

pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 02/2013

Februar 2013

Akademisierung der Hebammenausbildung aus Sicht der Berufspraxis

Ergebnisse einer Stakeholderanalyse

Mira Pflanz, Beate Blättner, Klaus Stegmüller

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Mira Pflanz, Beate Blättner, Klaus Stegmüller

Akademisierung der Hebammenausbildung aus Sicht der Berufspraxis

Ergebnisse einer Stakeholderanalyse

pg-papers 02/2013

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-08-7

Copyright © pg-papers, Februar 2013

Inhalt

Kurzfassung.....	6
1 Hintergrund und Zielsetzung	7
2 Vorgehen	9
3 Ergebnisse.....	11
3.1 Berufsbild der Hebamme: veränderte Rahmenbedingungen	11
3.1.1 Veränderungen innerhalb der Gesundheitsversorgung	11
3.1.2 Bedarf und Bedürfnisse der zu betreuenden Frauen und Familien	13
3.2 Professionelle Identität und Kompetenzen von Hebammen	14
3.2.1 Zuständigkeitsbereich der Hebamme.....	14
3.2.2 Erforderliche Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Hebammenarbeit	17
3.3 Stärken und Schwächen der aktuellen Ausbildungsstruktur	19
3.4 Chancen und Risiken der Akademisierung	20
3.4.1 Vorzüge der Akademisierung	20
3.4.2 Nachteile der Akademisierung.....	22
3.5 Konkrete Gestaltungsmerkmale eines Studienganges	23
4 Fazit	24
Abbildungsverzeichnis.....	26
Literatur.....	27

Kurzfassung

Mit Einführung der Modellklausel in das Hebammengesetz ist es in Deutschland seit 2009 möglich, neue Ausbildungsformen für die Qualifikation zur Hebamme bzw. zum Entbindungspfleger zu erproben. Dies schließt die Möglichkeit einer akademischen Ausbildung in Kooperation mit Praxispartnern ein. In einem solchen dualen Studienangebot erwerben die Absolvierenden sowohl eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme als auch einen Bachelor of Science in Hebammenkunde.

Im Rahmen des Projektes *DuGes* (Duale Studiengänge in geregelten Berufen des Gesundheitswesens) wurde die Machbarkeit eines solchen Studienprogrammes geprüft und eine Stakeholderanalyse durchgeführt. Dazu wurden zwischen August und November 2009 dreizehn Interviews mit für die Hebammenausbildung relevanten Interessensgruppen geführt. Entlang einer inhaltlichen Strukturanalyse der einzelnen Interviews wurden im nächsten Arbeitsschritt Codes gebildet, welche im Weiteren unter Berücksichtigung der jeweiligen Hintergründe, Bedingungen und Strategien der Interviewten theoriegenerierend zusammengefasst und kategorisiert wurden.

Von der verbandlichen Interessenvertretung der Hebammen in Deutschland seit gut zehn Jahren angestrebt, wirft die Akademisierung des Hebammenberufes sowohl in den eigenen Reihen als auch bei benachbarten Berufsgruppen Fragen auf. Bei den Berufsvertreterinnen scheint dabei weniger die Frage eine Rolle zu spielen, ob, sondern vielmehr die Frage, wie die Hebammenausbildung zeitgemäß gestaltet und möglicherweise auf Hochschulniveau angesiedelt werden kann, ohne dass sich dies negativ auf das Berufsprofil und seine praxisbezogenen Kernkompetenzen auswirken würde.

1 Hintergrund und Zielsetzung

Im Bericht zur Situation des Hebammenwesens in Deutschland vertritt Frau Professor zu Sayn-Wittgenstein (2007: 199) die Auffassung, dass eine grundlegende Reformierung der Hebammenausbildung unverzichtbar sei, um den wachsenden Anforderungen an die Gesundheitsberufe begegnen und der Forderung nach einer wissenschaftlich fundierten Praxis gerecht werden zu können. Eine wissenschaftlich fundierte und zugleich praxisnahe Ausbildung entspräche demnach den Anforderungen der Berufspraxis der Hebammen. Damit könnten zugleich Hebammen bildungsrechtlich die Möglichkeit der Weiterqualifikation in einer wissenschaftlichen Laufbahn eröffnet und dem Fach Hebammenwesen die Möglichkeit einer Etablierung als Wissenschaft, die klinisch forscht und Wissen systematisch weiterentwickelt, geschaffen werden.

Mit der Verabschiedung der Modellklausel auch für das Hebammengesetz¹ im Sommer 2009 bieten sich grundsätzlich modellhaft neue Möglichkeiten für die Hebammenausbildung in Deutschland. Eine Verzahnung von schulischer Ausbildung und Studium, einhergehend mit einer besseren Verankerung wissenschaftlicher Perspektive in der Ausbildung, scheint für die berufliche Qualifikation von Hebammen damit dem Grunde nach realisierbar. Eine Akademisierung des Hebammenberufes könnte ggf. dazu beitragen, den veränderten gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Tätigkeit von Hebammen in erhöhtem Maße zu entsprechen, die Wettbewerbsfähigkeit im europäischen Kontext zu stärken und die berufliche Mobilität von Hebammen zu verbessern.

Der Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda befasst sich seit seiner Gründung im Jahr 1994 mit der Frage der Akademisierung geregelter Berufe des Gesundheitswesens und hat hierfür unterschiedliche Modelle entwickelt, die jeweils den aktuellen berufsrechtlichen und bildungsrechtlichen Regelungen in Hessen entsprachen. Bildungsrechtliche und berufsrechtliche Regelungen sowie deren landesspezifische Ausformung sind erfahrungsgemäß nicht immer gut vereinbar; Lösungen aus anderen Bundesländern sind auf Hessen nicht zwingend anwendbar. Modelle für Pflege und für Physiotherapie sind oder werden entwickelt.

Der Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda beschäftigte sich im Rahmen des Projektes *DuGes* (Duale Studiengänge in geregelten Berufen des Gesundheitswesens) erneut mit der grundsätzlichen Machbarkeit dualer Studiengänge in den geregelten Berufen des Gesundheitswesens, insbesondere mit der Machbarkeit eines dualen Studienkonzeptes für Hebammen in Hessen. Dual meint, dass berufliche Ausbildung oder die berufspraktische Tätigkeit und Studium eng miteinander verzahnt sind. Geprüft werden sollte, ob es möglich ist, an der Hochschule Fulda ein Studium anzubieten, das zum einen zur Berufsankennung als Hebamme, zum anderen zum Erreichen eines ersten akademischen Grades einem Bachelor of Science (B.Sc.) auf dem Gebiet der Hebammenwissenschaft führen könnte. Zunächst war an die Kooperation mit einer Hebammenschule gedacht.

¹ Der vorliegende Bericht ist nach dem Leitfaden für die sprachliche Gleichstellung von Mann und Frau der Universität Zürich (2006) erstellt worden. Aufgrund der Geschlechterverteilung in der Berufsgruppe wird jedoch bei deren Bezeichnung bewusst ausschließlich die „Hebamme“ genannt, dies schließt die männlichen Kollegen („Entbindungspfleger“) mit ein.

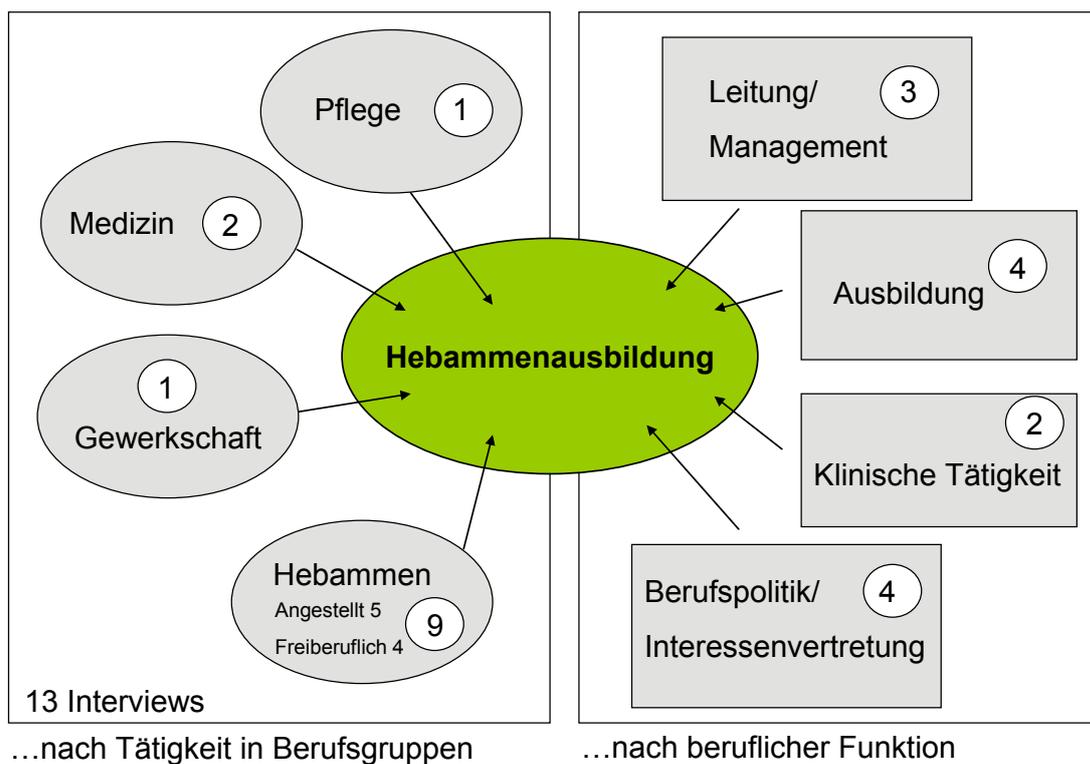
Fachhochschulen bieten grundsätzlich die Möglichkeit einer wissenschaftlichen und zugleich praxisorientierten Ausbildung. Der Umfang praktischer Ausbildungen, wie er in geregelten Berufen des Gesundheitswesens erforderlich ist, sprengt allerdings die klassische Struktur eines Fachhochschulstudiums, das üblicherweise etwa 900 Stunden Praxis in eine anwendungsorientierte wissenschaftliche Ausbildung von drei Jahren integrieren kann. 3.000 Stunden Praxis lassen sich nur im Rahmen einer dualen Studienstruktur durchführen, die eine Kooperation zwischen zwei Lernorten – der beruflichen oder praktischen und der hochschulischen Bildung – voraussetzt. Da sich die Anforderungen an die wissenschaftlich-theoretische Ausbildung im Umfang nicht entscheidend reduzieren lassen, ist ein solches die Ausbildung integrierendes Studium nur in vier Jahren durchführbar. Das Gelingen eines solchen Modells setzt zudem eine vertrauensvolle Kooperation zwischen den Partnern voraus. Diese wird nur möglich sein, wenn ein solches Modell von beiden Seiten gewünscht ist. Der Deutsche Hebammenverband (DHV, ehemals BDH) hat seine ausführliche Position zum Thema Akademisierung des Hebammenberufes in einem Positionspapier (Pädagogischer Fachbeirat des DHV, 2011) festgehalten.

Die vorliegende Stakeholderanalyse war ein erster Schritt der Prüfung der Machbarkeit einer solchen Ausbildung. Eine Stakeholderanalyse soll die Perspektiven unterschiedlicher Akteure der Berufspraxis spiegeln, um die Frage nach der Akzeptanz in der Berufspraxis zu beantworten und Hinweise der Berufspraxis zu den Anforderungen in der Ausgestaltung eines möglichen Studiums einzufangen. Ziel war es nachzuweisen, dass im Falle der Planung eines Studienangebotes damit auch die prinzipielle Berufsbefähigung der Absolventinnen und Absolventen gewährleistet ist. Als Grundlage für weitere Arbeitsschritte konnten die gewonnenen Erkenntnisse einer Stakeholderanalyse dazu beitragen, ein innovatives Ausbildungskonzept für Hebammen sinnvoll zu realisieren und somit einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Hebammenberufes zu leisten.

2 Vorgehen

Zwischen August und November 2009 wurden dreizehn Interviews mit für die Hebammenausbildung relevanten Interessensgruppen geführt. Drei der interviewten Personen waren männlich, zehn weiblich. Das Alter der Interviewten lag zwischen Mitte zwanzig und Mitte fünfzig, ein Großteil der Befragten war knapp 50 Jahre alt.

Abbildung 1 Auswahl der Interviewpartner/innen



In der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner wurden überwiegend hessische, aber auch außerhessische Perspektiven berücksichtigt. Interviewt wurden acht examinierte und eine in Ausbildung befindliche Hebamme. Vier Hebammen haben eine pädagogische und eine Hebamme eine leitungsbezogene Weiterbildung abgeschlossen. Eine Hebamme hatte zusätzlich Pädagogik studiert. Die befragten Hebammen verfügen über eine durchschnittliche Berufserfahrung von fünfzehn bis zwanzig Jahren und sind als angestellte, freiberufliche, lehrende, leitende oder berufspolitisch engagierte Hebamme in ihrem Beruf aktiv. Sie arbeiten in unterschiedlichen klinischen und außerklinischen Bezügen und Institutionen. Neben der Interessenvertretung der Hebammschülerinnen in Deutschland wurden zudem Akteure aus den kooperierenden Berufsgruppen der Medizin und der Pflege einbezogen. Auch hier wurden die Managementsicht und der Blickwinkel der klinischen Praxis berücksichtigt. Die berufspolitische Perspektive konnte berufsgruppenintern und berufsgruppenextern-gewerkschaftlich eingefangen wer-

den. Abbildung 1 zeigt die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner differenziert nach Berufsgruppenzugehörigkeit sowie nach deren beruflicher Funktion und Status.

Auf eine offen gehaltene Erzählaufforderung hin konnten die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zunächst ihre persönliche Sicht auf die Hebammenausbildung in Deutschland frei erzählen. Der thematische Fokus lag dabei auf der Fragestellung, wie die Qualifikation der Hebammen perspektivisch gestaltet werden kann, um den aktuellen und zukünftigen Anforderungen des Berufes gerecht zu werden. Nach dem individuell entwickelten Erzählteil der Befragten wurde das Interview mit erzählerischen Nachfragen ergänzt, um sicher zu gehen, dass alle Aspekte berücksichtigt werden, die für das Thema relevant sind.

Alle Interviews wurden auf die Einwilligung der Befragten hin digital aufgezeichnet. Unmittelbar nach dem Gespräch wurden Interviewmemos verfasst, die die Grundlage der Auswertung darstellten. Entlang einer inhaltlichen Strukturanalyse der einzelnen Interviews wurden im nächsten Arbeitsschritt Codes gebildet, welche im Weiteren unter Berücksichtigung der jeweiligen Hintergründe, Bedingungen und Strategien der Interviewten theoriegenerierend zusammengefasst und kategorisiert wurden.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse geben die Sichtweisen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wieder. An einigen wenigen Stellen wurde zur Erläuterung Literatur hinzugezogen.

3 Ergebnisse

3.1 Berufsbild der Hebamme: veränderte Rahmenbedingungen

3.1.1 Veränderungen innerhalb der Gesundheitsversorgung

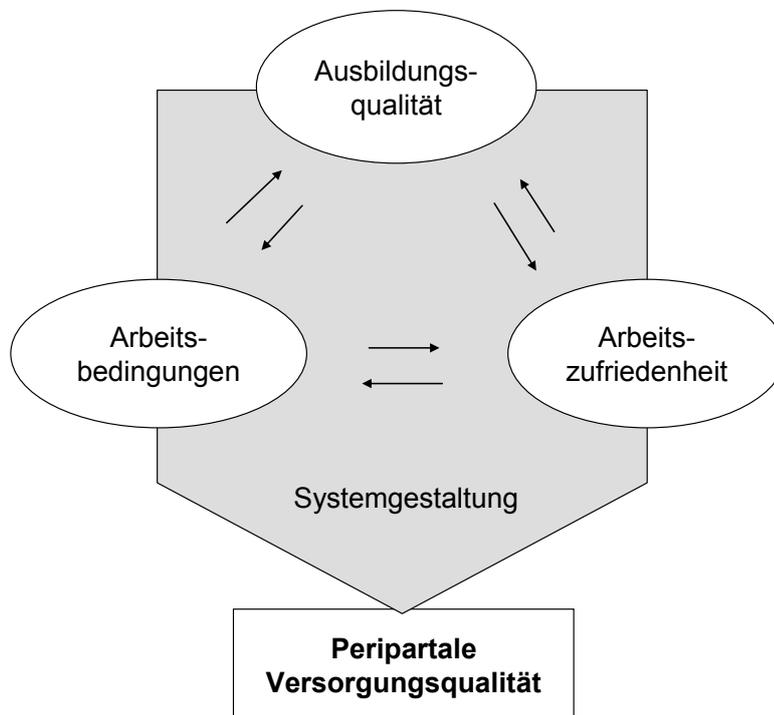
Hebammen verstehen sich als eine historisch gewachsene Berufsgruppe mit einer lang zurückreichenden Geschichte. Entsprechend ihrer ursprünglichen und bis heute gesetzlich verankerten Zuständigkeit für die nicht pathologischen Prozesse der Familienplanung, der Schwangerschaft, des Gebärens, der Wochenbettzeit und des Stillens sind sie Fachfrauen für alle Fragen der physiologischen Fortpflanzung. Allerdings wird derzeit deutlich, dass die ‚weisen Frauen‘ von einst angehalten sind, sich unter Wahrung ihrer originären Identität den aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen anzupassen: Sozialer Wandel, medizinisch-technischer Fortschritt und der generelle Trend im Gesundheitswesen zur Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor wirken sich auf das berufliche Handlungsfeld der Hebammen in Deutschland aus. Dem wird sich grundsätzlich auch die berufliche Qualifikation und Sozialisation des Hebammen Nachwuchses weiter anpassen müssen. Wissenschaftliche Herangehens- und Betrachtungsweisen sowie Evidenzbasierung und Qualitätssicherung werden wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung gerade in den letzten Jahren vermehrt in vielen Bereichen der Hebammenarbeit etabliert und können das überlieferte Erfahrungswissen der Berufsgruppe zeitgemäß ergänzen, fundieren und ggf. korrigieren. Es sind vor allem Hebammen mit leitenden Funktionen und Engagement in der Berufspraxis, die befürchten, dass Hebammen als traditionsreiche Berufsgruppe tendenziell in der Gefahr ständen, solche Veränderungsprozesse zu versäumen und Professionalisierungsbestrebungen zu vernachlässigen.

Auch die strukturellen Arbeitsbedingungen für Hebammen sind dem Wandel unterworfen. Durch die Entwicklungen des (west-)deutschen Gesundheitswesens in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts verlagerte sich die Geburtshilfe nahezu vollständig in den stationären Bereich. Im Jahr 1903 fanden drei Prozent der Geburten in Kliniken statt; 1975 waren es 99 Prozent (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 19). Der Anteil außerklinischer Geburten lag im Jahr 2007 bundesweit bei knapp zwei Prozent (Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., 2009). Die Schwangerenvorsorge liegt in Deutschland heute primär in ärztlicher Hand und wird vornehmlich von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt. Dennoch entwickelte sich parallel zu diesen Trends in den letzten 25 Jahren ein außerklinisches Versorgungsangebot durch Hebammen, welches das Spektrum der originären Hebammenleistungen beinhaltet.

Im ambulanten Bereich sind Hebammen zunehmend in hebammengeleiteten Institutionen wie Hebammenpraxen oder Geburtshäusern tätig. Hierbei steht den Möglichkeiten der autonomen, selbstbestimmten Berufsausübung das unternehmerische Risiko und die deutlichen organisatorischen und persönlichen Herausforderungen einer freiberuflichen Tätigkeit entgegen. Im stationären Sektor werden aufgrund der angespannten finanziellen Lage im Gesundheitswesen Stellen gestrichen; die in den Kliniken tätigen Kolleginnen müssen dort eine erhöhte Arbeitsdichte bewältigen. Die Konkurrenz unter geburtshilflichen Abteilungen ist groß. Viele kleinere Häuser mit Geburtenzahlen unter 800 Entbindungen

pro Jahr sind von der Schließung bedroht. Immer mehr Hebammen stehen zudem als so genannte Beleghebammen in freiberuflichen Arbeitsverhältnissen an Kliniken, was sowohl im Hinblick auf die soziale Sicherung als auch bei forensischen Aspekten und in der Zusammenarbeit Fragen aufwirft. Diese Entwicklungen werden sowohl aus Sicht der Arbeitnehmerinnen bzw. Unternehmerinnen als auch aus gewerkschaftlicher Sicht kritisch betrachtet.

Abbildung 2 Wechselwirkung von Ausbildungsqualität, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit



Grundsätzlich besteht eine enge Wechselwirkung von Berufsausübung und Gestaltung von Arbeitsbedingungen. Auch eine qualitativ hochwertig ausgebildete Hebamme wird unter schlechten Arbeitsbedingungen nur eine entsprechende Arbeitsqualität erbringen können, anders herum können positive Umstände wie ausreichend personelle Besetzung, gute Ausstattung oder befriedigende arbeitsrechtliche Regelungen keinesfalls eine gute Ausbildung ersetzen. Die Gegebenheiten des Gesundheitswesens wirken sich direkt auf die inhaltliche und organisatorische Gestaltung der Hebammenausbildung aus, wie an späterer Stelle noch näher beschrieben wird. Andersherum beeinflussen Qualität und Struktur der Ausbildung die zukünftige Arbeitswelt, nicht zuletzt indem der berufliche Hebammennachwuchs mit bestimmten Kompetenzen, Werthaltungen und Einstellungen nach absolviertem Examen in die berufliche Praxis einsteigt. Die Arbeitsbedingungen tragen zudem maßgeblich zur Arbeitszufriedenheit der Hebammen bei. Die Ausbildungsqualität ist hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit als mittelbarer Faktor zu betrachten, da sie indirekt über die Kompetenzvermittlung einer späteren Unter- oder Überforderung vorbeugen kann.

All diese miteinander in Wechselwirkung stehende Aspekte – Ausbildungsgestaltung und Qualität, Arbeitsbedingungen, Systemgestaltung und Arbeitszufriedenheit – wirken sich letztlich direkt und indirekt

auf die peripartale Versorgungsqualität und damit auf die Zufriedenheit der Nutzerinnen von Hebammenarbeit aus – und eben diese ist zugleich Ausgangspunkt und Ziel aller diesbezüglichen Überlegungen. Abbildung 2 stellt die beschriebenen Zusammenhänge nochmals grafisch dar.

3.1.2 Bedarf und Bedürfnisse der zu betreuenden Frauen und Familien

Alle Interviewpartnerinnen und -partner beschrieben, dass sich die Bedürfnisse der zu betreuenden Frauen und Familien in den letzten dreißig Jahren verändert haben. Je nach individueller Perspektive werden diese Veränderungen von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern unterschiedlich wahrgenommen; auch die angeführten Begründungen fielen je nach Blickwinkel verschieden aus.

Als gemeinsamer Grundkonsens lassen sich folgende Annahmen festhalten: Der zunehmende gesellschaftliche Leistungsdruck und veränderte soziale Bedingungen, hier wird vor allem das Verschwinden der Großfamilie im Sinne des Mehrgenerationenmodells genannt, haben auch die Voraussetzungen für die Familiengründung und das Erwarten eines Kindes verändert. Vor diesem Hintergrund suchen viele Frauen neben der medizinischen Betreuung auch psychosozialen Halt in der professionellen Beziehung zur Hebamme.

Frauen in Deutschland bekommen gegenwärtig weniger Kinder als noch die vorhergehende Generation und sie tun dies zu einem späteren Zeitpunkt in ihrer Biografie. Dies liegt in der größeren Selbstverständlichkeit, mit der Frauen eine eigenständige berufliche Entwicklung anstreben, und an den antizipierten Schwierigkeiten gerade im Berufseinstieg Kinderversorgung und Berufstätigkeit miteinander verbinden zu können. Aus Sicht der Praktikerinnen im Hebammenwesen sind viele werdende Mütter selbstbestimmter, kritischer und aus persönlicher Motivation oder wirtschaftlichen Zwängen heraus stärker in das Erwerbsleben eingebunden, als dies noch vor zehn bis fünfzehn Jahren der Fall war.

Aus Perspektive der im stationären Bereich tätigen Akteure verlangen Schwangere in den letzten Jahren zunehmend auch in der Klinik nach komplementärmedizinischen oder ‚natürlicheren‘ Angeboten, wie beispielsweise Akupunktur oder Gebärwannen, in der Begleitung einer Geburt. Entsprechende Angebote, so betonen die Befragten mit Leitungs- oder Managementfunktion, machten die Kliniken konkurrenzfähig und würden perspektivisch vielerorts ausgebaut.

Hebammen sowohl aus der stationären als auch aus der außerklinischen Versorgung gaben gleichermaßen an, dass Hebammenarbeit insgesamt verstärkt als Dienstleistung wahrgenommen und eingefordert würde. Außerdem entstehen durch den erwähnten gesellschaftlichen und medizinisch-technischen Fortschritt neue Themen in der Betreuung von Schwangeren und Gebärenden und im Zuge dessen ein veränderter Beratungs- und Betreuungsbedarf (Pränataldiagnostik, Wunschkaiserschnitt etc.). Konsens war hierbei, dass professionell tätige Hebammen Frauen auch dann kompetent unterstützen und begleiten sollten, wenn diese einen Weg beschreiten, der von den persönlichen oder berufsgroupenspezifischen Vorstellungen abweiche. Hebammen handeln idealerweise fernab eines traditionell begründeten ‚Hebammendogmas‘ grundsätzlich zum Wohle und im Interesse von Mutter und Kind.

Generell betonten alle Interviewpartnerinnen und -partner, dass das ohnehin sensible Thema Fortpflanzung in der gesellschaftlichen Wahrnehmung zunehmend mit Ängsten und Unsicherheiten belegt sei. Diese Tendenz wiederum verstärkt den Wunsch der zu betreuenden Frauen nach Kontrolle und Sicher-

heit bezüglich der in vielerlei Hinsicht nicht steuerbaren und vorhersehbaren Prozesse von Schwangerschaft und Geburt. Besonders berufserfahrene Praktikerinnen formulierten es so, dass Schwangersein, Gebären und Stillen heute scheinbar „irgendwie komplizierter und gefährlicher“ geworden seien.

3.2 Professionelle Identität und Kompetenzen von Hebammen

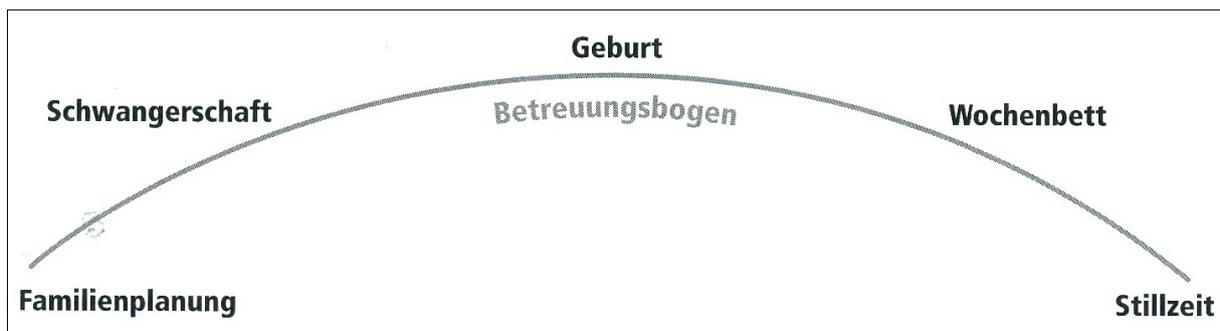
3.2.1 Zuständigkeitsbereich der Hebamme

Der Begriff Kompetenz beschreibt einerseits die verfügbaren Fähigkeiten und Fertigkeiten, um Probleme in verschiedenen Situationen lösen zu können, andererseits das Spektrum der Handlungsrechte, das einer Person zur Erfüllung ihrer zugewiesenen Aufgaben übertragen wird (Schaub/Zenke, 2007: 361). Es geht also um Sachverstand und um Zuständigkeit.

Sicht der Berufsgruppe

Die interviewten Berufsinhaberinnen waren sich einig, dass Hebammen Frauen, deren Kinder und Familien in der Schwangerschaft, bei der Geburt, in der Wochenbett- und Neugeborenenperiode sowie in der Stillzeit betreuen und begleiten. Beim physiologischen Verlauf dieser Prozesse tun sie dies selbstständig und eigenverantwortlich ohne ärztliche Anordnung². In der Literatur findet sich dazu der Betreuungsbogen nach zu Sayn-Wittgenstein (2007: 24). Er stellt das umfassende Versorgungsangebot von Hebammen und deren originären Tätigkeitsbereich nochmals grafisch dar.

Abbildung 3 Betreuungsbogen in der Hebammenarbeit



Quelle: zu Sayn-Wittgenstein (2007).

Aus der Hebammenperspektive sind Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit vitale, biographisch bedeutsame und primär physiologische Lebensprozesse, die als solche einer ressourcenorientierten, individuellen und ganzheitlichen Betreuung bedürfen. Neben der medizinischen Perspektive beziehen Hebammen in ihrer Arbeit den sozialen Kontext, die Lebenswelt, Bedürfnisse und Potentiale der Frauen und Familien mit ein und können so eine professionelle Unterstützung im Übergang zu Mutter- bzw. Elternschaft anbieten (zu Sayn-Wittgenstein, 2007: 17-25). Diese Berufsauffassung entspricht den Äußerungen der befragten Berufsinhaberinnen.

² Das Hebammengesetz (HebG) in der Fassung vom 04. Juni 1985 hält hierzu in § 4 Abschnitt eins (Erlaubnis) und Abschnitt zwei die vorbehaltenen Tätigkeiten und die Hinzuziehungspflicht fest.

In der ambulanten Versorgung tätige Hebammen betonten in den Interviews, dass eigentlich alle Hebammen ‚Familienhebammen‘³ seien, denn sie betreuten Familien in einer Umbruchsphase. Frauen und Familien, die aufgrund psychosozialer Problemlagen einen hohen bzw. intensiven Betreuungsbedarf aufweisen, welcher in einer rein medizinisch orientierten Versorgung wenig Berücksichtigung fände, profitieren dabei in besonderem Maß von der Betreuung durch die Hebamme. Diese Betreuung werde erfahrungsgemäß von anderen Berufsgruppen anerkannt und berücksichtigt.

Die berufspolitisch engagierten Hebammen unterstrichen, dass es in der deutschen Versorgungslandschaft für Hebammen eine breite Palette an Möglichkeiten gibt, ihren Beruf auszuüben, wobei jeweils sehr unterschiedliche Kompetenzschwerpunkte gefordert sind. Hebammen arbeiten z.B. an Perinatalzentren, in der Hausgeburtsilfe oder als Familienhebammen. Sie können eher präventiv tätig werden, indem sie in eigener Praxis oder in meist von Kliniken getragenen „Elternschulen“ Kurse zur Vor- und Nachbereitung anbieten oder sie arbeiten mit einer thematischen Spezialisierung beispielsweise als Laktationsberaterin im ambulanten oder stationären Bereich, um hier nur einige Möglichkeiten zu benennen. Begrüßenswert wäre es aus dieser Sicht, die verschiedenen Tätigkeitsbereiche der Hebammenarbeit bereits in der beruflichen Ausbildung zu berücksichtigen. Im Zuge der curricularen Planung könnten beispielsweise wählbare Schwerpunkte (Module) im Sinne einer Spezialisierung bereits während der Ausbildungszeit entwickelt werden.

Alle interviewten Berufsinhaberinnen waren sich einig, dass Hebammen im deutschen Gesundheitssystem, vor allem im Bereich der Schwangerenvorsorge, perspektivisch ihr noch weitgehend ungenutztes Potential einbringen und sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor dazu beitragen könnten, die Versorgungsqualität während des reproduktiven Lebenszyklus zu verbessern.

Die Hebammen waren sich auch einig, dass die eigene Berufsgruppe nicht nur historisch eine besondere Stellung unter den Gesundheitsfachberufen einnimmt: Hebammen unterscheiden sich durch die Vorbehaltstätigkeiten von den klassischen ärztlichen Assistenzberufen und verfügen über einen gesetzlich festgeschriebenen Zuständigkeitsbereich, in dem sie selbstständig und ohne Anordnung tätig sind. Mit Blick auf die Ärzteschaft und Pflege befinden sie sich somit gewissermaßen „zwischen den Stühlen“. Aus berufspolitischer Perspektive wurde betont, dass in der Hierarchie des Gesundheitswesens die Stellung innerhalb des Systems maßgeblich von der absolvierten Ausbildung abhängt. Studierende Hebammen würden folglich ihre formale Stellung sowohl gegenüber den Ärzten als auch gegenüber den Pflegeberufen verändern.

Berufsgruppenexterne Sicht

Erwartungsgemäß wird diese Sicht auf die Tätigkeit und Bedeutung von Hebammen von den kooperierenden Berufsgruppen so nicht geteilt. Vielmehr zeigt sich in den Interviews ein Spannungsfeld, das sich aufgrund von Bestrebungen, Hebammen eine zugleich wissenschaftliche Ausbildung zukommen zu lassen, grundsätzlich verstärkt.

³ Im engeren Sinne beschreibt die Bezeichnung Familienhebamme derzeit Kolleginnen, die eine spezielle Weiterbildung absolviert haben und schwerpunktmäßig in der psychosozialen und medizinischen Beratung und Betreuung von Risikogruppen arbeiten. Durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen fördern Familienhebammen gezielt die Gesunderhaltung von sozial benachteiligten Familien.

Hebammen sind gemäß ihrer dreijährigen Qualifikation ähnlich eingruppiert wie die Gesundheits- und Krankenpflege. Eine derartige ‚Eingruppierung im Vergleich‘ soll aus gewerkschaftlicher Sicht perspektivisch durch Heraushebungsmerkmale ergänzt werden. Die Stellung der Hebammen innerhalb der Pflegeberufe, zu denen sich die Hebammen in ihrem Selbstverständnis nicht zählen, würde sich dadurch differenzieren. Eine solche Neuordnung der Gesundheitsfachberufe ist aus Gewerkschaftsperspektive notwendig und sinnvoll, auch wenn aus der Betonung von Unterschieden möglicherweise eine verstärkte Konkurrenz zwischen den einzelnen Gruppen der Gesundheitsfachberufe resultiert.

Eine akademische Ausbildung erhöht grundsätzlich den Status einer Berufsgruppe, im Falle der Hebammen käme es zu einer - allerdings moderaten - Annäherung an den Ärztestand. Eine solche Annäherung könnte Kompetenzkonflikte und Fragen der Zuständigkeit hervorbringen bzw. verstärken, da anstelle der Hierarchie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit quasi ‚auf Augenhöhe‘ treten müsste, die die entsprechende berufliche Zuständigkeit nach physiologischen oder pathologischen Verläufen regeln würde. Hier werden aus berufspolitischer Sicht und auch von den Praktikerinnen entsprechend ausgeprägte Hürden für eine Akademisierung im Hebammenwesen von Seiten der Ärztelobby vermutet. Drohender Prestigeverlust und steigende Konkurrenz scheinen hier mögliche Motive. Aus Gewerkschaftsperspektive gestaltet es sich generell schwierig, das Kräfteverhältnis im Gesundheitswesen zugunsten anderer Berufsgruppen als der der Mediziner zu verschieben. Erfahrungsgemäß können viele Entwicklungen seitens der Ärzteschaft und der Pharmaindustrie beeinflusst werden, indem aus einer medizinischen Begründung heraus eigene Interessen und Ziele legitimiert und durchgesetzt werden.

Wünschenswert wäre von Seiten der befragten Hebammen eine partnerschaftliche, gleichberechtigte und respektvolle Kooperation⁴ von Ärzten und Hebammen. Ob und wie eine solche Zusammenarbeit in den unterschiedlichen ambulanten und stationären Tätigkeitsbereichen gelingt, ist sowohl von den Versorgungsstrukturen als auch von den einzelnen Akteuren abhängig. Es kommt hier erschwerend hinzu, dass bei vielen Beteiligten sowohl auf Seiten der Ärzte als auch bei den Hebammen Unklarheit darüber herrscht, wie sich die konkrete Abgrenzung der jeweiligen Arbeitsbereiche⁵ gestaltet. Scheinbar fragliche Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten erschweren immer wieder die Zusammenarbeit. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Unterscheidung von physiologischen und pathologischen Verläufen, da hierüber die primären Zuständigkeiten von Hebamme oder Arzt klar definiert sind. In der Realität gestaltet sich eine solche fachlich eindeutige Abgrenzung jedoch schwierig: Es gibt inhaltliche Grauzonen wie das Merkmal „Alter über 35 Jahre“, welches Schwangere gemäß deutscher Mutterschaftsrichtlinien als Risikopatientinnen identifiziert. Zugleich ist die strukturelle Gestaltung in Deutschland seit dem letzten Jahrhundert von der ärztlichen Schwangerenvorsorge und der stationären klinischen Geburtshilfe geprägt, was letztlich einen Eingriff in den Tätigkeitsbereich der Hebammen darstellt.

⁴ In der Literatur beschreiben Hildebrandt und Göbel (2008: 13f) Hebamme und Arzt gar als „Eltern, die gemeinsam für das Gelingen der Geburt eintreten“, wobei in der Sondersituation des Gebärens die Hebamme eher in der Rolle der Mutter (Nähe, Zuwendung, Beistand, Trost) gesehen wird und das ärztliche Personal eher die Funktion des Vaters (Schutz, Führung, Kontrolle) zugeschrieben bekommt.

⁵ An dieser Stelle muss jedoch betont werden, dass der Gesetzgeber sowohl Kompetenzbereiche (vorbehaltene Tätigkeiten) als auch die Grundsätze der Zusammenarbeit (Hinzuziehungspflicht und Weisungsbefugnis) eindeutig geregelt hat (siehe Hebammen-gesetz (HebG) und die länderspezifischen Berufsordnungen (HebBO)).

Es wird deutlich, dass die Konkurrenz in einigen Arbeitsbereichen zunimmt. Die Schwangerenvorsorge durch Hebammen wird nach Aussage der außerklinischen Praktikerinnen von niedergelassenen Gynäkologen oftmals boykottiert, da hier vermeintlich Defizite in der Qualifikation von Hebammen bestünden. Ebenso wird die Qualität außerklinischer Geburtshilfe von Vertretern des stationären Sektors immer wieder angezweifelt.⁶ Interessanterweise wird den Hebammen nur dann die fachliche Kompetenz abgesprochen, wenn die fragliche Dienstleistung ebenfalls von einer anderen Berufsgruppe ausgeführt wird, zum Beispiel in der Schwangerenvorsorge oder wenn die Dienstleistung ein alternatives Angebot zu bestehenden Versorgungsstrukturen darstellt wie zum Beispiel bei den Geburtshäusern. In der konkurrenzlosen Tätigkeit der ambulanten Wochenbettbetreuung hingegen werden kaum Zweifel an der Qualifikation von Hebammen laut.

Hebammen erwerben zugleich bereits im Verlauf ihrer Ausbildung praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dieses praktische Wissen und die berufliche Handlungsfähigkeit stellen eine besondere Ressource für die Berufsgruppe der Hebammen dar. Dies äußerten nicht nur Berufsinhaberinnen, sondern auch kooperierende Berufsgruppen. In Kontrast zu einem theoriebetonten Medizinstudium haben die Hebamenschülerinnen bereits über den gesamten Verlauf ihrer Ausbildung die Möglichkeit, handelnd Erfahrungen zu sammeln und in der realen beruflichen Praxis mitzuwirken und zu lernen. Diesen Vorteil hoben auch die interviewten Ärzte hervor. Dabei scheint es in der klinischen Praxis üblich, dass auch angehende Mediziner in den geburtshilflichen Abteilungen von erfahrenen Hebammen lernen, vor allem bei der Betreuung physiologisch verlaufender Geburten.

3.2.2 Erforderliche Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Hebammenarbeit

Das Kompetenzprofil einer Hebamme wurde von den befragten Personen variierend beschrieben.⁷ Aus ärztlicher Sicht ist für eine gute Zusammenarbeit wichtig, dass Hebammen Gefahren- und Notfallsituationen rechtzeitig erkennen und den Arzt hinzuziehen. Positiv wird es bis zu einem gewissen Punkt gewertet, wenn Hebammen ärztliche Aufgaben wie Blutentnahme übernehmen können, d.h. wie Pflegenden auch medizinische Assistenz leisten, aber grundsätzlich nicht ihre Kompetenzen überschreiten. Diese medizinische Assistenz wird von Hebammen nicht als Teil des Selbstverständnisses beschrieben.

Um zu jedem Zeitpunkt sowohl medizinisch als auch psychosozial problematische Situationen erkennen und entsprechend reagieren zu können, brauchen Hebammen nach ihrer eigenen Beschreibung ein hohes Maß an Fachwissen, eine gute Menschenkenntnis und die Kompetenz zur professionellen Beziehungsgestaltung. Sie müssen eigene Grenzen und Zuständigkeiten richtig einschätzen und Frauen ggf. im Sinne der vernetzten Arbeit an entsprechende Stellen weiterleiten. In der Fachkompetenz spielen sowohl das theoretische Wissen als auch praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten eine große Rolle. Hebammenwissen sollte zudem aus Sicht einiger Interviewpartnerinnen wissenschaftlich fundiert und aktuell sein, was wiederum die methodische Kompetenz voraussetzt, entsprechende hochwertige Informationen beschaffen und bewerten zu können. Das Praxiswissen, die Erfahrung und das handwerkliche

⁶ Diese Annahme entbehrt einer sachlichen Grundlage, wie Janssen et al. (2009) herausstellte.

⁷ Einen systematischen Überblick zum „Kompetenzprofil Hebamme“ aus berufsgruppeninterner Sicht hat der Pädagogische Fachbeirat des Bundes Deutscher Hebammen (2005) herausgegeben.

Können der Hebammen sowie das „Arbeiten mit allen Sinnen“ unter Einbezug von Wahrnehmung, Beobachtung und Intuition werden aber auch als eine wesentliche und wichtige Ressource der Berufsgruppe gesehen.

Kommunikationsvermögen, professionelle Interaktion und psychologisches Wissen im Sinne eines „Fingerspitzengefühls für Menschen und Situationen“ als soziale Kompetenzen scheinen unabdingbar, um kompetente Aufklärung, Beratung und Anleitung zu gewährleisten. Die Betreuung unter Einbezug psychosozialer Aspekte ergänzt die vornehmlich medizinisch orientierte Versorgung in ambulanten ärztlichen und stationären Angeboten sinnvoll. Hebammen sollten grundsätzlich in der Lage sein, im Sinne des Empowerments Frauen und Familien in ihrer eigenen Kompetenz zu unterstützen und diese gemäß ihrer individuellen Bedürfnisse durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu begleiten. Besonders in der Geburtshilfe und in der Wochenbettbetreuung ist es für die Hebamme außerdem wichtig, eine angemessene Mischung zu finden aus empathischem, bedürfnisorientiertem Umgang auf der einen und Führungsqualität (direktives Lenken und Leiten) auf der anderen Seite. Eine vorurteilsfreie, offene Grundhaltung, Geduld und Empathie wie auch Flexibilität und Verantwortungsbewusstsein werden als wesentliche Eigenschaften einer Hebamme beschrieben. Außerdem sollte die eigene professionelle Rolle ebenso wie der persönliche Umgang mit Macht kritisch reflektiert werden können.

Nicht zuletzt ist Teamfähigkeit ebenso wie ein gewisses Maß an persönlichem Abgrenzungsvermögen und gutes Selbstmanagement eine weitere Grundlage für qualitativ hochwertige Arbeitsleistungen. Das realistische Einschätzen der eigenen Grenzen und Zuständigkeiten ermöglicht dabei vernetztes, interdisziplinäres Arbeiten und bewahrt die Hebamme davor, als berufliche Einzelkämpferin zu wirken.

Immer wieder wurde in den Interviews kritisch angemerkt, inwiefern und in welchem Maß viele der zuvor aufgeführten „softskills“ – man könnte bei diesen persönlichkeitsbezogenen Eigenschaften auch von Tugenden sprechen – überhaupt durch berufliche Qualifikation vermittelt werden können oder ob hier die persönlichen Voraussetzungen bzw. Dispositionen der Auszubildenden und damit indirekt die Bewerberinnenauswahl die wesentliche Rolle spielt.

Die Kompetenzen von Hebammen werden hier tendenziell als quasi natürliche, der Person gegebene Fähigkeiten beschrieben, die bestenfalls erfahrungsgestützt erworben werden können, aber mit Ausnahme des Fachwissens keiner systematischen Aneignung bedürfen und darüber auch nicht erworben werden können. Diese Sicht des Anforderungsprofils der Tätigkeit als Hebamme als nicht systematisch erwerbbar zu beschreiben, da es nicht Kompetenzen sondern Tugenden sind, steht zu einer auch akademischen Qualifikation, vor allem zu einer Entwicklung von einer Hebammenwissenschaft, in einem gewissen Widerspruch. Ähnliche Argumentationen sind aus den ersten Jahren der Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland gut bekannt. Es scheint möglich, dass Hebammen ihre Eigenständigkeit gegenüber der Medizin gerade daraus schöpfen wollen, dass sie Erfahrung und Intuition einer wissenschaftlichen Sicht – der Medizin – gegenüberstellen. Wissenschaft kann allerdings auch Methoden bereitstellen, aus Erfahrungen systematisch zu lernen und Intuition kann durch klinische Expertise abgelöst werden, die immer auch den aktuellen, übersubjektiven Erkenntnisstand reflektiert.

3.3 Stärken und Schwächen der aktuellen Ausbildungsstruktur

Der theoretische Teil der Ausbildung findet derzeit mit 1.600 Stunden an den Berufsfachschulen (Hebammenschulen) statt. Die praktische Ausbildung ist mit 3.000 Stunden angesetzt, diese werden an verschiedenen Einsatzorten des Ausbildungsträgers absolviert. Für die praktische geburtshilfliche Ausbildung sind die Schülerinnen je nach Ausbildungsort entweder nur im Kreißaal der Klinik oder zusätzlich auch in den geburtshilflichen Abteilungen der Umgebung eingesetzt. Da die Hebammenschulen großen (Universitäts-) Kliniken angegliedert sind, entsprechen die praktischen Einsatzorte für die Geburtshilfe in der Regel Kreißsälen mit mindestens 1.000 Geburten und, bedingt durch die Klientel, sind dort entsprechend hohe Interventions- und Kaiserschnitttraten zu verzeichnen. Positiv wurde hervorgehoben, dass die Hebammenschülerinnen eine finanzielle Vergütung⁸ für die Zeit ihres Ausbildungsverhältnisses erhalten.

Durch den hohen Anteil praktischer Ausbildungsstunden können die Hebammenschülerinnen von Beginn der Ausbildung an reichlich praktische Erfahrungen sammeln und ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen kontinuierlich erweitern. Dies ist neben den befragten Hebammen vor allem auch durch die interviewten Medizinerinnen und Mediziner hervorgehoben worden. Durch die unterschiedlichen klinischen Einsatzorte – neben den geburtshilflichen Abteilungen sind hier vor allem die gynäkologischen Stationen, Kinderklinik, OP und Ambulanz zu nennen – erweitern die Auszubildenden ihren Erfahrungshorizont in verschiedene Richtungen. In einem anteilig betrachteten geringen Stundenumfang können zudem praktische Einsätze im außerklinischen Tätigkeitsbereich von Hebammen absolviert werden. Diese so genannten Externate dauern je nach Schule zwischen vier und zwölf Wochen. Nachteilig an der Gestaltung der derzeitigen Ausbildung ist aber deren überwiegende Ausrichtung an der stationären Versorgung. Eine vermehrte Vorbereitung sowohl auf die freiberufliche als auch außerklinische Hebammenarbeit wäre sowohl aus Sicht des pädagogischen Personals als auch aus Sicht der Praxis wünschenswert. Eine solche freiberufliche Tätigkeit stellt für viele zukünftige Kolleginnen aufgrund persönlicher Präferenzen aber auch im Hinblick auf die Entwicklungen der geburtshilflichen Landschaft und des Arbeitsmarktes in Deutschland die berufliche Perspektive nach bestandenen Hebammenexamen dar.

Kritisch wird hinterfragt, inwiefern die Schülerinnen in der aktuellen praktischen Ausbildung die Möglichkeit haben, ausreichend Erfahrung in den physiologischen Prozessen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu sammeln. Die Betreuung physiologischer Abläufe stellt dabei, wie bereits vorangehend beschrieben, einen wesentlichen Aspekt professioneller Identität von Hebammen dar. Diese sollten von den zukünftigen Kolleginnen in der Ausbildung ebenso erfahren werden können wie die Betreuung regelwidriger und pathologischer Verläufe. Anders ausgedrückt: Hebammen sollten neben der Geburtsmedizin vor allem die Geburtshilfe lernen können. Dies zu gewährleisten, ist bei den großen Kliniken, die Träger der Hebammenschulen und praktische Ausbildungsorte sind, nicht leicht zu realisieren. Bei den Perinatalzentren mit entsprechend selektierter Risikoklientel, in dem ein Großteil der Praxisstunden absolviert wird, besteht die Gefahr, dass physiologisch verlaufende Geburten nicht ausreichend Gegenstand der praktischen Ausbildung sind. Hier sind vor allem die Betreuung von Risikoschwanger-

⁸ Gemäß § 15 Abs. 1 des Hebammengesetzes (HebG).

schaften, hohe vaginal-operative Geburtenzahlen und Kaiserschnitttraten bis zu 60 Prozent anzuführen. Diese Problematik wurde von allen beteiligten Akteuren in den Interviews benannt.

Die Schülerinnen haben im stationären Bereich weniger häufig die Möglichkeit, risikolose Schwangerschaften im gesamten Verlauf zu begleiten. Auch die Wochenbettbetreuung kann in der Klinik aufgrund des frühen Entlassungsmanagements nur in den ersten postpartalen Tagen erfahren werden.

Je nach Schule und Ausbildungsort ist die Verzahnung von Theorie und Praxis in unterschiedlichem Maße gewährleistet: Die Schülerinnen werden in variierender Intensität auch während der Einsätze am Praxisort von den Lehrerinnen für das Hebammenwesen betreut. Die Verfügbarkeit von Mentorinnen bzw. Praxisanleiterinnen an den Praxisorten ist für die Hebammenausbildung bisher nicht gesetzlich geregelt und unterscheidet sich daher je nach Klinik. Durch den Wechsel von praktischen und theoretischen Ausbildungsabschnitten ist prinzipiell eine kontinuierliche Reflexion der absolvierten Praxisstunden möglich.

Auch das ausgeprägte Hierarchiegefüge in den großen Kliniken und ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Theorie-Praxis-Gefälle von theoretischen Unterrichtsinhalten und tatsächlichen Arbeitsbedingungen der Praxisorte wurden kritisch beleuchtet. Beispielsweise werden die Vorzüge einer integrierten Wochenbettpflege zwar schulisch vermittelt, eine entsprechende Struktur ist jedoch an den praktischen Einsatzorten nicht zwangsläufig gegeben. Zudem wäre es wünschenswert, dass die zeitlichen Kapazitäten der Hebammen in den Ausbildungskreisälen auch im Hinblick auf vermehrte praktische Anleitung der Schülerinnen erweitert würden.

Nicht zuletzt scheint es auch Verbesserungspotential im Hinblick auf die Qualität des theoretischen Unterrichts an manchen Hebammenschulen⁹ zu geben. In den Interviews mit pädagogisch tätigen Hebammen wurde betont, dass bezüglich des theoretischen Unterrichts bundesweit starke Qualitätsgefälle an den verschiedenen Ausbildungsorten existierten, folglich sei eine Aussage zur Qualität der theoretischen Ausbildung keinesfalls generalisierend zu verstehen. Im Einzelfall wären mehr inhaltliche Struktur sowie ein stärker wissenschaftlicher Bezug der Unterrichtsinhalte ebenso wünschenswert wie eine verbesserte Didaktik in der Vermittlung des Stoffes.

3.4 Chancen und Risiken der Akademisierung

3.4.1 Vorzüge der Akademisierung

Bundesweit gibt es seit kurzem für Hebammenschülerinnen die Möglichkeit, ausbildungsbegleitend an der Fachhochschule Osnabrück zu studieren. Diese Option wird von einigen Auszubildenden wahrgenommen. Die inhaltliche Zufriedenheit ist dabei nach Angaben der Betroffenen und des interviewten pädagogischen Personals hoch. Es zeigt sich allerdings, dass der zusätzliche Arbeitsaufwand neben dem Ausbildungsverhältnis eine große organisatorische und zeitliche Herausforderung darstellt. Generell positiv an einem Studium erscheinen für die befragten Berufsinhaberinnen die damit verbundene ge-

⁹ Die derzeit tätigen Lehrerinnen für das Hebammenwesen sind deutschlandweit etwa zur Hälfte akademisch ausgebildet, wobei auch hier kein allgemeingültiger oder pauschalisierender Rückschluss zwischen formaler Qualifikation und Unterrichtsqualität zulässig ist.

sellschaftliche Anerkennung im Sinne einer Statuserhöhung und die Hoffnung, die Professionalisierung¹⁰ der Berufsgruppe voranzubringen. Inwiefern sich die akademische Ausbildung in der späteren Berufsausübung auch finanziell abbilden ließe, wird als wünschenswert betrachtet, aber skeptisch beurteilt.

Inhaltlich wird eine akademische Qualifikation vor allem seitens der befragten Hebammen mit einer Steigerung der Ausbildungsqualität in Verbindung gebracht. An der Hochschule könnte eine reflektierte, hinterfragende und wertschätzende Ausbildung realisiert werden. Statt den Schwerpunkt auf subjektives oder institutionelles Erfahrungswissen („das ist so, weil das schon immer so war“) zu legen, würde die zeitgemäße Orientierung an intersubjektiver Empirie und Evidenzbasierung treten. Eine differenziertere Betrachtungsweise könnte vor allem in der Beschäftigung mit heiklen Themen wie z.B. Pränataldiagnostik von Vorteil sein. Auch interdisziplinäres, vernetztes und ganzheitliches Denken und Handeln könnte durch das gemeinsame Lernen mit Studierenden anderer Disziplinen bereits früh erfahren werden. Fundiertes Wissen zur professionellen Beziehungsgestaltung (Kommunikation und Interaktion) könnten die Kernkompetenzen des Hebammenberufes betonen und erweitern. Außerdem kann sich durch die akademisierte Ausbildung eine eigenständige Hebammenforschung weiterentwickeln und zunehmend etablieren. Diese könnte unter anderem dazu beitragen, dass unklare fachliche Fragen und inhaltliche wie kompetenzbezogene Grauzonen auf objektive Weise und unter dem Blickwinkel einer verbesserten Versorgungsqualität betrachtet und geklärt werden.¹¹

Mit Blick auf die spätere Berufsausübung ließe sich auch die Vorbereitung auf eine freiberufliche und außerklinische Tätigkeit verbessern. Durch die Verlagerung der praktischen Einsätze auf verschiedene Praxisorte, auch vermehrt an kleineren Krankenhäusern oder im außerklinischen Bereich, könnten die Auszubildenden vielfältige Erfahrungen sammeln. Zudem würden sie unabhängiger vom Ausbildungsträger, bei dem sie oftmals auch als ‚kostengünstige Arbeitskraft‘ wertschöpfend im Alltagsbetrieb eingesetzt werden, statt angeleitet zu werden. Ideal wäre hier auch der Einsatz in hebammengeleiteten Kreißsälen.

Ein dualer Studiengang kann die europäische Anschlussfähigkeit sowohl für den Ausbildungsbereich als auch für die Berufsausübung erhöhen. Durch das Aufheben der Bildungssackgasse im Hebammenwesen wird der Beruf attraktiver auch im Hinblick auf Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Dies begrüßen nicht nur die Berufsinhaberinnen, sondern auch berufspolitische Interessenvertretungen.

Nicht zuletzt verbinden die Praktikerinnen der Berufsgruppe mit einer qualitativ hochwertigeren akademischen Ausbildung die Hoffnung, dass sich die Notwendigkeit vermindert, im weiteren Berufsleben ständig neue und kostspielige Fortbildungen besuchen und finanzieren zu müssen.

¹⁰ Nach Schaub/Zenke (2007: 512) beschreibt der Begriff Professionalisierung die Spezialisierung und Verwissenschaftlichung einer Berufsposition aufgrund gestiegener beruflicher Anforderungen. Dies beinhaltet unter anderem eine Höherqualifizierung der Berufsausbildung und das Einrichten formaler Studiengänge.

¹¹ Luther (2006: 79) nennt dies die „professionelle Kontrolle“ über die richtige Definition einer Sache. Als wesentliche Einfluss- und Machtstruktur besitzen solche Erkenntnisse eine allgemein akzeptierte Gültigkeit und sind das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses im Zuge der Professionalisierung eines Berufes.

3.4.2 Nachteile der Akademisierung

Die Zersplitterung der Berufsgruppe bzw. die Spaltung in akademisch und beruflich qualifizierte Lager ist eine wesentliche Befürchtung einiger befragter Hebammen. Eine derartige Differenzierung könnte sich zwar auch positiv auswirken, d.h. ein breiteres Spektrum von Fähigkeiten in der Berufsgruppe hervorbringen, aber auch negative Effekte erzeugen wie z.B. die steigende Konkurrenz zwischen studierten und beruflich gebildeten Kolleginnen.

Vereinzelte Stimmen aus dem Management sprechen sich explizit gegen die akademische Primärqualifikation aus. Eine solche Ausbildung sei inhaltlich für die Berufsausübung nicht zwingend erforderlich und könne zudem nicht finanziell abgebildet werden. Vor dem Hintergrund der knappen Mittel im Gesundheitswesen wären verteuerte Leistungen aufgrund der akademischen Ausbildung der Hebammen ein Nachteil. Hebammen werden oftmals als „Handwerkerinnen“ der Geburtshilfe betrachtet. Dies entspricht zum einen dem angeführten Selbstverständnis der Berufsinhaberinnen, zum anderen aber auch der Sicht anderer Berufsgruppen, vor allem der ärztlichen Akteure. Eine Ausbildung an der Hochschule ist für viele der befragten Hebammen und Ärzte mit dem Verlust praktischer Arbeitsfähigkeit und Nähe zum Gegenstand von Hebammenarbeit verbunden. Eine akademisch gestaltete Ausbildung scheint deshalb unangemessen und weckt die Assoziation, dass studierte Hebammen nicht mehr praktisch arbeiten wollten. Die bereits bestehende Möglichkeit eines Anschluss- bzw. Aufbaustudiums nach der beruflichen Erstausbildung für spezielle Bereiche wie Management, Pädagogik oder Wissenschaft wird hingegen von allen Befragten als sinnvoll und notwendig betrachtet.

Im Zuge einer akademischen Qualifikation würden sich die Zugangsvoraussetzungen für den Beruf verändern, was gerade von den interviewten Hebammen kritisch angemerkt wird. Nach expliziter Anregung der pädagogisch tätigen Interviewpartnerinnen müsse bei der konkreten Auswahl der Studierenden auch bei einer akademischen Ausbildung neben den formalen Kriterien wie z.B. der Abschlussnote eine Möglichkeit bestehen, den zukünftigen Kolleginnen und möglicherweise Kollegen anhand weiterer Merkmale (softskills) den Zugang zur Ausbildung zu gewähren oder zu verweigern, also durch Motivationsabfrage, persönliche Gespräche oder Assessmentcenter den Ausbildungszugang zu steuern. Durch die an der Hochschule erforderlichen formalen Qualifikation (Fachhochschul- oder Hochschulreife) würde sich automatisch die Bewerberklientel verändern. Hierzu wurde von den befragten Lehrerinnen für das Hebammenwesen allerdings festgehalten, dass ein Großteil der Hebammschülerinnen in Deutschland einen derartigen Schulabschluss vorweisen kann. Hier wird von Seiten der Gewerkschaft als auch der an der Ausbildung Beteiligten überlegt, ob das System durchlässig gestaltet werden könnte und beispielsweise Realschülerinnen über eine alternative Qualifikation eine Zugangsmöglichkeit erhalten könnten. Die formale Qualifikation käme außerdem einem Heraufsetzen der Altersgrenze gleich und ließe zudem auf ein gutes Maß an persönlicher Reife und kognitiven Fähigkeiten hoffen. Dies würde in den Reihen der befragten Hebammen im Hinblick auf die Anforderungen des Berufes und der Erfahrung mit sehr jungen Auszubildenden ausdrücklich begrüßt.

Sehr kritisch bewertet wird ein Wegfall der bisher üblichen Ausbildungsvergütung im Falle eines Studiums: Auch hier käme es zu einer Selektion des Bewerberinnenkreises; für die Finanzierung der Ausbildung müssten die Studierenden eine andere Regelung finden.

3.5 Konkrete Gestaltungsmerkmale eines Studienganges

Aus den Interviews kristallisieren sich konkrete Anregungen für die Gestaltung eines Hebammenstudienganges heraus, die im Folgenden stichpunktartig aufgeführt werden:

Lernortkooperation: Kooperation mit bestehenden Hebammenschulen als praktische Ausbildungsorte für fachlich-klinischen Unterricht.

Dauer: Verlängerung der Ausbildungszeit auf vier Jahre.

Zulassung: Etablierung eines Auswahlverfahrens, das über die rein formale Qualifikation hinaus die Möglichkeit böte, die Bewerberklientel auch nach persönlicher und inhaltlicher Eignung zu selektieren. Grundsätzliche Möglichkeit, auch über einen Quereinstieg an der Hochschule zugelassen zu werden. Kleine Studiengruppen fördern den psychosozialen Rückhalt in der Ausbildung.

Struktur: Modularisierung der Ausbildungsstruktur und Verbesserung der Prüfungsvorbereitung. Leistungskontrolle nicht nur im Examen (Momentaufnahme) sondern über den gesamten Verlauf der Ausbildungszeit.

Praxis: Beibehalten des hohen Anteils praktischer Anteile in der Ausbildung. Deutliches Augenmerk auf die Verzahnung und Kooperation von Theorie und Praxis, auch in Form von Praxisanleiterinnen. Vermehrter Einbezug außerklinischer Lernorte, gemäß der Forderung des DHV, ein Drittel der Praxisstunden außerhalb der Klinik anzusiedeln. Daraus resultiert eine verbesserte Vorbereitung auf eine freiberufliche oder außerklinische Tätigkeit und auf das gesamte Tätigkeitsspektrum der originären Hebammenarbeit gemäß dem Betreuungsbogen, vor allem der Schwangerenvorsorge. Modifizierte Auswahl der praktischen Einsatzorte, Einbezug von Bereichen der Psychiatrie, Schwangerenkonfliktberatung o.ä. Zusätzlich zu den Einsätzen in Perinatalzentren Einbezug verschiedener, auch kleinerer geburtshilflicher Abteilungen. Der hebammengeleitete Kreißaal wäre hier ein idealer Einsatzort für die stationäre geburtshilfliche Ausbildung.

Wissenschaft: Erweiterung und Vertiefung des theoretischen Themenspektrums. Wissenschaftliche Ausrichtung und Fundierung der Lerninhalte, Vermittlung von Methodenkompetenz und Techniken wissenschaftlichen Arbeitens, vermehrter Einbezug psychologischer und gesellschaftspolitischer Aspekte, auch ökonomische Inhalte und Qualitätsmanagement, vermehrter Einbezug anderer Fachdisziplinen. Kontinuierliche Verbesserung des theoretischen Unterrichts, auch über die akademische Qualifikation der Lehrenden.

Schwerpunktsetzung: Realisierung von Spezialisierungsmöglichkeiten innerhalb des Ausbildungsganges. Wählbare Schwerpunkte wären z.B. Intensivmedizin, außerklinische Arbeit, Familienhebamme.

Klinische Ausbildung für Niederlassung: Einführen einer zweiten, klinischen Phase der Ausbildung für Hebammen im Übergang in die freiberufliche Arbeit ähnlich wie bei der Facharztausbildung für Ärztinnen und Ärzte.

4 Fazit

Von der verbandlichen Interessenvertretung der Hebammen in Deutschland seit gut zehn Jahren angestrebt, wirft die Akademisierung des Hebammenberufes heute sowohl in den eigenen Reihen als auch bei benachbarten Berufsgruppen Fragen auf. Bei den Berufsvertreterinnen scheint weniger die Frage *ob*, sondern vielmehr die Frage, *wie* die Hebammenausbildung zeitgemäß gestaltet und möglicherweise auf Hochschulniveau angesiedelt werden kann, ohne dass sich dies negativ auf das Berufsprofil und seine praxisbezogenen Kernkompetenzen auswirken würde. Fest steht: Gesellschaftlicher Wandel, medizinisch-technischer Fortschritt und die Veränderungen in der perinatalen Versorgungslandschaft Deutschlands machen eine Anpassung der Hebammenausbildung unumgänglich.

Aktuell arbeiten Hebammen zunehmend als Freiberuflerinnen in der ambulanten Versorgung und unterhalten eigene Praxen oder hebammengeleitete Institutionen. Dies ermöglicht inhaltlich eine autonome, selbstbestimmte Berufsausübung, bringt aber auf der anderen Seite neben dem unternehmerischen Risiko auch deutliche Herausforderungen im Grad der Verantwortungsübernahme hervor. Hier wird die Notwendigkeit deutlich, die grundsätzlichen Zuständigkeiten zwischen Hebammen und Ärzteschaft zu klären und eine fachlich hochwertige Hebammenausbildung zu gewährleisten. Gesetzlich verankert sind Hebammen die Ansprechpartnerinnen für gesunde Schwangerschaften, normal verlaufende Geburten und für das Wochenbett und die Stillzeit. Um diesen Aufgaben verantwortungsvoll und kompetent gerecht werden zu können und auch um die Grenzen zur Pathologie erkennen zu können, brauchen sie eine fundierte Ausbildung. Arbeitsbereiche wie die Schwangerenvorsorge, die in Deutschland in ärztlicher Hand liegen, könnten wieder durch Hebammen bedient werden.

Neben der medizinischen Ausrichtung der Hebammenausbildung sollten zusätzlich auch psychosoziale Schwerpunkte bereits in der Ausbildung gesetzt werden. Dörpinghaus (2009: 944) mahnt hierzu die „deutliche Abgrenzung zwischen Geburtsmedizin und Geburtshilfe“ an, denn Hebammenarbeit braucht neben einer naturwissenschaftlichen Ausrichtung die Ergänzung einer „verstehenden Deutung von Sinnzusammenhängen“. „Gekonnte Nichtintervention, abwartendes Können und psychosoziale Betreuung von Schwangeren und Gebärenden“ (Dörpinghaus, 2009: 944) gehören ebenso zur guten Hebammenarbeit. Eine rein naturwissenschaftliche Herangehensweise kann nicht einzig als Grundlage für die Arbeit mit Menschen und die professionelle Beziehungsgestaltung dienen.

Auch wäre eine formale Ausbildung von angehenden Ärztinnen und Ärzten zur Physiologie reproduktiver Prozesse durch Hebammen denkbar. Bisher findet eine solche Anleitung eher stillschweigend in der alltäglichen Praxis statt. Durch wechselseitigen Unterricht könnten beide Seiten von der jeweiligen Expertise profitieren.

Im stationären Sektor werden Hebammen vor allem an kleineren geburtshilflichen Abteilungen immer häufiger als „Beleghebammen“ beschäftigt. Diese Selbstständigkeit besteht dabei nicht nur in finanzieller oder organisatorischer Hinsicht, sondern fordert von den Betroffenen auch jederzeit fachliche Aktualität, denn ihr Handeln ist zu jedem Zeitpunkt eigenverantwortlich und dem Wohl von Mutter und Kind verpflichtet. Diese Selbstständigkeit, die auch rechtliche Konsequenzen hat, fordert von den Hebammen beispielsweise die permanente Ausrichtung des eigenen Handelns an evidenzbasierten Erkenntnissen

und zum Beschaffen und Verwerten solcher Informationen müssen Hebammen bereits von Beginn ihrer Ausbildung an befähigt werden. Gleiches gilt natürlich auch für alle Bereiche der außerklinischen Hebammenarbeit und grundsätzlich auch für die Arbeit der in Kliniken angestellten Kolleginnen.

Die derzeitigen Hebammschülerinnen zeigen sich eher skeptisch hinsichtlich einer Ausbildung auf Hochschulniveau – die Sorge vor möglichen Nachteilen gegenüber studierten Kolleginnen im späteren Berufsleben überwiegt aktuell also auch beim Hebammennachwuchs. Unruhe und Irritationen innerhalb der Berufsgruppe, welche mit einer Pluralisierung der Ausbildungsmöglichkeiten einhergehen könnten, müssen wohl zunächst schlichtweg ausgehalten werden, soll die Akademisierung des Berufes Hebamme vorangetrieben und perspektivisch etabliert werden.

Die Widerstände aus den Reihen der Ärzteschaft und der Pflege können als Sichtweise aus dem jeweiligen Blickwinkel heraus betrachtet werden.

Die Akademisierung als Bestandteil eines umfassenden Professionalisierungsprozesses des Hebammenberufes ist dabei nicht automatisch gleichzusetzen mit der Optimierung der Ausbildung. Auch die derzeitige Hebammenausbildung an Berufsfachschulen wird ständig angepasst und weiterentwickelt.

Für die Gestaltung eines hochwertigen Studienangebotes für Hebammen gilt zu prüfen, ob und inwiefern organisatorische und inhaltliche Vorstellungen und die angeführten Gestaltungsmerkmale konkret mit der Modellklausel vereinbar sind, dies bezieht sich vor allem auf eine verlängerte Ausbildungszeit und auf die Struktur und Organisation der praktischen Ausbildungsanteile. Wünschenswerterweise sollte die Hebammenausbildung bei allen Reformansätzen weder inhaltlich noch organisatorisch an Qualität verlieren. Natürlich werden auch hier die verschiedenen gegebenen Rahmenbedingungen Kompromisse fordern, Machbarkeit einschränken und kreative statt optimale Lösungen hervorbringen müssen.

Der Einbezug derzeit tätiger Lehrerinnen für das Hebammenwesen kann dabei maßgeblich die berufsbezogene, fachpraktische Qualität solcher neuen Ausbildungsangebote sichern. Duale Studiengänge können zum einen bestehende (und bewährte) Ausbildungsstrukturen erhalten und gleichzeitig neue Impulse integrieren, um die Qualität der grundständigen Ausbildung zu steigern und sie inhaltlich an die zukünftigen Anforderungen des Berufes anzupassen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Auswahl der Interviewpartner/innen.....	9
Abbildung 2	Wechselwirkung von Ausbildungsqualität, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit.....	12
Abbildung 3	Betreuungsbogen in der Hebammenarbeit.....	14

Literatur

- Deutscher Hebammenverband e.V. (2011): Hebammenausbildung an die Hochschule. Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirats im Deutschen Hebammenverband e.V.
<http://www.hebammenverband.de/index.php?id=788> (letzter Zugriff: 08.11.12).
- Dörpinghaus, S (2009): Hebammenstudiengang in Bochum – der Gesundheitscampus. Offener Brief an Helga Albrecht. Gekürzte Version. Hebammenforum 11, 943–944.
- Flick, U; von Kardorff, E; Steinke, I (Hrsg.) (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. aktualisierte Auflage. Rowohlt Verlag: Hamburg.
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (Hrsg.) (2009): Qualitätsbericht 2007. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Im Auftrag der „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ Verlag Wissenschaftliche Scripten, Auerbach.
http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2007.pdf (letzter Zugriff: 08.11.12).
- Hildebrandt, S; Göbel, E (2008): Geburtshilfliche Notfälle vermeiden – erkennen – behandeln. Hippokrates Verlag: Stuttgart.
- Hopf, C (2008): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, U; von Kardorff, E; Steinke, I (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. aktualisierte Auflage. Rowohlt Verlag: Hamburg.
- Janssen, P; Saxell, L; Page, L; Klein, M; Liston, R; Lee, S (2009): Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ 181 (6–7):377–383.
- Luther, B (2007): Die Rolle der Lehrenden in der Hebammenausbildung. Ein Bindeglied zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und sich wandelnder Berufs Anforderung. Shaker Verlag: Aachen.
- Pädagogischer Fachbeirat des Bundes Deutscher Hebammen (Hrsg.) (2005): Kompetenzprofil Hebamme.
[http://www.hebammenverband.de/index.php?id=859&no_cache=1&sword_list\[\]=kompetenzprofil](http://www.hebammenverband.de/index.php?id=859&no_cache=1&sword_list[]=kompetenzprofil) (letzter Zugriff: 10.11.12).
- Sayn-Wittgenstein, F zu (Hrsg.) (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Hans Huber Verlag: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Schaub, H; Zenke, K (2007): Wörterbuch Pädagogik. 2. aktualisierte Auflage. Deutscher Taschenbuch Verlag: München.
- Universitätsleitung der Universität Zürich (Hrsg.) (2006): Leitfaden zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frau und Mann. 4. aktualisierte Auflage.
<http://www.fwb.uzh.ch/services/gender/Leitfaden.pdf> (letzter Zugriff: 12.11.12).

ISBN 978-3-940713-08-7

pg-papers 02/2013

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda