshilfe geweckt werden und auch die Möglichkeit von außerklinischen Praxiseinsätzen eröffnet werden. Hierfür ist eine längerfristige Planung nötig (Transkript B02, Pos. 571–575; Transkript B04, Pos. 1004–1010). Die (Hoch-)Schulen sollten WeHen auf die außerklinische Tätigkeit vorbereiten. Zudem sollten außerklinisch erlernte Fähigkeiten dann auch in den berufspraktischen Einsätzen an den Kliniken angewandt und trainiert werden dürfen (Transkript B03, Pos. 1503–1522; Transkript B04, Pos. 1067–1084). Hierzu gehört auch, dass die Lehrenden aller Disziplinen die Methoden und das Handwerkszeug der außerklinisch tätigen Hebammen, wie beispielsweise das Abtasten des Bauches und das Auskultieren der Herztöne, akzeptieren, da sie dies einsetzen, um spezifische Informationen zu erhalten, die ihnen technische Geräte nicht liefern können (Transkript B04, Pos. 1067–1084).

In der Kommunikation sollten Aussagen vermieden werden, die WeHen unnötig Angst machen. Hierzu zählen Sätze wie: „Wenn Sie in die Freiberuflichkeit gehen, dann stehen Sie mit einem Fuß im Gefängnis“ (Transkript B04, Pos. 1067–1084), denn Ängste verhindern, dass sich WeHen für die außerklinische Hebammentätigkeit entscheiden: Eine werdende Hebamme „war als Praktikantin dabei und fand das so cool und hat sich gedacht, nach der Ausbildung macht sie das auch gleich. Und jetzt war sie nochmal bei mir. [...] Und hat mir dann erzählt, sie kann sich das jetzt überhaupt nicht mehr

127 NC = Numerus clausus.

vorstellen, nachdem sie jetzt fast fertig ist. [...] Sie kann eigentlich keine außerklinische Geburtshilfe mehr machen, sie hat jetzt viel zu viel Schiss“ (Transkript B06, Pos. 784–801). Lehrende an (Hoch-)Schulen sollen die außerklinisch tätigen Hebammen nicht „aushorchen“, sondern in die Lehre einbeziehen (Transkript B04, Pos. 1067–1084).

Mit Abschluss der Ausbildung oder Studiums sollte den angehenden Hebammen vermittelt werden, dass sich Hebammen gegenseitig unterstützen, wenn sie Kolleg*innen werden. Meister*innen prägen dabei die Arbeit ihrer neuen Kolleg*innen mit (Transkript B04, Pos. 152–160). In einigen Geburtshäusern findet sich das Modell der stufenweisen Einarbeitung, indem Hebammen nach dem Examen zunächst als dritte Hebamme „mitlaufen“, dann „über Monate“ als zweite Hebamme Geburten begleiten und dann als Hebamme die Frau allein betreuen, allerdings mit Kolleg*innen im „Hintergrund“; dieses Modell vermittelt „Sicherheit“; diese „Zeit“ werde auch gebraucht (Transkript B09, Pos. 374–385). Zur Einarbeitungszeit bleiben Meister*innen häufig auch über Nacht im Geburtshaus: „Da muss ich aber als Meisterin, sag ich, gar nichts machen. Es langt ja, wenn man da ist. Für den Fall“ (Transkript B07, Pos. 1303–1316). Manchmal stellen Meister*innen Berufsanfänger*innen auch für eine Weile an, bis diese genügend Sicherheit gewonnen haben, um selbstständig zu arbeiten (Transkript B10, Pos. 1113–1118). Zur Einarbeitung gehört auch, sich mit der neuen Arbeitsumgebung vertraut zu machen. So gehört das Notfalltraining, passgenau zugeschnitten auf die neue Arbeitsumgebung und als Teamtraining, zur Einarbeitung und muss das gesamte Berufsleben hindurch wiederholt werden (Transkript B10, Pos. 1075–1082). Zudem sollten sich Absolvent*innen vernetzen, mit Kolleg*innen, aber auch mit den Kliniken vor Ort, wenn sie in die außerklinische Geburtshilfe gehen. „Also ich [...] würde ihnen [WeHen] sagen: vernetzen, austauschen, [...] das stabilisiert das eigene Tun“. Die Vernetzung dient zum Beispiel dem fachlichen Austausch, der Hilfe und Unterstützung bei Unsicherheiten, dem Lernen, aber auch der gegenseitigen Vertretung (Transkript B04, Pos. 895–904).

Aber nicht für jede neue Hebamme ist diese Art der Einarbeitung relevant oder möglich. Während manche Hebammen zu Berufsbeginn von Meister*innen begleitet wurden, fingen andere ohne doppelten Boden an: „Das hats nie gegeben. In dem Geburtshaus waren auch, ähm, nur Kolleginnen, die das noch gar nicht lange gemacht haben mit der außerklinischen Geburtshilfe. Nee, das hatt ich tatsächlich nicht“ (Transkript B06, Pos. 134–143).

15 Zusammenführung und Diskussion der qualitativen und quantitativen Daten

Wie in Kapitel 12 dargestellt, wurden für diese Arbeit Daten analog der Mixed-Method-Methode erhoben und zunächst separat voneinander analysiert (s. Kap. 13 u. 14). Im Folgenden werden nun die Daten aus quantitativer und qualitativer Forschung zusammengeführt, um sie abschließend übergreifend interpretieren und ggf. neu bewerten zu können (Kuckartz 2014: 114).

Die vorliegende Arbeit hatte nicht zum Ziel, repräsentative Ergebnisse im Sinne einer Zufallsstichprobe und eines numerischen Schlusses (im Sinne einer Wahrscheinlichkeitsaussage) zu befördern (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 32). Vielmehr dient sie einer ersten Beschreibung und eines Verstehens der Ist-Situation in Bayern hinsichtlich des Ausbildungs- und Wissensstands von WeHen in der außerklinischen Geburtshilfe sowie einer möglichen Ableitung von Erkenntnissen für die zukünftige Lehre an den Hochschulen in Bayern. Diese Arbeit verfolgte auch nicht das Ziel, praxiserprobte Szenarien für die Lehre zur Verfügung zu stellen. Es war vielmehr zum einen von Interesse zu beschreiben, inwiefern in der bisherigen (berufsfachschulischen) Hebammenausbildung in Bayern Kenntnisse zur außerklinischen Geburtshilfe erworben werden konnten bzw. ob und wie diese vermittelt wurden. Diese Daten wurden quantitativ erhoben. In den Interviews qualitativ erfasst wurden zum anderen die gesellschaftlichen (strukturellen) Rahmenbedingungen aus der Perspektive der Hebammen sowie ihre persönlichen Organisationsstrukturen, Haltungen und Kenntnisse, und zwar mit dem Ziel zu überprüfen, wie Wissen und Können von außerklinisch tätigen Hebammen für die zukünftige berufspraktische Ausbildung werdender Hebammen in Bayern mit den Hochschulcurricula verknüpft werden kann, um auch die außerklinische Hebammentätigkeit zukünftig auf akademischem Niveau lehren zu können.

Trotz eingehender Recherche konnte keine für Bayern einschlägige Literatur zum hier beschriebenen Themenfeld gefunden werden. Es war daher nicht möglich, die Erkenntnisse aus der hier vorgestellten Arbeit mit thematisch verwandten Arbeiten im bayerischen Kontext zu vergleichen. Die Beschreibung des Ist-Zustandes ist auch nicht auf andere Bundesländer übertragbar, da sich die Versorgungsstrukturen der Länder sowie die Landesgesetze teils deutlich unterscheiden. Zudem war Bayern das Schlusslicht im Akademisierungsprozess (s. Kap. 8).

Mittels des Mixed-Methods-Ansatzes (Teddlie/Tashakkori 2010) konnte sowohl der Ist-Zustand erfasst werden (quantitativer Teil) als auch Fallbeispiele für mögliche Szenarien (siehe Anhang I) gewonnen werden, die auf

dem Erfahrungswissen der in Bayern außerklinisch tätigen Hebammen beruhen (qualitativer Teil). Die Ergebnisse aus beiden Forschungsteilen können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Erst durch ihre Verzahnung können Ableitungen für die Praxis erfolgen. Durch den Abgleich der Daten (Gesamtanalyse) zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Kenntnisständen der WeHen, der Lehrenden und den Erfahrungen der außerklinisch tätigen Hebammen. Allerdings ist festzuhalten, dass die Ergebnisse aufgrund des Samplings und der Begrenzung auf Bayern nicht generalisierbar sind und auch nicht auf andere Bundesländer übertragen werden können. Hier wurde aus berufssoziologischer Sicht die Ist-Situation der Wissensentwicklung und -weitergabe hinsichtlich der außerklinischen Geburtshilfe in Bayern beschrieben. Die in diesem Zusammenhang herausgearbeiteten und Anhang I beschriebenen Fallbeispiele könnten jedoch auch über die Bundeslandgrenzen hinweg in der Lehre eingesetzt werden.

Die Analyse hat gezeigt, dass sowohl die übergreifenden gesellschaftlichen Strukturen als auch die persönlichen Organisationsstrukturen, Haltungen und Kenntnisse der Hebammen die Wissensentwicklung, aber auch die Weitergabe von Hebammenwissen prägen. Die Interdependenz der hier genannten Bereiche wirkt wie ein multidimensionales Konstrukt. Während die starren und unbeweglichen Streben in Form von rechtlichen und/oder organisatorische Rahmenbedingungen bindenden Charakter haben, bilden die häufig (teils zufällig) vorhandenen Inseln oder fehlenden Streben und Strukturen unweigerlich ebenfalls sowohl um die Hebammentätigkeit selbst als auch um die Versorgung der Familien- und somit mittelbar auch um die Wissensweitergabe von WeHen einen festen Rahmen. Hierzu gehören insbesondere die individuellen Wünsche der Frauen ebenso, wie die sich zufällig ergebenden Vernetzungen von Hebammen, WeHen und Familien. Zugleich ermöglicht dieses System die Einflussnahme auf die gesellschaftlichen Strukturen durch systematische, reflexiv-kritische Rückbezüge der einzelnen Akteur*innen (s. Abb. 18).

Die Erkenntnisse aus den Daten lassen sich unterscheiden in Implikationen für den professionellen Bereich (Hebammenwesen) und die damit einhergehende Wissensweitergabe sowie diejenigen für die Familien und WeHen. Alle Bereiche stehen miteinander in Beziehung und wirken sich auf die Handlungsebenen der Einzelnen aus. Die Verstreungen und Inseln werden nachfolgend beschrieben.

Gesellschaftlich ist es derzeit in Bayern nicht üblich, Kinder außerklinisch zu gebären. Rund 98 Prozent der Kinder werden in Kliniken geboren (QUAG 2021). Aufgrund der Datenlage kann aber angenommen werden, dass rund ein Drittel der Frauen Schwangerschaft und Geburt als physiologische Prozesse erleben darf und entsprechend außerklinisch gebären kann (Loytved 2004: 119–123). Das heißt, während sich für rund zwei Drittel der

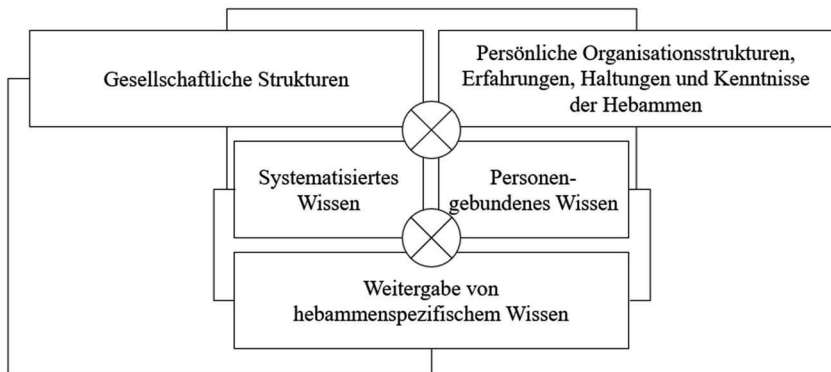


Abbildung 18: Multidimensionales Konstrukt der gesellschaftlichen und individuellen Einbettung und -weitergabe von Hebammenwissen. Eigene Darstellung

Schwangeren eine klinische Betreuungsform empfiehlt, könnte ein Drittel der Frauen zu Hause oder in HgE gebären. Dies wurde auch von den befragten Hebammen bestätigt.

Im bayerischen Hebammenwesen ist die außerklinische Geburtshilfe traditionell das Tätigkeitsfeld von Hebammen, durch das sich auf besondere Weise eine frauenzentrierte Geburtshilfe über Jahrhunderte hinweg bewahren ließ. Zinßer et al. (2017) verdeutlichen, dass sich insbesondere in der außerklinischen Geburtshilfe Hebammenwissen gehalten habe (Zinßer et al. 2017: 47). Dies wiederum zeigt, dass auch klinisch tätige Hebammen oder Hebammen, die in hebammengeleiteten Kreißsälen arbeiten (möchten), vom Wissen der außerklinisch tätigen Hebammen profitieren (Gaskin 2013: 251). Die Interviewten beschrieben eindrücklich, wie sich die gesellschaftlichen Strömungen und folglich sich verändernde organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen beeinträchtigend oder förderlich auf ihre außerklinische Hebammenarbeit und die Wissensweitergabe auswirkten.

Historisch gesehen wurden mit Ende des Zweiten Weltkriegs auch in Bayern die Geburten aus dem häuslichen Umfeld der Frauen in die Kliniken verlegt (s. Kap. 2). Das beeinflusste auch die Hebammenausbildung: Sowohl aus den Interviews als auch aus den quantitativen Daten wurde erkennbar, dass Hebammenschüler*innen in Bayern derzeit kaum auf die außerklinischen Hebammentätigkeiten vorbereitet wurden, und zwar weder in der Theorie noch im Simulationslabor noch in der Praxis. Ambulante und hebammengeleitete Einrichtungen für außerklinische Geburtshilfe wurden bisher nicht systematisch in die Lehre einbezogen. Der theoretische Unterricht war bisher überwiegend klinisch-medizinisch orientiert, die Sozialisation von WeHen erfolgte bis dato im klinisch dominierten Praxisbezug. Im klinischen

Kontext obliegt die Leitung der Geburten überwiegend Gynäkolog*innen (vgl. Zinßer et al. 2017: 47). Ausnahmen bilden hebammengeleitete Kreißsäle und Begleitbelegschaften, die als primäre Standardausbildungsstätten in Bayern¹²⁸ jedoch derzeit (noch) nicht etabliert sind. Die Mehrheit der WeHen hatten ihre berufspraktischen Einsätze an sehr großen Kliniken (Level I, II)¹²⁹. Das bedeutet, WeHen sind auf die spätere Berufstätigkeit an Kliniken unter ärztlicher Leitung sehr gut vorbereitet. Eigenständige und/oder außerklinische Hebammenarbeit wurden bisher jedoch nur randständig gelehrt und wenn, dann bayernweit nicht einheitlich. Während in anderen Bundesländern die Akademisierung bereits weiter fortgeschritten war und teils auch die außerklinische Geburtshilfe mehr Beachtung fand, waren im Lehrplan für Hebammenschulen in Bayern¹³⁰ die für die außerklinische Geburtshilfe und für die (außerklinische) Freiberuflichkeit zu erwerbenden Kompetenzen nur teilweise berücksichtigt worden. Im HebG von 2019 und in der HebStPrV wurden diese Kompetenzen nun mehrfach verankert und müssen nun auch in Bayern stärker Beachtung finden. Aus den quantitativen Daten wurde ersichtlich, dass bis dato nicht an allen bayerischen Hebammenschulen Lehrhebammen tätig waren, die selbst Erfahrung mit außerklinischer Geburtshilfe hatten. Somit kann davon ausgegangen werden, dass frisch examinierte Hebammen in Bayern in diesem Tätigkeitsbereich unterschiedliche Qualifikationsniveaus aufweisen. Die befragten WeHen bestätigten dies, indem sie ihre Kenntnisse auf diesem Gebiet selbst überwiegend mit „befriedigend“ bis „mangelhaft“ angaben. Bei allen in Bayern qualifizierten Hebammen lassen sich daher Wissenslücken in diesem originären Bereich der Hebammentätigkeit vermuten. Auch aus den Angaben der Befragten wurden dies deutlich.

Hinzu kommt, dass in Bayern ausgebildete Hebammen zumeist auch in Bayern beruflich tätig sind (Sander et al. 2018: 75) – ob sich langfristig durch die Vollakademisierung eine Veränderung in dem regionalen Charakter der Berufsausübung einstellen wird, gilt es abzuwarten. Das bedeutet jedoch, dass derzeit überwiegend in Bayern ausgebildete Hebammen später auch selbst überwiegend in Bayern WeHen und/oder Hebammen anleiten. Ihre Kenntnisse sind daher bis heute einerseits als ein Schlüsselement in der berufspraktischen Ausbildung und Einarbeitung zu sehen. Andererseits konnten sich so möglicherweise auch generationsübergreifend Wissenslücken manifestieren.

Die für die vorliegende Arbeit befragten außerklinisch tätigen Hebammen erklärten, dass die außerklinische Geburtshilfe nicht mit der klinischen vergleichbar und entsprechend auch nicht in diesem Kontext vermittelbar sei.

128 Der DHV (2021c) verzeichnet derzeit nur einen hebammengeleiteten Kreißsaal in Bayern, der in Nürnberg lokalisiert ist.

129 Hier gemeint: Perinatalzentren.

130 Siehe hierzu Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2020).

Außerklinische Hebammenkunst zu beschreiben, erwies sich für die Befragten als komplex. Diese schien sich im Wesentlichen auf die englische Übersetzung von *midwife* – mit der Frau sein –, und zwar mit allem, was dazu gehört, zurückführen zu lassen. Außerklinisch tätige Hebammen arbeiten eigenverantwortlich und vielfach ohne Assistenz. Die außerklinische Geburtshilfe kann als ein Tätigkeitsbereich verstanden werden, der Hebammenhandwerk, EBM und Lebenswelt eng miteinander verzahnt, eine frauenzentrierte Geburtshilfe bewahrt und somit als ein wesentlicher Baustein in der Deckung der mannigfaltigen Bedürfnisse von Schwangeren und ihren Familien. Festzumachen ist dies an den genannten und hier nachfolgend noch einmal aufgeführten Aspekten. Hierzu zählt die kontinuierliche Betreuung – das „Sich-Kennen“ –, denn Hebammen begleiten die Frauen und ihre Familien meist bereits in der Schwangerschaft entweder allein oder im kleinen Team und bauen so ein Vertrauensverhältnis auf, das auf gegenseitigem Geben und Nehmen beruht. Außerdem gehören hierzu die Einbindung der Lebenswelt der Frau – insbesondere in der Hausgeburtshilfe, bei der Hebammen zu Gast bei der Frau sind, die frauenzentrierte Begleitung, indem die Wünsche und Bedürfnisse der Frau und ihrer Familie stets so lang handlungsleitend sind, solange die Prozesse physiologisch sind, sowie die Einbindung des Hebammenkörpers in den Betreuungsprozess. Hierzu zählen zur Befunderhebung beispielsweise das Hören, Fühlen, Tasten und Riechen, zur Begleitung etwa Worte und Stimme, aber auch Berührungen wie Massagen. Medizintechnische Gerätschaften, wie beispielsweise das CTG, finden nicht routinemäßig Anwendung, schmerzstillende Medikamente stehen nur sehr eingeschränkt zur Verfügung, die Hebammen wenden aber unter Umständen adjuvante/naturheilkundliche Therapien und Methoden an. Während die Frau außerklinisch aus eigener Kraft niederkommen muss und eine selbstbestimmte Mitverantwortung für den Prozess trägt, muss sich zugleich die Grundeinstellung der Hebamme an der Physiologie und den Ressourcen der Frau orientieren und kann nicht risikofokussiert sein. Diese Einstellung beeinflusst auch die Entscheidungsfindung im Betreuungsprozess, der stets die Frau und das Kind als Einheit im Blick behält und sich an den Ressourcen beider orientiert. Dieser Betreuungsansatz ist mit dem Prinzip der Salutogenese vergleichbar, die Gesunderhaltung der Frau steht im Mittelpunkt (vgl. Antonovsky 1997).

Geburten so zu begleiten, dass nur bei Bedarf gehandelt wird, ist eine hohe Kunst. Zudem sind die Hebammen auf ihre Beobachtungen im Betreuungsverlauf angewiesen, um Notfälle zu erkennen. Sie schildern, dass sich die meisten Notfälle im Vorfeld ankündigen und sie diese im Rahmen einer sorgfältigen Begleitung rechtzeitig erkennen können. Hierzu gehören alle Muster, die sie während der Betreuung aufgenommen haben, beispielsweise der Klang und der Takt der kindlichen Herztöne, die Qualität der kindlichen Bewegungen im Mutterleib, die Bewegungsabläufe der Frau selbst, ihre Äu-

berungen – und der damit verbundene Abgleich, ob Frau und Kind bei Kräften sind. Die leiblichen Empfindungen der Hebammen finden dabei ebenso Beachtung wie jene der Frau und ihrer Familie. Diese formen sich auch durch die jeweiligen persönlichen und spirituellen Einstellungen und Erfahrungen aus. Hebammen und Schwangere arbeiten als Team. Diese Betreuungsform bedarf einerseits Zeit, welche die Hebammen entweder allein mit den Frauen verbringen oder abwechselnd mit Kolleg*innen. Sie ist aber andererseits Teil des Sicherheitskonzepts der außerklinischen Betreuung,¹³¹ denn durch die enge Betreuung haben die Hebammen den Vorteil, Veränderungen im Prozessverlauf beobachten zu können. Sie können so leichter physiologische Verläufe bestätigen oder erkennen, wenn sich ein physiologischer Verlauf in Richtung Pathologie entwickelt. In der außerklinischen Geburtshilfe gelten zudem strenge Ein- und Ausschlusskriterien, die von den Hebammen korrekt interpretiert werden müssen. Zinßer et al. (2017) verdeutlichen dies, indem sie schreiben, dass in der außerklinischen Geburtshilfe Hebammen Entscheidungen eigenständig treffen und sich die „Funktion“ der Hebammen als Geburtsleiter*innen hier im Besonderen zeigt. Zudem hat sich in der außerklinischen Geburtshilfe Hebammenwissen gehalten (Zinßer et al. 2017: 47). Dies wiederum verdeutlicht aber auch, dass auch klinisch tätige Hebammen oder Hebammen, die in hebammengeleiteten Kreißsälen arbeiten, vom Wissen der außerklinisch tätigen Hebammen profitieren können (Gaskin 2013: 251). Wird es beachtet, findet dieses Wissen über die Hebammenwissenschaft Einzug in Leitlinien (s. Kap. 5.3).

All dies bedeutet, dass für die Anleitung von Wehen in Bayern außerklinisch versierte Hebammen benötigt werden. Trotz alledem stehen in Bayern nur mehrheitlich klinisch sozialisierte Hebammen zur Verfügung. Wie aus der quantitativen Erhebung ersichtlich wurde, wird eine „Nachqualifikation“ durch die Begleitung erfahrener Hebammen von Lehrhebammen meist empfohlen und von Berufsanfänger*innen vielfach genutzt. Auch die Befragten empfahlen überwiegend ein Coaching durch erfahrene Hebammen. Im Sprachgebrauch der Hebammen wurde dies Meister*innen-Gesell*innen-Prinzip genannt. Zudem bieten sich die unterschiedlichen Fortbildungsformate für Hebammen an, die sich beispielsweise der traditionellen Hebammenkunst eher dem Handwerk widmen, sich auf neue Erkenntnisse aus der Forschung beziehen oder Trainings, wie etwa für geburtshilfliche Notfälle, umfassen können. Die befragten Hebammen zeigten sich hier als untereinander hochgradig vernetzt und sehr fortbildungsaffin. Sie unterstützen und coachen sich zudem regelmäßig gegenseitig. Zudem beschrieben sie, dass sie die Geburtshilfe im Laufe der Berufsjahre von den Frauen und ihren Familien lernten. Unklarheiten in Betreuungssituationen oder interessante Fälle teilten sie in anonymisierter Form im Rahmen von Qualitätszirkeln mit Kolleg*in-

131 Vgl. hierzu auch das Konzept „Continuity of Care“, z.B. bei Homer et al. (2019).

nen. Die hier befragten Hebammen hatten allesamt eigene Erfahrung in der Anleitung von WeHen und/oder in der Einarbeitung von Hebammen. Hin und wieder profitierten sie hiervon auch dadurch, indem die „Gesell*innen“ zu ihren Kolleg*innen wurden. Zudem gaben sie an, auch von den WeHen zu lernen.

Obwohl sich das Meister*innen-Gesell*innen-Prinzip von Beginn der Hebammentätigkeit an etablierte und den Vorteil hat, dass Berufseinsteiger*innen durch die erfahrenen Kolleg*innen eine Art Sicherheit verspüren, Hilfe erhalten und hierdurch gegebenenfalls Fehler reduziert werden können, sollen hier auch mögliche Nachteile dieses Systems festgehalten werden:

1. Das Meister*innen-Gesell*innen-Prinzip ist bisher besonders durch die Spezifika der jeweiligen Region geprägt, in der die Hebammen tätig sind.
2. Derzeit kommen nicht alle WeHen und/oder Berufsanfänger*innen systematisch oder automatisch mit der außerklinischen Geburtshilfe in Berührung, da sie beruflich überwiegend klinisch sozialisiert wurden.
3. Die Voraussetzung dafür, die Entscheidung treffen zu können, Meister*innen in der außerklinischen Geburtshilfe über einen längeren Zeitraum zu begleiten, setzt voraus, dass bereits persönliche Erfahrungen in diesem Bereich gemacht werden konnten und/oder zuvor ausreichend über diese Möglichkeit informiert wurde.
4. Nicht für alle interessierten und für die außerklinische Geburtshilfe geeigneten Hebammen stehen Meister*innen zur Verfügung.
5. Meister*innen können neben ihrem Fachwissen insbesondere individuelles Erfahrungswissen weitergeben. Bezogen auf den Inhalt und die Didaktik kann die Qualität deutliche Unterschiede aufweisen, da die Wissensvermittlung in dieser Form überwiegend rein personenbezogen und somit weder systematisch noch einheitlich ist. Zudem kommt es darauf an, welche Frauen (und somit ggf. auch welche Verläufe- physiologisch/pathologisch) während der Qualifikationszeit der WeHen in Betreuung der Meister*innen sind und ob diese bereit sind, WeHen um sich zu haben.

Wie in den qualitativen Interviews beschrieben, kommt hinzu, dass die bislang klinisch sozialisierten WeHen Frauen, die sich für eine Geburt im Geburtshaus oder zu Hause entschieden hatten, meist bisher nur in Verlegungssituationen- und somit im negativen Kontext- erlebt haben. Dies kann unter Umständen den Eindruck manifestieren, dass die außerklinische Geburtshilfe per se gefährlich ist. Rückschlüsse von der klinischen Geburtshilfe auf die außerklinische sind jedoch kaum möglich, da einerseits unterschiedliche Betreuungsansätze zugrunde liegen und andererseits der Fokus auf einer anderen Klientel liegt. Die Interviewpartner*innen beschrieben, dass die Verknüpfung der Wissenslücken von WeHen in Kombination mit einseitigen Erfahrungen aus klinischer Geburtshilfe bei WeHen Ängste und Vorbehalte gegen die außerklinische Geburtshilfe entwickeln würden und sich Neu-Hebammen

deshalb häufig gegen diesen Berufszweig entscheiden würden. Sie erklären das damit, dass die WeHen über Jahre hinweg hauptsächlich die medizinisch geprägte Klinik-Klientel erleben, sowie Schwangere und/oder Kinder mit manifesten Grunderkrankungen im Kreißaal betreuen, vielen pathologischen Geburtsverläufen und Kaiserschnitten beiwohnen oder eben, wenn auch selten, aus der außerklinischen Geburtshilfe in die Klinik verlegte Frauen antreffen. Die Interviewten machten aber auch deutlich, dass sich WeHen insbesondere dann für die außerklinische Geburtshilfe entscheiden, wenn sie Vorbilder haben oder bereits im Rahmen des Studiums bzw. der Ausbildung gezielt vorbereitet worden waren.

Die Strukturen der Ausbildung spiegeln deutlich die Versorgungsstrukturen für Frauen in Bayern wider: Auch sie sind überwiegend klinisch-medizinisch geprägt. Die Befragten erklären, dass die Schwangerenbetreuung fast ausschließlich ärztlich abgedeckt werde, das heißt, in der Regel seien es die Gynäkolog*innen, die die Frauen und ihre Familien über die (für sie) möglichen Geburtsorte aufklären. Da die außerklinische Geburtshilfe gesellschaftlich nicht als Selbstverständlichkeit verankert ist, sieht sie sich mit Anfeindungen konfrontiert, „vor allem [...] von den Medizinern, nicht von den Frauen. Oder [...] von der Bevölkerung, die keine Ahnung von unserer Arbeit hat. Oder für die die Klinik immer noch das Wichtigste ist“ (Transkript B10, Pos. 54–58). „Und keiner sieht eigentlich, dass Frauen auch ohne alles entbinden können“ (Transkript B10, Pos. 304–305). Informationen zur außerklinischen Geburtshilfe erhalten Frauen den Befragten nach in Bayern nicht automatisch, sie müssen bereits über Vorwissen verfügen, um diesen Betreuungsweg zu finden. Solange in der Gesellschaft und unter den Gynäkolog*innen die Vorbehalte gegen die außerklinische Geburtshilfe dominieren und diese tabuisiert wird, kann sie sich schwerlich großflächig verankern (s. Abb. 19).

Die Ursache dafür, dass die außerklinische Geburt in Deutschland eher unüblich ist, vermuten die Befragten darin, dass die Physiologie der Geburt, also die normalen Verläufe, nicht im Vordergrund stehen, sondern der Fokus auf potenzielle Risiken gelegt wird. „Wir bräuchten eine Gesellschaft, die vielleicht so pragmatisch mit Geburt umgeht, wie vielleicht die Holländerinnen oder die Schweden oder Engländer“ (Transkript B02, Pos. 1051–1059). B02 denkt, dass die Gesellschaft wieder verstehen müsse, dass „die meisten Frauen, die einfach schwanger geworden sind und ihre Schwangerschaft ans Ende tragen [...], zu einem sehr hohen Prozentsatz auch eine physiologische Geburt haben werden, einfach weil [...] die Geburt das logische Ende einer Schwangerschaft“ sei. B02 ergänzt, dass das umso eher so sein wird, „je mehr wir unsere Finger davon lassen“ (Transkript B02, Pos. 1016–1025).

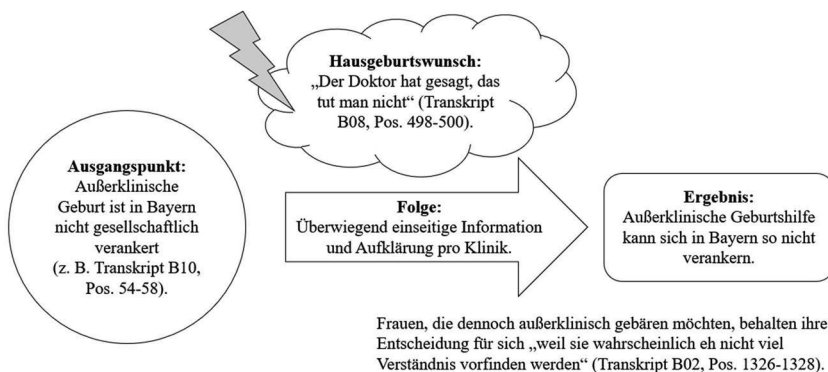


Abbildung 19: Erschwerte Verankerung der außerklinischen Geburtshilfe in Bayern. Eigene Darstellung

Die Verankerung der physiologischen Geburt¹³² kann als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden, die (sozial-)politische Weichenstellungen und eine neutrale Haltung sowie die sachliche und auf Daten und Fakten basierende Informationen aller erfordert.

Insgesamt stellen die befragten Hebammen jedoch fest, dass sich ihre Klientel vermehrt über das Internet oder Social-Media-Kanäle informiert. Sie schildern, dass die Frauen, die trotz aller Hürden den Zugang zur außerklinischen Geburtshilfe gefunden haben, ihre Entscheidung entsprechend oftmals begründen oder verteidigen müssen, obwohl die QUAG-Statistik (vgl. Kap. 6.1) verdeutlicht, dass die außerklinische Geburtshilfe sicher ist. Daher ist davon auszugehen, dass diese Zahlen in Bayern überwiegend nicht bekannt sind. Einschränkend erwähnten die Befragten, dass die QUAG-Daten die Perspektive der (betreuten) Frau noch nicht abbilden.

Wie sich in den Interviews gezeigt hat, ist es für diejenigen Frauen, die außerklinisch gebären möchten, in Bayern außerdem wohnortabhängig, inwiefern sie von ihrem Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes (s. Kap. 6) Gebrauch machen können. Das vorhandene Angebot kann vielerorts die Nachfragen nach außerklinischer Geburtshilfe nicht decken. Da die Anfragen das Angebot an außerklinischer Betreuung um ein Vielfaches übersteigen, müssen die Befragten viele Betreuungsanfragen bereits im Vorfeld ablehnen. Eine Verdichtung des Angebots ist in deutschen Ballungsräumen zu fin-

132 Da die Befragung vor der Veröffentlichung der AWMF-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ stattfand, wird im Text nicht darauf Bezug genommen.

den.¹³³ Die Hebammen argumentieren, dass es auch an den Hebammen liegt, flächig für Angebote zu sorgen. Hierzu müssen Hebammen allerdings genügend Kolleg*innen und Nachfolger*innen finden. Die QUAG-Erhebung zeigt jedoch, dass deutschlandweit sogar etablierte Geburtshäuser schließen müssen, weil dies häufig nicht gelingt (Wiemer 2021). Die Befragten erklären, dass dies, neben den oben beschriebenen Ängsten und Kenntnislücken, zum einen an den Rufbereitschaftsdiensten und der zu tragenden Verantwortung liegt, aber auch an dem großen Aufwand, ein Geburtshaus zu gründen und/oder zu unterhalten. Zudem ist dies mit unternehmerischen Risiken¹³⁴ verbunden und erfordert Zeit für organisatorische Themen, die nicht für die Frauen zur Verfügung steht. Die Rahmenbedingungen für Geburtshäuser können daher auch nicht oder nur bedingt mit jenen für die Hausgeburtshilfe verglichen werden. In der außerklinischen Geburtshilfe sollen im Notfall Mutter und/oder Kind innerhalb eines definierten zeitlichen Rahmens in eine Klinik verlegt werden können. Da kleinere geburtshilfliche Einrichtungen schließen müssen, ist dies in Flächenländern teils nicht mehr möglich und unterbindet so mancherorts die Versorgung mit außerklinischer Geburtshilfe (Wiemer 2021). Die Befragten äußerten auch, dass viele Frauen nicht ausreichend über das Gesamtangebot von außerklinisch tätigen Hebammen informiert seien und nicht alle Hebammen für ein einheitliches Angebot sorgten. So begleiten auch in Bayern einige Hebammen Fehlgeburten zu Hause oder in HgE. Viele Frauen wissen nicht, dass ihnen auch in diesen Fällen Hebammenhilfe zusteht, wobei nicht jede Hebamme, die außerklinisch tätig ist, diese Betreuung anbietet. Zudem machten befragte Hebammen Erfahrungen mit Frauen, die allein gebären möchten und nur in der Schwangerschaft oder im Wochenbett den Rat einer Hebamme wünschten. Alleingeburten sind jedoch mit vermeidbaren Gefahren verbunden und die Entscheidung hierfür kann von den Interviewpartner*innen nicht nachvollzogen werden.

Die persönlichen Erfahrungen, Haltungen und Organisationsstrukturen der befragten Hebammen prägen ebenfalls das System und die Wissensweitergabe. Neben der Einstellung der Gesellschaft im Allgemeinen beschreiben die Befragten, wie sehr die strukturellen Vorgaben ihre Arbeit beeinflussen. Während einige Veränderungen ihre Arbeit erleichtern, bewirken andere Vorgaben eine deutliche Mehrbelastung durch Bürokratie, die sie in ihrer originären Hebammentätigkeit einschränken. Allerdings weisen die Befragten eine hohe Bereitschaft auf, sich auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse zu halten. Sie etablieren Qualitätsmanagementsysteme und absolvieren regelmä-

133 Überdurchschnittlich viele außerklinische Geburten finden im Ballungsraum des Postleitzahlengebiets 91 statt. Hier zeigt sich auch eine besondere Dichte an außerklinischem Angebot (vgl. hierzu auch Wiemer 2021).

134 Die Bundesländer haben verschiedene Förderprogramme für Hebammen aufgelegt, um die freiberufliche Hebammentätigkeit zu unterstützen und unternehmerische Risiken abzumildern; siehe z.B. Landesamt für Soziales und Versorgung (2021) oder Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2021).

big auch Notfalltrainings. Dies spiegelte sich auch in ihrer Ausstattung hinsichtlich Medizinprodukten und Materialien wider.

In Bezug auf die Betreuung sehen sie kritisch, dass Hebammen derzeit strukturell nicht die primären Ansprechpartner*innen nach Bekanntwerden der Schwangerschaft sind, da Frauen so unmittelbar in die medizinische Versorgungsschiene gelangen, auch wenn ihr Schwangerschaftsverlauf physiologisch und komplikationslos ist. Die Hebammen stellen jedoch auch fest, dass es eben die Unkenntnis der Frauen ist, welche Rolle Hebammen im Versorgungssystem spielen, und nicht deutlich verankert ist, welchen Versorgungsauftrag den Hebammen zukommt.¹³⁵ Zudem sehen sie die Trennung in unterschiedliche Betreuungseinheiten durch unterschiedliche Personen, Einrichtungen oder Fachdisziplinen bei physiologischen Verläufen als nicht förderlich an.¹³⁶ Allerdings beenden sie auch Betreuungen, wenn ihre Intuition bzw. ihr Gefühl gegen die Betreuung spricht. Als Voraussetzung dafür, ihre Intuition als unterstützende Entscheidungshilfe einsetzen zu können nannten die Befragten den Zuwachs an Berufserfahrung, Selbstbewusstsein und Vertrauen in sich selbst. Auf Unverständnis stoßen wagemutige Hebammen, die Betreuungsanfragen annehmen, die andere Kolleg*innen bereits abgelehnt haben; das hat manchmal tragische Folgen, sowohl für die Familien als auch für die Hebammen selbst, die dann mit juristischen Konsequenzen umgehen müssen.¹³⁷

Die Befragten gaben an, dass die Zusammenarbeit mit Hebammen in den Kliniken im Laufe der Jahre zwar besser wurde, sich aber teils noch immer Vorbehalte gegenüber der außerklinischen Geburtshilfe bemerkbar machen. Dabei wurde aber auch erkennbar, dass es durchaus deutliche Überlappungen der Betreuungsarten gibt und sich diese gegenseitig befruchten können. Beispielhaft wurde die originäre Hebammenarbeit genannt, mit dem Ziel, die Frauen möglichst individuell, kontinuierlich und interventionsarm begleiten zu können. Die frauenzentrierte Perspektive unter den befragten Hebammen

135 B05 nennt beispielhaft: Wer zum Zahnarzt geht, weiß auch, was erwartet werden kann (Transkript B05, Pos. 928–929, Pos. 933–934).

136 Nach Zinßer et al. (2017) hängen die Förderung der physiologischen Geburt sowie die Häufigkeit von Interventionen deutlich mit dem Arbeitsfeld der Geburtshelfer*innen zusammen. Während in der außerklinischen Geburtshilfe die „normale Geburt“ gefördert wird, führt das „System Klinik“ zu (unnötigen) Interventionen.

137 Duden und Vogeler (2016a) nehmen Stellung zur Urteilsprechung im Fall Anna Rockel-Loenhoff (einer Hebamme und Ärztin), dessen mediale Aufmerksamkeit mit immensen negativen Folgen für die außerklinische Geburtshilfe verbunden war und daher auch von den befragten Hebammen mehrfach erwähnt wurde. Rockel-Loenhoff wurde 2014 verurteilt, weil unter ihrer Geburtsbetreuung im häuslichen Umfeld ein Kind verstarb. Im Kern wurde ihr vorgeworfen, aufgrund idealisierter Vorstellungen zur außerklinischen Geburtshilfe und von Selbstüberschätzung riskante Betreuungen anzunehmen und die damit einhergehenden lebensbedrohlichen Risiken von Mutter und Kind nicht zu beachten. Aufgrund der unterlassenen Verlegung der Frau in eine geburtshilfliche Klinik wurde sie für den Tod des Kindes verantwortlich gemacht.

zeigte auch, dass der Geburtsort und die Betreuungsform zu der Schwangeren, ihrem Kind und der Familie passen muss und dass es darauf ankommt, auf welche auf gesundheitlichen Ressourcen und auf welche Grundkonstitution die Frau und ihr Kind zurückgreifen können. Die Erfahrung der Befragten zeigte auch, dass, wenn Hebammen den Frauen Zutrauen entgegenbringen, können diese auch zum Beispiel längere Geburtsdauern bewältigen. Dieses Erlebnis, etwas selbst geschafft zu haben, lasse die Frauen reifen. Die Hebammen beschrieben wiederholt, dass auch sie selbst mit jeder Geburt lernen, aber dennoch nie alles wissen oder verstehen können. Ihre situativ gewonnenen Erfahrungen reflektieren sie daher regelmäßig. Erwiesen sie sich als förderlich für Mutter und Kind, werden diese in Form des Erfahrungswissens in künftige Betreuungen einfließen. Dabei betonten die Hebammen, dass sie diese Erfahrungen gern weitergeben.

Die Akademisierung des Hebammenberufs sehen die Befragten nicht nur positiv. Aufgrund des neuen HebG verändert sich das Meister*innen-Gesell*innen-Prinzip, das nun für Hebammen aufwändiger wird. Die Lehre an (Hoch-)Schulen in Bayern war bisher in der Wahrnehmung der Befragten nicht vorurteilsfrei gegenüber der außerklinischen Geburtshilfe. Die befragten Hebammen äußerten Verbesserungswünsche hinsichtlich der wertfreien Kommunikation, der proaktiven Unterstützung und Ermöglichung außerklinischer Einsätze, der Vermeidung des Schürens von Ängsten sowie der Einbeziehung von außerklinisch tätigen Hebammen in die Lehre und die Vermittlung des für die außerklinische Hebammentätigkeit notwendigen Handwerks. Zudem wünschten sie sich auch, den Austausch dahingehend zu intensivieren, dass sie zukünftig vermehrt Rückmeldung von den WeHen bekommen. Die Interviewpartner*innen hatten alle bereits selbst an Skills- oder Simulationstrainings teilgenommen. Sie waren zum Teil davon überzeugt, dass das Skills- und Simulationstraining für die künftigen Studierenden nützlich sein kann, aber sie erklärten auch, dass ihrer Erfahrung nach vieles nur an und mit der Frau und ihrer Familie trainiert werden kann.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Mit der vorliegenden Arbeit wurde zunächst aus berufssoziologischer Perspektive die Umbruchphase beschrieben, in der sich das Hebammenwesen zurzeit befindet. Empirisch erforscht wurde, wie sich Rahmenbedingungen auf die Wissensgenerierung sowie den Wissenstransfer auswirken. Während die meisten Frauen schon Bekanntschaft mit medizinischer Versorgung in der Klinik haben, haben die wenigsten Einblick in die außerklinische Geburtshilfe.

Viele Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Hebammenarbeit, die insbesondere in hebammengeleiteten Betreuungsstrukturen bewahrt werden konnten, zeichnen sich als förderlich für eine interventionslose/-arme Geburtshilfe aus. Hierzu zählt beispielsweise die Eins-zu-eins-Betreuung, die nun in die aktuelle Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ (s. Kap. 5.3) aufgenommen wurde. Im Sinne dieser Leitlinie sollen Frauen zukünftig auch neutral über

alle Geburtsorte aufgeklärt werden. Um das zu können, sind jedoch genaue Kenntnisse über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen erforderlich. In Bayern scheint dies im Augenblick noch nicht flächendeckend der Fall zu sein. Während die Vor- und Nachteile der Geburt in einer Klinik kommuniziert werden können, findet die außerklinische Geburtshilfe hier in einem „geschützten“ Raum statt, der als noch vergleichsweise wenig erforscht gelten kann. Das vorhandene Zahlenmaterial, beispielsweise von der QUAG, scheint nicht allen Geburtshelfer*innen bekannt und auch noch nicht in der Gesellschaft angekommen zu sein. Die befragten Hebammen beschreiben, sich stellenweise mit heftiger Kritik oder gar Anfeindungen aufgrund ihrer außerklinischen beruflichen Tätigkeit auseinandersetzen zu müssen, die sie selbst als „Native“ der Geburtshilfe anstelle einer alternativen Geburtshilfe beschreiben. Die Aufklärung zur und die Vorbereitung auf die Geburt erfolgen derzeit überwiegend hinsichtlich klinischer Versorgungsstrukturen. Für die Frauen ist es daher schwer, auf etwas zu vertrauen, was ihnen nicht bekannt ist.

Klinisch sozialisierten Hebammen, die keine Berührung zur außerklinischen Geburtshilfe hatten, fehlt meist der Zugang zur außerklinischen Geburtshilfe – sie verbleiben in der Klinik. Der Markt an hebammengeleiteter Geburtshilfe ist klein. Gleichzeitig haben die Frauen ein Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes, das aber regional teils nicht mehr bedient werden kann. Da sich das klinische Hebammenwissen in Teilen deutlich vom außerklinischen Wissen unterscheidet, wird das außerklinische Wissen nur noch von ein paar Hebammen gelebt und kann nur noch von wenigen Hebammen weitergetragen werden.

Die aktuelle Situation kann daher als Dilemmasituation beschrieben werden. Außerklinisch tätige Hebammen, die sich in Bayern in die Lehre einbringen können und möchten, stehen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt für die Primärversorgung von Frauen und ihren Familien zur Verfügung. Die befragten Hebammen erklärten jedoch, dass sie bereits heute eine Vielzahl an Betreuungsanfragen ablehnen müssen.

Zugleich impliziert die Gesetzesnovelle, dass die wenigen Hebammen, die sich derzeit in Bayern außerklinisch betätigen, die im HebG geforderten berufspraktischen Einsätze der Hebammenstudierenden anleiten sollen. Hierfür wurden die gesetzlichen Regelungen verschärft, die Hebammen müssen, mit Ablauf einer Übergangsfrist, Kurse absolvieren, um als Praxisanleiter*innen (§§ 14 und 18 HebG) tätig werden zu können. Diese Kurse erhöhen den Qualitätsstandard der berufspraktischen Ausbildung der WeHen, für die Hebammen aber sind sie zeitintensiv und mit Opportunitätskosten verbunden. Außerdem akzeptiert nicht jede Frau, die sich bewusst für eine außerklinische und somit sehr private Betreuungsform entschieden hat, die Anwesenheit von WeHen während ihrer Niederkunft. Das bedeutet, dass eine Vielzahl an Praxisplätzen erforderlich ist, um den Bedarf zu decken.

Ebenso können nicht alle Anfragen für berufspraktische Einsätze bei außerklinisch tätigen Hebammen befriedigt werden. Ermöglichen Hochschulen grenzüberschreitende Praxiseinsätze über Bundeslandgrenzen zu außerklinisch tätigen Hebammen, kann es zudem zu Konkurrenzsituationen mit anderen Hochschulen kommen. Auslandseinsätze, die gegebenenfalls Entlastung bringen könnten, sind derzeit noch mit formalen Hürden verbunden, die sich auch aus dem neuen HebG ergeben. Hierzu zählen unter anderem die Vertragsgestaltung der verantwortlichen Praxiseinrichtung mit freiberuflichen Hebammen, die Umsetzung der Praxisanleitung und Praxisbegleitung sowie die Sicherstellung des Haftpflichtversicherungsschutzes.

In Bayern stimmte das Ministerium daher zu, dass WeHen innerhalb einer Übergangsfrist diese Einsätze auch bei Begleitbeleghebammen absolvieren können, um den Studienfortschritt durch fehlende berufspraktische Leistungen nicht zu gefährden.¹³⁸ Diese Lösung kann aber nicht allein bestehen, um die WeHen auch für die außerklinische Geburtshilfe zu qualifizieren.

Die Interviewpartner*innen beschreiben, dass sich WeHen häufiger für die außerklinische Berufstätigkeit entscheiden, wenn sie Vorbilder haben oder bereits in ihrer Ausbildung bzw. in ihrem Studium positive Erfahrungen mit der außerklinischen Geburtshilfe gemacht haben. Daher war ebenfalls von Interesse, wie außerklinische Geburtshilfe unter Einbeziehung der Kompetenzen der außerklinisch tätigen Hebammen unterrichtet werden könnte, ohne diese zu sehr an die Hochschulen zu binden und sie dadurch von der originären Hebammentätigkeit abzuhalten.

Hochschulen in Bayern sind somit gefordert, die außerklinische Geburtshilfe umfassend in den Curricula zu verankern. Wo hierfür derzeit noch nicht auf Hebammen als Lehrpersonen zurückgegriffen werden kann, die persönliche Erfahrung in der außerklinischen Geburtshilfe gemacht haben, können Brücken gebaut werden. Im Rahmen der Forschung konnten folgende Punkte ermittelt werden:

- Der Aufbau des theoretischen Unterrichts sollte zu gleichen Teilen klinisch und außerklinisch orientiert sein.
- Regelmäßige Übungseinheiten im SkillsLab und SimLab, die auf die außerklinische Betreuung und Geburtshilfe vorbereiten, sollten obligatorisch sein.
- Den Theorie-Praxis-Transfer anhand von erlebten Fallbeispielen gestalten: Diese können im Rahmen von Interviews mit außerklinisch tätigen Hebammen erfragt werden und im Simulationslabor nachgespielt oder anhand von Übungen in den Hörsälen und Seminarräumen für den theoretischen Unterricht verwendet werden.

138 Praxisanleitung Studiengang Hebammenkunde. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Schreiben G32c-G8571.88-2019/11-213 vom 3.12.2020.

- Nichtakademisierte Hebammen können mittels Gastvorträgen an Hochschulen eingebunden werden.
- Studierende sollten dabei unterstützt werden, berufspraktische Einsätze bei außerklinisch tätigen Hebammen zu absolvieren (auch bundes- und ländergrenzübergreifend).
- Außerklinische geburtshilfliche Einsätze könnten verkürzt, aber dafür mehreren Studierenden ermöglicht werden.
- Es sollte eine enge Verzahnung der Studierenden mit den außerklinisch tätigen Hebammen ermöglicht werden: zum Beispiel durch Back-Loops¹³⁹ nach Praxiseinsätzen, gemeinsame Forschungsprojekte oder durch Tandems, wenn Studierende wissenschaftliche Studien für außerklinisch tätige Hebammen aufbereiten und ihnen erklären, wie sich die Erkenntnisse in die Praxis umsetzen lassen.
- Zudem wurden auf Basis der Kenntnisse der Befragten erste Fallbeispiele für Übungen und Simulationen formuliert (siehe Anhang I).

Es hat sich gezeigt, dass, wann immer WeHen sich bereits im Rahmen des Studiums intensiv mit der außerklinischen Betreuung und Geburtshilfe befassen konnten, Ängste und Vorbehalte abgebaut werden konnten und Handlungsschemata, zum Beispiel auch für außerklinische Notfallsituationen, verinnerlicht wurden. Berufsanfänger*innen könnten so mit mehr Selbstsicherheit in die Berufspraxis gehen, ohne zunächst den Umweg über klinische Geburtshilfe nehmen zu müssen. Allerdings arbeiten Hebammen mit all ihren Sinnen. Während Stress auch durch Simulationen erzeugt werden kann, können die Wahrnehmung des leibphänomenologisch beschriebenen Bauchgefühls und der Aufbau von Kontaktwissen während realer Betreuungssituationen nur in der Berufspraxis erlebt werden. Die Sinne zu schulen und daran zu reifen, gelingt dem Erfahrungswissen der befragten Hebammen nach nur durch das Mit-der-Frau-Sein. Hierzu gehört auch das Erlernen des kontrollierten, abwartenden Managements von Geburten. Anamnestiche Befunde werden darüber hinaus, vor allem in der Hausgeburtshilfe, mit der Lebenswelt der Frau und ihrer Familie abgeglichen und in Einklang gebracht. Die befragten Hebammen empfehlen daher das außerklinisch erforderliche Hebammenhandwerk und den Aufbau von Kontaktwissen zunächst im Team zu trainieren.

Dennoch muss die hier vorliegende Arbeit kritisch hinterfragt werden. Sie rückt einen Untersuchungsgegenstand in den Vordergrund, der bisher noch nicht untersucht worden ist. Vergleichsdaten konnten daher nur bedingt herangezogen werden. Zudem ergaben sich Einschränkungen bei der Datenerhebung durch die Coronavirus-Pandemie. Durch die damit verbundene massive Erhöhung der Arbeitsbelastung der im Gesundheitswesen Beschäftigten und der erforderlichen Umstellung der Lehre auf Onlinekurse wurde die Daten-

139 Back-Loop: Feedbackgespräche.

erhebung deutlich eingeschränkt. Der Zeitraum für die Teilnahmeoption an der quantitativen Befragung im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde infolgedessen verkürzt, und es wurde davon abgesehen, einen Reminder zu senden. Zudem mussten Interviews, die in Präsenz geplant gewesen waren, telefonisch geführt werden. Dies wirkte sich einschränkend auf die Beziehungsebene in der Kommunikation aus.

Für die quantitative Datenerhebung wurden die Berufsfachschulen für Hebammen nicht von der Forscherin selbst, sondern über die Vorsitzende des BHLV angeschrieben. Die Forscherin versprach sich davon einen neutralen Zugang zum Forschungsfeld und zugleich eine Erhöhung der Teilnahme an der Befragung. Im Nachgang betrachtet, nahm dies der Forscherin aber auch die Möglichkeit, Zugriff auf den Verteiler zu haben; es ist daher nicht möglich nachzuprüfen, ob tatsächlich alle Hebammenschulen in Bayern angeschrieben wurden. Der Feldzugang in der qualitativen Forschung erfolgte auf Basis des Schneeballprinzips. Da es in Bayern derzeit nur rund einhundert außerklinisch tätige Hebammen gibt und diese untereinander gut vernetzt sind, hat sich dieses Prinzip für die Kontaktaufnahme bewährt. Allerdings wurde von einem emischen Standpunkt aus geforscht. Das bedeutet, dass die Forscherin eine *fachliche Brille* trug. Da die vorliegende Arbeit als Monographie verfasst wurde, sind die Ergebnisse auch ausschließlich unter Beachtung dieser Einschränkungen verwertbar. Die Arbeit dient der Beschreibung des Forschungsgegenstandes, nicht aber der Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

16 Ausblick

Historisch betrachtet hat das Hebammenwesen bereits mehrere Umbrüche erlebt. Um diese nachvollziehen zu können, müssen die Details betrachtet werden. Eine klare Umwälzung stellt aus berufssoziologischer Perspektive nun die Vollakademisierung dar, da sich dieser Umbruch nicht nur auf miteinander konkurrierende Gruppen fokussiert – vielmehr kann nun sukzessive der Professionalisierungsprozess abgeschlossen werden, da dieser eine eigene, tragfähige Wissenschaft auf Basis der Vollakademisierung voraussetzt. Die Etablierung der Hebammenwissenschaft innerhalb der letzten Dekaden trug zu den wesentlichen Veränderungen bei. Hebammen können nun erstmals, geschützt durch die gesetzlichen Vorgaben, nicht nur die physiologische Geburt, sondern auch die Qualifizierung von werdenden Hebammen auf Basis ihrer Erkenntnisse eigenständig leiten.

Hebammentätigkeit kann als Dienstleistung für die Gesellschaft verstanden werden. Die Entwicklungen im Hebammenwesen können nicht losgelöst von denen der Gesellschaft betrachtet werden, was zur wechselseitigen Beeinflussung führt und sich auf die Handlungsebene auswirkt.

Hebammengeleitete Geburtshilfe findet in Deutschland beinahe ausschließlich außerklinisch statt. Vor dem Hintergrund zunehmender geburts-
hilflicher Interventionen und insbesondere steigender Kaiserschnitttraten in den Kliniken wurde der politische Wille deutlich, die Physiologie des Familienbildungsprozesses mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zu stärken. Dies wurde auch in der Formulierung des neuen HebG sichtbar. Erkenntnisse aus der hebammengeleiteten Geburtshilfe (wie die Eins-zu-eins-Betreuung, oft von Beginn der Schwangerschaft an bis zum Ende des Abstillens) nehmen auf Basis hebammenwissenschaftlicher Forschung Einzug in aktuelle Leitlinien. Das impliziert, dass Aspekte aus der außerklinischen Geburtshilfe und der außerklinischen Hebammenarbeit auch auf die Geburtshilfe in den Kliniken übertragen werden können, wenn die Strukturen dies zulassen. Hebammengeleitete Kreißsäle oder Belegssysteme bieten sich hierfür als organisatorischer Rahmen an.

Dennoch ist die Selbstbestimmtheit der Frau ein Merkmal der außerklinischen Geburtshilfe, das im klinischen Kontext mit den hier vorherrschenden Standards nur bedingt umsetzbar ist. Dieser Wunsch nach Individualität in der Begleitung und Selbstbestimmung ist meist ausschlaggebend dafür, dass Frauen außerklinisch gebären möchten. In Bayern sind dies mehr Frauen, als es das Angebot ermöglicht. Dieses Angebot ist somit auch der limitierende

Faktor für WeHen für die berufspraktischen Einsätze bei freiberuflichen Hebammen.

Die Auflösung des Dilemmas kann daher in Bayern nur gelingen, wenn die Lehre an den Hochschulen entsprechend konzipiert wird und mittel- bis langfristig vermehrt außerklinische Betreuungsangebote für Frauen und somit Plätze für den berufspraktischen, außerklinischen Teil des Studiums zur Hebamme zur Verfügung stehen. Gesellschaftlich müssen hierfür die notwendigen Strukturen geschaffen werden, die auch eine enge Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog*innen erfordert, um das gegenseitige Verständnis für die jeweilige Perspektive zu fördern.

Der Prozess der Akademisierung sollte hinsichtlich der außerklinischen Geburtshilfe weiterhin interdisziplinär wissenschaftlich begleitet werden. Mit der vorliegenden Arbeit wurde für Bayern ein Anfang gemacht. Auf der Handlungsebene können die in dieser Arbeit beschriebenen Fallbeispiele als Szenarien aufbereitet werden und mit Studierenden (der Hebammenwissenschaft und auch der Gynäkologie) auf ihre Praktikabilität hin getestet und gegebenenfalls nachjustiert werden:

- In die Umsetzung der Szenarien können nach Möglichkeit ebenfalls außerklinisch tätige Hebammen einbezogen werden.
- Haben sich die Szenarien bewährt, können sie weiteren Hochschulen für den Theorie-Praxis-Transfer zur Verfügung gestellt werden.
- Der regionale Bezug kann umso besser ausgeweitet werden, je früher sich ein Pool aus Fallbeispielen bildet, der an verschiedenen Hochschulstandorten in Deutschland genutzt wird.

Derzeit bleibt abzuwarten, wie sich, in Abhängigkeit der sich stetig verändernden Rahmenbedingungen, die außerklinische Geburtshilfe in Bayern und somit auch das Hebammenwesen weiterentwickeln werden. Sicher ist jedoch, dass eine Fortentwicklung nur unter Einbeziehung der Bedarfe, des Wissens und der Kompetenzen der Gesamtheit aller in Bayern tätigen Hebammen gelingen kann.

Literatur

- ACOG 2014: Safe prevention of the primary cesarean delivery. No. 1. Obstetric Care Consensus, 123. Jg., 693–711.
- Adler, Alfred 1924: Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer. Munich, s.l.: J.F. Bergmann-Verlag.
- Agostini, Evi/Peterlini, Hans K./Schratz, Michael 2019: Pädagogik der Leiblichkeit? Phänomenologische und praxistheoretische Perspektiven auf leibliche Erfahrungsvollzüge in Schule und Unterricht. In Malte Brinkmann/Johannes Türistig/Martin Weber-Spanknebel (Hg.), Leib – Leiblichkeit – Embodiment. Pädagogische Perspektiven auf eine Phänomenologie des Leibes, 197–228.
- Ahrendt, Cordula 2020: Interprofessionelle Kommunikation. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 116–117.
- Albring, Christian 2019: Stellungnahme des BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung vom 20.03.2019, https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_qtDXv5DUqMJ:https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Hebammenreform/BVF_Refe_Hebammenreformgesetz_Stellungnahme.pdf+&cd=4&hl=de&ct=clnk&gl=de, letzter Aufruf 08. Januar 2021.
- Altgeld, Thomas/Kuhn, Andrea 2017: Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Berlin.
- Anthuber, Christoph (Hg.) 2012: Herausforderungen. 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde ; 2 Tabellen. Stuttgart: Thieme.
- Antonovsky, Aaron 1997: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag.
- Apgar, Virginia/Beck, Joan 1972: Is my baby all right? A guide to birth defects. New York: Trident Press.
- Applehans, Wayne/Globe, Alden/Laugero, Greg 1999: Managing knowledge. A practical web-based approach. New York: Addison-Wesley.
- Augstein, Rudolf 1984: Geburtshilfe: »Fahrerflucht im Kreißsaal«, <https://www.spiegel.de/wissenschaft/geburtshilfe-fahrerflucht-im-kreisssaal-a-95a6a292-0002-0001-0000-000013513537>, letzter Aufruf 25. April 2021.
- AWMF Dezember 2020: Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt, 015/079: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
- AWMF 22.12.2020: Vaginale Geburt am Termin, 015–083.
- Badke-Schaub, Petra 2012: Handeln in Gruppen. In Petra Badke-Schaub/Gesine Hofinger/Kristina Lauche (Hg.), Human Factors. Dordrecht: Springer, 121–139.
- Badke-Schaub, Petra/Hofinger, Gesine/Lauche, Kristina (Hg.) 2012a: Human Factors. Dordrecht: Springer.

- Badke-Schaub, Petra/Hofinger, Gesine/Lauche, Kristina 2012b: Human Factors. In Petra Badke-Schaub/Gesine Hofinger/Kristina Lauche (Hg.), Human Factors. Dordrecht: Springer, 3–18.
- Bamberg, Eva/Goerke, Panja/Matiaske, Wenzel/Fietze, Simon/Friedrich, Niklas/Keller, Monika/Soll, Henning/Vahle-Hinz, Tim/Detmers, Jan 2013: Rufbereitschaft. Verbreitung, Folgen und Handlungsmöglichkeiten. In Stephan Kaiser/Eva Bamberg/Rüdiger Klatt/Sonja Schmicker (Hg.), Arbeits- und Beschäftigungsformen im Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 165–197.
- Barsom, E. Z./Graafland, Maurits./Schijven, Marlies P. 2016: Systematic review on the effectiveness of augmented reality applications in medical training. *Surgical endoscopy*, 30. Jg., Heft 10, 4174–4183.
- Bauer, Nicola/Lippens, Frauke 2020a: Geburtshilfe in verschiedenen Settings. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 611–617.
- Bauer, Nicola/Sayn-Wittgenstein, Friederike z. (Hg.) 2007: Handbuch Hebammenkreißaal. Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Verb. Hebammenforschung.
- Bauer, Nicola H./Lippens, Frauke 2020b: Hausgeburt. Ausrüstung. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 614–615.
- Bauer, Nicola H./Lippens, Frauke 2020c: Hausgeburt. Vorbereitungen im Haus der Schwangeren. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 615–616.
- Bauer, Susanne 2020: Außerklinische Geburtshilfe, <https://www.mds-ev.de/themen-des-mds/weitere-themen/geburtshilfe.html>, letzter Aufruf 23. April 2021.
- Bauer, Susanne April 2020: Übersicht zu internationalen Kriterienkatalogen zur Entscheidung über eine außerklinische Geburt als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Überarbeitete Kriterien für die außerklinische Geburtshilfe zur Entscheidung über den Geburtsort. Essen/Berlin.
- Baumgarten, Katja 2019: Gesunde Geburtshilfe ist ein Frauenrecht. Interview mit Kirsten Kappert-Gonthier. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 71. Jg., Heft 11, 52–56.
- Baur, Nina/Besio, Cristina/Norkus, Maria/Petschik, Grit 2016: Der Makro-Meso-Mikro-Link in der Wissenschaft. In Nina Baur/Cristina Besio/Maria Norkus/Grit Petschick (Hg.), Wissen – Organisation – Forschungspraxis. Der Makro-Meso-Mikro-Link in der Wissenschaft. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 13–43.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2020: Die Krankenhausplanung in Bayern, <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/krankenhausplanung/>, letzter Aufruf 02. Januar 2021.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2021: Bayerischer Hebammenbonus. Unterstützung einer Tätigkeit in der Geburtshilfe, <https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/hebammenbonus/>, letzter Aufruf 12. Mai 2021.
- Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie 16. Juli 2019: 18. Raumordnungsbericht. Bayern 2013 – 2017. München.
- Bayerisches Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst 9. März 2020: Lehrauftrags- und Lehrvergütungsvorschriften für die staatlichen Hochschulen. (Lehrauftr./Lehrverg.-H. – LLHV).
- Beck, Henning 2020a: Das neue Lernen heißt Verstehen. Ullstein: Berlin.
- Beck, Ulrich 1996: Wissen oder Nicht-Wissen? Zwei Perspektiven „reflexiver Modernisierung“. In Ulrich Beck/Anthony Giddens/Scott Lash (Hg.), Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 289–315.

- Beck, Ulrich 2020b: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beckmann, Matthias W. 2015: Die vaginale Geburt am Termin. Angemeldetes Leitlinienvorhaben, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/1/015-083.html>, letzter Aufruf 22. Juni 2019.
- Behrmann, Irene 2011: Aufklärung mit „Nebenwirkungen“, DHZ-Aufklärungsbogen-Stellungnahme Behrmann www.greenbirth.de › images › pdf › zum_merkblatt_fu..., letzter Aufruf 26. Januar 2021.
- Behrmann, Irene/Müller-Markfort, Eva-Maria 2021: Was wir wollen, <https://www.greenbirth.de/de/greenbirth-e-v/satzung.html>, letzter Aufruf 18. Mai 2021.
- Bendix, Reinhard 1969: Modernisierung in internationaler Perspektive. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 505–512.
- Benesch, Michael/Raab-Steiner, Elisabeth 2018: Klinische Studien lesen und verstehen. Wien: Facultas.
- Berger, Peter L./Berger, Brigitte/Kellner, Hansfried 1987: Das Unbehagen in der Modernität. Frankfurt: Campus-Verl.
- Best, M./Neuhauser, D. 2006: Walter A Shewhart, 1924, and the Hawthorne factory. Quality & safety in health care, 15. Jg., Heft 2, 142–143.
- BfHD 2020: Hebammenwesen/Hebammenkunde studieren, <https://bfhd.de/ausbildung-zur-hebamme-entbindungspfleger/hebammenwesen-hebammenkunde-studieren>, letzter Aufruf 07. Januar 2021.
- BfHD 2021: Der BfHD stellt sich vor, <https://bfhd.de/der-bfhd-stellt-sich-vor>, letzter Aufruf 05. Januar 2021.
- Blume, Lorenz/Brenner, Thomas/Bünstorf, Guido/König, Johannes 2020: Räumliche Implikationen verstärkter Drittmittelorientierung in der Hochschulfinanzierung. Hannover: Verlag der ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung.
- BMBF/KMK 2013: Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten, https://www.kmk.org/.../2013/131202_DQR-Handbuch_M3_.pdf, letzter Aufruf 18. Mai 2021.
- BMBF/KMK 2021: Wie ist der DQR aufgebaut?, <https://www.dqr.de/content/2314.php>, letzter Aufruf 31. Januar 2021.
- Boehme-Neßler, Volker 2010: BilderRecht. Die Macht der Bilder und die Ohnmacht des Rechts ; wie die Dominanz der Bilder im Alltag das Recht verändert. Heidelberg: Springer.
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang 2014: Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhme, Gernot 1993: Alternativen der Wissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bölt, Ute 24.04.2018: 11 077 Hebammen und Entbindungspfleger leisteten 2016 Geburtshilfe in Krankenhäusern. Wiesbaden.
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola 1995: Forschungsmethoden und Evaluation. [für Sozialwissenschaftler] ; mit 60 Tabellen. Berlin: Springer.
- Bourdieu, Pierre 2018: Soziologische Fragen. Titel der Originalausgabe (1993): Questions de sociologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bovermann, Yvonne 2020: DHV: Gehören Hebammen mit Ausbildung zum alten Eisen? Das Hebammenreformgesetz und seine Auswirkungen in der Praxis. Hebammenforum: Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen, 21. Jg., Heft 10, 68–70.
- Braun, Helge 07.11.19: Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV). Anschreiben zur Verordnung. Drucksache.

- Brendel, Karin 2020a: Professionalisierung im Hebammenwesen. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 55–76.
- Brendel, Karin 2020b: Theoretische Fundierung der Hebammenarbeit. Was versteht man unter „Midwifery“? In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 92.
- Breuer, Franz/Muckel, Petra/Dieris, Barbara 2019: Der Werkzeugkasten der Reflexiven Grounded Theory. In Franz Breuer/Petra Muckel/Barbara Dieris (Hg.), Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 129–354.
- Brühl, Rolf 2017: Wie Wissenschaft Wissen schafft. Wissenschaftstheorie und -ethik für die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK/Lucius.
- Bryar, Rosamund/Sinclair, Marlene (Hg.) 1995: Theory for midwifery practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bryar, Rosamund M. 2003: Theorie und Hebammenpraxis. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Bublitz, Hannelore 2016: Geschlecht. In Hermann Korte/Bernhard Schäfers (Hg.), Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer VS, 101–126.
- Bucher, Michael 2017: Periduralanästhesie, <https://www.psychrembel.de/PeriduralanProzentC3ProzentA4sthesie/KOGLJ/doc/>, letzter Aufruf 13. Februar 2021.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2021: Fertilität. Fakten zu Geburtenziffern, <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fertilitaet/Geburtenziffern.html>, letzter Aufruf 16. Mai 2021.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung 2020: Die Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses 2000 – 2020. Nationaler Bericht von Kultusministerkonferenz und Bundesministerium für Bildung und Forschung, https://www.bmbf.de/files/BE_210304_Nationaler_Bericht_Bologna_2020_final.pdf, letzter Aufruf 18. Mai 2021.
- Bundesministerium für Gesundheit 2021: Hebammen. So unterstützen wir die wichtige Arbeit der Hebammen. Entlastung durch dauerhaften Sicherstellungszuschlag, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammen.html>, letzter Aufruf 24. Januar 2021.
- Bundesministeriums für Gesundheit 2019: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung. Hebammenreformgesetz – HebRefG. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Referentenentwurf_Hebammenreformgesetz_HebRefG.pdf, letzter Aufruf 14. April 2019.
- Bundesregierung 20.03.2019: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Hebammenreformgesetz – HebRefG.
- Büscher, Andreas/Sayn-Wittgenstein, Friederike z. (Hg.) 2015: Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. [Entwicklung – Konsentierung – Implementierung]. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Büthe, Kirstin 2020a: Lochiometra. In Kirstin Büthe/Cornelia Schwenger-Fink (Hg.), Evidenzbasierte Wochenbettpflege. Eine Arbeitshilfe für Hebammen im Praxisalltag, 36–37.
- Büthe, Kirstin 2020b: Schwangerenvorsorge. In Kirstin Büthe/Cornelia Schwenger-Fink (Hg.), Evidenzbasierte Schwangerenbetreuung und Schwangerschaftsvorsorge. Eine Arbeitshilfe für Hebammen im Praxisalltag, 20–109.
- Cadogan, Mary P./Franzi, Cheryl/Osterweil, Dan/Hill, Terry 1999: Barriers to effective communication in skilled nursing facilities. Differences in perception between nurses and physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47. Jg., Heft 1, 71–75.

- Christodoulou-Reichel, Christalla/Fischer, Mirjam/Hotz, Susanne/Meinefeld, Heike/Mora, Andrea/Nielsen, Renate/Scheurer, Corina 2018: *KreisSaal*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Cluett, Elizabeth R./Bluff, Rosalind 2004a: From practice to research. Types of knowledge. In Elizabeth R. Cluett/Rosalind Bluff (Hg.), *Principles and practice of research in midwifery*. London: Baillière Tindall, 13–15.
- Cluett, Elizabeth R./Bluff, Rosalind 2004b: Introduction. History of research in midwifery. In Elizabeth R. Cluett/Rosalind Bluff (Hg.), *Principles and practice of research in midwifery*. London: Baillière Tindall, 2–3.
- Cluett, Elizabeth R./Bluff, Rosalind (Hg.) 2004c: *Principles and practice of research in midwifery*. London: Baillière Tindall.
- Coleman, James S. 1991: *Grundlagen der Sozialtheorie*. Band 1: Handlungen und Handlungssysteme. München: Oldenbourg Verlag.
- Collins, Allan/Brown, Seely, John/Newman, Susan, E. Januar 1987: *Cognitive Apprenticeship: Teaching the Craft of Reading, Writing and Mathematics*. Technical Report No. 403.
- Collins, Justin W./Wiszc, Pawel 2020: Training in robotic surgery, replicating the airline industry. How far have we come? *World journal of urology*, 38. Jg., Heft 7, 1645–1651.
- Conrad, Peter/Sydow, Jörg 2011: *Organisation und Umwelt*. Wiesbaden: Gabler Verlag/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Criado-Perez, Caroline 2020: Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert.
- Dahrendorf, Ralf 1962: *Industrie- und Betriebssoziologie*: De Gruyter.
- Degele, Nina/Dries, Christian 2005: *Modernisierungstheorie. Eine Einführung*. München: Fink.
- DESTATIS 2019: *Krankenhausbündnisse in Deutschland*, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhausbundnisse-kaiserschnitt.html>, letzter Aufruf 06. April 2019.
- Deutsch, Karl H./Marek, Stephan 2012: *Münchener Hebammenbefragung*. 2011. im Auftrag des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München. München.
- Deutsche UNESCO-Kommission 2020: *Frauen in der Wissenschaft*, <https://www.unesco.de/wissen/wissenschaft/frauen-der-wissenschaft>, letzter Aufruf 09. Januar 2021.
- Deutscher Fachverband des Hebammenhandwerks e.V. 2021: Was ist die Traditionelle Hebammenkunst und wofür steht THK®? Die Traditionelle Hebammenkunst, <https://dfh-hebammen.de/fachliche-qualifikation/>, letzter Aufruf 27. April 2021.
- Deutscher Hebammenverband 2019a: *Allgemeines zur Ausbildung*, <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/ausbildung/>, letzter Aufruf 25. Juni 2019.
- Deutscher Hebammenverband 2019b: *Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung. Das Normale ist immer das Besondere*, 1–6.
- Deutscher Hebammenverband 2019c: *Geschichte des DHV*, <https://www.hebammenverband.de/verband/geschichte/>, letzter Aufruf 08. Juni 2019.
- Deutscher Hebammenverband 2019d: *Hebammenkreißsäle in Deutschland*, <https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreisssaale/>, letzter Aufruf 14. April 2019.
- Deutscher Hebammenverband 13.02.2019: *Geburtshäuser/Hebammengeleitete Einrichtungen (HgE)*, <https://www.hebammenverband.de/familie/geburtshauser/>, letzter Aufruf 27. April 2019.
- Deutsches Ärzteblatt 2001: *Geburtshilfe: Schluss mit der Technisierung*, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/27657/Geburtshilfe-Schluss-mit-der-Technisierung>, letzter Aufruf 06. April 2019.
- DFH 2020: *Über den Verband*, <https://dfh-hebammen.de/ueber-den-verband/>, letzter Aufruf 05. Januar 2021.

- DGGG u. DGHWi Januar 2021: Erste S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin veröffentlicht. Neue wissenschaftliche Handlungsempfehlung. Gemeinsame Pressemitteilung.
- DGHWi 2020a: Historie der DGHWi, <https://www.dghwi.de/ueber-die-dghwi/historie/>, letzter Aufruf 05. Januar 2021.
- DGHWi 2020b: Leitlinien, <https://www.dghwi.de/leitlinien/>, letzter Aufruf 05. Januar 2021.
- DGHWi 2021: Unser Leitbild, <https://www.dghwi.de/ueber-die-dghwi/leitbild/>, letzter Aufruf 06. Januar 2021.
- DHV 2014: Schwangerenvorsorge durch Hebammen. Stuttgart: Hippokrates-Verl.
- DHV 2017a: Eine Ethik für Hebammen. III. Hebammen und ihre berufliche Verantwortung, <https://www.hebammenverband.de/verband/ethik/#c10677>, letzter Aufruf 08. Mai 2021.
- DHV 2017b: Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen. 6/2017.
- DHV 2018: Das sind wir. Unsere Landesverbände, <https://www.hebammenverband.de/verband/struktur/landesverbaende/>, letzter Aufruf 05. Januar 2021.
- DHV 2019: Geschichte des DHV, <https://www.hebammenverband.de/verband/geschichte/>, letzter Aufruf 01. Mai 2021.
- DHV 2020a: Alles rund um Fortbildungen, <https://www.hebammenverband.de/fortbildung/>, letzter Aufruf 09. Januar 2021.
- DHV 2020b: Bayern, <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/studium/studienorte/bayern/>.
- DHV 2020c: Der Deutsche Hebammenverband e.V., <https://www.hebammenverband.de/verband/>, letzter Aufruf 05. Januar 2021.
- DHV 2020d: Eltern suchen vergeblich nach einer Hebamme! Sie sind schwanger oder haben geboren und haben keine Hebamme gefunden?, <https://www.bhiv.de/fuer-eltern/keine-hebamme-gefunden>, letzter Aufruf 09. Mai 2021.
- DHV 2021a: Das Studium, <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/studium/#c4529>, letzter Aufruf 13. Februar 2021.
- DHV 2021b: Die Akademisierung der Hebammenausbildung, <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/akademisierung/>, letzter Aufruf 02. Januar 2021.
- DHV 2021c: Hebammenkreißsäle in Deutschland, <https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreisssaale/>, letzter Aufruf 22. Februar 2021.
- Diabaté, Sabine 2014: Mütter heute: Leitbilder, Lebensrealitäten und Wünsche, <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/familienpolitik/191689/muetter-heute?p=all>, letzter Aufruf 06. Januar 2021.
- Dick Read, Grantly 1953: Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth. New York: Harper.
- DIPF (Hg.) 1999: Jahrbuch für Historische Bildungsforschung. Bad Heilbrunn.
- Dörpinghaus, Sabine 2013a: Dem Gespür auf der Spur. Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe. Freiburg im Breisgau: Verlag Karl Alber.
- Dörpinghaus, Sabine 2013b: Was Hebammen erspüren. Ein leiborientierter Ansatz in Theorie und Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Dossow, Vera von/Zwißler, Bernhard 2016: Empfehlung der DGAI zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR-Konzept. Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie : AINS, 51. Jg., Heft 2, 136–137.
- Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (Hg.) 2015: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag.
- Dreyer, Wilfried 2011: Perspektiven interkultureller Kompetenz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Duden, Barbara 2007: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Duden, Barbara/Vogeler, Kirsten 2016a: Das richtige Maß? Urteil gegen Hebamme und Ärztin rechtskräftig, <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/das-richtige-mass/>, letzter Aufruf 13. Mai 2021.
- Duden, Barbara/Vogeler, Kirsten 2016b: Was wirklich zählt, lässt sich nicht zählen. Deutsche Hebammenzeitschrift, Heft 1, 20–27.
- Duden, Barbara/Vogeler, Kirsten 2019: Wissenschaft oder erlebte Wirklichkeit? Deutsche Hebammenzeitschrift, Heft 11, 46–51.
- Dudenredaktion 2021a: Einzelwissenschaft, die, <https://www.duden.de/rechtschreibung/Einzelwissenschaft>, letzter Aufruf 22. Januar 2021.
- Dudenredaktion 2021b: Tradition, die, <https://www.duden.de/rechtschreibung/Tradition>, letzter Aufruf 23. Mai 2021.
- Dudenredaktion 2021c: Vertrauen, das. Duden online, <https://www.duden.de/rechtschreibung/Vertrauen>, letzter Aufruf 19. Januar 2021.
- Düring, Monika v./Gebhardt, Volker/Goldschmidt, Jürgen 1999: Encyclopaedia anatomica. A complete collection of anatomical waxes = vollständige Sammlung anatomischer Wachse = collection complète des cires anatomiques. Köln: Taschen.
- Durkheim, Émile 2016: Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Durkheim, Émile 2017: Der Selbstmord. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Egloff, Franziska/Ruckstuhl-Meier, Renate 2018: Die kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung hat ihren Preis – auch in der Stillzeit. Hebammenforum: Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen, 19. Jg., Heft 5, 509–515.
- Eickelpasch, Rolf 1999: Grundwissen Soziologie. Ausgangsfragen, Schlüsselthemen, Herausforderungen. Stuttgart, Düsseldorf, Leipzig: Ernst Klett Verlag.
- Eirich, Martina/Oblasser, Caroline 2009: Luxus Privatgeburt. Stolze Mütter über die Kunst des Gebärens in den eigenen vier Wänden ; eine fotografische Liebeserklärung an Hausgeburt und neue Weiblichkeit. Salzburg: ed. riedenburg.
- Elsholz, Uwe/Jaich, Roman/Neu, Ariane September 2018: Folgen der Akademisierung der Arbeitswelt. Wechselwirkungen von Arbeits- und Betriebsorganisation, betrieblichen Qualifizierungsstrategien und Veränderungen im Bildungssystem. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Elsner, Martin (Hg.) 2020: Berufliche Bildung im Öffentlichen Dienst – Zukunft aktiv gestalten. Dokumentation der Beiträge zum Entwicklungsprojekt. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Endacott, Ruth/Bogossian, Fiona E./Cooper, Simon J./Forbes, Helen/Kain, Victoria J./Young, Susan C./Porter, Joanne E. 2015: Leadership and teamwork in medical emergencies. Performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios. Journal of clinical nursing, 24. Jg., 1–2, 90–100.
- Endres, Alexandra 2018: Es gibt zu viele Kaiserschnitte. Geburt, <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-10/geburt-kaiserschnitt-studie>, letzter Aufruf 14. Juni 2019.
- Enkin, Murray/Stahl, Katja/Posch, Jutta/Groß, Mechthild 2006: Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen. Bern: Huber.
- Esser, Hartmut 1993: Soziologie. Allgemeine Grundlagen. Frankfurt/M.: Campus-Verl.
- Evers-Zimmer, Clara 2017: Traum oder Altraum? Deutsche Hebammenzeitschrift, 69. Jg., Heft 9, 16–19.

- Fichtner, Andreas 2013: Lernen für die Praxis: Das Skills-Lab. In Michael St. Pierre/Georg Breuer (Hg.), *Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 105–113.
- Fillenberg, Barbara/Wehrstedt, Christine 16.10.2019: Notfalltraining für klinische und außerklinische Geburtshilfe. Landestagung des BHLV in Ingolstadt.
- Filsinger, Barbara 2019: Oxytocin bei der Geburt – wann und wie viel? *Die Hebamme*, Heft 32, 14–22.
- Fischer, Joachim 2011: Gesellschaftskonstruktion durch Geburt – Gesellschaftskonstruktion der Geburt: Zur Theorietechnik einer Soziologie der Geburt. In Paula-Irene Villa/Stephan Moebius/Barbara Thiessen (Hg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH, 22–38.
- Flick, Uwe 1995: *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Foucault, Michel 1996: Die Politik der Gesundheit im 18. Jahrhundert. *Österreichische Gesellschaft für Geschichtswissenschaften: Kulturen der Krankheit*, 7. Jg., Heft 3, 311–326.
- Frank, Sybille/Schwenk, Jochen 2010: Turn over. Cultural Turns in der Soziologie ; Festschrift für Helmuth Berking. Frankfurt am Main: Campus-Verl.
- Freidson, Eliot/Rohde, Johann J./Schoene, Wolfgang (Hg.) 1979: *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Enke.
- Friedman, Emanuel A. 1972: An Objective Approach to the Diagnosis and Management of Abnormal Labor. The Problem of Concerning Criteria of Normality. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 48. Jg., Heft 6, 842–858.
- Garten, Ralf 2019: Verbund Hebammenforschung, <https://www.hebammenforschung.de/#c18461>, letzter Aufruf 20. Januar 2021.
- Gaskin, Ina M. 1983: *Praktische Hebammen. Handbuch d. natürl. Geburt*. Hamburg: Papyrus-Verl.
- Gaskin, Ina M. 1987: *Babies, breastfeeding, and bonding*. South Hadley, Mass.: Bergin & Garvey Publishers.
- Gaskin, Ina M. 2013: *Birth matters. Die Kraft der Geburt ; ein Hebammenmanifest*. Murnau: fidibus Verlag Christine Trompka.
- Gaumard 2021: NOELLE® S550.100.250 – Childbirth and Neonatal Resuscitation Patient Simulators with OMNI® 2, <https://www.gaumard.com/s550-100-omni2>, letzter Aufruf 02. Februar 2021.
- Gelbart, Nina R. 1998: *The king's midwife. A history and mystery of Madame du Coudray*. Berkeley, Calif: University of California Press.
- Giddens, Anthony 1997: *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Giddens, Anthony 2000: *Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis*. Basingstoke: Macmillan.
- Gigerenzer, Gerd 2013: *Risiko. Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: Bertelsmann.
- Gillesen, Andrea 26. Mai 2015: Was kostet uns der Kaiserschnitt? Eine Analyse zur mittelfristigen Kostenbewertung und möglichen volkswirtschaftlichen Auswirkung des gesellschaftlichen Trends einer steigenden Schnittentbindungsrate im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse. Masterthesis. Elmshorn.
- GKV-Spitzenverband 2021: Hebammen, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen/hebammen.jsp, letzter Aufruf 10. Januar 2021.
- Glinka, Hans-Jürgen 2003: *Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen*. Weinheim: Juventa-Verl.

- Goode, William J. 1972: Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. In Thomas Luckmann/Walter M. Sprondel (Hg.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 157–167.
- Grady, Janet L./Kehrer, Rosemary G./Trusty, Carole E./Entin, Eileen B./Entin, Elliot E./Brunye, Tad T. 2008: Learning nursing procedures. The influence of simulator fidelity and student gender on teaching effectiveness. *The Journal of nursing education*, 47. Jg., Heft 9, 403–408.
- Graf, Joachim/Zipfel, Stephan/Schönhardt, S./Wallwiener, D./Abele, H. 2020: The academization of midwifery. State-wide implementation of the new law governing the education of midwives (Hebammenreformgesetz) is leading to heterogeneous education. *GMS journal for medical education*, Doc37.
- Graf, Julia 18.10.2019: „Pionierinnen der Akademischen Hebammenausbildung“: Neuer Bachelorstudiengang startet an KSH München. Pressemitteilung Nr. 251.
- Greve, Jens/Schnabel, Annette/Schützeichel, Rainer (Hg.) 2009: *Das Mikro-Makro-Modell der soziologischen Erklärung. Zur Ontologie, Methodologie und Metatheorie eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Griehop, Melita/Tegethoff, Dorothea 2017: Wissen als innovative Kraft für die Hebammenarbeit. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 5. Jg., Heft 1, 31–33.
- Grimm, Jacob/Grimm, Wilhelm 2021: „hebamme, f.“, <https://www.woerterbuchnetz.de/DWB?lemid=H04529>, letzter Aufruf 21. März 2021.
- Groß, Mechthild 2020: *Hebammenwissenschaft*, <https://www.kleinefaecher.de/beitraege/blogbeitrag/hebammenwissenschaft.html>, letzter Aufruf 20. Januar 2021.
- Gross, Rainer 2012: Angst, Depression und die Verleugnung von Abhängigkeit. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 37. Jg., Heft 4, 439–453.
- Gubalke, Wolfgang 1985: *Die Hebamme im Wandel der Zeiten*. E. Beitr. zur Geschichte d. Hebammenwesens. Hannover: Staude.
- Habermas, Jürgen 2002: *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hacker, Winfried/Weth, Rüdiger 2012: Denken – Entscheiden – Handeln. In Petra Badke-Schaub/Gesine Hofinger/Kristina Lauche (Hg.), *Human Factors*. Dordrecht: Springer, 83–100.
- Hackstein, Achim/Hagemann, Vera/Kaufmann, Florentin v./Regener, Helge (Hg.) 2016: *Handbuch Simulation*. Edewecht: S+K Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH.
- Haider, Hilde 2021: *Lernkurve*, <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/lernkurve>, letzter Aufruf 09. Mai 2021.
- Harder, Ulrike (Hg.) 2015: *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Harder, Ulrike 2020a: Der Geburtsvorgang. Geburtsphasen und Geburtsdauer. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 490–491.
- Harder, Ulrike 2020b: Protrahierter Geburtsverlauf. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 634–636.
- Harder, Ulrike 2020c: Querlage, Schräglage. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 732–734.

- Harder, Ulrike 2020d: Weibliche Genitalorgane. Anteile des Uterus. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 226–227.
- Hariton, Eduardo/Locascio, Joseph J. 2018: Randomised controlled trials – the gold standard for effectiveness research. Study design: randomised controlled trials. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125. Jg., Heft 13, 1716.
- Harris, Marvin 1976: History and Significance of the Emic/Etic Distinction. *Annual Review of Anthropology*, Heft 5. New York, 329–350.
- Hauffe, Ulrike 2018: Auf Augenhöhe. Hebammenforum: Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen, 19. Jg., Heft 5, 489–494.
- Hauser, Regula 2020: Hebamme als Profession. Ethik und Moral. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 57–61.
- Hebammenverband Niedersachsen e.V. 2019: Endlich: Hebammenreformgesetz verabschiedet!, <https://hebammen-niedersachsen.de/endlich-hebammenreformgesetz-verabschiedet/>, letzter Aufruf 15. Mai 2021.
- Heeskens, Katrin/Hardegen, Christine 2018: Was kommt nach dem Bachelor? Oder, zu früh für Masterprogramme? In Anke Simon (Hg.), *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen*. Berlin: Springer, 46–58.
- Heinberg, Leslie J./Thompson, J. K. 1995: Body Image and Televised Images of Thinness and Attractiveness. A Controlled Laboratory Investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14. Jg., Heft 4, 325–338.
- Heinzl, Silke 2020: Wahl des Geburtsortes und Geburtsplan. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 321–322.
- Heit, Helmut 2007: Der Ursprungsmythos der Vernunft. Zur philosophiehistorischen Genealogie des griechischen Wunders. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Hildebrandt, Sven/Göbel, Esther 2018: Geburtshilfliche Notfälle. Vermeiden – erkennen – behandeln. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Hirschle, Jochen 2015: *Soziologische Methoden. Eine Einführung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Höfer, Silvia/Stiefel, Andrea 2020: Schwangerenvorsorge. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 291–296.
- Hogrebe, Wolfram 1996: Ahnung und Erkenntnis. Brouillon zu einer Theorie des natürlichen Erkennens. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hohm, Hans-Jürgen 2006: *Soziale Systeme, Kommunikation, Mensch. Eine Einführung in soziologische Systemtheorie*. Weinheim: Juventa Verl.
- Homer, Caroline/Leap, Nicky/Brodie, Pat 2019: Midwifery continuity of care.
- Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias 2013: *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. s.l.: Beltz Verlagsgruppe.
- Husserl, Edmund 2012: *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie*. Hamburg: Meiner.
- Hussy, Walter/Schreier, Margrit/Echterhoff, Gerald (Hg.) 2013: *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- ICM 2008: International Code of Ethics for Midwives. Core Document, <https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html>, letzter Aufruf 09. Januar 2021.

- ICM 2018: Who We Are, <https://www.internationalmidwives.org/about-us/international-confederation-of-midwives/>, letzter Aufruf 05. Januar 2021.
- ICM 2019: Essential Competencies for Midwifery Practice, <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>, letzter Aufruf 04. Februar 2021.
- Illich, Ivan/Lindquist, Nils T./Schwab, Johannes 1995: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München: Beck.
- Ingham, John M. 2000: Psychological anthropology reconsidered. Cambridge: Cambridge University Press.
- Iwen, Julia 2017: Geburtenreport. Eine Routinedatenanalyse zu Kaiserschnitt und Frühgeburt. Hamburg.
- Jacobi, Maria/Hausen, Anita 2020: New ways of german midwifery care – which concepts and models of care do already exist? Neue Strukturen in der Hebammenversorgung in Deutschland – welche Konzepte und Modelle existieren bereits? Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science), 08. Jg., Suppl. 1, 26–27.
- Jährling, Ulrike 2020: „Wenn Sie jetzt schon so schreien, wird das hier nichts“. Gewalt in der Geburtshilfe, https://www.deutschlandfunkkultur.de/gewalt-in-der-geburtshilfe-wenn-sie-jetzt-schon-so-schreien.976.de.html?dram:article_id=487999, letzter Aufruf 19. Januar 2020.
- Jantzen, Michael 2009: Transfer und Konservierung von Erfahrungswissen in Unternehmen. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Japp, Klaus P. 2000: Risiko. s.l.: transcript Verlag.
- Jeschke, Sabina/Vossen, René/Ihsen, Susanne/Borowski, Esther/Müller, Larissa/Jeanrenaud, Yves/Scheibl, Katharina 2013: Generation BeSt. Untersuchung von geschlechterneutralen und gendersensiblen Berufsstrategien. Untersuchung von geschlechterneutralen und gendersensiblen Berufsstrategien. Aachen.
- Jordan, Brigitte/Davis-Floyd, Robbie 1993: Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Prospect Heights, Ill: Waveland Press.
- Kahl, Cornelia 2013: Stand der Entwicklung der Hebammenwissenschaft. Beschreibung der Ist-Situation anhand der Diskursuntersuchung der Forschungslage. Dissertation. Vallendar.
- Kainer, Franz/Danzer, Kerstin/Landsleitner, Bernd/Schroth, Michael 2016: Formen des Team-Simulationstrainings in der Geburtshilfe. In Franz Kainer/Christoph Scholz (Hg.), Simulation in der Geburtshilfe. Berlin/Boston: De Gruyter, 71–82.
- Kainer, Franz/Scholz, Christoph 2016a: Simulation in der Geburtshilfe. In Franz Kainer/Christoph Scholz (Hg.), Simulation in der Geburtshilfe. Berlin/Boston: De Gruyter, 1–3.
- Kainer, Franz/Scholz, Christoph (Hg.) 2016b: Simulation in der Geburtshilfe. Berlin/Boston: De Gruyter.
- Kaisenberg, Constantin v. 2018: Praktisches Geburtshilfliches multi-professionelles Training Kurs-Handbuch. The PROMPT course manual, German language ; practical obstetric multi-professional training. Cambridge: Cambridge University Press.
- Katholische Bibelanstalt (Hg.) 1999: Die Bibel. Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift ; Gesamtausgabe ; Psalmen und Neues Testament ; ökumenischer Text. Stuttgart: Verl. Kath. Bibelwerk.
- Kehrbach, Antje 2016: Kaiserschnitt rate sinkt: „Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt“ vermeldet ersten Erfolg. Kaiserschnitt rate sinkt: „Bremer Bündnis zur Unterstützung der natürlichen Geburt“ vermeldet ersten Erfolg, <https://www.senatspressestelle.bremen.de/detail.php?gsid=bremen146.c.174637.de&asl=bremen02.c.732.de>, letzter Aufruf 11. April 2019.

- Keller, Reiner 2011: Wissenssoziologische Diskursanalyse. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Khella, Karam 1981: Einführung in die Psychologie. Hamburg: Theorie u. Praxis Verl.
- Kickbusch, Ilona 1999: Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In Heinz Häfner (Hg.), *Gesundheit – unser höchstes Gut?* Berlin, Heidelberg: Springer, 275–286.
- Kirkham, Mavis 1989: Midwives and information-giving during labour. In Sarah Robinson/Ann M. Thomson (Hg.), *Midwives, research and childbirth*. London: Chapman and Hall, 117–138.
- Kitzinger, Sheila 1971: *Giving Birth: the parents' emotions in childbirth*. London: Victor Gollancz Ltd.
- Kitzinger, Sheila 1979: *The good birth guide*. London: Croom Helm.
- Kitzinger, Sheila 1982: *Birth over thirty*. London: Sheldon Press.
- Kitzinger, Sheila 2002: *The complete book of pregnancy and childbirth*. New York: A.A. Knopf; Distributed by Random House.
- Kitzinger, Sheila/Nilsson, Lennart 1986: *Being born*. New York: Grosset & Dunlap.
- Knappe, Nina/Bauer, Nicola 2017: Zur Reform der Berufsgesetze und zur Arbeit des Pädagogischen Fachbeirates des Deutschen Hebammenverbandes e.V. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 05. Jg., Heft 01, 7–8.
- Knaup, Anja Juli 2017: *Akademisierung? Ein Vergleich*. Bochum.
- Knoblauch, Hubert 2014: *Wissenssoziologie*. Konstanz, Stuttgart: UVK-Verl.-Ges; UTB.
- Knorr Cetina, Karin 2002: *Wissenskulturen. Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kochs, Eberhard/Boemke, Willehad/Adams, Hans A. (Hg.) 2008: *Anästhesiologie*. 316 Tabellen. Stuttgart: Thieme.
- Kohn, Linda T./Corrigan, Janet/Donaldson, Molla S. 2000: *To err is human. Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kolip, Petra (Hg.) 2000: *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim: Juventa-Verl.
- Korzilius, Heike 2019: *Frauen im Gesundheitswesen fordern Parität in Gremien der Selbstverwaltung*, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101257/Frauen-im-Gesundheitswesen-fordern-Paritaet-in-Gremien-der-Selbstverwaltung>, letzter Aufruf 11. April 2019.
- Kraienhemke, Monika 2020: *Berufliche Identität von Hebammen – Teil II: Einflussfaktoren und Perspektive der Akademisierung*. *Hebammenforum: Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen*, 21. Jg., Heft 8, 38–42.
- Krampe, Eva-Maria 2013: *rankenpflege im Professionalisierungsprozess. Entfeminisierung durch Akademisierung?* *Die Hochschule: Journal für Wissenschaft und Bildung*, 22. Jg., Heft 1, 43–56.
- Krause, Johannes 2018: *Schönheitshandeln. Der Einfluss des Habitus auf die Bearbeitung des Körpers*. Wiesbaden: Springer VS.
- Krause, Michael 2000: *Die Sectio caesarea – Indikationen, Morbidität und Mortalität*. *Hebamme*, Heft 13, 76–81.
- Krauspenhaar, Denize/Erdmann, Daniela 2019: *Qualität! – QM in der Hebammenarbeit*. Hannover: Elwin Staude Verlag GmbH.
- Kucera, Teresa 2001: *Feministische Theorie. Entstehungshintergrund in Europa*. In Rudolf Richter (Hg.), *Soziologische Paradigmen. Eine Einführung in klassische und moderne Konzepte*. Wien: WUV-Univ.-Verl., 229–231.
- Kuckartz, Udo 2014: *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz, Udo 2018: *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

- Kuhn, Thomas S. 1978: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Labouvie, Eva 1998: Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt. Zugl.: Saarbrücken, Univ., Habil.-Schr. Köln: Böhlau.
- Laerdal 2021: MamaBirthie. Birthing Simulator and Skills Trainer, <https://cdn0.laerdal.com/cdn-4ab66f/globalassets/lgh/products/downloadable-material/newest-downloads-by-product/mamabirthie/mamabirthiebrochure.pdf>, letzter Aufruf 02. Februar 2021.
- Lamnek, Siegfried/Krell, Claudia 2016: Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien. Weinheim, Basel: Beltz.
- Landesamt für Soziales und Versorgung 2021: Merkblatt Praxisgründungsförderung. Zur Gewährung von Zuwendungen des auf Grundlage der Hebammenförderrichtlinie des MSGIV Brandenburg im Rahmen Hebammenaktionsplanes, https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tlinJfGfYE0J:https://lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/01.03.2021_Merkblatt_Praxisgr%20Prozent25C3%20Prozent25BCndungsf%20Prozent25C3%20Prozent25B6rdung.pdf+%&cd=9&hl=de&ct=clnk&gl=de, letzter Aufruf 12. Mai 2021.
- Lasch, Lidia/Fillenberg, Sabine 2017: Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg.
- Laß, Christine/Becker, Juliette 2019: Modell für eine kooperative Schwangerenvorsorge von Ärztin und Hebamme. Hebamme, 32. Jg., Heft 02, 44–50.
- Laux, Bernhard 2008: Gesundheitsverständnisse, Allokationsfragen und Gerechtigkeitsaspekte. Zwischen Würde und Preis. In Thorsten Kingreen/Bernhard Laux (Hg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 3–24.
- Leboyer, Frédéric 1980: Weg des Lichts. Yoga für Schwangere. München.
- Leboyer, Frédéric 1998: Geburt ohne Gewalt. München: Kösel.
- Leboyer, Frédéric 2006: Atmen, singen, gebären. Mit CD. Düsseldorf: Walter.
- Leboyer, Frédéric 2008: Das Fest der Geburt. München: Kösel.
- Leboyer, Frédéric/Olvedi, Ulli 2018: Sanfte Hände. Die traditionelle Kunst der indischen Baby-Massage. München: Kösel.
- Leboyer, Frédéric/Ostertag, Silvia 1983: Die Kunst zu atmen. München: Kösel.
- Légaré, France/Adekpedjou, Rhéda/Stacey, Dawn/Turcotte, Stéphane/Kryworuchko, Jennifer/Graham, Ian D./Lyddiatt, Anne/Politi, Mary C./Thomson, Richard/Elwyn, Glyn/Donner-Banzhoff, Norbert 2018: Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. The Cochrane database of systematic reviews, 7. Jg., CD006732.
- Leitert, J./Yokota, E./Seeger, S. 2016: Lungenembolie in der Schwangerschaft – Eine tickende Bombe, die versierte Diagnostik und schnelles Handeln bedarf. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 76. Jg., Heft 05.
- Lepenes, Wolf (Hg.) 1990: Jahrbuch 1988/89. Wissenschaftskolleg zu Berlin. Institute for Advanced Study. Berlin: Nicolaische Verlagsbuchhandlung Beuermann GmbH.
- Lettau, Antje/Breuer, Franz 2007: Forscher/innen-Reflexivität und qualitative sozialwissenschaftliche Methodik in der Psychologie. Journal für Psychologie, Heft 15.
- Lohmeier, Christine 2018: Zwischen „gone native“ und „eine von uns“: Reflexionen zu ethischer und emischer Positionierung zum Forschungsfeld. In: Scheu, Andreas M. (Hrsg.). In Andreas M. Scheu (Hg.), Auswertung qualitativer Daten. Strategien, Verfahren und Methoden der Interpretation nicht-standardisierter Daten in der Kommunikationswissenschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 29–39.
- Lothrop, Hannah/Krauss, Susanne 2016: Das Stillbuch. München: Kösel.
- Lothrop, Hanny 1978: Muß das Leben im Kreißsaal beginnen? Psychologie Heute, Heft 3.

- Loytved, Christine 2004: Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive. Die Hebamme, 17. Jg., 18–21.
- Loytved, Christine 2020: Qualitätsbericht 2019. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Auerbach/Vogtl.: Wissenschaftliche Scripten.
- Loytved, Christine/Wenzlaff, Paul/Wiemer, Anke (Hg.) 2007: Außerklinische Geburt in Deutschland. German out-of-hospital birth study 2000 – 2004. Bern: Huber.
- Luckmann, Thomas/Sprondel, Walter M. (Hg.) 1972: Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Luhmann, Niklas 1984: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas 1992: Beobachtungen der Moderne. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, Niklas 2003: Soziologie des Risikos. Berlin: De Gruyter.
- Luhmann, Niklas 2008: Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas 2014: Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Konstanz, Stuttgart: UVK-Verl.-Ges; UTB.
- Luhmann, Niklas 2017: Systemtheorie der Gesellschaft. Berlin: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas 2019: Schriften zur Organisation. Theorie organisierter Sozialsysteme. Heidelberg: Springer.
- Lukat, Anja 2008: Der Einsatz von Simulationspatienten in der Pflegeausbildung. In Annette Nauerth (Hg.), Entwicklung diagnostischer Kompetenzen in Gesundheitsfachberufen. Bericht. Bielefeld, 44–61.
- Macke, Gerd/Hanke, Ulrike/Viehmann-Schweizer, Pauline/Raether, Wulf 2016: Kompetenzorientierte Hochschuldidaktik. Lehren – vortragen – prüfen – beraten. Mit überarbeiteter Methodensammlung „Besser lehren“, auch als Download. Weinheim: Beltz.
- Makowsky, Katja/Schücking, Beate (Hg.) 2013: Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Weinheim: Beltz Juventa.
- Mändle, C./Opitz-Kreuter, S. 2014: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe: Schattauer GmbH.
- Mannheim, Karl 1932: Gegenwartsaufgaben der Soziologie: ihre Lehrgestalt. Tübingen: Mohr.
- Mannheim, Karl 1984a: Die allgemeinen Probleme. Das Irrationale und die gesellschaftliche Opposition. In Karl Mannheim/David Kettler/Volker Meja/Nico Stehr (Hg.), Konservatismus. Ein Beitrag zur Soziologie des Wissens. Zugl.: Heidelberg, Univ., Habil.-Schr., 1925 u.d.T.: Mannheim, Karl: Altkonservatismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 83–91.
- Mannheim, Karl 1984b: Konservatismus. Ein Beitrag zur Soziologie des Wissens. Zugl.: Heidelberg, Univ., Habil.-Schr., 1925 u.d.T.: Mannheim, Karl: Altkonservatismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mannheim, Karl 2019: Schriften zur Soziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Marthaler, Florian 2013: Mensch, Masse und Technik. Eine literatursoziologische Betrachtung der Industrialisierung. Hamburg: Diplomica Verl.
- Martin, Emily/Möller-Falkenberg, Walmot 1989: Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Frankfurt am Main: Campus-Verl.
- Martius, Gerhard/Heidenreich, Wolfgang (Hg.) 1995: Hebammenlehrbuch. 416 teils farbige Abbildungen 83 Tabellen. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Matzke, Ursula 2018: Personalgewinnung und -bindung im Wandel. In Anke Simon (Hg.), Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen. Berlin: Springer, 116–135.

- Maurer, Franziska/Duden, Barbara 2017: Fehlgeburt. Die Physiologie kennen, professionell handeln. Hannover: Elwin Staude Verlag.
- MAXQDA 2021: Einführung, <https://www.maxqda.de/hilfe-mx20/schnelleinstieg/einfuehrung>, letzter Aufruf 28. Februar 2021.
- Mayring, Philipp 2010: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. s.l.: Beltz Verlagsgruppe.
- Mayring, Philipp 2015: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp 2016: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Basel: Beltz.
- McGuirk, James/Buck, Marc F. 2019: Leibliche (Lern-)Erfahrung qua Augmented Reality. In Malte Brinkmann/Johannes Türistig/Martin Weber-Spanknebel (Hg.), Leib – Leiblichkeit – Embodiment. Pädagogische Perspektiven auf eine Phänomenologie des Leibes, 405–423.
- McLelland, Gayle/Perera, Chantal/Morphet, Julia/McKenna, Lisa/Hall, Helen/Williams, Brett/Cant, Robyn/Stow, Jill 2017: Interprofessional simulation of birth in a non-maternity setting for pre-professional students. *Nurse education today*, 58. Jg., 25–31.
- McMaster University 2015: Education Methods. Problem Based Learning (PBL), <https://md-program.mcmaster.ca/md-program/overview/pbl---problem-based-learning>.
- Meggle, Georg (Hg.) 2016: Handlung, Kommunikation, Bedeutung. Mit einem Anhang zur Taschenbuchausgabe 1993. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Menninghaus, Winfried 2007: Das Versprechen der Schönheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Metz-Becker, Marita 2011: Akademische Geburtshilfe und ihre Folgen am Beispiel des Marburger Accouchierinstituts. In Paula-Irene Villa/Stephan Moebius/Barbara Thiessen (Hg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH, 227–238.
- Meyer, Oliver 2013: Simulators don't teach – Lernprozesse und Simulation. In Michael St. Pierre/Georg Breuer (Hg.), *Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 56–70.
- Milenović-Richardt, Ina/Roth, Susanna/Edlinger, Susanne Mai 1998: Hausgeburten – eine Alternative zur Klinikgeburtshilfe. Eine Untersuchung bayerischer Hausgeburten aus den Jahren 1989 bis 1995. München.
- Misoch, Sabina 2019: Qualitative Interviews.
- Mole, Lesley J./McLafferty, Isabella H.R. 2004: Evaluating a simulated ward exercise for third year student nurses. *Nurse Education in Practice*, 4. Jg., Heft 2, 91–99.
- Mould, Jonathan/White, Haidee/Gallagher, Robyn 2011: Evaluation of a critical care simulation series for undergraduate nursing students. *Contemporary nurse*, 38. Jg., 1–2, 180–190.
- Muckel, Petra/Grubitzsch, Siegfried 1993: Untersuchungen zum Begriff der „Lebenswelt“. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 17(3/4), 119–139.
- Muijsers, Patrick/Herrmann, Michael 1997: Fertigkeitenunterricht für Pflege- und Gesundheitsberufe. Das „Skillslab“-Modell. Berlin: Ullstein Mosby.
- Mukerji, Nikil/Mannino, Adriano 2020: Covid-19: was in der Krise zählt. Über Philosophie in Echtzeit.
- Mulke, Wolfgang 2019: Zu viele Kaiserschnitte in Deutschland – dabei sind sie oft nicht nötig. Gefährlicher Trend, https://www.nw.de/nachrichten/gesundheit/22466852_Zu-viele-Kaiserschnitte-bei-den-Geburten-in-Deutschland.html, letzter Aufruf 14. Juni 2019.
- Mundlos, Christina 2015: Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal. Marburg: Tectum.
- Nauerth, Annette 2008: Entwicklung diagnostischer Kompetenzen in Gesundheitsfachberufen. Bericht. Bielefeld.

- Nave-Herz, Rosemarie/Onnen, Corinna/Oßwald, Ursula 1996: Die hochtechnisierte Reproduktionsmedizin. Strukturelle Ursachen ihrer Verbreitung und Anwendungsinteressen der beteiligten Akteure. Bielefeld: Kleine.
- Netzwerk der Geburtshäuser 2021a: Geburtshaus gründen, <https://www.netzwerk-geburtshaeuser.de/geburtshaus-gruenden/>, letzter Aufruf 08. Mai 2021.
- Netzwerk der Geburtshäuser 2021b: Wer wir sind, <https://www.netzwerk-geburtshaeuser.de/ueber-uns/>, letzter Aufruf 06. Januar 2021.
- Neusser, S./Mieth, I./Schneider, A./Baumann, N./Bitzer, E. M. 2012: Die Mutterschaftsrichtlinien als Früherkennungsprogramm. Eine evidenzbasierte Bewertung der Untersuchungen. *Das Gesundheitswesen*, 74. Jg., 08/09.
- North, Klaus 2005: Wissensorientierte Unternehmensführung. Wertschöpfung durch Wissen. Wiesbaden: Gabler.
- Nüllen, Helmut/Noppeney, Thomas 2007: Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS ; mit 4 Tabellen. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Oblasser, Caroline/Ebner, Ulrike/Wesp, Gudrun 2007: Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotoalbum, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Salzburg: ed. riedenburg.
- Odent, Michel 1994a: Birth reborn. Medford, N.J.: Birth Works Press.
- Odent, Michel 1994b: Geburt und Stillen. Über die Natur elementarer Erfahrungen. München: C.H. Beck.
- Odent, Michel 2004: The caesarean. London: Free Association Books.
- Onnen, Corinna 2014: Das bürgerliche Familienideal, die Rolle der erwerbstätigen Mutter und die Autonomie des Einzelnen. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 37. Jg., Heft 1, 18–29.
- Onnen, Corinna 2016: Die Metapher der „Neuen Väter“. Eine Annäherung an widersprüchliche Rollenbilder. In Matthias Junge (Hg.), *Metaphern soziologischer Zeitdiagnosen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 63–78.
- Onnen, Corinna/Stein-Redent, Rita 2017: Neues (?) aus der Familiensoziologie. *Soziologische Revue*, 40. Jg., Heft 2, 196–209.
- Onnen-Isemann, Corinna 2000: Wenn der Familienbildungsprozess stockt ... Eine empirische Studie über Stress und Coping-Strategien reproduktions-medizinisch behandelter Partner. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Orlikowski, Anna 2019: Leib als Ausdruck oder der performative Charakter der leiblichen Existenz. Merleau-Ponty und Butler. In Malte Brinkmann/Johannes Türistig/Martin Weber-Spanknebel (Hg.), *Leib – Leiblichkeit – Embodiment. Pädagogische Perspektiven auf eine Phänomenologie des Leibes*, 123–138.
- Osterloh, Falk 26. Juni 2019: Gynäkologen und Hebammen uneinig über Akademisierung von Hebammen, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104125/Gynaekologen-und-Hebammen-uneinig-ueber-Akademisierung-von-Hebammen>, letzter Aufruf 02. Januar 2021.
- Pateisky, Norbert 2016: Strategien zur Bewältigung von Notfällen im Kreißaal – Nicht-technische Fertigkeiten in der Geburtshilfe. In Franz Kainer/Christoph Scholz (Hg.), *Simulation in der Geburtshilfe*. Berlin/Boston: De Gruyter, 31–35.
- Pauls, Rachel N./Occhino, John A./Dryfhout, Vicki L. 2008: Effects of pregnancy on female sexual function and body image. A prospective study. *The journal of sexual medicine*, 5. Jg., Heft 8, 1915–1922.
- Pehlke-Milde, Jessica 2008: Erste Schritte hin zur Akademisierung? *Deutsche Hebammenzeitschrift*, Heft 4, 26–29.
- Petersen, Eiko-E. 2011: Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe. Lehrbuch und Atlas. s.l.: Georg Thieme Verlag KG.

- Pfadenhauer, Michaela/Sander, Tobias 2010: Professionssoziologie. In Georg Kneer/Markus Schroer (Hg.), *Handbuch Spezielle Soziologien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, 361–378.
- Pike, Kenneth L. 2015: *Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*. Berlin, Boston: De Gruyter Mouton.
- Polanyi, Michael 1985: *Implizites Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Popper, Karl R. 2009: *Vermutungen und Widerlegungen. Das Wachstum der wissenschaftlichen Erkenntnis*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Prahn, Heyo/Nave-Herz, Rosemarie (Hg.) 2012: *Hermine Heusler-Edenhuizen. Die erste deutsche Frauenärztin ; Lebenserinnerungen im Kampf um den ärztlichen Beruf der Frau*. Opladen: Budrich.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika 2014: *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Pulz, Waltraud 1994: „Nicht alles nach der Gelahrten Sinn geschrieben“. *Das Hebammenanleitungsbuch von Justina Siegemund ; zur Rekonstruktion geburtshilflichen Überlieferungswissens frühneuzeitlicher Hebammen und seiner Bedeutung bei der Herausbildung der modernen Geburtshilfe*. Zugl.: München, Univ., Diss., 1992. München: Münchner Vereinigung für Volkskunde.
- QUAG 2019: *Historie*, <http://www.quag.de/quag/historie.htm>, letzter Aufruf 06. April 2019.
- QUAG 2020: *Willkommen! Wer uns noch nicht kennt.*, <https://www.quag.de/>, letzter Aufruf 06. Januar 2020.
- QUAG e.V. 2021: *Verteilung außerkl. Geburten in der BRD nach PLZ*, <https://www.quag.de/quag/geburtenregional.htm>.
- Rall, Marcus 2013a: *Human Factors und CRM: Eine Einführung*. In Michael St. Pierre/Georg Breuer (Hg.), *Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 135–152.
- Rall, Marcus 2013b: *Mobile »in-situ«-Simulation – »Train where you work«*. In Michael St. Pierre/Georg Breuer (Hg.), *Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 193–207.
- Ramsayer, Beate 2019: *wissen, entscheiden, verstehen. Die normale Geburt. Eltern, 3. Jg.* Hannover: Elwin Staude Verlag GmbH, 1–8.
- Ramsayer, Beate 2020: *Die physiologische Geburt*. Hannover: Staude.
- Ramsayer, Beate/Groß, Mechthild M. G./Fleming, Valerie 2008: *Fernstudium in Midwifery. Deutsche Hebammenzeitschrift, Heft 4*, 30–33.
- Rath, Werner H./Hoferr, Stefan/Sinicina, Inga 2014: *Amniotic fluid embolism. An interdisciplinary challenge: epidemiology, diagnosis and treatment*. *Deutsches Arzteblatt international*, 111. Jg., Heft 8, 126–132.
- Reckwitz, Andreas 2021: *Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne*.
- Reichmann, Werner/Knorr Cetina, Karin 2016: *Makro-Perspektiven auf Wissenschaft*. In Nina Baur/Cristina Besio/Maria Norkus/Grit Petschick (Hg.), *Wissen – Organisation – Forschungspraxis. Der Makro-Meso-Mikro-Link in der Wissenschaft*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 46–70.
- Renfrew, Mary J./Burns, Ethel/Gross, Mechthild M./Symon, Andrew 2015: *Pathways to strengthening midwifery in Europe*. *Entre Nous*, 81. Jg., 12–15.
- Renkl, Alexander 1997: *Lernen durch Lehren. Zentrale Wirkmechanismen beim kooperativen Lernen*. Wiesbaden, s.l.: Deutscher Universitätsverlag.
- Riviere, P. G. 1974: *The Couvade. A Problem Reborn*. *Man*, 9. Jg., Heft 3, 423.

- Robbins, Rick A. 2012: Profiles in Medical Courage: Evidence-Based Medicine and Archie Cochrane. *Southwest Journal of Pulmonary and Critical Care*, Heft 5, 65–73.
- Rockenschaub, Alfred 2001: Gebären ohne Aberglaube. *Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst*. Wien: Facultas.
- Röder, Matthias 2018: Ignaz Semmelweis – der verkannte Retter. Vater der Handdesinfektion, <https://www.aerztezeitung.de/Panorama/Ignaz-Semmelweis-der-verkannte-Retter-231199.html>, letzter Aufruf 20. Januar 2021.
- Romero, Roberto 2016: A profile of Emanuel A. Friedman, MD, DMedSci. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215. Jg., Heft 4, 413–414.
- Rose, Lotte/Schmied-Knittel, Ina 2011: Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In Paula-Irene Villa/Stephan Moebius/Barbara Thiessen (Hg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH, 75–100.
- Rosenberg, K. R./Trevathan, W. R. 2001: The evolution of human birth. *Scientific American*, 285. Jg., Heft 5, 72–77.
- Rosenberger, Christl/Stiefel, Andrea 2020: Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schmerzerleichterung. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 596–601.
- Rößlin, Eucharius 1982: *Der schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten*. Hannover.
- Rößlin, Eucharius 1994: *Der swangern Frauen vnd Hebamen Rosgarten*. Wutöschingen-Horheim: Antiqua-Verl.
- Ruf, Jacob/Koelbing, Huldrych M. 1981: *Ein schoen lustig Trostbuechle von den Empfengknussen vnd [und] Geburten der Menschen*. Dietikon/Zürich: Verl. Bibliophile Drucke Stocker.
- Rüschemeyer, Dietrich 1972: Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zur Theorie der Professionen. In Thomas Luckmann/Walter M. Sprondel (Hg.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 168–181.
- Sachs, Albert 1834: *Medicinische Denkwürdigkeiten aus der Vergangenheit und Gegenwart. Für praktische Ärzte in monatlichen Lieferungen*. Berlin: August Hirschwald.
- Sack, Andrea 1993: *Verlauf von 855 Hausgeburten im Münchner Raum von 1981 bis 1987*. Dissertation. München.
- Sander, Monika/Albrecht, Martin/Loos, Stefan/Stengel, Verena 2018: *Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern*. Studie für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Berlin.
- Sapolsky, Robert M. 2017: *Gewalt und Mitgefühl. Die Biologie des menschlichen Verhaltens*. München: Carl Hanser Verlag.
- Sayn-Wittgenstein, Friedrike z. (Hg.) 2007: *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland ; [Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit]*. Bern: Huber.
- Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hg.) 2011: *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa-Verl.
- Schäfers, Reinhild 2020: Hebamme als Profession. Hebammenforschung und Hebammenwissenschaft. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 61–65.
- Scharl, Anton/Albring, Christian 22.03.2019: *BMG-Gesetzentwurf verschärft Hebammenmangel in den Kreißsälen German Board and College of Obstetrics and Gynecology. Frauenärzte warnen vor fehlerhafter und folgenschwerer Umsetzung der EU-Richtlinie*. Berlin.

- Schaub, Harald 2012: Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und »Situation Awareness. (SA). In Petra Badke-Schaub/Gesine Hofinger/Kristina Lauche (Hg.), *Human Factors*. Dordrecht: Springer, 63–81.
- Scheede, Alessandra M. 2020: Macht und Ohnmacht. Gewalt unter der Geburt. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 72. Jg., Heft 9, 60–66.
- Scheler, Carrie 2010: Der Kaiserschnitt im Wandel – von der Notoperation zum Wunscheingriff. Halle (Saale): Martin-Luther-Univ. Halle-Wittenberg Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht.
- Scherzer, Ricarda 1988: Hebammen. Weise Frauen oder Technikerinnen? ; zum Wandel eines Berufsbildes. Zugl.: Frankfurt am Main, Univ., Magisterarbeit, 1988. Frankfurt am Main: Inst. für Kulturanthropologie und Europ. Ethnologie.
- Schindler, Ehrenfried 2021: Medizinischer Notfall, <https://www.psychyrembel.de/Medizinischer-Prozent20Notfall/K0FF1>, letzter Aufruf 06. Februar 2021.
- Schlegel, Claudia/Siefers, Martin/Engels, Marion/Beatty, Ingeborg/Delic, Sinisa 2019: Vorbilder in der Pflege. Eine monokulturelle Angelegenheit? *PADUA*, 14. Jg., Heft 1, 61–63.
- Schmid, Sarah 2014: Alleingeburt. Schwangerschaft und Geburt in Eigenregie ; [Basiswissen, Erfahrungsberichte]. Salzburg: Riedenburg.
- Schmitz, Britta 1994: Hebammen in Münster. Historische Entwicklung, Lebens- und Arbeitsumfeld, berufliches Selbstverständnis. Zugl.: Münster, Univ., Diss., 1993. Münster: Waxmann.
- Schnabel, Kai 2013: Simulation aus Fleisch und Blut: Schauspielpatienten. In Michael St. Pierre/Georg Breuer (Hg.), *Simulation in der Medizin. Grundlegende Konzepte – Klinische Anwendung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 115–120.
- Schneider, Norbert F. 2021: Müttersterblichkeit in Deutschland (1892–2018), <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S43-Muettersterblichkeit-ab-1892.html>, letzter Aufruf 20. Januar 2020.
- Scholz, Christoph/Manser, Tanja 2016: Von der Risikoschwangerschaft zur Sicherheitskultur in der Geburtshilfe. In Franz Kainer/Christoph Scholz (Hg.), *Simulation in der Geburtshilfe*. Berlin/Boston: De Gruyter, 27–30.
- Schönhardt, Stefani 20.08.2017: Clinical Simulation in der Geburtshilfe. Simulationsbasiertes Training als neue Perspektive für die Hebammenausbildung im Kreißaal – Identifikation und Auswahl geburtshilflicher Bildungsinhalte. Masterarbeit. Esslingen.
- Schrage, Dominik 2009: Die Verfügbarkeit der Dinge. Eine historische Soziologie des Konsums. Zugl.: Dresden, Techn. Univ., Habil.-Schr., 2008. Frankfurt: Campus-Verl.
- Schreier, Margrit e. a. 2013: Mixed-Methods-Designs. In Walter Hussy/Margrit Schreier/Gerald Echterhoff (Hg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer, 298–310.
- Schuler, von L. F. 1873: *Altgermanische Bilder und die Zeit Karl's des Großen*. Drei Vorträge. Berlin: L. Heimann's Verlag (Erich Koschny).
- Schulze, Gerhard 1993: *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Schulze, Gerhard 2011: *Krisen. Das Alarmdilemma*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas 2017: *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz, Konstanz, München: UTB; UVK Verlagsgesellschaft mbH; UVK/Lucius.
- Schwager, Mona 2020a: Theoretische Fundierung der Hebammenarbeit. Konzepte. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 90.

- Schwager, Mona 2020b: Theoretische Fundierung der Hebammenarbeit. Über die Hebammenarbeit nachdenken. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 85.
- Schwarz, Christiane 2016: Simulation in der Hebammen Aus- und Weiterbildung. In Franz Kainer/Christoph Scholz (Hg.), *Simulation in der Geburtshilfe*. Berlin/Boston: De Gruyter, 53–56.
- Schwarz, Christiane/Gruber, Patricia 2020: Kritische Ereignisse und Notfälle in der Geburtshilfe. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*, 750–780.
- Schwenger-Fink, Cornelia 2020: Beratungskompetenz. Vorbereitung auf die Mutter- und Elternrolle. In Kirstin Büthe/Cornelia Schwenger-Fink (Hg.), *Evidenzbasierte Schwangerenbetreuung und Schwangerschaftsvorsorge. Eine Arbeitshilfe für Hebammen im Praxisalltag*, 114–116.
- Selow, Monika 2016: QM in der Freiberuflichkeit. Teil 19: Qualität nachweisen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 68. Jg., Heft 3, 72–74.
- Shaw-Battista, Jenna/Belew, Cynthia/Anderson, Deborah/van Schaik, Sandrijn 2015: Successes and Challenges of Interprofessional Physiologic Birth and Obstetric Emergency Simulations in a Nurse-Midwifery Education Program. *Journal of midwifery & women's health*, 60. Jg., Heft 6, 735–743.
- Siassakos, D./Crofts, J. F./Winter, C./Weiner, C. P./Draycott, T. J. 2009: The active components of effective training in obstetric emergencies. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 116. Jg., Heft 8, 1028–1032.
- Siegemund, Justina 1690: Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter, das ist: ein höchst nöthiger Unterricht von Schwern und unrecht stehenden Geburten, in einem Gespräch vorgestellt. Cölln (Spree): Liepner.
- Siegrist, Johannes 2005: *Medizinische Soziologie*. München, Jena: Elsevier Urban & Fischer.
- Simmel, Georg 1908: *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Simmel, Georg 1970: *Grundfragen der Soziologie. (Individuum und Gesellschaft)*: De Gruyter.
- Skarbek-Kozietulska, Anna/Preisendörfer, Peter/Wolter, Felix 2012: Leugnen oder Gestehen? Bestimmungsfaktoren wahrer Antworten in Befragungen. *Zeitschrift für Soziologie*, 41. Jg., Heft 1, 5–23.
- Smitten, Susanne in der/Sembritzki, Thorben/Thiele, Lisa Januar 2017: Bewerberlage bei Fachhochschulprofessuren. Unzureichend strukturierte Karrierewege erschweren die Stellenbesetzung.
- Song, Sora 2004: Too posh to push, <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,610086,00.html>, letzter Aufruf 17. April 2019.
- Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung 28.06.2013: *Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen und Entbindungspfleger 1. – 3. Schuljahr*.
- Stadlober-Degwerth, Marion 2008: *(Un)Heimliche Niederkunften. Geburtshilfe zwischen Hebammenkunst und medizinischer Wissenschaft*: Böhlau Verlag.
- Stahl, Katja 2012: *Betreuungszufriedenheit von Wöchnerinnen in deutschen Krankenhäusern. Konstituierende Dimensionen, Rolle des Geburtsmodus und Gesamtzufriedenheit*. Dissertation. Osnabrück.
- Stahl, Katja/Schwarz, Christiane (Hg.) 2017: *CTG – verstehen, bewerten, dokumentieren*. Hannover: Elwin Staude Verlag GmbH.

- statista 2018: Anzahl der Geburten in Bremen von 1990 bis 2017, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/588902/umfrage/anzahl-der-geburten-in-bremen/>, letzter Aufruf 11. April 2019.
- statista 2021: Anzahl der Geburten in Deutschland von 1991 bis 2019, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/235/umfrage/anzahl-der-geburten-seit-1993/>, letzter Aufruf 26. Januar 2021.
- Statistisches Bundesamt 2017: Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern.
- Statistisches Bundesamt 2019: Statistisches Jahrbuch 2019. Wiesbaden.
- Steiner, Kerstin/Altstaedt, Julia 2013: Blickdiagnosen in Geburtshilfe und Neonatologie. Stuttgart: Hippokrates.
- Stelzer, Tanja 6. Mai 2021: Aus Fehlern lernen. Die Zeit, Heft 19, 13–15.
- Stiefel, Andrea 2020a: Hebamme als Profession. Arbeitsbereiche und Arbeitsformen. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 73–76.
- Stiefel, Andrea 2020b: Regelwidrigkeiten im Wochenbett. Lochialstau. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 910.
- Stiefel, Andrea/Brendel, Karin/Bauer, Nicola (Hg.) 2020: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf.
- Svellingen, Alette H./Søvik, Margrethe B./Røykenes, Kari/Brattebø, Guttorm 2021: The effect of multiple exposures in scenario-based simulation-A mixed study systematic review. Nursing open, 8. Jg., Heft 1, 380–394.
- Szarewski, A./Mansour, D. 1999: The 'pill scare'. The responses of authorities, doctors and patients using oral contraception. Human reproduction update, 5. Jg., Heft 6, 627–632.
- Szász, Nora 2020a: Geschichte des Hebammenberufs. 17. und 18. Jahrhundert. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 36–37.
- Szász, Nora 2020b: Geschichte des Hebammenberufs. 19. Jahrhundert. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 37–38.
- Szász, Nora 2020c: Geschichte des Hebammenberufs. Antike und Mittelalter. In Andrea Stiefel/Karin Brendel/Nicola Bauer (Hg.), Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 34–36.
- Teddle, Charles/Tashakkori, Abbas 2010: Foundations of mixed methods research. Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. Los Angeles: SAGE Publ.
- Tjia, Jennifer/Mazor, Kathleen M./Field, Terry/Meterko, Vanessa/Spenard, Ann/Gurwitz, Jerry H. 2009: Nurse-physician communication in the long-term care setting. Perceived barriers and impact on patient safety. Journal of patient safety, 5. Jg., Heft 3, 145–152.
- Tov, Eva 2020: Theorie-Praxis-Relationierung mit dem Ansatz der Schlüsselsituationen. Oder: Wie wär's mit einem Tango Professional, Madame? Die Hebamme, 33. Jg., Heft 6, 31–38.
- Trevathan, Wenda R. 1987: Human Birth. New York: Aldine de Gruyter.
- Trevathan, Wenda R. 2011: Human Birth. An Evolutionary Perspective. Somerset: Taylor and Francis.

- Uhlmann, Berit 2018: Wenn das Kind per Skalpell zur Welt kommt. Streitfall Kaiserschnitt, <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/streitfall-kaiserschnitt-wenn-das-kind-per-skalpell-zur-welt-kommt-1.1417987>, letzter Aufruf 14. Juni 2019.
- Uhly, Alexandra 2020: Duale Berufsausbildung des Öffentlichen Dienstes im Spiegel der Berufsbildungsstatistik. In Martin Elsner (Hg.), Berufliche Bildung im Öffentlichen Dienst – Zukunft aktiv gestalten. Dokumentation der Beiträge zum Entwicklungsprojekt. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung, 241–261.
- Uphoff, Roland 2018: Außerklinische Geburtshilfe. derzeitiger Rechtszustand und Reformvorschläge. *Der Gynäkologe*, 51. Jg., Heft 10, 881–888.
- Uphoff, Roland/Hindemith, Joachim 2011: Die zivilrechtliche Haftung des Geburtshelfers. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 215. Jg., Heft 6, 223–229.
- Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hg.) 2011: *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Walsh, Denis 2010: *Evidence-based care for normal labour and birth. A guide for midwives*. Abingdon: Routledge.
- Weber, Agnes 2007: *Problem-based learning. Ein Handbuch für die Ausbildung auf der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe*. Bern: hep.
- Weber, Max (Hg.) 1988: *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: Mohr.
- Wehling, Peter 2006: *Im Schatten des Wissens? Perspektiven der Soziologie des Nichtwissens*. Konstanz: UVK-Verl.-Ges.
- Weigert, Vivian 2010: *Bekommen wir ein gesundes Baby? Was Sie über pränatale Diagnostik wissen sollten*. München: E-Books der Verlagsgruppe Random House GmbH.
- WHO, H. R.P. 2015: *WHO Statement on Caesarean Section Rates*, 1–8.
- Wiemer, Anke 2017: *Zwischen Baum und Borke*. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 69. Jg., Heft 9, 34–39.
- Wiemer, Anke 2019: *20 Jahre Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe. Entwicklungen, Ergebnisse, Ziele – Stand 2019*. DHV Hebammenkongress Bremen.
- Wiemer, Anke 12.05.2021: *Die außerklinische Geburtshilfe wächst*. QUAG e.V. Erfurt.
- Wilensky, Harold L. 1972: *Jeder Beruf eine Profession?* In Thomas Luckmann/Walter M. Sprondel (Hg.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 198–215.
- Wilkesmann, Maximiliane/Steden, Stephanie (Hg.) 2019: *Nichtwissen stört mich (nicht). Zum Umgang mit Nichtwissen in Medizin und Pflege*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Wilson, Erin/Janssens, Sarah/Hewett, David G./Jolly, Brian/Beckmann, Michael 2016: *Simulation training in obstetrics and gynaecology. What's happening on the frontline?* *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 56. Jg., Heft 5, 496–502.
- Wissenschaftsrat 2012: *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*, <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>, letzter Aufruf 18. Mai 2021.
- Zaidi, Shabih/Nasir, Mona 2015: *Teaching and Learning Methods in Medicine*. Cham, s.l.: Springer International Publishing.
- ZHAW (Hg.) 2013: *Schwangerschaft*. Bern: hep der bildungsverl.
- ZHAW (Hg.) 2014: *Wochenbett*.
- ZHAW (Hg.) 2016: *Geburt*. Bern: hep der bildungsverlag.
- ZHAW (Hg.) 2020: *Neugeborenes – Skills für Hebammen 3. Skills für Hebammen | Band 3*. Bern: hep verlag.
- Zinßer, Laura/Stoll, Kathrin/Groß, Mechthild 2017: *Die Selbstwirksamkeit im Zusammenhang mit der Förderung der normalen Geburt: eine Querschnittstudie in Süddeutschland*. Self-

efficacy in relation to the promotion of normal, physiological birth: a cross-sectional study in South Germany. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, Heft 1, 46–48.

Zoege, Monika 2004: *Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung*. Bern: Huber.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Alltägliche Lebenswelt. Eigene Darstellung nach Schütz/Luckmann (2017: 29).....	45
Abbildung 2:	Betreuungsbogen. Nach Sayn-Wittgenstein (2007: 24)...	100
Abbildung 3:	Coleman'sche Badewanne. Nach. Greve et al. (2009: 8).	115
Abbildung 4:	Coleman'sche Badewanne. Modifizierte Darstellung nach Greve et al. (2009: 8).....	115
Abbildung 5:	Wissenstreppe. Vereinfachte Darstellung nach North (2005: 32)	119
Abbildung 6:	Wissensentwicklung in der Geburtshilfe: Wissen und Person; Erfahrungstypen. Eigene Darstellung nach Böhme (1993: 44ff.)	134
Abbildung 7:	Wissensentwicklung in der Geburtshilfe: Erzeugungs-, Vermittlungs- und Verwendungszusammenhang; Beziehung zur Natur. Eigene Darstellung in Anlehnung an Böhme (1993: 46ff.).....	135
Abbildung 8:	Üben am geburtshilflichen Phantom. Bildnachweise: Lena Nagengast.	149
Abbildung 9:	Von der Theorie zur Praxis. Modifizierte Darstellung nach Kochs et al. (2008: 1281)	155
Abbildung 10:	Beispiel eines geburtshilflichen Modells in Kombination mit einer Simulationsperson. Bildnachweise: Lena Nagengast.	156
Abbildung 11:	Ablaufschema der Simulation. Eigene Darstellung nach Fichtner (2013: 106ff.) und Kainer et al. (2016: 71ff.).....	158
Abbildung 12:	Closed loop-Kommunikation nach Rall (2013a: 144)	167
Abbildung 13:	Datenerhebung und Auswertung. Eigene Darstellung	182
Abbildung 14:	Berufspraktische Ausbildungsstätten. Eigene Darstellung.....	191

Abbildung 15:	Unterrichtsthema außerklinische Geburtshilfe. Eigene Darstellung.....	193
Abbildung 16:	Inhaltliche Datenanalyse. Eigene Darstellung nach Mayring (2010).....	205
Abbildung 17:	Bereiche und Hauptkategorien. Eigene Darstellung	208
Abbildung 18:	Multidimensionales Konstrukt der gesellschaftlichen und individuellen Einbettung und -weitergabe von Hebammenwissen. Eigene Darstellung.....	270
Abbildung 19:	Erschwerte Verankerung der außerklinischen Geburtshilfe in Bayern. Eigene Darstellung	276

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Medizinisches und lebensweltliches Versorgungsmodell, nach Bryar (2003: 140).....	46
Tabelle 2:	Ambivaloxe Dialektik nach Degele und Dries in Bezug auf die Geburtshilfe in Deutschland. Eigene Darstellung nach Degele/Dries (2005: 23)	47
Tabelle 3:	Einteilung der Sectio caesarea. Eigene Darstellung nach Christodoulou-Reichel et al. (2018 : 336f.).....	53
Tabelle 4:	Kaiserschnittindikationen. Eigene Darstellung nach Christodoulou-Reichel et al. (2018: 337f.)	53
Tabelle 5:	Argumente für und gegen geburtshilfliche Versorgungsstrukturen. Eigene Darstellung	69
Tabelle 6:	Übersicht über die erfassten Geburten von allen Kindern im Berichtsjahr. Nach Loytved (2020: 6)	76
Tabelle 7:	Wesentliche Ergebnisse für die Mütter mit geplanten außerklinischen Geburten unabhängig vom letztendlichen Geburtsort. Nach Loytved (2020: 6).....	76
Tabelle 8:	Ergebnisse für die geborenen Kinder (Einlinge) 2019, unabhängig vom letztendlichen Geburtsort. Nach Loytved (2020: 7).....	77
Tabelle 9:	Entwicklung der Geburtenzahl und Frauen im gebärfähigen Alter in den Regierungsbezirken, 2000–2016. Nach Sander et al. (2018: 30)	84
Tabelle 10:	a und b: Mikro-, Makroebenen in Bezug auf das Hebammenwesen. Eigene Darstellung	116
Tabelle 11:	Auszug aus den Etappen der Wissenssoziologie. Eigene Darstellung nach Keller (2011: 9–58)	120

Tabelle 12:	Der Hebammenkoffer. Materialien für die Hausgeburt. Eigene Darstellung.	129
Tabelle 13:	Phasen und Schritte im Skillstraining analog der Fachstelle Careum 2007. Darstellung adaptiert nach Nauerth (2008: 47).....	152
Tabelle 14:	Positive Effekte des Teamtrainings. Eigene Darstellung nach Siassakos et al. (2009)	170
Tabelle 15:	Lernort für die berufspraktische Ausbildung. Eigene Darstellung.....	188
Tabelle 16:	Kenntnisstand von WeHen in der außerklinischen Geburtshilfe nach Schulnoten. Eigene Darstellung ..	189
Tabelle 17:	Angaben zu den Befragten. Eigene Darstellung	198
Tabelle 18:	Vergleich außerklinische und klinische Geburtshilfe nach Transkript B06. Eigene Darstellung.....	233
Tabelle 19:	Begleitung in der Schwangerschaft, der außerklinischen Geburtshilfe, Notfällen, der Begleitung sowie der Freiberuflichkeit. Eigene Darstellung.....	262

Bayern hat als letztes Bundesland die Vollakademisierung des Hebammenberufs umgesetzt. Diese Umbruchsphase beschreibt die Studie HebSzen im vorliegenden Band. Die Autorin geht dabei der Frage nach dem Verhältnis von außerklinischem Hebammenwissen und akademischer Lehre nach. Empirisch erforscht die Publikation, wie praktisch konserviertes Wissen bisher in die Lehre eingeflossen ist und in Zukunft im Hochschulkontext weitergegeben werden kann.

Die Autorin:

Prof. Dr. Barbara Fillenberg, Professorin für Hebammenwissenschaft,
Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften, Ostbayerische
Technische Hochschule Regensburg

L'AGENda, Band 12

ISBN 978-3-8474-2668-4



www.budrich.de