

Aus dem Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung:
Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité - Universitätsmedizin Berlin

von

Jessica Pehlke-Milde
aus Schopfheim

Gutachter: 1. Prof. Dr. J. Beier
 2. Priv.- Doz. Dr. med. M. Rauchfuß
 3. Prof. Dr. F. zu Sayn-Wittgenstein

Datum der Promotion: 21.09.2009

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die durch ihre Unterstützung maßgeblich zu dieser Dissertation beigetragen haben.

An erster Stelle richtet sich mein Dank an Frau Prof. Dr. Jutta Beier für die wissenschaftliche Betreuung meiner Doktorarbeit und die Unterstützung, die sie mir in den Jahren der Erstellung zukommen ließ.

Weiterhin gilt mein Dank dem Deutschen Hebammenverband e. V., der das Dissertationsvorhaben auf den Weg brachte und mich mit Mitteln der Firma Hartmann in diesem Vorhaben finanziell unterstützte. Insbesondere gilt hier mein Dank den Präsidentinnen Magdalene Weiß und Helga Albrecht sowie den Beirätinnen für den Bildungsbereich Antje Kehrbach und Lisa Janicke. Besonderer Dank gilt auch dem Pädagogischen Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes. Die Kolleginnen unterstützten diese Arbeit durch ihre fachliche Expertise und durch ihre Aufgeschlossenheit, die konzeptionellen Vorarbeiten dieser Dissertation in der weiterführenden curricularen Arbeit umzusetzen. An dieser Stelle gilt natürlich auch mein besonderer Dank den Hebammen, Auszubildenden und Lehrenden, die durch ihre Bereitschaft, ein Interview zu führen bzw. an einer Gruppendiskussion teilzunehmen, diese Dissertation erst ermöglichten.

Mein herzlicher Dank geht auch an Frau Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein und Frau Prof. Dr. Valerie Fleming, die mir den Zugang zu nationalen und internationalen Forschungsprojekten ermöglichten, so dass ich hier wertvolle Erfahrungen im Bereich der Hebammenforschung sammeln konnte. Ebenso möchte ich an dieser Stelle all meinen Kolleginnen und Kollegen danken, mit denen ich mich über meine Forschungsfragen austauschen konnte. Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Gudrun Thielking-Wagner und Frau Barbara Müller für das abschließende Lektorat.

Mein besonderer Dank geht an meinen Mann Wolfram und meinen Sohn Quentin, die mich mit ihrer Zuversicht in meinem Vorhaben gestärkt und unterstützt haben.

Vorbemerkung zum Sprachgebrauch

In der vorliegenden Arbeit wurden, in Anlehnung an den Leitfaden zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frau und Mann der Universität Zürich (2006), verschiedene sprachliche Möglichkeiten eingesetzt, um einen geschlechtergerechten Sprachgebrauch umzusetzen. Dabei wurden Paarformen (z. B. Ärztinnen und Ärzte), geschlechtsneutrale Ausdrücke (z. B. die Studierenden) und Umformulierungen wenn möglich genutzt, um den Text klar, flüssig und leicht lesbar zu gestalten. Gleichwohl wurde die weibliche Sprachform dann verwendet, wenn es sich bei den aufgeführten Personen und Berufsgruppen ausschließlich um Frauen handelt. So wurde der Begriff Hebamme genutzt, um zu verdeutlichen, dass sich die Untersuchung bewusst auf Hebammen und nicht auf Entbindungspfleger bezieht. Dies geschah nicht, um zukünftige Entbindungspfleger auszuschließen, sondern um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Kompetenzanforderungen an männliche Kollegen in diesem bisher von Frauen dominierten Berufsfeld eine gesonderte Betrachtung erfordern.

Der Begriff der Geburtshilfe wird in dieser Arbeit, in Anlehnung an das Begriffsverständnis, wie es von Sayn-Wittgenstein (2007) entwickelt wurde, in einer erweiterten Bedeutung genutzt. Dabei bezeichnet Geburtshilfe nicht nur die Unterstützungsleistungen zum Zeitpunkt der Geburt, sondern umfasst die geburtshilflichen Versorgungsleistungen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

INHALTSVERZEICHNIS

I EINFÜHRUNG	3
1 Hintergrund und Problemlage.....	3
2 Ziele und Fragestellungen der Untersuchung	7
II STAND DER FORSCHUNG UND DES WISSENS	8
1 Traditionslinien und Tendenzen in der Entwicklung berufsqualifizierender Curricula.....	8
1.1 Traditionslinien der Curriculumsentwicklung	8
1.2 Strukturen und strukturbildende curriculare Prinzipien	9
1.3 Curricula in der Hebammenausbildung.....	14
1.4 Entwicklungsperspektiven.....	16
2 Kompetenzprofile als Steuerungsinstrumente der Curriculumsentwicklung	18
2.1 Kompetenzorientierung als bildungssektorenübergreifendes Instrument der Bildungsplanung	18
2.2 Konzeptionelle Grundlagen des verwendeten Kompetenzbegriffs	21
2.3 Ausdifferenzierung beruflicher Kompetenzprofile.....	25
2.4 Kompetenzprofile in der Hebammenausbildung	26
3 Ergebnisse der (Hebammen)Kompetenzforschung	33
3.1 Ergebnisse der Hebammenforschung	33
3.2 Ergebnisse der pflegepädagogischen und pflegedidaktischen Kompetenzforschung.....	35
3.3 Ergebnisse der internationalen Hebammenkompetenzforschung	37
4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die empirische Untersuchung	39
III METHODIK.....	43
1 Begründung und Darstellung des Studiendesigns	43
2 Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen.....	47
2.1 Methodischer Ansatz.....	47
2.2 Auswahl der Expertinnen	47
2.3 Planung und Durchführung	51
2.4 Dokumentation und Datenaufbereitung	55
2.5 Datenauswertung.....	57

3 Delphi-Verfahren	63
3.1 Methodischer Ansatz	63
3.2 Auswahl der Expertinnen	63
3.3 Planung und Durchführung	65
3.4 Datenaufbereitung und -auswertung	66
IV DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE.....	68
1 Ergebnisse der Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen	68
1.1 Domäne Geburtshilfliches Wissen	68
1.2 Domäne Geburtshilfliche Kommunikation	78
1.3 Domäne Geburtshilfliche Entscheidung und Handlung.....	91
1.4 Domäne Zuständigkeit und Kooperation.....	101
1.5 Domäne Entwicklung und Organisation.....	110
2 Ergebnisse des Delphi-Verfahrens.....	121
2.1 Darstellung der absoluten Anzahl der Antworten in Delphirunde I und II	121
2.2 Darstellung und Analyse der Ergebnisse in Delphi-Runde II	123
3 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	135
3.1 Domänenspezifische Kompetenzanforderungen	135
3.2 Das Kompetenzprofil	145
V DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN	147
1 Diskussion	147
2 Empfehlungen für die weiterführende curriculare Arbeit.....	157
3 Ausblick	159
Literaturverzeichnis	161
Verzeichnis der Abkürzungen.....	170
Verzeichnis der Tabellen	171
Anhang	172
Anlage 1: Leitfaden für Expertinneninterviews	172
Anlage 2: Fragebogen im Delphi-Verfahren.....	174

I Einführung

1 Hintergrund und Problemlage

Die Versorgung und Betreuung von schwangeren Frauen, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie von Neugeborenen und Säuglingen stellt eine wichtige gesellschaftliche Gesundheitsdienstleistung dar. Die Berufsgruppe der Hebammen ist auf Grund der geltenden deutschen Gesetzgebung befugt, normale Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverläufe zu überwachen und fachkundig zu betreuen. Beim Auftreten von Komplikationen ist die Hebamme laut Hebammengesetz vom 4. Juli 1985 dafür zuständig, eine Ärztin bzw. einen Arzt hinzuzuziehen und deren Weisungen fachgerecht umzusetzen. Um diesen Aufgaben kompetent im Sinne qualifizierter Berufsausübung gerecht zu werden, bedarf es einer an zeitgemäßen beruflichen Anforderungen orientierten und qualitativ gesicherten Ausbildung. Die zurzeit in Deutschland praktizierte Ausbildung zeigt jedoch unter diesen Gesichtspunkten folgende Problemlagen auf, die an dieser Stelle thesenartig skizziert werden.

Die Qualität der Hebammenausbildung ist gegenwärtig gesetzlich nicht ausreichend gesichert

Die Ausbildung und Berufszulassung der Hebammen ist in Deutschland – vergleichbar mit der Ausbildung der nicht-akademischen Gesundheitsberufe insgesamt – bundeseinheitlich in einem Berufsgesetz und der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Für die Ausbildung der nicht-akademischen Gesundheitsberufe findet weder das Berufsbildungsgesetz Anwendung noch untersteht sie per se dem öffentlich-rechtlichen Schulberufssystem, d. h. die Ausbildung erfährt über die Berufsgesetze hinaus keine weiterführenden rechtlichen Regelungen durch Bildungsgesetze. Weder die Berufsgesetze noch die dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen definieren ein nachvollziehbar strukturiertes Ausbildungscurriculum (vgl. Meifort 2004: 61). Die Ausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens stellt damit einen Sonderweg beruflicher Bildung dar, der inzwischen in defizitärer Abgrenzung und unter Auflistung der besonderen Merkmale diskutiert wird (vgl. Krüger 2005).

Eine erste wissenschaftliche Untersuchung zur Hebammenausbildung ergab, dass die konkreten Ausbildungsbedingungen vor Ort und die Qualität der Hebammenausbildung an den Hebammenschulen in Deutschland erheblich differieren. Eine vergleichbare Qualität der Hebammenausbildung ist durch die gegebenen gesetzlichen Vorgaben damit nicht gewährleistet, wobei die geschilderten Mängel nicht ausschließen, dass vielerorts eine gute Ausbildung realisiert wird. Dies ist jedoch nicht

das Ergebnis verlässlicher Ausbildungsstandards, sondern das Resultat glücklicher Bedingungen und engagierter Personen vor Ort (vgl. Zoege 1997, 2004).

Bildungspolitische Entwicklungen und berufspädagogische Erkenntnisse finden keinen Eingang in die Hebammenausbildung

Die fehlende Zuordnung der Hebammenausbildung zum Bildungsbereich ist unter der Berücksichtigung zeitgemäßer bildungspolitischer Forderungen und berufspädagogischer Erkenntnisse problematisch. Im Rahmen der Berufsausbildung der Hebammen können zurzeit keine weiteren, dem in Deutschland bestehenden Bildungssystem entsprechenden, anschlussfähigen Bildungsabschlüsse erworben werden (sog. Bildungssackgasse). Die Absolventinnen dieses klassischen Frauenberufs erfahren damit im Hinblick auf das lebenslange Lernen und die weiteren beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten erhebliche Nachteile.

Die Mobilität der reglementierten Berufe auf dem europäischen Arbeitsmarkt wird weitgehend durch die EU-Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 durch Definition von Mindestanforderungen an die Ausbildung geregelt. Im Artikel 41 dieser EU-Richtlinie wird die Hochschulreife als Zugangsvoraussetzung zur Hebammenausbildung festgelegt. Da im Hebammengesetz der mittlere Bildungsabschluss als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung vorgesehen ist, erfolgt die automatische Anerkennung der deutschen Ausbildungsnachweise, wenn im Anschluss an die dreijährige Hebammenausbildung eine zweijährige Berufserfahrung nachgewiesen wird. Die Mobilität von Berufsanfängerinnen auf dem europäischen Arbeitsmarkt ist damit eingeschränkt.

Die staatlich anerkannten Hebammenschulen sind in den meisten Bundesländern keine Schulen im schulrechtlichen Sinne; Voraussetzung für die Eignung der Schulen ist u. a. deren enge Anbindung an Krankenhäuser, so dass dort die praktische Ausbildung durchgeführt werden kann. Weiterhin ist vorgegeben, dass die Schulen über eine ausreichende Anzahl von Lehrhebammen¹ oder Lehr-entbindungspflegern sowie an der Ausbildung beteiligten Ärztinnen und Ärzten und sonstigen Fachkräften verfügen. Ein Mindeststandard an pädagogischer bzw. akademischer Qualifikation der Lehrhebammen ist nicht definiert, ebenso besteht keine Verbindung von Forschung und Lehre. Damit sind

¹ Die an den Hebammenschulen tätigen Lehrhebammen haben sich auf der Jahrestagung 1996 auf die Berufsbezeichnung Lehrerin für Hebammenwesen verständigt, wobei es sich bei beiden Begriffen nicht um gesetzlich geschützte Berufsbezeichnungen handelt. Die Lehrerinnen für das Hebammenwesen sind in der Regel qualifizierte Hebammen, welche zusätzlich eine berufliche Fachweiterbildung bzw. ein Studium absolviert haben (vgl. Zoege 2004: 11; Rätz 2004: 69ff.).

strukturell nicht die Voraussetzungen gegeben, dass der Unterricht nach erwachsenenpädagogischen, fachdidaktischen und fachwissenschaftlichen Gesichtspunkten gestaltet wird.

Die Hebammenausbildung entspricht nicht den Anforderungen einer zeitgemäßen Gesundheitsversorgung

Neben den strukturellen Missständen ist es notwendig, die Hebammenausbildung inhaltlich an die Erfordernisse einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung anzugleichen. Die Ausbildung wird dem heutigen Berufsbild der Hebammen nicht mehr gerecht, da sich sowohl das Aufgabenspektrum als auch die Form der Berufsausübung grundlegend verändert haben. Die Versorgung in den Kliniken ist heute durch die Ökonomisierung der Versorgungsstrukturen und der damit einhergehenden Verdichtung der Anforderungen geprägt. Risikomanagement, Spezialisierung, interdisziplinäre Kooperation, Vernetzung und Schnittstellenmanagement sind nur einige der Anforderungen, die sich aus den aktuellen Rahmenbedingungen der Versorgungsleistung ergeben (vgl. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Zunehmend werden die Leistungen von Hebammen auch im ambulanten Bereich erbracht, wobei die freiberufliche Berufsausübung in ambulanten Versorgungsstrukturen ein hohes Maß an Autonomie und Eigenverantwortlichkeit der Berufsangehörigen sowie erweiterte ökonomisch-organisatorische Kompetenzen erfordert. Hebammen nehmen neben der Betreuung und Leitung von Geburten vermehrt ihre präventiven und gesundheitsfördernden Aufgaben im Bereich der Schwangerenvorsorge und in der Versorgung junger Familien wahr. Dabei vertreten sie interventionsfreie Versorgungskonzepte, in dessen Mittelpunkt die Frau und ihre Familie stehen. Eine solche Herangehensweise setzt die Fähigkeit zur professionellen Beziehungsarbeit voraus. Dies, wie auch der grundsätzliche Anspruch, die Qualität und Effektivität des beruflichen Handelns in den personenbezogenen Dienstleistungen wissenschaftlich zu begründen, erfordern eine Anpassung der Hebammenausbildung an qualitativ und quantitativ veränderte Anforderungen (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007; Zoege 2004, 2005).

Berufsangehörige und Repräsentantinnen der Berufsverbände treten daher seit Jahren für eine inhaltliche und strukturelle Reform der Hebammenausbildung ein. Der Deutsche Hebammenverband² (im Folgenden auch: DHV e. V.) fordert die Verortung der Hebammenausbildung in das tertiäre Bildungssystem (vgl. Barre 2001; Bund Deutscher Hebammen e. V. 2004). Die bis vor wenigen Jahren ausschließlich berufspolitisch begründete Forderung nach dem Zugang zur akademischen Bildung wird mittlerweile durch bildungs- und gesundheitspolitische Stellungnahmen gestützt (vgl. Gutachten

² Der Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH e. V.) wurde im Herbst 2008 in den Deutschen Hebammenverband e. V. (DHV e. V.) umbenannt.

des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007; WHO 2000; Wissenschaftsrat 1991). Durch die angestrebte Akademisierung und die Zuordnung zum tertiären Bildungsbereich soll die Hebammenausbildung in nationaler wie internationaler Hinsicht Bildung in einem modernen Frauenberuf ermöglichen, wie auch den Qualifikationsanforderungen entsprechen, welche sich aus einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung ergeben. Um den Kompetenzanforderungen des praxisorientierten Berufs zu entsprechen, werden insbesondere duale Studiengänge favorisiert, welche die Integration fachtheoretischer Grundlagen mit berufspraktischen Elementen der Ausbildung ermöglichen (vgl. Wissenschaftsrat 1996, 2002; Zoege 2005). Durch die Einführung der gestuften Studienabschlüsse in Deutschland sind neue Voraussetzungen geschaffen worden, das Studium an den Anforderungen des Beschäftigungssystems auszurichten (vgl. Bologna Erklärung 1999). Diese Entwicklung ist für die Gesundheitsberufe von besonderer Bedeutung, da damit die Verknüpfung der beruflichen und akademischen Bildung gestützt wird (vgl. Rübiger, Pehlke-Milde & Machocki 2008).

Vor diesem Hintergrund initiierte der Deutsche Hebammenverband im Jahr 2002 das Projekt 'Zukunftswerkstatt Hebammenausbildung' (vgl. Kehrbach 2002). Teil des Projekts war die konzeptionelle Entwicklung eines Curriculums für die berufliche Erstausbildung von Hebammen/ Entbindungspflegern an deutschen Fachhochschulen mit dem Abschluss 'Bachelor of Midwifery'. Diese Entwicklungsarbeit war mit der Erwartung verbunden, dass ein wissenschaftlich fundiertes Curriculum die Qualität der Ausbildung sichert, eine Orientierung für Lehrende und Lernende bietet und den Weg der Hebammenausbildung in den tertiären Bildungsbereich ebnet.

Im Rahmen der hier vorgelegten Dissertation werden die Eckpunkte eines solchen Curriculums erarbeitet. Bei der Realisierung des Dissertationsvorhabens musste jedoch bedacht werden, dass die veränderten Anforderungen an den Hebammenberuf bisher nicht unter medizin- und pflegepädagogischen sowie pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten analysiert und dokumentiert wurden. Darüber hinaus erfordert die zeitgemäße Curriculumsentwicklung eine Auseinandersetzung darüber, über welche Kompetenzen die ausgebildeten Hebammen verfügen sollten, um den Anforderungen entsprechen zu können. Bisher wurden diese Kompetenzen weder analytisch identifiziert noch hinreichend systematisiert. Damit fehlen entscheidende Grundlagen für die weiterführende curriculare Arbeit.

2 Ziele und Fragestellungen der Untersuchung

Für die Konzeption berufsqualifizierender Curricula ist eine wissenschaftliche Analyse des aktuellen Standes sowie der prognostischen Entwicklungstendenzen beruflicher Anforderungen grundlegend. Durch die Identifikation und Analyse beruflicher Kompetenzanforderungen an praktizierende Hebammen wird ein konzeptioneller Rahmen für die weitere curriculare Arbeit geschaffen, der sowohl dem System fortschrittlicher Berufsausbildung als auch einer angestrebten Hochschulausbildung gerecht wird. Es wird angestrebt, damit eine forschungsbasierte Grundlage zu schaffen, die eine Vernetzung von gegenwärtig praktizierter Berufsausbildung und Hochschulausbildung ermöglicht.

Ziele der Studie

- Identifikation und Analyse beruflicher Kompetenzanforderungen an Hebammen unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Einflussfaktoren, die zu einem Wandel der beruflichen Tätigkeit führen
- Entwicklung eines Kompetenzprofils, das diese Anforderungen repräsentiert
- Erarbeitung von weiterführenden Empfehlungen, so dass das Kompetenzprofil im Sinne einer Verzahnung der beruflichen und akademischen Ausbildung genutzt werden kann.

Fragestellungen

- Welche Anforderungen werden aus Sicht berufserfahrener Hebammen, Hebammen-schülerinnen und Lehrhebammen aktuell und in Zukunft an praktizierende Hebammen gestellt?
- Wie können die Ergebnisse systematisiert werden, um ein Kompetenzprofil zu entwickeln, das die beruflichen Anforderungen an Hebammen repräsentiert?
- Welche Empfehlungen lassen sich auf der Grundlage der Ergebnisse und unter Berücksichtigung der angestrebten Verzahnung beruflicher und akademischer Bildung ableiten, damit das Kompetenzprofil als konzeptioneller Rahmen für die weiterführende curriculare Arbeit genutzt werden kann?

II Stand der Forschung und des Wissens

1 Traditionslinien und Tendenzen in der Entwicklung berufsqualifizierender Curricula

1.1 Traditionslinien der Curriculumsentwicklung

Die curriculare Diskussion wurde in der Bundesrepublik Deutschland mit der im Jahre 1969 von Saul B. Robinsohn veröffentlichten Schrift 'Bildungsreform als Revision des Curriculum' eingeleitet (Robinsohn 1969). Darin begründete er die Notwendigkeit, den tradierten 'Bildungskanon' entsprechend den Erfordernissen der Zeit zu aktualisieren (ebd.: 1). Er formulierte den Anspruch, dass in der Erziehung die Ausstattung zur Bewältigung von Lebenssituationen geleistet werden sollte und dass:

diese Ausstattung geschieht, indem gewisse Qualifikationen und eine gewisse 'Disponibilität' durch Aneignung von Kenntnissen, Einsichten, Haltungen und Fertigkeiten erworben werden; und daß eben Curricula und – im engeren Sinne – ausgewählte Bildungsinhalte zur Vermittlung derartiger Qualifikationen bestimmt sind. (Robinsohn 1969: 45)

Aufgabe der Curriculumforschung war es demnach, Methoden zu finden, um diese Lebenssituationen, die zu ihrer Bewältigung notwendigen Qualifikationen sowie die entsprechenden Bildungsinhalte in optimaler Objektivierung zu identifizieren. Basierend auf diesen Prämissen formulierte Robinsohn (1969) ein Modell der Curriculumsrevision, in dem die Auswahl von Kriterien, die Konstruktion geeigneter methodischer Verfahrensweisen sowie die Bestimmung von Instanzen begründet wurden. Schon damals wies Robinsohn darauf hin, dass die methodische Erfassung von Lebenssituationen bzw. von beruflichen Verwendungssituationen durch empirische Analysen nur beschränkt realisierbar sei. Stattdessen sollten Wissenschaftler in ihrer Funktion als Experten befragt werden, um eine relative Rationalisierung und Objektivierung des Curriculums zu erreichen (vgl. ebd.: 47ff.).

Robinsohns Schrift war Auslöser für eine intensive Curriculumsdiskussion (vgl. Büchter 2003; Hameyer 1992), die bis Anfang der 80er Jahre in der damaligen BRD geführt und in umfassenden Handbüchern dokumentiert wurde (vgl. Frey 1971, 1975; Hameyer, Frey & Haft 1983). Zunehmend wurde an dieser theoretisch geführten Diskussion der fehlende Bezug zur Unterrichtsrealität kritisiert, so dass in den 70er Jahren die Trendwende zur 'praxisorientierten Curriculumsentwicklung' eingeleitet wurde (vgl. Deutscher Bildungsrat 1974a). Fortan sollte die Curriculumsentwicklung unter Einbezug von Lehrerinnen und Lehrern erfolgen, die mit curricularer Entwicklungsarbeit betraut waren,

um die Implementierung der Curricula durch Praxisvertreterinnen und -vertreter zu sichern. Das lange Zeit dominierende wissenschaftlich-rationalistische Modell der Curriculumentwicklung wurde damit von einem demokratisch-diskursorientierten Modell abgelöst (vgl. Hameyer 1992). Die zunehmende Fokussierung auf das Arbeitsfeld der Praktikerinnen und Praktiker, d. h. auf den Unterricht an sich, führte in Folge zur 'didaktischen bzw. unterrichtswissenschaftlichen Wende' und damit zu einer Verschiebung der Forschungsschwerpunkte auf fachdidaktische Fragen. Das Primat der Ziel- und Inhaltsreflexion wurde durch die Betonung der Interdependenz von Zielen, Inhalten, Methoden und Medien abgelöst, wobei insbesondere die Methodenfrage im Mittelpunkt der neuen didaktischen Diskussion stand (vgl. Reich 1983).

Die aktuell geführte berufspädagogische Curriculumdiskussion zeigt Analogien zu Robinsohns Ansatz der Situationsorientierung bzw. des dargestellten Zusammenhangs von Lebenssituation, Qualifikation und Curriculum (vgl. Büchter 2003). Im Folgenden werden aktuelle Vorgaben und Tendenzen zur Entwicklung und Konstruktion berufsqualifizierender Curricula im dualen System beruflicher Bildung kurz skizziert.

1.2 Strukturen und strukturbildende curriculare Prinzipien

... im dualen System beruflicher Bildung

Die Kombination betrieblicher und schulischer Ausbildung ist charakteristisch für die organisatorische und curriculare Struktur des dualen Berufsbildungssystems in Deutschland. Die Steuerung curricularer Arbeit für die duale Berufsausbildung wird durch Ausbildungsordnungen für den betrieblichen Teil der Ausbildung sowie durch Rahmenlehrpläne für den berufsschulischen Teil der Ausbildung geregelt. Die Entwicklung und Abstimmung der Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrpläne erfolgt nach einem systematisierten Verfahren, welches die Entscheidungsfindung strukturiert und den Einbezug von Kammern und Tarifparteien gewährleistet. Ausbildungsordnungen sind bundesweit geltende Rechtsverordnungen, welche Ausbildungsziele und -inhalte sowie Prüfungsanforderungen für die Ausbildung in Betrieben in Form von Mindestanforderungen festlegen. Diese Vorgaben liegen im Entscheidungsbereich des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit, das – unter Einbezug des zuständigen Fachministeriums und im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Bildung und Forschung – die Ausbildungsordnungen erlässt (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2006a). Die curricularen Vorgaben für den berufsschulischen Teil der dualen Berufsausbildung fallen in der Bundesrepublik

Deutschland in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Um zu einer Übereinstimmung in den Ländern beizutragen, entwickelt die Ständige Konferenz der Kultusminister (im Folgenden auch: KMK) Rahmenlehrpläne für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule. Die Rahmenlehrpläne werden durch die Lehrplankommissionen der entsprechenden Schul- bzw. Kultusbehörden der Länder in Fachlehrpläne umgesetzt.

Trotz der frühen Impulse, Curricula an Lebens- bzw. Verwendungssituationen zu orientieren, folgte die Themenstruktur und Sequenzierung der beruflichen Curricula lange Zeit dem didaktischen Prinzip der Wissenschaftsorientierung (vgl. Rauner 2003; Reetz & Seyd 1995). Mitte der 90er Jahre wurde eine zunehmende Inkompatibilität zwischen dem wissenschaftsorientierten Lernen in der Berufsschule und dem fachsystematisch orientierten Ausbilden in den Betrieben problematisiert (vgl. Reetz 2000). Um dieser Entwicklung entgegenzusteuern, wurde mit den 1996 erstmalig veröffentlichten 'Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen' das Lernfeldkonzept als Konstruktions- und Strukturierungsprinzip der Curriculumsentwicklung eingeführt (vgl. KMK 2007). Lernfelder sind dabei durch Ziele, Inhalte und Zeitrichtwerte beschriebene thematische Einheiten, die an beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsfeldern orientiert sind und den Arbeits- und Geschäftsprozess reflektieren. Darüber hinaus hat die Berufsschule die Aufgabe, die vorher erworbene allgemeine Bildung zu erweitern und die Absolventinnen und Absolventen zur Mitgestaltung der Arbeitswelt und Gesellschaft in sozialer und ökologischer Verantwortung zu befähigen (vgl. ebd.: 9ff.). Mit der Einführung des Lernfeldkonzepts werden berufliche Tätigkeitsfelder zum wesentlichen Bezugspunkt für die Entwicklung beruflicher Curricula (vgl. Bader & Sloane 2000). In Folge der sog. 'arbeitsorientierten Wende' ist damit die Reintegration von Qualifikationsforschung und Curriculumsentwicklung neu begründet worden (vgl. Huisinga & Buchmann 2003; Rauner 2003).

Die Perspektiven der in Deutschland gewachsenen beruflförmigen Organisation von Arbeit und beruflicher Ausbildung werden zusätzlich durch die Entwicklung eines europäischen (Beruflf)Bildungsraums bestimmt, wie er vom Europäischen Rat in der Lissabon Strategie (2000), in der Kopenhagen-Deklaration (2002) sowie in weiteren Folgekonferenzen vereinbart wurde (vgl. Dunkel & Jones 2006). Die Umsetzung der Instrumentarien zur Förderung von Transparenz, Anrechnung und Übertragbarkeit von Qualifikationen, wie dem Europäischen Kreditsystem für die berufliche Bildung (im Folgenden auch: ECVET) und dem Europäischen Qualifikationsrahmen (im Folgenden auch: EQR), erfordert die Beschreibung der Lernergebnisse in Form von Kompetenzen. Die Entwicklung beruflicher Kompetenzprofile als curriculares Referenzsystem ist daher eine absehbare Herausforderung für die Qualifikations- und Curriculumsforschung im dualen System beruflicher Bildung.

... vollzeitschulischer Berufsausbildung (Hebammenausbildung)

Wenn über Berufsbildung in Deutschland gesprochen wird, ist in der Regel vom dualen System der Berufsausbildung, d. h. von der Lehre in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf nach dem Berufsbildungsgesetz (im Folgenden auch: BBiG) die Rede. Das für die Gesundheitsfachberufe geltende Schulberufssystem wird in der Regel in defizitärer Abgrenzung und unter Auflistung der besonderen Merkmale aufgeführt. Zurückgeführt werden die Besonderheiten der Schulberufsausbildung auf die historische Entwicklung der Gründung von Bildungsanstalten für Frauen in der Bismarck-Ära, in denen Mädchen für Tätigkeiten rund um Familienfunktionen (Erziehung, Pflege, Gesundheit) an das heiratsfähige Alter herangeführt wurden (vgl. Baethge, Buss & Lanfer 2003: 39ff.; Krüger 2005). Die Schulberufsausbildungen erfolgen heute zumeist in Vollzeit an einer gesetzlich anerkannten Berufsfachschule, Fachschule oder Schule des Gesundheitswesens. Die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe ist dabei hinsichtlich der betrieblich-arbeitsrechtlichen Organisation mit Ausbildungsverträgen und Ausbildungsvergütung mit fast allen typischen Merkmalen dualer Berufsausbildung ausgestattet (vgl. Krüger 2005: 153).

Die Berufsausbildung der Hebammen wird, wie die anderer Gesundheitsfachberufe auch, über bundesweit geltende Berufsgesetze geregelt. Für die Hebammenausbildung gelten aktuell das Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (HebG) von 1985 sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV) von 1987 in der jeweils aktualisierten Fassung. Im Hebammengesetz werden u. a. Voraussetzungen für den Erwerb der Berufszulassung, die Berufsbezeichnung, die vorbehaltenen Tätigkeiten, das Ausbildungsziel sowie rechtliche Rahmenbedingungen der Ausbildung aufgeführt. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung regelt unter Berücksichtigung der in der EU Richtlinie 2005/36/EG genannten Vorgaben die Mindestanforderungen an die Ausbildung (vgl. § 10 HebG). Die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes wird im Hebammengesetz ausdrücklich ausgeschlossen (vgl. § 26 HebG). Die Bundeskompetenz zur Regelung des Berufs geht dabei auf das besondere gesamtstaatliche Interesse (Art. 72 Abs. 2 GG) an der Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) zurück.

Die Ausbildung wird in den Gesetzen für die reglementierten Berufe nur sehr allgemein geregelt, Einzelheiten der Ausgestaltung bleiben den zuständigen Behörden der Bundesländer und den Ausbildungsträgern überlassen. Weder die Berufsgesetze noch die dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen definieren ein nachvollziehbar strukturiertes Ausbildungscurriculum (vgl. Meifort 2004: 61). Die relative Autonomie der Ausbildungsträger gegenüber den zu vermittelnden berufsqualifizierenden Inhalten garantiert nicht, dass bei gleicher Berufsbezeichnung auch tatsächlich

ein gleiches Qualifikationsprofil vermittelt wird (vgl. Krüger 2005: 159). Dieses für Schulberufsausbildungen allgemein geltende Fazit wird durch die Ergebnisse von Zoege (1997, 2004) für die Hebammenausbildung im Speziellen bestätigt. Danach ergaben erste wissenschaftliche Untersuchungen zur Hebammenausbildung, dass die konkreten Ausbildungsbedingungen vor Ort und die Qualität der Hebammenausbildung an den Hebammenschulen in Deutschland erheblich differieren. Eine vergleichbare Qualität der Hebammenausbildung ist durch die gegebenen gesetzlichen Vorgaben damit nicht gewährleistet (vgl. Zoege 1997, 2004).

Die aufgeführten Besonderheiten der Hebammenausbildung sind insbesondere auf historisch gewachsene strukturelle Gegebenheiten zurückzuführen. In aktuellen Analysen werden die Besonderheiten des Schulberufssystems gegenüber dem dualen System der Berufsausbildung insbesondere wegen der geringen Regelungsdichte der Ausbildung (z. B. unregelmäßige Qualifizierung der Lehrkräfte, keine weiterführende Qualitätssicherung der Ausbildung, kein geregelter Zugang zu weiterführenden Bildungsabschlüssen) sowie durch das Fehlen konkreter Daten für eine zukunftsorientierte Bildungspolitik kritisiert (vgl. Krüger 2005). Expertinnen und Experten des Bundesinstituts für Berufsbildung fordern eine 'Normalisierung' der Berufsausbildung in den 'Humandienstleistungen' durch Orientierung an Standards der dualen Berufsausbildung (vgl. Meifort 2004: 52). Von Seiten der Robert Bosch Stiftung wird aktuell das Projekt 'Entwicklung, Erprobung und Evaluierung übergreifender Qualitätskriterien für die Ausbildung der Gesundheitsberufe' (im Folgenden auch: AQIG) gefördert³. Erstmals sind in diesem Projekt Expertinnen und Experten aus unterschiedlichsten Gesundheitsberufen vertreten, um in einem Konsensverfahren berufsübergreifende Qualitätskriterien für die Ausbildung zu entwickeln. Eine grundlegende berufsbildungspolitische Reform der Aus- und Weiterbildung der traditionellen Frauenberufe ist jedoch aktuell nicht abzusehen, trotz ihrer steigenden arbeitsmarktpolitischen Bedeutung (vgl. Krüger 2005).

... in der hochschulischen Bildung

Die Curriculumsdiskussion und -forschung bezog sich in der öffentlichen Fachdiskussion meist auf den Lernort der allgemeinbildenden Schule. Die Hochschulen blieben in der Curriculumsdiskussion der 60er und 70er Jahre weitgehend unberücksichtigt. So kritisierten Hesse & Manz (1974) das universitäre Verständnis von Lehre, das frei von jeglicher pädagogischer Qualifikation der Lehrenden und ohne Bezug zur Qualifikationsforschung sei. Selbst die sich in den 70er Jahren konstituierende Hoch-

³ Weitere Informationen zum Projekt, online im Internet unter <http://www.aqig.de> (Zugriff am 01.10.2008)

schuldidaktik fokussierte aus didaktischer Perspektive das Lehren und Lernen, während traditionelle Themen der Curriculumforschung, wie z. B. die Auswahl der Inhalte des Studiums, als gegeben akzeptiert wurden. Ansätze, die Studiengangsentwicklung als rational verlaufende und erfolgs-kontrollierte Konstruktionsprozesse zu gestalten, wurden vor dem Hintergrund der autonomen Gestaltungskompetenz der Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer als nicht umsetzbar eingestuft. Die Annahme, dass auf der Grundlage einer bestehenden Isomorphie zwischen Fachsystematik und Studiengang eine hinreichende Voraussetzung für die angestrebte berufliche Tätigkeit nach dem Studium gegeben sei, wurde jedoch zunehmend durch Interessenverbände wie z. B. dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeber in Frage gestellt (vgl. Wildt 1983).

Aktuell wird die Diskussion zur Rationalisierung der Hochschulausbildung durch die Entwicklung eines einheitlichen europäischen Hochschulraums geprägt, wie er in der Bologna-Erklärung von 1999 angebahnt wurde. Zentrales Ziel des Bologna-Prozesses ist, durch ein vergleichbares System der Studienabschlüsse (Bachelor/ Master) und durch Einführung eines Leistungspunktesystems (im Folgenden auch: ECTS) die grenzüberschreitende Mobilität der Studierenden und Lehrenden zu erleichtern. Darüber hinaus wird angestrebt, die internationale Attraktivität des europäischen Hochschulraums sowie die Zusammenarbeit im Bereich der Qualitätssicherung zu erhöhen (vgl. Bologna-Erklärung 1999). In Deutschland soll die Einführung gestufter Studiengänge bis zum Jahre 2010 insbesondere zu kürzeren Studienzeiten, höheren Erfolgsquoten sowie zu einer nachhaltigen Verbesserung der Berufsqualifizierung und der Arbeitsmarktfähigkeit der Absolventinnen und Absolventen führen (vgl. KMK 2003a).

Gemäß dem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 zur Akkreditierung der Bachelor- und Masterstudiengänge sind diese zu modularisieren und mit einem Leistungspunktesystem auszustatten (vgl. KMK 2003b). Die Einführung von Modulen und Leistungspunkten soll einen leichteren Transfer von Prüfungs- und Studienleistungen gewährleisten sowie eine flexible und offene Studiengangsgestaltung unterstützen. Von der KMK festgelegte Definitionen und Standards für die Modularisierung sichern dabei das hochschulübergreifende Verständnis des Modulbegriffs, in dem Module als die „Zusammenfassung von Stoffgebieten zu thematischen und zeitlich abgerundeten, in sich abgeschlossenen und mit Leistungspunkten versehenen abprüfbaren Einheiten“ (KMK 2000: o. S.) definiert sind. Die in einem Modul zu beschreibenden Inhalte und Qualifikationsziele machen Angaben darüber, welche „fachlichen, methodischen, fachpraktischen und fächerübergreifenden Inhalte“ (ebd.: o. S.) vermittelt und „welche Kompetenzen (fachbezogene, methodische, fächerüber-

greifende Kompetenzen, Schlüsselqualifikationen)“ (KMK: o. S.) erworben werden. Weiterhin sind „die Lern- und Qualifikationsziele [...] an einer zu definierenden Gesamtqualifikation (angestrebter Abschluss) auszurichten“ (ebd.: o. S.). Gemäß dem von der Hochschulrektorenkonferenz (im Folgenden auch: HRK) veröffentlichten ‘Bologna-Reader’ leitet sich das Modularisierungskonzept, einschließlich der darin beschriebenen Qualifikationsziele, aus einem zuvor entwickelten Qualifikationsprofil ab. Dieses wiederum sollte auf Absolventen- und Arbeitgeberbefragungen sowie auf Auswertungen innerhalb der Fachdisziplin basieren (vgl. HRK 2005: 9ff.). Die Curricula des höheren Bildungswesens werden damit zu Kompetenzprofilen umgestellt, welche sich an zu erwartenden Ausbildungsergebnissen orientieren (vgl. Nägeli 2004).

1.3 Curricula in der Hebammenausbildung

Eine institutionalisierte, fortlaufend gesicherte und wissenschaftlich fundierte Curriculumsentwicklung für die Hebammenausbildung ist durch die Regelungen der Berufsgesetze für die Gesundheitsberufe und der darin festgeschriebenen Sonderstellung der Schulen des Gesundheitswesens im bundesdeutschen Bildungswesen nicht vorgesehen. Die Forderung aus den Reihen der Lehrerinnen für das Hebammenwesen nach einem bundesweit gültigen Curriculum greift diese Problematik auf und dokumentiert den Bedarf an verbindlichen, orientierungsweisenden Grundlagen für die curriculare Arbeit an den Hebammenschulen.

Bereits 1990 entwickelte die ‘Arbeitsgruppe Curriculum’ der Bundeslehrhebammentagung einen Rahmenlehrplan, der vom Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH: 1990) als Lehrplan für die Hebammenausbildung herausgegeben wurde. Das sog. ‘BDH-Curriculum’ bietet einen Leitfaden für die Stoffverteilung und die Gestaltung der theoretischen Ausbildung. Neben einer kurzen Erläuterung zum Unterrichtsfach erfolgt die Auflistung von Unterrichtseinheiten und der dazugehörigen Unterrichtsthemen. Hinweise zu angestrebten Lernzielen bzw. Bildungszielen wurden nicht erarbeitet. Intention der Verfasserinnen war u. a., den „Kolleginnen in der DDR [...] eine Hilfe bei der Umorganisation der Hebammenausbildung“ zu bieten (vgl. ebd.: 5). Diese hatten bisher mit dem ‘Speziellen Lehrprogramm für die theoretische und praktische Ausbildung in der Fachrichtung Geburtshilfe (Hebamme)’ gearbeitet, welches vom Ministerrat der DDR 1986 in Zusammenarbeit mit der zentralen Fachgruppe Hebammen erarbeitet und herausgegeben wurde und neben Inhalten auch das berufliche Können der Hebammen beschrieb. Da die Hebammenausbildung in das Bildungssystem der DDR eingegliedert

war, wurden die Lehrpläne regelmäßig überarbeitet und den neusten medizinischen Erkenntnissen angepasst (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 165ff.).

Das 'BDH-Curriculum' hat keinen (rechts)bindenden Charakter. Eine Erhebung zur Hebammenausbildung im Jahr 2004 ergab dennoch, dass von insgesamt 41 befragten Hebammenschulen 14 das 'BDH-Curriculum' in modifizierter Form anwendeten, gefolgt von acht Schulen, welche ausschließlich damit arbeiteten und weiteren acht Schulen, welche sowohl das 'BDH Curriculum' wie auch das 'Bayrische Curriculum' für die Planung des Unterrichts nutzten (vgl. Rätz 2004: 45). Letzteres ist der für Bayern gültige 'Lehrplan für die Berufsfachschule für Hebammen und Entbindungspfleger', welcher vom Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus 1993 erarbeitet und 2002 letztmalig überarbeitet wurde. Die Fächer des theoretischen und fachpraktischen Unterrichts werden hier jeweils in einem Fachlehrplan erfasst. Dieser wird durch ein Fachprofil eingeleitet, welches den Unterricht in seiner Zielsetzung als Ganzes beschreibt; die Übersicht über die einzelnen Lerngebiete erfolgt unter Aufführung der Ziele und Inhalte sowie entsprechender Hinweise zum Unterricht (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2002).

Weiterhin wurde 2005 die 'Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW' im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelt und seit 2007 modellhaft an sechs von zehn Schulen des Bundeslandes umgesetzt. Das Curriculum ist in vier fächerübergreifende inhaltliche Lernbereiche gegliedert⁴. Begründet mit der „Wichtigkeit einer berufsgruppenübergreifenden Qualifizierung“ wird das Konzept der Schlüsselqualifizierung als übergreifende Zielsetzung des Curriculums ausgewiesen (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2005: 12). Der Pädagogische Fachbeirat (PFB) des Bundes Deutscher Hebammen sprach sich im September 2005 in einer Stellungnahme gegen die Implementation der 'Empfehlenden Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW' aus, da diese weder auf einer Analyse spezifischer beruflicher Anforderungen basiere, noch aktuelle curriculare Entwicklungen aufgreife. Die Berufsvertreterinnen verwiesen dabei auf nationale und internationale curriculare Entwicklungen, welche die Entwicklung eines modularisierten, an Kompetenzen orientierten Curriculums für die Hebammenausbildung nahe legen. Die Arbeitsgruppe selbst arbeitete damals bereits an einem Kerncurriculum,

⁴ (1) Kernaufgaben der Hebammentätigkeit bei regelrechtem Verlauf; (2) komplexe Aufgaben der Hebammentätigkeit bei regelwidrigem Verlauf; (3) Zielgruppen, Institutionen und Rahmenbedingungen von Hebammentätigkeit und (4) Ausbildungs- und Berufssituation von Hebammen.

welches auf Basis acht definierter Kompetenzen und in modularisierter Form entwickelt wurde, um einer zukünftigen Akademisierung der Hebammenausbildung zu entsprechen (vgl. Janicke 2007, 2008). Dieses Curriculum wurde vom Pädagogischen Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes im Juli 2008 erstmalig unter dem Titel 'Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung' veröffentlicht.

1.4 Entwicklungsperspektiven

Die Akademisierung der Hebammenausbildung wird seit Jahren von berufspolitischen Organisationen gefordert (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe [AGMTG] 2001, 2008; BDH 2004) und durch wissenschaftliche Analysen (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007; Zoege 2004) sowie bildungs- und gesundheitspolitische Empfehlungen (vgl. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007; WHO 2000, 2001; Wissenschaftsrat 1991) gestützt. Durch die angestrebte Akademisierung und die Zuordnung zum tertiären Bildungsbereich soll die Hebammenausbildung in nationaler wie internationaler Hinsicht Bildung in einem modernen Frauenberuf ermöglichen, wie auch den Qualifikationsanforderungen entsprechen, welche sich aus einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung ergeben. Um den Kompetenzanforderungen des praxisorientierten Berufs zu entsprechen, werden insbesondere duale Studiengänge favorisiert, welche die Integration fachtheoretischer Grundlagen mit berufspraktischen Elementen der Ausbildung ermöglichen (vgl. Wissenschaftsrat 1996, 2002; Zoege 2005). Durch die Einführung der gestuften Studienabschlüsse (Bachelor/ Master) in Deutschland sind neue Voraussetzungen geschaffen worden, das Studium an den Anforderungen des Beschäftigungssystems auszurichten. Diese Entwicklung ist für die Gesundheitsberufe von besonderer Bedeutung, da damit die Verknüpfung der beruflichen und akademischen Bildung unterstützt wird (vgl. Rübiger, Pehlke-Milde & Machocki 2008). Auf europäischer Ebene wurden gleichzeitig Instrumente wie der Europäische Qualifikationsrahmen entwickelt, welche die Vergleichbarkeit der Bildungsabschlüsse in Europa erleichtern sollen, so dass die Durchlässigkeit im Bildungsbereich wie auch die Mobilität im Beschäftigungssystem in Europa gefördert wird. Die Mobilität der reglementierten Berufe auf dem europäischen Arbeitsmarkt wird dabei weitgehend durch die EU-Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen durch Definition von Mindestanforderungen an die Ausbildung geregelt. Zwar wird in der EU-Richtlinie kein akademisches Niveau für die Hebammenausbildung vorgeschrieben, Artikel 41 sieht jedoch die Hochschulreife als Zugangsvoraussetzung zur Hebammenausbildung vor. Da dies

nicht den im Hebammengesetz festgelegten Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung entspricht, erfolgt die automatische Anerkennung der deutschen Ausbildungsnachweise, wenn im Anschluss an die dreijährige Hebammenausbildung eine zweijährige Berufserfahrung nachgewiesen wird.

Der Zugang zu einer akademischen Pflege- und Hebammenausbildung wurde dabei schon im Jahr 2000 in der 'WHO Erklärung von München' durch die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region gefordert, um das Potential dieser Berufsgruppen zu nutzen. Gleichzeitig wurde das gemeinsame Lernen von Pflegenden, Hebammen und Ärzten in der Aus- und Weiterbildung als Möglichkeit gesehen, um im Interesse einer besseren Patientenversorgung ein stärker auf Interdisziplinarität ausgerichtetes Arbeiten sicherzustellen (vgl. WHO 2000). In der 'WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa' wurde bestätigt, „dass der akademische Grad eines Bachelors Voraussetzung für die Ausübung des Berufs ist“ (WHO 2001: 11). Weiterhin wurden den Mitgliedstaaten Leitlinien zur Umsetzung an die Hand gegeben, welche die Entwicklung kompetenzbasierter Curricula für die Pflege- und Hebammenausbildung unterstützen. In einer Studie zum Grad der Umsetzung der oben genannten Strategie in den Mitgliedstaaten wurde festgestellt, dass insbesondere die Umsetzung des angestrebten Hochschulniveaus der Pflege- und Hebammenausbildung noch nicht abgeschlossen ist (vgl. Fleming & Holmes 2005).

Auf nationaler Ebene begrüßte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) grundsätzlich den Akademisierungsprozess der Gesundheitsberufe, wies jedoch vergleichbar der WHO Erklärung von München (2000) auf die Potentiale hin, welche eine interdisziplinäre Aus-, Fort- und Weiterbildung für eine spätere Kooperation der Berufe in der Patientenversorgung bieten (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: 93ff.). Der Rat empfahl den Medizinischen Fakultäten Ausbildungsverantwortung für alle beruflichen Zweige zu übernehmen, die zur Heilkunde gehören (vgl. ebd.: 95).

Für die Hebammenausbildung in Deutschland ist trotz dieser Entwicklungen festzuhalten, dass aktuell eine grundlegende bildungspolitische Reform der Ausbildung – im Sinne einer Zuordnung dieser zum dual beruflichen bzw. zum hochschulischen Bildungssystem – bisher nicht absehbar ist. Es liegen keine Vorgaben vor, welche die Anwendung curricularer Prinzipien aus der dualen Berufsbildung bzw. der Hochschulbildung vorsehen. Die bildungs- und gesundheitspolitischen Entwicklungen auf europäischer und nationaler Ebene legen jedoch nahe, die Hebammenausbildung in Deutschland in Zukunft stärker an den Anforderungen des Beschäftigungssystems auszurichten und Übergänge zwischen beruflicher Qualifizierung und akademischer Bildung zu schaffen. Ein zentrales Steuerungsinstrument

curricularer Entwicklung sowohl in der beruflichen wie auch in der hochschulischen Bildung sind Kompetenzprofile, welche die beruflichen Anforderungen repräsentieren und die Ausbildungsziele in Form von Kompetenzen beschreiben. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils auf Basis einer empirischen Analyse beruflicher Anforderungen könnte damit als Referenzsystem der Reform der Hebammenausbildung im bestehenden System wie auch in der angestrebten Hochschulausbildung genutzt werden.

2 Kompetenzprofile als Steuerungsinstrumente der Curriculumentwicklung

2.1 Kompetenzorientierung als bildungssektorenübergreifendes Instrument der Bildungsplanung

Der viel zitierte Paradigmenwechsel, Bildungsprozesse vom erwünschten Lernergebnis⁵ her zu organisieren, ist in Deutschland bildungssektorenübergreifend eingeleitet. Besonders deutlich ist diese Entwicklung im Bereich der Hochschulbildung, in der entsprechende Vorgaben für die Akkreditierung der Bachelor- und Masterstudiengänge vorsehen, dass die in Modulen beschriebenen Lernergebnisse aus einem zuvor entwickelten Qualifikations- bzw. Kompetenzprofil abgeleitet werden. Konkrete Hinweise für die Studiengangsentwicklung in ausgewählten Disziplinen werden im Rahmen des seit 2001 von der Europäischen Kommission geförderten Projekts 'Tuning Educational Structures in Europe' (Tuning-Projekt⁶) erarbeitet (vgl. González & Wagenaar 2005). Ziel des Projekts ist nicht die Vereinheitlichung der Hochschulcurricula auf europäischer Ebene, sondern vor allem die Ermittlung, Diskussion und Definition von Qualifikationsprofilen, Kompetenzen und Lernergebnissen im Kontext fachlicher Standards und Arbeitsmarktanforderungen (vgl. HRK 2005: 95f.). Dabei werden unterschiedlichste Interessengruppen und Entscheidungsträger in einen Konsultationsprozess eingebunden:

A degree profile, according to Tuning, should be based on a process of consultation with the most significant stakeholders for the degree programme. These stakeholders are not only academics and

⁵ Im Rahmen des Tuning-Projekts wurden Kompetenzen und Lernergebnisse folgendermaßen definiert: "Learning outcomes are statements of what a learner is expected to know, understand and/or be able to demonstrate after completion of a learning experience. [...]. Learning outcomes specify the desired requirements for award of credit. They are formulated by academic staff. Competences represent a dynamic combination of knowledge, understanding, skills, abilities and values: Fostering these competences is the object of educational programmes. [...]. Competences are obtained by the student. Learning outcomes are expressed in terms of competences. Competences may be developed to a greater degree than the level required by the learning outcome." (vgl. González & Wagenaar 2005: 13f.)

⁶ Mehr Informationen zum Tuning-Projekt online im Internet unter <http://unideusto.org/tuning/> (Zugriff am 29.09.2008)

students, but also graduates, employers and professional organizations. The latter three groups represent an important link to the needs of society. (González & Wagenaar 2005: 11)

Im Bereich der Gesundheitsberufe wurden in der II. Phase des Tuning-Projekts Kompetenzprofile für die zweistufigen Studienabschlüsse in der Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt (vgl. González & Wagenaar 2005). Weiter wird der methodische Ansatz des Tuning-Projekts für die Ergotherapie im Rahmen des Netzwerks 'European Network of Occupational Therapy in Higher Education' (ENOTHE⁷) sowie für die Medizin im Rahmen des Netzwerks 'Medical Education in Europe' (MEDINE⁸) genutzt, um sich in Europa über vergleichbare Lernergebnisse und Kompetenzen für das Studium zu verständigen. Für das Medizinstudium sind darüber hinaus die Arbeiten von Bloch & Bürgi (2002), Harden, Crosby & Davis (1999), Harden (2002) sowie Schwarz & Wojtczak (2002) zu berücksichtigen, welche die 'outcome-based-education' im Kontext der Medizin diskutieren.

Im Bereich der schulischen Bildung erfolgt der Paradigmenwechsel in Deutschland als Reaktion auf Ergebnisse internationaler Vergleichsstudien. Die Einführung der kompetenzorientierten Steuerung der Bildungsplanung durch bundesweit geltende Bildungsstandards soll dabei insbesondere die Qualität und Effizienz schulischer Bildungsprozesse verbessern. Entsprechend einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (im Folgenden auch: BMBF) herausgegebenen Expertise, welche das Konzept der Bildungsstandards fachlich klärt, greifen Bildungsstandards allgemeine Bildungsziele auf und legen fest, „welche Kompetenzen die Kinder und Jugendlichen bis zu einer bestimmten Jahrgangsstufe mindestens erworben haben sollen“ (Klieme et al. 2007: 9). Wird im Bereich des allgemein bildenden Teils des schulischen Systems die Entwicklung von Bildungsstandards und die Entwicklung empirisch gesicherter Kompetenzmodelle gezielt vorangetrieben, wird die Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (2004), die Diskussion über nationale Bildungsstandards auch im Bereich der dualen Berufsbildung zu führen, aus berufspädagogischer Sicht kritisch diskutiert (vgl. Sloane & Dilger 2005). Im Mittelpunkt der Diskussion stehen dabei die Chancen und Risiken, die eine Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR), die Einführung eines Leistungspunktesystems (ECEVET) und des EUROPASS für das duale Berufsbildungssystem in Deutschland mit sich bringen (vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung 2006b). Aber auch hier führen bildungspolitische Einigungsprozesse auf europäischer Ebene dazu, dass die Entwicklung verbindlicher und zertifizierbarer Kompetenzstandards unter Einbezug der Bildungspolitik, der

⁷ Mehr Informationen zum Tuning-Projekt (Ergotherapie) online im Internet unter http://www.enothe.hva.nl/tq/tuning_education.htm (Zugriff am 14.11.2008)

⁸ Mehr Informationen zum Tuning-Projekt (Medizin) online im Internet unter <http://www.bris.ac.uk/medicine/docs/competences.pdf> (Zugriff am 14.11.2008)

Sozialpartner, der Verbände und der Wissenschaft abgestimmt werden sollte (vgl. Anderka 2006; Clement & Walter 2006).

Der EQR bildet mit seinen acht durch Lernergebnisse definierten Niveaustufen ein Referenzsystem, um nationale und sektorale Qualifikationsrahmen miteinander in Beziehung zu setzen. In der 'Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen' wird den Mitgliedsstaaten nahe gelegt, bei der Beschreibung und Definition von Qualifikationen einen Ansatz zu verwenden, der auf Lernergebnissen beruht. Weiterhin ist vorgesehen, die nationalen Qualifikationssysteme bis 2010 an den EQR zu koppeln und bis 2012 alle Qualifikationsnachweise mit einem Verweis zu versehen, der eine Zuordnung zu dem entsprechenden Niveau des EQR ermöglicht. Da die berufliche Qualifizierung der nicht akademischen Gesundheitsberufe in Deutschland bisher nicht als Bildungsbereich wahrgenommen wird, ist eine solche abschlussbezogene Zuordnung zu dem geplanten Deutschen Qualifikationsrahmen (im Folgenden auch: DQR) bzw. zum EQR bisher nicht vorgesehen.

Aktuell wird an der Fachhochschule Bielefeld das Projekt 'Kompetenzplattform (KOPF⁹) Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich' mit der Zielstellung bearbeitet, Forschung rund um das Thema Kompetenz auf den Gesundheits- und Sozialbereich auszuweiten. Dabei werden Kompetenzprofile mit der Zielstellung analysiert, Ergebnisse bezüglich der Leveldeskriptoren für die unterschiedlichen Kompetenzstufen zu entwickeln. Ein weiteres vom Berliner Zentrum für Internationale Zusammenarbeit (BIZ) koordiniertes Projekt 'EU in Motion', welches im EU Programm 'Lebenslanges Lernen' angesiedelt ist, beschäftigt sich insbesondere mit der Frage, wie der EQR für die Gesundheitsberufe in Deutschland, den Niederlanden, Schottland, Österreich und Slowenien umgesetzt wird bzw. umgesetzt werden könnte¹⁰. Die an Kompetenzen orientierte Steuerung des Bildungssystems der Gesundheitsberufe wird bereits in vielen Ländern genutzt, wobei hinter der Verwendung von Kompetenzprofilen unterschiedliche bildungspolitische Traditionen und Herausforderungen stehen, die das jeweils zu Grunde liegende Kompetenzkonzept wesentlich prägen.

⁹ Informationen zum Projekt online im Internet unter <http://www.fh-bielefeld.de/kompass> (Zugriff am 14.11.2008)

¹⁰ Informationen zum Projekt online im Internet unter <http://www.asfh-berlin.de/index.php?id=513> (Zugriff am 12.01.2009)

2.2 Konzeptionelle Grundlagen des verwendeten Kompetenzbegriffs

Der Kompetenzbegriff gewinnt national wie auch international als Zielkategorie schulischer, beruflicher und Hochschulbildung an Bedeutung. Gleichzeitig ist man sich in der Fachöffentlichkeit darüber einig, dass man weder von einem disziplinübergreifenden noch einem pädagogisch einheitlichen Verständnis von Kompetenz ausgehen kann (vgl. u. a. Achtenhagen & Baethge 2005; Arnold & Schüssler 2001; Clement 2002b; Erpenbeck & Rosenstiel 2003; Grootings 1994; Rychen & Salganik 2001; Vonken 2005; Weinert 2001). Ebenso müssen kulturelle Differenzen im Sprachgebrauch berücksichtigt werden. Weinert (2001) analysiert und systematisiert in seiner Übersichtsarbeit 'Concept of Competence: A Conceptual Clarification' die dem Kompetenzbegriff zu Grunde liegenden unterschiedlichen theoretischen Ansätze. Er schlussfolgert, dass kein gemeinsamer konzeptioneller Rahmen für den Begriff der Kompetenz abgeleitet werden kann (vgl. Weinert 2001: 46). Studien im Bereich der Kompetenzforschung bedürfen daher zumindest einer grundbegrifflichen Klärung des gewählten Kompetenzkonzepts.

In der berufspädagogischen Diskussion erfolgt eine Annäherung an das Konzept der Kompetenz meist unter Definition und Abgrenzung der Begriffe Kompetenz und Qualifikation. Schon 1974 wurde durch den Deutschen Bildungsrat (1974b: 65) Kompetenz als der „Lernerfolg im Hinblick auf den Lernenden selbst und seine Befähigung zu selbstverantwortlichem Handeln im privaten, beruflichen und gesellschaftlich-politischen Bereich“ definiert. Dagegen sei „im Hinblick auf die Verwertbarkeit im privaten Leben, im Beruf, in der Gesellschaft [...] der Lernerfolg eine Qualifikation“ (ebd.). Die Differenzierung von Qualifikation und Kompetenz in Bezug auf die abschlussbezogene Verwertbarkeit einerseits und die (lebenslange) Befähigung des Lernenden andererseits, weist auf die Erweiterung des Geltungsbereichs hin, welcher die zunehmende Verwendung des Kompetenzbegriffs in der Berufspädagogik begründet. So wurde der Begriff der Qualifikation als zu funktional kritisiert und das Potential des Kompetenzbegriffs aufgegriffen, welcher auf die ganzheitliche Bildung der Persönlichkeit abzielt.

Eingeleitet wurde die Kritik an der zu engen Arbeitsplatzbezogenheit beruflicher Bildung durch die Diskussion der Schlüsselqualifikationen innerhalb der Bildungsökonomie und Arbeitsmarktpolitik (vgl. Mertens 1974), wobei diese erst Ende der 80er Jahre in der berufspädagogischen Debatte verstärkt aufgegriffen wurde. Innovatives Ziel beruflicher Bildung war es seitdem, die einzelne Arbeitnehmerin bzw. den einzelnen Arbeitnehmer so zu befähigen, dass sie sich flexibel auf wechselnde und dynamische Erfordernisse der sich wandelnden Arbeitswelt anpassen können. Mit der Antizipation des

Konzepts der Schlüsselqualifikationen in der Berufspädagogik bezog man sich auf das von Heinrich Roth (1971) in der Pädagogischen Anthropologie entwickelte Bild vom handelnden, bildsamen Menschen, der in lebenslangen Lernprozessen seine Persönlichkeit gewinnt. In Folge wurde das Ziel beruflicher Bildung durch das Konzept der Handlungskompetenz geprägt, welche in Anlehnung an Roth (ebd.) in Selbst-, Sach-, Methoden- und Sozialkompetenz kategorisiert wurde. Die berufspädagogische Theoriediskussion fokussierte fortan fachdidaktische und methodische Fragen; Kompetenz wurde vor allem als Potential verstanden, welches durch Lehr-/ Lernprozesse zu entwickeln und zu fördern sei. In Bezug auf die curriculare Arbeit wurde jedoch problematisiert, dass die zur Zielsetzung von Bildungsprozessen definierten Schlüsselkompetenzen zu unspezifisch seien und die Abstraktheit der Schlüsselqualifikationen letztlich zur Abstrahierung der Inhaltsfrage beruflicher Curricula führe (vgl. Büchter 2003: 272f.).

Ab Ende der 90er Jahre erfuhr das Kompetenzkonzept in der Berufspädagogik eine weitere Differenzierung. Es wurde vermehrt die Frage aufgeworfen, wie Kompetenzen erfasst und gemessen werden können (vgl. Erpenbeck & Rosenstiel 2003). Zunehmend sollte der Erkenntnis Rechnung getragen werden, dass Kompetenzen nicht nur in formalisierten Ausbildungssituationen erworben, sondern auch auf informellem Weg angeeignet werden¹¹ (vgl. Dohmen 2001). Kompetenzen wurden nun als 'Dispositionen selbstorganisierten Handelns' bzw. als 'Selbstorganisationsdispositionen' definiert, die es den Menschen ermöglichen, in einer Risikogesellschaft zu lernen (vgl. Erpenbeck & Rosenstiel 2003: XIff.). Erpenbeck und Rosenstiel (ebd.) unterscheiden dabei, in Anlehnung an die berufspädagogische Diskussion, personale, aktivitäts- und umsetzungsorientierte, fachlich-methodische und sozial-kommunikative Kompetenzklassen.

Klieme et al. (2007: 75) dagegen lehnen dieses Verständnis von Kompetenz ab, da es „nicht ausreicht, Schlüsselqualifikationen [...] als eigenständige Zieldimension schulischer Bildung auszuweisen“. Die Autoren begründen ihren Standpunkt mit Ergebnissen pädagogisch-psychologischer Forschung, wonach die Entwicklung fächerübergreifender Kompetenzen auf einer vielfältigen, flexiblen und variablen Nutzung und zunehmenden Vernetzung von inhaltlich konkreten, fachbezogenen Kompetenzen beruht (vgl. Klieme et al. 2007: 75; Maag-Mercki 2005: 367). Sie beziehen sich selbst auf einen Kompetenzbegriff, wie er von dem Erziehungswissenschaftler und Psychologen Weinert entwickelt wurde. Weinert (2002) versteht unter Kompetenzen:

¹¹ Zum Verständnis: „Der Begriff des informellen Lernens wird auf alles Selbstlernen bezogen, das sich in unmittelbaren Lebens- und Erfahrungszusammenhängen außerhalb des formalen Bildungswesens entwickelt.“ (Dohmen 2001: 27)

die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können. (Weinert 2002: 27f.)

Damit wird ein Kompetenzkonzept zu Grunde gelegt, das zur Bewältigung von komplexen Anforderungen kognitive, motivationale, ethische und soziale Komponenten beinhaltet und damit über den rein kognitiven Bereich hinausgeht (vgl. Weinert 2001: 62). Klieme et al. (2007: 72) verstehen Kompetenz als Disposition, „die Personen befähigt, bestimmte Arten von Problemen erfolgreich zu lösen, also konkrete Anforderungssituationen eines bestimmten Typs zu bewältigen“. Kompetenzen spiegeln damit grundlegende Handlungsanforderungen wieder, die in einer Domäne, d. h. in einem bestimmten Fach- oder Gegenstandsbereich, gegeben sind (vgl. ebd.: 21f.). In der beruflichen Bildung ist dieser Bereich durch spezifische Berufsbilder definiert (vgl. Hartig 2008: 19f.).

Die Autorengruppe um Klieme et al. (2007: 74f.) spricht von Kompetenz, wenn:

- (1) gegebene Fähigkeiten genutzt werden,
- (2) auf vorhandenes Wissen zurückgegriffen werden kann bzw. die Fertigkeit gegeben ist, sich Wissen zu beschaffen,
- (3) zentrale Zusammenhänge der Domäne verstanden werden,
- (4) angemessene Handlungsentscheidungen getroffen werden,
- (5) bei der Durchführung der Handlungen auf verfügbare Fertigkeiten zurückgegriffen wird,
- (6) dies mit der Nutzung von Gelegenheiten zum Sammeln von Erfahrungen verbunden ist und
- (7) aufgrund entsprechender handlungsbegleitender Kognition genügend Motivation zu angemessenem Handeln gegeben ist.

Bei der Formulierung von Kompetenzen besteht die große Herausforderung darin, sowohl personenspezifische als auch situationsspezifische Komponenten zu berücksichtigen (vgl. Klieme & Leutner 2006). Spiegeln die situationsspezifischen Komponenten in der Regel die Anforderungssituation wieder, so bilden sich bei den personenspezifischen Komponenten individuelle Dispositionen und der Grad der erreichten Kompetenzentwicklung ab. Klieme et al. (2007: 72ff.) unterscheiden in Bezug darauf zwei Funktionen von Kompetenzmodellen: Zum einen bilden sie in Form eines Komponentenmodells domänenspezifische Bildungsanforderungen ab, zum anderen stellen sie über ein Stufenmodell wissenschaftlich begründete Vorstellungen darüber an, welche Grade oder

Niveaustufen¹² die Kompetenz annehmen kann. Um solche Stufenmodelle wissenschaftlich begründen zu können, wird u. a. auf Ergebnisse der Expertiseforschung zurückgegriffen, welche sich mit der Untersuchung von leistungsfähigen Experten in einer Domäne beschäftigt. Diese Experten gelten dann als Repräsentanten, ihr Wissen und Können als Ergebnis einer gelungenen Kompetenzentwicklung.

Die kompetente Bewältigung von Anforderungssituationen erfordert den simultanen Einsatz von Wissen und Können, wobei Wissen in der empirischen Pädagogik nicht auf Kenntnisse reduziert wird, sondern deklarative, prozedurale und strategische Wissensarten¹³ umfasst und damit das Können impliziert (vgl. Klieme et al. 2007: 78f.). Der Berufspädagoge Eraut (2002: 102) diskutiert in 'Developing Professional Knowledge and Competence' theoretische Ansätze, welche die Entwicklung von Professionswissen, Kompetenz und Expertise begründen. Unter Bezugnahme auf Schön (1983) beleuchtet er das komplexe Verhältnis von Professionswissen und dem an Hochschulen vermittelten akademischen Wissen und problematisiert, dass die traditionelle Hochschulbildung das Wissen über zentrale Situationen und Phänomene professioneller Praxis ignoriert, wie z. B. das Wissen darüber, wie die Dienstleistung am Klienten erbracht wird. Desgleichen plädiert er dafür, den Wissensbegriff in einer möglichst breiten Bedeutung auszulegen:

Thus it should not be confined to codified, propositional knowledge but should also include personal knowledge, tactic knowledge, process knowledge and know-how. All kinds of knowledge are necessary for professional performance; and they should therefore be accorded parity of esteem in higher education. (Eraut 2002: 102)

Eraut (2002: 100ff.) führt methodologische Probleme, Professionswissen zu erfassen und zu beschreiben, darauf zurück, dass Experten häufig nicht in der Lage sind, das Wesen ihrer Expertise zu erklären. Er schließt damit an Ergebnisse der Expertiseforschung an, wonach ein großer Teil des Professionswissens impliziter Natur ist (vgl. u. a. Dreyfus & Dreyfus 1986; Neuweg 2004; Schön 1983). Implizites Wissen bezeichnet das:

in Prozessen des Wahrnehmens, Beurteilens, Erwartens, Denkens, Entscheiden und Handelns vorausgabte, durch das Subjekt und u. U. auch den analysierenden Beobachter jedoch nicht,

¹² Nicht zu verwechseln sind diese hier angesprochenen Niveaustufen in Kompetenzmodellen mit den Niveaustufen, wie sie z. B. in dem EQR bzw. DQR abgebildet werden. Erstere dienen der Abbildung von Stufen des Kompetenzerwerbs in einer Domäne, während die Qualifikationsrahmen die niveaubezogene Zuordnung von abschlussbezogenen Qualifikationen und Kompetenzen ermöglichen.

¹³ Wissensarten sind in Anlehnung an Achtenhagen (2005) deklarative, prozedurale und strategische Wissensarten. Unter 'deklarativem Wissen' versteht man Fakten, Konzepte und netzartige Strukturen von Fakten und Konzepten; 'prozedurales Wissen' lässt sich als Operation mit Fakten, Konzepten und Strukturen fassen und 'strategisches Wissen' ist das Wissen darüber, was – unter Abwägung der erwünschten Haupteffekte der Handlung sowie möglicher unerwünschter Nebeneffekte – zu einem bestimmten Zeitpunkt getan werden muss (vgl. Achtenhagen 2005: 24f.).

vollständig oder nicht angemessen explizierbare (verbalisierbare, objektivierbare, formalisierte, technisierbare) Wissen einer Person. (Neuweg 2005: 581)

Der Berufspädagoge Neuweg hat, basierend auf der Erkenntnis- und Wissenstheorie von Polanyi (1966), in seiner Habilitationsschrift 'Könnerschaft und implizites Wissen' (2004) ein facettenreiches Bild des Erwerbs und der Binnenstruktur des Expertenwissens aufgezeigt und daraus Schlussfolgerungen für eine am Können orientierte Didaktik gezogen. Dabei wird auf das Potential dieses Wissens, aber auch auf die Irrtumsanfälligkeit impliziter Schlüsse und die Bedeutung der Reflexion für das professionelle Können hingewiesen.

2.3 Ausdifferenzierung beruflicher Kompetenzprofile

Ist man sich in der Fachdiskussion weitgehend einig, dass man nicht von einem disziplinübergreifenden einheitlichen Verständnis von Kompetenz ausgehen kann, setzt sich dieses in der kontroversen Diskussion darüber fort, wie ein System beschaffen sein müsste, das zur Kategorisierung von Kompetenzen genutzt werden könnte.

Erpenbeck und Rosenstiel (2003: XVI) empfehlen, in Anlehnung an das Konzept der Schlüsselqualifizierung, die Klassifizierung von Kompetenzen in „personale, aktivitäts- und umsetzungsorientierte, fachlich-methodische und sozial-kommunikative Kompetenzklassen“, wenn eine grundlegende Taxonomie von Kompetenzen angestrebt wird. Achtenhagen & Baetghe (2005: 40ff.) operationalisieren Kompetenz unter Bezugnahme einer Spezifikation der Wissensdimensionen und begründen dies damit, dass die berufliche Handlungskompetenz vor allem unter der Perspektive der Wissensentwicklung zu betrachten sei. Achtenhagen (2005: 21ff.) greift in seinem Beitrag 'Ausdifferenzierung beruflicher Kompetenzprofile nach Wissensarten bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Motivation und Metakognition' die Kategorisierung in Sach-, Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenzen¹⁴ auf und operationalisiert dabei die Sach- und Methodenkompetenz in deklarative, prozedurale und strategische Wissensarten. Eraut (2002: 102ff.) problematisiert die fehlende konzeptionelle Ausdifferenzierung des Professionswissens und empfiehlt ebenfalls, dieses anhand der unterschiedlichen Wissensarten zu klassifizieren. Ebenso kategorisieren Andersohn & Krathwohl et al.

¹⁴ Sachkompetenz wird von Achtenhagen (2005: 21) als berufsspezifische Fähigkeiten und Fachkenntnisse/ Wissen definiert, Methodenkompetenz als flexibel einsetzbare kognitive Fähigkeiten und Expertisen, Selbstkompetenz als Dispositionen, die sich vor allem in Einstellungen, Werthaltungen, Emotionen, Motiven, Interessen und Metakognition äußern und Sozialkompetenz als der Fähigkeit, in Teams gruppenorientiertes, unterstützendes Verhalten zu zeigen.

(2001) Lernergebnisse anhand der Wissensarten 'factual knowledge, conceptual knowledge, procedural knowledge and metacognitive knowledge'. Sie begründen ihre Entscheidung, die Inhaltskomponente eines Lernziels zukünftig durch eine Wissenskomponente zu ersetzen, damit, dass die Inhalte einer akademischen Disziplin dem „historically shared knowledge“ entsprechen (vgl. Andersohn & Krathwohl et al. 2001: 13). Sowohl Achtenhagen (2005: 25) wie auch Andersohn & Krathwohl et al. (2001: 5) setzen die Wissensarten dabei in eine hierarchische Beziehung, so dass Kompetenzen niveaubezogen in der Perspektive der Wissensentwicklung betrachtet und einem Vergleich unterzogen werden können.

Im Tuning-Projekt werden zur Ausdifferenzierung der Kompetenzprofile sowohl Wissensarten wie auch Domänen eingesetzt (vgl. Gonzáles & Wagenaar 2005). Kompetenzen werden dabei in fachliche ('subject specific competences') und überfachliche Kompetenzen ('generic competences') unterschieden, wobei die überfachlichen Kompetenzen in 'instrumental competences, interpersonal competences und systemic competences' eingeteilt werden (vgl. Gonzáles & Wagenaar 2005: 32). Die fachlichen Kompetenzen, wie sie z. B. für die Gesundheits- und Krankenpflege ausgearbeitet wurden, sind in fünf Domänen ausdifferenziert (vgl. ebd.: 346). Die Domänen¹⁵ zeigen dabei Analogien zur Kategorisierung auf, wie sie in internationalen Kompetenzprofilen für die Hebammenausbildung entwickelt wurden.

2.4 Kompetenzprofile in der Hebammenausbildung

Um Bildungsprozesse von den Lernergebnissen her zu steuern, ist eine Verständigung darüber erforderlich, welche Kompetenzen im Laufe des Bildungs- bzw. Qualifizierungsprozesses erworben werden. Die Entwicklung und Evaluation von Kompetenzprofilen ist daher eine Aufgabe, die in den Ländern umsetzbar war, in denen eine lernergebnisorientierte Steuerung der Hebammenausbildung angestrebt wurde. Eine erste Erhebung im Rahmen der zweiten Tagung der 'European Midwifery Association' (EMA) zu Ausbildungsfragen auf europäischer Ebene im Dezember 2007 in Berlin¹⁶

¹⁵ Die Domänen sind: (1) Professional values and the role of the nurse, (2) Nursing practice and clinical decision making, (3) Knowledge and cognitive competences, (4) Communication and interpersonal competences (including technology for communication or "health informatics") und (5) Leadership, management and team competences.

¹⁶ Die Tagung stand unter dem Thema 'The Education of Midwives in Europe – Reconciling the Standards'. Die hier dargestellten Ergebnisse wurden durch eine von der Autorin im Vorfeld der Tagung durchgeführten Erhebung ermittelt und im Rahmen einer Präsentation auf der Tagung vorgestellt (Tagungsbeiträge online im Internet unter http://www.europeanmidwives.eu/ema/50News_and_Activities/04EMA_EDUCATION_CONFERENCES/ (Zugriff am 14.11.2008).

ergab, dass von insgesamt 19 befragten europäischen Ländern bereits 17 Länder mit lernergebnisorientierten Kompetenzbeschreibungen arbeiten, um die Ausbildung der Hebammen in ihren Ländern zu steuern. Ein kleiner Teil der Kompetenzprofile wurde in den frühen 90er Jahren entwickelt, in 12 Ländern erfolgte dies nach dem Jahr 2000. In der Regel wurden die Kompetenzbeschreibungen unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertreter der Aufsichtsbehörden, der Berufsverbände und der Hochschulen entwickelt. Laut Angaben der Befragten basieren die Kompetenzprofile nur in zwei Ländern auf empirischen Erhebungen.

Auch wenn nicht davon ausgegangen werden konnte, dass bei den Befragten ein einheitliches Verständnis von Kompetenz vorlag, so wurde doch deutlich, dass hier vergleichbare Entwicklungsarbeiten vorgenommen wurden. So wurde z. B. an den Fachhochschulen für Gesundheit in der Schweiz im Zuge der Einrichtung von Gesundheitsstudiengängen im Jahr 2007 ein 'Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc.' entwickelt und evaluiert. Das Kompetenzprofil wurde dabei anhand von berufstypischen Rollen beschrieben, wie z. B. 'Hebammenfachfrau sein', 'Begleiten', 'Verantwortung übernehmen'¹⁷. Auch in den Niederlanden arbeitet man in der beruflichen und akademischen Bildung der Gesundheitsberufe mit Berufskompetenzprofilen, welche die Kompetenzen anhand der Berufsrollen beschreiben (vgl. Brüggemann 2004: 653). In Deutschland wurde vom Pädagogischen Fachbeirat des Bundes Deutscher Hebammen e. V. im Jahr 2006 ein 'Kompetenzprofil für die deutsche Hebammenausbildung' entwickelt, das als Grundlage für das ebenfalls von der Arbeitsgruppe entwickelte Rahmencurriculum genutzt wurde (vgl. Hellmers & Kehrbach 2006).

Langjährig erprobt sind Kompetenzprofile in der Hebammenausbildung, wie sie z. B. in Australien, Großbritannien, Neuseeland und den USA seit Ende der 70er Jahren genutzt werden. Diese Kompetenzprofile dienen der Normierung und Aufrechterhaltung professioneller Standards und bieten, vergleichbar der in Deutschland existierenden Berufsgesetze, verbindliche Rahmenvorgaben für die Ausbildung und die Zulassung zum Beruf.

In den USA wurden bereits 1978 Kompetenzstandards durch das 'American College of Nurse-Midwives' (ACNM) veröffentlicht. Mit der Entscheidung für Kompetenzstandards wurde gleichzeitig die Entscheidung gegen die Einführung eines Kerncurriculums getroffen, da den Ausbildungsinstitutionen Freiheitsgrade für die unterschiedlichen curricularen Ansätze erhalten bleiben sollten (vgl. Avery

¹⁷Weitere Informationen zum Kompetenzprofil online im Internet unter http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheitsstudium/Hebammen/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web1.pdf (Zugriff am 14.11.2008).

2005). Die seitdem insgesamt fünfmal und im Jahr 2007 letztmalig revidierten 'Core Competencies for Basic Midwifery Practice' beschreiben das grundlegende Wissen, die Fähigkeiten und das zu erwartende Verhalten von Berufsanfängerinnen und werden als verbindliche Vorlage für die Curriculumentwicklung sowie für die Akkreditierung der Ausbildungsprogramme in den USA genutzt. Sie spiegeln die Entwicklungen des Gesundheitssystems sowie veränderte Anforderungen an den Beruf wieder. So wurden z. B. in der Revision im Jahr 2007 die autonome Rolle der Hebamme in der Primärversorgung¹⁸ oder die Anforderungen an eine kultursensible Versorgung stärker herausgearbeitet (vgl. Roe 2007).

In Australien wurden erstmalig im Jahr 1998 Kompetenzen vom 'Australian College of Midwives' (ACMI) definiert, welche seitdem als professionelle Standards für die Ausbildung gelten (vgl. Glover 1999). Die 'National Competency Standards for the Midwife' wurden letztmalig im Rahmen eines vom 'Australian Nursing and Midwifery Council' (ANMC) finanzierten Forschungsprojekts revidiert. Das an drei Universitäten beheimatete Projekt (2004-2006) nutzte methodische Zugänge wie die Dokumentenanalyse, Expertengespräche, Experteninterviews und Gruppendiskussionen, um ein national gültiges Kompetenzprofil zu entwickeln und zu validieren (vgl. Homer et al. 2007). Das aktuelle Kompetenzprofil ist in vier Domänen untergliedert (vgl. Tabelle 2, S. 32). Die Domäne 'Legal and professional practice' umfasst u. a. Kompetenzen, welche erforderlich sind, um im rechtlichen Rahmen und in professioneller Verantwortung zu agieren. Die Domäne 'Midwifery knowledge and practice' beschreibt Kompetenzen, welche die Planung, Durchführung und Evaluation der Hebammenhilfe betreffen. Diese Kategorie beinhaltet auch die Partnerschaft mit der Frau. In der Domäne 'Midwifery as a primary health care' werden insbesondere die Kompetenzen angesprochen, welche die gesundheitsfördernden Aspekte der Versorgung durch Hebammen betreffen. Dies umfasst auch das Konzept der Selbstbestimmung und der Wahrung individueller und sozialer Rechte der Frauen. Die vierte Domäne 'Reflective and ethical practice' umfasst Kompetenzen, welche für die reflexive Selbsteinschätzung, die professionelle Entwicklung und die Forschung relevant sind. Alle Kompetenzen sind als Mindeststandard definiert, dem jede in Australien praktizierende Hebamme entsprechen soll.

Für England und Schottland legt das 'Nursing and Midwifery Council' (NMC) Standards fest, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch eine sichere und effektive Berufsausübung der Hebammen zu sichern. Dazu wurden letztmalig im Jahr 2004 die 'Standards of proficiency for pre-

¹⁸ Primärversorgung wurde im Originaltext als 'primary care' bezeichnet.

registration midwifery programmes of education' definiert, welche, vergleichbar der in Deutschland geltenden Berufsgesetze, u. a. die Zulassung zur Ausbildung sowie Niveau, Dauer und Struktur der Hebammenausbildung regeln. Teil dieser Vorgaben sind die 'Standards of education to achieve the NMC standards of proficiency', welche ein in vier Domänen untergliedertes Kompetenzprofil beschreiben (vgl. Tabelle 2, S. 32). Die Kompetenzen werden dabei beispielhaft durch Lernergebnisse unterlegt. Die umfangreiche Domäne 'Effective midwifery practice' umfasst insgesamt 15 unterschiedlichste Kompetenzen, u. a. bezogen auf die Anforderungen im Bereich der Kommunikation, der Diagnose, der Urteilsfindung, der Betreuung und Überwachung, der Überweisung, des Notfallmanagements, der Dokumentation und der Gesundheitsförderung. Die Domäne 'Professional and ethical practice' beinhaltet Kompetenzen, welche die Berufsausübung im Rahmen rechtlicher und ethischer Vorgaben und professioneller Standards betreffen. Diese Domäne umfasst auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit, das Management konkurrierender Handlungsanforderungen sowie das Gestalten einer gesundheitsfördernden Umgebung. In der Domäne 'Developing the individual midwife and others' werden insbesondere Kompetenzen angesprochen, welche für die individuelle wie professionelle Kompetenzentwicklung relevant sind sowie das interprofessionelle Handeln in Netzwerken betreffen. In der Domäne 'Achieving quality care through evaluation and research' werden Kompetenzen der kritischen Reflexion, des evidenzbasierten Handelns und der Anwendung von Informationstechnologien beschrieben.

Für Irland entwickelte 2005 das 'Irish Nursing Board' die 'Requirements for the pre-registration midwife registration education programme'. Auch hier ist das Kompetenzprofil in fünf Domänen gegliedert (vgl. Tabelle 2, S. 32) und durch Performanzkriterien und dazugehörigen Indikatoren unterlegt. Die Domäne 'Professional/ ethical midwifery practice' beschreibt die Kompetenz, im Rahmen des Gesetzes sowie professioneller Konzepte zu agieren und eigene Kompetenzgrenzen zu erkennen. Die Domäne 'Holistic midwifery care' beinhaltet Kompetenzen, welche eine sichere und effektive Versorgung durch die Hebamme ermöglichen. Sie umfasst ebenso Kompetenzen, welche für die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der Frau und ihrer Familie relevant sind. In der Domäne 'Interpersonal relationships' werden Kompetenzanforderungen im Bereich der Kommunikation im Einzelkontakt mit der Frau wie auch in der Kommunikation mit der Familie, mit Gruppen sowie mit anderen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen angesprochen. Die Domäne 'Organisation and coordination of midwifery care' beinhaltet – wie der Name schon nahe legt – Managementkompetenzen, welche die Organisation der eigenen Versorgungsleistung wie auch der abgestimmten Versorgungsleistung im Team vorsehen. Die fünfte und letzte Domäne 'Personal and professional development' beschreibt Anforderungen, welche das lebenslange Lernen betreffen sowie die Anforderung, den Beruf als

solchen in seiner Weiterentwicklung zu befördern. Da die Hebammenausbildung in Großbritannien an Hochschulen angesiedelt ist, greifen darüber hinaus Ausbildungsstandards, wie sie von der 'Quality Assurance Agency for Higher Education' (QAA) in Form der 'subject benchmark statements' für die Gesundheitsberufe festgelegt werden. Diese Standards werden von Fachvertretern in fachbezogenen Arbeitsgruppen erarbeitet und dienen den Hochschulen als Referenzrahmen bei der Planung und Entwicklung neuer Studiengänge (vgl. Frederiks 2001: 47f.). Die für die Hebammenausbildung relevanten 'benchmark statements' wurden im Jahr 2001 für England und im Jahr 2002 für Schottland entwickelt. Während die englischen Standards explizit den Hebammenberuf betreffen, differenzierte man in den schottischen Standards zwischen einem übergeordneten Rahmen, in dem die für die Gesundheitsberufe insgesamt erforderlichen Kompetenzen definiert wurden (Health profession framework) und spezifischen Kompetenzen, welche für die Zulassung zum Hebammenberuf erforderlich sind (Competencies for professional register). Die Hochschulen in Großbritannien, welche Ausbildungsprogramme für Hebammen anbieten, müssen nachweisen, dass ihre Programme den Kompetenzerwerb entsprechend dieser professionellen und akademischen Standards ermöglichen.

Tabelle 1: Kategorisierung der 'subject benchmark statements in midwifery' in Großbritannien

LAND	KATEGORIEN/DOMÄNEN
<p>England The Quality Assurance Agency for Higher Education (2001): Subject benchmark statement Midwifery</p>	<p>Expectations of the midwife as a professional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professional autonomy and accountability • Professional relationships • Profession and employer context <p>The application of practice in midwifery</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessment and identification of care needs • Formulation of plans and strategies • Evaluation <p>Subject knowledge, understanding and associated skills that underpin the education and training of midwives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knowledge and understanding • Skills
<p>Schottland The Quality Assurance Agency for Higher Education (2002): Scottish subject benchmark statements Midwifery</p>	<p>An emerging health professions framework</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expectations of the health professional in providing patient/client services • The application of practice in securing, maintaining or improving health and well-being • Knowledge, understanding and skills that underpin the education and training of health care professionals <p>Competencies for professional register</p> <ul style="list-style-type: none"> • Domain: Effective midwifery Practice • Domain: Professional and ethical Practice • Domain: Developing the individual midwife and others • Domain: Achieving quality care through evaluation and research

In Neuseeland wurden 2004 die 'Competencies for entry to the register of midwives' durch das dort zuständige 'Midwifery Council of New Zealand' definiert, um einen Mindeststandard festzulegen, den alle zum Beruf zugelassenen Hebammen erfüllen sollten. Im Unterschied zu den oben aufgeführten Kompetenzprofilen sind diese Kompetenzen nicht in Domänen kategorisiert, sondern in Form von vier übergeordneten Kompetenzen dargelegt, welche durch Performanzkriterien unterlegt sind (vgl. Tabelle 2, S. 32). Die vier Kompetenzen zeigen jedoch eine inhaltliche Entsprechung zu den Domänen bereits aufgeführter Kompetenzprofile auf.

Nicht direkt als Standard ausgewiesen, jedoch mit dem Ziel verbunden, ein international akzeptiertes Profil der 'Essential competencies for midwifery practice' zu bieten, stellt das von der 'International Confederation of Midwives'¹⁹ (ICM) verabschiedete Kompetenzprofil dar. Das Kompetenzprofil wurde als Ergebnis einer Studie veröffentlicht, die im Auftrag des ICM und unter der Projektkoordination von Fullerton von 1995-2001 durchgeführt wurde. Ausgerichtet an dem Forschungsziel, das Wissen, Können und Verhalten einer gemäß der internationalen Definition²⁰ ausgebildeten Hebamme zu beschreiben, sollte ein Instrument geschaffen werden, das über den nationalen Kontext hinaus eine Orientierung für Bildungsplaner, Verbraucher, Dienstleister und politische Entscheidungsträger bietet (vgl. Fullerton et al. 2003). Die 'Essential competencies for midwifery practice' wurden in einer offiziellen Erklärung vom ICM im Mai 2002 anerkannt, so dass von einer internationalen Akzeptanz dieses Kompetenzprofils durch berufspolitische Gremien ausgegangen werden kann.

¹⁹ Der ICM ist ein Zusammenschluss von Hebammenberufsverbänden und repräsentiert aktuell weltweit über 90 Berufsorganisationen in über 20 Ländern.

²⁰ Die internationale Definition der Hebamme wurde erstmalig 1972 gemeinsam vom Internationalen Hebammenverband (ICM) zusammen mit der Internationalen Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique; FIGO) erarbeitet. Die Definition wurde 1990 vom ICM, 1991 von der WHO und 1992 von der FIGO formal angenommen. Seit 2005 liegt eine vom ICM revidierte und verabschiedete aktualisierte Fassung vor.

Tabelle 2: Kategorisierung internationaler Kompetenzprofile (Hebammen)

KOMPETENZPROFIL	KATEGORIEN/DOMÄNEN
<p>USA American College of Nurse-Midwives (2007): Core Competencies for Basic Midwifery Practice</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hallmarks of Midwifery • Components of Midwifery Care: Professional Responsibilities of CNMs and CMs • Components of Midwifery Care: Midwifery Management Process • Components of Midwifery Care: Fundamentals • Components of Midwifery Care: The Primary Health Care of Women • Components of Midwifery Care: The Childbearing Family
<p>Australien Australian Nursing and Midwifery Council (2006): National Competency Standards for the Midwife</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domain: Legal and professional practice • Domain: Midwifery knowledge and practice • Domain: Midwifery as a primary health care • Domain: Reflective and ethical practice
<p>England/ Schottland Nursing and Midwifery Council (2004): Standards of proficiency for pre-registration midwifery programmes of education</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domain: Effective midwifery practice • Domain: Professional and ethical practice • Domain: Developing the individual midwife and others • Domain: Achieving quality care through evaluation and research
<p>Irland An Bord Altranais (2005): Requirements and Standards for the Pre-Registration Midwife Registration Education Programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domain: Professional/Ethical Midwifery Practice • Domain: Holistic Midwifery Care • Domain: Interpersonal Relationships • Domain: Organisation and Co-ordination of Midwifery Care • Domain: Personal and Professional Development
<p>Neuseeland Midwifery Council of New Zealand (2004): Competencies for Entry to the Register of Midwives</p>	<ul style="list-style-type: none"> • The midwife works in partnership with the woman/wahine throughout the maternity experience. • The midwife applies comprehensive theoretical and scientific knowledge with the affective and technical skills needed to provide effective and safe midwifery care. • The midwife promotes practices that enhance the health of the woman/wahine and her family/whanau and which encourage their participation in her health care. • The midwife upholds professional midwifery standards and uses professional judgment as a reflective and critical practitioner when providing midwifery care.
<p>International The International Confederation of Midwives (ICM): essential competencies of midwifery practice</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Midwives have the requisite knowledge and skills from the social sciences, public health and ethics that form the basis of high quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborn and childbearing families. • Midwives provide high quality, culturally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting. • Midwives provide high quality antenatal care to maximise the health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral of selected complications. • Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe delivery, and handle selected emergency situations to maximise the health of women and their newborn. • Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postnatal care for women. • Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two months of age.

In der Regel sind die nationalen Kompetenzstandards das Ergebnis von Aushandlungsprozessen zwischen berufspolitischen Gremien und staatlichen Aufsichtsbehörden, welche nur in einigen Ländern, wie z. B. Australien, transparent und nachvollziehbar offen gelegt wurden. Die Kategorisierung der Kompetenzprofile erfolgt, abhängig vom dem zu Grunde liegenden Kompetenzkonzept, in der Regel anhand von Domänen (z. B. in Australien und Großbritannien) oder direkt in Form von Kompetenzen (z. B. Neuseeland). Nicht immer lässt sich abschließend rekonstruieren, inwieweit empirische Ergebnisse der Qualifikations- bzw. Kompetenzforschung Eingang in diese Kompetenzprofile fanden. Die Verbindlichkeit der Kompetenzprofile als Vorgabe für die Entwicklung und Akkreditierung der Ausbildungsprogramme, welche zur Zulassung zum Beruf führen, ist in den Ländern ebenso unterschiedlich geregelt.

3 Ergebnisse der (Hebammen)Kompetenzforschung

Eine auf das Berufs- und Handlungsfeld der Hebammen bezogene Forschung konnte in Deutschland bisher nur begrenzt in Forschungsprojekten bearbeitet werden. Für die vorliegende Untersuchung sind vor diesem Hintergrund Erkenntnisse aus der deutschsprachigen pflegepädagogischen bzw. pflegedidaktischen Forschung zu berücksichtigen und diese in ihrer Übertragbarkeit auf das Hebammenwesen zu diskutieren. Darüber hinaus sind Ergebnisse insbesondere aus Australien, aus den USA, aus England und aus Schottland relevant, da in diesen Ländern bereits Forschungsvorhaben mit einer der vorliegenden Dissertation vergleichbaren Zielstellung durchgeführt wurden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass empirische Forschung darüber, welche Kompetenzanforderungen an Hebammen gestellt werden, in der Regel spezifische nationale Bildungsfragen aufgreifen und vor diesem Hintergrund betrachtet werden sollten.

3.1 Ergebnisse der Hebammenforschung

Eine erste empirische Untersuchung zur Hebammenausbildung hat Zoega (2004) vorgelegt. Die berufssoziologische Untersuchung basiert auf einer quantitativen und qualitativen Bestandsaufnahme der Hebammenausbildung und analysiert Anforderungen an eine zukünftige Hebammenausbildung vor dem Hintergrund soziologischer Professionalisierungstheorien. Dabei identifiziert und diskutiert Zoega (ebd.), in Anlehnung an Oevermanns Theorie des professionalisierten Handelns, das 'therapeutische Arbeitsbündnis' als Kern des professionellen Handelns und zieht daraus erste Schlussfolgerungen für die Kompetenzen und Wissensbestände, welche Hebammen für dieses Handeln benötigen. Der

grundsätzliche Anspruch, die Qualität und Effektivität des beruflichen Handelns in den personenbezogenen Dienstleistungen wissenschaftlich zu begründen, erfordern – so die Autorin – nicht nur eine Anpassung der Hebammenausbildung an qualitativ und quantitativ veränderte Anforderungen, sondern darüber hinaus eine Anhebung des Ausbildungsniveaus auf Fachhochschulniveau (vgl. Zoege 2004).

Unter dem Titel 'Geburtshilfe neu denken' veröffentlicht Sayn-Wittgenstein (2007) den 'Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland'. Basierend auf einer Darstellung der Rahmenbedingungen des Hebammenberufs unterzieht sie das Versorgungsangebot von Hebammen einer umfassenden Analyse und zeigt das derzeit gesellschaftlich zu wenig genutzte, gesundheitsfördernde Potential dessen auf. Die Autorin arbeitet dabei das Spezifische des Versorgungsangebots heraus, indem sie zu Grunde liegende Konzepte und Prinzipien der hebammengeleiteten Geburtshilfe darlegt und ein gesellschaftliches Umdenken in Bezug auf die Versorgungsleistung 'Geburtshilfe' begründet (ebd.). Des Weiteren sind die Ergebnisse des ebenfalls unter der Leitung von Sayn-Wittgenstein durchgeführten Projekts 'Konzeptentwicklung Hebammenkreißaal' im Rahmen des Förderschwerpunkts 'Angewandte Pflegeforschung' des Bundesministeriums für Bildung und Forschung anzuführen. Die darin identifizierten Tätigkeitsbereiche und Handlungsmerkmale der Profession werden hier zwar unter dem Gesichtspunkt der Veränderung durch die Einführung eines neuen klinischen Betreuungskonzepts – dem Hebammenkreißaal – analysiert, bieten jedoch auch Aufschluss über spezifische Fähigkeiten und Kenntnisse und das damit verbundene Leistungspotential der Hebammen (vgl. Sayn-Wittgenstein, Kehrback & Kirchner 2007).

Zum Thema des hebammenspezifischen Wissens und Könnens arbeitet Fischer (2002) in ihrer Diplomarbeit das Be-Greifende Wissen in seiner Besonderheit und Bedeutung für die professionelle Kompetenz der Hebammen auf. Die Autorin beleuchtet dabei in Anlehnung an die Analyse von Duden (2001) die impliziten Wissensanteile professioneller Hebammenkompetenz, um diese über das rein subjektive Können hinaus in Richtung einer taktil-kinästhetischen Kunstlehre zu erschließen.

Mit einer grundsätzlich anderen Perspektive auf Kompetenz untersucht Ackaert Kössler (2004) in ihrer Masterarbeit die 'Medienkompetenz bei Hebammen in der Deutschschweiz' und eröffnet bezogen auf dieses Qualifikationsziel neue Perspektiven für die Hebammenausbildung. Die Autorin verdeutlicht, dass Medienkompetenz keine berufsspezifische Anforderung ist, sondern eine Schlüsselqualifikation, über die Bürgerinnen und Bürger in einer Wissensgesellschaft verfügen sollten.

3.2 Ergebnisse der pflegepädagogischen und pflegedidaktischen Kompetenzforschung

Ein Meilenstein in der auf den Pflegeberuf bezogenen Kompetenzforschung stellt die von Benner 1994 in Amerika veröffentlichte Studie 'Stufen zur Pflegekompetenz' dar. Benner (ebd.) interviewt und beobachtet Berufsanfängerinnen und berufserfahrene Pflegende und beschreibt daraufhin, in Bezugnahme auf das von Dreyfus & Dreyfus (1986) entwickelte Modell, die fünf Stufen der Kompetenzentwicklung vom Neuling zur Pflegeexpertin in der Krankenpflege. Das Forschungsteam um Benner identifiziert 31 verschiedene Kompetenzen, welche in sieben Bereiche der Pflegepraxis eingeteilt werden²¹. Als Ergebnis der Untersuchung zeigt Benner Unterschiede zwischen theoretischem und praktischem Wissen auf und analysiert das praktische Wissen als spezifische Wissensform der Pflegeexpertin. Dieses Wissen wird über das konkrete Handeln und die Erfahrung erworben. Das praktische Wissen bleibt in der Regel implizit und ermöglicht der Pflegeexpertin, Situationen als Ganzes wahrzunehmen und das Wesentliche intuitiv zu erfassen. Voraussetzung für das kompetente Handeln ist ein breites Hintergrundwissen und die Erfahrung mit vielen mehr oder weniger ähnlichen Pflegesituationen. Neulinge dagegen nehmen Situationen nicht als Ganzes wahr, beziehen sich auf das theoretische Wissen und konzentrieren sich auf die Anwendung der vorgegebenen Regeln (vgl. Benner 1994). Benner hat durch die Analyse der Pflegepraxis aus Sicht der Pflegenden ein klares und anschauliches Bild des pflegerischen Wissens und der Kompetenzentwicklung in der Pflege gezeichnet.

In Deutschland untersucht erstmalig Olbrich (1999) die Kompetenzen Pflegenden und entwickelt, so der Anspruch der Autorin, eine Theorie der Pflegekompetenz. Im Zentrum der Untersuchung stehen Situationsbeschreibungen aus dem Pflegealltag, welche mit der Methode der Grounded Theory analysiert werden. Darauf basierend werden vier hierarchisch angeordnete Dimensionen pflegerischen Handelns beschrieben²² und in einem weiteren Analyseschritt Fähigkeiten und Kompetenzen ermittelt²³ (vgl. ebd.: 53ff.). Olbrich (1999: 91) begreift Kompetenz als das „Zusammenwirken von in einer Person verankerten Komponenten des Wissens, des Könnens, der Erfahrung und der Fähigkeiten“. Diese intrasubjektive Geltung von Kompetenz wird bei der pflegerischen Kompetenz

²¹ Die sieben, induktiv aus den Kompetenzen abgeleiteten Bereiche sind: (1) Helfen, (2) Beraten und Betreuen, (3) Diagnostik und Patientenüberwachung, (4) Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen, (5) Durchführung und Überwachung von Behandlungen, (6) Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung und (7) Organisation und Zusammenarbeit.

²² Die Dimensionen pflegerischen Handelns sind: (1) regelgeleitetes Handeln, (2) situativ beurteilendes Handeln, (3) reflektierendes Handeln und (4) aktiv-ethisches Handeln.

²³ Die Kompetenzen sind: (1) Fähigkeit, Wissen anwenden zu können, (2) vertiefte Einfühlung/ vertiefte Wahrnehmung, (3) Selbstreflexion und (4) persönliche Stärke. Darüber hinaus wurden noch 'reflektierende Komponenten', 'emotionale Komponenten', 'persönliche Gegenwart' und 'Intuition' als Kompetenzen beschrieben.

durch das Zusammenwirken mit dem Patienten, einschließlich des Umfeldes des Patienten und das der Pflegefachkraft erweitert. Olbrich (1999: 108) verdeutlicht damit, dass Pflegekompetenz nicht als isoliertes Konstrukt definiert, sondern nur im Zusammenwirken als Bezugssystem zwischen Pflegeperson und Patient verstanden werden kann.

Ein Ergebnis empirischer pflegedidaktischer Forschung für den deutschsprachigen Raum stellt die Studie von Darmann (2000) zur 'Kommunikativen Kompetenz in der Pflege' dar. Unter der Zielstellung, ein pflegedidaktisches Konzept zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflegeausbildung zu entwickeln, ermittelt und analysiert Darmann kommunikationsbezogene Anforderungen der Pflegewirklichkeit. Als Ergebnis der Analyse typischer pflegerischer Kommunikationssituationen und -probleme werden vier Kategorien bzw. Strukturen in der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patienten identifiziert²⁴. Die Kommunikation wird dabei, so die Schlussfolgerung der Autorin, im Wesentlichen von der 'Macht der Pflegekräfte' bestimmt, wobei die bevormundende Gestaltung der Interaktion durch die institutionalisierten Machtstrukturen des Krankenhauses verschärft werden (vgl. Darmann 2000: 158ff.). Diese Ergebnisse sind in ihrer Bedeutung für die Gestaltung der Kommunikation zwischen Hebammen und betreuten Frauen für den deutschsprachigen Raum bisher nicht in dieser Form empirisch untersucht worden. Das Thema Macht und Machtmissbrauch in der Hebammenarbeit ist jedoch immer wieder Gegenstand der berufsinternen Diskussion²⁵ und wurde in ersten wissenschaftlichen Analysen der Interaktionsbeziehung zwischen Hebammen und betreuten Frauen als relevanter Faktor identifiziert (vgl. Kirchner 1998, 2003).

Weniger direkt auf die Pflegepraxis bezogen, analysiert Piechotta (2000) unter der provokativen Überschrift 'Weiblich oder kompetent?' den Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Sie expliziert und analysiert die bisher im Pflegeberuf unter dem Begriff des weiblichen Arbeitsvermögens subsumierten beruflichen Leistungen wie z. B. Geduld und Empathie und bricht damit die weit verbreitete Vorstellung auf, dass diese „eigentlich nicht lernbare, personengebundene Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen“ sind (Ostner & Beck-Gernsheim 1979: 52; zitiert in Piechotta 2000: 35). Für die Pflege sieht die Autorin (2000: 52) in der Schlüsselqualifikations- bzw. Kompetenzdebatte die Chance, dass diese beruflichen Leistungen zukünftig in Qualifikations- bzw. Bildungszielen transparent ausgewiesen werden und in Form professioneller Kompetenzen eine gesellschaftliche Würdigung erfahren. Das dargelegte Zusammen-

²⁴ Diese Kategorien sind: (1) Macht der Pflegekräfte, (2) Entscheidungsfreiheit der Patienten, (3) Druckmittel der Patienten und (4) Entscheidungsfreiheit der Pflegekräfte.

²⁵ So wurden z. B. auf der 1. Landestagung der Berliner Hebammen am 21. Januar 1998 unter dem Motto 'Alles was in unserer Macht steht' diverse Vorträge und Diskussionen zum Thema geführt.

spiel zwischen verschleierte Rollenerwartungen, professionspolitischen Hemmnissen und aktuellen bildungspolitischen Steuerungsprozessen in der Pflege lässt sich in seiner Geltung auf die Gesundheitsberufe insgesamt übertragen. Dabei analysiert Piechotta unterschiedliche Rollenerwartungen bezogen auf die Einzelberufe im Gesundheitswesen und schlussfolgert daraus, dass eine genauere Betrachtung der sog. personengebundenen Eigenschaften in den jeweiligen Berufen erforderlich ist.

Anzuführen ist ferner die im Auftrag des 'Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe' durchgeführte Delphi-Studie zur 'Ermittlung von Berufskompetenzen professionell Pflegenden' (vgl. Kellnhauser u. a. 2002). Die Ergebnisse der Studie sollten insbesondere Anhaltspunkte für die Entwicklung einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsordnung bieten. Basierend auf den Ergebnissen einer Literaturrecherche wurden acht Bildungsexpertinnen aus der Pflege gebeten, Aussagen zu den Rollen professionell Pflegenden, den dafür erforderlichen Kompetenzen und den für den Kompetenzerwerb erforderlichen Lehrinhalten zu geben²⁶. Inwieweit diese Ergebnisse tatsächlich Eingang in die Revision des Krankenpflegegesetzes gefunden haben, lässt sich nicht abschließend rekonstruieren.

3.3 Ergebnisse der internationalen Hebammenkompetenzforschung

In Australien setzt sich Glover bereits 1993 das Ziel, Kompetenzen von Berufsanfängerinnen zu definieren und zu validieren, und damit eine forschungsbasierte Grundlage für die Entwicklung von Minimalstandards für die Zulassung von Hebammen in Australien zu schaffen. Glover nutzt dabei die Dokumentenanalyse, um einen ersten Entwurf erforderlicher Kompetenzen zu definieren, und diese dann durch ein modifiziertes Delphi-Verfahren sowie durch die Methode der direkten Beobachtung zu validieren. Im Ergebnis werden fünf Domänen²⁷ identifiziert und durch Kompetenzen unterlegt.

In England tragen insbesondere Worth-Butler, Murphy und Fraser (1994) zur wissenschaftlichen Diskussion der Kompetenzen im Hebammenwesen bei. Hintergrund dieser Diskussion war die gesundheitspolitische Empfehlung, dass die veränderten Anforderungen an eine zeitgemäße Geburtshilfe Konsequenzen in Bezug auf das Leistungsspektrum und damit auf die Qualifizierung der Hebammen erfordern (vgl. Department of Health 1993). Das Forschungsteam im Projekt 'Effectiveness of

²⁶ In den zwei Delphi-Runden wurden folgende Kompetenzbereiche ermittelt: fachwissenschaftliche, ethische, betriebswirtschaftliche, berufspolitische, pädagogisch-didaktische, organisatorische, interdisziplinäre, rechtliche und psychosoziale Kompetenzen, Forschungs- und Führungskompetenz sowie die Kommunikationskompetenz.

²⁷ Die Domänen sind: (1) professional and ethical practice, (2) reflective practice, (3) enabling, (4) problem solving and framing sowie (5) teamwork.

Midwifery Education Evaluation Project' (EME) vertritt dabei die Position, dass eine Evaluierung der inzwischen auf Hochschulniveau angesiedelten Ausbildungsprogramme eine Verständigung darüber erfordern, wie Kompetenz in Bezug auf Hebammen zu definieren sei (vgl. Worth-Butler, Murphy & Fraser 1994; Fraser, Murphy & Worth-Butler 1998; Butler, Fraser & Murphy 2008). Auf der Grundlage einer ausführlichen Diskussion der Kompetenzdebatte im angelsächsischen Sprachraum begründen die Autorinnen und Autoren ein integriertes Verständnis von Kompetenz. Im Kompetenzkonzept abgebildet werden zum einen die Anforderungsseite der beruflichen Tätigkeit wie auch die individuelle Ausstattung des Professionellen, kompetent in unterschiedlichen Situationen und Kontexten zu handeln (vgl. Worth-Butler, Murphy & Fraser 1994: 230). Darauf basierend entwickelt das Projektteam ein 'Model of competence in midwifery' mit drei Dimensionen²⁸, wobei die ermittelten Kategorien weitgehend mit den Ergebnissen einer früheren Untersuchung übereinstimmen, in der erforderliche Kompetenzen aus Perspektive der Frauen, ihre Erwartungen und Erfahrungen erfasst wurden, um die Curriculumsentwicklung daran auszurichten (Fraser 1999). In einem weiteren Forschungsvorhaben identifizieren Butler, Fraser & Murphy (2008) die Kernkompetenzen, über die eine Hebamme zum Zeitpunkt der beruflichen Registrierung verfügen sollte. In einem qualitativen Methodendesign wurden Fallstudien und Interviews mit Auszubildenden, Ausbilderinnen, Lehrenden und praktizierenden Hebammen durchgeführt. Aus dieser Untersuchung gehen die folgenden Kernkompetenzen hervor: (1) being a safe practioner, (2) having the right attitude und (3) being an effective communicator, wobei der Kompetenz, 'sicher zu praktizieren' die höchste Priorität eingeräumt wird (vgl. Butler, Fraser & Murphy 2008).

In Schottland ermitteln Fleming et al. (2000, 2001) vor dem Hintergrund der Einführung des 'direct entry'²⁹ Kompetenzanforderungen aus Sicht der Arbeitgeber und analysieren Kompetenzunterschiede zwischen Hebammen, die ausschließlich als Hebammen qualifiziert wurden bzw. über eine Doppelqualifizierung als Krankenschwester und Hebamme verfügen. Zur Datenerfassung wurde das 'Glasgow Royal Maternity Hospital's Skill's Inventory' genutzt, um eine Vergleichbarkeit der Kompetenzen zu ermöglichen. Fleming et al. (2001) nutzen damit ein an Anforderungen orientiertes Kompetenzkonzept und ermöglichen so ein pragmatisches Vorgehen bezogen auf die Zielstellung der Untersuchung. Das Ergebnis zeigt, dass Hebammen in Schottland, unabhängig von der jeweiligen

²⁸ Die Dimensionen sind: (1) professional/friend approach (the ability to be autonomous and professional but 'with woman', (2) individualised approach (the ability to provide individualised care) und (3) clinical competence (a sound knowledge base and appropriate skills for the provision of midwifery care).

²⁹ Hintergrund dieser Studie ist die Einführung des 'direct entry' 1992 in der schottischen Hebammenausbildung. 'Direct entry' bedeutet, dass Hebammen ohne die bisher in Schottland übliche vorangegangene Ausbildung zur Krankenschwester qualifiziert werden. Die Entwicklung hat insbesondere bei Arbeitgebern Skepsis ausgelöst, da die Absolventinnen dieser neuen Ausbildungsgänge als weniger kompetent betrachtet wurden.

Qualifizierung, in der Lage sind, Frauen und Neugeborene in normalen geburtshilflichen Situationen zu betreuen (vgl. Fleming et al. 2000).

Ebenfalls an beruflichen Aufgaben und Tätigkeiten orientiert, sind die 'Essential competencies of midwifery practice', wie sie in einem umfangreichen Forschungsprojekt von Fullerton, Severino und Brogan (2003) ermittelt wurden. Das im Auftrag der 'International Confederation of Midwives' (ICM) in den USA von 1995-2001 durchgeführte Forschungsprojekt hatte zum Ziel, essentielle Kompetenzen von Hebammen mit weltweiter Gültigkeit zu definieren, welche als Grundlage der Ausbildungsplanung und Verständigung darüber, was eine Hebamme macht, genutzt werden können. Über ein Delphi-Verfahren wurden 1271 praktizierende Hebammen, 312 Lehrerinnen bzw. Ausbilderinnen und 333 Schülerinnen aus insgesamt 22 Staaten, sowie 25 politische Entscheidungsträger aus 20 Ländern eingebunden. Das Kompetenzprofil umfasst insgesamt 214 einzelne Kompetenzbeschreibungen, welche in sechs Domänen systematisiert sind. Die erste Domäne stellt eine übergeordnete Kategorie dar, da sie neben dem erforderlichen Wissen und Können auch das professionelle Verhalten einer Hebamme beschreibt. Die weiteren Domänen sind anhand der Phasen Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erste Säuglingszeit des Kindes gegliedert (vgl. Fullerton, Severino & Brogan 2003). Die ermittelten Kompetenzen, welche in einer weiteren Untersuchung auf ihre Evidenz hin überprüft wurden (vgl. Fullerton & Thompson 2005), stellen eine forschungsbasierte Beschreibung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten dar, über die Hebammen weltweit verfügen sollten.

4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die empirische Untersuchung

Die Berufsausbildung der Hebammen wird, wie die anderer Gesundheitsfachberufe auch, über bundesweit geltende Berufsgesetze geregelt. Die Bundeskompetenz zur Regelung des Berufs geht auf das besondere gesamtstaatliche Interesse an der Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe zurück; die Ausbildung wird in den Gesetzen für die reglementierten Berufe daher nur sehr allgemein geregelt. Einzelheiten der Ausgestaltung bleiben den zuständigen Behörden der Bundesländer oder den Ausbildungsträgern überlassen. Die Hebammenausbildung unterliegt in Deutschland weder den Regelungen des Berufsbildungsgesetzes noch ist sie dem Regelsystem schulischer bzw. hochschulischer Bildung zugeordnet. Das für die reglementierten Gesundheitsfachberufe geltende berufliche Bildungssystem wird von Bildungsexpertinnen und Bildungsexperten in der Regel unter Auflistung der besonderen Merkmale aufgeführt. Insgesamt wird

dabei kritisiert, dass qualitätssichernde Standards sowie Anschlussmöglichkeiten an ein weiterführendes System beruflicher und akademischer Bildung fehlen.

Eine institutionalisierte, fortlaufend gesicherte und wissenschaftlich fundierte Curriculumentwicklung ist durch die Regelungen der Berufsgesetze für die Gesundheitsberufe und der darin festgeschriebenen Sonderstellung der Schulen des Gesundheitswesens im bundesdeutschen Bildungswesen nicht vorgesehen. Eine direkte Anwendung curricularer Prinzipien, wie sie in der dualen Berufsbildung bzw. der Hochschulbildung gelten, ist nicht vorgegeben. Da inzwischen eine eklatante Kluft zwischen beruflichen Anforderungen einerseits und der beruflichen Qualifizierung der Hebammen andererseits beschrieben wird, legen bildungs- und gesundheitspolitische Entwicklungen auf europäischer und nationaler Ebene nahe, die Hebammenausbildung in Zukunft stärker an den Anforderungen des Beschäftigungssystems auszurichten und Übergänge zwischen beruflicher Qualifizierung und akademischer Bildung zu schaffen. Dabei sollen aktuelle Tendenzen bei der Entwicklung berufsqualifizierender Curricula in anderen Bildungssektoren berücksichtigt werden, da damit ein Grundstein für eine zukünftige Anschlussfähigkeit an das Regelsystem beruflicher und akademischer Bildung gelegt werden kann.

Schon seit Ende der 60er Jahre wird die Diskussion geführt, Curricula stärker an Lebens- bzw. Verwendungssituationen zu orientieren. Trotz dieser frühen Impulse folgte die Struktur und Sequenzierung der Rahmenlehrpläne für die Berufsschulen im dualen System beruflicher Bildung lange Zeit dem Prinzip der Wissenschaftsorientierung. Seit Mitte der 90er Jahre wird die Inkompatibilität zwischen dem wissenschaftsorientierten Lernen in der Berufsschule und dem fachsystematisch orientierten Ausbilden in den Betrieben zunehmend problematisiert. In Folge wird das Lernfeldkonzept als Konstruktions- und Strukturierungsprinzip der Curriculumentwicklung im dualen System beruflicher Bildung eingeführt, so dass berufliche Handlungsfelder zum wesentlichen Bezugspunkt der Konstruktion und Strukturierung berufsqualifizierender Curricula werden. Im Bereich der Hochschulbildung konnten sich Ansätze, die Studiengangsentwicklung als rational verlaufender und erfolgskontrollierter Konstruktionsprozess zu gestalten, zuerst weniger durchsetzen. Die Annahme, dass auf der Grundlage einer bestehenden Isomorphie zwischen Fachsystematik und Studiengang eine hinreichende Voraussetzung für die angestrebte berufliche Tätigkeit nach dem Studium gegeben sei, wurde jedoch auch hier zunehmend im Rahmen nationaler und europäischer bildungspolitischer Diskussionen hinterfragt. Die Entwicklung eines einheitlichen europäischen Hochschulraums, wie er in der Bologna-Erklärung von 1999 angebahnt wurde, soll durch die Einführung gestufter Studienabschlüsse und modularisierter Studiengänge zu einer erhöhten Mobilität, verkürzten Studienzeiten

sowie zu einer nachhaltigen Verbesserung der Berufsqualifizierung und der Arbeitsmarktfähigkeit der Absolventinnen und Absolventen führen. Das Modularisierungskonzept im Hochschulwesen erfordert dabei die Diskussion und Definition von Qualifikationsprofilen, Kompetenzen und Lernergebnissen im Kontext fachlicher Standards und Arbeitsmarktanforderungen. Aber auch im Bereich der beruflichen Bildung wird die Umsetzung der Instrumentarien zur Förderung von Transparenz und Vergleichbarkeit von Qualifikationen auf europäischer Ebene die Entwicklung lernergebnisorientierter Kompetenzprofile nach sich ziehen.

Zentrale bildungssektorenübergreifende Steuerungsinstrumente curricularer Entwicklung sind Kompetenzprofile, welche die beruflichen Anforderungen repräsentieren und die Lernergebnisse in Form von Kompetenzen beschreiben. Mit den aus der empirischen Analyse gewonnen Erkenntnissen dieser Dissertation soll ein Beitrag dazu geleistet werden, dass die aktuell in der Berufspraxis relevanten Anforderungen tatsächlich Berücksichtigung in der curricularen Entwicklung finden. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils auf Basis einer empirischen Analyse beruflicher Kompetenzanforderungen könnte weiterhin als Referenzsystem der Reform der Hebammenausbildung im bestehenden System wie auch in der angestrebten Hochschulausbildung bzw. in der Verzahnung beider genutzt werden. Dabei darf die empirische Analyse der beruflichen Anforderungen nicht als Ersatz für didaktische Entscheidungen weiterführender curricularer Arbeit verstanden werden, sie stellt lediglich einen ersten Schritt dar.

Die Analyse beruflicher Kompetenzanforderungen und die darauf basierende Entwicklung eines Kompetenzprofils erfordert eine grundbegriffliche Klärung des zu Grunde liegenden Kompetenzkonzepts. Für die hier vorliegende Dissertation wird auf einen Kompetenzbegriff zurückgegriffen, wie er von Weinert (2002) und Klieme et al. (2007) entwickelt und geprägt wurde. Kompetenzen stellen dabei die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die damit verbundenen ethischen und sozialen Fähigkeiten und Bereitschaften dar, um bestimmte Arten von Anforderungen erfolgreich und verantwortungsvoll zu bewältigen. Kompetenzen sind damit Dispositionen, die Personen befähigen, konkrete Anforderungssituationen eines bestimmten Typs zu bewältigen. Diese spiegeln grundlegende Handlungsanforderungen in einer Domäne wieder. Bei der Formulierung von Kompetenzen besteht die große Herausforderung darin, sowohl personenspezifische als auch situationsspezifische Komponenten zu berücksichtigen. Spiegeln die situationsspezifischen Komponenten in der Regel die Anforderungssituation wieder, so bilden sich bei den personenspezifischen Komponenten individuelle Dispositionen und der Grad der erreichten Kompetenzentwicklung ab. Laut Klieme et al. (2007) bilden Kompetenzmodelle daher zum einen

domänenspezifische Bildungsanforderungen in Form eines Komponentenmodells ab, zum anderen stellen sie über ein Stufenmodell hierarchisch organisierter Wissensarten dar, welche Grade oder Niveaustufen die Kompetenz annehmen kann.

Zentrales Ziel der Dissertation ist es, aktuelle Kompetenzanforderungen an Hebammen zu analysieren und in Form eines Kompetenzprofils zu systematisieren. Durch die Analyse des Expertinnenwissens beruflicher Repräsentantinnen sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welches Wissen und Können die Kompetenzentwicklung repräsentiert. Die Kategorisierung der Kompetenzen erfolgt inhaltlich bezogen auf Domänen der beruflichen Praxis, da diese Anforderungssituationen eines bestimmten Typs umfassen. Zur Kategorisierung des beruflichen Kompetenzprofils wird dabei auf Erfahrungen in denjenigen Ländern zurückgegriffen, in denen Kompetenzprofile bereits seit über 20 Jahren genutzt werden, um die Hebammenausbildung zu steuern. Diese international erprobten Kompetenzprofile bzw. Kompetenzstandards können als Orientierung für die Ermittlung der Daten und für die Strukturierung der Auswertung genutzt werden. Weiterhin wird kontrastierend auf Ergebnisse der empirischen (Hebammen)Kompetenzforschung Bezug genommen, wie sie insbesondere in den Ländern gewonnen werden konnten, in denen eine vergleichbare Ziel- und Fragestellungen verfolgt wurde.

III Methodik

1 Begründung und Darstellung des Studiendesigns

Zentrales Auswahlkriterium für die gewählten methodischen Ansätze ist deren Eignung für die Zielstellung, berufliche Qualifikationsanforderungen empirisch zu ermitteln. Qualifikationsbedarf wird dabei nicht als „sachlogische Wirkungskette von quasi äußeren Entwicklungen und zwangsläufig sich daraus ergebenden Qualifikationsanforderungen“ betrachtet (Büchter 2003: 283). Vielmehr stellt er ein gesellschaftlich konstruiertes und definiertes Phänomen dar, welches durch prozess- und dialogorientierte methodische Verfahren erschlossen werden kann. Bezogen auf die Zielstellung einer weiterführenden curricularen Entwicklung wird eine enge Kooperation zwischen Qualifikationsforschern und Curriculumsentwicklern angestrebt, um damit die Grundlage zu schaffen, dass Ergebnisse der Qualifikationsforschung tatsächlich Eingang in die Curriculumsentwicklung finden (vgl. Büchter 2003; Meifort 2004). Felix Rauner (2005) sieht in einer interdisziplinären, auf berufliche Domänen zielenden berufswissenschaftlichen Qualifikationsforschung eine Möglichkeit, den seit Robinsohn (1969) bestehenden Anspruch einzulösen, berufliche Curricula auf der Basis von Qualifikationsanforderungen zu begründen.

Zur Ermittlung domänenspezifischer beruflicher Qualifikationsanforderungen ist der methodische Ansatz der qualitativen Befragung beruflicher Expertinnen und Experten weit verbreitet. Diese gelten als Repräsentantinnen und Repräsentanten einer gelungenen Kompetenzentwicklung; d. h. ihr Wissen und Können ist in Form von Expertise auf einer hohen Niveaustufe entwickelt (vgl. Röben 2005: 247). Forschungsergebnisse und methodische Ansätze zur Ermittlung von Kompetenz sind dabei insbesondere aus der Expertiseforschung zu erwarten, da sie das Erkenntnisinteresse auf das Entstehen von Wissen und Können richtet, unter den Bedingungen der nach fachlichen Domänen organisierten Berufsarbeit (vgl. Rauner 2003; Röben 2005). Die methodischen Verfahren werden eingesetzt, um die subjektiven Einstellungen, Deutungen und Wahrnehmungen der beruflichen Akteure reflexiv zu interpretieren und zu diskutieren (vgl. Büchter 1999, 2003; Flick, von Kardoff & Steinke 2005; Meifort 2004). Ebenfalls fachlich qualifizierte Forscherinnen und Forscher scheinen dabei besonders geeignet, domänenspezifische Kompetenzen zu ermitteln. Diese Vorgehensweise erfordert jedoch spezifische methodische Bedingungen, um die Distanz zum Untersuchungsgegenstand zu sichern (vgl. Rauner 2005: 245). Zunehmend werden qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung, wie z. B. die teilnehmende Beobachtung sowie qualitative Interviews und Gruppendiskussionen in der Qualifikationsforschung genutzt, um berufstypische Anforderungen

zu ermitteln (vgl. Baethge 1999; Meifort 2004). Der Einsatz des Delphi-Verfahrens im Bildungswesen zur Identifikation und Analyse von 'educational needs' ist ebenso weit verbreitet (vgl. Häder & Häder 2000: 14) und stellt eine gängige Methode dar, um aktuelle und zukünftige Anforderungen speziell im Gesundheitswesen (vgl. Garcia-Barbero et al. 1998; Kellnhauser u. a. 2002; Sullivan & Brye 1983) bzw. im Hebammenwesen (vgl. Fullerton et. al 2003; Glover 1993) zu identifizieren.

Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse werden für die Dissertation Verfahren der qualitativen Sozialforschung wie Expertinneninterviews, Gruppendiskussionen und ein modifiziertes Delphi-Verfahren genutzt. Durch einen offenen Forschungsprozess wird der Rahmen geschaffen, in dem Repräsentantinnen der Berufs- und Ausbildungspraxis ihre Erfahrungen und Deutungen darstellen können. Die erhobenen Daten und ihre Interpretation werden in Zwischenschritten durch die in die Untersuchung einbezogenen Expertinnengruppen reflektiert und revidiert, so dass eine kommunikative Validierung der Daten ermöglicht wird (vgl. Mayring 2003: 112; Steinke 2005: 320). Der Nachweis der Qualität des gewählten qualitativen Forschungsdesigns orientiert sich nicht an Kriterien wie der Objektivität, der Reliabilität und der Validität, wie sie für die experimentell-statistische bzw. die hypothesenprüfende Forschung gelten. Qualitätskriterien, anhand derer der Nachweis der Wissenschaftlichkeit, Güte und Geltung qualitativer Studien geleistet wird, sind vielmehr die Angemessenheit und intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses (vgl. Steinke 2005: 319ff.), die systematische und regelgeleitete Auswertung der Daten (vgl. Mayring 2003: 42ff.) sowie die der kommunikativen Validierung der Zwischenergebnisse (vgl. Steinke 2005: 320). Die methodische Umsetzung der Bearbeitung der Fragestellung erfolgt durch aufeinander aufbauende Untersuchungsschritte. Die folgende Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über das Studiendesign.

Tab. 3: Übersicht über das Studiendesign

METHODIK: EXPERTINNENINTERVIEWS						
Fragestellung	Befragungszeitraum	Sample	Erhebungstechnik	Dokumentation/ Aufbereitungstechnik	Auswertungstechnik	Kürzel
Auswertungsschritt 1 Welche Kompetenzanforderungen werden an Hebammen aktuell und in Zukunft gestellt?	Mai-August 2003	Berufserfahrene Hebammen (15)	Leitfadengestütztes Expertinneninterview nach Witzel (1985, 2000)	Datenträger Transkription Postskript	Auswertungsschritt 1 Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2003)	Name, Zeile
Auswertungsschritt 2 Auf welche Domänen der beruflichen Praxis beziehen sich die Anforderungen?					Auswertungsschritt 2 Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2003)	
METHODIK: GRUPPENDISKUSSION						
Fragestellung	Befragungszeitraum	Sample	Erhebungstechnik	Dokumentation/ Aufbereitungstechnik	Auswertungstechnik	Kürzel
Welche Kompetenzanforderungen werden an Hebammen gestellt?	23.-25.03.2003	Schülerinnen (35)	Moderierte Gruppendiskussion	Datenträger Transkription, Dokumentationsbögen, Protokoll	Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2003)	GD-S, Zeile
Welche Kompetenzen sollten Hebammenschülerinnen im Rahmen ihrer Ausbildung mindestens erwerben?						
GD-Ea: Wie hat sich das Anforderungsprofil verändert?	13.-14.11.2003	Hebammen mit erweiterten Kompetenzen (18)	Open-Space-Workshop		Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2003)	GD-Ea, Zeile
GD-Eb: Was sind Kernkompetenzen von Hebammen und welche Wissensgrundlagen sind für ihren Erwerb erforderlich?						GD-Eb, Zeile
GD-Ec: Brauchen wir akademisch ausgebildete Hebammen?						GD-Ec, Zeile
Welchen Mindestanforderungen sollten die Schülerinnen nach einer Ausbildung gerecht werden?	20.-23.01.2004	Lehrerinnen (60)	Moderierte Gruppendiskussion		Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2003)	GD-L, Zeile
Was verstehen Sie unter geburtshilflicher Fachkompetenz?						

METHODIK: DELPHI-VERFAHREN						
Fragestellung	Befragungszeitraum	Sample	Erhebungstechnik	Dokumentation/ Aufbereitungstechnik	Auswertungstechnik	Kürzel
Inwieweit bestätigen Bildungsexpertinnen die Relevanz der im Fragebogen aufgeführten Kompetenzen?	Delphi -Runde I: September 2005	Hebammen mit bildungstheoretischer und berufspädagogischer Expertise (11)	Fragebogen	Datenmatrix	Häufigkeitsanalyse	
vgl. Delphi-Runde I	Delphi-Runde II: Februar 2006	vgl. Delphi-Runde I				

2 Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen

2.1 Methodischer Ansatz

Die Erfassung und Analyse des Expertinnenwissens berufserfahrener Hebammen ist zentraler Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Dissertation. Als für den Forschungsgegenstand geeignetes methodisches Verfahren bietet sich das offene, leitfadengestützte Expertinneninterview an, um das komplexe Wissen der Expertinnen als Repräsentantinnen der Berufsgruppe zu erschließen (vgl. Müller-Mundt 2002). Die Expertinneninterviews nehmen damit in der von Meuser und Nagel (1991) vorgenommenen Klassifizierung eine zentrale Funktion im Rahmen des Forschungsdesigns ein. Für die Untersuchung werden leitfadengestützte Expertinneninterviews geplant und durchgeführt, in Anlehnung an die Methode des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985, 2000). Die Auswertung der Interviews erfolgt in Anlehnung an das Verfahren nach Mayring (2003). Um die Perspektive der an der Hebammenausbildung beteiligten Statusgruppen im Sinne moderner curricularer Arbeit zu berücksichtigen, wird das methodische Verfahren der Gruppendiskussion genutzt. Ziel dieser Erhebung ist die Erfassung von Gruppenmeinungen (vgl. Lamnek 2005: 70). Die in den Einzelinterviews gewonnenen Ergebnisse sollen auf dieser Grundlage kontrastiert, bestätigt, erweitert oder modifiziert werden.

2.2 Auswahl der Expertinnen

Der Expertenstatus wird in der Regel darüber definiert, dass der Experte über ein spezifisches Wissen verfügt, welches dem Nicht-Experten nicht ohne weiteres zugänglich ist (vgl. Hitzler et al. 1994). Dieser Wissensbestand bezieht sich auf ein bestimmtes professionelles Handlungsgebiet (eine Domäne) und ermöglicht auf diesem Gebiet kompetent zu handeln, d. h. einen Überblick über einen Sonderwissensbereich zu haben und in diesem Bereich Problemlösungen anzubieten. Hitzler et al. (ebd.) vertreten dabei die Position, dass die Kompetenzen in einer anspruchsvollen, inhaltlich umfangreichen und formalen Ausbildung erworben werden. Laut Meuser und Nagel (1991) werden diejenigen als Experten bezeichnet, die selbst Teil des Handlungsfeldes sind, das den Forschungsgegenstand ausmacht. Der Expertenstatus ist damit nicht zwangsläufig an die Zugehörigkeit zur „Funktionselite“ (vgl. Meuser & Nagel 1991: 442f.) gebunden, wobei Experten jedoch über einen privilegierten Zugang zu Informationen verfügen und Verantwortung tragen sollten. Bogner und Menz (2002: 46) wiederum vertreten die Ansicht, dass Experten grundsätzlich in der Lage sein sollten, ihr

spezifisches Deutungswissen in einem bestimmten organisatorischen Funktionskontext durchzusetzen. Die Frage, wer als Experte in methodischer Hinsicht gilt, muss daher in Hinsicht auf das spezifische Forschungsinteresse bestimmt werden.

Expertinneninterviews

Eine eminente Bedeutung in der geplanten Untersuchung hat die transparente Darlegung der Kriterien, die der Auswahl der Interviewpartnerinnen zu Grunde liegen. Dabei kann der Anspruch auf Repräsentativität im Rahmen qualitativer Forschung nicht erfüllt werden. Dennoch ist die Auswahl so gezielt getroffen, dass das Untersuchungsfeld in seiner vorhandenen Bandbreite inhaltlich erschlossen werden kann. Bei der Festlegung der Kriterien ist dabei die Annahme zu Grunde gelegt, dass Faktoren, wie z. B. die Form und der institutionelle Rahmen der Berufsausübung sowie das Spektrum der ausgeübten Tätigkeiten, das Kompetenzprofil der jeweiligen Hebamme prägen. Um ein möglichst umfassendes und divergierendes Spektrum an Informationen zu erhalten, sind für die Auswahl der interviewten Hebammen folgende Kriterien festgelegt:

- Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Hebamme
- Berufserfahrung ≥ 2 Jahre
- regionale Verteilung (Nord/ Süd; alte/ neue Bundesländer; Land/ Stadt)
- Form der Berufsausübung (angestellt/ freiberuflich; Vollzeit/ Teilzeit)
- Organisationsform (Krankenhäuser der Allgemeinversorgung/ akademische Lehrkrankenhäuser/ Perinatalzentren; eigene Hebammenpraxis/ gemeinsame Hebammenpraxis/ interdisziplinäre Praxis)
- Tätigkeitsprofil (Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe, Nachsorge, Rückbildung)
- Status und Zusatzqualifikation (Führungsposition/ Praxisanleiterin; berufliche Weiterbildung/ Studium)
- innovative Formen der Berufsausübung (Hebammenkreißsaal, Familienhebamme)

Im ersten Schritt erfolgt der Zugang zu den Hebammen über Empfehlungen des Berufsverbandes DHV e.V. Dadurch können potentielle Interviewpartnerinnen in unterschiedlichsten Bundesländern kontaktiert werden. Im weiteren Verlauf werden über diese Kontakte gezielt Interviewpartnerinnen angesprochen, welche durch ihr spezielles berufsbiographisches Profil die Datenerhebung abrunden. Selbstverständlich wird darauf geachtet, dass die insgesamt 15 Interviewpartnerinnen der Interviewerin nicht persönlich bekannt sind. Von der Rekrutierung weiterer Interviewpartnerinnen wird abgesehen, als auf der Grundlage der begleiteten Vorauswertung deutlich wird, dass relevante Handlungsfelder abgedeckt sind (vgl. Müller-Mundt 2002: 276).

Tabelle 4: Berufsbiographisches Profil der 15 Interviewten³⁰

Berufsbezeichnung Hebamme	15 Hebammen
Berufserfahrung	Zwischen 2 und 32 Jahren, im Durchschnitt 15 Jahre
Regionale Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> • Baden-Württemberg (4): Einzugsgebiet: Kreisstadt und ländliches Gebiet • Berlin (4): Großstadt • Brandenburg (3): Stadt und ländliches Einzugsgebiet • Bremen (2): Stadtstaat • Sachsen-Anhalt (2): Stadt, ländliches Einzugsgebiet
Form der Berufsausübung	<p>Alle Hebammen waren im Laufe ihrer Berufsbiographie angestellt tätig; d.h. auch die zum Zeitpunkt der Befragung freiberuflich tätigen Hebammen verfügen über eine Berufserfahrung von mindestens einem Jahr im stationären Bereich (Kreißaal). Insgesamt zeigt sich fast durchgehend ein berufsbiographisches Patchworkmuster. Die interviewten Hebammen wechselten im Laufe ihrer Berufstätigkeit zwischen der freiberuflichen und angestellten Form der Berufsausübung. Dabei vollzog sich der Wechsel sowohl in zeitlicher Abfolge wie auch in paralleler Organisation freiberuflicher und angestellter Tätigkeit. Eine Benennung der wöchentlichen Arbeitszeit durch die ausschließlich freiberuflichen Hebammen ist kaum möglich; eine spontane Einschätzung zur tatsächlich geleisteten Arbeitszeit ergibt eine Arbeitsbelastung von ≥ 40 Wochenstunden. Die Form der Berufsausübung zum Zeitpunkt der Befragung setzt sich wie folgt zusammen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • freiberufliche Tätigkeit (4) • freiberuflich im Belegschaftssystem (3) • Teilzeit (50-75%) in angestellter Form und zusätzliche freiberufliche Tätigkeit (4) • Vollzeit im Angestelltenverhältnis (4)
Organisationsform³¹	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Hebammenpraxis (4) • gemeinsame Hebammenpraxis (3) • interdisziplinäre Praxis (2) • Perinatalzentrum/ akademisches Lehrkrankenhaus (4) • Krankenhaus der Normalversorgung (6) • öffentlicher Gesundheitsdienst (1)
Tätigkeitsprofil	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerenvorsorge (8), Schwangerenberatung (2), Geburtsvorbereitung (9) • Hausgeburten (3) • Klinikgeburten (11) • Nachsorge (12) • Rückbildung (10) • Anleitung von Schülerinnen (8) • psychosoziale Begleitung der Familie bis zum 1. Lebensjahr des Kindes (1)
Status & Zusatzqualifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Kreißaalleitung (2) • Praxisanleiterin (1) • Sonstiges (3) • berufliche Fortbildung (15) • akademische Abschlüsse: Pflegepädagogin (1), Ärztin (1) • berufliche Abschlüsse: Gesundheits- und Krankenpflegerin (2), Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (1)
Innovative Formen der Berufstätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Familienhebamme (1) • Hebamme im Hebammenkreißaal (1)
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Berufserfahrung im Rahmen der Entwicklungshilfe (1) • Berufserfahrung im europäischen Ausland (1)

³⁰ In den Klammern wird die Anzahl der interviewten Hebammen genannt.

³¹ Durch die parallele Berufsausübung im angestellten wie auch im freiberuflichen Bereich ergeben sich hier Dopplungen.

Gruppendiskussionen

In diesem Untersuchungsschritt werden Expertinnen als Repräsentantinnen unterschiedlicher Statusgruppen ausgewählt, um die spezifische Sichtweise dieser Gruppen in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand zu berücksichtigen und die bereits gewonnenen Daten durch diese zu kontrastieren bzw. zu ergänzen. Unter Berücksichtigung der Fragestellung werden dabei Schülerinnen, Lehrerinnen sowie Hebammen mit erweiterten Kompetenzen³² in die Erhebung eingebunden. Alle Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen sind im Rahmen von Tagungen bzw. Workshops gewonnen worden. Nachteil dieses günstigen Zugangs zu den erwünschten Statusgruppen ist, dass die Anzahl der Teilnehmerinnen in den Gruppendiskussionen nicht optimal gesteuert werden kann. So wird die von Lamnek (2005: 113) empfohlene Teilnehmerzahl von sieben bis zwölf Personen nur im Rahmen des Symposiums Denkwerkstatt annähernd eingehalten, die Teilnehmerinnenzahl der Gruppendiskussion mit den Schülerinnen (ca. 35 Teilnehmerinnen) sowie mit den Lehrerinnen (ca. 60 Teilnehmerinnen) hat diese empfohlene Zahl erheblich überschritten. Die Gruppendiskussionen haben im Rahmen folgender Tagungen bzw. Workshops stattgefunden:

- Tagung des Bundes Hebammen Schülerinnen Rat (23.05.-25.05.2003 in Freiburg)
- Denkwerkstatt für den Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens (13.11.-14.11.2003 in Osnabrück)
- Bundestagung der Lehrerinnen für das Hebammenwesen (20.-23.01.2004 in Potsdam)

Der Bundes Hebammen Schülerinnen Rat (im Folgenden auch: BSHR³³) wurde im Juli 1982 mit dem Ziel gegründet, die Interessen der Hebamenschülerinnen zu vertreten. Pro Hebamenschule können je zwei Schülerinnen als stimmberechtigte Mitglieder des BSHR gewählt werden. Auf den drei jährlich stattfindenden Tagungen werden spezifische und institutionsübergreifende Probleme erörtert sowie Strategien für die Verbesserung der Ausbildung entwickelt. Die Abstimmung zum Berufsverband DHV e. V. sowie zur jährlich stattfindenden Tagung der Lehrerinnen für das Hebammenwesen ist geregelt. In der Gruppendiskussion am 25. Mai 2003 sind Auszubildende aus 18 Hebamenschulen in Deutschland und zwei Hebamenschulen aus der Schweiz vertreten.

³² Der Begriff der erweiterten Kompetenzen beschreibt Hebammen, welche über spezialisiertes Wissen und Können in unterschiedlichsten Aufgabengebieten verfügen. Nicht damit gemeint sind erweiterte Zuständigkeiten im Sinne des Berufsrechts.

³³ Weitere Informationen zum BSHR online im Internet unter <http://www.bhsr.de/web/Home> (Zugriff am 12.01.2009)

Die Denkwerkstatt für den Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens war eine Veranstaltung im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten und unter der wissenschaftlichen Leitung von zu Sayn-Wittgenstein (2007) durchgeführten Projekts 'Geburtshilfe neu denken'. An dem zweitägigen Open Space-Workshop nahmen 18 Hebammen mit unterschiedlichster Expertise aus verschiedensten Tätigkeitsbereichen teil (vgl. ebd.: 30f.).

Die Bundestagung der Lehrerinnen für das Hebammenwesen ist eine jährlich im Januar stattfindende Tagung der Lehrenden an Hebammenschulen, welche durch den DHV e. V. organisiert wird. Traditionsgemäß dient diese Tagung der pädagogischen Fortbildung, dem Informationsaustausch zur Situation an den einzelnen Hebammenschulen und der Auseinandersetzung zu einem thematischen Schwerpunkt. Die Hebammenschulen sind in der Regel auf der Tagung gut repräsentiert. Die Tagung 2004 in Potsdam stand unter dem Thema 'Qualitätsentwicklung an Hebammenschulen'. Die Gruppendiskussion fand im Anschluss an die Tagung am 21.01.2004 statt, so dass sich die am Thema interessierten Teilnehmerinnen dort zusammenfinden konnten.

2.3 Planung und Durchführung

Entwicklung des Interviewleitfadens

Für die Expertinneninterviews wird ein Interviewleitfaden entwickelt, um die Wissensbestände der Befragten zu einem bestimmten Themenkomplex inhaltlich zu konzentrieren und die Vergleichbarkeit der Interviews in der Auswertung zu ermöglichen (vgl. Meuser & Nagel 1991; Witzel 2000). Im Rahmen der Methode des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985, 2000) ist der Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselverhältnis zu organisieren. Dabei schlägt sich das Vorwissen des Forschenden in der Entwicklung des Leitfadens nieder, so dass dieser in der Erhebungsphase als strukturierender Rahmen für den Dialog zwischen Interviewern und Befragten genutzt werden kann. Gleichzeitig wird das Offenheitsprinzip realisiert, indem die individuelle Relevanzsetzung der Interviewten durch Narration angeregt wird und die daraus gewonnenen Informationen dazu dienen, die Fragestellung zu modifizieren, zu erweitern und zu präzisieren (vgl. Witzel 2000: o. S.). Für die Strukturierung des hier verwendeten Leitfadens wird nicht auf das in der Berufspädagogik verbreitete Konzept der Sach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz zurückgegriffen, da dieses nicht geeignet erscheint, domänenspezifische Kompetenzanforderungen zu erfassen (vgl. Kapitel II: Stand der Forschung und des Wissens). Ebenfalls wird davon abgesehen, domänenspezifische Handlungsfelder vorab festzulegen, um die Leitfragen daran auszurichten. Die gewählten Themenschwerpunkte

sollen vielmehr dazu beitragen sowohl Domänen beruflicher Praxis wie auch darauf bezogene Kompetenzanforderungen zu ermitteln und zu analysieren. Die Themenschwerpunkte des Leitfadens sind (vgl. Anlage 1, S. 172):

- Aufgaben, Tätigkeiten
- Organisation, Planung
- Berufsrolle, Berufsidentität
- Berufsspezifische Anforderungen
- Alltägliche Anforderungen, Routine, Herausforderungen, Belastungen
- Persönliche Voraussetzungen
- Kompetenzgrenzen
- Mindestvoraussetzungen, Kompetenzentwicklung
- Kernkompetenzen, Expertise
- Einflussfaktoren auf den Wandel beruflicher Anforderungen
- Aktuelle und zukünftige Erfordernisse der Kompetenzentwicklung

Im Vorfeld der Expertinneninterviews wird der Interviewleitfaden einem zweifachen Pretest unterzogen, mit der Konsequenz, dass der berufstypische Sprachgebrauch stärker in den Formulierungen berücksichtigt werden kann.

Planung und Durchführung der Expertinneninterviews

Zunächst werden im telephonischen Kontakt zu den potentiellen Interviewpartnerinnen allgemeine Informationen zur Untersuchung sowie Voraussetzungen für die Teilnahme erläutert. Alle angesprochenen Expertinnen erklären sich zum Interview bereit, so dass ein persönlicher Termin vereinbart werden kann. Insgesamt werden 15 Hebammen im Zeitraum Mai bis August 2003 interviewt. In der Regel finden die Interviews im privaten Umfeld der Befragten statt, um eine ungestörte Gesprächsatmosphäre zu ermöglichen. Nach einer persönlichen Vorstellung wird erneut der Hintergrund und die Zielstellung der Interviews dargelegt, um das Erkenntnisinteresse offen zu legen und deutlich zu machen, dass die Äußerungen der Interviewten nicht bewertet, sondern als individuelle Meinung akzeptiert werden (vgl. Witzel 2000: o. S.). Die bereits im Vorfeld des Interviews vereinbarte Form der Datenaufzeichnung wird durch das Einverständnis der Gesprächspartnerinnen bezüglich der Aufzeichnung des Interviews auf einen Tonträger bekräftigt und entsprechende Datenschutzmaßnahmen erläutert. Ein Kurzfragebogen zu Beginn des Gesprächs dient der Ermittlung berufsbiographischer Daten der Interviewten. Das nachfolgende Interview wird damit von Fragetypen des „Frage-Antwort-Schemas“ entlastet (Witzel 2000: o. S.). Der thematische Einstieg erfolgt in der Regel

über eine Leitfrage nach Aufgaben, Ablauf und Organisation des beruflichen Arbeitsalltags. Durch die mögliche freie Narration wird die Offenheit des Interviews deutlich. Der Interviewleitfaden dient dabei der Steuerung der Gespräche, wobei auch Themen aufgegriffen werden, welche nicht im Leitfaden vorgegeben sind, jedoch für die Fragestellung relevant scheinen.

Die Gestaltung des Interviews erfolgt über erzählungs- und verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien (vgl. Witzel 2002: o. S.). Der in den ersten Interviews eingesetzte neutrale Kommunikationsstil, in dem Interaktionseffekte als Störung des idealen Interviews gelten, wird revidiert, da der Expertinnenstatus der Interviewerin (Berufsausbildung und Berufserfahrung als Hebamme) zunehmend ein Kommunikationsproblem darstellt: Die Interviewpartnerinnen neigen dazu, ihre Sichtweisen mit der Interviewerin als Co-Expertin abzugleichen und Gegenfragen zu stellen (vgl. Bogner & Menz 2002: 47ff.). Die Nicht-Positionierung der Interviewerin irritiert die Interviewpartnerinnen und führt tendenziell zu Beeinträchtigung der Offenheit im Gespräch, welche als Beobachtung in den Postskripten dokumentiert wird. Diese Erfahrung deckt sich mit den Erkenntnissen von Bogner und Menz (2002) bezüglich der Interaktionsstrukturen im Experteninterview, wonach das Beharren auf scheinbarer Neutralität eher wie das Verbergen der eigenen Position wirkt und letztlich unglaubwürdig ist. Der Kommunikationsstil der Interviewerin wird daraufhin verändert, so dass die Gesprächsführung in den beschriebenen Situationen partiell den Charakter diskursiver Fachgespräche annimmt. Die Interaktionseffekte können damit methodisch genutzt werden, da sich die horizontal ausgerichtete Kommunikationsstruktur produktiv im Sinne einer kommunikativen Validierung auswirkt (vgl. ebd.: 64ff.). Die Interviews werden durch ergänzende Anmerkungen der Interviewten abgeschlossen. Insgesamt dauern die Interviews zwischen 60 und 105 Minuten.

Gruppendiskussion der Schülerinnen

Die Kontaktaufnahme zu den Organisatorinnen der Tagung des Bundes Hebammen Schülerinnen Rat erfolgt im Februar 2003, nachdem von Seiten der Veranstalterinnen die Bitte an die Verfasserin herangetragen worden ist, das Forschungsprojekt vorzustellen. In dem folgenden Austausch wird neben der Präsentation auch eine sich anschließende Gruppendiskussion vereinbart. Ebenso wird im Vorfeld das Einverständnis der Teilnehmerinnen eingeholt, technische Aufnahmegeräte zum Zwecke der Datendokumentation einzusetzen. Die Teilnehmerinnen werden am 23.05.2003 mit einer Präsentation zum Hintergrund und zur Zielstellung der Studie in das Thema eingeführt. Anschließend wird die geplante methodische Gestaltung der Gruppendiskussion und Fragen des Datenschutzes erläutert. Um die für eine erfolgreiche Großgruppendiskussion erforderliche Gruppendynamik zu unterstützen, werden vorbereitend in fünf Kleingruppen Fragestellungen bearbeitet (s. Tabelle 3, S. 45/46), die

Ergebnisse auf Flip-Charts dokumentiert und nach Prioritäten durch die Teilnehmerinnen bepunktet. Durch die Arbeit in den Kleingruppen wird erzielt, dass unterschiedliche Standpunkte entwickelt und formuliert werden, die in der sich anschließenden moderierten Gruppendiskussion engagiert vertreten werden. Die insgesamt gelungene Diskussion wird nach einer Stunde abgeschlossen, nachdem sich die Teilnehmerinnen über zentrale Diskussionspunkte verständigt haben und eine rekapitulierende Zusammenfassung der Positionen durch die Moderatorin möglich wird.

Gruppendiskussionen der Hebammen mit erweiterten Kompetenzen

Diese insgesamt drei Gruppendiskussionen finden im Rahmen eines zweitägigen Open-Space-Workshops statt, so dass das hier kurz beschriebene Verfahren des Open-Space die methodische Durchführung der Gruppendiskussionen bestimmt. Das Verfahren basiert auf der von Harrison Owen im Jahre 1986 dokumentierten Beobachtung, nach der die ungesteuerte Kommunikation am Rande von Tagungen häufig zu effektiven Ergebnissen führt. Diese Beobachtung liegt dem Open-Space-Verfahren zu Grunde, indem der Fähigkeit zur Selbstorganisation bewusst Raum gegeben wird. Das wichtigste Organisationsprinzip des Open Space-Verfahrens ist es, Menschen zusammenzuführen, welche einen Beitrag zu einem komplexen Problem leisten wollen und bereit sind, Verantwortung für die gemeinsame Problemlösung zu übernehmen. Die Themen, Probleme und Fragen werden von den Teilnehmern in Form von 'Anliegen' eingebracht, vorgestellt und Zeit und Ort der Verhandlung vereinbart. Das Thema wird dann aufgegriffen, wenn sich zur verabredeten Zeit eine Gruppe von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zusammenfinden, um das Anliegen zu diskutieren. Die Diskussionsergebnisse werden auf vorgefertigten Dokumentationsbögen festgehalten und im abschließenden Plenum vorgestellt. Allen Teilnehmern werden am Ende eine komplette Dokumentation und eine Teilnehmerliste ausgehändigt, so dass auch über den Workshop hinaus die Kontaktaufnahme möglich ist (vgl. Owen 2001).

Entsprechend dieser Prinzipien nimmt die Forscherin weder die Rolle der Gruppendiskussionsleiterin noch die der Moderatorin ein, sondern bringt als interessierte und gleichberechtigte Teilnehmerin ihr Anliegen in Form von untersuchungsrelevanten Fragestellungen ein (s. Tabelle 3, S. 45/46). Das Forschungsinteresse wird in der Vorstellungsrunde angezeigt und das Einverständnis der Teilnehmerinnen für die Aufzeichnung und Auswertung der Daten im Rahmen der Forschungsarbeit eingeholt. Zu allen drei Fragestellungen finden sich Diskussionsgruppen von sechs bis acht Teilnehmerinnen zusammen, welche entsprechend der Prinzipien des Open-Space-Workshops selbst organisiert und begleitend dokumentiert werden. Nachdem alle zentralen Themen durch die Gruppe

abgearbeitet sind, enden die Diskussionsrunden nach 60 bis 90 Minuten. Anschließend werden die Ergebnisse der einzelnen Diskussionsrunden im gemeinsamen Plenum vorgestellt und diskutiert.

Gruppendiskussion der Lehrerinnen

Analog zu dem oben dargestellten Verfahren der Gruppendiskussion wird auch für die Gruppendiskussion der Lehrerinnen die Möglichkeit wahrgenommen, im Rahmen einer Tagung über das Forschungsprojekt zu informieren und die Datenerhebung durchzuführen. Ein Vortrag erläutert die dem Dissertationsvorhaben zu Grunde liegende Problem- und Fragestellung und lädt zur abendlichen Gruppendiskussion ein. Wie oben bereits problematisiert, kann in Realgruppen nicht immer die optimale Gruppengröße bestimmt werden und so fordert die unerwartet hohe Anzahl der interessierten Teilnehmerinnen die Moderationskompetenz der Forscherin heraus (vgl. Lamnek 2005: 141ff.). Der Diskussionsstil zeichnet sich anfänglich überwiegend durch eine unkommentierte Aufreihung einzelner Standpunkte aus und kann nur zum Teil durch das Aufzeigen von kontrastierenden Positionen aufgebrochen werden. Anfangs besteht daher die Befürchtung, dass sich die Größe der Gruppe hemmend auf eine offene und kontroverse Aushandlung von Standpunkten auswirken könnte. Da die Redebeiträge inhaltlich jedoch sehr komplex und aussagekräftig sind und die Gesprächsatmosphäre insgesamt interessiert und konzentriert ist, kann der Verlauf auch darauf zurückgeführt werden, dass die Gruppe durch den vorangegangenen Austausch im Laufe der Tagung bereits das Stadium der Konformität erreicht hat (vgl. ebd.: 134). Damit hätten die Redebeiträge den bereits erarbeiteten allgemeinen Konsens der Gruppe abgebildet.

2.4 Dokumentation und Datenaufbereitung

Expertinneninterviews

Alle durchgeführten Interviews werden mit Zustimmung der Befragten auf Tonträger aufgezeichnet, so dass eine präzise Wiedergabe der Inhalte und eine authentische Erfassung des Kommunikationsprozesses möglich ist. Die Datenaufzeichnung wird von den Interviewpartnerinnen insgesamt gut akzeptiert. Ergänzt werden diese Aufzeichnungen durch Postskripte, welche unmittelbar nach dem Interview erstellt werden und Informationen zur Gesprächsatmosphäre umfassen sowie erste Interpretationsideen enthalten (vgl. Witzel 2000: o. S.).

Die Auswertung der im Expertinneninterview gewonnenen Informationen setzt die Transkription der auf Tonträger festgehaltenen Gespräche voraus. Entgegen der bei Meuser und Nagel (1991) beschrie-

benen Möglichkeit, Expertinneninterviews selektiv zu transkribieren, werden alle Interviews vollständig transkribiert. Dies wird damit begründet, dass die Expertinneninterviews eine zentrale Funktion innerhalb des Forschungsdesigns einnehmen (vgl. Meuser und Nagel 1991: 446). Darüber hinaus ist damit die Voraussetzung gegeben, dass die Kategorien direkt aus dem Material gewonnen und am Originaltext rückwirkend überprüft werden können (vgl. Witzel 2000: o. S.). Die Transkription erfolgt in zwei Versionen: die erste Version gibt das Gesprochene wortgetreu wieder, da der berufstypische und dialektgefärbte Sprachgebrauch möglichst erhalten bleiben sollte. Notiert werden weiterhin Pausen, Lachen und Störungen, da sie Hinweise auf die Gesprächssituation geben. Diese Version wird der Auswertung zu Grunde gelegt. In einer zweiten Abschrift werden die Interviewpassagen, welche die Ergebnisse der Datenauswertung belegen, im Stil zugunsten einer besseren Lesbarkeit geglättet. Dabei wird weiterhin das Gesprochene fast wortgetreu wiedergegeben, jedoch Wiederholungen und Fülllaute gestrichen sowie grobe Satzfehlstellungen korrigiert. Die Transkripte werden mit Seitenzahlen versehen und die Zeilen fortlaufend nummeriert. Die im Ergebnisteil aufgeführten Zitate werden mit einem Kürzel versehen, das den anonymisierten Namen der Interviewten sowie die Zeilenangabe des Zitates im Originaltext beinhaltet.

Gruppendiskussionen

Alle Gruppendiskussionen werden im Einverständnis mit den Teilnehmerinnen auf Tonträger aufgenommen. Durch die gute Akustik und die Verteilung mehrerer Mikrophone in allen Räumen, sind die technischen Voraussetzungen für die Datenaufzeichnung günstig. Ergänzt werden die elektronischen Aufzeichnungen durch Mitschriften auf Flip-Charts und anderen Dokumentationsbögen, auf denen zentrale Diskussionspunkte und Aussagen festgehalten werden. Nach den Diskussionen wird jeweils ein Protokoll erstellt, um gruppenspezifische Effekte und erste Interpretationsideen zu dokumentieren (vgl. Lamnek 2005: 169ff.). Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen tolerieren die Aufzeichnungen auf den Tonträgern sehr gut. Die Qualität der Aufnahmen ist insgesamt gut, phasenweise sind Interviewpassagen durch Nebengeräusche gestört. Hier stellt sich das zeitnahe Abhören der Aufzeichnungen direkt im Anschluss an die Diskussion als sinnvoll heraus, da dies die Rekonstruktion der schwer verständlichen Abschnitte erleichtert. Im Anschluss wird das akustisch Verständliche vollständig transkribiert, da die Texte die wichtigste Grundlage der Auswertung bilden. Darüber hinaus erweist sich die vollständige Transkription bei der Rücküberprüfung der gewonnenen Kategorien am Ausgangsmaterial als sinnvoll, da der Sinn einzelner Aussagen im Gesamtzusammenhang der Interaktion rekonstruiert werden kann. Wie auch in den Expertinneninterviews wird das Gesprochene wortwörtlich, jedoch ohne ein aufwändiges Notationssystem dokumentiert, da der berufstypische Sprachgebrauch in den Auswertungskategorien weitgehend beibehalten werden

soll. In der Ergebnisdarstellung sind die Zitate aus den Gruppendiskussionen mit Kürzeln versehen (vgl. Tabelle 3, S. 45/46) und die Textbelege mit den entsprechenden Zeilenangaben gekennzeichnet.

2.5 Datenauswertung

Expertinneninterviews

Ein Qualitätsmerkmal der vorliegenden Studie liegt in der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses (vgl. Steinke 2005: 324ff.), welche u. a. durch ein systematisches, regelgeleitetes methodisches Verfahren der Auswertung gestützt wird (vgl. Mayring 2003: 42f.). Konkret wird das Auswertungsverfahren in Anlehnung an die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) entwickelt, welche durch methodische Empfehlungen zur Auswertung von Interviews von Meuser und Nagel (1991) sowie Witzel (2000) ergänzt werden. Für das Auswertungsverfahren sind dabei folgende Grundsätze bestimmend:

- Das zu analysierende Material wird in seinem Kommunikationszusammenhang eingebettet.
- Kategorien stellen das Instrument wie auch das Ziel der Analyse dar.
- Die Textanalyse erfolgt systematisch an vorab festgelegten Regeln.
- Das Verfahren und das spezifische Kategoriensystem muss rückwirkend überprüft werden und
- das Gütekriterium der Validität wird durch die kommunikative Validierung gestützt. (vgl. Mayring 2003: 42ff.)

Das Kategoriensystem als zentrales Prinzip in der qualitativen Inhaltsanalyse wird dabei in einem Wechselverhältnis zwischen der theoriegeleiteten Fragestellung und dem konkreten Textmaterial entwickelt (vgl. Mayring 2003: 53). Auch Witzel (2000: o. S.) organisiert den Auswertungsprozess in einem induktiv-deduktiven Wechselverhältnis durch Nutzung von 'sensitizing concepts', welche in der weiteren Analyse fortentwickelt und am Datenmaterial erhärtet werden. Um dem Anspruch des „induktiv-deduktiven Wechselverhältnisses“ (ebd.: o. S.), gerecht zu werden und das Potential des Datenmaterials nicht durch eine vorschnelle Definition von Kategorien zu verschenken, wird die Auswertung in zwei Schritten vorgenommen.

Im ersten Schritt der Auswertung wird die Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse angewendet, um schrittweise induktiv Informationen aus dem Material zu gewinnen (vgl. Mayring 2003: 59ff.). Grundprinzip der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist die Vereinheitlichung des Niveaus und

die schrittweise Erhöhung des Abstraktionsniveaus, mit dem Ziel, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben (Mayring 2003: 58ff.). Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit wird dazu vorab das Selektionskriterium der 'Kompetenzanforderung' bestimmt, um zu definieren, welches Material Ausgangspunkt der Analyse sein soll (ebd.: 76). Die Auswertung erfolgt zunächst durch das intensive und wiederholte Lesen der vollständig und wörtlich transkribierten Interviews, wobei das begleitende Abhören der Datenaufzeichnungen zusätzlich genutzt wird, um Übertragungsfehler zu bereinigen und den Kommunikationszusammenhang besser zu erfassen. Als Kodiereinheit wird jeder Textbestandteil definiert, der eine Aussage zu beruflichen Kompetenzanforderungen beinhaltet (ebd.: 53). Die unter diesem Gesichtspunkt inhaltstragenden Textstellen werden anschließend in chronologischer Abfolge paraphrasiert, d. h. in Kurzform zusammengefasst. Im Anschluss werden die Aussagen unter dem Gesichtspunkt des Abstraktionsniveaus überprüft, wobei das Niveau so definiert wird, dass zwar die Aussagen in ihrer individuellen Wertung und Deutung erhalten bleiben, jedoch das Gemeinsame vergleichbarer Aussagen ausgewiesen wird. So werden z. B. folgende Aussagen unter der Generalisierung 'besondere Anforderung bzw. Überforderung durch die Betreuung von Familien mit nicht lebensfähigen bzw. behinderten Kindern' subsumiert:

- Überforderung – da fällt mir eine Situation ein, ich erzähle jetzt von einer Geburt, 20. Schwangerschaftswoche, das Kind schwer missgebildet, nicht lebensfähig [...]. (Interview Frau Anders: 82-85).
- Gefordert werde ich im Moment ganz stark. Da ich zwei Paare betreue, wo das Kind ein Down-Syndrom hat. (Interview Frau Bergler: 115-116)

Der nächste Schritt der Verdichtung des Materials besteht darin, die Sequenzialität des Textes aufzubrechen, die Paraphrasen thematisch zu ordnen und mit Überschriften zu versehen (vgl. Meuser & Nagel 1991: 457ff.).

Im zweiten Auswertungsschritt steht nicht mehr die Fragestellung der Kompetenzanforderung an sich im Vordergrund, sondern die Frage, auf welche Domäne der beruflichen Praxis sich die Anforderung bezieht. Zu diesem Zweck bietet sich das Verfahren der inhaltlichen Strukturierung nach Mayring (2003) an, da sich danach die Auswertung stärker an theoretisch basierten Ordnungskriterien ausrichten kann. Dadurch ist es möglich, vorab ein Kategoriensystem zu entwickeln, welches für die deduktive Kategorienentwicklung genutzt werden kann (vgl. Mayring 2003: 58ff.). Das Kategoriensystem wird dabei in Anbindung an die Domänen beruflicher Praxis entwickelt, wie sie in internationalen Kompetenzprofilen üblich sind (z. B. 'professional and ethical practice', 'interpersonal

relationships'³⁴). Konkret werden dazu Kompetenzprofile und -standards ausgewählt, welche sich zum einen vom Sprachverständnis her erschließen und in denen zum anderen ein Kompetenzbegriff verwendet wird, der dem Kompetenzbegriff in der vorliegenden Dissertation konzeptionell nahe steht. Dabei wird die englischsprachige Bezeichnung der Domänen zuerst übernommen, diese aber durch die Spezifikation und Entwicklung der Kategorien im Prozess der Auswertung durch deutschsprachige Bezeichnungen ersetzt.

Durch die Zuordnung der paraphrasierten Textpassagen zu den Kategorien wird einerseits das Material strukturiert und parallel dazu Ankerbeispiele und Kodierregeln aufgestellt. Da den Paraphrasen häufig nicht eindeutig zu entnehmen ist, auf welches Handlungsfeld sich die Anforderung bezieht, ist ein wiederholter Materialdurchgang an den Originaltexten erforderlich, um den Zusammenhang herzustellen. So bezieht sich die oben beispielhaft genannte Paraphrase 'besondere Anforderung bzw. Überforderung durch die Betreuung von Familien mit nicht lebensfähigen bzw. behinderten Kindern' maßgeblich auf 'kommunikative Anforderungen der Beziehungsgestaltung' und 'fehlende ethische Handlungsrichtlinien' und wird damit letztlich den Domänen 'geburtshilfliche Kommunikation' und 'Entwicklung' zugeordnet. Im Folgenden werden die Kategorien in einem stärker induktiv-deduktiv organisierten Wechselverhältnis definiert, d. h. der Kodierleitfaden wird fortlaufend durch Rücküberprüfung am Material weiter entwickelt.

Gruppendiskussionen

Das für die Gruppendiskussionen gewählte Auswertungsverfahren begründet sich zum einen darin, dass das Erkenntnisinteresse nicht auf die Rekonstruktion gruppenspezifischer Effekte zielt, sondern die Daten unter inhaltlich-thematischen Gesichtspunkten analysiert werden (vgl. Lamnek 2005: 178). Ziel der Erhebung ist die Erfassung von Gruppenmeinungen zum Untersuchungsgegenstand im Allgemeinen, wie auch zu spezifischen Fragestellungen, die sich in Folge der Expertinneninterviews als relevant herausgestellt haben. Damit können die auf Grundlage von Einzelinterviews gewonnenen Ergebnisse aus der Perspektive der befragten Stausgruppen kontrastiert und damit im Sinne der kommunikativen Validierung bestätigt, erweitert oder modifiziert werden. Steht die inhaltsanalytische Auswertung im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses, unterscheidet Lamnek (2005) deskriptive, reduktive und explikative Verfahren. Das hier gewählte Verfahren stellt ein nach Lamnek (ebd.) reduktives Verfahren dar, da wesentliche Informationen aus dem sehr umfangreichen Datenmaterial herausgefiltert werden. Das konkrete Auswertungsverfahren erfolgt in Anlehnung an die

³⁴ Siehe dazu Tabelle 2, S. 32: Kategorisierung internationaler Kompetenzprofile (Hebammen)

strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2003), so dass die interpretativ-reduktive Analyse anhand des in den vorangegangenen Auswertungsverfahren definierten Kategoriensystems erfolgt (vgl. Lamnek 2005: 195ff.).

Jede der drei Gruppendiskussionen wird dabei im Einzelnen ausgewertet. Im ersten Schritt der Auswertung steht das wiederholte Lesen der wörtlichen Transkripte, so dass wesentliche Diskussionspunkte, Aussagen und der Kommunikationszusammenhang des Gesagten deutlich werden. Anschließend werden inhaltstragende Textstellen gekennzeichnet und unter Berücksichtigung des Abstraktionsniveaus in einem ersten Reduktionsschritt zu Paraphrasen zusammengefasst. Dabei liegen das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau zu Grunde, wie es in dem Auswertungsverfahren der Expertinneninterviews definiert worden ist. Das Kategoriensystem wird genutzt, um das so gewonnene Material zusammenzufassen; gleichzeitig gilt die Prämisse, dass die Codes nicht den Blick auf interessante neue Aspekte verstellen dürfen. Im Laufe der Auswertung wird das Kategoriensystem erprobt und weiterentwickelt und der Kodierleitfaden ergänzt. In der Regel kann das extrahierte und reduzierte Material den bestehenden Kategorien zugeordnet werden. Dabei wird das Ergebnis wiederholt am Ausgangsmaterial überprüft, um der Sinnverzerrung der Aussagen durch das Herauslösen aus dem Kommunikationszusammenhang zu begegnen. Bestätigen diese Analyseergebnisse die der Expertinneninterviews, wird dies durch das Einfügen des entsprechenden Kürzels (z. B. GD-L) in der Ergebnisdarstellung gekennzeichnet. Werden die Kategorien durch neue Sichtweisen erweitert bzw. werden konträre Positionen vertreten, werden diese ebenfalls unter Verwendung des Quellenverweises, ergänzend in der Ergebnisdarstellung erläutert.

Zusammenfassende Darstellung des Ablaufs der Kategorienbildung

1. AUSWERTUNGSSCHRITT EXPERTINNENINTERVIEWS: INDUKTIVE KATEGORIENENTWICKLUNG

- (1) Festlegung der Fragestellung
- (2) Festlegung der Analyseeinheit, Kodiereinheit
- (3) Festlegung des Selektionskriteriums
- (4) Paraphrasierung
- (5) Festlegung des Abstraktionsniveaus
- (6) Thematische Zusammenfassung (Überschriften)

- Geburtshilfliches Verständnis
- Geburtshilfliches Wissen
- Entwicklung/ Lernen/ Qualifikation
- Alltag, Routine, Unter-, Heraus- und Überforderung
- Berufliche Rolle/ Identität
- Zuständigkeit/ Autonomie/ Interdisziplinarität
- Versorgungsziele/ Versorgungskonzepte
- Versorgungsstrukturen
- Rahmenbedingungen der Berufsausübung
- Planung, Entscheidung, Handlung
- Rechtliche, ethische und professionelle Handlungsrichtlinien
- Organisation
- Qualität und Qualitätssicherung
- Gesellschaftlicher Wandel, Prognose

- (7) Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial

2. AUSWERTUNGSSCHRITT EXPERTINNENINTERVIEWS: INDUKTIV-DEDUKTIVE KATEGORIEN-ENTWICKLUNG

- (1) Festlegung der Fragestellung
- (2) Entwicklung des Kategoriensystems
- (3) Entwicklung von Kodierregeln, Formulierung von Ankerbeispielen
- (4) Zuordnung der oben entwickelten Paraphrasen zum Kategoriensystem
- (5) Rücküberprüfung der Paraphrasen am Ausgangsmaterial
- (6) Überarbeitung und Revision des Kategoriensystems und der Kodierregeln
- (7) Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial
- (8) Überarbeitung und Revision des Kategoriensystems
- (9) Ergebnisaufbereitung: Kategorien als Ergebnis der Expertinneninterviews und Instrument der Auswertung der Gruppendiskussionen:

- Geburtshilffiches Wissen
- Geburtshilffliche Kommunikation
- Geburtshilffliche Entscheidung und Handlung
- Zuständigkeit und Kooperation
- Entwicklung und Organisation

3. AUSWERTUNGSSCHRITT GRUPPENDISKUSSION: DEDUKTIVE KATEGORIENENTWICKLUNG

- (1) Festlegung der Fragestellung
- (2) Festlegung der Analyseeinheit, Kodiereinheit
- (3) Kennzeichnung inhaltstragender Stellen
- (4) Paraphrasierung
- (5) Generalisierung
- (6) Zuordnung der Paraphrasen zum Kategoriensystem
- (7) Weiterentwicklung von Kodierregeln, Formulierung von Ankerbeispielen
- (8) Überarbeitung und Revision des Kategoriensystems und der Kodierregeln
- (9) Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial
- (10) Ergebnisaufbereitung: Kategorien und Subkategorien

3 Delphi-Verfahren

3.1 Methodischer Ansatz

Um die aus den Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen gewonnenen Erkenntnisse für die Planung von Bildungsprozessen nutzbar zu machen, wird im folgenden Untersuchungsschritt das Delphi-Verfahren als methodischer Zugang gewählt. Der erste Verweis auf die Benutzung des Delphi-Ansatzes stammt aus dem Jahr 1948; in der Folgezeit wurde es bis Ende der 70er Jahre insbesondere für wissenschaftliche und technische Prognosezwecke eingesetzt. Seit den 70er Jahren manifestiert sich eine Diversifikation der Intentionen beim Einsatz der Methode, was zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in der Definition dieser Methode führt (vgl. Häder & Häder 2000: 11ff.). Häder und Häder (2000: 13) stellen jedoch zusammenfassend fest: „Die Grundidee von Delphi besteht darin, in mehreren Wellen Expertenmeinungen zur Problemlösung zu nutzen und in diesen Prozess ein anonymes Feed-back einzuschalten“. Die schriftliche, anonymisierte und strukturierte Expertenbefragung hat zum Ziel, über ein Kommunikationsverfahren Informationen zu gewinnen, diese zu analysieren und ein stabiles Bild von übereinstimmenden (Konsens) oder divergierenden Aussagen (Dissens) der beteiligten Expertinnen und Experten herbeizuführen. Die Experten urteilen auf der Grundlage eines formalisierten Fragebogens. Die Ergebnisse werden durch qualitative und quantitative Verfahren ausgewertet, zusammengefasst und den Teilnehmern anonymisiert wieder zur Verfügung gestellt. Das Verfahren läuft meist über zwei Runden, so dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der zweiten Runde unter dem Einfluss der Meinungen ihrer Fachkollegen ihre frühere Einschätzung noch einmal überdenken, möglicherweise revidieren oder an der abweichenden Meinung begründet festhalten können. Der Vorteil gegenüber der offenen Gruppendiskussion liegt darin, dass unerwünschte gruppenpsychologische Prozesse, wie z. B. die Bildung von Meinungsführern, reduziert werden (vgl. Williams & Webb 1994: 181).

3.2 Auswahl der Expertinnen

In der methodologischen Diskussion des Delphi-Verfahrens werden, je nach Forschungsschwerpunkt und -interesse, unterschiedliche Empfehlungen zur Auswahl der Expertinnen und Experten formuliert. Unbestritten ist, dass die Auswahl ein methodisches Hauptproblem darstellt, da das Wissen der Experten maßgeblich die Qualität der Problemlösung beeinflusst (vgl. Häder & Häder 1994: 18). Dabei dürfte es sich jedoch nicht um ein speziell mit der Delphi-Methode verbundenes Problem handeln,

sondern hier sollen Überlegungen greifen, wie sie für Anwendungen von Expertenbefragungen generell angestellt werden (vgl. Bogner u. a. 2002; Hitzler u. a. 1994; Meuser & Nagel 1991). In der Literatur wird über Delphi-Verfahren mit einer Panelgröße von 10 bis 1685 Teilnehmern berichtet (vgl. Häder & Häder 2000: 18f.). Duffield (1993) untersucht den Einfluss unterschiedlicher Panelgrößen auf die Qualität der Ergebnisse. Da diese bei dem Einsatz sowohl kleiner wie auch großer Panel vergleichbar sind, empfiehlt er den Einsatz kleiner Panel. Häder und Häder (1994) weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen der Expertenzahl und der Validität kein direkt proportionaler ist, sondern dass mit einem optimalen Ergebnis nur dann gerechnet werden kann, wenn das Wissenspotential der Experten von der ersten bis zur letzten Runde möglichst vollständig zur Verfügung steht (vgl. Häder & Häder 2000: 18f.). Eine hohe, auf die Problemlösung bezogene Motivation der Teilnehmer ist ein maßgebliches Kriterium der Auswahl (vgl. Keeney et al. 2001, 2006). Darüber hinaus wird – vergleichbar zu der Diskussion zum Expertenstatus im Allgemeinen – die Anregung gegeben, dass die Experten über den notwendigen Einfluss verfügen sollten, ihr Wissen später in die Praxis umzusetzen (vgl. Duffield 1993: 228).

Für das hier beschriebene Delphi-Verfahren werden mit elf Teilnehmerinnen ein relativ kleines, jedoch den oben beschriebenen Anforderungen entsprechendes Panel ausgewählt. Die Expertinnen sind alle Mitglieder des Pädagogischen Fachbeirats (PFB) des Deutschen Hebammen Verbandes (DHV e.V.). Im Fachbeirat vertreten sind durch berufliche und/ oder akademische Bildung weiterqualifizierte Hebammen aus unterschiedlichsten Bundesländern, welche zum Zeitpunkt der Befragung entweder in der schulischen und praktischen Hebammenausbildung unterrichtend bzw. leitend tätig sind oder an Hochschulen im Bereich der Pflege- und Gesundheitswissenschaften forschen. Schwerpunkt der Gremienarbeit des Pädagogischen Fachbeirats ist die Entwicklung von bildungspolitischen Empfehlungen. Seit 2004 arbeitet der Pädagogische Fachbeirat zudem an der Entwicklung eines modularisierten Kerncurriculums für die Hebammenausbildung, so dass eine intensive Auseinandersetzung mit den Themen Kompetenz und Lernergebnisorientierung erfolgt. Bei den ausgewählten Expertinnen kann demnach davon ausgegangen werden, dass sowohl die Motivation, die Entwicklung eines empirisch basierten Kompetenzprofils zu unterstützen, wie auch die individuelle Kompetenz zur Problemlösung auf einem hohen Niveau vorhanden sind. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die Expertinnen auf der berufspolitischen Ebene über den Einfluss verfügen, die gefundenen Ergebnisse später in die Praxis umzusetzen. Die im klassischen Delphi-Verfahren geforderte Anonymität der Expertinnen kann allerdings nur im Sinne einer „quasi-anonymity“ (vgl. Keeney et al. 2006: 209) erfüllt werden; d. h. die Datenerhebung und -auswertung sowie die Rückmeldung der Ergebnisse erfolgen zwar anonymisiert, es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden,

dass ein Informationsaustausch unter den Teilnehmerinnen erfolgt ist. Diese potentielle methodologische Beeinträchtigung wird auch von der Arbeitsgruppe um Kenney et al. (2006) beschrieben und gleichzeitig relativiert, da die Teilnahmebereitschaft erhöht ist, wenn sich die Teilnehmer untereinander kennen (vgl. Hasson et al. 2000; Kenney et al. 2006).

3.3 Planung und Durchführung

Entwicklung des Fragebogens

Charakteristisch für die Delphi-Methode ist die Verwendung eines formalisierten Fragebogens, mit dessen Hilfe die Fragestellung operationalisiert wird und Kriterien für eine spätere Beurteilung festgelegt werden (vgl. Häder & Häder 1994: 14). Im klassischen Delphi-Design wird der Fragebogen auf der Grundlage qualitativer Ergebnisse entwickelt, welche in der ersten Befragungsrunde durch eine offene Fragestellung gewonnen werden. Diese Ergebnisse werden anschließend strukturiert und den Experten in der zweiten Runde zur Beurteilung vorgelegt.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wird der Fragebogen auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse entwickelt, welche im Rahmen der vorangegangenen Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen gewonnen worden sind. Dabei stellen die Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen keine 'Vorerhebung' im Forschungsdesign dar, sondern nehmen eine zentrale Stellung in diesem ein. Der im Delphi-Verfahren eingesetzte Fragebogen wird in Form von sieben übergeordneten und 59 dazugehörigen Items gegliedert, welche Kompetenzanforderungen in Form von Thesen beschreiben. Diese Kompetenzen sind nicht vollständig identisch mit den Kompetenzen, wie sie als Ergebnisse der Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen formuliert worden sind, da diese in ihrem sehr hohen Abstraktionsgrad aufgebrochen werden sollten. Dadurch wird die Abfrage von Teilaspekten möglich, welche in ihrer Bedeutung einzeln bewertet werden.

Die Bewertung der einzelnen Items erfolgt durch den methodischen Einsatz einer Likertskala (vgl. Keeney et al. 2001, 2006; Mead & Moseley 2001). Die Skala umfasst fünf Bewertungsmöglichkeiten (+2, +1, 0, -1, -2), wobei der Zahlenwert (+2) eine sehr hohe Zustimmung, (-2) dagegen eine starke Ablehnung kennzeichnet. Entsprechend der methodologischen Diskussion wird der Fragebogen einem Pretest unterzogen (vgl. Keeney 2001: 198). Dieser wird mit Hilfe von drei Expertinnen durchgeführt, welche über eine dem Panel vergleichbare Problemlösungskompetenz verfügen. Die Ergebnisse

dieser Pretests fließen in die anschließende Überarbeitung des Fragebogens ein und umfassen insbesondere Revisionen im Sprachgebrauch und zur Gliederung des Fragebogens.

Planung und Durchführung der Delphi-Runden

Insgesamt werden zwei Delphi-Runden eingeplant. Die erste Delphi-Runde startet im September 2005, um die Rücksendung der ausgefüllten Fragebogen wird nach Ablauf von drei Wochen ersucht. In einem Begleitschreiben werden das Ziel der Erhebung sowie die Teilnahmebedingungen erläutert. Die Teilnehmerinnen werden gebeten, die Items einzeln anhand der Skala zu bewerten. Darüber hinaus sollen inhaltliche Ergänzungen, Anmerkungen oder Anregungen extra dokumentiert werden.

Die zweite Delphi-Runde startet Ende Februar 2006, die Rücksendung der Fragebögen ist ebenfalls auf drei Wochen festgelegt. Der Fragebogen wird dabei unverändert eingesetzt, damit die Vergleichbarkeit der Antworten aus beiden Delphi-Runden möglich wird. Aus den Daten der ersten Befragungsrunde wird zu jedem Item die Häufigkeit der insgesamt gewählten Bewertungsmöglichkeiten ermittelt und als Feedback an die Befragungsteilnehmerinnen rückgekoppelt, so dass die zweite Delphi-Runde auf Grundlage der Rückinformationen der Ergebnisse der ersten Runde erfolgt. Nicht zurückgemeldet werden die inhaltlichen Kommentare, da vermutet wird, dass ein Risiko der Einflussnahme durch Einzelmeinungen gegeben war (vgl. Häder & Häder 2000: 29).

3.4 Datenaufbereitung und -auswertung

Von einer im klassischen Delphi-Verfahren verbreiteten statistischen Auswertung der Ergebnisse wird auf Grund der kleinen Teilnehmerinnenzahl abgesehen. Die Datenaufbereitung der Ergebnisse beider Delphi-Runden erfolgt jeweils in einer Datenmatrix, in welcher die Häufigkeit der einzelnen Items dokumentiert wird. Ergänzt werden diese Ergebnisse durch die Ergänzungen, Anmerkungen oder Korrekturvorschläge der Expertinnen zu den einzelnen Items. Dadurch wird z. T. eine inhaltliche Interpretation der Ergebnisse möglich, d. h. die Kommentare lassen darauf schließen, ob eine ablehnende Bewertung erfolgt, z. B. auf Grund einer, aus Sicht der Expertinnen, fehlerhaften oder ungenauen Formulierung. Das Ziel des modifizierten Delphi-Verfahrens liegt nicht darin, einen Konsens bezogen auf den Inhalt und den Grad der Übereinstimmung unter den Teilnehmerinnen herzustellen (vgl. Häder & Häder 1994: 20; Keeney et al. 2006: 210). Das Erkenntnisinteresse besteht vielmehr

darin, den Grad der Zustimmung, Ablehnung bzw. der Neutralität insgesamt zu ermitteln und dieses Ergebnis in die Diskussion mit einzubeziehen.

Die Darstellung der Zustimmung bzw. Ablehnung der Ergebnisse aus Delphi-Runde I und II erfolgt daher zusätzlich als numerische Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten:

- Zustimmung: alle Antworten im Skalenbereich (+1), (+2)
- Neutralität: alle Antworten im Skalenbereich (0)
- Ablehnung: alle Antworten im Skalenbereich (-1), (-2)

Da davon ausgegangen werden kann, dass eine hohe Zustimmung als Bestätigung der Kompetenzanforderung interpretiert werden kann, wird auf die positiv bewerteten Items in der Analyse der Ergebnisse nicht vertieft eingegangen.

IV Darstellung der Ergebnisse

1 Ergebnisse der Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen

Durch die Auswertung und Analyse der Daten werden Kompetenzanforderungen identifiziert, welche insgesamt fünf Hauptkategorien zugeordnet werden. Diese Kategorien stellen zentrale Domänen der Hebammenpraxis dar:

- Geburtshilffiches Wissen
- Geburtshilffliche Kommunikation
- Geburtshilffliche Entscheidung und Handlung
- Zuständigkeit und Kooperation
- Entwicklung und Organisation

Der folgende Text ist so aufgebaut, dass die Kompetenzanforderungen entsprechend dieser Domänen dargestellt und gemäß der ebenfalls im Auswertungsprozess entwickelten Subkategorien untergliedert werden. Dabei werden die einzelnen Subkategorien zusätzlich mit Überschriften versehen (Kasten), welche die erforderlichen Kompetenzen der Hebammen ausweisen.

1.1 Domäne Geburtshilffiches Wissen

Die Hebamme verfügt über umfassendes Wissen und ist in der Lage, dieses im konkreten geburtshilfflichen Fall anzuwenden.

„Man muss viel wissen, um wenig zu tun.“

Umfassendes Fachwissen ist laut Aussagen der Expertinnen zentrale Grundlage beruflicher Kompetenz (Frau Lange: 253-254; GD-S: 12; GD-L: 217). Im Mittelpunkt steht dabei das medizinische Fachwissen (GD-L: 317).

Ja, also medizinisches Fachwissen ist natürlich unwahrscheinlich wichtig, muss auch relativ viel umfassen. Also das ist nicht damit getan, dass man jetzt sagt, man muss besonders gut in der Theorie der Geburtshilfe und Neonatologie sein, ich denke es umfasst wirklich einen sehr großen Bereich. (Frau Jansen: 316-319)

Die Kompetenz, über umfassendes medizinisches Fachwissen zu verfügen, wird mit der zentralen Anforderung begründet, gesundheitliche Risiken und daraus resultierende geburtshilffliche Komplikationen bei Mutter und Kind zu erkennen und gesundheitliche Schäden im Rahmen des medizinisch

Möglichen abzuwenden (Frau Ihmer: 45-46). Die interviewten Hebammen bestätigen den hohen Stellenwert des medizinischen Fachwissens, da es ihnen ermöglicht, kriterienorientiert zwischen physiologischen und pathologischen geburtshilflichen Zuständen und Prozessen zu unterscheiden. Des Weiteren bietet es Handlungsvorgaben, im Besonderen bei pathologischen Verläufen (GD-Eb: 261). Das in der Ausbildung erworbene medizinische Wissen soll dabei das gesamte potentielle Aufgabenspektrum der Hebamme abdecken (GD-Eb: 261-263).

Wir wurden ja so ausgebildet, dass es von dem theoretischen Wissen her sehr umfangreich war, aber eben speziell auf Geburt im Kreißaal. Und alles, die Bereiche der Schwangerenvorsorge, die Nachsorge, das fehlte. Als Hebamme hat man im Kreißaal gearbeitet und was auf der Wochenstation war, das war nicht so wichtig [...]. Das hat man sich so im Nachhinein erst angeeignet, durch Fortbildungen. (Frau Jansen: 326-335)

Das medizinische Wissen wird von den Expertinnen aus den Gruppendiskussionen z. T. als 'Bezugswissenschaft' definiert und der akademischen Disziplin der Medizin zugeordnet. Andere Expertinnen verstehen ihr spezifisch geburtshilflich-medizinisches Wissen als Teil der Hebammenkunde (GD-Eb: 270f.). In der Gruppendiskussion bekräftigen die Hebammen mit erweiterten Kompetenzen die zentrale Position der medizinischen Kompetenz.

Es ist auch wichtig herauszustellen, dass wir eine hohe medizinische Kompetenz haben. Es ist ja so, dass medizinisches Wissen auch gleich mit der Berufsgruppe der Ärzte assoziiert wird. [...]. Wir sollten uns nicht scheuen, unser Wissen auch so zu benennen. [...]. Wir würden uns einen großen Teil unseres Wissens und unserer Arbeit wegnehmen. (GD-Eb: 281-290)

Neben der Medizin nennen die Expertinnen weitere akademische Disziplinen, welche eindeutig als Bezugswissenschaften verstanden werden: Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Ethik und Rechtswissenschaft (GD-Eb: 263-264; GD-L: 388-389). Diese Disziplinen dienen dazu, eine Wissensbasis insbesondere für den professionellen Umgang mit Menschen zu bilden, da die Anforderungen im psycho-sozialen und ethischen Bereich der medizinischen Kompetenz in der Bedeutung gleichzustellen sind (GD-L: 288-289). Die Anforderung, ein eigenständiges geburtshilfliches Versorgungsangebot zu verantworten, erfordert fundierte Wissensgrundlagen in der Berufskunde und dem berufsrelevanten Recht. Hier benennen die interviewten Hebammen durchgehend Unsicherheiten, die in der Ausbildung vermittelten Rechtskenntnisse auf das eigene Handlungsfeld zu beziehen.

Dazu gehört für mich Wissen über Hebammengeschichte, Berufskunde [...], das finde ich einfach wichtig, um die Gesetzeslage zu verstehen. [...]. Wir hatten in Gesetzeskunde Strafrecht, was ich eigentlich nie brauche, aber das Hebammengesetz, die Ausbildungsverordnungen, die Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit wären wichtig. (Frau Behnke: 269-274)

Neben dem Wissen, welches akademischen Disziplinen zugeordnet werden kann, definieren die Hebammen das traditionelle Hebammenwissen bzw. die Hebammenkunde als zentrale Grundlage praxisrelevanten Wissens. Sie berichten dabei, dass das traditionelle Wissen vor allem mündlich bzw. durch die Vorbildfunktionen erfahrener Hebammen überliefert wird (GD-Eb: 456-459).

Die ganze Hebammenkunde, da fit zu sein, das fachliche Wissen [...], nicht dass man alle medizinischen Geräte kennt und die Auswertung der wissenschaftlichen Ergebnisse, sondern dieses alte Hebammenwissen, was noch da ist und weiter getragen wird. (Frau Behnke: 169-173)

Neben den theoretischen Wissensbeständen aus der Hebammenkunde umfasst das geburtshilfliche Wissen das praktische Wissen, welches fortlaufend durch die berufliche und persönliche Erfahrung weiterentwickelt wird und die Basis der beruflichen Handlungskompetenz bildet.

Ich habe ein theoretisches und praktisches Wissen und das wende ich an [...]. Ich habe Erfahrung, die gehört dazu. Und nicht nur auf Grund meines Berufes, auch auf Grund meines eigenen Lebens. (Frau Lenz: 217-219)

Während das theoretische Wissen expliziert und als Faktenwissen akademischen Disziplinen bzw. der Hebammenkunde zugeordnet werden kann, bleibt das praktische Wissen als Erfahrungswissen mehr oder weniger implizit (GD-Eb: 436; GD-L: 342-351), seine Anwendung erfolgt praktisch „intuitiv aus dem Bauch heraus“ (Frau Euler: 390-395).

Hebammenbetreuung bedarf einer fachlichen Kompetenz, aber da gibt es noch mehr, wir versuchen es zu fassen. Aber es ist zum Teil nicht zu verbalisieren, weil es noch eine andere Qualität hat. (GD-Eb: 436-439)

Mehrfach wird von den interviewten Hebammen auch die eigene Geburtserfahrung, die eigene Sexualität und die bewusste Körperlichkeit (Frau Hellenkamp: 75-76; Frau Lange: 264-265; Frau Kristall: 154-155) sowie die persönliche Lebenserfahrung (Frau Anderle: 104-115; Frau Bergler: 59-60; Frau Hellenkamp: 93-100) als wichtige Erkenntnisquellen aufgeführt und unter dem Begriff des „Frauenwissens“ (Frau Euler: 403-404) subsumiert.

Und ich denke erst mal, als richtig gute Hebamme muss man sich selber als Frau auch gut kennen. Also dass man z. B. keine Probleme hat mit seinem eigenen Körper. (Frau Zimmer: 414-416)

Die geburtshilfliche Bedeutung dieses Erfahrungswissens ist das Wissen über die Physiologie der Geburt sowie das Wissen darüber, dass jede Frau und jedes Kind über eigene 'Heilkräfte' für das Gebären und die Geburt verfügen (GD-L: 278-281).

Gefühle, es hat irgendwas mit Gefühlen zu tun. Ein prinzipieller Glaube an die eigene Heilkraft im Menschen [...], der sich nicht in wissenschaftliche Relativitäten einordnen lässt, ich kann es ganz schwer beschreiben. Also ich denke, das gehört zu einer Hebamme dazu, dass sie ein Gefühl hat für

den Vorgang an sich und auch den Glauben daran hat [...] es ist ja keine Krankheit. (Frau Euler: 410-416)

Auf diesem Hebammenwissen beruhen zentrale geburtshilfliche Versorgungskonzepte der Hebammen, die darauf abzielen, das Gebären und Geboren werden als individuelle Prozesse zu begreifen und Frau und Kind in ihrer Eigenart zu unterstützen.

Wichtig ist die Rückbesinnung auf das alte Wissen, das traditionelle Wissen. Das Wissen, dass nicht ich, sondern die Frau und das Kind die Fachpersonen sind; dass die da miteinander arbeiten. Und dass ich mich verlassen kann auf das Eigene, auf das Gebären, auf den physiologischen Prozess und dass ich diesen Prozess stattfinden lassen kann. (Frau Kristall: 190-194)

Als weitere Anforderung der praktischen Arbeit gilt für die Hebammen 'manuell geschickt' zu sein. Dieses Wissen wird von mehreren Hebammen mit dem Begriff des 'Handwissens' bezeichnet. Das Handwissen setzt theoretisches Wissen, eine geschulte taktil-haptische, auditive, visuelle und olfaktorische Wahrnehmung und manuelle Fertigkeiten voraus (GD-Ea: 470-474; GD-Eb: 267).

Es ist ein sehr wichtiger Bereich, dieses Handwissen auszubilden. Das Gefühl mit den Händen und dieses Wahrnehmen mit den Händen, überhaupt mit den Sinnen wahrzunehmen und da gehören für mich alle Sinne dazu. (Frau Lenz: 176-178)

Dieses manuelle Geschick dient insbesondere dazu, Befunde zu erheben und Diagnosen zu sichern, unabhängig von dem Einsatz moderner Medizintechnik.

Und was eine Hebamme können sollte, ich meine [...] wir sollten schon in der Lage sein, ohne Ultraschall zu erkennen, wie das Kind da drinnen liegt und wie schwer es ungefähr wird. (Frau Gärtner: 175-178)

Manuelle Fertigkeiten und Techniken sind aber auch im Bereich der Intervention und Therapie erforderlich. Einschränkend bemerken die interviewten Hebammen jedoch, dass diese in der zeitgemäßen medizintechnisch orientierten Geburtshilfe z. T. an Bedeutung verlieren.

Es gibt ja kaum noch eine Zwillingsschwangerschaft die normal entbunden werden kann [...]. Und desto weniger Zwillinge man normal betreut, und das ist mit der Beckenendlage genauso, umso schneller sind sie bereit, einen Kaiserschnitt zu machen. Weil sie Angst davor haben 'es könnte ja und dann bin ich nicht genug geübt darin'. Es geht also aus der Angst heraus [...] Wissen um Handgriffe verloren, die sich unsere Vorfahren schwer erarbeitet haben. (Frau Ihmer: 165-177)

Die Hebammen betonen, dass das handwerkliche Können keine Technik sei, sondern immer verbunden ist mit einer Berührung der zu behandelnden Personen. Die Ausübung des „Handwerks“ (GD-L: 30-31) erfolgt daher personenbezogen und unter Beachtung ethischer Grundsätze. Die Art und Weise der Berührung unterliegt den Anforderungen der professionellen Beziehungsgestaltung (GD-L: 497-502).

Manuelle Fertigkeiten, da sind für mich immer ruhige Hände wichtig gewesen. [...]. Feinmotorik natürlich, wenn ich genäht habe, bestimmte Techniken. Aber wichtiger ist eigentlich dieser manuelle Kontakt, die manuellen Fertigkeiten wie ich z. B. mit den Kindern umgehe und rede [...] die Art und Weise der Berührung. (Frau Faber: 100-107)

Alle hier aufgeführten Wissensarten müssen in der konkreten Situation unter Berücksichtigung der Perspektiven der beteiligten Personen verbunden werden (GD-L: 325-327).

Man muss so gucken, wie ist die Situation auch abhängig von dieser Frau, von diesem Kind [...], ich denke, da darf man bei gar nichts ein Schema anwenden, bei gar nichts. (Frau Lenz: 330-333)

Mit dem klinischen Fallverstehen begründen die befragten Hebammen die Abweichungen vom medizinischen Regelwissen. Sie verweisen dabei auf ihre berufliche Erfahrung, um fallbezogene Entscheidungen zu begründen und zu verantworten.

Ich bringe jetzt im Laufe der Jahre diese Erfahrung mit, dass ich bestimmte Situationen einschätzen kann, für die ich sagen kann [...], das kann ich jetzt noch tolerieren. Ich muss jetzt z. B. noch keinen Arzt rufen, ich kann das noch verantworten. Wo vielleicht jemand, der nicht diese Erfahrung hat, schon rufen würde und dann Sachen gemacht werden, die vielleicht nicht nötig wären. (Frau Jansen: 205-211)

Diese geburtshilfliche Expertise dient insbesondere dazu, geburtshilflich-medizinische Interventionen begründet einzusetzen.

Und ich sag: 'Erst mal daneben sitzen und erst mal gucken.', damit man weiß, wann man wirklich eingreifen muss und wie man es macht. Aber ansonsten hält man seine Finger weg, aufgrund seines Wissens und dann läuft es alles ganz normal. (Frau Zimmer: 480-483)

Die geburtshilfliche Kunst ist laut Aussagen der Expertinnen demnach „viel zu wissen, um wenig zu tun.“ (Frau Zimmer: 478; Frau Lange: 262)

Die Hebamme reflektiert kritisch tradiertes und erfahrungsbasiertes Hebammenwissen und unterstützt die Entwicklung wissenschaftlich basierter Erkenntnisse.

„Man muss die Richtigkeit der Kunst belegen.“

Das traditionelle und erfahrungsbasierte Hebammenwissen wird professioneller Intuition zugeordnet und ist als Gefühl der Explikation und Überprüfung durch wissenschaftliche Methoden kaum erfassbar.

Wissen ist, dieser eine Teil Gefühl, Geduld, Gespür und dieser andere Teil ist dieser schulmedizinische Teil. (Frau Anderle: 150-151)

Eine der interviewten Hebammen hinterfragt die fehlende Möglichkeit, erfahrungsbasiertes Wissen auszuweisen, und benennt die berufliche Reflexion als Weg, um intuitives Handeln dem Bewusstsein und damit der Explikation und Überprüfung zuzuführen.

Unter originärer Arbeit wird oft die Fähigkeit beschrieben, intuitiv zu arbeiten, oder Gefühls- und Bauchdinge, wie sie dann immer beschrieben werden, mitwirken zu lassen. Was ich falsch finde, was nicht zur Professionalität gehört. Denn ich kann das benennen, indem ich reflektiere. (Frau Faber: 232-237)

In dieser Aussage wird deutlich, dass die Fähigkeit zur Reflexion als zentrale Kompetenz identifiziert wird, welche die Professionalität auszeichnet. Ebenso halten es die Expertinnen für wichtig, das berufliche Handeln auf die Basis wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse zu stellen (GD-Ea: 38; GD-L: 226-230). Begründet wird dies einerseits mit der Erwartung der betreuten Frauen und ihren Familien auf eine wissenschaftsbasierte Information und Beratung.

Sie erwarten, dass wir Ihnen Rat geben können in schwierigen Situationen. Rat mit Hand und Fuß, nicht irgendwas. [...]. Dass sie einfach auch von uns Rat bekommen, was die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse betrifft. (Frau Bergler: 201-204)

Andererseits erfordert der Anspruch auf eine autonome Berufsausübung den wissenschaftlichen Nachweis der Effektivität und Qualität der beruflichen Handlung.

Wichtig ist perspektivisch die Forschungsarbeit, sonst lässt sich unser Beruf ständig durch andere Berufsgruppen beschneiden. Und das kann man nur aufhalten, wenn man [...] die Richtigkeit der Kunst, der Arbeit, belegt. (Frau Behnke: 326-329)

Um diesen Nachweis der Effektivität der beruflichen Handlung zu erbringen, ist es notwendig, die geburtshilflichen Interventionen zu evaluieren, um zu überprüfen, ob die erwünschte Wirkung tatsächlich erzielt wurde.

Das ist, was in der Ausbildung viel mehr stattfinden müsste, dass man überlegt: 'Was bewirkt meine Intervention zu dem Zeitpunkt oder zu diesem Zeitpunkt? Und wenn ich das nicht mache, was passiert dann?' [...]. Weil, es wird immer gleich gesagt: 'Jetzt passiert das.', aber dass es vielleicht gar nicht passiert, sondern dass ganz was anderes geschieht, das müsste man einfach sehr viel mehr in den Vordergrund stellen. (Frau Kristall: 205-226)

Die Anforderung und der Anspruch, wissenschaftsbasiert zu handeln und die geburtshilfliche Entscheidung, wenn möglich evidenzbasiert, zu begründen, wird dabei als Folge eines Wandels beschrieben, dem insbesondere die jüngere Hebammengeneration entsprechen will. Die Kompetenz, sich wissenschaftliche Erkenntnisse anzueignen und diese in die Entscheidung und Handlung zu integrieren, wird von den interviewten Hebammen nicht auf den Wissenserwerb in der beruflichen Ausbildung zurückgeführt, sondern scheint das Ergebnis selbstgesteuerter Lernprozesse zu sein.

Das ist mir persönlich auch ganz wichtig, dass ich das immer wieder auffrische und einfach sagen kann, da gibt es eine Studie [...]. Was ich dann in der Argumentation auch den Ärzten entgegenhalten kann und nicht so ein vages Gewuschel, wie das ist bei den Älteren oft so ist: 'Wir machen das jetzt so!'. Sie haben natürlich ihre Erfahrung und auch ihre Intuition für die Situation, können aber nicht sagen warum und hinterfragen auch nicht mehr. Mir ist ganz wichtig immer wieder zu gucken, ist das jetzt so, oder ist das nicht so. Vielleicht weil ich das Abitur habe. Wissen ist ganz wichtig, auch zu wissen was und warum. (Frau Euler: 153-163)

Im Gesamten kritisieren die interviewten Hebammen, dass wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zur Physiologie der Geburt fehlen, wie auch die Evidenzen darüber, welche geburtshilfliche Maßnahmen diese Physiologie stützen könnten (Frau Ihmer: 122-128; Frau Euler: 438-445, Frau Kristall: 264-271). Da die medizinische Forschung insbesondere auf die Diagnose und Behandlung bzw. Therapie pathologischer geburtshilflicher Prozesse zielt, erwarten die Expertinnen hier zukünftig mehr Handlungssicherheit durch eine in Deutschland noch zu etablierende Hebammenforschung (GD-Ea: 436-440).

Die Hebamme erweitert und vertieft kontinuierlich ihr geburtshilfliches Wissen auf der Grundlage aktueller theoretischer Erkenntnisse und persönlicher beruflicher Erfahrung.

„Stehen bleiben tut man eh' nicht.“

Alle befragten Hebammen beschreiben die Anforderung, selbstorganisiert lebens- bzw. berufsbegleitend zu lernen (GD-S: 10-11; GD-Ea: 24-28; GD-Eb: 312; GD-L: 32-38). Diese Anforderung ergibt sich konkret aus den geburtshilflichen Fällen und Situationen, welche durch das bereits vorhandene Wissen nicht bewältigt werden können. Schwierige geburtshilfliche Fälle und neue Probleme fordern so das gezielte Lernen heraus.

Und fachlich muss ich ganz ehrlich sagen, also Stehen bleiben tut man ja in diesem Beruf sowieso nicht [...]. Das geht schon fast von alleine, also fließend geht das. (Frau Zimmer: 290-296)

Lernanlässe und Lernbedarf begründen sich auch in der Erweiterung der beruflichen Aufgabengebiete und den damit verbundenen veränderten Anforderungen. Diese ergeben sich bspw. mit der Aufnahme der freiberuflichen Tätigkeit, wie berufserfahrende Hebammen berichten, die viele Jahre angestellt im klinischen Bereich gearbeitet haben.

Das sind so Sachen, die lernst du vielleicht mal theoretisch und dann geht es unter. Vieles habe ich letztlich in der Freiberuflichkeit noch mal richtig gelernt, nachdem ich jahrelang als Hebamme in einem Perinatalzentrum gearbeitet hatte. (Frau Demal: 17-19)

Insbesondere die zeitgemäßen Anforderungen der klienten- und familienorientierte Versorgung, der wissenschaftlich begründeten Entscheidung und Handlung sowie die Anforderung, die berufliche Leistung in neuen Organisationsformen zu erbringen, erforderten ein Um- und Neulernen in den letzten 20 Jahren.

Also am Anfang vor 20 Jahren war es natürlich ganz anders, wo und wie ich gearbeitet habe. Das Tolle daran ist, dass man immer wieder was Neues lernt und es dadurch immer wieder Spaß macht. (Frau Faber: 59-61)

Darüber hinaus vertreten einige der Hebammen die Position, dass 'das eigentliche Erlernen der Geburtshilfe' erst dann stattfindet, wenn Erfahrungen gesammelt werden und die geburts-hilfliche Entscheidung und Handlung auch verantwortet wird (GD-L: 505-309). In der Konsequenz führt das aus ihrer Sicht dazu, dass dem lebens- und berufsbegleitenden Lernen ein sehr hoher Stellenwert beigemessen wird.

Ja, mit ihrem ausgeprägten Selbstbewusstsein, was die jungen Hebammen heute so haben, schon als Schülerinnen [...]. Ich meine, ist ja gut, wenn man Selbstbewusstsein hat und sich durchsetzen kann. Aber Geburtshilfe lernt man wirklich erst am Bett, wenn man Hebamme ist, wenn man die Verantwortung dafür trägt und wenn man ein paar Jahre am Bett bleibt. (Frau Ihmer: 306-310)

Die geburtshilfliche Erfahrung allein bietet dabei keine Gewähr für Lernprozesse. Nach der Auffassung der Expertinnen geschieht dies erst, wenn die berufliche Praxis und Erfahrung hinterfragt, reflektiert und evaluiert wird (GD-L: 484-490).

Eine gute Hebamme sollte die Fähigkeit haben, ihre Arbeit zu hinterfragen, zu überprüfen. Vielleicht ein Instrument zu finden in Form von internen Fortbildungen. Bei den Freiberuflichen wären Supervision auch gut, um an Dingen zu arbeiten. (Frau Faber: 223-226)

Gelernt wird meist durch den Austausch mit Kolleginnen, durch die Lektüre von Fachliteratur sowie durch den Besuch von Fortbildungen.

Ich denke, ganz wichtig sind andere Hebammen, also mit denen man sich unterhält und mit denen man sich abstimmt: 'Wie machst du das, was sagst du dazu und wie findest du das?'. Die andere Sache, die ich ganz wichtig finde und was glaube ich bei den Älteren nicht so ist, ich lese ganz viel Fachliteratur. Wenn mir was Komisches passiert oder wenn ich etwas nicht weiß, lese ich noch mal nach. (Frau Euler: 148-152)

Des Weiteren nennen die interviewten Hebammen das ungezielte, informelle Lernen durch berufliche Erfahrung. So beschreiben einige, dass sie „bei jeder Geburt lernen“ (Frau Lenz: 101): Bewusst nehmen sie die Geburt in ihrer Eigenart und Situationsgebundenheit wahr und reflektieren das darauf abgestimmte geburtshilfliche Handeln.

Je mehr man die Frauen machen lässt und man nur begleitet und sich nur so sich im Hintergrund hält, um so mehr lernt man. Viel mehr, als wenn man so irgendeine Wehentropf-Kristellern-Geburt betreut, weil das ja auch sehr nach Schema ist. (Frau Hellenkamp: 246-248)

Die Hebamme erkennt Anforderungen, die eine Weiterbildung erfordern und nutzt diese, um die berufliche Leistung auf einem hohen fachlichen Niveau zu halten.

„Manchmal habe ich den Eindruck, es reicht nicht aus, Hebamme zu sein.“

Auf die Frage nach dem beruflichen Wandel in den letzten 20 Jahren, erklären viele der interviewten Hebammen, dass sich ihr Tätigkeitsfeld und die zu verantwortenden Aufgaben erweitert haben.

Ich denke, dass wir Hebammen wieder mehr Kompetenzen bekommen haben und dadurch, dass wir jetzt viel mehr Frauen im ambulanten Bereich haben, betreust du diese intensiver und umfassender und hast auch mehr Verantwortung. (Frau Demal: 405-408)

Nach ihrer Darstellung qualifiziert die berufliche Ausbildung weiterhin vorrangig für die angestellte Tätigkeit im Klinik-Kreisssaal. Im Laufe der letzten 20 Jahre erweiterte sich jedoch der tatsächliche Tätigkeitsbereich insbesondere um selbstständig erbrachte Leistungen in der Schwangerenvorsorge und dem Wochenbett. Die Qualifizierung für diese Bereiche erfolgte in der Regel durch den gezielten Austausch mit Kolleginnen und den Besuch von Fortbildungen.

Die Hebammenausbildung hat mir das technische Wissen um die Geburtsvorgänge an die Hand gegeben. [...]. Ganz am Anfang meiner Tätigkeit habe ich dann auch noch angefangen, Nachsorgen anzubieten und Kurse zu geben, nebenberuflich [...]. Und für dieses hatte ich kaum Rüstzeug [...]. Das musste ich alles über Kurse mir selber erarbeiten und habe das dann im Laufe der Jahre auch gemacht. (Frau Benario: 95-102)

Neben dem Erwerb des Grundlagenwissens für die neuen beruflichen Aufgaben dient die Fort- und Weiterbildung der Spezialisierung in den Tätigkeitsfeldern (GD-S: 138-140).

Und diese ganzen Dinge wie Geburtsvorbereitung, Rückbildungskurse. Ich finde das gut, wenn das mal in der Ausbildung gemacht wurde, aber ich finde es weiterhin gut, wenn man danach Fortbildungen in der Richtung machen kann und sich dann spezialisieren kann. (Frau Bergler: 249-251)

Aktuell scheint der Qualifizierungsprozess für den Bereich der Schwangerenvorsorge noch nicht abgeschlossen zu sein. Die Expertinnen begründen dies u. a. damit, dass die Leistungen in der Schwangerenvorsorge in Deutschland nicht dem Aufgabengebiet der Hebammen zugeordnet werden. Eine Interviewpartnerin fordert daher, dass entsprechende gesundheitspolitische Entscheidungen eine systematische Qualifizierung der Hebammen gewährleisten sollten.

Ich hab immer wieder von Menschen, die politisch tätig waren, gehört, es ist wichtig, dass Hebammen sich mit ihrer Kompetenz da und da hinstellen, eben, um z. B. bei meinem Thema in der Vorsorge zu bleiben, da Verantwortung zu übernehmen, mehr zu tun. [...]. Auf der anderen Seite sehe ich, dass es nur langsam stattfinden kann, weil die Qualifizierung auch erst mal laufen muss, damit es dann auch wirklich zu einem positiven Effekt wird. Wenn die Hebammen nicht wirklich dafür qualifiziert werden, wird es schwierig. (Frau Faber: 360-366)

Diskrepanzen zwischen der beruflichen Qualifizierung und den tatsächlichen Anforderungen werden auch darauf zurückgeführt, dass Unklarheiten darüber bestehen, wie die spezifischen beruflichen Handlungsfelder der Hebammen zu definieren seien. Nach Ansicht der interviewten Hebammen werden zunehmend Versorgungsleistungen in Tätigkeitsfeldern erbracht, die nicht eindeutig den Arbeitsbereichen von Hebammen zugeordnet werden können. Die gesteigerte Nachfrage der Klientinnen wie auch der erhöhte Wettbewerb auf dem Markt führen dazu, dass auch Versorgungsleistungen jenseits des Aufgabenspektrums der Hebammen erbracht werden.

Ich habe manchmal den Eindruck, es reicht nicht aus, Hebamme zu sein, also wenn du unsere Hebammenlisten anguckst, siehst du, was da alles für Sonderausbildungen noch stehen – scheinbar stehen müssen – weil die Frau so etwas sucht [...]. Also da wirst du manchmal abgelehnt, wenn die konkret nachfragen: 'Können Sie das und ich habe eine Freundin, die hatte das auch.' Dann sage ich: 'So arbeite ich nicht, und wenn es Ihnen gut geht, würde ich das auch gar nicht machen.' Dann sucht sie sich jemand, der das alles leisten kann und möchte. (Frau Lange: 236-243)

Werden diese Dienstleistungen nicht angeboten, kann dies zum Wettbewerbsnachteil führen. Die Folge ist, dass Hebammen z. T. Zusatzleistungen anbieten, für die sie keine gesicherte Qualifizierung haben. Nach Meinung der Interviewpartnerinnen diskreditiert dies den Berufsstand insgesamt, da der Nachweis der Qualität des Versorgungsangebotes nicht gesichert ist.

Ich sehe das immer wieder, dass Hebammen Betreuungsangebote machen, wo ich das schon ein bisschen komisch finde, das im Rahmen von Hebammenarbeit anzubieten, oder wo ich auch weiß, dass sie dafür keine Ausbildung haben [...] und bei solchen Sachen denk ich einfach, das gefährdet den Berufsstand. (Frau Behnke: 211-218)

Auch die Schülerinnen problematisieren die unklare Grenze zwischen den eigentlichen beruflichen Handlungsfeldern und den Tätigkeitsfeldern, die eine zusätzliche Qualifikation erfordern.

Natürlich kann eine Hebamme auch ganz gut in der Familienbildungsstätte arbeiten, aber es ist keine zentrale Hauptkompetenz, die in der Ausbildung gewesen sein muss, also da könnte man ja über alles diskutieren. Die Nächste sagt: 'Ich muss als Hebamme in der Grundschule Unterricht geben können.' (GD-S: 259-263)

Einigkeit besteht unter den Expertinnen in Bezug auf das Tätigkeitsfeld der Familienhebammen: Nach ihrer Einschätzung sind Hebammen für die speziellen Anforderungen gut geeignet, wenn eine geregelte Weiterqualifizierung im Anschluss an die berufliche Erstausbildung erfolgt.

Was ich toll fände wäre, wenn die Hebammen dann über irgendeine Form einer familiensystemischen Zusatzausbildung verfügen würden, über Krisenintervention, Gesprächsführung, Mediation oder überhaupt mit Gewalt umzugehen [...] und das kann man, glaube ich, nicht von Berufsanfängerinnen erwarten, weil das die Ausbildung gar nicht hergibt. (Frau Benario: 310-316)

Um ein entsprechend qualitativ gesichertes Weiterbildungsangebot entwickeln zu können, sollte das Aufgabengebiet der Familienhebammen sowie ihre Stellung im System gesundheitlicher Versorgung klar definiert sein.

Ich hoffe, dass Familienhebammen als ein weiterer Aspekt möglicher Hebammentätigkeit gesehen wird [...] und mit Qualifikation versehen und einem klarem Tätigkeitsprofil, so dass Länder und Kommunen sich das überlegen, ob sie über die Gesundheitsämter oder über irgendwelche andere Organisationen Familienhebammen einstellen. (Frau Benario: 362-367)

Die Expertinnen aus den Gruppendiskussionen zeigen den Bedarf an einem systematisch verankerten und modularisierten Weiterbildungsangebot auf. Es soll der Berufsgruppe die Spezialisierung in unterschiedlichsten Aufgabenbereichen ermöglichen wie auch den Zugang der Hebammen zum lebenslangen Lernen fördern (GD-Ea: 414-422).

1.2 Domäne Geburtshilfliche Kommunikation

Die Hebamme respektiert die Selbstkompetenz der Frau und ihrer Familie und fördert deren Ressourcen, die Verantwortung für das eigene Gesundheitsverhalten zu übernehmen.

„Mutter und Kind wissen was sie zu tun haben.“

Als zentrale Voraussetzung für eine professionelle Gestaltung der Kommunikation führen alle interviewten Hebammen die Akzeptanz der Selbstkompetenz von Mutter und Kind an, zu gebären bzw. geboren zu werden. Die Erkenntnis, dass Frauen auch ohne aktive Intervention durch die Hebammen in der Lage sind, Kinder gesund zu gebären, beschreiben sie mehrfach als Schlüsselerlebnis in der eigenen beruflichen Laufbahn.

Was mich ja so fasziniert hat, ist [...], dass nur die Frau das spürt und dass Mutter und Kind wissen, was sie zu tun haben. Und da habe ich einfach immer mehr begonnen zu beobachten, mich raus zu halten, habe aufgehört anzufeuern beim Pressen. Ich wollte sehen was passiert, wenn ich überhaupt nichts tue, und da passiert was Grandioses. Das Kind kommt trotzdem! [...]. Ich finde, das muss jede

Hebamme einfach mal erleben, dass sie nichts tut und die Frau bekommt ihr Kind. Und das liegt an der Hebamme, wie weit sie das zulassen kann. Wir haben da ein Schlüsselpunkt, das sollte uns klar sein. (Frau Anderle: 255-260)

Die Expertinnen berichten, dass nicht alle betreuten Frauen gleichermaßen ihre Selbstkompetenz wahrnehmen. Eine zentrale Anforderung an die Hebammen ist demnach, die Frau und ihre Familie in ihrer Selbstkompetenz zu bestätigen und zu stärken (GD-L: 275-276).

Ich finde schon, dass wir die Aufgabe haben, einfach an natürliche Prozesse zu appellieren oder die zu unterstützen oder einfach auch so eine Kraft zu fördern in der Frau. (Frau Behnke: 361-363)

Um das Vertrauen in die Selbstkompetenz zu fördern und Ängste abzubauen, werden insbesondere Information, Aufklärung und Beratung, wie auch die Schulung der Selbstwahrnehmung genutzt, um eigene Ressourcen sichtbar zu machen.

Wichtig ist, dass die Frauen gut vorbereitet sind auf die Geburt, also viel Informationen natürlich mit Entspannungsübungen, Beckenbodenübungen, Atmen, alles was da dazu gehört, also ganz klassisch. So dass sie einfach diese Angst verlieren, [...] dass sie sich mehr auf ihren Körper verlassen [...]. Und mein Ziel ist es, dass die Frauen ihren Körper so annehmen, dass sie sich das zutrauen. (Frau Zimmer: 255-262)

Diese Selbstkompetenz überhaupt fördern zu können, setzt die grundsätzliche Bereitschaft der Frauen und Familien voraus, die Verantwortung für das eigene Gesundheitsverhalten zu übernehmen. Nach Ansicht der interviewten Hebammen sind die Übernahme von Verantwortung und das Erfahren von Selbstkompetenz günstige Voraussetzungen für die Übernahme der Elternrolle und die Familienbildung.

Und ich finde es auch wichtig, die Frauen in ihre Selbstständigkeit zu bringen. Ich lasse sie auch mal ganz alleine für sich zurechtkommen. Ich bin im Hintergrund, wenn was ist. [...]. Dass man ihnen das Gefühl gibt, sie sind kompetent als Mutter, dass sie es alleine schaffen. Weil, sie sind die Mutter und ich die Hebamme und nicht die Mutter, die sich um das Kind kümmert. [...]. Also sie wirklich dahin zu bringen, dass sie ihre Verantwortung sehen und auch wissen, sie sind gut und sie können das und es ist gar keine Kunst. (Frau Bergler: 42-56)

Die Expertinnen problematisieren jedoch die zunehmenden Diskrepanzen zwischen dieser Sichtweise der Hebammen und den Dienstleistungserwartungen der Frauen. Durchgehend beschreiben sie die Herausforderung, dass Frauen die Übernahme der Verantwortung für das eigene Gesundheitsverhalten ablehnen und das Gebären – soweit möglich – an Geburtshelfer delegieren. Am Beispiel des Wunschkaiserschnitts nehmen die interviewten Hebammen wahr, dass Frauen zunehmend das Erleben von Unsicherheit und Schmerzen vermeiden, welche mit einer spontanen vaginalen Geburt verbunden werden.

Es wollen zwar alle irgendwo ein schönes Geburtserlebnis haben, [...] aber ich denke, dass es oftmals von den Familien und von den Frauen nicht so akzeptiert wird, dass manche Dinge nicht so laufen, wie sie sich das vorstellen. Und dann werden oftmals Dinge gemacht, z. B. Kaiserschnitte, einfach aus Angst heraus oder einfach aus dem nicht Bereit sein der Frauen, Verantwortung, Schmerzen, die nun mal dazu gehören bei einer Geburt, zu übernehmen. (Frau Jansen: 433-439)

Die interviewten Hebammen interpretieren die Diskrepanzen zwischen dem Versorgungsangebot der Hebammen und den Dienstleistungserwartungen der Frauen z. T. als Missachtung der eigenen professionellen Kompetenz. In der Folge löst dies Emotionen wie Ärger und Wut aus.

Wenn die Frau eben partout eine Wunschsectio will, bin ich der Meinung, sie soll sie auch bezahlen. Aber meistens werden ja irgendwelche Diagnosen gestellt [...], das macht mich wütend. Und da muss ich mich dann auch ziemlich zusammenreißen, die Frauen nett zu behandeln, weil ich das nicht verstehe. (Frau Gärtner: 124-128)

In Verbindung mit der oben dargestellten Annahme der Hebammen, dass die Wahrnehmung der Selbstkompetenz im Geburtsprozess die Übernahme der Elternrolle fördert, sind diese Eltern ihrer Ansicht nach schlechter auf die Anforderungen des Lebens mit dem Kind vorbereitet.

Es sind dann häufig auch die Frauen, die ein Kind wollen, weil alle ein Kind haben, so ungefähr, und dann wollen sie aber auch einen Kaiserschnitt. Und dann ist dieses Kind da und sie erzählen dir, dass sie sich das alles ganz anders vorgestellt haben. (Frau Gärtner: 154- 158)

Weitere Diskrepanzen zwischen den Dienstleistungserwartungen der Frauen und dem Versorgungsangebot der Hebammen entstehen aber auch gerade durch die zunehmende Wahrnehmung der Selbstkompetenz der Frauen und Familien: In der Folge entwickeln die Eltern klare Vorstellungen darüber, wie die Geburt ihres Kindes zu gestalten sei. Probleme entstehen insbesondere dann, wenn diese geburtshilflichen Dienstleistungserwartungen nicht mit professionellen Standards zu vereinbaren sind.

Ich sag mal [...], es wird demnächst wieder mehr Tippygeburten oder Geburten im Meer oder sonst was geben [...] und das ist natürlich für uns als Hebammen eine absolute Aufgabe. Wie gehe ich mit einer Frau um, die jetzt meint, sie möchte ihr Kind im Wald am See gebären? Kann ich das befürworten, muss ich dann sagen: 'Nee, es tut mir furchtbar leid, das will ich nicht.', muss die Frau dann alleine ihr Kind bekommen oder wie gehe ich damit um? (Frau Kristall: 367- 373)

Mit der Wahrnehmung des Rechts auf Selbstkompetenz und den damit verbundenen Wahlmöglichkeiten bezüglich der geburtshilflichen Versorgung steigen die kommunikativen Anforderungen an die Hebammen, professionelle Aufklärungsarbeit zu leisten und den Frauen und Familien eine informierte Entscheidung zu ermöglichen.

Die Hebamme respektiert das Recht der Frau und der Familie auf Aufklärung und Beratung und fördert die informierte Entscheidung.

„Und ansonsten ist mein Anspruch, Meinungsfindung zu fördern bei den Klientinnen.“

Ein großer Teil der professionellen Kommunikation begründet sich in der Anforderung, dem Recht der Frau und der Familie auf Aufklärung und Beratung nachzukommen. Nach Ansicht der interviewten Hebammen sind die Betroffenen an erster Stelle berechtigt, Informationen und Einschätzungen bezüglich ihres Gesundheitszustandes bzw. des ihres Kindes, der geburtshilflichen Prognose und potentieller Maßnahmen bzw. Therapien zu erfahren.

Ja, ich bin immer dafür, dass man, wenn irgendwas nicht in Ordnung ist, mit der Familie spricht. Also ich finde es ganz schlimm wenn 'Mauschel, Mauschel'. Es ist nicht in Ordnung [...], weil es diese Familie betrifft, sie und ihr Kind und da darf ich mich nicht zurückhalten [...]. Ich finde schon, dass sie das alles wissen sollten. (Frau Jansen: 217-222)

Darüber hinaus informieren die Hebammen gezielt, um die Frauen und ihre Partner auf die Geburt vorzubereiten und Ängste abzubauen.

Nachsorge. [...]. Ich habe auch immer so viel erzählt, was bis morgen passieren kann, um mich dann vor diesen 'abends 20:00 Uhr Anrufen' zu schützen, weil das Kind jetzt grün kackt statt sonst wie [...]. Wenn ich dann komme, dann sagten sie ganz oft: 'Das war so, aber du hast es ja gesagt und dann ist genau gewesen wie du gesagt hast.' Das war für die Frauen natürlich ganz gut, glaub' ich. (Frau Hellenkamp: 36-51)

Insgesamt stellen die Interviewten fest, dass der Bedarf an Aufklärung und Beratung zugenommen hat. Dieser speist sich zum einen grundsätzlich durch die Fülle an Informationen, die allgemein in einer Wissensgesellschaft zugänglich sind, wie auch durch die erweiterten Möglichkeiten der Informationsgewinnung durch den Einsatz medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren.

Dann z. B. diese Pränataldiagnostik, die sich ausgeweitet hat, da musste man auch lernen damit umzugehen, die Frauen zu informieren. (Frau Demal: 410-411)

Als Empfänger der Versorgungsleistungen müssen die Frauen und ihre Partner dabei zwischen den verschiedenen Anbietern optionaler geburtshilflicher Betreuungsmodelle entscheiden. Die interviewten Hebammen sehen sich vor die Aufgabe gestellt, die Frauen über mögliche Betreuungsmodelle, deren jeweilige Voraussetzungen, Vor- und Nachteile sowie mögliche Folgen zu informieren und zu beraten.

Erst mal muss ich die Frau aufklären, was das für sie bedeutet und danach ist es ihre Sache. Dann kann ich sie auch begleiten - da wo sie ist. (Frau Kristall: 354-356)

Eine zentrale Zielstellung der Informations- und Beratungstätigkeit der Hebammen ist die „Meinungsbildung“ (Frau Behnke: 98-104) bzw. die „Entscheidungsfindung“ (Frau Bergler: 207). Dabei

bieten sie professionelle Hilfestellung bei der Problemlösung und unterstützen die Klientinnen darin, ihre gewonnene Position argumentativ zu vertreten.

Und ansonsten ist der Anspruch von mir, Meinungsfindung zu fördern bei den Klientinnen, weil ich einfach sehe, dass sie oftmals so in Geburt, Wochenbett, Schwangerschaft reinstolpern und sich zwar sehr viel informiert haben auf der einen Seite, auf der anderen Seite doch nicht so recht wissen, was sie wollen oder gar nicht vertreten können nach außen. Bei der Geburtsvorbereitung war das eigentlich mein Hauptziel, sie nicht nur zu informieren, sondern auch zu überlegen, was sie wollen und warum. (Frau Behnke: 98-104)

Die Kommunikation erfolgt nicht nur im Einzelkontakt zwischen Hebamme und Betreuten, sondern weitet sich auch auf die Begleitung gruppenspezifischer Prozesse aus, wie z. B. in der Leitung von Geburtsvorbereitungsgruppen (GD-Eb: 548-561). Dabei werden die Potentiale der Gruppe für die oben genannten Zielstellungen noch unzureichend genutzt. Eine Interviewpartnerin begründet dies mit den unzureichend geschulten kommunikativen Kompetenzen der Berufsgruppe.

Die ganzen gruppenspezifischen Prozesse, wer hat da als Hebamme schon Ahnung davon wie man damit umgeht. (Frau Hellenkamp: 71-73)

Eine grundlegende Voraussetzung, um die geburtshilfliche Information und Beratung leisten zu können, ist der Zugang der Hebammen zu den entsprechenden Aufgabenbereichen. So kann die Information und Beratung zur Pränataldiagnostik nicht von Hebammen erbracht werden, wenn sie nicht in die Schwangerenvorsorge eingebunden sind (Frau Jansen: 190-193). Der Erstkontakt zwischen Hebamme und Frau erfolgt jedoch häufig erst bei der Geburt des Kindes im Kreißsaal. Zu diesem Zeitpunkt ist laut Auskunft der interviewten Hebammen „im Vorfeld soviel passiert, da können wir gar keinen Einfluss nehmen. Die Frau steht mit dem Wunsch vor der Tür und den müssen wir abarbeiten“ (Frau Ihmer: 74-75).

Erfolgt die Information und Beratung in Situationen, in denen Einflussfaktoren wie Handlungsdruck, Schmerz und Angst die Entscheidungskompetenz der Frauen beeinflussen, werden besondere Anforderungen an eine professionelle Aufklärung und Beratung gestellt. In diesen Situationen sind die Möglichkeiten der Frauen eingeschränkt, sich umfassend zu informieren, Entscheidungen abzuwägen und zu vertreten (Frau Jansen: 466-472). Hier nehmen die Hebammen eine Advokatenfunktion ein, in welcher sie die Interessen der Frau vertreten (Frau Gärtner: 260-268).

In den Interviews thematisieren die Hebammen die Anforderung an eine professionelle Gestaltung der Beratung unter dem Gesichtspunkt, einerseits das Recht der Frauen auf einen eigenen Standpunkt zu respektieren und andererseits die professionelle Position zu vertreten.

Das ist immer so eine Zwiespalt: man will auf der einen Seite, dass die Frauen mitentscheiden, dass sie sich von verschiedenen Richtungen aufklären lassen und trotzdem ist man als Hebamme schon auch oft in Versuchung – auch wie andere Berufsgruppen – sie von seiner eigenen Meinung zu überzeugen. (Frau Behnke: 346-349)

Wichtig ist ihnen dabei, die fachliche Position eindeutig zu benennen, argumentativ zu vertreten und zu dokumentieren, und dennoch die davon abweichende Entscheidung der Frau gelten zu lassen, falls dies aus fachlichen und ethischen Gründen zu vertreten ist.

Ich kann auch meine Meinung sagen, ich bin eine Fachfrau, sie wollen das auch hören von mir. Aber ich versuche meine Meinung nicht absolut zu setzen, sondern ich sage: 'Das ist meine Meinung oder das wäre geburtshilflich anzuraten oder es die Meinung vom Arzt.' Aber wir können dann noch irgendwie einen anderen Weg finden, wenn es möglich ist, wenn keine Notfallsituation vorliegt. (Frau Behnke: 115-120)

Die Interviewpartnerinnen formulieren Anforderungen bezogen auf die Qualität des Beratungsprozesses wie auch bezogen auf die Qualität der zu vermittelnden Informationen. Ein zunehmend wichtiges Kriterium für die Qualität der Informationen ist, dass sie auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse begründet sind (Frau Bergler: 204).

Ich denke schon, dass die Frauen einfach davon ausgehen, dass wir ihnen jetzt nicht Sachen erzählen, die überholt sind. [...]. Um jetzt bei diesem Beispiel zu bleiben, mit dieser warmen Auflage auf dem Damm, dass es dann weniger Dammverletzungen gibt. Ich kann der Frau sagen: 'Das wird gemacht, weil es schon immer so gemacht wurde.' [...]. Oder ich kann ihr sagen: 'Ich habe da Studienergebnisse, die darauf hinweisen, dass es gut ist.' [...]. Nicht dass ich hoffe, sie denkt dann: 'Ist ja toll.', sondern dass ich einfach denke, sie wäre dann noch beruhigter [...]. Sie haben schon meistens großes Vertrauen uns gegenüber. (Frau Behnke: 194-209)

Die Hebamme strebt eine professionelle Beziehung zu den betreuten Frauen und Familien an, um deren Vertrauen in die Sicherheit der geburtshilflichen Versorgung zu fördern.

„Ich glaube, sie erwarten eine fachlich kompetente aber auch menschlich annehmbare Begleitung.“

Laut Aussagen der interviewten Hebammen zielt die moderne geburtshilfliche Versorgung auf die 'Gesunderhaltung' und umfasst neben der körperlichen Gesundheit auch emotionale und psychische Aspekte des Wohlergehens. Darüber hinaus bezieht sich die Versorgungsleistung nicht ausschließlich auf Mutter und Kind, sondern umfasst das Wohlergehen der Familie als soziales System. Die professionelle Kommunikation muss daher alle, von der Frau als solche definierten Familienmitglieder, in die Interaktion mit einbeziehen. Diese familienorientierte Kommunikation, ist nach Angaben der Interviewpartnerinnen, mit hohen Anforderungen verbunden.

Früher war es eben die Frau, die Frau mit ihrem Kind und auf die Frau habe ich mich eingestellt [...]. Aber heutzutage umfasst es ja den Mann, der bei der Geburt dabei ist, die Mutti, die Schwiegermutter, eine gute Freundin, was auch immer. Es kommen manchmal bei einer Frau, die man betreut [...] so viele Charaktere zusammen, dass man sich manchmal selber wundert, wie man das so hinkriegt. (Frau Jansen: 300-305)

Insbesondere die Partner der betreuten Frauen, welche in der Regel auch die werdenden Väter sind, müssen mit ihrer Perspektive auf das Geschehen und ihrer Rolle im Beziehungsgefüge der Familie eingebunden werden. Gelingt dies nicht, sind typische Störungen in der Kommunikation absehbar, welche die Betreuungsarbeit erheblich erschweren.

Die Männer sind ja immer meistens noch ängstlicher, weil sie nichts machen können in ihrer Hilflosigkeit. Und das nervt natürlich ganz schön, wenn man sich in seiner Arbeit dann kontrolliert und angezweifelt fühlt. (Frau Ihmer: 143-146)

Für die interviewten Hebammen erfordert das Gebären ein Umfeld, in dem sich die Frauen und ihre Familien vertrauensvoll auf die geburtshilflichen Prozesse einlassen können. Dazu bedarf es einer Geborgenheit, in der sich die Frauen und Paare sicher fühlen.

Sie erwarten von uns, dass sie sich bei uns geborgen fühlen, dass sie sich sicher fühlen bei uns. (Frau Bergler: 202)

Einige Interviewpartnerinnen begründen diese Anforderung mit den sexuellen, intimen Aspekten des Gebärens.

Was ist denn überhaupt Frau sein, was ist Gebären [...]? Es gilt einfach auch wieder Geburtshilfe mit Sexualität in einen Topf zu werfen, es ist nicht ein technischer Vorgang. (Frau Kristall: 429-431)

Ebenfalls verweisen sie darauf, dass Gebären mit dem Verlust an Kontrolle über die Körperausscheidungen verbunden ist und beschreiben hier hohe Anforderungen an einen respektvollen Umgang, der die Intimität wahrt (GD-S: 212).

Manche Sachen nehme ich auch mit Humor, nicht unbedingt schwarzem, aber ein bisschen humorvoll, das hilft. [...]. Weil das so essentielle Geschichten sind, du musst ja damit umgehen, dass dir eine auf die Hand schießt oder dass Du mit Fruchtwasser übergossen wirst. (Frau Euler: 274-282)

Ob Gebären und die damit einhergehenden Schmerzen und Ängste dennoch mit einem (relativen) Gefühl des Wohlergehens einhergehen können, hängt nach Aussagen der interviewten Hebammen maßgeblich davon ab, inwieweit sich die Gebärende und ihre Familie sicher fühlen. Das Gefühl von Sicherheit in der geburtshilflichen Versorgung basiert nach ihrer Meinung in der Regel auf dem Vertrauen in die geburtshilflich-fachliche wie persönliche Kompetenz der Hebammen (Frau Lenz: 228-

229). Das Vertrauen entsteht durch das persönliche Verhältnis zwischen Hebamme und betreuten Personen, welches in einer professionellen Beziehung gestaltet werden sollte (GD-S: 165).

Ein ganz großer Teil von unserer Arbeit ist, dieses Vertrauensverhältnis zu schaffen, das ist auch ein Anspruch an Hebammenarbeit von der Gesellschaft, von den Frauen, auf jeden Fall aber auch von anderen Berufsgruppen. (Frau Behnke: 84-86)

Um diese Beziehung aufbauen zu können, müssen die Hebammen „mit dem Herz dabei sein“ (GD-S: 389-390; GD-Eb: 315).

Was ich von jeder Hebamme verlange, ist einfach, dass sie sich in die Frau hineinfühlt. Also nicht mitfühlend im Sinne von: 'Das tut jetzt ganz doll weh und wie schlimm', und so [...]. Aber was ich ganz schlimm finde ist, wenn die Hebammen nicht mit dem Herz dabei sind. (Frau Hellenkamp: 213-216)

Personenbezogene Fähigkeiten wie Geduld (Frau Anderle: 75), Einfühlungsvermögen (Frau Bergler: 59) und Empathie (Frau Euler: 179) bilden die Grundlage für psycho-soziale Kompetenzen, welche die professionelle Beziehung zur Frau und ihrer Familie maßgeblich bestimmen (GD-S: 162-164; GD-L: 68-69). Bei diesen ideellen, jedoch beruflich offensichtlich so eindeutigen Kompetenzanforderungen, verweisen die interviewten Hebammen auf Persönlichkeitsmerkmale, die vor der beruflichen Sozialisation ausgeprägt und entwickelt werden.

Und ich denke auch, dass ich von der Person her ein Mensch bin, der ein großes Einfühlungsvermögen hat. Und auch eine Person, die eine Art hat, gut auf die Frauen einzugehen, zu spüren. [...]. Ich denke, das sind Dinge, die man nicht unbedingt lernen kann, die aber wichtig sind für unseren Beruf. (Frau Bergler: 59-62)

Eine Expertin der Gruppendiskussion thematisiert auch die Annahme, dass eine Hebamme persönliche Grenz- bzw. Krisensituation erfahren haben sollte, um einer Frau in einer geburtshilflichen Situation, welche durch Angst, Schmerz oder sogar Gefühle existentieller Bedrohung bestimmt sein kann, wirklich Unterstützung bieten zu können. In der anschließenden Gruppendiskussion wird die Kompetenzanforderung gestützt, starke Emotionen professionell begleiten zu können. Allerdings wird kontrovers diskutiert, ob eine eigene (bewältigte) Krisenerfahrung Bedingung für diese Kompetenz ist (GD-Eb: 329ff.).

Die Anforderungen an die Gefühlsarbeit erfordern laut Aussagen der Expertinnen eine professionelle Balance zwischen Nähe und Distanz, um zu gewährleisten, dass die Geburt fachlich geleitet werden kann (GD-S: 164-165). Diese hohen Anforderungen stellen insbesondere für Berufsanfängerinnen eine Herausforderung dar und werden nach ihrer Meinung erst im Laufe der Berufs- und Lebenserfahrung gefestigt.

Was ich am Anfang auch nicht so konnte und wovon ich im Moment auch nicht weiß, ob es gut ist oder nicht, ist eine gewisse professionelle Distanz einzuhalten. Zu der Frau, dass ich mich nicht so völlig in diese Situation saugen lasse [...] und zu sagen, das sind nicht meine Wehen, das sind nicht meine Schmerzen, ich bin hier die Hebamme und ich [...] leite dich da durch. (Frau Euler: 520-526)

Das angestrebte Vertrauensverhältnis wird maßgeblich von der Fähigkeit zur professionellen Kommunikation geprägt (GD-S: 72; GD-L: 475-476). Unangemessene Kommentare oder nonverbale Unmutsäußerungen können das angestrebte Vertrauensverhältnis in Kürze zerstören.

Und dann der Spruch: 'Ja, du musst die Wehe annehmen'. [...]. Also man muss sehr vorsichtig sein mit solchen Formulierungen. (Frau Anderle: 170-172)

Besondere Herausforderungen an eine professionelle Interaktion sind gegeben, wenn die Geburt einen unerwarteten (pathologischen) Verlauf nimmt und das Erleben der betreuten Personen von Sorgen und Ängsten geprägt ist. Hier beschreiben die interviewten Hebammen ihre Möglichkeiten, durch eine professionelle Begleitung Entlastung zu bieten und trotz widriger Umstände „eine gute Geburt daraus zu machen“ (Frau Jansen: 161).

Das ist nämlich wichtig für die Frau, z. B. bei einer Schnellsectio. [...]. Wenn du da bist und ihr dann in die Augen guckst und sagst, du kannst jetzt nicht viel erzählen, aber es wird alles in Ordnung kommen. Das reicht oft aus, damit die Frau nicht so daliegt [macht Zitterbewegungen mit den Händen, Anm. d. Verf.]. [...]. Und das geht tatsächlich, wenn das Vertrauen da ist. (Frau Anderle: 153-159)

In geburtshilflichen Notfallsituationen werden besondere Anforderungen an einen professionellen Umgang gestellt, um eine Traumatisierung der Betroffenen so weit wie möglich zu verhindern.

Ich stelle mir das schrecklich vor, wenn man da als Frau so liegt — ich habe ja auch selber zwei Kinder gekriegt — und auf einmal stürmt einer rein und es geht los, einer zieht hier und einer drückt da, und ich weiß dann überhaupt nicht mehr wo hinten und vorne ist. [...]. Das ist so was, wo ich sage, nee also das kann einfach nicht sein und [...] es soll ja nicht in schlimmer Erinnerung sein, das auf keinen Fall. Es gibt sicherlich viele Frauen, die ein Trauma von ihrer Geburt haben, aber ich hoffe, dass ich das niemandem antun muss. (Frau Jansen: 166-176)

Erkennen die Hebammen eine solche Traumatisierung — unabhängig von der objektiv feststellbaren emotionalen Belastung — sehen sie sich mit der Anforderung konfrontiert, mit den betroffenen Frauen und deren Partnern „die Geburt noch mal direkt in der Klinik zu besprechen“ (GD-Eb: 571-593) und eine weiterführende psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung durch entsprechend qualifiziertes Personal anzubahnen. Erweiterte Ansprüche an eine professionelle Kommunikation sind ebenso gegeben, wenn Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Krankheit, Behinderung oder Tod des Kindes belastet sind.

Dieser ganze große Bereich von Trauerbegleitung bei toten Kindern oder plötzlichem Kindstod. Das fällt so flach in der Ausbildung, da müsste ganz dringend was passieren. (Frau Benario: 326-328)

Die interviewten Hebammen berichten dabei insbesondere über Gefühle der Überforderung und Hilflosigkeit in den konkreten Betreuungssituationen und problematisieren insgesamt die mangelnde kommunikative Qualifizierung des Personals in den Kliniken. Sie beschreiben entsprechende Fälle und Situationen, in denen sie bei sich in erster Linie Reaktionen der Abwehr und Verdrängung bemerkten, aber auch Beispiele, in denen sie Beistand und Hilfe leisteten (Frau Anderle: 80ff.). Diejenigen unter ihnen, welche sich für die Trauerbegleitung bewusst weiterqualifiziert haben, betonen den Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit, um die psycho-soziale Begleitung der betroffenen Frauen und Familien langfristig zu ermöglichen (Frau Zimmer: 94).

Die Hebamme reflektiert eigene Werte und Vorstellungen kritisch und respektiert die emotionalen, sozialen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Frau und ihrer Familie.

„Ich höre dann auch wirklich was sie mir sagen.“

Durchgehend geben die interviewten Hebammen eine offene, interessierte und tolerante Haltung gegenüber den betreuten Personen (GD-S: 163) als Voraussetzung an, um diese in ihrer Individualität wahrzunehmen.

Also, ich bin einfach den Menschen so zugewandt, also was ich so habe ist, dass ich offen und interessiert bin oder einfach auch von meiner Person her so zuhören kann [...] offen für die Leute und auch tolerant, glaube ich. (Frau Hellenkamp: 110-113)

Dieser Anspruch, sich (immer wieder) auf neue Menschen einzulassen, wird dann zur professionellen Haltung, wenn die individuellen Bedürfnisse der betreuten Personen auch in beruflichen Routine-situationen respektiert werden.

Es erfordert Kraft, Geduld, ja keine Ahnung wie ich das formulieren soll, Nerven [...]. Es ist schon anstrengend. Weil es sich für mich immer wieder wiederholt und da muss ich mir einfach klar machen, dass diese Frau jetzt genau das von dir wissen will. Und wenn es die Fünfte heute ist, du nimmst es trotzdem ernst. Das ist die Herausforderung. (Frau Anderle: 57- 60)

Die interviewten Hebammen artikulieren den Anspruch, die geburtshilfliche Versorgung an der Eigenart sowie an den Bedürfnissen und Vorstellungen der Frau auszurichten (vgl. GD-S: 39-44; GD-S: 60-70). Dazu müssen sie sich auf die einzelne Frau einstellen.

Man braucht Wissen, Ruhe, Einfühlungsvermögen. Respekt vor den Frauen. Respekt auch vor den Eigenarten dieser Frau und vor der Intimität der Situation. Die Bereitschaft, sich auf die Frau

einzulassen, nicht andersherum, dass sich die Frau auf die Hebamme einstellen muss. Sie muss ihren Weg finden. (Frau Zimmer: 495-498)

Sie begründen diese Anforderung damit, dass diese Bedürfnisse „genau das Richtige“ (Frau Euler: 186-192) für die einzelne Frau sind. Die Wahrnehmung der Bedürfnisse erfolgt über Methoden der geschulten Beobachtung und des aufmerksamen Zuhörens (Frau Lenz: 70). Das Wahrgenommene wird reflektiert, indem 'gespürt' wird, welche Gefühle in der eigenen Person ausgelöst werden.

Dazu gehört Zeit, das Beobachten können, das Spüren, was das mit einem selber bzw. was es bei einem anderen Menschen macht, das zu differenzieren und zu reflektieren. (Frau Faber: 243-245)

Wird das Selbst und das Andere differenziert, können die Sichtweisen und Positionen expliziert werden und professioneller Abstand zur Meinung des Anderen eingenommen werden (Frau Benario: 182; Frau Kristall: 169; GD-S: 162-166; GD-E: 658-662).

Ich denke, ich kann zuhören. Ich höre dann auch wirklich, was sie mir sagen. Und ich kann sie lassen mit dem was Ihres ist. Wenn halt eine Frau nicht stillen möchte, kann ich trotzdem sehen, wenn sie einen anderen Weg gehen will. Obwohl ich jede Frau darin bestärke, wenn sie stillen will. Weil ich es das Beste finde. Und je nachdem, in welcher Stresssituation ich mich selber gerade befinde, ist es manchmal schwierig, da so die innere Ruhe und dieses Reflektieren auch hinzukriegen. (Frau Lenz: 70-75)

Die professionelle Haltung umfasst die Fähigkeit, das Fremde in anderen Personen bzw. in anderen sozialen Gruppen und Kulturkreisen als Herausforderung anzunehmen und nicht als Bedrohung des Eigenen abzuwehren.

Was für mich heißt, [...] Menschen in Zusammenhängen zu begegnen, die ich selber so nicht erfahren konnte, die mir ganz fremd sind. Das ist das Abenteuerliche daran, das zu verstehen, wie die gucken und wie sie die Dinge angehen, das ist das, was ich ganz toll finde an der Arbeit. (Frau Faber: 64-67)

Werden Frauen und Familien aus anderen Kulturkreisen betreut, sind grundlegende Kenntnisse über das Land und die dort üblichen Sitten und Gebräuche nötig, um die Versorgung kultursensibel gestalten zu können.

Also einmal zu wissen, was passiert in den jeweiligen Ländern. Toleranz anderen Sitten und anderen Gebräuchen gegenüber, auch da wieder von eigenen Vorstellungen Abstand zu nehmen. [...]. Ja, Toleranz und Interesse an den Menschen. (Frau Benario: 202-204)

Eindeutige sprachliche Verständigungsbarrieren sind laut Aussagen einiger der interviewten Hebammen mit einer frauen- und familienorientierten geburtshilflichen Versorgung kaum zu vereinbaren.

Weil, häufig verstehe ich die Sprache ja nicht einmal, die Kontakte sind dann wirklich sehr, sehr schwer. Nichts geht, nur Gebärden. Dann ist das meistens keine lange Betreuung, weil das nicht geht. Das geht vielleicht noch über einen Dolmetscher, vielleicht geht es über Kinder, die da dolmetschen

können [...]. Aber ansonsten, wenn man sich nur freundlich anlächelt, dann geht das nicht. (Frau Benario: 197-202)

In diesen Fällen sollte die Versorgung an eine sprachkompetente Kollegin vermittelt werden.

Wenn es bestimmte kulturelle oder sprachliche Schwierigkeiten gibt, da denke ich, dann bin ich auch nicht die Richtige und versuche dann zu vermitteln. (Frau Faber: 149-151)

Die Hebamme leitet die Geburt unter kritischer Reflexion der Anforderungen an eine professionelle Beziehungsgestaltung.

„Jetzt muss ich aber mal den Leithammel spielen.“

In den Aussagen der interviewten Hebammen wird den betreuten Frauen z. T. der Status einer „Fachfrau“ (Frau Kristall: 62) zugewiesen, die „wissen was sie zu tun haben“ (Frau Anderle: 256-257). Andererseits bezeichnen sich die Hebammen selbst als Fachfrauen und Expertinnen (Frau Ihmer: 55; Frau Bergler: 144). Bei genauerer Betrachtung des Expertenstatus und der Beziehung der Fachfrauen zueinander wird deutlich, dass auf der einen Seite die betreuten Frauen als Expertinnen ihrer Wahrnehmungen, Deutungen und Bedürfnisse verstanden werden. Sie sind damit Fachfrauen, bezogen auf ihre eigene Person und der Fähigkeit zu gebären.

Ich versuche erst mal die Frau ins Zentrum der Dinge zu setzen und sie eigentlich als die Fachfrau hinzustellen und kompetent zu machen und einfach auch immer zu fragen, wie es ihr geht und was sie macht. Also auch ganz viel Wert auf die Frau legen [...] und ihr klar zu machen, dass ihre Gefühle und ihre Empfindungen wichtig sind und dass sie darauf achten muss. (Frau Kristall: 61-65)

In Bezug auf die Hebammen begründet sich der Expertenstatus auf deren berufliche Qualifizierung und der staatlichen Zulassung zur Ausübung der Geburtshilfe (Frau Behnke: 115-120; Frau Bergler: 140-144; Frau Bergler: 177-179). Die geburtshilfliche Expertise bildet den Rahmen für die geburtshilfliche Versorgung, indem sich die einzelne Frau und ihre Familie in ihrer Selbstkompetenz entfalten können (Frau Kristall: 27-32). Der geburtshilfliche Expertenstatus liegt somit bei der Hebamme: Bei ihr liegt die Kompetenz und die professionelle Verantwortung, die Geburt im Einverständnis mit der Frau fachlich zu leiten (GD-S: 123-125).

In den Situationsbeschreibungen artikulieren die interviewten Hebammen den Anspruch, die Balance zwischen der Autonomie der Frau als Expertin ihrer selbst und der geburtshilflichen Leitung durch die Hebammen als professionelle Expertinnen für die Geburtshilfe situationsabhängig auszuhandeln.

Einfach die Fähigkeit zu haben in diesem Moment, wenn es aus dem Ruder läuft, eine Leitfigur zu sein, so eine gewisse Stärke zu zeigen. Was auch ein schwieriger Balanceakt ist, weil eine Geburt ja eigentlich alleine verläuft und es gilt die Frau machen zu lassen; das ist ihre Geburt und sie gebären zu lassen in Ruhe, einen geschützten Raum herzustellen. Auf der anderen Seite dann aber auch in diesem Moment zu sagen – je nachdem was die Frau auch braucht – jetzt muss ich aber mal den Leithammel spielen, damit das hier was wird. (Frau Euler: 294-299)

In der geburtshilflichen Situation kann nicht von einer gleichberechtigten Beziehung der Beteiligten ausgegangen werden: Der auf die betreute Frau bezogene Status einer 'Fachfrau' wird ihr laut Aussagen der interviewten Hebammen mehr oder weniger zugestanden, abhängig von der Persönlichkeit, der geburtshilflichen Expertise der Hebamme und den institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, unter denen die Geburt stattfindet.

Es ist sicher Persönlichkeit, wie weit man das zulässt. Und dann sind die Hebammen da unterschiedlich. Also jeder entwickelt so seinen eigenen Führungsstil oder die Verteilerrolle ist unterschiedlich, der eine leitet mehr an [...] und der andere lässt eher machen. Aber die Fähigkeit zu beidem sollte in der Hebamme sein. (Frau Euler: 302-306)

Die Interviewpartnerinnen berichten von einem Spannungsfeld, das aus der Asymmetrie der Beziehung zwischen Hebamme und betreuter Frau im geburtshilflichen Prozess erwachsen kann. Exemplarisch berichten sie über Situationen, in denen es zu einem Missverhältnis zwischen den fachlichen Handlungsanforderungen einerseits und den Bedürfnissen der betreuten Frauen andererseits kam.

Für uns als freiberufliche Hebammen, die wir außerklinische Geburten machen, ist ganz klar, wenn man merkt das läuft jetzt nicht mehr normal müssen wir handeln [...]. Und dann habe ich immer das Gefühl, du verwehrst der Frau das Geburtserlebnis zu Hause oder im Geburtshaus zu entbinden, wenn du sagst: 'Wir müssen jetzt in die Klinik fahren.' Aber schlussendlich hat sich das immer als die richtige Entscheidung herausgestellt. Und das ist auch das, was man lernen muss, dass man wirklich Entscheidungen treffen muss, die dann die Konsequenz haben, auch wenn die Frau zehnmal sagt, sie will nicht in die Klinik fahren [...]. Dann muss ich sagen: 'Mir tut es auch leid und ich kann es verstehen, aber das ist jetzt so.' (Frau Hellenkamp: 282-291)

Diese Situationen erfordern die informierte Zustimmung der Betroffenen, welche durch Information und Beratung unterstützt wird. Nach den Berichten der Interviewpartnerinnen muss nur in wenigen Ausnahmefällen der geburtshilflichen Entscheidung begründet Nachdruck verliehen werden. In der Regel wird von einer Kongruenz der Bedürfnisse der Eltern und den fachlichen Erfordernissen ausgegangen, da die Sicherheit der geburtshilflichen Versorgung für Mutter und Kind ein zentrales Bedürfnis der Eltern ist.

1.3 Domäne Geburtshilfliche Entscheidung und Handlung

Die Hebamme stellt die Frau und ihre Familie ins Zentrum der professionellen Handlung.

„Ich versuche erst mal die Frau ins Zentrum der Dinge zu setzen.“

Die interviewten Hebammen bekräftigen, dass die Frauen und ihre Familien im Zentrum professioneller Handlung stehen: Die Informationssammlung, das Erfassen geburtshilflicher Problemstellungen, die Diagnosestellung, das Vereinbaren von Betreuungszielen sowie das Ausführen und Auswerten von geburtshilflichen Maßnahmen und Interventionen werden unter Rückbezug auf die konkrete Situation, die individuellen Perspektiven, die Bedürfnisse und Ressourcen der betreuten Personen gestaltet (Frau Kristall: 61-63). Eine professionelle Handlung zeichnet dabei aus, dass sie in der gemeinsamen Interaktion offen kommuniziert und gestaltet wird, nicht dass sie für die Betreuten organisiert wird.

Es ist auch dieses Spannende, sie zu begleiten und einfach zu gucken, wie sie ihren Weg gehen. Aber wichtig ist mit ihnen zusammen zu überlegen, was möglich ist. (Frau Faber: 50-52)

In der Regel wird der Erstkontakt genutzt, um sich miteinander bekannt zu machen, die Anamnese zu erheben und bei gesundheitlichen Fragen und Problemen zu informieren und zu beraten.

Wenn ich jetzt einen Vorbesuch mache, d. h. das erste Kennen lernen der Frau [...] dann habe ich immer einen ganz festen Ablauf. Meist lasse ich mir den Mutterpass geben und die Krankenversicherung, also auch rein so technische Sachen. Und über den Mutterpass steige ich dann in das Erklären ein, was sie da hat, [...] ob sie das weiß, was da gemacht wurde und was es bedeutet [...]. Und dann arbeite ich mich so vor, [...] bis wir dann besprechen, was ich dann so mache im Wochenbett, wenn ich komme. (Frau Lange: 37-46)

Ist die Betreuung im gemeinsamen Gespräch vereinbart, werden nach Bedarf weiterführende geburtshilflich relevante Untersuchungen durchgeführt, um gezielt Informationen zu gewinnen und den geburtshilflichen Verlauf beurteilen zu können. Dazu nutzen die interviewten Hebammen insbesondere die Fähigkeiten der geschulten sinnlichen Wahrnehmung, um z. B. die Kindslage zu ermitteln. Der kompetente Einsatz medizintechnischer Überwachungsmethoden scheint selbstverständlich: Sowohl berufserfahrene Hebammen (Frau Anderle: 233-234) als auch Schülerinnen (GD-S: 198) bezeichnen diese Kompetenz als Mindestvoraussetzung für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Auf Grundlage aller gewonnenen Informationen wird das weitere geburtshilfliche Procedere gemeinsam festgelegt.

Ansonsten, wenn sie in den Kreißaal kommt, mache ich halt ein ganz normales Aufnahmegespräch, die Erstuntersuchungen und komme dann halt ins Gespräch über Vorstellungen, Wünsche, über das weitere Vorgehen, Procedere. (Frau Behnke: 50-52)

Eine gezielte gemeinsame Zwischen- bzw. Abschlussevaluation der professionellen Handlung wird nach Aussagen der interviewten Hebammen nicht vorgenommen. Allerdings führen sie die Anforderung an, die durchgeführten geburtshilflichen Maßnahmen und Interventionen auf ihre Wirksamkeit hin zu evaluieren (Frau Kristall: 205-226).

Die professionelle Handlung erfordert die kontinuierliche Erfassung und Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen der zu betreuenden Personen. Hebammen sollten daher über die Kompetenz verfügen, die Versorgungsleistung flexibel auf die einzelnen Personen abzustimmen und ihnen Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten zu eröffnen.

Ich muss filtern können, [...] was will die einzelne Frau, wo will sie hin? Und ihr nicht meine Meinung aufdrücken, sondern das medizinische Know-how an die Frau anhängen mit ihren Wünschen. Zu sagen: 'Wenn Sie dahin wollen, dann können wir das und das machen.', wenn es dann nicht geht, dann müssen wir die nächste Schublade aufmachen können. Aber nicht von vornherein sagen: 'Nein, ich mache nur diese Schublade auf'. Das ist schlecht. (Frau Ihmer: 48-53)

Dazu werden die Sichtweisen und Bedürfnisse der Betreuten erfragt und die eigene Sichtweise auf das Geschehen vorgestellt, um die unterschiedlichen Perspektiven reflektieren zu können. Diese Reflexion erfordert eine analytische Distanz, wobei die interviewten Hebammen z. B. die Dokumentation des Geburtsprozesses als eine Methode benennen, um diese Metaebene herstellen.

Man erfragt Wünsche, erfragt Bedürfnisse, äußert auch eigene Vorstellungen, spiegelt wieder, was man selber zu dem Verlauf denkt, das finde auch immer ganz wichtig. Man ist die ganze Zeit bei ihr eigentlich. Zwischendurch macht man selber auch eine Pause, draußen, um sich auch selber Objektivität wieder einzuholen, indem man den Geburtsbericht schreibt, also dokumentiert. (Frau Behnke: 59-64)

Bei aller Offenheit für individuelle Bedürfnisse und Ressourcen der Frauen und Familien, erfolgt die Handlungsplanung laut Aussagen der interviewten Hebammen nicht konzeptlos; ein theoretischer Bezug, um den Betreuungsprozess zu strukturieren, wird jedoch nicht expliziert.

Bei den Hausbesuchen geht es darum, die Frauen da aufzufangen wo sie gerade stehen [...] einfach mal mit ihnen zu reden, gucken wie war die Geburt, wie geht's ihnen heute. Dann die Inspektion natürlich von Mutter und Kind [...]. Und ich habe mir auch ein Konzept entwickelt für die Wochenbettbetreuung. (Frau Bergler: 15-20)

Die Hebamme begleitet im Einverständnis mit den zu betreuenden Personen den physiologischen geburtshilflichen Prozess unter Anwendung angemessener und effektiver Methoden der Überwachung.

„Ich sehe mich selber einfach nur als jemand, der den Raum und seine Fähigkeiten zur Verfügung stellt, dass die Frau oder das Paar das Kind gebären können.“

Die interviewten Hebammen verstehen unter einem zentralen geburtshilflichen Versorgungskonzept, einen „geschützten Raum“ zur Verfügung zu stellen (Frau Euler: 297), in dem die Frau in Sicherheit ihr Kind gebären und das System Familie sich stabilisieren kann.

Ich sehe mich selber einfach nur als jemand, der den Raum und seine Fähigkeiten zur Verfügung stellt, dass die Frau oder das Paar das Kind gebären können. [...]. Also, ich stelle einfach die Rahmenbedingungen und so lange diese Rahmenbedingungen erfüllt sind, muss ich eventuell auch gar nicht intervenieren [...]. Ich fange erst an aktiv zu werden, wenn die Frau ausfällt. (Frau Kristall: 27-32)

Die interviewten Hebammen gehen ohne Ausnahme von der Prämisse aus, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett primär physiologische Prozesse sind. Die betreuten Frauen und Kinder sind in der Regel gesund und verfügen über eigenes Potential, die geburtshilflichen Prozesse zu meistern. Die professionelle Begleitung sichert die kontinuierliche Erfassung der Informationen, welche erforderlich sind, um die Regelmäßigkeit der geburtshilflichen Prozesse und das relative Wohlbefinden der betreuten Personen beurteilen zu können. Dabei müssen die Hebammen die Kompetenz besitzen, die relevanten Informationen zu analysieren, zu diagnostizieren und potentielle Entwicklungen des geburtshilflichen Verlaufs abzusehen.

Mal gucken was daraus wird. Im Moment sind wir an dem und dem Punkt, das ist jetzt das und das könnte daraus werden, das stört uns jetzt im Moment nicht, das beobachten wir und dann gehen wir weiter. (Frau Ihmer: 70-72)

Die interviewten Hebammen beschreiben die Kompetenz, den geburtshilflichen Prozess in seiner Eigenart zu begreifen und die Frau im Gebären abwartend begleiten zu können, mit der Anforderung „sich selbst zurücknehmen zu können“ (Frau Anderle: 127).

Sie [die Hebamme, Anm. d. Verf.] sollte aus meiner Sicht die Fähigkeit haben, zuhören zu können und sich selber zurückzunehmen, indem sie die Prozesse begleitet und nicht bestimmt. (Frau Faber: 219-221)

Gleichzeitig verdeutlichen Umschreibungen wie „da sein“ bzw. „präsent sein“ (Frau Euler: 84-86) die hohe Anforderung der ungeteilten Aufmerksamkeit, um die Sicherheit der Versorgung zu gewährleisten.

Und die [Geburten, Anm. d. Verf.] kosten manchmal Kraft. Das spüre ich, dann bin ich erschöpft hinterher. Durch diese wahnsinnige Präsenz, die du da immer brauchst. Ein hoher Adrenalinpiegel. (Frau Lenz: 97-98)

Aufgeführt wird von den interviewten Hebammen dabei auch die Fähigkeit „Geduld zu haben“ (Frau Anderle: 75), welche die passiv erscheinende abwartende Haltung und das Aushalten anstrengender Geburtsphasen ermöglicht.

Ich meine das Verlassen können auf das Eigene, auf das Gebären, auf den physiologischen Prozess, [...] und wirklich diese Geduld habe, diesen Prozess auch stattfinden lassen zu können. (Frau Kristall: 190-193)

Dabei unterstreichen die interviewten Hebammen immer wieder, dass die Kompetenz, den geburts-hilffichen Prozess in Ruhe zu begleiten, mit der Berufserfahrung wächst, da die Unterscheidung zwischen einem gesundheitsgefährdenden und nicht gesundheitsgefährdenden geburtshilffichen Verlauf dann sicherer getroffen werden kann.

Es hilft mir, dass ich schon viele Dinge erlebt habe, dass ich viele Dinge einschätzen kann und dadurch mehr die Ruhe bewahren kann. (Frau Jansen: 211-212)

Die langjährig berufserfahrenen Hebammen beschreiben daher einen Rollenwechsel von der Akteurin zur Begleiterin, den sie im Laufe ihrer Berufsbiographie erfahren haben. Für die Rolle einer abwartenden Begleiterin ist es jedoch oberste Prämisse, die Gewissheit zu haben, den Gesundheitszustand von Frau und Kind eindeutig beurteilen zu können.

Ich musste auch erst lernen, die Frauen machen zu lassen und zu fragen: 'Was wollen Sie denn?' Auch wenn einem manchmal die Haare zu Berge stehen und sich der Magen dreht, von dem was man so gewohnt ist und das ganze Leben gemacht hat. Wenn es dem Kind dabei gut geht? [...]. Ich stehe jetzt daneben und sage: 'Na warte mal ab, was passiert.' (Frau Ihmer: 151-158)

Die zurückhaltende Begleitung kann dazu führen, dass die Frauen und Familien die Geburt selbstbestimmt erfahren, so dass die Hebamme nicht als Hauptakteurin des Geschehens wahrgenommen wird.

Also diese Aussage: 'Es war ja schön, dass du bei der Geburt dabei warst, aber gebraucht hätten wir dich nicht.', ist eigentlich ein Geschenk. [...]. Da habe ich das Gefühl, ich habe gute Arbeit geleistet. (Frau Kristall: 67-70)

Die Hebamme erkennt geburtshilfliche Situationen, welche eine Unterstützung des physiologischen Verlaufs erfordern, begründet geburtshilfliche Maßnahmen evidenzbasiert und führt diese in Zusammenarbeit mit den zu betreuenden Personen angemessen aus.

„Ich hoffe halt immer, dass ich erkenne, was die Frau braucht und dass ich's dann auch machen kann.“

Die verbale und nonverbale Bestätigung der Regelmäßigkeit der Geburt gegenüber der Frau und ihrer Familie ist nach den Berichten der interviewten Hebammen eine der zentralen geburtshilflichen Maßnahmen bei physiologisch verlaufenden Geburten. Diese Bestätigung bestärkt die Frauen in ihrer Selbstkompetenz und gibt ihnen und ihren Partnern die erforderliche Sicherheit.

Also ich versuch´ zu geben. Dass ich der Frau oder der Familie die Sicherheit vermittele, es ist alles o. k. und ihr könnt das auch. Und dann einfach da zu sein, wenn sie das Gefühl haben, irgendwas läuft nicht. (Frau Anderle: 64-66)

Dabei muss die Hebamme erkennen, wann weitere geburtshilfliche Maßnahmen erforderlich werden, um den physiologischen Verlauf zu unterstützen. Jede der interviewten Hebammen bezeichnet diese Kompetenz mit der Umschreibung „zu erkennen was die Frau braucht“.

Ich hoffe halt immer, dass ich erkenne, was die Frau braucht und dass ich's dann auch machen kann. (Frau Gärtner: 36-37)

Das „da sein“, „anwesend sein“ bzw. „präsent sein“ (Frau Euler: 83-87; Frau Zimmer: 242) einer professionellen Bezugsperson ist dann eine wichtige geburtshilfliche Maßnahme, um die Frau in anstrengenden, schmerzhaften oder Angst auslösenden Phasen der Geburt zu unterstützen.

Meine Erwartungen, also mein Wunsch ist, dass ich die Zeit habe für die Frauen, um einfach da zu sein. Also nicht, dass ich der Frau nun dauernd an der Backe klebe. Aber wenn ich das Gefühl habe, die braucht mich oder es wird zunehmend anstrengender, da muss ich einfach mehr präsent sein, dass ich das auch machen kann. Das ist die wichtigste Erwartung, die ich so an mich habe. (Frau Euler: 83-87)

Durch den Zuspruch wie auch durch den Einsatz weiterer geburtshilflicher Maßnahmen wie z. B. die Unterstützung der Atmung, der Position und der Mobilisation, kann die Physiologie der Geburt und das Wohlbefinden von Mutter und Kind unterstützt werden. Maßgebliche Voraussetzungen, um diese Unterstützung bieten zu können, ist die Fähigkeit der Hebammen wie auch deren zeitliche Ressourcen, dies umzusetzen.

Also ich versuche so gut wie es geht anwesend zu sein, um eben mit ihr zu atmen oder zu laufen. Weil ich denke, dass Frauen, wenn sie sich im Stich gelassen fühlen oder wenn sie alleine sind, eher an den Punkt kommen und sagen: 'Ich kann überhaupt gar nicht mehr [...], ich schaff es alleine nicht.' Und

ich habe schon oft mitgekriegt, dass meine Kolleginnen, die mir die Frau aus der Aufnahme gebracht haben, gesagt haben: 'Die braucht jetzt unbedingt eine PDA und die schafft es alleine nicht.' Und wenn ich da wirklich Zeit habe, wenn wir zusammen gut klargekommen sind, dass sie einfach gut eröffnen und dann dauert es noch ein paar Stunden, aber sie kriegen ihr Kind auch so. Und dann sind sie wahnsinnig stolz und glücklich, dass sie das auch so geschafft haben. (Frau Zimmer: 242-250)

Die geburtshilflichen Maßnahmen und Interventionen zur Unterstützung des physiologischen Verlaufs beruhen z. T. auf klinischen Traditionen und sind grundsätzlich hinsichtlich ihrer Wirkung zu hinterfragen.

Schulterentwicklung ist immer etwas, was man mit Ruhe und Überlegung machen sollte. Nicht so früh pressen und die Behaglichkeitsdrehung abwarten und Ruhe bewahren. Aber ich habe noch ganz andere Sachen erlebt, die wir provoziert haben. Wo wir eingegriffen haben und das anders gelaufen ist, wie wir uns das vorgestellt haben. Ich denke immer, das sind die Unruhe, die Hektik und das zu viel Ziehen. Wir sind Heb-Ammen und keine Zieh-Ammen. (Frau Ihmer: 379-383)

Dabei kritisieren die interviewten Hebammen, dass geburtshilflich-medizinische Forschung sich in der Regel auf die Behandlung pathologischer Zustände und deren Therapien beschränkt, während Wissen darüber, wie die Physiologie der Geburt unterstützt werden kann, hauptsächlich über berufliche Erfahrung erworben wird und sich der Evidenzbasierung bisher weitgehend entzieht.

Die Hebamme verantwortet fallbezogene geburtshilfliche Entscheidungen und begründet diese gegenüber den betroffenen Personen.

„Also wir haben den Anspruch, dass wir die Verantwortung übernehmen, für das was wir da machen.“

Die Ausübung der Geburtshilfe ist mit einer hohen Verantwortung verbunden, betonen die interviewten Hebammen (GD-L: 70).

Also wir haben den Anspruch, dass wir nicht einfach die Vorsorge machen und den Urinstix rein halten, [...] sondern dass wir auch die Verantwortung übernehmen für das, was wir da machen. (Frau Hellenkamp: 346-349)

Im Mittelpunkt steht dabei die Anforderung, gesundheitliche Schäden von Mutter und Kind – so weit wie möglich – abzuwenden (Frau Lange: 257-261). Dabei stellen die befragten Hebammen kritisch dar, dass die Grenzziehung zwischen physiologischen und pathologischen Zuständen zwar durch das medizinische Regelwissen definiert wird, dieses jedoch nicht immer mit dem Verlauf des Einzelfalls korrespondiert.

Nach zwei Stunden vollständiger Muttermund Geburtsstillstand? [...]. Wenn das CTG stimmt, das Fruchtwasser in Ordnung ist, sonst keine Regelwidrigkeit vorliegt, [...] die Frau mitmacht und motiviert

ist, dann ist das keine Pathologie, dann kann ich auch damit leben, wenn es vier Stunden sind. Aber das ist kein Garantieschein. Wir wissen das. (Frau Ihmer: 116-120)

Je nach diagnostiziertem geburtshilflichen Zustand und unter Abwägung individueller sowie situativer Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren müssen Entscheidungen von den Hebammen getroffen und verantwortet werden.

Ich denke, dass man wirklich schauen muss, was da passiert. Was kann ich mir selber zutrauen und was kann ich der Frau zumuten? Ich muss da sehr individuell arbeiten und dafür brauche ich auch viel Selbstvertrauen. Auf der anderen Seite darf ich die Angst nicht verlieren vor der Verantwortung, die ich trage. (Frau Kristall: 310-314)

Da geburtshilfliche Situationen komplex sind und klinische Fehlentscheidungen schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen für Mutter und Kind nach sich ziehen können, ist die Entscheidungsfindung mit einer hohen kognitiven Leistung verbunden (Frau Lenz: 95-98). Um die Sicherheit der Versorgung in Bezug auf eine rechtzeitige und angemessene Entscheidungsfindung zu erhöhen werden daher in schwierigen geburtshilflichen Situationen Kolleginnen hinzugezogen.

Wie gut, dass [...] wir immer zu zweit sind, dass die Kollegin kommen kann. Weil es gibt Situationen, da kann ich nicht mehr, da fällt mir nichts mehr ein. (Frau Hellenkamp: 298-300)

Grundsätzlich besteht der Anspruch, innerhalb des berufsrechtlich definierten Aufgabengebiets Entscheidungen eigenständig fällen zu können. Dies ist im Rahmen der institutionalisierten Zusammenarbeit nicht immer selbstverständlich gegeben.

Es gibt ja keinen Grund, wenn alles in Ordnung ist, warum das Kind von der Mutti weg muss, weil jetzt der Kinderarzt unbedingt das Kind untersuchen muss, um zu sagen, dass alles in Ordnung ist. Das können Hebammen, denke ich, auch selber entscheiden, ob es dem Kind gut geht oder nicht [...] und dann eben entsprechende Maßnahmen einleiten. (Frau Jansen: 115-120)

Bezogen auf den Anspruch, die Verantwortung für die geburtshilfliche Entscheidung zu übernehmen, beschreiben die interviewten Expertinnen aber auch folgende Problematik: Aus ihrer Sicht bereitet die berufliche Ausbildung bisher nicht gezielt auf die Urteilsbildung und Entscheidungsfindung vor. Die Übernahme der Verantwortung für geburtshilfliche Entscheidungen stellt daher insbesondere für die so qualifizierten Berufsanfängerinnen eine sehr hohe Anforderung dar.

Ich wurde darauf vorbereitet einen Arzt zu rufen. Aber nicht [...] dieses selber Entscheiden. Wirklich alleine dazustehen, selber entscheiden, was zu tun ist. Aber ich glaube, da kann man letztlich gar nicht richtig drauf vorbereitet werden. Die Erfahrungen muss man machen. (Frau Lenz: 107-110)

Eine andere Sichtweise vertreten die Lehrenden. Die Ergebnisse der Gruppendiskussion mit den Lehrenden zeigen, dass die eigenständige und verantwortliche Urteilsbildung und Entscheidungs-

findung als Mindestvoraussetzung für die berufliche Zulassung definiert ist und damit ein explizites Qualifikationsziel beruflicher Ausbildung darstellt.

Mindestvoraussetzung ist, dass sie [die Auszubildenden, Anm. d. Verf.] Entscheidungen treffen können. (GD-L: 19)

Grundsätzlich besteht der Anspruch die betreuten Personen in den geburtshilflichen Entscheidungsprozess einzubeziehen und ihnen gegenüber die fachliche Position zu begründen. Beschrieben wird darüber hinaus die Anforderung der geburtshilflichen Entscheidung begründet Nachdruck zu verleihen, wenn gesundheitliche Risiken oder geburtshilfliche Komplikationen vorliegen.

Wenn ich mit der Frau zusammenarbeite, muss ich transparent machen, wann etwas im Grenzbereich ist und was für mich absolut nicht mehr o. k. ist, und das sage ich ihr auch so. Und ich zeige ihr dann auch die verschiedenen Wege auf, die man gehen kann und lasse die Frau mitentscheiden, auf jeden Fall. Aber ab einer Grenze, wo es für mich nicht mehr o. k. ist, muss ich dem Arzt Bescheid sagen [...] und dann wird es zu einer Aushandlungssache mit allen dreien. (Frau Behnke: 250-255)

Die Hebamme zieht beim Auftreten von Komplikationen Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig hinzu und führt ärztlicher Weisungen unter Einbezug der betroffenen Personen fachgerecht aus.

„Für diese ganz wenigen Notfälle muss man einfach wissen was zu tun ist.“

Liegen Abweichungen vom physiologischen geburtshilflichen Verlauf vor, muss insbesondere die Entscheidung getroffen werden, ob die Behandlung noch im Kompetenz- bzw. Zuständigkeitsbereich der betreuenden Hebamme liegt. Die interviewten Hebammen sprechen von ihrer Fähigkeit „umschalten“ (Frau Anderle: 129), wenn sie erste Hinweise auf Abweichungen vom physiologischen Verlauf wahrnehmen, noch bevor eine klinische Diagnose gestellt ist. Diese erste Wahrnehmung vor der Diagnosestellung wird durch erfahrene Hebammen als „Gefühl, Gespür“ bzw. „Intuition“ (Frau Anderle: 132; Frau Lenz: 81) beschrieben.

Ich halte es auch immer für wichtig umzuschalten, wenn eine Geburt nicht läuft. Zu spüren und zu merken. (Frau Anderle: 129-130)

Das innere „Umschalten“ führt zu einer äußerlich sichtbaren Reaktion: die Hebamme wechselt ihre Rolle von der zurückhaltenden Begleitung zur aktiv intervenierenden im geburtshilflichen Prozess.

Ja dieses Lernen, sich zurückzunehmen, das ist so viel. Oder sich dann einzubringen, wenn eben Not am Mann ist. Das zu differenzieren. Aber bei einem normalen Geburtsverlauf kannst du dich wirklich gut zurücknehmen und wirklich nur begleitend da sein. (Frau Anderle: 274-276)

Diagnostizieren die Hebammen ein gesundheitliches Risiko, eine Komplikation oder einen pathologischen Zustand, ist dies für sie eine eindeutige Indikation, Ärztinnen oder Ärzte hinzuzuziehen.

Aber so wirklich richtige Pathologie. Also wenn ich dann einen Arzt brauche. Weil ich jetzt an einem Punkt bin, wo ich als Hebamme eindeutig abgebe. (Frau Zimmer: 522- 524)

Bis die Entscheidungen und Anweisungen der Ärztinnen und Ärzte vorliegen, müssen gegebenenfalls die berufsrechtlich möglichen und geburtshilflich erforderlichen Notfallmaßnahmen von den Hebammen eingeleitet bzw. durchgeführt werden.

Und dann musst du einfach die Ausbildung haben, das fachliche Denken, [...] die Schulmedizin. Um dann auch reagieren zu können wenn Not am Mann ist. Weil dann sind ja Minuten deiner Entscheidung wichtig. (Frau Anderle: 133-136)

Das praktische Erfahrungswissen über das Procedere einer reibungslosen interdisziplinären Arbeit ist hilfreich für die fachgerechte Ausführung ärztlicher Handlungsanweisungen bzw. der Notfallmaßnahmen. Dieses Wissen wird laut Aussagen der interviewten Hebammen meist schon während der Ausbildung an großen Kliniken erworben, wo ein klares Notfallmanagement die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe im geburtshilflichen Team regelt.

Für diese ganz wenigen Notfälle muss man einfach wissen, was jetzt erstens, zweitens, drittens zu tun ist. Wichtig ist, dass man das in der Ausbildung gesehen hat, dass dann nicht dieser Schock einen umhaut, wenn man da auf einmal vor einer blutenden Frau steht und das noch nie gesehen hat [...]. Weil dann sage ich mir [...] was haben wir damals gemacht, das war erstens, zweitens, drittens. (Frau Zimmer: 446-453)

Betont wird, dass gerade diese Notfallsituationen hohe Anforderungen bezüglich der professionellen Kommunikation beinhalten, um dem Anspruch der betreuten Frauen und Familien auf Information zu entsprechen und den Eingriff in die physische und psychische Autonomie der Patientinnen professionell zu begleiten (Frau Anderle: 150-159; Frau Jansen: 165-170).

Die Hebamme bleibt entscheidungs- und handlungsfähig in komplexen geburtshilflichen Situationen und setzt Prioritäten bei zeitgleichen Anforderungen.

„Ich muss auch irgendwie handlungsfähig bleiben, in einer Situation die schrecklich ist, die ich selber auch schrecklich finde.“

Sehr eindrucksvoll beschreibt eine der interviewten Hebammen nachfolgend die professionelle Anforderung, in komplexen und belastenden Situationen entscheidungs- und handlungsfähig zu bleiben (GD-L: 163). Von besonderer Bedeutung ist ihrer Ansicht nach die Fähigkeit, die eigene

Emotion zurückzustellen, damit die in solchen Situationen notwendige Handlungskompetenz nicht beeinträchtigt wird.

Ich muss auch einfach stehend den Kreißsaal verlassen und nicht halb ohnmächtig, wenn es darauf ankommt. [...]. Also dass ich irgendwie in der Lage bin, dass ich handlungsfähig bleibe, in einer Situation, die schrecklich ist, die ich selber auch schrecklich finde, dass ich das irgendwie kann, dass ich in der Situation nicht den Geist aufgebe. (Frau Euler: 500-507)

Auch in komplexen Arbeitsabläufen, wenn z. B. mehrere Geburten zeitgleich betreut werden müssen, steigen die Anforderungen an die Hebammen, mit den externen und internen Stressoren umzugehen.

Vorgestern stand z. B. eine Geburt an. Die Frau hatte seit nachts Wehen und ich hatte aber noch sechs Hausbesuche zu machen. Ich habe auch eine Schülerin im Moment, mit der muss ich das dann auch noch ein bisschen absprechen. Und dann sind wir halt losgezogen. Wir haben die Hausbesuche [...] dann relativ knapp gehalten, das ist sonst nicht meine Art [...]. In diesen Situationen muss ich manchmal aufpassen, dass ich nicht innerlich in Stress komme. (Frau Lenz: 29-38)

In der „Realität in deutschen Kliniken“ (Frau Euler: 479-481) kommt es häufig vor, dass zeitgleich mehrere Frauen betreut werden müssen. Die interviewten Hebammen beschreiben, dass diese Realität je nach geburtshilflicher Anforderung zu Situationen führen kann, in denen sie sich überfordert fühlen.

Und im Kreißsaal hat mich die gleichzeitige Betreuung vieler Geburten oft an meine Grenzen gebracht. Ständig in dieser Hab-Acht-Stellung zu sein – weil, es darf jetzt nichts passieren. Ja, da hat man vielleicht eine Frau mit hohem Blutdruck, eine Frau mit vorzeitigen Wehen und eine andere, die ganz normal entbindet und alles läuft parallel. Das sind Überforderungen der Hebamme im Kreißsaal heute. So habe ich es erlebt und so erleben es viele andere auch. (Frau Bergler: 125-130)

Obwohl sie die Ansicht teilen, dass diese strukturell bedingten Überforderungssituationen individuell nicht gelöst werden können, beschreiben die interviewten Hebammen Handlungsstrategien, um den Anforderungen der Praxis so weit wie möglich zu entsprechen.

Mit dem parallel Organisieren, da hatte ich in der Ausbildung schon immer Panik davor, was andere noch gar nicht so gesehen haben. Die haben dann bei einer Frau gesessen die ganze Nacht und waren sich dessen gar nicht bewusst, dass das nicht so bleibt [...]. Ich habe mich immer schon bemüht irgendwie zumindest den Überblick zu behalten, also zu wissen, was geht jetzt eigentlich wo ab. (Frau Euler: 512-517)

Die immer wieder beschriebene Anforderung, zumindest den „Überblick zu behalten“ (Frau Euler: 517) erfordert es, Prioritäten zu setzen und durchzusetzen.

Wenn man so anfängt als Hebamme, ist man damit überfordert, wenn man alles steuern muss im Saal. Wenn sie einen Problemfall haben und noch andere Kreißsäle betreuen. Sie müssen immer damit rechnen, mehr als eine Frau zu betreuen. Dann zu organisieren, wo kann ich mich jetzt ausklinken, wo

bin ich wichtiger, wo werde ich gebraucht, wo bekomme ich Hilfe her, wo kann ich abgeben. (Frau Ihmer: 385-389)

In diesen Arbeitssituationen entsteht das Spannungsfeld, einerseits den Anforderungen struktureller Gegebenheiten zu entsprechen und andererseits Grenzen der individuellen Leistungsfähigkeit zu erkennen. Die interviewten Hebammen verweisen auf ihre Verantwortung, auch in diesem Spannungsfeld die Standards zur Sicherheit der geburtshilflichen Versorgung aufrecht zu erhalten.

Andere meinen, sie können zehn Frauen gleichzeitig betreuen, was ich auch als gefährlich empfinde. Das muss ich schon abschätzen. Und wenn ich mir zuviel zugetraut habe, muss ich immer noch garantieren, dass ich die Frauen mit Ruhe betreue und keine Hektik verbreite. Der berühmte Stuhl. Der gehört dann erst recht gedanklich in den Kopf hinein. (Frau Ihmer: 398-402)

1.4 Domäne Zuständigkeit und Kooperation

Die Hebamme bietet eine sichere und effektive geburtshilfliche Primärversorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

„Ich finde schon, dass wir die Aufgabe haben, an natürliche Prozesse zu appellieren oder die zu unterstützen oder einfach auch so eine Kraft zu fördern in der Frau.“

Die Expertinnen sehen als Aufgabe der Hebammen, Frauen und Kinder sicher und effektiv durch die Lebensphasen der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbetts und der Stillzeit zu begleiten.

Professionell zu sein heißt, ich betreue die Frau und ich bringe die Frau gut durch ihre Geburt. Das ich weiß, was ich tue. Dass es der Frau gut geht, wenn sie ihr Kind bekommen hat und dass es dem Kind gut geht, d. h. dass mir nicht ein Fehler unterlaufen ist. Und dass alle zufrieden sind mit dem Ergebnis der Geburt, das ist für mich professionell. (Frau Zimmer: 505-510)

Das berufliche Selbstverständnis der Hebammen begründet sich nach Ansicht der Expertinnen in der Berechtigung, Geburtshilfe bei physiologischen Verläufen eigenverantwortlich, d. h. ohne ärztliche Supervision bzw. Delegation, leisten zu können (GD-L: 415-419).

Also die meisten Hebammen, denke ich, sind ziemlich selbstbewusst [...]. Ich glaube, das kommt daher, dass wir auch immer ein eigener Berufsstand waren und dass Hebammen doch ein bisschen stolz auf das sind, was sie können und was sie machen dürfen und sich auch lieber Sachen wieder in den Aufgabenbereich holen, als dass sie etwas abgeben wollen. (Frau Gärtner: 166-174)

Ihre Berechtigung zum autonomen Handeln leiten die Expertinnen aus ihrer staatlich geregelten Qualifizierung und der darauf basierenden Zulassung zum Beruf ab.

Wir sind ausgebildete Frauen, die sich nicht irgendwas abgeguckt haben. (Frau Bergler: 196-197)

Sie betonen, dass das Ziel der geburtshilflichen Versorgungsleistung nicht darauf zu reduzieren ist, geburtshilfliche Risiken zu identifizieren und, im Falle des Auftretens von Komplikationen, Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen. Das eigene Handlungsfeld wäre vielmehr durch die Perspektive bestimmt, die betreuten Personen in ihrem Gesundheitsverhalten zu fördern und Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als physiologische Prozesse zu unterstützen (GD-S: 97-98; GD-L: 173-174).

Ich finde schon, dass wir die Aufgabe haben, einfach an natürliche Prozesse zu appellieren oder die zu unterstützen oder einfach auch so eine Kraft zu fördern in der Frau. (Frau Behnke: 361-363)

Neben der Förderung gesundheitlicher Potentiale bieten die Hebammen ein Versorgungsangebot, welches die Heilung und Linderung gesundheitlicher Beeinträchtigungen umfasst, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit entstehen (GD-Eb: 281-310; GD-S: 115-120). Dabei muss grundsätzlich die Entscheidung getroffen werden, ob die Behandlung der gesundheitlichen Beeinträchtigung (z. B. Schwangerschaftsbeschwerden) noch in den Zuständigkeitsbereich der Hebamme fällt oder die Versorgung zusätzlich durch Ärztinnen und Ärzten gesichert werden sollte. Wird die medizinische Versorgung maßgeblich von Ärztinnen und Ärzten geleitet, besteht auch dann weiterhin die Möglichkeit, die geburtshilfliche Versorgung interdisziplinär zu gestalten.

Und dass es natürlich in meiner Kompetenz als Hebamme liegt, sie immer noch zu begleiten, obwohl sie Risikoschwangere sind [hier beim Vorliegen einer HIV Erkrankung, Anm. d. Verf.]. Aber eben in der beratenden Tätigkeit, um sie auf das Leben mit dem Kind oder auf die Geburt vorzubereiten [...] nicht in ihrer speziellen Problematik. (Frau Faber: 170-174)

Das Leistungsspektrum der Hebammen umfasst somit gesundheitsfördernde, präventive, kurative sowie, wenn es z. B. um die Begleitung bei induzierten Spätaborten oder Todgeburten geht, auch palliative geburtshilfliche Versorgungsangebote (GD-Eb: 690-691).

Die berufserfahrenen Hebammen beschreiben, dass sich die Zielgruppe für das Versorgungsangebot erweitert habe. Erwartete man noch vor 20 Jahren, dass eine Hebamme die Geburt des Kindes professionell leitet, so ist heute die Anforderung gegeben, dass Hebammen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Phase der Familienbildung begleiten (GD-S: 98-101).

Im Verlauf der Zeit hat sich verändert, dass man nicht nur begrenzt ist auf den Kreißaal, sondern dass man ein viel größeres Umfeld bekommen hat. Und dass eben auch nicht die Geburt oder die Versorgung des Kindes im Mittelpunkt steht, sondern, dass das Empfinden und das Glück der ganzen Familie eigentlich im Vordergrund steht. (Frau Jansen: 402-406)

Die geburtshilfliche Versorgung richtet sich auf die Frau und das Kind in ihrem engeren sozialen System; d. h. in der Regel in der Familie, so wie sie von der Frau definiert wird.

Ja, also was mir immer so im Blick ist, und was auch die Hebammen insgesamt haben, ist diese Familienbildung, also das Bonding, die Familienzusammenführung, dass es irgendwie in irgendeiner Form gut läuft. (Frau Benario: 172-174)

Die Familienbildung ist aus der Sicht der interviewten Hebammen geprägt durch den Übergang von der Frau zur Mutter, vom ungeborenen zum geborenen Kind und vom Paar zu Elternschaft und wird als „Schwellensituation“ (Frau Benario: 174) bezeichnet. Günstige Rahmenbedingungen, um diese Lebensphasen tatsächlich begleiten zu können, ist die kontinuierliche Betreuung der Frauen und Familien während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett (GD-Eb: 751-755). Die berufserfahrenen Hebammen beschreiben, dass sich in den letzten Jahren das Aufgabenspektrum um die Versorgungsleistungen im Rahmen der Familienplanung und der Schwangerenvorsorge erweitert habe (GD-S: 101-104), ein flächendeckendes Versorgungsangebot jedoch aktuell nicht etabliert sei, da eine entsprechend strukturelle Aufgabenverteilung zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Hebammen in Deutschland bisher nicht gegeben ist.

Die kontinuierliche Betreuung von Anfang an – möglichst im familiären häuslichen Umfeld – ermöglicht eine Einschätzung vorhandener Ressourcen, wie z. B. des Gesundheitszustands, der Bewältigungsstrategien und des familiären Unterstützungssystems. Gesundheitliche Risikofaktoren und Abweichungen vom physiologischen Verlauf können durch den kontinuierlichen Informationsgewinn frühzeitig erkannt werden, so dass die Sicherheit der Gesundheitsversorgung erhöht ist.

Dieses ganzheitliche Arbeiten, nicht nur die Frau kommt in den Kreißaal, Geburt und wieder zu Ende [...]. Ich würde das nicht mehr anders wollen. Es ist ein viel schöneres Arbeiten, wenn man die Frauen kennt, wenn man eine Beziehung aufbaut, wenn sich Vertrauen entwickelt, auch zu den Familien, wenn man zu Ihnen nach Hause geht von Anfang der Schwangerschaft, durch die Geburt, durch dieses erste halbe Jahr danach. [...]. Ich habe da auch viel mehr Möglichkeiten dann, weil ich ein ganz anderes Bild von der Familie bekomme, was sie brauchen, wo Schwierigkeiten sind, ich krieg' da viel mehr mit. (Frau Lenz: 272-283)

Die aufsuchende Betreuung im häuslichen Umfeld stellt aus Sicht der interviewten Hebammen ein niedrighwelliges gesundheitliches Versorgungsangebot dar, welches besondere Potentiale für Familien mit besonderen Problemlagen bietet.

Ja, weil die Hebammen eine unglaubliche Akzeptanz in der Bevölkerung haben. Man braucht bloß mal irgendwo reingehen und sagen 'Hebamme', da kommen gleich viele Geschichten und das ist bei dem sog. Risikoklientel auch oft nicht anders. Mit Hebamme verbinden sie erst mal was Positives und nicht die Sitte, das Jugendamt, das ihnen das Kind wegnehmen will. Sondern erst mal was Neutrales und deswegen, glaube ich, haben Hebammen auch immer noch einen besseren Zugang als z. B. die Sozialarbeiterin. (Frau Benario: 371-376)

Dabei stimmen die interviewten Hebammen in der Einschätzung überein, dass die Anforderung, die sozialen Problemlagen und gesundheitlichen Risiken rechtzeitig zu erkennen, für alle Hebammen gegeben ist. Die Kompetenzen, um mit den betroffenen Familien arbeiten zu können, sollte jedoch durch eine Zusatzqualifikation zur Familienhebamme erworben werden.

Die Hebamme arbeitet als gleichberechtigtes Mitglied im interdisziplinären geburtshilflichen Team, mit dem Ziel der optimalen Gesundheitsversorgung von Frauen, Kindern und Familien.

„Der interdisziplinäre Kampf kostet mehr Kraft als die eigentliche geburtshilfliche Arbeit.“

Eine umfassende Gesundheitsversorgung ist nur arbeitsteilig zu gewährleisten: Eindeutig wird von den interviewten Hebammen die Anforderung benannt, interdisziplinär im geburtshilflichen Team zu arbeiten bzw. das Versorgungsangebot zu vernetzen (GD-S: 72-73; GD-Ea: 485; GD-Eb: 314; GD-L: 91-92).

Du suchst dann auch teilweise den Kontakt zu den anderen Berufsgruppen, weil du selber mit deinem Latein am Ende bist [...]. Erkundigst dich z. B. bei der Kinderkrankenschwester, die eben kranke Kinder behandelt und da einfach mehr Erfahrungen hat, dem niedergelassenen Kinderarzt, der das auch noch aus einer anderen Perspektive sieht oder eben auch bei Ärzten im Krankenhaus [...]. Diese Zusammenarbeit mit den anderen ist einfach wichtig. (Frau Demal: 25-35)

Die interviewten Hebammen beschreiben, dass die Anforderungen an das interdisziplinäre Arbeiten gewachsen sind und dass dieses das zukünftige Modell gesundheitlicher Versorgung darstellt (Frau Demal: 457-461). Die Widerstände, welche die gleichberechtigte interdisziplinäre Arbeit aktuell erschweren, werden z. T. auf das traditionell berufsständische Denken der Hebammen zurückgeführt, sich als einzige und ausschließliche kompetente Ansprechpartnerinnen während der Schwangerschaft, der Geburt, dem Wochenbett und der Stillzeit zu erklären (GD-L: 202-205).

Es ist so, Hebammen denken manchmal, sie können alles. Was die Frau so betrifft so in ihrem Umfeld während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Es ist ja so ein bisschen von der Tradition her, dass sie Ansprechpartnerin war für alles, aber mit dem heutigen Wissensstand kann sie nicht mehr alles hundertprozentig überblicken. (Frau Ihmer: 37-40)

Weitere Widerstände gegen die interdisziplinäre Zusammenarbeit ergeben sich aus der Konkurrenz insbesondere zur ärztlichen Profession und der hierarchisch organisierten Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Nach den Berichten der interviewten Hebammen verursachen beide genannten Parameter eine erschwerte Zusammenarbeit im interdisziplinären Team.

Und da ist unser Problem, das wir haben in Deutschland: Die Konkurrenz zwischen Hebammen und Ärzten. (Frau Ihmer: 12-13)

Die gleichberechtigte Teamarbeit wird als weit entferntes Ideal der Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärztinnen/ Ärzten in deutschen Kreißsälen beschrieben.

Wir haben viele junge Assistenzärzte: nett, aber geburtshilflich wenig Erfahrung, und dann [...] sind die weisungsermächtigt und das ist immer wieder der Punkt, wo es knallt. Wenn die dann sagen: 'Das Kind muss jetzt raus, das CTG ist schlecht', und wenn wir sagen: 'Das ist für die Austreibungsperiode völlig normal [...] und ich schneide jetzt keine Episiotomie [...]' Das sind dann die Spannungspunkte Ärzte-Hebammen. Und das finde ich schon schade, denn der interdisziplinäre Kampf kostet mehr Kraft als die eigentliche geburtshilfliche Arbeit. (Frau Zimmer: 189-198)

Kommunikationsprobleme zwischen Hebammen und Ärztinnen bzw. Ärzten werden insbesondere auf eine fehlende systematische Abgrenzung der geburtshilflichen Aufgaben zurückgeführt.

Diese Abgrenzung der Hebammentätigkeit von der ärztlichen Tätigkeit und dann der gemeinsame Bereich, dieser Schnittbereich, der einfach immer wieder täglich neu ausgehandelt wird. Das ist immer sehr schwierig, da die beiden Berufsgruppen einen anderen Hintergrund haben und eine andere Herangehensweise. (Frau Behnke: 227-231)

Wie im oben genannten Zitat angedeutet, weisen die interviewten Hebammen auf ein grundsätzlich unterschiedliches Verständnis von Gebären und Geburtshilfe hin, das die fehlende Übereinstimmung der geburtshilflichen Versorgungsangebote der Berufsgruppen erklärt.

Das Gefühl, dass eine Geburt erst mal nichts Lebensbedrohliches, Dramatisches ist, wird durch die Ausbildung an Kliniken und durch die Ärzte nicht gefördert, da wird schon eher die Angst geschürt. [...]. Die reinen Fakten, die medizinischen, das ist wichtig, aber die Philosophie, die dahinter steht, die Philosophie der Angst, die sollten wir als Hebammen nicht übernehmen, sonst gleitet die Geburtshilfe einfach weg, da machen wir nur noch PDA oder Kaiserschnitte, oder was auch immer. (Frau Euler: 414-433)

In der Realität deutscher Krankenhäuser liegt laut Aussagen der interviewten Hebammen die Zuständigkeit, den Geburtsverlauf zu beurteilen, entweder bei der einen oder anderen Berufsgruppe. So beschreiben einige der zum Zeitpunkt des Interviews befragten angestellten Hebammen, dass sie diesbezüglich über eine hohe Autonomie verfügen.

Also das ist von Klinik zu Klinik verschieden. Aber hier werden uns ziemlich viele Freiräume gelassen. Wo andere Hebammen z. B. aus dem Geburtshaus vielleicht sagen: 'Pah, da ist doch immer ein Arzt dabei,' [...] aber so in unserer Tätigkeit und bei unserer Einschätzung, was den Geburtsverlauf betrifft [...] haben wir sehr große Freiräume. (Frau Jansen: 249-254)

Andere Hebammen berichten, dass ihnen in den hierarchischen Strukturen der Kliniken kaum Entscheidungsautonomie zugestanden wird. In diesen Fällen müssen die ärztlichen Entscheidungen, die

auf einer Einschätzung des Geburtsverlaufs beruhen, ausgeführt werden, auch wenn sie nicht von der Hebamme geteilt werden. Die Dokumentation des Geburtsverlaufs wird dann als ein Mittel genutzt, um den fachlichen Standpunkt der Hebamme festzuhalten, z. B. als Grundlage für haftungsrechtliche Fragen.

Aber ich habe doch keine Entscheidungsgewalt. Ich dokumentiere sehr, sehr gut, ich schreibe dann: 'Lehne geburtshilfliches Procedere ab diesem Zeitpunkt ab.' Da habe ich schon ein paar Mal Ärger bekommen: 'Das kannst du doch nicht hinschreiben!' Natürlich kann ich das hinschreiben. Das ärgert mich, dass die [Ärztinnen und Ärzte, Anm. d. Verf.] für mich letztendlich die Entscheidung treffen, aber wir letztendlich mit drinhängen. (Frau Zimmer: 556-561)

Ein besonderes Spannungsfeld bieten laut Aussagen der Expertinnen ethische Entscheidungen, z. B. im Rahmen der Pränataldiagnostik. So benennen sie den Konflikt, Ausführende ärztlicher Anweisungen zu sein, ohne die Möglichkeit, die damit verbundene Entscheidungsfindung der Frau zu verstehen und die Durchführung mitzutragen, wie z. B. bei induzierten Aborten. Eine der interviewten Hebammen schildert die Verweigerung, eine ärztliche Handlungsanweisung auszuführen, da diese für sie ethisch nicht nachvollziehbar war.

Habe auch schon abgelehnt, einen Schwangerschaftsabbruch bei einer Frau wirklich aktiv umzusetzen mit einem Wehentropf, wo ich gesagt habe: 'Da stehe ich nicht dahinter, das verstehe ich nicht, das kann ich wirklich nicht.' (Frau Zimmer: 342-345)

Neben der oben aufgeführten unterschiedlichen „Philosophie“ (Frau Euler: 430) und den unklaren Verantwortungsbereichen erschweren nicht vorhandene Kommunikationsstrukturen die Abstimmung hebammengeleiteter und ärztlicher Geburtshilfe in den Kliniken.

Wir sind relativ starr, also wir sind eigentlich wie eine Wand, wir halten total zusammen, [...] also da können sich die Ärzte nicht so leicht über die Hebammen hinwegsetzen. Eine gemeinsame Teambesprechung gibt es nicht [...]. Die Ärzte haben immer ihre Morgenbesprechungen und werden wegen irgendwelcher pH-Werte zusammengestaucht. Die Hebammen kriegen davon eigentlich überhaupt nichts mit, was natürlich auch so ein Konfliktpotential ist, weil die Ärzte sich letztendlich dafür verantworten müssen, was wir meistens machen [...]. Und am Ende müssen sie ihren Kopf hinhalten. Kommen aber an der Hebamme in der Situation eigentlich auch nicht vorbei. Wir machen auch Dienstbesprechung in regelmäßigen Abständen, aber da geht es um Formalkram [...]. (Frau Euler: 95-115)

Die berufsrechtlichen Kompetenzen der Hebammen werden laut Aussagen begrenzt durch die in der Regel hierarchisch organisierte Zusammenarbeit der akademisch und nicht-akademisch ausgebildeten Gesundheitsberufe. Somit wird die Durchsetzungsfähigkeit in hierarchischen Strukturen Voraussetzung für die berufliche Handlungsfähigkeit (GD-Eb: 325).

Also eine Hebamme braucht ganz viel Wissen. Also einerseits natürlich das fachliche Wissen, um überhaupt handlungsfähig zu sein und andererseits auch das Wissen, um sich in der Hierarchie, in der sie arbeitet, behaupten zu können. (Frau Euler: 309-311)

Gleichzeitig betonen die interviewten Hebammen immer wieder, dass das Niveau des Fachwissens einer berufserfahrenen Hebamme, welches für die Leitung einer normalen Geburt erforderlich ist, dem der Ärztinnen und Ärzte ebenbürtig ist bzw. je nach individueller geburtshilflicher Erfahrung auch überlegen sein kann (GD-L: 208). Gleichberechtigte Teamarbeit setzt daher eine geschulte Kommunikation und professionelles Konfliktmanagement voraus, um sich in den derzeit hierarchischen Strukturen argumentativ behaupten zu können (Frau Behnke: 257-278).

Gerade bei den Älteren ist es einfach Angst. Da ist diese Hierarchie zwischen Ärzten und Hebammen deutlicher [...]. Während ich mich für das Normale als gleichrangiger Profi neben dem Arzt betrachte und sage: 'Ich weiß an der Stelle genauso viel, der ist mir an diesem Moment nicht überlegen.' Während die älteren Hebammen doch eher so ein Unterordnungsgefühl und dadurch Schwierigkeiten haben, überhaupt zu kommunizieren bzw. gleichrangig darüber zu reden. Sie werden eher Angst kriegen, dass sie sich nicht ausdrücken können, also diesem akademischen Gefasel da nicht standhalten können. (Frau Euler: 124-13)

Einige der interviewten Hebammen sehen in einer zukünftigen akademischen Qualifizierung der Hebammen bessere Voraussetzungen für die gleichberechtigte Teamarbeit in der geburtshilflichen Versorgung, da dann auf einem gemeinsamen Niveau kommuniziert werden kann.

Vielleicht haben wir auch wirklich einen anderen Stand, wenn es die Hochschulausbildung gibt. Dass wir gleichgestellter sind mit den Akademikern. (Frau Bergler: 306-307)

Die Hebamme erkennt eigene Kompetenzgrenzen und sichert in Absprache mit den zu betreuenden Personen die gesundheitliche Versorgung durch Hinzuziehung von Ärztinnen und Ärzten bzw. veranlasst die Überweisung zu den Angehörigen eines anderen Sozial- bzw. Gesundheitsberufs.

„Rechtzeitig abgeben ist für die Frau wichtiger als den Helden zu spielen.“

Eigenverantwortliche Leistungen im gesundheitlichen Versorgungssystem zu erbringen, setzt voraus, die Grenzen der eigenen Kompetenz zu (er)kennen und ggf. die geburtshilfliche Versorgung abzugeben (GD-L: 18-19).

Wichtig ist sich zurückzunehmen, eine gute Fachfrau zu sein mit viel Wissen und zu wissen, wo sind meine persönlichen Grenzen, wo gebe ich ab, wenn ich ein Problem habe. Rechtzeitig abgeben ist für die Frau wichtiger, als den Helden zu spielen. (Frau Ihmer: 54-57)

Die Zuständigkeit wird dabei zum einen durch rechtliche Vorgaben und ethische Prinzipien für den Berufsstand insgesamt bestimmt, zum anderen müssen individuelle Kompetenzgrenzen der Hebammen berücksichtigt werden, welche z. B. mit dem Grad ihrer beruflichen Expertise im Zusammenhang stehen.

Ich würde erwarten, dass sie [die Berufsanfängerin, Anm. d. Verf.] merkt, dass sie noch nicht fertig ist. Also dass sie einfach noch nicht am Ende ihres Berufsweges ist. Und dass sie sich Hilfe holt [...] und auch immer wieder fragt, wenn sie merkt, dass sie nicht weiter kommt und nicht denkt: 'Ich habe jetzt das Examen, ich kann jetzt alles, ich mache jetzt alles.' (Frau Hellenkamp: 310-316)

In diesem Zusammenhang werfen die Expertinnen auch die Frage auf, welches Kompetenzniveau von Berufsanfängerinnen erwartet werden kann. In der Gruppendiskussion der Schülerinnen wird dies mit der Fragestellung verbunden, welche Aufgaben und Tätigkeiten direkt nach der Berufsausbildung wahrgenommen und ausgeführt werden sollten. So wird von einer Schülerin vehement die Auffassung vertreten, „dass wir das alles nach der Ausbildung machen können, dass wir überall einsetzbar sind, sofort nach der Ausbildung“ (GD-S: 53-54). Dieser Anspruch wird in der darauf folgenden Diskussion mehrmals kritisch hinterfragt (GD-S: 232-234). Am Ende verständigen sich die Beteiligten darauf, dass die Absolventinnen den Anforderungen in den Kernbereichen des Hebammenberufs auf einem kompetenten Niveau entsprechen sollten und darin Verantwortung übernehmen müssen (GD-S: 238-239). Gleichzeitig wird die grundsätzliche Anforderung formuliert, die Grenzen der Zuständigkeit und der individuellen Kompetenz zu wahren (GD-S: 83-88). Auch in der Gruppendiskussion mit den Lehrerinnen wird dieses Spannungsfeld thematisiert. Einerseits wird die Mindestanforderung definiert „die eigenen Kompetenzgrenzen zu kennen“ (GD-L: 19), gleichzeitig wird der Anspruch erhoben „dass wir sie [die Schülerinnen, Anm. d. Verf.] auf die verschiedenen Arbeitsbereiche, auf die sie treffen können, vorbereiten“ (GD-L: 46-48). Auch hier verständigt man sich auf die Position, dass „grundlegende Kernkompetenzen vermittelt werden müssen. Damit sie ihren Weg, egal ob in der Pränataldiagnostik oder in der außerklinischen Geburtshilfe, mit Verantwortung gehen können.“ (GD-L: 450-458)

Konkret dazu befragt, wie sie die Grenze der Zuständigkeit für den Berufsstand insgesamt definieren, nennen die interviewten Hebammen wie auch die Expertinnen in den Gruppendiskussionen durchgehend Indikatoren wie 'Abweichungen vom Normalen' bzw. 'Abweichungen von der Regel' und die 'Pathologie'. Diese Indikatoren zeigen an, wenn es erforderlich ist, Ärztinnen oder Ärzte hinzuzuziehen.

Ich greife da ein, wo ich merke, die Frau kommt alleine nicht klar, ich gebe ihr immer den einen oder anderen Tipp. Aber wenn ich merke, es läuft irgendwie nicht regelrecht, [...] das kann ich nicht. Ich

kann keine PDA geben, ich kann keinen Kaiserschnitt machen, [...] da muss ich einen Arzt zur Rate ziehen. [...]. Da sehe ich meine Grenzen. [...]. Also ich versuche schon zu erkennen, ist das alles noch im Normalbereich oder weicht es von dem Normalen ab. Dann würde ich versuchen, das eben abzugeben. (Frau Demal: 294-309)

Die interviewten Hebammen erklären sich für die Leitung der physiologischen Geburt zuständig. Dies bedeutet, dass sie gesundheitliche Risiken, geburtshilfliche Komplikationen und pathologische Zustände im Rahmen dieser Aufgabe erkennen und bei Bedarf die Hinzuziehung von Ärztinnen und Ärzten veranlassen. Der Anspruch, eigenständig den Geburtsprozess einzuschätzen sowie Entscheidungen und Urteile zu fällen, führt in der Praxis zu konfliktreichen Aushandlungen zwischen den zur Geburtshilfe berechtigten Berufsgruppen.

Ich bin ein autonomer Mensch und komme eigentlich mit der Krankenhaushierarchie nicht zurecht. Ich will eigentlich kompetent sein und auch kompetent sein dürfen, so eigenständig sein dürfen und selber denken dürfen und nicht dass mir einer sagt: 'Sie müssen das oder das machen.' [...], und ich schätze die Lage aber anders ein [...]. Ich werde schon Bescheid sagen, wenn da irgendwas ist. (Frau Euler: 87-93)

Liegen geburtshilfliche Risiken vor, ist es laut Aussagen der interviewten Hebammen oberstes Gebot, Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig zu informieren.

Ich würde jede Frau, wo der Blutdruck grenzwertig ist, zum Facharzt schicken. Um da auch die fachärztliche Betreuung zu haben. (Frau Bergler: 223-225)

Eine enge Zusammenarbeit erfolgt neben Ärztinnen und Ärzten insbesondere mit den Berufsgruppen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege (Frau Zimmer: 113-115). Liegen psychische oder soziale Risiken vor, werden auch Psychologen und Sozialarbeiter in die Versorgung miteinbezogen.

Ja, und ich will auch nicht psychotherapeutisch wirken, das schließe ich auch aus. Also wenn mir die Frau im Wochenbett gefährdet vorkommt, [...] würde ich natürlich veranlassen, sie kompetent zu vermitteln. (Frau Lange: 204-207)

Eine solche „kompetente Vermittlung“ (Frau Lange: 206) erfordert ein fundiertes Wissen über andere Berufsgruppen und deren Kompetenzbereiche.

Aber abgeben, gerade so im Wochenbett, wenn Frauen in die Psychose abrutschen. Das ist gerade in der Trauer- und Sterbebegleitung, wenn Frauen ihre Kinder verloren haben, wichtig, dass man rechtzeitig sagt: 'Ich bin Hebamme, [...] ich komme jetzt hier nicht mehr weiter, das ist nicht mehr mein Berufsfeld, ich muss abgeben.' (Frau Zimmer: 528-532)

Deutlich werden auch die (neuen) Bedarfe an die interdisziplinäre Kooperation genannt, welche sich durch die Begleitung von Familien mit einem erhöhten sozialen und potentiell gesundheitlichen Risiko

ergeben. Hier sind aus Sicht der interviewten Hebammen eine entsprechende Qualifizierung und eine institutionalisierte Vernetzung erforderlich, um z. B. konkrete Anzeichen der Gefährdung des Kindeswohls zu erkennen und die Gesundheitsversorgung interdisziplinär zu sichern.

Zum Beispiel wenn du mit süchtigen Frauen arbeitest. Da kommt man, wenn man nicht aufpasst, nicht ausgebildet oder nicht vernetzt ist, schnell in eine Co-Abhängigkeit und denkt: 'Die soll das nun schaffen.', und ist dann schon mal vielleicht geneigt, ein Auge zuzudrücken und nicht immer nur starren Blickes auf das Kind zu gucken. (Frau Benario: 294-298)

1.5 Domäne Entwicklung und Organisation

Die Hebamme überprüft das geburtshilfliche Versorgungsangebot vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Gesellschaft.

„Es fällt mir schwer, die Zukunft einschätzen zu können, weil ich nicht weiß, was politisch wirklich folgen wird.“

Die Expertinnen halten es für wichtig, das Berufsbild und das geburtshilfliche Versorgungsangebot den gesellschaftlichen Erfordernissen anzupassen (GD-L: 202-208). Zu den geburtshilflichen Anforderungen in einer sich wandelnden Gesellschaft befragt, thematisieren die interviewten Hebammen die zunehmenden Diskrepanzen zwischen dem tradierten Versorgungsangebot der Hebammen und den (Dienst)Leistungserwartungen der Frauen (GD-L: 421-431). Ursachen für diese Entwicklung sehen sie insbesondere in der 'Medikalisierung der Gesundheit' und der 'Technisierung der Geburtshilfe'.

Bei einem Vortrag auf einem Gynäkologenkongress wurde die mechanische Belastung eines Kindes bei einer Spontangeburt gezeigt. Das war aufgemacht wie ein Autocrash. Ich dachte: 'Sind die wahnsinnig?' Jede Wehe ist anders, jedes Kind ist anders, jedes Becken ist anders. Das Kind sucht sich seinen Weg, stößt an Ecken und Kanten, dann sucht es sich einen anderen Weg. Und da saßen hochkarätige Professoren, Geburtshelfer und dann wurde über diese Darstellung auch noch positiv diskutiert. Ich saß da hinten in meiner Ecke und dachte: 'Wo soll das noch hinführen?' Wenn wir so mechanisch denken, dann bleibt uns nur noch der Kaiserschnitt. (Frau Ihmer: 368-375)

Durch die 'Medikalisierung der Gesundheit' und den zunehmenden Einsatz medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren, so die interviewten Hebammen, werden die Frauen in ihrer geburtshilflichen Selbstkompetenz verunsichert, was wiederum zu einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Diagnose- und Behandlungstechniken führt.

Wie man da schon rangeht, weiß nicht von der ersten Mensis an, dass man da jetzt zum Frauenarzt geht, dass der das abgeseget. [...]. Und die Medizin wird immer fachspezifischer und es wird immer mehr irgendwo reingeguckt. [...]. Auf der anderen Seite sind die Frauen immer mehr verunsichert, dass sie gar nicht mehr ihrem eigenen Körper trauen. Auch das ist geschwunden irgendwo hin, es ist weg

dieses Gefühl [...] Kompetenz zu haben selber als Frau, dass du eben schwanger bist. (Frau Lange: 371-379)

Nach Meinung der Interviewpartnerinnen entwickeln diese Frauen Erwartungen an die geburtshilfliche Betreuung, welche sich nicht mit dem Versorgungsangebot der Hebammen zu decken scheinen. Exemplarisch wird die Erwartungshaltung der Klientinnen am Beispiel des sog. Wunschkaiserschnittes beschrieben: Unsicherheit und mangelnde Bereitschaft, die Verantwortung für das eigene Gesundheitsverhalten wahrzunehmen (Frau Jansen: 437-439; Frau Lange: 407), werden als Gründe aufgeführt, dass Frauen überhöhte und unangemessene Dienstleistungserwartungen entwickeln.

Also die Akzeptanz von Schwangerschaft und Geburt als etwas Normales ist ja durchaus im Schwinden. Große Verunsicherung der Frauen, mit der man umgehen muss. Und die Ansprüche, welche aus dieser Unsicherheit heraus kommen, ziehen schon fast eine Überversorgung nach sich. (Frau Lange: 357-359)

Gleichzeitig wird das gesellschaftliche Phänomen der „Polarisierung“ (Frau Kristall: 365-377) geschildert: Als Gegenbewegung zur oben beschriebenen ‘Medikalisierung’ positionieren sich Klientinnen als Verfechterinnen einer ‘normalen Geburt’ und fordern entsprechend dogmatisch eine ‘natürliche Geburtshilfe’.

Von den meisten der interviewten Hebammen werden die gestiegenen Erwartungshaltungen der Frauen und deren Einflussnahme auf das geburtshilfliche Versorgungsangebot als interessante Herausforderung beschrieben (Frau Lange: 418-420), welche als Aufforderung verstanden wird, die einzelne Frau mit ihren Erwartungen ernst zu nehmen und auf individueller Ebene intensive Aufklärungsarbeit zu leisten (GD-L: 432-438).

Und ich denke, so lange diese Medizintechnik so boomt, haben wir einen Aufgabenberg vor uns. [...]. Es geht darum, dass wir als Hebammen die Physiologie der Geburtshilfe im Mittelpunkt lassen und nicht die Pathologie. Da müssen wir viel Ausklärungsarbeit bei den Frauen leisten, was ist normal, was ist physiologische Geburtshilfe und was kann jede Frau leisten. (Frau Kristall: 329-334)

In der Gruppendiskussion mit den Expertinnen wird die Empfehlung ausgesprochen „eine Bedarfsanalyse“ (GD-E1: 11) durchzuführen, um auf diesem Weg die Frauen an der Weiterentwicklung des Versorgungsangebots teilhaben zu lassen. Die Anforderung, auf gesellschaftlicher Ebene Einfluss auf die Frauen- und Kindergesundheit zu nehmen, wird vor allem im Zusammenhang mit der Thematik der Pränataldiagnostik erörtert. Dabei formulieren die Expertinnen grundsätzlich den Anspruch, die Frau in ihrer individuellen Entscheidung wertfrei zu begleiten (GD-L: 429-430); auf gesamtgesellschaftlicher Ebene sollten die Konsequenzen der Pränataldiagnostik in Hinblick auf eine potentielle Selektierung menschlichen Lebens jedoch kritisch hinterfragt werden.

Ich denke, dieses komische Bild von wegen dem Wunschkind [...], also dagegen wehre ich mich einfach. Ich möchte jedes Kind so willkommen heißen können, wie es da ist und nicht selektiert wissen. Und diese Selektion finde ich sehr, sehr problematisch und da haben wir als Hebammen eine ziemliche Aufgabe. (Frau Kristall: 335-340)

Die zukünftige Entwicklung der gesellschaftlichen Relevanz des Versorgungsangebots der Hebammen wird von den Interviewpartnerinnen kritisch eingeschätzt. So beschreiben einige von ihnen die Angst, dass der Beruf sein gesellschaftliches Prestige verliert.

Ich finde den Konflikt mit den Ärzten bedrohlich, der da so schwelt [...]. Worüber ich mich immer wieder ärgere und immer wieder kämpfe ist, dass die Frauen die Hebammen vergessen [...]. Wir haben unser gesellschaftliches Prestige verloren, [...] das ist so schwammig geworden, so undeutlich. (Frau Euler: 572- 583)

Die interviewten Hebammen führen die fehlende gesellschaftliche Anerkennung darauf zurück, dass weder der Beruf mit seinen weit reichenden Kompetenzen wahrgenommen noch das umfangreiche Leistungsangebot systematisch in die Gesundheitsversorgung integriert wird. Die Potentiale, gesellschaftliche Anerkennung „zurück zu erobern“ (Frau Lenz: 287), werden vor allem in der gesundheitsfördernden und präventiven Arbeit gesehen (GD-S: 88-93). Diese sollte dabei bereits bei jungen Menschen vor der reproduktiven Phase erfolgen, um der Medikalisierung dieser Lebensphase vorzubeugen.

Also, ich arbeite ganz viel mit jungen Mädchen. Ich denke, das ist auch Hebammenarbeit, in die Schulen zu gehen, Aufklärungsunterricht zu machen. Wozu man auch ausgebildet werden müsste. (Frau Kristall: 426-428)

Eine mögliche Aufwertung des Versorgungsangebots und eine potentielle Ausweitung des geburtshilflichen Leistungsspektrums werden auch im Zusammenhang mit aktuellen Entwicklungen des Gesundheitswesens erörtert. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, so die interviewten Hebammen, müsste eine politische Unterstützung der ressourcenorientierten und gesundheitsfördernden Versorgungskonzepte der Hebammen nach sich ziehen.

Ich hoffe, dass wir uns unsere Kompetenzen wieder nehmen, die uns zustehen, bezüglich Schwangerenbegleitung, [...] bezüglich der Geburtshilfe. Das ist ja nicht mehr tragbar finanziell [...] die Geburtshilfe in dieser Form. (Frau Lenz: 287-289)

Eine politisch gestützte Neuverteilung der beruflichen Aufgaben in die Richtung, dass Hebammen die Rolle der geburtshilflichen Primärversorgung zugestanden wird, ist jedoch laut Aussagen der interviewten Hebammen bisher nicht absehbar. Ebenso werden die Entwicklungsmöglichkeiten für ein zukunftsorientiertes Qualifizierungs- und Bildungssystem für Hebammen kritisch eingeschätzt (Frau Faber: 358-366). Um den veränderten und erhöhten Anforderungen zu entsprechen, befürworten die

Expertinnen der Gruppendiskussionen explizit eine Anhebung des Ausbildungsniveaus auf Bachelor-Niveau (GD-Ec: 872-876).

Die Hebamme gestaltet die eigene Praxis im Rahmen rechtlicher Vorgaben sowie ethischer Prinzipien.

„Hebammen sollten wirklich zusammen an ihrem beruflichen Selbstverständnis weiter arbeiten.“

Die geburtshilfliche Versorgungsleistung muss im Rahmen rechtlicher Vorgaben und ethischer Prinzipien erfolgen (GD-L: 382-385). Ein wichtiges Instrument, um die berufliche Entscheidung und Handlung rechtlich abzusichern, ist die Dokumentation (Frau Zimmer: 557; GD-S: 149-150). Um den eigenen Aufgabenbereich vom ärztlichen abzugrenzen, werden Gesetze, aber auch juristische Präzedenzfälle herangezogen. Die interviewten Hebammen benennen dabei insbesondere Aufgaben, welche eindeutig im Zuständigkeitsbereich der ärztlichen Profession liegen.

Es gibt ja Sachen, die sind forensisch ganz klar bestimmt, wie z. B. [...] Anti-D-Immunglobulin spritzen, das ist ganz klar definiert, dass es nicht unsere Aufgabe ist, aufgrund der Folgen, die auftreten können. (Frau Faber: 185-188)

Bezogen auf das eigene Handlungsfeld scheint die Rechtslage für die eigene Praxis nicht so eindeutig zu sein.

Das ist auch so eine juristische Geschichte, wie weit geht meine Ausbildung, wo hört sie auf, wo kann ich das erkennen oder wo ist für mich die Sicherheit, was schützt mich? Ich kann noch so lieb zu der Frau sein, wenn was schief geht, muss ich dafür gerade stehen. (Frau Ihmer: 110-113)

Hier beschreiben die interviewten Hebammen die fallbezogene Anforderung zwischen dem individuellen Recht der betreuten Personen auf eine informierte Entscheidung und dem rechtlichen Rahmen für die eigene Praxis abzuwägen.

Ich denke, wichtig sind die Bedürfnisse der Frau, was sie äußert, was sie sich wünscht. Dann muss man sie darüber aufklären, was das geltende Recht ist. Es gibt z. B. nur eine Richtlinie, was jetzt die Schwangerschaft angeht. Und dass man sie darüber aufklärt, dass man davon abweicht, wenn man ihrem Bedürfnis so weit entspricht. (Frau Faber: 211-215)

Die interviewten Hebammen beschreiben, dass sie im Rahmen der Ausbildung zu wenig auf diese Anforderungen vorbereitet wurden.

Gut ist auch, dass sie [die Auszubildenden, Anm. d. Verf.] verschiedene Modelle der Hebammenarbeit kennen lernen können, in Praxen, in der freiberuflichen Hausgeburtsilfe [...]. Worauf aber auch im Unterricht nicht so klar eingegangen wird [...] sind die Verantwortlichkeiten, die sie auch gesell-

schaftlich oder juristisch haben. Da sind sie nicht gut, nicht genügend vorbereitet. (Frau Faber: 336-342)

Dies ist auch darin begründet, dass Handlungsvorgaben für die eigene geburtshilfliche Praxis insgesamt nicht eindeutig sind. Sie müssen, laut Aussagen der Expertinnen, noch in Zusammenarbeit mit juristischen, medizinischen und anderen Sachverständigen erarbeitet werden, um Rechtsicherheit zu gewinnen.

Wir haben uns bei der Arbeit an den Empfehlungen sehr häufig an Rechtsvertreter und auch an die Berufsverbände der Gynäkologen und Kinderärzte gewendet [...] und haben keine konkreten Antworten bekommen. Und uns auch gefragt, wie gehen wir jetzt damit um. (Frau Faber: 203-205)

Ebenso werden auch in Hinblick auf die Entwicklung einer eigenen ethischen Praxis veränderte und erhöhte Anforderungen beschrieben. Insbesondere die Begleitung der Frauen und Familien bei induzierten Aborten in Folge der Pränataldiagnostik wirft ethische Fragestellungen auf.

Also initiierte Schwangerschaftsabbrüche bei Fehlbildungen, Fehlgeburten oder sonst dergleichen, das ist ein wirklich großer Anteil der Arbeit gerade in der Uniklinik. [...]. Also wir haben wirklich eine steigende Tendenz, so dass wir fast in jedem Dienst eine Fehlgeburt oder einen initiierten Abort betreuen. (Frau Zimmer: 42-49)

Die Interviewpartnerinnen berichten, dass die Entwicklung einer eigenen Praxis im Umgang mit ethischen Prinzipien im Besonderen dadurch erschwert ist, dass Hebammen weder in den gesamtgesellschaftlichen ethischen Diskurs noch in medizinische Leistungsangebote der Pränataldiagnostik einbezogen sind. Sie erleben sich als „abhängig Ausführende“ (Frau Zimmer: 342-345), ohne die Möglichkeit, berufsethische Prinzipien in komplexen ethischen Dilemmata anzuwenden und den individuellen Entscheidungsprozess der Frauen nachvollziehen zu können.

Ich muss schon sagen, ich sehe überhaupt nicht ein, warum das Kind jetzt sterben musste, gerade bei so einer Frau, die einen unerfüllten Kinderwunsch hat. Nur, weil da jetzt irgendwas im Ultraschall gesehen wurde. Weil auch überhaupt kein Raum dafür war, [...] da hieß es nur: 'Frau sowieso, Kreißsaal sowieso, bitte hier.' (Frau Hellenkamp: 144-149)

Persönliche Reife und berufliche Erfahrung bilden nach Aussagen der interviewten Hebammen zurzeit die Parameter für die Entwicklung einer eigenen ethischen Praxis (Frau Anderle: 87-103). Des Weiteren wird kritisch angemerkt, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine interdisziplinäre Fallarbeit zum Umgang mit ethisch komplexen Anforderungen durchgeführt wird.

Ein weiterer Faktor, der das berufliche Selbstverständnis prägt, sind bisher weitgehend normativ begründete Ansprüche an das professionelle Handeln. Hier thematisieren die interviewten Hebammen insbesondere den Anspruch einer frauen- und familienorientierten ganzheitlichen Versorgung, welcher

sich maßgeblich auf die Gestaltung der eigenen Praxis auswirkt. Der hohe persönliche Einsatz, der in der Regel mit dieser beruflichen Leistung verbunden ist, wird z. T. mit der „Berufung“ (Frau Lenz: 145-158) begründet. Insgesamt wird der Thematik der professionellen Distanz, d. h. der Abgrenzung von privatem und beruflichem Leben, sowie der Balance zwischen professioneller Empathie und emotionaler Verstrickung eine hohe Relevanz bescheinigt.

Ich glaube, ich kann das gar nicht so sehr trennen, die beruflichen und privaten Situationen, weil das ineinander übergeht und dann ist das manchmal haarscharf an der Grenze. (Frau Benario: 82-85)

In der Regel erklären die interviewten Hebammen, dass sie eine professionelle Distanz erst im Laufe ihres Berufslebens erworben haben – meist durch die Erfahrung einer persönlichen Krise.

Was eine Hebamme auch lernen muss, was sie aber nie gelehrt bekommt, ist, dass sie für sich selber Zeit braucht. Sich wieder aufzubauen, das Burn-out-Syndrom erst gar nicht entstehen zu lassen. [...]. Das muss sie lernen. Das ist schwierig. Das können Hebammen schlecht. Aus dem Denken heraus, sie sind für alles zuständig und immer da. (Frau Ihmer: 294-298)

Sie erkennen die Problematik als berufstypisch für helfende Berufe an (Frau Benario: 284) und stellen auch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen, die mit Menschen arbeiten, eine besondere Problematik der Abgrenzung fest.

Ich habe im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen gesehen, dass das einfach nicht so ein Thema ist. Da ist es ganz selbstverständlich, dass man sich abgrenzt. Also mein Mann ist z. B. Lehrer, da würden die Eltern sehr selten auf die Idee kommen, ihn nachts daheim anzurufen. (Frau Behnke: 94-97)

Erschwert wird die Abgrenzung auch durch vorgegebene gesellschaftliche Rollenerwartungen, wie sie von den betreuten Frauen übermittelt werden (Frau Demal: 147-158). Die Abgrenzung beruflicher und privater Lebensräume wird als Belastung beschrieben, der insbesondere Berufsanfängerinnen ausgesetzt sind und welche zu einer kurzen Verweildauer im Beruf führt (Frau Faber: 285-299). Die (Weiter)Entwicklung der eigenen professionellen Praxis sollte daher für Berufsanfängerinnen, wie auch für bereits qualifizierte Hebammen, durch die systematische Reflexion im disziplinären wie interdisziplinären Austausch gestützt werden (GD-Ea: 474-477; GD-Eb: 316-320/ 400-408).

Es gehört für mich zur Professionalisierung, [...] dass Hebammen wirklich zusammen an ihren Erfahrungen oder ihrem Selbstverständnis in ihrem Beruf oder an dem sicher Werden weiter arbeiten, das finde ich ganz wichtig. [...]. Ich würde ihnen wünschen, dass sie die Möglichkeit haben, über ihre Erfahrungen und ihre Vorstellungen zu dem Beruf reden zu können. Es müssen nicht unbedingt Kolleginnen sein, mit denen sie darüber reden, es können auch andere Menschen sein, die gut Gespräche führen können. (Frau Faber: 280-294)

Des Weiteren bekräftigen die Expertinnen den Anspruch, durch die berufspolitische Arbeit die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung insgesamt zu verbessern und Standards für die Praxis zu entwickeln (GD-Ea: 492-499).

Die Hebamme organisiert die geburtshilfliche Praxis nach qualitätssichernden und ökonomischen Prinzipien.

„Wir sind auch Geschäftsfrauen, denke ich.“

Professionelle Leistungen und daraus erwachsende finanzielle Ansprüche, welche sich aus der Anforderung ableiten, die Hebammenpraxis gemäß ökonomischer Prinzipien zu organisieren, werden von einigen Interviewpartnerinnen gerechtfertigt.

Ich denke, dass [...] wir nicht nur die Frauen sind, die begleiten, die einfach da sind [...]. Sondern dass wir tatsächlich die Frauen sind, die eine gute Ausbildung haben, die etwas tun, was auch kosten darf. [...]. Wir sind auch Geschäftsfrauen denk' ich. (Frau Bergler: 189-193)

Betriebswirtschaftliche Kompetenzen werden durch die Interviewpartnerinnen ironisch den „nicht so ganz ideellen Qualitäten der Hebamme“ (Frau Faber: 221-223) zugeordnet. Die nicht selbstverständliche Vergütung der Leistung wird durch die Expertinnen auf historische Wurzeln der traditionellen Frauenberufe zurückgeführt.

Ja, aber viele Leute erwarten anderes von Hebammen. Ich hatte mal eine Frau, die wollte dann auch entbunden werden und da habe ich gesagt, dass wir eine Rufbereitschaftspauschale erheben, weil wir wochenlang auf unserem Telefon schlafen, auch in Vertretung, Das fand die total abartig: 'Sie arbeiten doch als Hebamme, da müssen Sie doch wissen, in welchem Beruf Sie arbeiten.' (Frau Demal: 147-158)

Im Gegensatz dazu wird in der Gruppendiskussion der Schülerinnen explizit und mehrfach die Anforderung „Geschäftsfrau zu sein“ (GD-S: 140-152) definiert und daraus erforderliche Kompetenzen zur „Organisation der eigenen Praxis“ (GD-S: 27) abgeleitet.

Im Gesamten werden die qualitativen und quantitativen Anforderungen, welche mit der Organisation der eigenen Praxis verbunden sind, nur vage ausgewiesen: Die zum Zeitpunkt der Interviewführung freiberuflich tätigen Hebammen können z. B. keine konkreten Angaben zur wöchentlichen Arbeitszeit bzw. zu dem Arbeitsaufwand für die Organisation der Praxis darlegen. Die anfallenden Aufgaben, wie z. B. die Buchhaltung, werden - wenn überhaupt - als lästige Begleiterscheinung der eigentlichen, professionellen Arbeit aufgeführt.

Dann drücke ich mich viel vor der Schreibtischarbeit und schiebe die vor mich her. Aber die steht ja auch an, also dann meistens einmal im Monat. Dann muss ich Rechnungen schreiben und Buchhaltung machen. (Frau Lange: 16-18)

Die Kompetenz zur Dokumentation, Verwaltung und Organisation der eigenen Praxis wird nach Angaben der interviewten Hebammen nebenbei erworben und entspricht kaum den Anforderungen an eine professionelle Unternehmensführung.

Ich habe immer noch nicht geschafft, ganz glücklich zu sein mit dem was Dokumentation und Rechnungen schreiben und diese ganzen Dinge betrifft. Und wenn ich das mache und sehe, wie viel Aufwand das ist, dann bin ich auch unzufrieden mit mir. (Frau Faber: 131-134)

Administrative Tätigkeiten wie z. B. Terminvereinbarungen und Materialbeschaffung werden praktisch neben der eigentlichen Betreuungsarbeit erledigt.

Wobei die Arbeit natürlich nicht nur die Betreuung der Frauen beinhaltet, [...] sondern halt auch viele organisatorische Sachen. Und dann macht man neben der Betreuungsarbeit sehr viel Telefonate, Terminvereinbarungen [...] und halt organisatorische Dinge, die den Kreißsaal betreffen, wie Bestellungen. (Frau Behnke: 17-20)

Auch das Thema der Personalplanung nimmt nur eine randständige Position ein und wird unter dem Aspekt ideeller Werte thematisiert.

Ich versuche auch die Verträge, die ich gemacht habe, einzuhalten. [...]. Ich würde jetzt nicht einen Rufbereitschaftsvertrag abschließen, wenn ich weiß, ich gehe später in Urlaub. (Frau Demal: 100-105).

Anforderungen, welche durch den zeitgemäßen Nachweis der Qualität der Leistungserbringung entstehen, werden normativ begründet.

Die Ansprüche, die man an sich hat, sollte man auch pflegen. Sonst würde ich da nach einem Jahr aufwachen und sagen: 'Huch, wie arbeite ich eigentlich?' (Frau Bergler: 151-152)

Instrumente und Verfahren, um die Qualität der eigenen Praxis zu managen und zu evaluieren, werden nicht ausgewiesen. Vereinzelt benennen die interviewten Hebammen das Verfahren des Peer Reviews, um ihre Praxis zu überprüfen.

Das macht das Ganze interessant, wenn da mal eine Kollegin kommt und dir auf die Finger guckt, das ist wichtig. Ich habe jetzt gerade zwei Kolleginnen, die in meinem Geburtsvorbereitungskurs sind. Und als die sich angemeldet haben, dachte ich: 'Oh nein!' Ich hatte ja schon Ärzte in der Betreuung und man lernt damit umzugehen, weil man ja auch seinen eigenen Stil entwickelt hat und dann auch dazu stehen kann, so wie man das macht. Aber wenn dann so zwei Kolleginnen kommen, dann fängst du an dein Konzept noch mal zu überarbeiten. (Frau Bergler: 157-163)

Einige der Interviewpartnerinnen plädieren für ein übergeordnetes Kontrollsystem, z. B. in Form einer Kammer, um Qualitätsstandards zu entwickeln und zu überprüfen.

Ich persönlich hätte gerne [...] ein Kammer-System als Kontrollsystem für Hebammen [...]. Es kann nicht sein, dass ein Problem bei Mutter und Kind das Ergebnis der Qualität ist. (Frau Ihmer: 488-491)

Die Hebamme entwickelt Organisationsformen der beruflichen Leistungserbringung, welche die Qualität einer frauen- und familienorientierten geburtshilflichen Versorgung sichern.

„Ich habe so das Gefühl, ich werde niemals den Frauen gerecht, wenn ich immer von Tür zu Tür renne.“

Die Qualität geburtshilflicher Versorgungsleistungen definieren die interviewten Hebammen insbesondere durch das Kriterium „ausreichend Zeit zu haben, um der Frau gerecht zu werden“ (Frau Euler: 83-87). Dies ist die Voraussetzung dafür, dass geburtshilfliche Prozesse beobachtet und Abweichungen rechtzeitig erfasst werden können (Frau Faber: 47-48). Vor dem Hintergrund professioneller Werte beleuchten sie kritisch jene Organisationsformen, in denen eine Hebamme nicht ausreichend Zeit hat, weil sie z. B. mehrere Geburten gleichzeitig betreut.

Ich habe das Gefühl, ich werde niemals den Frauen gerecht, wenn ich immer von Tür zu Tür renne und vor der nächsten Tür noch den Handschuh anziehe und noch den nächsten Einlauf mache, gruselig. Und wenn ich dann immer sagen muss: 'Sie hören ja, da ist ja noch jemand, da muss ich jetzt auch hin.' Wo viele Hebammen das wirklich wegschieben, ich leide darunter [...]. Ich finde, ich werde den Frauen nicht gerecht und mir selber auch nicht. Wenn ich ganz ehrlich bin, finde ich es pervers, dass man eine Handvoll Hebammen in so einen Kasten sperrt und komme was da wolle [...]. Wenn man so an den traditionellen Hebammenberuf denkt, würde doch keiner auf die Idee kommen, dass eine Hebamme bei mehreren Geburten gleichzeitig anwesend sein muss. (Frau Euler: 224-232)

Einige Interviewpartnerinnen verweisen auf potentielle Sicherheitsmängel, welche mit dieser Organisationsform verbunden sind. Durch die Überlastung der Hebammen steigt das Risiko, dass Anzeichen einer Gefährdung von Mutter und Kind nicht rechtzeitig erfasst werden.

Ich komme hin, wir sind zu zweit im Frühdienst [...] und alle sechs Kreißsäle sind voll. Und es sind nicht sechs unauffällige Spontangeburt, sondern alles Pathologien. Frühgeburten in der 33. Schwangerschaftswoche, es sind Zwillinge dabei, nebenbei stehen noch zwei primäre Sectios an [...]. Ich habe Angst, dass mir einfach da was untergeht [...] aufgrund, dass ich vielleicht zehn Minuten nicht in dem Kreißsaal war, nicht gesehen habe, dass in dem anderen eine Bradykardie ist. Das kann ich ja auch gar nicht. [...] Da ist es nicht die geburtshilfliche Situation, sondern die anfallende Arbeit. Damit bin ich überfordert. (Frau Zimmer: 307-322)

Ein weiteres Qualitätskriterium bildet die personelle Kontinuität, d. h. die kontinuierliche Betreuung der Frau und ihrer Familie während der Schwangerschaft, der Geburt, dem Wochenbett und der Stillzeit durch eine Hebamme. Die Hebammen, die zum Zeitpunkt der Befragung in Universitätskliniken

angestellt waren, schildern, dass es auch dort möglich ist, diese Kontinuität zumindest in Ansätzen zu bieten.

Die Frauen, die hier bei uns in der Betreuung sind, sind ja wiederum die Frauen, die auch irgendwas haben. Und die lernt man also im Vorfeld schon mal kennen und die sieht man oft am Wochenende zum CTG schreiben. Und da hat man ein schon das Gefühl, man hat ein anderes Verhältnis und die sind auch besser vorbereitet. (Frau Jansen: 189-193)

Freiberufliche Hebammen bieten z. T. eine kontinuierliche Versorgung während des gesamten möglichen Betreuungszeitraums an, von der Schwangerenbetreuung bis zum Ende der Stillzeit. Diese Organisationsform ermöglicht, die Frau und ihre Familie im häuslichen Umfeld kennen zu lernen. Die personelle Kontinuität erhöht laut Aussagen der interviewten Hebammen die Qualität der Versorgungsleistung: Zum einen kann so die professionelle Beziehung aufgebaut werden, zum anderen können auch kleinste Veränderungen im geburtshilflichen Prozess erfasst werden (Frau Lenz: 272-283).

Ich meine, das ist ein Unterschied, ob ein und dieselbe Person jeden Tag die Brust anguckt oder ob jeden Tag ein Anderer nachfragt und sich die Brust anguckt. (Frau Demal: 248-250)

Dieses personenbezogene kontinuierliche Versorgungsangebot erfordert die permanente Erreichbarkeit der betreuenden Hebamme, welche in der Regel durch eine Rufbereitschaft gesichert wird (Frau Demal: 103-105). Diese permanente Verfügbarkeit wirkt sich auch auf das Privatleben aus und erfordert eine hohe Flexibilität und Belastbarkeit der Hebamme (GD-Ea: 85).

Also Flexibilität. [...]. Man braucht sicher auch eine gewisse Belastbarkeit im Psychischen wie auch im Physischen. Eine hohe Bereitschaft, den Beruf an erster Stelle zu setzen im Leben. Gerade wenn du freiberuflich tätig bist. Es muss einem klar sein, dass Freunde, Bekannte, Kinder einfach manchmal warten müssen oder keinen Raum haben, weil gerade so viel anderes ansteht [...]. Es schränkt die persönliche Freiheit ein, so zu arbeiten. Ich kann nicht spontan sagen, ich mache jetzt mal ein Wochenende frei, fahre Freunde besuchen [...]. Ich muss mir überlegen, wann trinke ich ein Glas Wein. Man muss lernen, im Moment zu leben. Wenn ich immer denke, was könnte jetzt noch kommen, ja, wenn ich abends im Bett liege und denke, ich brauche jetzt einfach Ruhe, wenn dann jemand anruft, da kann auch mal Panik aufkommen. Oder wenn man krank ist und hat Geburten anstehen. Das erfordert schon auch eine gewisse Reife mit all dem umgehen zu können, so dass es einem nicht ganz auffrisst. (Frau Lenz: 145-158)

Einige der langjährig freiberuflich tätigen Hebammen beschreiben die Entwicklung neuer Organisationsformen, um das kontinuierliche Versorgungsangebot unter Berücksichtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit anbieten zu können (Frau Anderle: 6-25; Frau Faber: 17-23; Frau Demal: 75-79). Die Zusammenarbeit in konzeptionell und organisatorisch abgestimmten kleinen Teams wird dabei unter dem Aspekt der Qualitätsverbesserung des Versorgungsangebots beschrieben.

Früher dachte ich, dass dieses 'immer präsent Sein' ganz viel der Qualität der Hebammenarbeit ausmacht. Das kann man natürlich nicht beibehalten, da man genügend Reserven zur Erholung braucht. Und das ist jetzt so ein Prozess, den ich in der letzten Zeit gemacht habe, und wo ich ganz viel Stärke heraus gewinne, weil ich sehe, was es für einen unglaublichen Qualitätseffekt es hat, in kleinen Teams zusammenzuarbeiten. [...]. Was mir Freiraum gibt, [...] dass ich ausgeschlafen bin und genügend Raum habe, und auch Abstand habe und mich nicht einwickeln lasse in Prozesse. (Frau Faber: 70-79)

2 Ergebnisse des Delphi-Verfahrens

Durch den Einsatz des Delphi-Verfahrens soll überprüft werden, ob die Kompetenzanforderungen, die auf der Grundlage der Ergebnisse der Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen ermittelt worden sind, aus Sicht ausgewählter Bildungsexpertinnen bestätigt oder widerlegt werden. Dazu wird ein Fragebogen eingesetzt, mit dem sieben übergeordnete und 59 dazugehörige Kompetenzanforderungen (im Folgenden: Items) thesenartig dargestellt werden.

Rücklauf

Das Delphi-Verfahren erfolgt in zwei Befragungsrunden. Alle elf Expertinnen beurteilen die sieben übergeordneten und die dazugehörigen 59 Items, d. h. insgesamt 66 Items anhand der vorgegeben Likertskala. Der Rücklauf in beiden Befragungsrunden erfolgt zu 100 % im vorgegeben Zeitraum. Damit ist das angestrebte Ziel erreicht, dass das Wissenspotential der Bildungsexpertinnen über beide Befragungsrunden vollständig zur Verfügung steht.

2.1 Darstellung der absoluten Anzahl der Antworten in Delphirunde I und II

Die deskriptive Auswertung der Ergebnisse des Delphi-Verfahrens wird in Form der absoluten Anzahl der Antworten zu den übergeordneten sieben und den unterliegenden 59 Items in beiden Delphi-Runden dargestellt. Hierzu wird in Tabelle 5 zuerst eine Übersicht über alle Items für beide Delphi-Runden gegeben.

Tabelle 5: Ergebnisse der Delphi-Runden I (weiße Spalten) und II (blaue Spalten)

	(-2)	(-2)	(-1)	(-1)	(0)	(0)	(+1)	(+1)	(+2)	(+2)	un- gütig	un- gütig
1									11	11		
1a						1		1	11	9		
1b							3	4	8	7		
1c								1	11	10		
1d							1		10	11		
1e									11	11		
1f					1	1	4	7	6	3		
1g							4	2	6	8	1	1
1h		1	1		1	1	5	6	4	3		
1i		1	1		1		3	6	6	4		
1j	1						1	2	9	9		
1k		1					4	2	7	8		
1l							3	2	8	9		
1m				1	1		4	6	6	4		
1n					1	1	1	2	9	8		
1o						1	1	1	10	9		
1p							2		9	10		
2							4	3	7	8		
2a								5	5	6	6	
2b					1		4	4	6	7		
2c					3		1	5	7	6		
2d							1	4	10	7		
2e					2	1	5	6	4	4		
3							1	3	10	8		
3a							1	1	10	10		
3b					1		2	4	8	7		
3c							4	7	7	4		
4							2	2	8	9	1	
4a									11	11		
4b									11	11		
4c							2	2	9	9		
4d						1	6	4	5	6		
4e						1	2	3	9	7		
4f					1	2	4	3	6	6		
4g					1	1	1	3	9	7		
4h				1			4	6	7	4		
4i				1	1	1	8	6	2	3		
4j		1			2	1	5	5	4	4		
5							2	1	9	10		
5a							1		10	11		
5b							1	1	10	10		
5c							2	2	9	9		
5d							2	2	9	9		
5e						1	5	6	6	4		
5f						1	2	3	9	7		
5g					1		3	4	7	7		
5h							3	3	8	8		

6							2		9	11		
6a							1		10	11		
6b					1		2	4	8	7		
6c					1		2	2	8	9		
6d							4	2	7	9		
6e						1	7	5	4	5		
6f							5	4	6	7		
6g					1	1	3	3	7	7		
6h						1	3	3	7	7	1	
6i					2		4	7	5	4		
6j					1	1	2	3	7	7	1	
7							3	4	8	7		
7a					1		2	5	7	6	1	
7b							2	4	9	7		
7c					3	2	3	4	5	5		
7d					1	1	5	4	5	6		
7e					1	1	4	3	6	7		
7f							6	5	5	6		
7g							2	4	9	7		

2.2 Darstellung und Analyse der Ergebnisse in Delphi-Runde II

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Delphi-Runde II zu den einzelnen Items nach dem Grad der Zustimmung (alle Antworten im Skalenbereich +1, +2); der Neutralität (alle Antworten im Skalenbereich 0) und der Ablehnung (alle Antworten im Skalenbereich -1, -2) dargestellt und in Bezug auf die Ergebnisse der Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen einer ersten inhaltlichen Analyse unterzogen. Dazu werden ergänzende inhaltliche Kommentare der Expertinnen in die Analyse einbezogen, wenn diese Rückschlüsse ermöglichen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass alle sieben der übergeordneten Items von den insgesamt elf Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet werden. Von den insgesamt 59 untergeordneten Items werden 32 ebenfalls durch alle elf Expertinnen, weitere 23 Items von zehn Expertinnen und vier Items von neun Expertinnen dem positiven Skalenbereich zugeordnet. Es ist festzustellen, dass 55 Items der insgesamt 59 Items durch mindestens zehn Expertinnen mit einer sehr hohen Zustimmung bewertet werden, so dass dies als Bestätigung der Kompetenzanforderungen interpretiert werden kann. Eine negative Bewertung (Skalenbereich -1/-2) erfolgt in sieben der insgesamt 59 Items jeweils nur durch eine Expertin und bezieht sich ausschließlich auf Items der These eins und vier. Diese 'Einzelmeinung' ergibt im Antwortverhalten jedoch ein inhaltlich schlüssiges und stringentes Bild, so dass dieses zur Analyse der Ergebnisse herangezogen wird.

These 1	Die Hebamme gewährleistet eine sichere, effektive und effiziente Betreuung der Frau, des Kindes und der Familie.
----------------	---

- a. Sie ermittelt, plant, handelt, reflektiert und evaluiert im Sinne sicherer, effektiver und effizienter Versorgung in Abstimmung mit der zu betreuenden Person.
- b. Sie sammelt systematisch Informationen, analysiert jede Situation gezielt, führt geburtshilflich diagnostisch relevante Untersuchungen im Einverständnis mit den zu betreuenden Person durch bzw. veranlasst diese, stellt Diagnosen und prognostiziert den Verlauf.
- c. Sie begleitet und beobachtet den Verlauf fortwährend, identifiziert Situationen, die eine Unterstützung des physiologischen Prozesses erfordern, begründet klinische Entscheidungen und geburtshilfliches Handeln evidenzbasiert und führt geburtshilfliche Interventionen im Einverständnis mit den zu betreuenden Personen rechtzeitig und angemessen durch, um den physiologischen Verlauf wieder herzustellen.
- d. Sie schätzt geburtshilfliche Risiken fachlich richtig und rechtzeitig ein, trifft begründete Entscheidungen, kommuniziert diese den betroffenen Personen gegenüber und reagiert auf jede Abweichung, die eine Konsultation bzw. eine Überweisung zu einer anderen Hebamme, einer Ärztin/ einem Arzt oder einem anderen Gesundheitsfachberuf erfordert.
- e. Sie zieht beim Auftreten pathologischer Befunde Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig hinzu und führt bis zu deren Eintreffen adäquate Notfallmaßnahmen aus.
- f. Sie übernimmt ihre Verantwortung im geburtshilflichen Team und führt Anweisungen weisungsbefügter Personen (Ärztinnen und Ärzte) zeitgerecht und effektiv durch.
- g. Sie identifiziert veränderten Betreuungsbedarf in komplexen psychischen und sozialen Situationen, gewährleistet die akute Versorgung in Krisensituationen sowie das Einleiten entsprechender langfristiger Maßnahmen.
- h. Sie ist sensibilisiert für Anzeichen von Gewalt in der Familie, sexuellen Missbrauch oder Drogenkonsum bei der Frau und realisiert die Versorgung durch Vernetzung und Überweisung.
- i. Sie erkennt Versorgungsdefizite des Kindes in der Familie, ist sensibilisiert für Anzeichen von Missbrauch des Kindes und leitet entsprechende Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls ein.
- j. Sie bildet sich eine fachlich fundierte Meinung und ist in der Lage diese auch in hierarchischen Strukturen argumentativ zu vertreten.
- k. Sie gewährleistet bzw. unterstützt Prinzipien und Strukturen, die nachweislich einen positiven Einfluss auf die Sicherheit, Effektivität und Effizienz der Versorgung nehmen (z. B. Ruhe, Vertrauen, Intimität, Kontinuität).
- l. Sie identifiziert und vermeidet Einflussfaktoren und Maßnahmen, die nachweislich den natürlichen Geburtsprozess beeinträchtigen und das Aufkommen von Pathologie begünstigen.
- m. Sie identifiziert und realisiert individuelle und institutionelle Arbeitsbedingungen, die eine sichere, effektive und effiziente Versorgung gewährleisten.
- n. Sie bleibt entscheidungs- und handlungsfähig in schnell wechselnden und komplexen Situationen und Notfällen unter Berücksichtigung individueller, situativer und institutioneller Faktoren.
- o. Sie wird vielfältigen Anforderungen gleichzeitig gerecht, kann Prioritäten setzen und falls erforderlich Unterstützung einfordern bzw. Grenzen der Leistbarkeit realisieren.
- p. Sie dokumentiert patientenbezogene Daten sowie Planung, Durchführung und Evaluation des Betreuungsprozesses fachlich richtig und nachvollziehbar und ist in der Lage, Befunde, Diagnosen und Maßnahmen sprachlich adäquat an Laien und Fachvertreter zu vermitteln.

Tabelle 6: Grad der Zustimmung These 1

These	Items	Skalenbereich -1/-2	Skalenbereich 0	Skalenbereich +1/+2	ungültig
1				11	
	1a		1	10	
	1b			11	
	1c			11	
	1d			11	
	1e			11	
	1f		1	10	
	1g			10	1
	1h	1	1	9	
	1i	1		10	
	1j			11	
	1k	1		10	
	1l			11	
	1m	1		10	
	1n		1	10	
	1o		1	10	
	1p			10	1

These eins wird von allen elf Expertinnen mit einer sehr hohen Zustimmung (+1/+2) versehen. Ebenso werden sechs Items (1b, 1c, 1d, 1e, 1j, 1l) ausschließlich dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Weitere fünf Items (1a, 1f, 1g, 1n, 1o, 1p) werden ebenfalls von zehn der elf Expertinnen mit einer sehr hohen Zustimmung (+1/+2) versehen. Inhaltlich werden dabei alle Kompetenzanforderungen, die in der Domäne der 'geburtshilflichen Entscheidung und Handlung' beschrieben sind, in ihrer Relevanz bestätigt. Ebenso werden die Kompetenzanforderungen in der Domäne 'Zuständigkeit und Kooperation' bestätigt, welche die Hinzuziehung von Ärztinnen und Ärzten beschreiben.

Jeweils durch eine Expertin mit Ablehnung (Skalenbereich -1/-2) bzw. indifferent (Skalenbereich 0) bewertet wird das Item 1h:

Sie ist sensibilisiert für Anzeichen von Gewalt in der Familie, sexuellen Missbrauch oder Drogenkonsum bei der Frau und realisiert die Versorgung durch Vernetzung und Überweisung

sowie das Item 1i:

Sie erkennt Versorgungsdefizite des Kindes in der Familie, ist sensibilisiert für Anzeichen von Missbrauch des Kindes und leitet entsprechende Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls ein.

Gleichzeitig wird das Item 1g:

Sie identifiziert veränderten Betreuungsbedarf in komplexen psychischen und sozialen Situationen, gewährleistet die akute Versorgung in Krisensituationen sowie das Einleiten entsprechender langfristiger Maßnahmen

durch zehn Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Dieses Ergebnis legt die Interpretation nahe, dass nicht die Kompetenzanforderung 'soziale und gesundheitliche Risiken zu erkennen' an sich in Frage gestellt wird, sondern dass die hier aufgeführten spezifischen Kompetenzanforderungen, aus Sicht einer Bildungsexpertin, über das originäre berufliche Handlungsfeld hinausgehen. Die hier befragte Bildungsexpertin könnte in ihrer ablehnenden Bewertung ihrer Meinung Ausdrücke verliehen haben, dass diese spezifischen Kompetenzen nicht in der beruflichen Erstausbildung erworben werden, sondern Gegenstand der beruflichen Spezialisierung und Weiterqualifikation darstellen sollten.

Weiter wird das Item 1k:

Sie gewährleistet bzw. unterstützt Prinzipien und Strukturen, die nachweislich einen positiven Einfluss auf die Sicherheit, Effektivität und Effizienz der Versorgung nehmen (z.B. Ruhe, Vertrauen, Intimität, Kontinuität)

und das Item 1m:

Sie identifiziert und realisiert individuelle und institutionelle Arbeitsbedingungen, die eine sichere, effektive und effiziente Versorgung gewährleisten

durch eine Expertin dem Skalenbereich (-1/-2) zugeordnet. Diese Einschätzung widerspricht auf den ersten Blick der Beurteilung des Items 1l:

Sie identifiziert und vermeidet Einflussfaktoren und Maßnahmen, die nachweislich den natürlichen Geburtsprozess beeinträchtigen und das Aufkommen von Pathologie begünstigen,

welches durch alle Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet wird. Gestützt auf die ergänzenden Kommentare einer Expertin lassen erste Überlegungen vermuten, dass aus Sicht dieser Expertin die Kompetenzen einer Hebamme begrenzt sind, aktiv auf institutionelle Strukturen Einfluss zu nehmen und für die Einhaltung qualitätssichernder Arbeitsbedingungen die Gewähr zu übernehmen.

These 2	Die Hebamme nimmt ihre rechtliche und ethische Zuständigkeit und Verantwortung im Rahmen ihrer Berufsausübung wahr.
----------------	--

- a. Sie entwickelt ein breites und vertieftes Verständnis rechtlicher Bedingungen und ethischer Prinzipien der Berufsausübung.
- b. Sie erfüllt rechtliche Vorgaben und unterstützt die Entwicklung evidenzbasierter Standards.
- c. Sie nimmt die professionelle Verantwortung und die persönliche Haftung gegenüber der Frau, dem Arbeitgebers, der Profession und der Gesellschaft wahr.
- d. Sie begründet ihre Zuständigkeit der autonomen und selbstverantwortlichen Primärversorgung im Rahmen von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit auf
 - rechtliche Zuständigkeit
 - Qualifizierung und Kompetenz
 - dem Versorgungsbedarf der Frau
 - Evidenzen mit dem Nachweis des optimalen 'outcomes' für Frauen, Kinder und Familien.
- e. Sie identifiziert ethische Dilemmata und beteiligt sich an ethischen Entscheidungsfindungsprozessen auf gesellschaftlicher und individueller Ebene.

Tabelle 7: Grad der Zustimmung These 2

These	Item	Skalenbereich -1/-2	Skalenbereich 0	Skalenbereich +1/+2	ungültig
2				11	
	2a			11	
	2b			11	
	2c			11	
	2d			11	
	2e		1	10	

These 2 wird von allen elf Expertinnen mit einer sehr hohen Zustimmung (Skalenbereich +1/+2) versehen. Ebenso werden vier Items (2a, 2b, 2c, 2d) ausschließlich dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet, ein Item (2e) wird von zehn Expertinnen auch diesem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet und von einer Expertin dem indifferenten Skalenbereich (0).

Damit werden die Kompetenzanforderungen der Domäne 'Zuständigkeit und Kooperation' bestätigt, welche auf das eigenständig verantwortete Leistungsangebot einer Primärversorgung während der Schwangerschaft, der Geburt, dem Wochenbett und der Stillzeit abzielen. Ebenso bestätigt werden die Kompetenzanforderungen der Domäne 'Entwicklung und Organisation', welche die Kompetenzanforderung beschreiben, eine eigene Praxis im Rahmen rechtlicher Vorgaben und ethischer Prinzipien zu entwickeln. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Item 2e:

Sie identifiziert ethische Dilemmata und beteiligt sich an ethischen Entscheidungsfindungsprozessen auf gesellschaftlicher und individueller Ebene

durch eine Expertin dem indifferenten Skalenbereich (0) zugeordnet wird. Dieses Ergebnis kann auf Grundlage des ergänzenden schriftlichen Kommentars einer Expertin dahingehend interpretiert werden, dass die Kompetenzanforderung 'sich auf gesellschaftlicher Ebene zu beteiligen' aus Sicht dieser Expertin nicht dem originären Kompetenzbereich einer Hebamme zugeordnet werden kann.

These 3 Die Hebamme arbeitet als gleichberechtigtes Mitglied interdisziplinärer Versorgungsnetze mit dem Ziel der optimalen Gesundheitsversorgung von Frauen, Kindern und Familien.

- a. Sie entscheidet im Rahmen ihrer rechtlichen Zuständigkeit und individuellen Kompetenz, wann sie selbstverantwortlich handelt bzw. wann sie andere Fachpersonen hinzuzieht.
- b. Sie sichert in fachlich begründeten Fällen die Versorgung von Frauen und Kinder mit komplexen Anforderungen im Sinne der integrierten Versorgung.
- c. Sie fördert und gestaltet eine optimale Zusammenarbeit sowohl innerhalb ihres Fachbereichs als auch interdisziplinär.
 - Sie unterstützt die Organisationsentwicklung in Institutionen bzw. die Entwicklung von ambulanten Versorgungsstrukturen und deren Vernetzung, um Versorgungsabläufe im Sinne der Klientenorientierung zu optimieren.
 - Sie kommuniziert Informationen, Ideen, Probleme und Lösungen intra- und interprofessionell.
 - Sie basiert ihre Position in der fachlichen Auseinandersetzung auf gesicherten Erkenntnissen und entwickelt einen konstruktiven Umgang mit hierarchischen Strukturen (Kommunikation, Konfliktmanagement).
 - Sie vermittelt und überweist Frauen, Kinder und Familien an entsprechende Einrichtungen medizinischer, sozialer und psychologischer Versorgung, sowie gemeindenaher Unterstützung.

Tab 8: Grad der Zustimmung These 3

These	Item	Skalenbereich -1/-2	Skalenbereich 0	Skalenbereich +1/+2	ungültig
3				11	
	3a			11	
	3b			11	
	3c			11	

These 3 wird von allen elf Expertinnen mit einer sehr hohen Zustimmung bewertet. Ebenso werden alle drei unterliegenden Items (3a, 3b, 3c) ausschließlich dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Dabei bestätigt die hohe Zustimmung zu Item 3a die Anforderungen an die Urteils- und Entscheidungskompetenz der Hebamme. Ebenso unterstreichen die Bildungsexpertinnen die Anforderung, die Betreuung von Frauen und Kindern mit komplexen geburtshilflichen Anforderungen interdisziplinär zu gestalten. Das Item 3c beschreibt insbesondere die Anforderung, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zeitgemäß zu gestalten, welche ebenfalls bestätigt wird. Damit stützen

die Bildungsexpertinnen alle Kompetenzanforderungen der Domäne 'Zuständigkeit und Kooperation', welche darauf abzielen, als 'gleichberechtigtes Mitglied im interdisziplinären Team' zu arbeiten.

These 4 Die Hebamme fördert die Gesundheit von Frauen, Kindern und Familien im Rahmen der Geburtshilfe und entwickelt umfassende Versorgungs- und Präventionskonzepte.

- a. Sie nimmt ihre Rolle als Primärversorgende im Rahmen der physiologischen Geburtshilfe sowie ihre Zuständigkeit als Unterstützende des physiologischen Prozesses von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit wahr.
- b. Sie richtet die Betreuung an dem Ziel aus, die Gesundheit von Frau, Kind und Familie aufrechtzuerhalten, zu fördern, bzw. wieder herzustellen.
- c. Sie identifiziert und berücksichtigt soziale, kulturelle, ökonomische, psychologische und geschlechtsspezifische Einflussfaktoren auf die Frauen-, und Kindergesundheit.
- d. Sie identifiziert den Bedarf einer frauen- und familienorientierten Versorgung und stellt diesen in den Mittelpunkt professioneller Versorgungskonzepte.
- e. Sie ermöglicht und unterstützt die positive Bewältigung von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als wichtiges Lebensereignis von Frau, Kind und Familie.
- f. Sie ermöglicht und unterstützt den ressourcenorientierten Einbezug des familiären Umfelds, so wie es von der Frau definiert wird.
- g. Sie erkennt Mutter und Kind als Einheit an und sichert die Gesundheitsversorgung des Kindes unter Einbezug der Mutter und der Familie.
- h. Sie unterstützt gesundheitsfördernde und präventive Programme und deren Entwicklung.
- i. Sie informiert und klärt Jugendliche und Erwachsene bezüglich Sexualität und Elternschaft auf.
- j. Sie setzt sich für eine nationale und internationale Sozial- bzw. Gesundheitspolitik ein, die eine professionelle Versorgung von schwangeren Frauen, Gebärenden und Wöchnerinnen und ihren Kindern sichert.

Tabelle 9: Grad der Zustimmung These 4

These	Item	Skalenbereich -1/-2	Skalenbereich 0	Skalenbereich +1/+2	ungültig
4				11	
	4a			11	
	4b			11	
	4c			11	
	4d		1	10	
	4e		1	10	
	4f		2	9	
	4g		1	10	
	4h	1		10	
	4i	1	1	9	
	4j	1	1	10	

These 4 wird von allen elf Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet, also mit einer sehr hohen Zustimmung bewertet.

Insgesamt werden drei Items (4a, 4b, 4c) von allen elf Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Weitere fünf Items (4d, 4e, 4g, 4h und 4j) werden von zehn Expertinnen und zwei Items (4f, 4i) durch neun Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Inhaltlich werden damit grundsätzlich die Kompetenzanforderungen gestützt, welche die Gesundheitsförderung von Mutter, Kind und Familie im Rahmen der hebammengeleiteten Geburtshilfe thematisieren. Die Kompetenzanforderungen sind dabei nicht eindeutig einer einzelnen Domäne des Kompetenzprofils zuzuordnen, vielmehr entsprechen sie Teilbereichen der Domänen 'Geburtshilfliche Kommunikation', 'Geburtshilfliche Entscheidung und Handlung' sowie 'Zuständigkeit und Kooperation'.

Mit Ablehnung (Skalenbereich -1/-2) durch jeweils eine Expertin werden die Items 4h:

Sie unterstützt gesundheitsfördernde und präventive Programme und deren Entwicklung,

das Item 4i:

Sie informiert und klärt Jugendliche und Erwachsene bezüglich Sexualität und Elternschaft auf

und das Item 4j:

Sie setzt sich für eine nationale und internationale Sozial- bzw. Gesundheitspolitik ein, die eine professionelle Versorgung von schwangeren Frauen, Gebärenden und Wöchnerinnen und ihren Kindern sichert

bewertet, wobei zwei dieser Items durch jeweils eine Expertin zusätzlich indifferent (4i, 4j) bewertet werden. Diese Items beschreiben Kompetenzanforderungen, welche die konzeptionelle Gesundheitsförderung auf gesundheitspolitischer Ebene betreffen bzw. Gesundheitsförderung in Handlungsbereichen umfassen, die nicht eindeutig den Hebammen zuzuordnen sind. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen bemerkenswert, da hier sehr wohl die Anforderung benannt wurde, Gesundheitsförderung auf einer gesellschaftlich-politischen Ebene mitzugestalten.

These 5	Die Hebamme entwickelt ein professionelles Verständnis für das therapeutische Arbeitsbündnis und stellt eine daran angepasste Versorgung sicher.
----------------	---

- a. Sie respektiert die Selbstkompetenz und Autonomie der Frau und ihrer Familie und fördert deren Ressourcen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Empowerment).
- b. Sie strebt ein von Würde und Respekt gekennzeichnetes Vertrauensverhältnis an und ist in der Lage dies zu wahren (auch in komplexen und durch Anonymität gekennzeichneten Situationen).

- c. Sie erkennt und respektiert die individuellen emotionalen, sozialen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Frau.
- d. Sie respektiert das Recht der Frau und der Familie auf Aufklärung und Beratung und fördert die informierte Entscheidung.
- e. Sie plant und evaluiert die Versorgung auf Grundlage einer professionellen Rollenbeziehung mit den Klienten/Klientinnen und stellt optionale Handlungsvarianten zur Verfügung.
- f. Sie identifiziert den Bedarf der Frau an Unterstützung und verfügt über ein entsprechendes Rollenrepertoire um diesem im Rahmen des 'therapeutischen Arbeitsbündnisses' zu entsprechen.
- g. Sie kommuniziert und interagiert auf Grundlage des professionellen Beziehungsaufbaus.
- h. Sie setzt sich bewusst mit asymmetrischen Beziehungen und Machtverhältnissen auseinander und reflektiert eigene Werte und Vorstellungen sowie deren Einfluss auf das berufliche Handeln kritisch.

Tab 10: Grad der Zustimmung These 5

These	Item	Skalenbereich -1/-2	Skalenbereich 0	Skalenbereich +1/+2	ungültig
5				11	
	5a			11	
	5b			11	
	5c			11	
	5d			11	
	5e		1	10	
	5f		1	10	
	5g			11	
	5h			11	

These 5 wird von allen elf Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet, also mit einer sehr hohen Zustimmung bewertet. Einschränkend ist hier jedoch zu vermerken, dass die Begriffswahl des 'therapeutischen Arbeitsbündnisses' von einigen Expertinnen kommentierend kritisiert worden ist und Bezeichnungen wie 'partnerschaftliche Zusammenarbeit' oder 'gleichberechtigte Zusammenarbeit' ersatzweise vorgeschlagen worden sind.

Insgesamt werden sechs Items (5a, 5b, 5c, 5d, 5g, 5h) durch alle elf Expertinnen ausschließlich dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Weitere zehn Items werden von zehn Expertinnen ebenso diesem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Kein Item wird abgelehnt (Skalenbereich -1/-2). Inhaltlich werden damit alle Kompetenzen aus der Domäne 'Geburtshilfliche Kommunikation' bestätigt, welche die Anforderungen des professionellen Beziehungsaufbaus benennen. Jeweils durch eine Expertin indifferent bewertet werden die Items (5e, 5f), in denen der Begriff der 'Rolle' (Rollenbeziehung, Rollenrepertoire) verwendet worden ist, so dass die Bewertung eventuell dieser Formulierung zuzuschreiben ist.

These 6	Die Hebamme analysiert und integriert unterschiedlichste und z. T. divergierende Erkenntniszugänge und wendet das Wissen auf ihre Tätigkeit oder ihren Beruf an.
----------------	---

- a. Sie prüft, erweitert und vertieft kontinuierlich das geburtshilfliche Wissen und Verstehen auf Grundlage aktueller Fachliteratur und ist in der Lage, relevante Wissensbestände auf dem Stand der Forschung zu erschließen und in das Wissen zu integrieren.
- b. Sie ist in der Lage, Informationen systematisch zu erfassen, zu bewerten, zu interpretieren und daraus wissenschaftlich fundierte Urteile unter Berücksichtigung gesellschaftlicher, wissenschaftlicher und ethischer Erkenntnisse abzuleiten.
- c. Sie gestaltet selbstständig weiterführende Lernprozesse und ist in der Lage, neue Erkenntnisse in das berufliche Handeln zu integrieren.
- d. Sie reflektiert, vertieft und erweitert kontinuierlich ihr theoretisches und wissenschaftliches Fachwissen und ist in der Lage, dies fallbezogen anzuwenden.
- e. Sie identifiziert berufsspezifische Probleme und Anforderungen und nutzt Lernnetzwerke und Methoden des Teamlernens (z.B. Supervision, Fallbesprechungen), um Problemlösungen und Argumente in ihrem Fachgebiet zu erarbeiten und weiterzuentwickeln.
- f. Sie setzt die sinnliche Wahrnehmung sowie manuelle Fertigkeiten gezielt ein und nutzt diese für anerkannte Diagnose-, und Behandlungstechniken (taktil-kinästhetisch, körpertherapeutisch).
- g. Sie nutzt intuitive Wahrnehmung und Erfahrung um Individuen und Situationen rasch einzuschätzen und Entwicklungen abzusehen.
- h. Sie überliefert traditionelles und erfahrungsbasiertes Hebammenwissen, ist in der Lage diesen Erkenntniszugang zu reflektieren und unterstützt die forschungsbasierte Überprüfung dessen.
- i. Sie identifiziert Anforderungen und Tätigkeitsbereiche, die einer Zusatzqualifikation und Spezialisierung bedürfen, um die berufliche Leistung auf einem hohen qualitativen Niveau zu sichern.
- j. Sie bietet Begleitung und Anleitung insbesondere für Auszubildende und Berufsanfängerinnen.

Tabelle 11: Grad der Zustimmung These 6

These	Item	Skalenbereich -1/-2	Skalenbereich 0	Skalenbereich +1/+2	ungültig
6				11	
	6a			11	
	6b			11	
	6c			11	
	6d			11	
	6e		1	10	
	6f			11	
	6g		1	10	
	6h		1	10	
	6i			11	
	6j		1	10	

These 6 wird durch alle elf Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Ebenfalls mit einer sehr hohen Zustimmung (Skalenbereich +1/+2) versehen werden sechs Items (6a, 6b, 6c, 6d, 6f, 6i), alle weiteren vier Items (6e, 6g, 6h, 6j) werden von zehn der Expertinnen ebenfalls dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet und von jeweils einer Expertin dem indifferenten Skalenbereich (0). Inhaltlich

werden damit alle Kompetenzen der Domäne 'Geburtshilfliches Wissen' durch die Bildungsexpertinnen gestützt. Dabei ist einschränkend zu berücksichtigen, dass das Item 6 g:

Sie nutzt intuitive Wahrnehmung und Erfahrung, um Individuen und Situationen rasch einzuschätzen und Entwicklungen abzusehen

sowie das Item 6h:

Sie überliefert traditionelles und erfahrungsbasiertes Hebammenwissen, ist in der Lage diesen Erkenntniszugang zu reflektieren und unterstützt die forschungsbasierte Überprüfung dessen

durch jeweils eine Expertin dem indifferenten Skalenbereich (0) zugeordnet wird, so dass bezogen auf die erfahrungsbasierten, tradierten und intuitiven Wissensbereiche eine kritische Einstellung dieser Expertin zu vermuten ist. Dem gegenüberzustellen ist die hohe Zustimmung (Skalenbereich +1/+2) zu Item 1f durch alle Expertinnen, welcher die Anforderung beschreibt, sinnliche Wahrnehmung und manuelle Fertigkeiten gezielt zur Diagnosestellung und Therapie einzusetzen. Eine uneingeschränkt hohe Zustimmung erfahren dagegen die Anforderungen, theoretisches Fachwissen bzw. relevante Wissensbestände auf dem Stand der Forschung zu erfassen, in das Wissen zu integrieren sowie selbstständig weiterführende Lernprozesse zu gestalten. Bezogen auf den letzten Punkt ist einschränkend festzuhalten, dass die Anforderung, gemeinsam im Team zu lernen, von einer Expertin indifferent (Skalenbereich 0) bewertet wird. Ebenso wird die Anforderung, Auszubildenden und Berufsanfängerinnen Begleitung und Anleitung zu bieten, von einer Expertin indifferent (Skalenbereich 0) bewertet. Dieses Ergebnis könnte dahingehend interpretiert werden, dass diese Anforderungen nicht dem originären beruflichen Handlungsfeld zugeordnet werden.

These 7	Die Hebamme überprüft, erweitert und vertieft kontinuierlich ihr professionelles Wissen und Verständnis von Geburt und Geburtshilfe um den veränderten Bedingungen in einer sich wandelnden Gesellschaft, Wissenschaft und Politik gerecht zu werden.
----------------	--

- a. Sie definiert ihr Verständnis von Geburt und Geburtshilfe unter kritischer Berücksichtigung beruflich relevanter Theorien, Prinzipien und Methoden.
- b. Sie identifiziert und analysiert die gesellschaftliche Relevanz der beruflichen Leistung und setzt sich für optimale Bedingungen der Berufsausbildung und Berufsausübung ein.
- c. Sie bezieht sich auf ein definiertes berufliches Profil unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Standards und Ethikkodices.
- d. Sie fördert das Ansehen des Berufsstandes und unterstützt berufspolitische Strategien.
- e. Sie organisiert die eigene Praxis nach rechtlichen, wirtschaftlichen und ökologischen Grundsätzen.
- f. Sie entwickelt und reflektiert das Berufsverständnis und die draus resultierenden Anforderungen vor dem Hintergrund persönlicher Bedürfnisse (Burn-out Prophylaxe).

- g. Sie nutzt den Einsatz von Qualitätsmanagement (interne und externe Evaluation), um die Qualität der Leistung zu sichern.

Tab 12: Grad der Zustimmung These 7

These	Item	Skalenbereich -1/-2	Skalenbereich 0	Skalenbereich +1/+2	ungültig
7				11	
	7a			11	
	7b			11	
	7c		2	9	
	7d		1	10	
	7e		1	10	
	7f			11	
	7g			11	

These 7 wird durch alle elf Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet. Weitere vier Items (7a, 7b, 7f, 7g) werden ebenfalls zustimmend bewertet (Skalenbereich +1/+2). Zwei Items (7d, 7e) werden von zehn Expertinnen dem Skalenbereich (+1/+2) zugeordnet und durch jeweils eine Expertin dem indifferenten Skalenbereich (0). Das Item 7c wird von neun Expertinnen hoch (+1/+2) und von zwei Expertinnen indifferent (0) bewertet. Durch die Bildungsexpertinnen bestätigt wird damit die Kompetenzen der Domäne 'Entwicklung und Organisation'. Dabei fällt die indifferente Bewertung des Items 7c:

Sie bezieht sich auf ein definiertes berufliches Profil unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Standards und Ethikkodices

durch zwei Expertinnen auf, da diese Kompetenzanforderung z. B. in internationalen Kompetenzstandards einen sehr hohen Stellenwert besitzen.

3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Dissertation zielt auf eine Analyse der aktuellen und zukünftigen beruflichen Kompetenzanforderungen an Hebammen und deren Systematisierung in Form eines Kompetenzprofils, um damit einen Rahmen für die curriculare Arbeit im System zeitgemäßer beruflicher und akademischer Bildung zu schaffen. Das Kompetenzprofil wird auf der Grundlage des in dieser Dissertation verwendeten Kompetenzbegriffs anhand von Domänen systematisiert, um so den Bezug zu den Handlungsfeldern herzustellen, in denen die beruflichen Anforderungen zum Tragen kommen. Im Prozess der Kategorisierung der Ergebnisse werden insgesamt fünf Domänen beruflicher Praxis entwickelt. In den folgenden Abschnitten werden die identifizierten und analysierten Kompetenzanforderungen anhand dieser Systematik kurz zusammengefasst.

3.1 Domänenspezifische Kompetenzanforderungen

Die Domäne '**Geburtshilfliches Wissen**' beschreibt das Wissen und Können, das erforderlich ist, um den beruflichen Anforderungssituationen prinzipiell zu entsprechen. Im Mittelpunkt steht dabei die Kompetenzanforderung, über umfangreiches Fachwissen zu verfügen, um eine sichere geburtshilfliche Versorgung zu ermöglichen. Das Fachwissen integriert unterschiedlichste Wissensarten, wobei auf der Grundlage der Ergebnisse zwischen theoretischen und erfahrungsbasierten Wissensarten unterschieden werden kann. Alle Wissensarten kommen in der konkreten geburtshilflichen Situation zur Anwendung: Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sind dann als Wissen zu bezeichnen, wenn diese im Können, d. h. in der beruflichen Handlungskompetenz, umsetzbar sind. Dabei ist nach den vorliegenden Ergebnissen zu betonen, dass im fachlichen geburtshilflichen Wissen sowohl kontextualisierende Bedingungen als auch personenbezogene Perspektiven der Betreuten integriert sind.

Das theoretische Wissen speist sich zum größten Teil aus deklarativem Wissen, d. h. insbesondere dem Faktenwissen, welches den Inhalten akademischer Disziplinen und beruflicher Fächer zugeordnet werden kann, die in der Hebammenausbildung vermittelt werden. Von zentraler Bedeutung sind hier insbesondere medizinische Kenntnisse, welche grundsätzlich die Hebamme befähigen, kriterien- und regelgeleitet physiologische von pathologischen Verläufen abzugrenzen, und letztlich fachlich angemessen und sicher geburtshilflich handeln zu können. Weiterhin sind hohe Anforderungen an die psycho-soziale Kompetenz der Hebammen gestellt. Die Wissensbasis bilden hier theoretische Kenntnisse u. a. aus Pädagogik, Soziologie und Psychologie. Die Anforderung, im Rahmen rechtlicher

Vorgaben sowie im Spannungsfeld ethischer Dilemmata professionell zu agieren, erfordert eine theoretische Fundierung im berufsrelevanten Recht und in der Ethik.

Davon abzugrenzen sind erfahrungsbasierte Wissensarten, welche durch die persönliche Lebens- und Berufserfahrung erworben werden. Das Erfahrungswissen wird über das konkrete Handeln erworben, bleibt meist implizit und ist kaum zu verbalisieren. Die berufserfahrenen Hebammen benennen dieses Wissen als 'praktisches Wissen', verwenden aber auch Begriffe wie 'Frauenwissen' oder 'Wissen über eigene Heilkräfte', um auf die spezifische Bedeutung des Hebammenwissens hinzuweisen, das Gebären als einen physiologischen Prozess im Leben einer Frau zu verstehen und heilkundig zu unterstützen. Das von den Expertinnen als 'Handwissen' bezeichnete Wissen stellt eine spezifische Form des praktischen Wissens dar: Es beinhaltet die Fähigkeit einer über die Sinne erfahrbaren und erfahrenen Wahrnehmung des geburtshilflichen Prozesses sowie die bewusste Umsetzung des daraus gewonnenen speziellen Wissens über die Berührung mit den Händen in Handlung. So verstanden, umfasst das Handwissen theoretische Kenntnisse, eine geschulte taktil-haptische Wahrnehmung, manuelle Fertigkeiten und die Fähigkeit, die Art und Weise der Berührung an den Anforderungen der professionellen Beziehungsgestaltung auszurichten.

Im Hinblick auf die individuelle Kompetenzentwicklung wie auch auf die Professionalisierung des Berufes insgesamt besteht grundsätzlich der Bedarf, die hier aufgeführten Wissensarten weiter zu entwickeln. Individuelle Kompetenzentwicklung bedeutet, das erfahrungsbasierte geburtshilfliche Wissen und das darauf beruhende berufliche Handeln kritisch zu überprüfen, um Annahmen, tradierte Maßnahmen und intuitiv gefällte klinische Entscheidungen zu evaluieren und gegebenenfalls zu revidieren. Neben der gezielten Reflexion des praktischen Wissens ist die Anforderung benannt, 'die Kunst zu belegen', indem das für die Geburtshilfe erforderliche Wissen durch externe Evidenzen untermauert wird. Perspektivisch betrachtet sollte die weitere Forschung darauf abzielen, physiologische geburtshilfliche Prozesse zu fördern, da hier wissensbasierte Erkenntnisse als Basis der hebammengeleiteten Geburtshilfe noch ausstehen. Die Kompetenz, geburtshilfliche Entscheidungen und Maßnahmen evidenzbasiert zu begründen, ist auf der Grundlage der Ergebnisse weniger auf den Wissenserwerb in der beruflichen Ausbildung zurückzuführen, sondern scheint das Ergebnis selbst gesteuerter Lernprozesse zu sein.

Weiterhin sollten Hebammen über die Kompetenz verfügen, ihr Wissen durch formales und informelles Lernen fortlaufend zu erweitern und zu vertiefen, um neuen beruflichen Problemstellungen und Aufgaben kompetent zu begegnen. Das geburtshilfliche Wissen wird durch die berufliche Anforderung der

Problembewältigung fortlaufend aktualisiert und gegebenenfalls korrigiert. Dabei bietet die geburtshilfliche Erfahrung allein keine Gewähr für Lernprozesse. Gelernt wird, wenn die geburtshilfliche Situation in ihrer Eigenart wahrgenommen, die Verantwortung für das geburtshilfliche Handeln übernommen und die berufliche Praxis reflektiert wird. Ebenfalls müssen Hebammen in der Lage sein, im Laufe ihrer beruflichen Biographie neue berufliche Aufgabenfelder zu erschließen. Dabei werden Unsicherheiten in der Abgrenzung beruflicher und berufsferner Aufgabenbereiche deutlich. Das erforderliche (Spezial)Wissen wird bisher weitgehend durch informelles Lernen erworben, welches durch den Besuch von beruflichen Fortbildungen abgerundet wird. Ergebnisse dieser Untersuchung lassen darauf schließen, dass das qualitative Niveau der Zusatzqualifikationen sowie der strukturell angelegte Zugang zum lebenslangen Lernen weitgehend ungesichert sind.

Die Domäne '**Geburtshilfliche Kommunikation**' umfasst die Kompetenzen, die zur Gestaltung der professionellen Beziehung zwischen Hebammen und betreuten Frauen sowie deren Kindern erforderlich sind. Die Kommunikation erfolgt dabei nicht nur im Einzelkontakt, sondern umfasst zunehmend auch die Kommunikation in der Familie und anderen Gruppen. Die zentrale Anforderung in dieser Domäne liegt in der Förderung der Selbstkompetenz der betreuten Personen sowie in der kommunikativ ausgehandelten Abstimmung ihrer Bedürfnisse mit den geburtshilflichen Standards.

Ein wichtiger Grundsatz in der geburtshilflichen Versorgung ist das Recht der betreuten Frauen und Familien auf eine umfassende und offene Aufklärung. Die Hebammen setzen die Instrumente der Information und Beratung gezielt ein, um Hilfestellung bei der Problemlösung zu bieten und die Klientinnen darin zu unterstützen, ihre gewonnene Position argumentativ zu vertreten. Die kommunikative Unterstützung des Entscheidungsprozesses und der Meinungsbildung wird durch das Konzept der informierten Entscheidung bzw. der informierten Zustimmung geprägt. Darüber hinaus nutzen Hebammen Information und Beratung, um die Frauen und ihre Partner auf die Geburt vorzubereiten, Ängste abzubauen und die Selbstkompetenz der Eltern zu erweitern. Die vermittelten Informationen sollten auf wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen basieren.

Die Informations- und Beratungstätigkeit erfolgt z. T. in Situationen, in denen die Entscheidungskompetenz der Betreuten durch Einflussfaktoren wie Angst, Schmerz und Handlungsdruck beeinflusst ist. Hier beschreiben die interviewten Hebammen die Anforderung, die Sichtweise der betreuten Frauen zu erkennen und deren Bedürfnisse in Form einer Advokatenfunktion zu vertreten. Ebenso stellen emotional belastende und medizinisch komplexe geburtshilfliche Situationen spezifische

Anforderungen an die Gestaltung der geburtshilflichen Kommunikation, um einer Traumatisierung der Betroffenen vorzubeugen. Eine wesentliche Voraussetzung ist hier, dass ein Vertrauensverhältnis der Gebärenden zur Hebamme und zu den Ärztinnen und Ärzten besteht und dass dieses auch in geburtshilflichen Notfallsituationen durch eine entsprechende psycho-soziale Begleitung gewahrt bleibt. Aus Belastungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Krankheit, Behinderung oder Tod des Kindes ergeben sich weitere erhöhte Ansprüche an die psycho-sozialen Kompetenzen der Berufsgruppe. Die Anforderungen z. B. an einen kompetenten professionellen Beistand in existenziellen Situationen und in der Trauerbegleitung, werden von den Expertinnen häufig als Überforderungssituationen beschrieben. Die praktische Erfahrung einer mangelhaften psychosozialen Betreuung der betroffenen Frauen und Familien und der Erkenntnis, dass dazu auch erweiterte Kompetenzen erforderlich sind, zeigt sich darin, dass sich einige der befragten Hebammen für diesen Handlungsbereich weiterqualifizieren. Diese Hebammen betonen dann den Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit, um die Begleitung der betroffenen Frauen und Familien längerfristig zu sichern.

Hebammen sollten über kommunikative Kompetenzen verfügen, um eine persönliche, auf Vertrauen basierende, professionelle Beziehung zu den betreuten Frauen und ihren Familien herzustellen. Damit ist die Grundlage gegeben, dass sich die Frauen dem intimen Prozess des Gebärens in einem 'geschützten Raum' öffnen können, ohne einen traumatisierenden Autonomieverlust zu erleiden. Um diese Beziehung aufbauen zu können, sind persönliche Fähigkeiten wie Empathie, Geduld, Offenheit und Toleranz erforderlich, welche aus Sichtweise der Expertinnen als Persönlichkeitseigenschaften der Hebamme in den Beruf eingebracht werden. Die Expertinnen artikulieren weiter die Anforderung, sich auf die Frau und ihre Familie 'emotional einzulassen' und sich in die Perspektiven der betreuten Personen 'einzufühlen', um deren emotionale und soziale Bedürfnisse erkennen und respektieren zu können. Bezogen auf die Betreuung von Migrantinnen und Migranten sind darüber hinaus ein Mindestmaß an sprachlicher Verständigung und ein Hintergrundwissen zum Herkunftsland erforderlich. Die Anforderung, das Andere zu tolerieren bzw. zu respektieren, erfordert die kritische Reflexion eigener Werte und Vorstellungen. Eine berufsspezifische Herausforderung liegt darin, trotz der geforderten emotionalen Nähe eine professionelle Distanz herzustellen, um handlungsfähig zu bleiben. Dabei muss die Kompetenz vorhanden sein, einerseits die Autonomie und Selbstbestimmung der Frau zu wahren und dennoch die Entscheidung zu treffen, zu vermitteln und zu begründen, die zur professionellen Leitung der Geburt erforderlich ist. Der Grad an Autonomie und Selbstbestimmung, welcher der Frau zugestanden wird, ist in der Perspektive der interviewten Hebammen weitgehend vom Erfahrungswissen und der Persönlichkeit der Hebamme abhängig.

In der Domäne '**Geburtshilfliche Entscheidung und Handlung**' werden die Kompetenzen nach Art und Komplexität der Anforderungen systematisiert. Die geburtshilfliche Entscheidung und Handlung richtet sich dabei maßgeblich an den Zielen aus, die Eigenart der Frau und des Kindes im Geburtsprozess zu berücksichtigen, die Physiologie der Geburt zu unterstützen sowie auf gesundheitliche Risiken und geburtshilfliche Komplikationen fachgerecht zu reagieren.

In der vorliegenden Untersuchung wird die Anforderung benannt, die Betreuung flexibel an die Ressourcen, Bedürfnisse und Probleme der betreuten Personen anzupassen und mit diesen abzustimmen. Das erfordert die Kompetenz, die Bedingungen der geburtshilflichen Situation sowie die Perspektiven der betreuten Personen in die Entscheidung und Handlung einzubeziehen. Weiterhin ist den betreuten Personen gegenüber zu begründen, wie sich die Situation aus fachlicher Perspektive darstellt bzw. welche geburtshilflichen Maßnahmen und Interventionen wann erforderlich sind. Bei Diskrepanzen in der Einschätzung der geburtshilflichen Situation zwischen Hebamme und betreuer Frau, liegt es in der Kompetenz der Hebamme, fachlich vertretbare Handlungsoptionen zu eröffnen und diese neu zu verhandeln.

Ergebnisse dieser Arbeit weisen des Weiteren darauf hin, dass die Kompetenzanforderung, einen professionellen 'geschützten Raum' zu bieten, in dem die Frau ungestört gebären und das Kind in Sicherheit geboren werden kann, als zentrales Handlungskonzept gilt, um die Physiologie der Geburt zu unterstützen. Dazu ist die Kompetenz notwendig, die Geburt mit hoher Aufmerksamkeit und angemessenen (technischen) Methoden der Überwachung zu begleiten, um den Bedarf an weiterführender Unterstützung rechtzeitig zu erkennen. Diese Begleitung erfolgt unter der Anforderung 'sich selbst zurückzunehmen', um das Gebären nicht durch unbegründete geburtshilfliche Maßnahmen und Interventionen zu stören.

Ist eine Unterstützung des physiologischen Verlaufs des Geburtsprozesses erforderlich, werden geburtshilfliche Maßnahmen wie z. B. Zuspruch, Unterstützung der Atmung und der Position eingesetzt. Zentrale Voraussetzung diese Unterstützung leisten zu können, ist die Möglichkeit der Hebamme 'einfach da zu sein'; d. h. über die Zeit zu verfügen, die erforderlich ist, um den Geburtsprozess aufmerksam wahrzunehmen und für die Frau und ihre Familie bei Bedarf ansprechbar zu sein. Ein weiterer Anspruch ist, den Frauen und ihren Partnern das 'Gefühl von Sicherheit zu vermitteln', indem die Physiologie des Geburtsprozesses bestätigt wird und die Frauen und ihre Partner in ihrer Selbstkompetenz bestärkt werden. Falls eine Unterstützung erforderlich ist, formulieren die Hebammen die Erwartung, dass sie erkennen 'was die Frau braucht' und dass sie über Zeit und

Methoden verfügen, diesem erweiterten Unterstützungsbedarf in anstrengenden, schmerzhaften oder Angst besetzten Phasen des Geburtsprozesses zu entsprechen.

Des Weiteren ist die Kompetenz erforderlich, gesundheitliche Risiken, Abweichungen vom Regelverlauf und geburtshilfliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen und zu entscheiden, ob es erforderlich ist, Ärztinnen und Ärzten hinzuzuziehen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen eindeutig darauf schließen, dass das geburtshilfliche Management bei Komplikationen und Notfällen eine organisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert, wobei Zuständigkeiten eindeutig definiert und Handlungsabläufe eingespielt sein sollten. Bei pathologischen Verläufen sehen die Expertinnen ihre Aufgabe darin, den ärztlichen Weisungen Folge zu leisten und das ärztliche Handeln durch entsprechende Assistenz Tätigkeiten zu unterstützen. Ergebnisse des Delphi-Verfahrens zeigen eine indifferente Bewertung der Kompetenz, den Weisungen der Ärztin bzw. des Arztes Folge zu leisten. Diese wird inhaltlich damit begründet, dass die geburtshilfliche Entscheidung der hinzugezogenen Ärztinnen und Ärzte nicht einfach als gegeben hingenommen werden kann, sondern auch durch die Hebamme getragen und verantwortet werden muss.

Die Anforderung, eigenständig geburtshilfliche Entscheidungen zu treffen, bezieht sich dabei maßgeblich auf das berufsrechtlich definierte Aufgabengebiet: die Physiologie der Geburt. Hier stellt sich die Anforderung, die geburtshilfliche Entscheidung fall- und situationsbezogen zu treffen. Dabei weisen die Expertinnen wiederholt auf die hohe professionelle Verantwortung hin, welche mit der Urteilsbildung verbunden ist. Zu Beginn der beruflichen Tätigkeit wird dazu insbesondere das medizinische Regelwissen herangezogen. Die Kompetenz, 'ein Gespür' für Komplikationen zu entwickeln und sicher fallbezogen Urteile und Entscheidungen zu treffen, ist abhängig von dem Grad der geburtshilflichen Erfahrung und der Fähigkeit zur Reflexion dieser Erfahrung.

Hebammen müssen in der Lage sein, auch in emotional belastenden und medizinisch komplexen geburtshilflichen Situationen entscheidungs- und handlungsfähig zu bleiben. Vielfach beschreiben berufserfahrene Hebammen Situationen, in der die in Kreißsälen übliche Mehrfachbetreuung von Patientinnen zu Überforderungssituationen führt. Diese Arbeitsbedingungen beeinflussen im Extremfall die kompetente Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit und gefährden damit die Sicherheit der geburtshilflichen Versorgung. Hebammen sollten daher über die Kompetenz verfügen, einerseits begründet Prioritäten zu setzen und Handlungsabläufe zu straffen, andererseits die Grenzen der Leistungsfähigkeit vor dem Anspruch einer sicheren geburtshilflichen Versorgung auszuweisen und auf entsprechend gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen hinzuweisen. Die Kompetenz-

anforderung, auf institutionell-organisatorische Rahmenbedingungen Einfluss zu nehmen ist im Delphi-Verfahren kritisch hinterfragt worden, da dieser Anspruch individuell nicht immer realisiert werden kann.

Die Domäne '**Zuständigkeit und Kooperation**' beschreibt Kompetenzen, die es ermöglichen, Zuständigkeiten im eigenen Aufgabenbereich wahrzunehmen und umfasst daher auch Kompetenzanforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Hebammen tragen die Verantwortung für die sichere und effektive Begleitung der Frauen und deren Kinder während der Schwangerschaft, der Geburt, dem Wochenbett und der Stillzeit. Die vorliegende Dissertation ermittelt und beschreibt exemplarisch geburtshilfliche Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Information und Beratung zur Ernährung), Kuration (z. B. Nähen einer Dammverletzung), der Rehabilitation (z. B. Anleitung zur Beckenbodengymnastik) und der palliativen Versorgung (z. B. geburtshilfliche Begleitung bei nicht lebensfähigen Kindern). Dabei sind Hebammen auf Grund ihrer staatlich geregelten Qualifizierung und der darauf erfolgten Zulassung zum Beruf befähigt, die geburtshilfliche Primärversorgung zu leisten: Dies umfasst die Betreuung der Frauen und ihrer Kinder im Rahmen einer physiologischen Schwangerschaft, der normalen Geburt, des regulären Wochenbetts und der Stillzeit ohne ärztliche Supervision oder Delegation.

Das geburtshilfliche Leistungsspektrum hat sich in den letzten 20 Jahren von der 'Geburtsleitung' auf die 'Familienbildung' ausgeweitet. Die kontinuierliche Versorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit ist mit dem Ziel verbunden, den Übergang in die neue Lebensphase zu unterstützen. Die Expertinnen verweisen dabei insbesondere auf die gesundheitsfördernden und präventiven Aspekte der Versorgung durch Hebammen. Sie betonen auch die Potentiale, die das niedrigschwellige Versorgungsangebot im häuslichen Umfeld eröffnet, welches insbesondere auf die Gesundheitsversorgung von Familien mit Risikofaktoren wie z. B. minderjährige Eltern abzielen könnte. Konkrete Voraussetzung, dieses Leistungsangebot erbringen zu können, bildet nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung der Zugang zu Aufgabenbereichen in der Familienplanung und Schwangerenvorsorge, da hier Grundsteine für die präventive und gesundheitsfördernde geburtshilfliche Arbeit gelegt werden. Die Beratung in Fragen der Familienplanung und die Schwangerenvorsorge in Deutschland wird in der Regel von Ärztinnen und Ärzten erbracht. Dieser Hintergrund lässt die Probleme erkennen, ein entsprechendes Leistungsangebot von Hebammen in der Gesundheitsversorgung zu etablieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation weisen eindeutig die Anforderung aus, das geburts-
hilfliche Versorgungsangebot interdisziplinär zu gestalten, da eine umfassende und angemessene
Gesundheitsversorgung nur in der Kooperation zu leisten ist. Die befragten Hebammen identifizieren
die im traditionell berufsständischen Denken verwurzelte Annahme als problematisch, welche
Hebammen als alleinige Ansprechpartnerinnen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vorsieht.
Diese Annahme erschwere des Weiteren eine zukunftsorientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit.
Eine weitere Problematik ergibt sich aus der ausgeprägten Konkurrenz zur ärztlichen Profession: Die
befragten Hebammen schildern massive Probleme in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit
mit Ärztinnen und Ärzten. Sie führen diese Probleme auf eine unterschiedliche 'Philosophie des
Gebärens und der Geburtshilfe' zwischen den für die Geburtshilfe zuständigen Berufsgruppen zurück.
Vereinfacht kann diese 'Philosophie' beschrieben werden mit dem Konzept der 'Risikoorientierung'
einerseits bzw. der 'Ressourcenorientierung' andererseits.

Bezogen auf den Aufgabenbereich der Geburtsleitung bei physiologischen Geburten weisen die
Erkenntnisse dieser Arbeit darauf hin, dass den Hebammen die Kompetenz zur Primärversorgung
innerhalb dieses Bereichs in den Kliniken mehr oder weniger zugestanden wird. Dabei betonen die
berufserfahrenen Hebammen, dass sie sich bei Normalgeburten der Ärztin bzw. dem Arzt gegenüber
als gleichwertig kompetent betrachten und über die Zuständigkeit verfügen sollten, diese beim
Auftreten von Regelwidrigkeiten hinzuzuziehen. Tatsächlich wird die Zuständigkeit bei physiologischen
Geburten jedoch tagtäglich im 'interdisziplinären Kampf' ausgefochten. Dies umfasst dann die
Anforderung, sich in der arztorientierten Klinikhierarchie zu behaupten. Weniger belastet scheint die
interdisziplinäre Arbeit dann, wenn die Hebammen die eigene Kompetenzgrenze als gegeben sehen.
Sie beschreiben die zentrale Anforderung, die entsprechende Kompetenzgrenze der eigenen
Qualifizierung und Berufserfahrung wahrzunehmen bzw. die Kompetenzbereiche der an der
Gesundheitsversorgung beteiligten Sozial- und Gesundheitsberufe zu kennen und zu respektieren. Die
Verantwortung, Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen, wenn gesundheitliche Risiken, geburts-
hilfliche Komplikationen oder gar Notfälle vorliegen, steht ebenso außer Frage wie die Tatsache, dass dann die
Kompetenz der weisungsbefugten Ärztinnen und Ärzte Vorrang hat. Eine grundsätzliche Regelung des
Verhältnisses, welches entweder ein gleichberechtigtes Nebeneinander von Arzt und Hebamme bei
Normalgeburten oder die Unterordnung der Hebamme unter das Weisungsrecht des Arztes vorsieht,
scheint in den Kliniken nicht gegeben. Grundsätzlich erschweren damit hierarchische Beziehungen,
nicht vorhandene Kommunikationsstrukturen und institutionell ungeklärte Verantwortungsbereiche die
Abstimmung hebammengeleiteter und ärztlicher Geburtshilfe. Es besteht daher die zukünftige

Anforderung, die interdisziplinäre Arbeit so zu gestalten, dass die geburtshilfliche Versorgung der Frauen und Kinder optimal gesichert wird.

Die Domäne '**Entwicklung und Organisation**' greift die Kompetenzanforderungen auf, das geburtshilfliche Versorgungsangebot vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Gesellschaft qualitativ weiter zu entwickeln. Ebenso wird die Anforderung, eine eigene professionelle Praxis im Rahmen rechtlicher Vorgaben, ethischer Prinzipien und beruflicher Normen zu gestalten, unter dem Entwicklungsaspekt aufgegriffen.

Die hier vorliegende Untersuchung weist eindeutig auf die Anforderung hin, das geburtshilfliche Versorgungsangebot nicht nur auf der Mikroebene den Erwartungen und Bedürfnissen der einzelnen Frau anzupassen, sondern auch den gesellschaftlichen Wandel und die damit einhergehenden veränderten Anforderungen an das geburtshilfliche Versorgungsangebot zu integrieren. Grundsätzlich weisen die Expertinnen auf die zukunftsorientierte gesellschaftliche Bedeutung des geburtshilflichen Versorgungsangebots hin, welches im System gesundheitlicher Versorgung bisher zu wenig Beachtung findet. Gleichzeitig problematisieren sie auf der Mikroebene die zunehmenden Diskrepanzen zwischen dem geburtshilflichen Versorgungsangebot und den geburtshilflichen Dienstleistungserwartungen der Frauen und beschreiben sie als Folge der Medikalisierung bzw. Technisierung der Frauengesundheit. Diese Ergebnisse lassen auf die Anforderung schließen, sowohl in der individuellen Betreuungsarbeit durch Aufklärungsarbeit als auch auf gesellschaftlicher Ebene das geburtshilfliche Versorgungsangebot durch Hebammen in seiner gesundheitsfördernden und präventiven Bedeutung auszuweisen und dessen systematische Verankerung im System gesundheitlicher Versorgung einzufordern. Dabei diskutieren die befragten Expertinnen kontrovers, ob die Anforderung, auf einer gesellschaftlichen Mesoebene zu wirken, noch im Kompetenzbereich einer Hebamme liegt. Dagegen stellen sie übereinstimmend fest, dass eine Ausbildungsreform hinsichtlich des Zugangs zur akademischen Bildung und zur Forschung wesentliche Faktoren darstellt, um die Berufsangehörigen zu befähigen, den Anforderungen einer sich wandelnden Gesellschaft zu entsprechen.

Die geburtshilfliche Versorgungsleistung muss grundsätzlich unter Beachtung rechtlicher, ethischer und professioneller Vorgaben und Prinzipien erfolgen. Die Expertinnen beschreiben insbesondere bei Berufsanfängerinnen Unsicherheiten, die eigene Praxis zu gestalten, da konkrete rechtliche, ethische und professionelle Handlungsvorgaben fehlen. Rechtsunsicherheiten bestehen insbesondere

bezüglich der Abgrenzung ärztlicher und hebammengeleiteter Geburtshilfe. Die Probleme, eine eigene ethische Praxis zu entwickeln, zeigen sich besonders deutlich im Aufgabenbereich der Pränataldiagnostik: Durch den fehlenden Einbezug der Berufsgruppe in ethische Diskurse auf gesamtgesellschaftlicher Ebene einerseits sowie in praktische Beratungssituationen andererseits bestehen für die Berufsangehörigen keine Möglichkeiten, den interdisziplinären Diskurs zu führen bzw. in der konkreten Betreuungsarbeit eine ethisch begründete professionelle Praxis zu entwickeln.

Die Entwicklung einer professionellen Praxis wird auch durch die meist normative Begründung beruflicher Prinzipien behindert. Ansprüche der Berufsangehörigen an sich selbst wie auch Erwartungen der Klientinnen an die Leistungserbringung erschweren die Abgrenzung beruflicher und privater Lebensräume. Berufstypische Rollenerwartungen, wie z. B. im Rahmen der kontinuierlichen Betreuung 'permanent verfügbar zu sein' oder 'sich emotional auf die Frau einzulassen', führen zu Überforderungssituationen, welche in der Regel durch berufliche Krisen erfahren werden und im besten Fall zu einer persönlichen Einstellungs- und Verhaltensänderung der Hebammen führen. Die berufliche Reflexion und Supervision insbesondere von Berufsanfängerinnen ist ein Weg, um diese diffusen Rollenerwartungen und Anforderungen zu bearbeiten und in Richtung einer professionellen Praxis weiter zu entwickeln.

Auch die Anforderungen, nach denen die eigene Praxis unter ökonomischen Gesichtspunkten zu organisieren ist, sind wenig transparent; die Befragten benennen die erforderlichen Kompetenzen vor dem Hintergrund berufsständischer Traditionen als 'nicht so ganz ideelle Qualitäten der Hebamme'. So kann der personelle und zeitliche Aufwand, der zur Organisation einer eigenen Praxis erforderlich ist, nicht belegt werden. Ebenso begründen sie die Qualität der beruflichen Leistung meist normativ und ohne Bezug auf konkrete Qualitätskriterien. Für die Zukunft zeigt sich damit die Anforderung, neue Organisationsformen der beruflichen Leistungserbringung zu entwickeln, welche eine sichere und den zeitgemäßen Erfordernissen angemessene geburtshilfliche Versorgung ermöglichen. Zur Diskussion stehen insbesondere diejenigen Organisationsformen, bei denen nicht mehr gewährleistet werden kann, dass ausreichend Personal vorhanden ist, um eine Geburt zu begleiten und Abweichungen frühzeitig zu erkennen. Sie bergen Risiken, welche mit einem professionellen Versorgungsangebot nicht mehr zu vereinbaren sind. Die Weiterentwicklung konzeptionell und organisatorisch abgestimmter geburtshilflicher Teams bieten damit Potentiale, ein qualitativ gesichertes, ökonomisch angemessenes und mit den individuellen Ressourcen einer Hebamme zu vereinbarendes geburtshilfliches Versorgungsangebot zu entwickeln.

3.2 Das Kompetenzprofil

Auf Grundlage der oben analysierten Kompetenzanforderungen können im Ergebnis die einzelnen Domänen mit jeweils drei bis sechs, dem Handlungsfeld entsprechenden Kompetenzen unterlegt werden, so dass insgesamt 22 Kompetenzen in fünf Domänen die beruflichen Kompetenzanforderungen widerspiegeln.

Geburtshilfliches Wissen

- 1 Die Hebamme verfügt über umfassendes Wissen und ist in der Lage, dieses im konkreten geburtshilflichen Fall anzuwenden.
- 2 Die Hebamme reflektiert kritisch tradiertes und erfahrungsbasiertes Hebammenwissen und unterstützt die Entwicklung wissenschaftlich basierter Erkenntnisse.
- 3 Die Hebamme erweitert und vertieft kontinuierlich ihr geburtshilfliches Wissen auf der Grundlage aktueller theoretischer Erkenntnisse und persönlicher beruflicher Erfahrung.
- 4 Die Hebamme erkennt Anforderungen, die eine Weiterbildung erfordern und nutzt diese, um die berufliche Leistung auf einem hohen fachlichen Niveau zu halten.

Geburtshilfliche Kommunikation

1. Die Hebamme respektiert die Selbstkompetenz der Frau und ihrer Familie und fördert deren Ressourcen, die Verantwortung für das eigene Gesundheitsverhalten zu übernehmen.
2. Die Hebamme respektiert das Recht der Frau und der Familie auf Aufklärung und Beratung und fördert die informierte Entscheidung.
3. Die Hebamme strebt eine professionelle Beziehung zu den betreuten Frauen und Familien an, um deren Vertrauen in die Sicherheit der geburtshilflichen Versorgung zu fördern.
4. Die Hebamme reflektiert eigene Werte und Vorstellungen kritisch und respektiert die emotionalen, sozialen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Frau und ihrer Familie.
5. Die Hebamme leitet die Geburt unter kritischer Reflexion der Anforderungen an eine professionelle Beziehungsgestaltung.

Geburtshilfliche Entscheidung und Handlung

1. Die Hebamme stellt die Frau und ihre Familie ins Zentrum der professionellen Handlung.
2. Die Hebamme begleitet im Einverständnis mit den zu betreuenden Personen den physiologischen geburtshilflichen Prozess unter Anwendung angemessener und effektiver Methoden der Überwachung.
3. Die Hebamme erkennt geburtshilfliche Situationen, welche eine Unterstützung des physiologischen Verlaufs erfordern, begründet geburtshilfliche Maßnahmen evidenzbasiert und führt diese in Zusammenarbeit mit den zu betreuenden Personen angemessen aus.

4. Die Hebamme verantwortet fallbezogenen geburtshilfliche Entscheidungen und begründet diese gegenüber den betroffenen Personen.
5. Die Hebamme zieht beim Auftreten von Komplikationen Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig hinzu und führt ärztliche Weisungen unter Einbezug der betroffenen Personen fachgerecht aus.
6. Die Hebamme bleibt entscheidungs- und handlungsfähig in komplexen geburtshilflichen Situationen und setzt Prioritäten bei zeitgleichen Anforderungen.

Zuständigkeit und Kooperation

1. Die Hebamme bietet eine sichere und effektive geburtshilfliche Primärversorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.
2. Die Hebamme arbeitet als gleichberechtigtes Mitglied im interdisziplinären Team, mit dem Ziel der optimalen Gesundheitsversorgung von Frauen, Kindern und Familien.
3. Die Hebamme erkennt eigene Kompetenzgrenzen und sichert in Absprache mit den zu betreuenden Personen die gesundheitliche Versorgung durch Hinzuziehung von Ärztinnen und Ärzten bzw. veranlasst die Überweisung zu den Angehörigen anderer Sozial- bzw. Gesundheitsberufe.

Entwicklung und Organisation

1. Die Hebamme überprüft das geburtshilfliche Versorgungsangebot vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Gesellschaft.
2. Die Hebamme gestaltet die eigene Praxis im Rahmen rechtlicher Vorgaben sowie ethischer Prinzipien.
3. Die Hebamme organisiert die geburtshilfliche Praxis nach qualitätssichernden und ökonomischen Prinzipien.
4. Die Hebamme entwickelt Organisationsformen der beruflichen Leistungserbringung, welche die Qualität einer frauen- und familienorientierten geburtshilflichen Versorgung sichern.

V Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen

1 Diskussion

Bevor eine inhaltliche Diskussion der Ergebnisse vorgenommen wird, soll kurz auf die Eignung der Methodenwahl für den Forschungsgegenstand eingegangen werden.

Mit Fokus auf die angestrebte Curriculumsentwicklung wurden die beruflichen Anforderungen aus der Perspektive von berufserfahrenen Hebammen, Hebammenschülerinnen, Lehrhebammen und Hebammen mit erweiterten Kompetenzen ermittelt. Durch das qualitative Studiendesign konnten insgesamt 140 Expertinnen der Berufs- und Ausbildungspraxis ihre Erfahrungen, Sichtweisen und Deutungen in die Untersuchung einbringen. Da die Verfasserin der Dissertation zudem über eine langjährige Berufserfahrung als Hebamme verfügt, war ein guter Zugang zum Untersuchungsgegenstand gegeben. Die Forscherin war sich dabei bewusst, dass diese, in der Berufsbildungsforschung anerkannte Nähe zum Untersuchungsfeld, eine gezielte und kritische Reflexion eigener Standpunkte erforderte, um die Distanz zum Untersuchungsgegenstand zu sichern (vgl. Rauner 2005: 245).

Die Befragung berufserfahrener Hebammen durch die Methode des Expertinneninterviews zielte darauf ab, deren Wissen und Können als Ergebnis einer gelungenen Kompetenzentwicklung in den Domänen der Hebammenpraxis zu beleuchten (vgl. Röben 2005: 247). Die Herausforderung bestand darin, trotz Ermangelung eines theoretischen Begründungsrahmens zur Ausdifferenzierung beruflicher Kompetenzprofile, die Erhebung so anzulegen, dass die gewonnenen Daten zielführend genutzt werden konnten. In der Konsequenz wurde die Datenerhebung zwar in Anlehnung an den Stand des Wissens und der Forschung durch Leitfragen strukturiert, bezogen auf den komplexen Untersuchungsgegenstand der Kompetenzanforderungen aber offen angelegt. Ergänzt wurde dieser Untersuchungsschritt durch den Einbezug von Lehrenden und Auszubildenden sowie von sachverständigen Expertinnen der Berufspraxis durch die Methode der Gruppendiskussion. Die in den jeweiligen Diskussionen ermittelten Perspektiven dieser Gruppen ermöglichte die Kontrastierung der in den Expertinneninterviews gewonnenen Daten, so dass diese bestätigt, erweitert bzw. hinterfragt werden konnten. Die Auswertung der Ergebnisse wurde durch ein systematisches Ablaufschema strukturiert, so dass die in einem induktiv-deduktiv organisierten Wechselspiel gewonnenen Ergebnisse intersubjektiv prinzipiell nachvollziehbar sein sollten. Im Ergebnis konnten durch diesen strukturierten aber offenen qualitativen Ansatz explorativ neue Erkenntnisse gewonnen werden, wobei bereits vorliegende

Ergebnisse der deutschsprachigen Hebammenforschung (vgl. u. a. Sayn-Wittgenstein 2007; Sayn-Wittgenstein, Kehrbach & Kirchner 2007; Zoege 2004) bzw. der internationalen Hebammenkompetenzforschung (vgl. u. a. Butler, Fraser & Murphy 2008) in weiten Teilen bestätigt wurden.

Das Delphi-Verfahren wurde genutzt, um die auf Grundlage der Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen ermittelten Kompetenzanforderungen durch Bildungsexpertinnen im Hebammenwesen einer ersten Überprüfung zuzuführen. Die Auswahl der Expertinnen basierte auf den Kriterien einer hohen Problemlösungskompetenz und Motivation, was die kleine Anzahl der Befragten begründete. Diese methodische Entscheidung führte zum erwünschten Effekt: Die Befragten nahmen zu 100 % in beiden Delphi-Runden teil und die ergänzenden Kommentare führten zu einem inhaltlich nachvollziehbaren Bild des Antwortverhaltens. Das Ergebnis des Delphi-Verfahrens zeigt, dass die in den Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen ermittelten Kompetenzanforderungen durch die Bildungsexpertinnen durchgehend gestützt wurden. Es zeigt sich aber auch, dass die Bildungsexpertinnen die Kompetenzen danach beurteilten, ob diese im Rahmen beruflicher Erstausbildung erworben werden können oder ob sie das Ergebnis z. B. langjähriger Berufserfahrung beschreiben, d. h. Expertise abbilden.

Der konsequente Einbezug der von einer zukünftigen curricularen Reform betroffenen Statusgruppen und von sachverständigen Expertinnen der Berufspraxis ermöglicht die enge Verzahnung der in dieser Arbeit vorgenommenen empirischen Analyse beruflicher Anforderungen und der zukünftigen Curriculumsentwicklung. Dass hier tatsächlich eine Chance liegt, die Ergebnisse der Dissertation für die weitere curriculare Reform der Hebammenausbildung zu nutzen, zeigt sich daran, dass konzeptionelle Vorarbeiten der vorliegenden Dissertation in der konkreten curricularen Arbeit bereits aufgegriffen worden sind (vgl. Helmers & Kehrbach 2006; Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes 2008).

Im Ergebnis basiert das Kompetenzprofil im Wesentlichen auf der Analyse der Kompetenzanforderungen, wie sie die Hebammen beschrieben haben. In der Auswahl der Stichprobe für die Untersuchung liegt die Stärke wie auch die Begrenztheit dieser Dissertation. Es kann davon ausgegangen werden, dass – ohne den Anspruch auf Repräsentativität zu erheben – die Perspektive der Hebammen in diesem Kompetenzprofil weitgehend erfasst werden konnte. Die Sichtweisen anderer Personen- und Berufsgruppen sind nicht erhoben worden, so dass deren Vorstellungen über bzw. Erwartungen an eine hebammengeleitete Geburtshilfe nicht berücksichtigt worden sind. Eine weiterführende Untersuchung würde die Ergebnisse dieser Untersuchung sinnvoll ergänzen, um die

Kompetenzanforderungen an den Hebammenberuf aus Sicht der Frauen und Familien und den an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu beleuchten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zusammenfassend und unter Bezugnahme auf den Stand der Forschung und des Wissens diskutiert.

Ein zentrales Ergebnis der Dissertation ist, dass Hebammen über die Kompetenz verfügen müssen, 'wissensbasiert zu handeln', um eine sichere geburtshilfliche Versorgung zu gewährleisten. Das geburtshilfliche Wissen bezieht sich grundsätzlich auf berufliche Anforderungssituationen, d. h. Wissen ist das, was sich im beruflichen Können zeigen kann. Ergebnisse der Studie weisen weiter darauf hin, dass berufserfahrene Hebammen Wissen und Können gleichzeitig betrachten und ihr Wissen in höheren Kompetenzstufen in Können übergeht. Damit werden Erkenntnisse berufspädagogischer Expertiseforschung gestützt, wonach das Wissen der Experten diese befähigt, kompetent in komplexen Situationen handeln zu können (vgl. Benner 1994, Eraut 2002, Neuweg 2004). Gleichzeitig wird damit auch ein Wissensbegriff gestützt, welcher Wissen nicht auf fachliche Kenntnisse reduziert. Die Anforderung an die professionell Handelnden 'zu wissen' umfasst vielmehr Wissensartens des 'knowing what' ebenso wie des 'knowing how' (vgl. Dreyfus & Dreyfus 1986; Ryle 1949). Ebenso besteht die Anforderung, personenbezogene Perspektiven der Betreuten in das Wissen zu integrieren. Wissen bedeutet daher auch zu verstehen, wie eine Beziehung zu den betreuten Personen aufgebaut werden kann (vgl. Oevermann 1996; Zoege 2004).

Auf Grundlage der Ergebnisse kann zwischen theoretischen und erfahrungsbasierten Wissensarten unterschieden werden. Im theoretischen Wissen sind insbesondere medizinische Kenntnisse von Bedeutung, welche grundsätzlich die Hebamme befähigen, kriterien- und regelgeleitet physiologische von pathologischen geburtshilflichen Verläufen abzugrenzen und letztlich fachlich angemessen handeln zu können. Das erfahrungsbasierte Wissen ist nach den Erkenntnissen dieser Arbeit in seiner Relevanz für kompetentes Handeln berufserfahrener Hebammen ebenfalls hoch zu bewerten. Die praktische Anwendung des Wissens erfolgt in der Regel intuitiv, indem unter Einsatz aller Sinne die geburtshilfliche Situation ganzheitlich erfasst und 'gespürt wird', welche Form der Unterstützung die Frau und/oder das Kind zu welchem Zeitpunkt der Geburt brauchen oder welche Komplikationen sich gegebenenfalls abzeichnen. Benner (1984) analysierte dieses Wissen bei Pflegeexpertinnen und bezeichnete es – ebenso wie die im Rahmen dieser Studie befragten Hebammen – als 'praktisches Wissen'. Darüber hinaus wird in der vorliegenden Dissertation die Kategorie des 'Frauenwissens'

expliziert, welches Wissen um weibliche Körperlichkeit, Sexualität und Elternschaft umfasst und der Anforderung an die Hebamme entspricht, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als physiologische Prozesse im Leben einer Frau zu verstehen und das Gebären als Übergangsprozess geschehen lassen zu können. Der von den Expertinnen genutzte Begriff des 'Handwissens' greift den Bezug zur Körperlichkeit weiter auf und beschreibt, wie der Kontakt zu den betreuten Frauen und Kindern aufgenommen, die geschulte sinnliche Wahrnehmung genutzt und die Handlung unter Einbezug der Perspektive der Betreuten kompetent durchgeführt wird. Dieses Wissen wurde in der deutschsprachigen Literatur unter dem Begriff des 'Be-Greifenden Wissens' in seiner Besonderheit und Bedeutung für die professionelle Kompetenz der Hebammen in ersten Ansätzen beleuchtet, um als spezielle Form des impliziten Wissens in Richtung einer taktil-kinästhetischen Kunstlehre, der so genannten Hebammenkunst, erschlossen zu werden (vgl. Duden 2001; Fischer 2002).

Ergebnisse dieser Arbeit lassen darauf schließen, dass das erfahrungsbasierte Wissen z. T. mystifiziert wird, da es dem Gefühlsbereich zugeordnet wird und die darauf basierenden geburtshilflichen Urteile und Entscheidungen kaum explizit begründet werden können. So greifen z. B. berufserfahrene Hebammen auf das implizite Erfahrungswissen zurück, um 'zu spüren, wann es klappt'. Dieses Wissen liefert erste Anzeichen für das Vorliegen eines pathologischen Befundes, noch bevor eindeutige messbare Befunde diesen wirklich belegen. Dieses Wissen wurde bereits von Benner (1994: 28) als Bestandteil des Expertinnenwissens von Pflegekräften analysiert. Ergebnisse der hier vorliegenden Dissertation bestätigen insgesamt Erkenntnisse der Expertiseforschung, wonach die professionelle Urteils- und Entscheidungskompetenz berufserfahrener Experten nicht (mehr) auf der kognitiv geleiteten Anwendung von Regeln beruht, sondern mentale Akte des Vergleichens und der Integration darstellen, die es den Expertinnen und Experten ermöglichen, die Situation intuitiv zu erfassen und gezielt zu handeln (vgl. Benner 1994; Eraut 2002; Neuweg 2004; Schön 1983). Insbesondere Schön (ebd.) widerlegt dabei die weit verbreitete Annahme, dass eine auf generellen Prinzipien basierende theoretische Analyse der professionellen Handlung zeitlich vorangestellt und hierarchisch übergeordnet ist. Neuweg (2004: 31ff.) zeigt auf, dass implizites Wissen insbesondere dann aufgebaut wird, wenn Handlungen und Entscheidungen unter Bedingungen hoher Komplexität erfolgen. Der implizite Lernmodus und das implizite Wissen sind dann als Anpassungsstrategie an Anforderungssituationen zu betrachten, in denen die Schlüsselvariablen unter einer Vielzahl von Informationen herausgefiltert werden müssen. Das Können der Experten ist damit kontextsensitiv und einzelfallbezogen, als dass seine Flexibilität in Algorithmen abgebildet werden könnte (vgl. ebd.: 18). Ergebnisse der hier vorliegenden Dissertation zeigen, dass zu Beginn der beruflichen Tätigkeit in erster Linie das medizinische Regelwissen eingesetzt wird, um geburtshilfliche Handlungen und Ent-

scheidungen zu begründen. Die Kompetenz, 'ein Gespür' für Komplikationen zu entwickeln und sicher fallbezogen Urteile und Entscheidungen zu fällen, ist abhängig vom Grad der geburtshilflichen Erfahrung und der Fähigkeit zur Reflexion dieser Erfahrung.

Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung räumen der Reflexionskompetenz eine zentrale Bedeutung im Verständnis von Expertenwissen ein. Hebammen müssen über Kompetenzen verfügen, das geburtshilfliche Wissen und das darauf basierende berufliche Können kritisch zu reflektieren, d. h. individuelle Erfahrungen, tradierte Maßnahmen und intuitiv gefällte klinische Entscheidungen kritisch zu evaluieren. Die Irrtumsanfälligkeit intuitiven Handelns wurde von Neuweg (2004: 345) durch die Problematisierung der 'impliziten Blindheit' verdeutlicht: „Man kann intuitiv und flüssig auch das Falsche machen.“ An dieser Stelle sei kritisch angemerkt, dass das Risiko des Irrtums in Handlungsfeldern, in denen Menschen direkt zu Schaden kommen können, von besonderer Bedeutung ist. Auf die Anforderung der reflektierten klinischen Entscheidungsfindung weisen weiterhin Dohmen (2001: 19), Eraut (2002: 128ff.) und Schön (1983: 61) hin, wobei die Autoren in diesem Zusammenhang zwischen der schnellen, intuitiven Urteilsbildung und der reflexiv begründeten Analyse erfahrener Praktiker differenzieren. Neuweg (2004: 346f.) fordert daher, dass der Lernprozess einerseits in der Fähigkeit zur raschen Urteilsbildung münden sollte und andererseits ein reflexiver Prozess einzuüben ist, der die Lernbereitschaft aufrechterhält. Die dazu erforderliche analytische Distanz sollte in Phasen der theoretischen Ausbildung an Schulen und Hochschulen ermöglicht sowie Reflexion und analytisches Denken eingeübt werden (ebd.: 374f.). Ergebnisse der hier vorliegenden Dissertation weisen darüber hinaus die Strategien der Praktikerinnen aus, diese Distanz und Reflexion z. B. durch die schriftliche Dokumentation in der konkreten geburtshilflichen Betreuung herzustellen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die in dieser Dissertation identifizierten erfahrungsbasierten Wissensarten das Ergebnis einer normalen gelungenen Kompetenzentwicklung darstellen. Bezogen auf die besondere Struktur und Bedeutung impliziten Wissens sollten theoretische und empirische Erkenntnisse gezielt genutzt werden, um das Wissen zu entmystifizieren und die entsprechende Expertiseentwicklung curricular-didaktisch zu befördern (vgl. Neuweg 2004: 367ff.). Auf Grundlage der hier gewonnenen Erkenntnisse wäre es des Weiteren empfehlenswert, dass Auszubildende und Berufsanfängerinnen in ein geburtshilfliches Setting eingebunden sind, in dem die geburtshilfliche Urteilsbildung und Entscheidungsfindung durch berufserfahrene Hebammen unterstützt und supervidiert wird.

Die gezielte Reflexion des beruflichen Handelns bietet weiterhin das Potential, praktisches Wissen zu explizieren und der Überprüfung zugänglich zu machen. Grundsätzlich wird in dieser Dissertation die Anforderung belegt, das geburtshilfliche Wissen auszuweisen und 'die Kunst zu belegen'. Das spezifische hebammenkundliche Wissen wird laut Aussagen der Expertinnen dabei immer noch von Hebammengeneration zu Hebammengeneration mündlich überliefert (vgl. Pultz 2001) bzw. ist ansatzweise in aktuellen Lehrbüchern beschrieben (vgl. Geist, Harder & Steifel 2007; Mändle & Opitz-Kreuter 2007). Grundsätzlich liegt eine Problemlage des Berufsstandes darin, einen eigenständigen spezifischen Wissensbestand sowie externe Evidenzen als Grundlage einer wissenschaftlichen geburtshilflichen Handlung und Entscheidung auszuweisen. Die derzeitigen Akademisierungsbestrebungen sind damit auch vor dem historischen Hintergrund der Entwicklung und Kontrolle des geburtshilflichen Wissens zu betrachten (vgl. Loytved 2002): Mit dem Zugang zur akademischen Hebammenausbildung und zur Forschung wird die Chance verbunden, die spezifische Wissensbasis systematisch auszuweisen und weiter zu entwickeln. Dieser Bedarf wird auch durch die Analyse von Sayn-Wittgenstein (2007: 179ff.) gestützt, in welcher der Entwicklungsbedarf hinsichtlich einer Forschungskultur im Hebammenwesen in Deutschland aufgezeigt wird.

Als ein weiteres zentrales Ergebnis der Untersuchung in der vorliegenden Dissertation artikulieren die befragten Hebammen die Anforderung, die persönliche Beziehung zu den betreuten Frauen bzw. deren Familien professionell zu gestalten: Das bedeutet, sich auf die Frau und ihre Familie 'emotional einzulassen' und sich in die Perspektive der betreuten Personen 'einzufühlen', um deren emotionale und soziale Bedürfnisse erkennen und respektieren zu können. Dies zu leisten erfordert persönliche Fähigkeiten wie Empathie, Geduld, Offenheit und Toleranz, welche aus der Sichtweise der befragten Expertinnen als Persönlichkeitseigenschaften der Hebamme in den Beruf eingebracht werden. Damit explizieren die Expertinnen zum einen diejenigen Kompetenzen, welche für die Berufsausübung unentbehrlich sind, zum anderen sind sie weiterhin verhaftet mit der stereotypen Rollenzuweisung helfender Berufe, nach dem diese Kompetenzen praktisch als 'weibliches Arbeitsvermögen' in die personenbezogenen Dienstleistungsberufe eingebracht werden. Piechotta (2000) diskutiert kritisch dieses Rollenverständnis: Sie expliziert die 'weiblichen Persönlichkeitseigenschaften' als beruflich relevante Kompetenzen der Pflegeberufe und begründet damit die Anerkennung dieser Kompetenzen als berufliche Leistung. Ergebnisse der hier vorliegenden Dissertation bestätigen diesen Ansatz: Die Untersuchung weist neue und erhöhte Anforderungen an die kommunikative Gestaltung der professionellen Beziehung aus und macht deutlich, dass die 'mitgebrachten Persönlichkeitseigenschaften' keine ausreichende Grundlage für die kommunikativen Kompetenzen bilden, welche für die professionelle Gestaltung der Beziehung erforderlich sind. Gleichfalls lassen Ergebnisse der vorliegenden

Dissertation darauf schließen, dass der entsprechende Kompetenzerwerb im jetzigen System beruflicher Ausbildung nicht ausreichend gesichert ist.

Bezogen auf die Anforderung, die professionelle Beziehung kommunikativ zu gestalten, werden durch die Untersuchung die erweiterten Gestaltungs- und Wahlmöglichkeiten der Eltern bei der Geburt ihrer Kinder als wesentliche Einflussfaktoren identifiziert. Hebammen müssen über Kompetenzen verfügen, Einzelfallentscheidungen zu treffen und individuell abzuwägen, ob die gewünschten geburtshilflichen Dienstleistungen realisierbar und professionell zu verantworten sind. Die kommunikative Gestaltung und schriftliche Dokumentation des Aufklärungs- und Beratungsprozesses gewinnt dann zusätzlich Bedeutung, wenn das geburtshilfliche Vorgehen zwar von der Hebamme fallbezogen verantwortet wird, jedoch als Abweichung vom standardisierten medizinischen Vorgehen einzustufen ist. Dabei beschreiben die Expertinnen eindrucksvoll das Spannungsfeld, einerseits die Autonomie und Selbstbestimmung der Frau zu wahren und dennoch die Entscheidungen zu treffen und zu begründen, die zur professionellen Leitung der Geburt erforderlich sind. Ergebnisse der vorliegenden Dissertation lassen darauf schließen, dass der Grad an Autonomie, welcher der Frau zugestanden wird, weitgehend vom Erfahrungswissen und der Persönlichkeit der Hebamme abhängig ist. Konzeptionell kann aus den hier gewonnenen Ergebnissen nicht auf eine 'gleichberechtigte Beziehung' zwischen den Hebammen und den betreuten Personen geschlossen werden. Dies wird auch durch die Diskussion um die Beziehung zwischen Hebamme und betreuten Frauen in der deutschsprachigen Literatur gestützt (vgl. Kirchner 2003; Sayn-Wittgenstein, Kehrbach & Kirchner 2007: 134; Zoege 2004: 275ff.). Als besonders problematisch erweist sich dabei die Annahme von einigen der befragten Hebammen, dass die Erfahrung einer 'gelungenen Bewältigung einer Geburt' eine günstige Voraussetzung für die weitere Persönlichkeitsentwicklung und damit für die Übernahme der Elternrolle und der Familienbildung bildet. Dieser bisher weitgehend normativ begründete kausale Zusammenhang wird auf Grundlage der hier gewonnenen Erkenntnisse zwischen Hebammen und Betreuten kommunikativ indirekt transportiert und ist vor allem dort in seiner Problematik sichtbar, wo Diskrepanzen zwischen den Vorstellungen der Hebammen bezogen auf eine 'gelungene Bewältigung einer Geburt' und den Sichtweisen der Frauen bestehen. Kommunikative Probleme zwischen Hebammen und betreuten Frauen sind in diesem bisher wenig bearbeiteten Spannungsfeld vorprogrammiert.

Die Anforderungen an die Gefühlsarbeit im Hebammenberuf sind hinreichend dokumentiert und durch empirische und theoretische Studien für die Pflegeberufe im Allgemeinen (vgl. Piechotta 2000) wie für die Hebammen im Besonderen (vgl. Kirchner 2003; Zoege 2004) bearbeitet. Die entsprechenden kommunikativen Kompetenzen werden in den Studien von Butler, Fraser und Murphy (2008) als

zentrale Kompetenzen von Hebammen bestätigt. Zoege (2004: 275ff.) zeigt auf, dass eine Professionalisierung des Hebammenberufs in Deutschland nur dann möglich ist, wenn diese zentralen Kompetenzanforderungen als Kern des professionellen Handelns erschlossen werden. Diffuse Rollenerwartungen müssten dann im Sinne des therapeutischen Arbeitsbündnisses geklärt, reflexive und kommunikative Kompetenzen geschult und die Hebammen in ihrer professionellen Entwicklung unterstützt werden. Von Interesse wären daher weiterführende Studien mit den Fragestellungen, welche kommunikativen Kompetenzanforderungen tatsächlich aus Sicht der Frauen und Familien gegeben sind, wie die Kommunikation in der Versorgungspraxis gestaltet wird und wie die kommunikativen Kompetenzen von den Empfängerinnen der beruflichen Leistung wahrgenommen werden. Eine empirische Untersuchung wie die Erhebung von Darmann (2000) für die Pflegeberufe könnte hier konkrete Ansatzpunkte für die geburtshilfliche Praxis ergeben und als Grundlage weiterführender curricular-didaktischer Entscheidungen genutzt werden.

In der hier vorliegenden Untersuchung wird die Anforderung angezeigt, das geburtshilfliche Versorgungsangebot sowohl auf der Mikroebene den Erwartungen und Bedürfnissen der einzelnen Frau wie auf der Makroebene den gesellschaftlich veränderten Anforderungen an eine zeitgemäße gesundheitliche Versorgung anzupassen. Auf der Mikroebene werden wie oben ausgeführt zunehmend Diskrepanzen zwischen dem geburtshilflichen Versorgungsangebot und den geburtshilflichen Dienstleistungserwartungen der Frauen und deren Partner problematisiert. Diese werden von den im Rahmen dieser Untersuchung befragten Hebammen als Folgen einer Medikalisierung bzw. Technisierung der Gesundheit insgesamt beschrieben, so dass sie damit an entsprechende Erklärungsansätze hebammenwissenschaftlicher Forschung anschließen (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 147ff.). Ergebnisse der vorliegenden Dissertation lassen darauf schließen, dass die Perspektive der Frauen und ihrer Familien nur unzureichend bekannt ist. Die Klientinnen sollten daher stärker an der Weiterentwicklung des geburtshilflichen Versorgungsangebots beteiligt werden. Vergleichbare Diskussionen wurden in den 90er Jahren in Großbritannien geführt, wobei hier erste Impulse zur Reform der Geburtshilfe durch die Klientinnen gesetzt wurden. Die Ergebnisse der darauf folgenden Bedarfsanalysen wurden durch gesundheitspolitische Reformen aufgegriffen (vgl. Department of Health 1993). Es folgten weitere Studien, welche die Erwartungen an die Hebammen bzw. die Erfahrungen der Frauen mit der Hebammenhilfe untersuchten. Diese konnten als Orientierung für die curriculare Entwicklung der in Großbritannien inzwischen akademisierten Hebammenausbildung herangezogen werden (vgl. Fraser 1999). Auch die im Rahmen dieser Dissertation gewonnenen Ergebnisse lassen schlussfolgern, dass eine Ausbildungsreform hinsichtlich des Zugangs zur

akademischen Bildung und zur Forschung wesentliche Faktoren darstellen, um die Berufsangehörigen zu befähigen, den Anforderungen einer sich wandelnden Gesellschaft zu entsprechen.

Weiterhin ist die Anforderung gegeben, eine eigene Praxis im Rahmen rechtlicher, ethischer und professioneller Vorgaben und Prinzipien zu gestalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auf Grundlage der Ergebnisse eine professionelle Praxis unter dem Entwicklungsbedarf und unter Berücksichtigung einschränkender institutioneller Rahmenbedingungen und Strukturen der gesundheitlichen Versorgung zu diskutieren ist.

Die im Rahmen dieser Dissertation befragten Hebammen sehen sowohl die gesellschaftliche Anforderung wie auch ihre Kompetenz darin, ein eigenständiges gesundheitsförderndes und präventives Versorgungsangebot im Rahmen der Geburtshilfe zu leisten. Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, dass z. B. die Kompetenz, einen professionellen 'geschützten Raum' zu bieten, in dem die Frau ungestört gebären und das Kind in Sicherheit geboren werden kann, durch die zentrale Anforderung bedingt ist, die Physiologie der Geburt zu unterstützen. Die geburtshilfliche Begleitung erfolgt nach dem Prinzip 'sich selbst zurückzunehmen', um das Gebären nicht durch unbegründete geburtshilfliche Maßnahmen und Interventionen zu stören. Das 'ethische Prinzip des Nichtschadens durch Vermeidung von Interventionen' hat bereits Sayn-Wittgenstein (2007: 40) beschrieben. Strukturelle Einflussfaktoren wie der weitgehend fehlende Zugang, um z. B. eine auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtete Schwangerenvorsorge leisten zu können, erschweren die Etablierung eines entsprechenden Versorgungsangebotes und damit die kompetente Leistungserbringung. Diese Ergebnisse stützen die Analyse von Sayn-Wittgenstein (2007), die darauf hinweist, dass das gesundheitsfördernde und präventive Versorgungsangebot durch Hebammen ein im deutschen Gesundheitssystem bisher weitgehend ungenutztes gesellschaftliches Potential birgt.

Die vorliegende Untersuchung zeigt eindeutig die Anforderung einer interdisziplinären Gestaltung des geburtshilflichen Versorgungsangebotes, da eine umfassende Gesundheitsversorgung nur in der Kooperation zu leisten ist. Dabei ist die Zusammenarbeit der für die Geburtshilfe zuständigen Berufe aus Perspektive der befragten Hebammen bisher durch die berufsständisch motivierte Abgrenzung geprägt. Die weitgehend hierarchisch organisierte Aufgabenverteilung zwischen den akademischen und nicht-akademischen Gesundheitsberufen im System medizinischer Gesundheitsversorgung wird als hemmender Faktor für kompetentes Handeln und Entscheiden der Hebammen analysiert. Die so geregelte und organisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit reicht auf Grund der hier gewonnenen Ergebnisse nicht aus, um der Berufsgruppe Orientierung und Rechtssicherheit für das eigene

professionelle Handeln zu bieten. Vertreterinnen des Berufsverbandes DHV e. V. nehmen ihre Aufgabe wahr durch die Entwicklung von Handlungsrichtlinien wie z. B. „Grundsätze einer Ethik für Hebammen“ (BDH 1992), „Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin/Arzt in der Geburtshilfe“ (BDH 2001) sowie „Hebammen Standpunkte: Pränatale Diagnostik“ (BDH 2006). Auf Grundlage der Ergebnisse ist jedoch davon auszugehen, dass die konkrete Anwendung und Umsetzung dieser weitgehend disziplinar entwickelten Handlungsrichtlinien problematisch ist. So führen die unklaren Kompetenzen der Hebamme z. B. im Kontext der psychosozialen Beratung und Begleitung der Frau bei Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik (vgl. Feldhaus-Plumin 2005: 243ff.) spätestens bei der interdisziplinären Betreuung im Kreißaal zu Konflikten, so dass die Voraussetzungen für die geburtshilfliche psycho-soziale Versorgung der Frauen nicht als optimal zu bewerten sind.

Interprofessionelle Standards einerseits wie auch fallbezogene Diskurse andererseits müssen disziplinar wie auch interdisziplinär (weiter)entwickelt werden, um Fragen der Zusammenarbeit, der Delegation und des Haftungsrechts zu klären. Bezogen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit könnten institutionalisierte Kommunikationsstrukturen, z. B. in Form regelmäßiger Fallbesprechungen, dazu beitragen, Kompetenzen synergetisch zu nutzen und kooperative Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln. Weiterhin ist zu erwägen, inwieweit eine akademische und in Teilen interdisziplinär organisierte Ausbildung und Forschung dazu beitragen könnten, eine gemeinsame geburtshilfliche Versorgung zu fördern. Diese Schlussfolgerungen werden durch die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gestützt (vgl. Gutachten 2007: 95ff.).

Des Weiteren ist zukünftig die Anforderung gegeben, Organisationsformen der geburtshilflichen Versorgung weiter zu entwickeln, welche eine sichere und den zeitgemäßen Erfordernissen angemessene geburtshilfliche Versorgung ermöglichen. Insbesondere in der Entwicklung konzeptionell und organisatorisch abgestimmter geburtshilflicher Teams liegen Potentiale, um ein qualitativ gesichertes und ökonomisch angemessenes geburtshilfliches Versorgungsangebot zu bieten. Eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation entsprechender Modellvorhaben (vgl. Sayn-Wittgenstein, Kehrback & Kirchner 2007) würde diese Entwicklungen in ihrer Zielstellung befördern.

2 Empfehlungen für die weiterführende curriculare Arbeit

Das Kompetenzprofil stellt eine Grundlage für die weiterführende curriculare Arbeit im System zeitgemäßer Berufsausbildung wie auch der angestrebten Hochschulausbildung in Deutschland dar. Durch die Identifikation und Analyse von Kompetenzanforderungen in zentralen Domänen der Hebammenpraxis ist ein curricularer Ansatz gegeben, der sowohl in einer zukünftigen beruflichen Ausbildung als Grundlage der Entwicklung von Lernfeldern wie auch in der Hochschulbildung als Grundlage der Modularisierung genutzt werden kann. Darüber hinaus kann das Kompetenzprofil als gemeinsamer Bezugsrahmen genutzt werden, um die Vernetzung dieser beiden Bildungssektoren zu erleichtern.

Das im Rahmen dieser Dissertation entwickelte Kompetenzprofil basiert im Wesentlichen auf der Analyse der Kompetenzanforderungen, wie sie die befragten berufserfahrenen Hebammen beschrieben und erläuterten. Die Ergebnisse zeigen, dass die beruflichen Anforderungen einen Kompetenzerwerb über die Erstqualifizierung hinaus erfordern, da neue berufliche Aufgaben im Laufe der Berufsbiographie erschlossen werden oder die Spezialisierung in bestimmten Arbeitsfeldern erforderlich ist. Sowohl die Diversifikation wie auch die Spezialisierung der Aufgaben und Tätigkeiten erfordern neben der gezielten fachlichen Qualifizierung auch den Wissenserwerb über angrenzende Berufsfelder, um die Gesundheitsversorgung in der interdisziplinären Kooperation zu befördern. Die Kompetenzanforderung, berufs- und lebensbegleitend zu lernen, wird ebenso deutlich ausgewiesen wie die Notwendigkeit, ein entsprechend curricular abgestimmtes und aufeinander aufbauendes System beruflicher und akademischer Aus- und Weiterbildung für die Gesundheitsberufe zu schaffen, um den Kompetenzerwerb zu ermöglichen.

Für die weitere curriculare Entwicklung bedeutet dies, dass in einem ersten Schritt Vorstellungen darüber entwickelt werden sollten, welche Kompetenzen bis zu welchem Niveau im Rahmen der unterschiedlichen Qualifizierungs- und Bildungswege erworben werden sollten. Erste Hinweise konnten dazu durch das Delphi-Verfahren aufgezeigt werden: Hier differenzierten die befragten Bildungsexpertinnen die Kompetenzen danach, ob sie im Rahmen der beruflichen Erstausbildung erworben werden können oder ob sie das Ergebnis beruflicher Expertise darstellen. Das hierauf bezogene Ergebnis des Delphi-Verfahrens lässt schlussfolgern, dass z. B. im Rahmen der beruflichen Erstausbildung der Kompetenzerwerb hinsichtlich der Befähigung zur Entwicklung konzeptionell abgestimmter Organisationsformen der beruflichen Leistungserbringung als nicht abgeschlossen zu betrachten ist. Vielmehr könnte eine solche Befähigung im Rahmen weiterführender akademischer

oder beruflicher Qualifizierung erworben werden. Gleichzeitig sollte unter Abstimmung der Vorgaben der Berufsgesetze definiert werden, welches Kompetenzniveau mindestens erforderlich ist, um nach der Ausbildung zum Beruf zugelassen zu werden.

Richtungsleitend für die Fragestellung, welches Kompetenzniveau im Rahmen welcher Qualifikation erworben werden kann, könnte der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) sein, der zurzeit entwickelt wird. Da die darin beschriebenen Deskriptoren jedoch fachunabhängig definiert sind, muss das konkrete Ausformulieren der niveaubezogenen Kompetenzen in den jeweiligen Sektoren erfolgen (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005: 17). Die entsprechende Entwicklungsarbeit ist durch ein interdisziplinär zu besetzendes Gremium zu leisten, in dem neben Fach- und Bildungsexpertinnen und -experten auch Vertreterinnen und Vertreter der Berufsverbände, der Sozialpartner und der zuständigen Aufsichtsbehörden eingebunden werden sollten. Weiterhin sollten empirische Ergebnisse der Kompetenzforschung herangezogen werden, welche Fragestellungen des Kompetenzerwerbs und der Kompetenzentwicklung in den jeweiligen Domänen untersuchen (vgl. Jude, Hartig & Klieme 2008; Klieme u. a. 2007; Klieme & Leutner 2006). Eine berufsgruppenübergreifende Verständigung über einen – eventuell für die Gesundheitsberufe insgesamt geltenden – sektoralen Qualifikationsrahmen, wäre dabei zu begrüßen, um eine gewisse Vergleichbarkeit der beruflich und akademisch vermittelten Qualifikationen in den Gesundheitsberufen im Sinne der Transparenz zu ermöglichen.

In einem zweiten Schritt der Curriculumsentwicklung sind die konkreten Bildungs- bzw. Qualifikationsziele auszuweisen und in Form von Lernergebnissen zu konkretisieren. Hier ist insbesondere die Fachdidaktik gefragt, pädagogisch zu begründen, welche Lehr-/ Lernziele, Lerninhalte, Lehr-/ Lernkonzepte und Prüfungsformen den Kompetenzerwerb ermöglichen und diese curricular festzulegen. Des Weiteren müssen diese curricularen Vorgaben institutionsbezogen methodisch-didaktisch in Lernsituationen übersetzt werden. Eben an diesen Stellen des Curriculumsprozesses besteht ein erheblicher Bedarf an konkreten Definitionen und Instrumenten zur Operationalisierung des Kompetenzerwerbs, so dass hier weiterer didaktischer Forschungs- und Entwicklungsbedarf aufgezeigt wird (vgl. Clement 2002a: 9). Eine auf die Gesundheitsberufe im Allgemeinen, wie auf den Hebammenberuf im Speziellen ausgerichtete Fachdidaktik könnte dazu beitragen, Lernprozesse in ihrer domänen-spezifischen Logik des Wissenserwerbs und der Kompetenzentwicklung zu gestalten.

3 Ausblick

Die Ergebnisse der hier vorliegenden Dissertation bestätigen den Reformbedarf der derzeitigen beruflichen Ausbildung, da diese Form der Qualifizierung nicht den Kompetenzerwerb ermöglicht, wie er auf Grund der hier analysierten Kompetenzanforderungen erforderlich wäre. So lassen Ergebnisse dieser Dissertation darauf schließen, dass z. B. die Kompetenz, geburtshilfliche Entscheidungen evidenzbasiert zu begründen, kaum auf den Wissenserwerb in der beruflichen Ausbildung zurückzuführen ist. Da jedoch Stärken wie auch Schwächen des derzeitigen Systems beruflicher Qualifizierung aufgezeigt werden konnten, ist hier eine differenzierte Betrachtung angezeigt.

Ein maßgebliches Kriterium für den gelungenen Kompetenzerwerb in der beruflichen Erstausbildung ist die Fähigkeit der Absolventinnen, sicher zu praktizieren. Dabei beinhaltet die Kompetenz 'sicher zu praktizieren' sowohl Anforderungen bezogen auf die geburtshilflich-medizinische wie auch die geburtshilflich-kommunikative Kompetenz. Dieses Ergebnis stützt das von Butler, Fraser & Murphy (2008), wonach der Kernkompetenz 'sicher zu praktizieren' die höchste Priorität eingeräumt wurde. Die Ergebnisse dieser Dissertation lassen schlussfolgern, dass dem erfahrungsbasierten Kompetenzerwerb in der Praxis eine hohe Bedeutung in Hinblick auf die Fähigkeit der Hebammen 'sicher zu praktizieren' beizumessen ist. Die derzeitige praxisorientierte Ausbildung bahnt den Erwerb des klientinnenorientierten Handlungswissens an und befördert diesen. Einschränkend ist dabei zu bemerken, dass die Potentiale lernfördernder Arbeitsbedingungen im aktuellen System beruflicher Qualifizierung noch nicht ausreichend genutzt werden, um die Reflexion der primär an Handlungszielen ausgerichteten beruflichen Erfahrungen zu ermöglichen, so dass daraus gelernt werden kann.

Gleichzeitig wird auch die Schwäche des beruflichen Qualifizierungssystems deutlich: Die theoretische Wissensvermittlung basiert im Wesentlichen auf dem in Lehrbüchern dokumentierten Regelwissen, eine wissenschaftsbasierte Analyse und Reflexion des Wissens kann so nicht eingeübt werden (vgl. Darmann-Finck 2008: 6f.). Dies wird auch dadurch erschwert, dass der Kompetenzerwerb in einem Lernumfeld erfolgt, in dem Forschung nicht praktiziert und der Zugang zum aktuellen Stand der Forschung nicht gegeben ist. Dies schlägt sich im Kompetenzerwerb darin nieder, dass der spezifische Wissensbestand kaum systematisch ausgewiesen und reflexive Kompetenzen zu wenig geschult werden. Weiterhin lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass der Kompetenzerwerb bezogen auf die Anforderung Lernprozesse selbstständig und gezielt zu gestalten bisher zu wenig gefördert wird. So wurde z. B. exemplarisch belegt, dass die Ausbildung von Medienkompetenz auf Lernprozesse vor der beruflichen Ausbildung sowie sich daran anschließende informelle Lernprozesse

zurückgeführt wird. Damit wird die von Ackert Kössler (2004) analysierte Problematik bestätigt, dass die aktuelle berufliche Ausbildung den Erwerb von Schlüsselkompetenzen nicht ausreichend fördert. Um der zentralen Anforderung zu entsprechen, das berufliche Handeln wissenschaftsbasiert zu begründen, ist die Forderung nach einem strukturell gesicherten Zugang der Auszubildenden zu einer akademischen Ausbildung und zur Forschung zu unterstützen, damit das Hebammenwissen stärker reflektiert, überprüft und durch Forschung weiter entwickelt werden kann (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007; Zöge 2004).

Die Ergebnisse dieser Dissertation lassen weiterhin schlussfolgern, dass der Kompetenzerwerb bezogen auf die Fähigkeiten, Wissen analytisch zu reflektieren und erfahrungsbasiert handeln zu können, gleichermaßen gefördert werden sollte. Zu begrüßen wären daher curriculare Entwicklungen, welche tatsächlich eine stärkere Verzahnung der beruflichen und akademischen Bildungssysteme einleiten, welche mit ihren jeweiligen Schwerpunkten den spezifischen Wissens- und Kompetenzerwerb fördern. Die Curriculumentwicklung sollte dabei nicht unverbunden für jeden Bildungssektor geschehen, sondern in gemeinsamen Curriculumskonferenzen von Studiengangsentwicklern und Lehrenden unter Einbezug von Auszubildenden bzw. Studierenden beider Bildungssektoren erfolgen. Eine Aufgabenverteilung, wonach 'die Theorie' im Rahmen der akademischen Bildung und 'die Praxis' durch die berufliche Qualifizierung erworben werden, steht dabei im Widerspruch zum hier verwendeten Kompetenzkonzept, wonach die Kompetenzentwicklung domänenbezogen im reflexiven Wechselspiel praktischer Anwendung und theoretischer Analyse erfolgt. Der Wissens- und Kompetenzerwerb sollte daher zwar an den unterschiedlichen Lernorten Schule, Hochschule und Praxis erfolgen, die curricular angelegte Integration der Wissensarten sollte jedoch an allen Lernorten gleichermaßen gefördert werden.

Grundsätzlich wird die Anregung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) gestützt, in dem die medizinischen Fakultäten aufgefordert werden, mehr Verantwortung für die kooperationsfördernde und professionsübergreifende Lehre und Forschung im Bereich aller Gesundheitsberufe zu übernehmen (vgl. Gutachten 2007: 100). Noch nicht abschließend beurteilt werden kann dabei, ob die medizinischen Fakultäten allein geeignet sind, hier Ausbildungsverantwortung zu übernehmen oder ob entsprechend ausgestattete Fachhochschulen mit einem Schwerpunkt Gesundheit ebenfalls eine patientennahe klinische Ausbildung sowie eine in Teilen interdisziplinäre Ausbildung der Gesundheitsberufe über entsprechende Kooperationsbeziehungen ermöglichen könnten. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation entsprechender Modellvorhaben könnte hier weiterführende Erkenntnisse erbringen.

Literaturverzeichnis

- Achtenhagen, Frank (2005): Prüfung von Leistungsindikatoren für die Berufsbildung sowie zur Ausdifferenzierung beruflicher Kompetenzprofile nach Wissensarten. In: Baetghe, M.; Buss, K.-P. & Lanfer, C. (Hrsg.): *Expertisen zu den konzeptionellen Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht – Berufliche Bildung und Weiterbildung/ Lebenslanges Lernen*. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn, S. 11-32
- Achtenhagen, Frank & Baetghe, Martin (2005): Kompetenzentwicklung unter einer internationalen Perspektive – makro- und mikrostrukturelle Aspekte. In: Gonon, P.; Klausner, F.; Nickolaus, R. & Huisinga, R. (Hrsg.): *Kompetenz, Kognition und neue Konzepte der beruflichen Bildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 25-54
- Ackaert Kössler, An (2004): *Medienkompetenz bei Hebammen in der Deutschschweiz*. Standortbestimmungen und Perspektiven für die Hebammenausbildung. Masterarbeit an der Universität Paris Nord, Abteilung Pädagogik in den Gesundheitswissenschaften
- Anderka, Cristoph (2006): Kompetenzstandards als Grundlage beruflicher Zertifikate. In: *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online*, Nr. 11, S. 1-16
- Anderson, Lorin W. & Krathwohl, David R. (Eds) (2001): *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing. A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York: Addison Wesley Longman
- Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) (2001): *Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen?* Symposium der Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) am 20. November 2001. Bonn
- Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) (2008): *Positionspapier der AG MTG zur Akademisierung der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe*. Stand Juni 2008
- Arnold, Rolf & Schüssler, Ingeborg (2001): Entwicklung des Kompetenzbegriffs und seine Bedeutung für die Berufsbildung und die Berufsbildungsforschung. In: Franke, G. (Hrsg.): *Komplexität und Kompetenz*. Ausgewählte Fragen der Kompetenzforschung. Herausgegeben vom Bundesinstitut für Berufsbildung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 52-74
- Avery, Melissa D. (2005): The History and Evolution of the Core Competencies for Basic Midwifery Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, Volume 50, No. 2, pp.102-107
- Bader, Reinhard & Sloane, Peter F.E. (Hrsg.) (2000): *Lernen in Lernfeldern*. Theoretische Analysen und Gestaltungsansätze zum Lernfeldkonzept. Markt Schwaben: Eusel - Verlagsgesellschaft
- Baetghe, Martin (1999): Qualitative Sozialforschung und Früherkennung von Qualifikationsentwicklungen. Kritische Anmerkungen zur Analyse der Qualifikationsentwicklung aus soziologischer Sicht. In: Laszlo, A.; Bau, H. (Hrsg.): *Wandel beruflicher Anforderungen: Der Beitrag des BIBB zum Ausbau eines Früherkennungssystems Qualifikationsentwicklung*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 255-267
- Baetghe, Martin; Buss, Klaus-Peter & Lanfer, Carmen (2003): *Konzeptionelle Grundlagen für einen nationalen Bildungsbericht: Berufliche Bildung und Weiterbildung/Lebenslanges Lernen*. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin
- Barre, Friederike (2001): Neue Anforderungen, neues Profil: die deutschen Medizinalfachberufe auf dem Weg zur Professionalisierung. In: Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG): *Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen?* Symposium der Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) am 20. November 2001. Bonn, S. 11-22
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2002): *Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen und Entbindungspfleger*. München: Verlag Alfred Hintermaier
- Benner, Patricia (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz*. (Amerikanische Originalausgabe 1984 unter dem Titel: *From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*). Bern: Verlag Hans Huber
- Bloch, Ralph & Bürgi, H. (2002): The Swiss Catalogue of Learning Objectives. *Medical Teacher*, Vol. 24, No. 2, pp. 144-150

- Bogner, Alexander & Menz, Wolfgang (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: Leske und Budrich, S. 33-70
- Bologna-Erklärung (1999): *Der Europäische Hochschulraum*. Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister. (Online im Internet unter http://www.bmbf.de/pub/bologna_deu.pdf; Zugriff am 30.10.2008)
- Brüggemann, Ruth (2004): *Kompetenzorientiertes Lernen in der Lehrerbildung in den Niederlanden*. Wenn die berufliche Praxis die Basis des Curriculums darstellt. *PrInterNet*, 12, S. 651-658
- Büchter, Karin (1999): Regeln zur Ermittlung von Qualifikationsbedarf in Betrieben. *Berufsbildung Europäische Zeitschrift*, 16, S. 7-14
- Büchter, Karin (2003): Zum Verhältnis von Qualifikationsforschung und Curriculumkonstruktion in der Berufsbildungs- und Weiterbildungsdiskussion. Entwicklungen und konzeptionelle Vorüberlegungen. In: Huisinga, R. & Buchmann, U. (Hrsg.): *Curriculum und Qualifikation: Zur Reorganisation von Allgemeinbildung und Spezialbildung*. Frankfurt am Main: Verlag der Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter Forschung und Bildung, S. 267-291
- Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH) (1990): *Lehrplan für die Hebammenausbildung*. Ausarbeitung der theoretischen und praktischen Unterrichtsinhalte nach der Anlage 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger vom 16. März 1987. Unveröffentlichtes Manuskript
- Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH) (1992): *Grundsätze einer Ethik für Hebammen*. (Online im Internet unter <http://www.bdh.de>; Zugriff am 14.11.2008)
- Bund Deutscher Hebammen ev. V. (BDH) (2001): *Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin/Arzt in der Geburtshilfe*. (Online im Internet unter <http://www.bdh.de>; Zugriff am 14.11.2008)
- Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH) (2004): *Hebammenausbildung an die Fachhochschule!* Positionspapier des Bundes Deutscher Hebammen e. V. Unveröffentlichtes Manuskript, März 2004
- Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH) (2005): *Stellungnahme des Pädagogischen Fachbeirates des BDH e.V. zur „Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW“*. Unveröffentlichtes Manuskript, September 2005
- Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH) (2006): *Hebammen Standpunkte. Pränatale Diagnostik*. (Online im Internet unter <http://www.bdh.de>, Zugriff am 14.11.2008)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004): *Eckwerte Reform berufliche Bildung*. Stand: 09.02.2004
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2006a): *Ausbildungsordnungen und wie sie entstehen*. 4., überarbeitete Auflage. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2006b): *Auswahlbibliographie „Der europäische Berufsbildungsraum“*. (Online im Internet unter http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a1bud_auswahlbibliographie-eu-berufsbildungsraum.pdf; Zugriff am 14.11.2008)
- Butler, Michelle; Fraser, Diane M. & Murphy, Roger (2008): What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration. *Midwifery*, Volume 24, Issue 3, pp. 260-269
- Clement, Ute (2002a): Kernkompetenzen und der Kern der Kompetenz. In: Clement, U. & Arnold, R. (Hrsg.): *Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung*. Opladen: Leske und Budrich, S. 7-9
- Clement, Ute (2002b): Kompetenzentwicklung im internationalen Kontext. In: Clement, U. & Arnold, R. (Hrsg.): *Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung*. Opladen: Leske und Budrich, S. 29-54
- Clement, Ute & Walter, Matthias (2006): Standardisierung und Zertifizierung beruflicher Qualifikationen in Europa. In: Clement, U.; Le Mouillour, I. & Walter, M. (Hrsg.): *Standardisierung und Zertifizierung beruflicher Qualifikationen in Europa*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 5-9
- Darmann, Ingrid (2000): *Kommunikative Kompetenz in der Pflege*. Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer
- Darmann-Finck, Ingrid (2008): Evidenzbasierung in der Pflegeausbildung. *Newsletter des IPP Bremen*, 4. Jahrgang, Ausgabe 06, S. 6-7
- Department of Health (1993): *Changing Childbirth Report*. Part I: Report of the Expert Maternity Group. London: HSMO

- Deutscher Bildungsrat (1974a): *Empfehlungen der Bildungskommission 1970-1974: Zur Forderung praxisnaher Curriculumentwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Deutscher Bildungsrat (1974b): *Empfehlungen der Bildungskommission. Zur Neuordnung der Sekundarstufe II. Konzept für eine Verbindung von allgemeinen und beruflichen Lernen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Dohmen, Günther (2001): *Das informelle Lernen*. Die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn
- Dreyfus, Hubert L. & Dreyfus, Stuart E. (1986): *Mind over Machine: The Power of Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York: The Free Press
- Duden, Barbara (2001): Begreifendes Wissen im Rahmen von Risikokalkulationen? Fragen zum Hebammenwissen heute. *Hebammenforum*, Juli 2001, S. 502-506
- Duffield, Christine (1993): The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 30, no 3, pp. 227-237
- Dunkel, Torsten & Jones, Simon (2006): Lissabon-Kopenhagen-Maastricht: Europäisierung nationaler Berufsbildung. In: Clement, Ute; Le Mouillour, Isabelle & Walter, Matthias (Hrsg.): *Standardisierung und Zertifizierung beruflicher Qualifikationen in Europa*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 40-60
- Eraut, Michael (2002): *Developing professional knowledge and competence*. London: Routledge Falmer
- Erpenbeck, John & v. Rosenstiel, Lutz (2003): *Handbuch Kompetenzmessung*. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäfer-Poeschel Verlag
- Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR) (2008): Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. Amtsblatt der Europäischen Union C 111 vom 6.5.2008
- Feldhaus-Plumin, Erika (2005): *Versorgung und Beratung zur Pränataldiagnostik*. Konsequenzen für die psychosoziale und interdisziplinäre Beratungsarbeit. Göttingen: V&R unipress GmbH
- Fischer, Cordula (2002): „Be-Greifendes Wissen“ und Hebammenkunst. Diplomarbeit im Studiengang Pflegepädagogik. Katholische Fachhochschule Freiburg
- Fleming, Valerie; Poat, Angela; Douglas, Verity; Cheyne, Helene; Stenhouse, Eleanor & Curzio, Joane: (2000): *Examination of the Fitness for Purpose of Pre-registration Midwifery Programmes in Scotland*. Final Report. National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting for Scotland, Edinburgh
- Fleming, Valerie; Poat, Angela; Curzio, Joan; Douglas, Verity & Cheyne, Helene (2001): Competencies of midwives with single or dual qualifications at the point of registration in Scotland. *Midwifery*, Vol. 17, No. 4, pp. 295-301
- Fleming, Valerie & Holmes, Anna (2005): *Basic nursing and midwifery education programmes in Europe*. A Report to the World Health Organisation Regional Office for Europe. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Flick, Uwe; von Kardoff, Ernst & Steinke, Ines (Hrsg.) (2005): *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch. 4. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Fraser, Diane (1999): Women's Perceptions of Midwifery Care: A Longitudinal Study to Shape Curriculum Development. *Birth*, 26, pp. 99-107
- Fraser, Diane; Murphy, Roger & Worth-Butler, Michelle (1998): *Preparing Effective Midwives: an outcome evaluation of the effectiveness of pre-registration midwifery programmes of education*. Published by the English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London
- Frederiks, Mark (2001): Qualitätssicherung in Großbritannien. *Beiträge zur Hochschulpolitik 10/2001*. Herausgegeben von der Hochschulrektorenkonferenz. Bonn
- Frey, Karl (1971): *Theorien des Curriculums*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Frey, Karl (Hrsg.) (1975): *Curriculum Handbuch*. Band I-III. München: Piper
- Fullerton, Judith & Thompson, Joyce (2005): Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery*, Vol. 21, Issue 1, pp. 2-13

- Fullerton, Judith, Severino, Richard, Brogan, Kelly, & Thompson, Joyce (2003): The International Confederation of Midwives study of essential competencies of midwifery practice. *Midwifery*, Vol. 19, Issue 3, pp. 174 -190
- Garcia-Barbero, Milagros; Roca, Maria Teresa Alfonso; Mortella, Maria Consuelo Martinez (1989): *How to Develop Educational Programmes for Health Professionals*. Learning to Work for Health Series No. 3. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe
- Geist, Christine; Harder, Ulrike & Stiefel, Andrea (Hrsg.) (2007): *Hebammenkunde*. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 4., akt. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Glover, Pauline (1993): *The Development and Validation of Competencies for Beginning Midwifery Practice*. Master Dissertation. The Flinders University of South Australia
- Glover, Pauline (1999): ACMI competency standards for midwives – what they mean for your practice. *Australian College of Midwives Incorporated*, September 1999, pp. 12-17
- González, Julia & Wagenaar, Robert (2005) (Eds.): *Tuning Educational Structures in Europe II: Universities contribution to the Bologna Process*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto
- Grootings, Peter (1994): Von Qualifikation zu Kompetenz: Wovon reden wir eigentlich? Kompetenz: Begriffe und Fakten. *Europäische Zeitschrift für Berufsbildung*, 1, S. 5-8
- Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Deutscher Bundestag. Drucksache 16/6339
- Häder, Michael & Häder, Sabine (1994): *Die Grundlagen der Delphi-Methode*. Ein Literaturbericht. ZUMA-Arbeitsbericht 94/02. Mannheim
- Häder, Michael & Häder, Sabine (Hrsg.) (2000): *Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften*. Methodische Forschungen und innovative Anwendungen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH
- Hameyer, Uwe; Frey, Karl & Haft, Henning (Hrsg.) (1983): *Handbuch der Curriculumforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Hameyer, Uwe (1992): Stand der Curriculumforschung - Bilanz eines Jahrzehnts. *Unterrichtswissenschaft*, Heft 3, S. 209-232
- Harden, Ronald M. (2002): Developments in outcome-based education. *Medical Teacher*, Vol. 24, No. 2, pp. 117-120
- Harden, Ronald M.; Crosby, J.R. & Davis, M.H. (1999): AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1 – An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher*, Vol. 21, No.1, pp. 7-14
- Hartig, Johannes (2008): Kompetenzen als Ergebnisse von Bildungsprozessen. In: Jude, N.; Hartig, J. & Klieme, E. (Hrsg.): *Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern*. Theorien, Konzepte und Methoden. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bildungsforschung Band 26. Bonn, Berlin, S. 15-25
- Hasson, Felicity; Keeney, Sinead & Mc Kenna, Hugh (2000): Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 1008-1015
- Helmers, Claudia & Kehrbach, Antje (2006): Kompetenzprofil für die deutsche Hebammenausbildung. *Die Hebamme*, 19, S. 262-264
- Hesse, Hans Albrecht & Manz, Wolfgang (1974): *Einführung in die Curriculumforschung*. 3., überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Hitzler, Ronald; Honer, Anne & Maeder, Christoph (1994) (Hrsg.): *Expertenwissen*. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK) (2005): *Bologna-Reader*. Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen. 3. Auflage. Bonn
- Homer, Caroline S.E.; Passant, Lyn; Kildea, Sue; Pincombe, Jan; Thorogood, Carol; Leap, Nicky & Brodie, Pat M. (2007): The development of national competency standards for the midwife in Australia. *Midwifery*, 23, pp. 350-360
- Huisinga, Richard & Buchmann, Ulrike (Hrsg.) (2003): *Curriculum und Qualifikation: Zur Reorganisation von Allgemeinbildung und Spezialbildung*. Frankfurt am Main: Verlag der Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter Forschung und Bildung

- Janicke, Lisa (2007): Das neue Curriculum für die Hebammenausbildung der Zukunft. BDH- Nachrichten. *Hebammenforum*, 8, S. 659-660
- Janicke, Lisa (2008): Hebammenkompetenzen lernen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 4, S. 18-21
- Jude, Nina; Hartig, Johannes & Klieme, Eckhard (Hrsg.) (2008): *Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern*. Theorien, Konzepte und Methoden. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bildungsforschung Band 26. Bonn, Berlin
- Keeney, Sinead; Hasson, Felicity & McKenna, Hugh (2001): A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38, p. 195-200
- Keeney, Sinead; Hasson, Felicity & McKenna, Hugh (2006): Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 53, Issue 2, p. 205-212
- Kehrbach, Antje (2002): Die Beirätin für den Bildungsbereich stellt vor. Zukunftswerkstatt Hebammenausbildung. *Hebammenforum*, Januar 2002, S. 37
- Kellnhäuser, Edith; Jung-Heintz, Heike; Krilla, Veerle & Reiß, Gudrun (2002): *Berufskompetenzen professionell Pflegender*. Herausgegeben vom Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe
- Kirchner, Simone (1998): *Entbindung*. Eine tiefenhermeneutische Untersuchung zum Erleben der Beziehung von Hebamme und Gebärender im Kreißaal. Diplomarbeit im Fachbereich Erziehungswissenschaften, Psychologie und Sportwissenschaften. Freie Universität Berlin
- Kirchner, Simone (2003): Macht und Machtmissbrauch im Hebammenberuf. *Hebammenforum*, 6, S. 395-401
- Klieme, Eckhard; Avenarius, Hermann; Blum, Werner; Döbrich, Peter; Gruber, Hans; Prenzel, Manfred; Reiss, Kristina; Riquarts, Kurt; Rost, Jürgen; Tenorth, Heinz-Elmar & Vollmer, Helmut (2007): *Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards*. Eine Expertise. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn
- Klieme, Eckhard & Leutner, D. (2006): *Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen*. Überarbeitete Fassung des Antrags an die DFG auf Einrichtung eines Schwerpunktprogramms. (Online im Internet unter http://kompetenzmodelle.dipf.de/images/sppfiles/files/antrag_spp_kompetenzmodelle.pdf; Zugriff am 29.09.2008)
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005): *Auf dem Weg zu einem europäischen Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen*. Arbeitsunterlagen der Kommissionsdienststellen. Brüssel. (Online im Internet unter http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/consultation_eqf_de.pdf; Zugriff am 14.11.2008)
- Krüger, Helga (2005): Zur Datenlage vollzeitschulischer Berufsausbildung. In: Baethge, M.; Buss, K.P.; Lanfer, C. u. a. (Hrsg.): *Expertisen zu den konzeptionellen Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht – Berufliche Bildung und Weiterbildung/ Lebenslanges Lernen*. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn, S. 141-164
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2000): *Rahmenvorgaben für die Einführung von Leistungspunktsystemen und die Modularisierung von Studiengängen*. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.09.2000 i. d. F. vom 22.10.2004
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2003a): *10 Thesen zur Bachelor- und Masterstruktur in Deutschland*. Beschluss der KMK vom 12.06.2003.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2003b): *Ländergemeinsamen Strukturvorgaben gemäß § 9 Abs. 2 HRG für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen*. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i. d. F. vom 22.09.2005
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2007): *Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit den Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. Herausgegeben vom Sekretariat der Kultusministerkonferenz, Referat Berufliche Bildung und Weiterbildung: Bonn.
- Lamnek, Siegfried (2005): *Gruppendiskussion*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Leitfaden zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frau und Mann. 4. Auflage. Universität Zürich, April 2006

- Loytved, Christine (2002): *Hebammen und ihre Lehrer*. Wendepunkte in Ausbildung und Amt Lübecker Hebammen (1870-1850). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch
- Maag-Mercki, Katharina (2005): Überfachliche Kompetenzen in der Berufsausbildung. In: Rauner, F. (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 361-368
- Mändle, Christine & Opitz-Kreuter, Sonja (Hrsg.) (2007): *Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe*. 5. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer
- Mayring, Phillip (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse*. 8. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag
- Mead, Donna & Moseley, Laurance (2001): The use of the Delphi as a research approach. *Nurse Researcher*, 8 (4), pp. 4-23
- Meifort, Barbara (2004): *Die pragmatische Utopie*. Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag
- Mertens, Dieter (1974): Schlüsselqualifikationen. Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft. *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt und Berufsforschung*, 7, S. 36-43
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D. & Kraimer, K. (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441-469
- Ministerrat der DDR, Ministerium für Gesundheitswesen (1986): *Spezielle Lehrprogramme für die theoretische und praktische Ausbildung in der Fachrichtung Geburtshilfe (Hebammen) zur Ausbildung an den medizinischen Fachschulen der DDR*
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2005): *Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Hebammenschulen in NRW*
- Müller-Mundt, Gabriele (2002): Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „funktionaler Erzählungen“. In: Schaeffer, Doris; Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 269-283
- Nägeli, Rudolf A. (2004): Europäische Kompetenzen-Konzepte im Bildungsbereich. Bedeutung und Nutzen für die Curriculum-Entwicklung. In: Benz, W.; Kohler, J. & Landfried, K. (Hrsg.): *Handbuch Qualität in Studium und Lehre. Evaluation nutzen - Akkreditierung sichern - Profil schärfen*. Stuttgart: Raabe
- Neuweg, Hans G. (2004): *Könnerschaft und implizites Wissen*. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. 3. Auflage. Münster: Waxmann
- Neuweg, Hans G. (2005): Implizites Wissen als Forschungsgegenstand. In: Rauner, F. (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 581-588
- Olbrich, Christa (1999): *Pflegekompetenz*. Herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung; Reihe Pflegewissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber
- Ostner, Ilona & Beck-Gernsheim, Elisabeth (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf*. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflegeschule. Frankfurt: Campus
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie Professionellen Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität – Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, S. 70-182
- Owen, Harrison (2001): *Open space technology: ein Leitfaden für die Praxis*. Aus dem Amerikanischen von Maren Klostermann. Stuttgart: Klett-Kotta
- Pädagogischer Fachbeirat des Deutschen Hebammenverbandes e. V. (BDH) (2008): *Rahmencurriculum für eine modularisierte Hebammenausbildung*. Herausgegeben vom Deutschen Hebammenverband e. V., Karlsruhe
- Piechotta, Gudrun (2000): *Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung*. Bern: Verlag Hans Huber
- Polanyi, Michael (1966): *The Tactic Dimension*. New York: Doubleday & Company. (Deutsche Veröffentlichung 1985: Implizites Wissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp)
- Pultz, Waltraud (2001): Zur Erforschung geburtshilflichen Überlieferungswissens von Frauen in der frühen Neuzeit. In: Loytved, C. (Hrsg.): *Von der Wehenmutter zur Hebamme: die Gründung von Hebammenschulen*

- mit Blick auf den politischen Stellenwert und praktischen Nutzen. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, S. 11-17
- Räbiger, Jutta; Pehlke-Milde, Jessica & Machocki, Sieglinde (2008): Anrechnung beruflicher Aus- und Weiterbildung auf ein Studium – eine Chance für die Gesundheitsberufe. In: Matzick, Sigrid (Hrsg.): *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen*. Weinheim: Juventa Verlag, S. 229-249
- Rätz, Susanne (2004): *Qualitätsmanagement in der Hebammenausbildung*. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplommedizinpädagogin an der Humboldt-Universität zu Berlin
- Rauner, Felix (2003): Zum Zusammenhang von Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung. In Huisinga, R. & Buchmann, U. (Hrsg.): *Curriculum und Qualifikation: Zur Reorganisation von Allgemeinbildung und Spezialbildung*. Frankfurt am Main: Verlag der Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter Forschung und Bildung, S. 247-265
- Rauner, Felix (2005): Qualifikations- und Ausbildungsordnungsforschung. In: Rauner, F. (Hrsg.) *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 240-246
- Rauner, Felix (2008): Forschungen zur Kompetenzentwicklung im gewerblich-technischen Bereich. In: In: Jude, N.; Hartig, J. & Klieme, E. (Hrsg.): *Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern*. Theorien, Konzepte und Methoden. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bildungsforschung Band 26. Bonn, Berlin, S. 81-116
- Reetz, Lothar (2000): Handlung, Wissen und Kompetenz als Strukturbildende Merkmale von Lernfeldern. In Bader, R. & Sloane, P. F. E. (Hrsg.): *Lernen in Lernfeldern*. Theoretische Analysen und Gestaltungsansätze zum Lernfeldkonzept. Markt Schwaben: Eusel-Verlagsgesellschaft, S. 141-153
- Reetz, Lothar & Seyd, Wolfgang (1995): Curriculare Strukturen der Berufsbildung. In: Arnold, R. & Lipsmeier, A. (Hrsg.): *Handbuch der Berufsbildung*. Opladen: Leske und Budrich, S. 203-219
- Reich, Kersten (1983): Curriculumtheorien im Bereich von Unterricht and seiner Didaktik. In: Hameyer, U.; Frey, K. & Haft, H. (Hrsg.): *Handbuch der Curriculumforschung*. Weinheim: Beltz Verlag, S. 139-157
- Robinson, Saul. B. (1969): *Bildungsreform als Revision des Curriculum*. Neuwied am Rhein: Hermann Luchterhand
- Roe, Valerie (2007): *2007 revision of the Core Competencies for basic midwifery practice: Highlights and process*. (Online im Internet unter http://www.midwife.org/siteFiles/descriptive/Core_Comp_Revisions.Highlights_and_Process_7_07.pdf; Zugriff am 14.11.2008)
- Röben, Peter (2005): Kompetenz- und Expertiseforschung. In: Rauner, F. (Hrsg.) *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, S. 247-282
- Roth, Heinrich (1971): *Pädagogische Anthropologie*. Band I: Bildsamkeit und Bestimmung. Band II: Entwicklung und Erziehung. Hannover: Schroedel
- Rychen, Dominique S. & Salganik Laura H. (Eds.) (2001): *Defining and selecting key competencies*. Seattle: Hogrefe & Huber Publisher
- Ryle, Gilbert (1949): *The concept of mind*. London: Hutchinson
- Sayn-Wittgenstein, Friedricke zu (Hrsg.) (2007): *Geburtshilfe neu denken*. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Verlag Hans Huber
- Sayn-Wittgenstein, Friedericke zu; Kehrbach, Antje & Kirchner, Simone (2007): Abschlussbericht Teilprojekt 1: „Konzeptentwicklung Hebammenkreißaal“. In: *Abschlussbericht der Teilprojekte der Fachhochschule Osnabrück* (unveröffentlicht). Verbundprojekt der Stiftung Fachhochschule Osnabrück (Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften): „Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess – Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißaal“
- Schneider, Eva (2004): *Familienhebammen*. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Schön, Donald. A. (1983): *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books
- Schwarz, Roy & Wojtczak, Andrzej (2002): Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. *Medical Teacher*, Vol. 24, No. 2, pp. 125-129

- Sloane, Peter F. E. & Dilger, Bernadette (2005): The Competence Clash – Dilemmata bei der Übertragung des 'Konzepts der nationalen Bildungsstandards' auf die berufliche Bildung. *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online*, Nr. 8, S. 1-32
- Steinke, Ines (2005): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch. 4. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 319-331
- Sullivan, Eleanor; Brye, Caoroline (1983): Nursing's future: Use of the Delphi Technique for Curriculum Planning. *Journal of Nursing Education*, 22 (5), pp. 187-189
- Vonken, Matthias (2005): *Handlung und Kompetenz*. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen- und Berufspädagogik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Weinert, Franz E. (2001): Concept of competence: A conceptual clarification. In: Rychen, D.S. & Salganik L.H. (Eds.): *Defining and Selecting Key competencies*. Seattle: Hogrefe & Huber Publisher, pp. 45-65
- Weinert, Franz E. (2002): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert, F. E. (Hrsg.): *Leistungsmessungen in Schulen*. 2. unveränderte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 17-31
- Weltgesundheitsorganisation (2000): *Erklärung von München: Pflegende und Hebammen – ein Plus für die Gesundheit*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001): *Pflegende und Hebammen für Gesundheit*, WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa, Kapitel 1-8, Leitlinien für die Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Strategie. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa
- Wildt, Johannes (1983): Studiengangsentwicklung und Studiengangsmodele. In Huber, L. (Hrsg.): *Ausbildung und Sozialisation in der Hochschule*. Enzyklopädie Erziehungswissenschaften, Band 10. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 307-330
- Williams, Patricia & Webb, Christine (1994): The Delphi technique: a methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 19, Issue 1, p. 180-186
- Wissenschaftsrat (1991): *Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den neunziger Jahren*. Köln
- Wissenschaftsrat (1996): *Empfehlungen zur weiteren Differenzierung des Tertiären Bereichs durch duale Fachhochschul-Studiengänge*. Berlin
- Wissenschaftsrat (2002): *Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen*. Berlin
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim: Beltz Verlag, S. 227-255
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, Volume 1, No. 1, o. S. (Online im Internet unter <http://qualitative-research.net/fqs>; Zugriff am 14.11.2008)
- Worth-Butler, Michelle; Murphy, Roger & Fraser, Diane (1994): Towards an integrated model of competence in midwifery. *Midwifery*, 10 (4), pp. 225-231
- Zoege, Monika (1997): *Bestandsaufnahme der qualitativen und äußeren Rahmenbedingungen der Hebammenausbildung in Deutschland*. Eine Befragung der Hebammenschulen im Auftrag der Hebammengemeinschaftshilfe e.V. .Hannover: Linden-Druck Verlagsgesellschaft
- Zoege, Monika (2004): *Die Professionalisierung des Hebammenberufs*. Anforderungen an die Ausbildung. Bern: Verlag Hans Huber
- Zoege, Monika (2005): Hebammenausbildung an die Fachhochschulen! Ein Plädoyer für die Akademisierung. *Dr. med. Mabuse*, 157, S. 34-37

Gesetze, Richtlinien und Empfehlungen

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686)

- Berufsbildungsgesetz (BBiG): Berufsbildungsgesetz vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), zuletzt geändert durch Artikel 9b des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246)
- Bologna-Erklärung (1999): *Der Europäische Hochschulraum*. Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister. (Online im Internet unter http://www.bmbf.de/pub/bologna_deu.pdf; Zugriff am 14.11.2008)
- EU-Richtlinie 2005/36/EG: Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. der Europäischen Union L 255 vom 30.9.2005)
- Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR): Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (Amtsblatt der Europäischen Union C 111 vom 6.5.2008)
- Hebammengesetz (HebG): Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686)
- Kopenhagen-Deklaration (2002): Declaration of the European Ministers of Vocational Education and Training, and the European Commission, convened in Copenhagen on 29 and 30 November 2002, on enhanced European cooperation in vocational education and training; "The Copenhagen Declaration". (Online im Internet unter http://www.bmbf.de/pub/copenhagen_declaration_eng_final.pdf; Zugriff am 14.11.2008)
- Lissabon Strategie (2000): Europäischer Rat 23. und 24. März 2000 Lissabon. Schlussfolgerungen des Vorsitzes. (Online im Internet unter http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_de.htm; Zugriff am 14.11.2008)

Internationale Kompetenzprofile und -standards

- Kompetenzprofil Diplomierte Hebamme BSc (Schweiz) (2007): (Online im Internet unter http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheitsstudium/Hebammen/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web1.pdf; Zugriff am 14.11.2008)
- American College of Nurse-Midwives (ACNM) (2007): Core Competencies for Basic Midwifery Practice. Silver Spring: American College of Nurse-Midwives. (Online im Internet unter <http://www.midwife.org/display.cfm?id=484>; Zugriff am 14.11.2008)
- An Bord Altranais (2005): Requirements and Standards for the Pre-Registration Midwife Registration Education Programme. Third Edition. Dublin: An Bord Altranais. (Online im Internet unter http://www.nursingboard.ie/en/publications_current.aspx?page=3; Zugriff am 14.11.2008)
- Australian Nursing & Midwifery Council (ANMC) (2006): National Competency Standards for the Midwife. Dickson ACT: Australian Nursing & Midwifery Council. (Online im Internet unter <http://www.anmc.org.au/docs/Publications/Competency%20standards%20for%20the%20Midwife.pdf>; Zugriff am 14.11.2008)
- International Confederation of Midwives (ICM) (2002): Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. (Online im Internet unter http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf; Zugriff am 14.11.2008)
- Midwifery Council of New Zealand (2004): Competencies for Entry to the Register of Midwives. (Online im Internet unter http://www.midwiferycouncil.org.nz/content/library/Competencies_for_Entry_to_the_Register_of_Midwives.pdf; Zugriff am 14.11.2008)
- Nursing and Midwifery Council (NMC) (2004): Standards of proficiency for pre-registration midwifery education. London: Nursing and Midwifery Council. (Online im Internet unter <http://www.nmcuk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=171>; Zugriff am 14.11.2008)
- The Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA) (2001): Subject benchmark statements: Midwifery. Gloucester: Quality Assurance Agency for Higher Education. (Online im Internet unter <http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/health/midwifery.pdf>; Zugriff am 14.11.2008)
- The Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA) (2002): Scottish subject benchmark statements Midwifery. Gloucester: Quality Assurance Agency for Higher Education. (Online im Internet unter <http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/scottish/midwifery.pdf>; Zugriff am 14.11.2008)

Verzeichnis der Abkürzungen

ACMI	Australian College of Midwives
AGMTG	Arbeitsgemeinschaft der Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe
ACNM	American College of Nurse-Midwives
ANMC	Australian Nursing and Midwifery Council
AQIG	Ausbildungsqualität in Gesundheitsberufen
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDH	Bund Deutscher Hebammen; ab Oktober 2008 Deutscher Hebammenverband e. V.
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BSHR	Bundeshebammenschülerinnenrat
DHV	Deutscher Hebammenverband e. V.
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
ECTS	European Credit Transfer System
ECVET	European Credit System for Vocational Education and Training
EMA	European Midwifery Association
EME	Effectiveness of Midwifery Education Evaluation Project
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebG	Hebammengesetz
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
ICM	International Confederation of Midwives
KMK	Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland
MEDINE	Medical Education in Europe
NMC	Nursing and Midwifery Council
NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
PFB	Pädagogischer Fachbeirat des Bundes Deutscher Hebammen
QAA	Quality Assurance Agency for Higher Education
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Kategorisierung der 'subject benchmark statements in midwifery' in Großbritannien	30
Tabelle 2	Kategorisierung internationaler Kompetenzprofile (Hebammen)	32
Tabelle 3	Übersicht über das Studiendesign	45
Tabelle 4	Berufsbiographisches Profil der 15 Interviewten	49
Tabelle 5	Ergebnisse der Delphi-Runden I und II	122
Tabelle 6	Grad der Zustimmung These 1	125
Tabelle 7	Grad der Zustimmung These 2	127
Tabelle 8	Grad der Zustimmung These 3	128
Tabelle 9	Grad der Zustimmung These 4	129
Tabelle 10	Grad der Zustimmung These 5	131
Tabelle 11	Grad der Zustimmung These 6	132
Tabelle 12	Grad der Zustimmung These 7	134

Anhang

Anlage 1: Leitfaden für Expertinneninterviews

(1) Gesprächsbeginn

- persönliche Vorstellung
- Rahmen, Zielstellung der Untersuchung
- Datenschutzhinweise
- Kurzfragebogen

(2) Aufgaben, Tätigkeiten und Organisation

- Wie und wo arbeiten Sie?
- Was sind Ihre Aufgaben?
- Wie sieht ihr Arbeitsalltag aus? Was sind alltägliche Situationen?
- Wie organisieren Sie Ihre Arbeit?
- Wie gehen Sie konkret vor?

(3) Eigene bzw. gesellschaftliche Ansprüche und Anforderungen

- Was heißt es für Sie als Hebamme zu arbeiten?
- Welche Ansprüche/Erwartungen haben Sie an sich als Hebamme?
- Was würden Sie als Frau von einer Hebamme erwarten?
- Wenn Sie jetzt mit Abstand von ihrer Person auf den Hebammenberuf sehen, welche Erwartungen hätten Sie an Hebammen?

(4) Berufsidentität/ persönliche Voraussetzungen

- Wie würden Sie den Beruf beschreiben?
- Was zeichnet eine 'gute Hebamme' aus? Was muss sie können?
- Was ist der Kern des Hebammenberufs?
- Was verstehen Sie unter professioneller Hebammenarbeit?

(5) Alltägliche Anforderungen

- Was sind alltägliche Anforderungen an Sie?
- Was befähigt Sie diesen Anforderungen gerecht zu werden?
- Was müssen Sie können?

(6) Herausforderungen, Belastungen

- Was kostet Sie am meisten Kraft?
- Kennen Sie Situationen in denen Sie besonders gefordert. waren (unter-, überfordert)?
- Haben Sie extrem kritische/ existentielle Situationen erlebt? Welche Anforderungen haben sich da ergeben?
- Welchen Anforderungen können oder wollen Sie nicht entsprechen?

(7) Kompetenzgrenzen

- Wo sind die Grenzen der Hebammenarbeit?
- Was ist für Sie eine Kompetenzüberschreitung?

(8) Mindestvoraussetzungen zur Berufsausübung, Kernkompetenzen

- Was muss eine Hebamme mindestens können?
- Was würden Sie von einer Berufsanfängerin erwarten?
- Über welche Kompetenzen sollte jede Hebamme verfügen?
- Welche Kompetenzen werden durch Berufserfahrung erworben?

(9) Einflussfaktoren auf den Wandel berufliche Anforderungen

- Wie hat sich der Beruf seit ihrer Ausbildung verändert?
- Welche Einflussfaktoren führen/führten zu einer Veränderung?
- Welche Anforderungen ergeben sich aus dem Wandel?

(10) Aktuelle und zukünftige Erfordernisse der Kompetenzentwicklung

- Auf was wurden Sie durch ihre Berufsausübung vorbereitet?
- Welchen Anforderungen wurden Sie durch die Ausbildung nicht gerecht?
- Was wird sich Ihrer Einschätzung nach in Zukunft ändern? Wie sieht das Berufsbild der Hebamme in zehn Jahren aus?
- Fühlen Sie sich auf das vorbereitet auf das was sich verändern wird?

(11) Abschluss des Gesprächs

- Aspekte die nach Einschätzung der Expertin nicht erfragt/ berücksichtigt wurden/ Ergänzungen

(12) Kurzprotokoll

- Ort, Datum
- Dauer des Interviews
- Atmosphäre der Gesprächssituation
- Besonderheiten/ Störungen

Anlage 2: Fragebogen im Delphi-Verfahren

Delphirunde Kompetenzprofil Hebammen

Bitte kreuzen Sie im Folgenden jeweils nur eine Antwortmöglichkeit pro Frage an.

Wie bewerten Sie die Kompetenz?	Keine -2	-1	0	1	Hohe 2
KOMPETENZ 1	<input type="checkbox"/>				
Die Hebamme gewährleistet eine sichere, effektive und effiziente Betreuung der Frau, des Kindes und der Familie.					
a Sie ermittelt, plant, handelt, reflektiert und evaluiert im Sinne sicherer, effektiver und effizienter Versorgung in Abstimmung mit der zu betreuenden Person.	<input type="checkbox"/>				
b Sie sammelt systematisch Informationen, analysiert jede Situation gezielt, führt geburtshilflich diagnostisch relevante Untersuchungen im Einverständnis der zu betreuenden Person durch bzw. veranlasst diese, stellt Diagnosen und prognostiziert den Verlauf.	<input type="checkbox"/>				
c Sie begleitet und beobachtet den Verlauf fortwährend, identifiziert Situationen die eine Unterstützung des physiologischen Prozesses erfordern, begründet klinische Entscheidungen und geburtshilfliches Handeln evidenzbasiert und führt geburtshilfliche Interventionen im Einverständnis der zu betreuenden Personen rechtzeitig und angemessen durch, um den physiologischen Verlauf wieder herzustellen.	<input type="checkbox"/>				
d Sie schätzt geburtshilfliche Risiken fachlich richtig und rechtzeitig ein, trifft begründete Entscheidungen, kommuniziert diese den betroffenen Personen gegenüber und reagiert auf jede Abweichung, die eine Konsultation bzw. eine Überweisung zu einer anderen Hebamme, einem Arzt oder anderen Gesundheitsfachberufen erfordert.	<input type="checkbox"/>				
e Sie zieht beim Auftreten pathologischer Befunde Ärzte und Ärztinnen rechtzeitig hinzu und führt bis zu deren Eintreffen adäquate Notfallmaßnahmen aus.	<input type="checkbox"/>				
f Sie übernimmt ihre Verantwortung im geburtshilflichem Team und führt Anweisungen weisungsbefügter Personen (Ärzte und Ärztinnen) zeitgerecht und effektiv durch.	<input type="checkbox"/>				
g Sie identifiziert veränderten Betreuungsbedarf in komplexen psychischen und sozialen Situationen, gewährleistet die akute Versorgung in Krisensituationen, sowie das Einleiten entsprechender langfristiger Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>				

h	Sie ist sensibilisiert für Anzeichen von Gewalt in der Familie, sexuellen Missbrauch oder Drogenkonsum bei der Frau und realisiert die Versorgung durch Vernetzung und Überweisung.	<input type="checkbox"/>				
i	Sie erkennt Versorgungsdefizite des Kindes in der Familie, ist sensibilisiert für Anzeichen von Missbrauch des Kindes und leitet entsprechende Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls ein.	<input type="checkbox"/>				
j	Sie bildet sich eine fachlich fundierte Meinung und ist in der Lage diese auch in hierarchischen Strukturen argumentativ zu vertreten.	<input type="checkbox"/>				
k	Sie gewährleistet bzw. unterstützt Prinzipien und Strukturen, die nachweislich einen positiven Einfluss auf die Sicherheit, Effektivität und Effizienz der Versorgung nehmen (z.B. Ruhe, Vertrauen, Intimität, Kontinuität).	<input type="checkbox"/>				
l	Sie identifiziert und vermeidet Einflussfaktoren und Maßnahmen, die nachweislich den natürlichen Geburtsprozess beeinträchtigen und das Aufkommen von Pathologie begünstigen.	<input type="checkbox"/>				
m	Sie identifiziert und realisiert individuelle und institutionelle Arbeitsbedingungen, die eine sichere, effektive und effiziente Versorgung gewährleisten.	<input type="checkbox"/>				
n	Sie bleibt entscheidungs- und handlungsfähig in schnellwechselnden und komplexen Situationen und Notfällen unter Berücksichtigung individueller, situativer und institutioneller Faktoren.	<input type="checkbox"/>				
o	Sie wird vielfältigen Anforderungen gleichzeitig gerecht, kann Prioritäten setzen und falls erforderlich Unterstützung einfordern bzw. Grenzen der Leistbarkeit realisieren.	<input type="checkbox"/>				
p	Sie dokumentiert patientenbezogene Daten sowie Planung, Durchführung und Evaluation des Betreuungsprozesses fachlich richtig und nachvollziehbar und ist in der Lage Befunde, Diagnosen und Maßnahmen sprachlich adäquat an Laien und Fachvertretern zu vermitteln.	<input type="checkbox"/>				

Wie bewerten Sie die Kompetenz?		Keine		Hohe		
		-2	-1	0	1	2
KOMPETENZ 2		<input type="checkbox"/>				
Die Hebamme nimmt ihre rechtliche und ethische Zuständigkeit und Verantwortung im Rahmen ihrer Berufsausübung wahr.						
a	Sie entwickelt ein breites und vertieftes Verständnis rechtlicher Bedingungen und ethischer Prinzipien der Berufsausübung.	<input type="checkbox"/>				
b	Sie erfüllt rechtliche Vorgaben und unterstützt die Entwicklung evidenzbasierter Standards.	<input type="checkbox"/>				
c	Sie nimmt die professionelle Verantwortung und die persönliche Haftung gegenüber der Frau, dem Arbeitgebers, der Profession und der Gesellschaft wahr.	<input type="checkbox"/>				
d	Sie begründet ihre Zuständigkeit der autonomen und selbstverantwortlichen Primärversorgung im Rahmen von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit auf <ul style="list-style-type: none"> • rechtlicher Zuständigkeit • Qualifizierung und Kompetenz • dem Versorgungsbedarf der Frau • Evidenzen mit dem Nachweis des optimalen „outcomes“ für Frauen, Kinder und Familien. 	<input type="checkbox"/>				
e	Sie identifiziert ethische Dilemmata und beteiligt sich an ethischen Entscheidungsfindungsprozessen auf gesellschaftlicher und individueller Ebene.	<input type="checkbox"/>				

Wie bewerten Sie die Kompetenz?	Keine					Hohe
	-2	-1	0	1	2	
KOMPETENZ 3	<input type="checkbox"/>					
Die Hebamme arbeitet als gleichberechtigtes Mitglied interdisziplinärer Versorgungsnetze mit dem Ziel der optimalen Gesundheitsversorgung von Frauen, Kindern und Familien						
a Sie entscheidet im Rahmen ihrer rechtlichen Zuständigkeit und individuellen Kompetenz, wann sie selbstverantwortlich handelt bzw. wann sie andere Fachpersonen hinzuzieht.	<input type="checkbox"/>					
b Sie sichert in fachlich begründeten Fällen die Versorgung von Frauen und Kinder mit komplexen Anforderungen im Sinne der integrierten Versorgung.	<input type="checkbox"/>					
c Sie fördert und gestaltet eine optimale Zusammenarbeit sowohl innerhalb ihres Fachbereichs als auch interdisziplinär.	<input type="checkbox"/>					
<ul style="list-style-type: none"> • Sie unterstützt die Organisationsentwicklung in Institutionen bzw. die Entwicklung von ambulanten Versorgungsstrukturen und deren Vernetzung, um Versorgungsabläufe im Sinne der Klientenorientierung zu optimieren. • Sie kommuniziert Informationen, Ideen, Probleme und Lösungen intra- und interprofessionell. • Sie basiert ihre Position in der fachlichen Auseinandersetzung auf gesicherten Erkenntnissen und entwickelt einen konstruktiven Umgang mit hierarchischen Strukturen (Kommunikation, Konfliktmanagement). • Sie vermittelt und überweist Frauen, Kinder und Familien an entsprechende Einrichtungen medizinischer, sozialer und psychologischer Versorgung, sowie gemeindenaher Unterstützung. 						

Wie bewerten Sie die Kompetenz?	Keine					Hohe
	-2	-1	0	1	2	
KOMPETENZ 4	<input type="checkbox"/>					
Die Hebamme fördert die Gesundheit von Frauen, Kindern und Familien im Rahmen der Geburtshilfe und entwickelt umfassende Versorgungs- und Präventionskonzepte.						
a Sie nimmt ihre Rolle als Primärversorgende im Rahmen der physiologischen Geburtshilfe, sowie ihre Zuständigkeit als Unterstützende des physiologischen Prozesses von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit wahr.	<input type="checkbox"/>					
b Sie richtet die Betreuung an dem Ziel aus, die Gesundheit von Frau, Kind und Familie aufrechtzuerhalten, zu fördern, bzw. wieder herzustellen.	<input type="checkbox"/>					
c Sie identifiziert und berücksichtigt soziale, kulturelle, ökonomische, psychologische und geschlechtsspezifische Einflussfaktoren auf die Frauen-, und Kindergesundheit.	<input type="checkbox"/>					
d Sie identifiziert den Bedarf einer Frauen- und Familienorientierten Versorgung und stellt diesen in den Mittelpunkt professioneller Versorgungskonzepte.	<input type="checkbox"/>					
e Sie ermöglicht und unterstützt die positive Bewältigung von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als wichtiges Lebensereignis von Frau, Kind und Familie.	<input type="checkbox"/>					
f Sie ermöglicht und unterstützt den ressourcenorientierten Einbezug des familiären Umfeldes, so wie es von der Frau definiert wird.	<input type="checkbox"/>					
g Sie erkennt Mutter und Kind als Einheit an und sichert die Gesundheitsversorgung des Kindes unter Einbezug der Mutter und der Familie.	<input type="checkbox"/>					
h Sie unterstützt gesundheitsfördernde und präventive Programme und deren Entwicklung.	<input type="checkbox"/>					
i Sie informiert und klärt Jugendliche und Erwachsene bezüglich Sexualität und Elternschaft auf.	<input type="checkbox"/>					
j Sie setzt sich für eine nationale und internationale Sozial- bzw. Gesundheitspolitik ein, die eine professionelle Versorgung von schwangeren Frauen, Gebärenden und Wöchnerinnen und ihren Kindern sichert.	<input type="checkbox"/>					

Wie bewerten Sie die Kompetenz?	Keine					Hohe
	-2	-1	0	1	2	
KOMPETENZ 5	<input type="checkbox"/>					
Die Hebamme entwickelt ein professionelles Verständnis für das „therapeutische Arbeitsbündnis“ und stellt eine daran angepasste Versorgung sicher.						
a Sie respektiert die Eigenkompetenz und Autonomie der Frau und ihrer Familie und fördert deren Ressourcen Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Empowerment).	<input type="checkbox"/>					
b Sie strebt ein von Würde und Respekt gekennzeichnetes Vertrauensverhältnis an und ist in der Lage dies zu wahren (auch in komplexen und durch Anonymität gekennzeichneten Situationen).	<input type="checkbox"/>					
c Sie erkennt und respektiert die individuellen emotionalen, sozialen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Frau.	<input type="checkbox"/>					
d Sie respektiert das Recht der Frau und der Familie auf Aufklärung und Beratung und fördert die informierte Entscheidung.	<input type="checkbox"/>					
e Sie plant und evaluiert die Versorgung auf Grundlage einer professionellen Rollenbeziehung mit den Klienten/ Klientinnen und stellt optionale Handlungsvarianten zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>					
f Sie identifiziert den Bedarf der Frau an Unterstützung und verfügt über ein entsprechendes Rollenrepertoire um diesem im Rahmen des „therapeutischen Arbeitsbündnisses“ zu entsprechen.	<input type="checkbox"/>					
g Sie kommuniziert und interagiert auf Grundlage des professionellen Beziehungsaufbaus.	<input type="checkbox"/>					
h Sie setzt sich bewusst mit asymmetrischen Beziehungen und Machtverhältnissen auseinander und reflektiert eigene Werte und Vorstellungen, sowie deren Einfluss auf das Berufliche Handeln kritisch.	<input type="checkbox"/>					

Wie bewerten Sie die Kompetenz?	Keine					Hohe
	-2	-1	0	1	2	
KOMPETENZ 6	<input type="checkbox"/>					
Die Hebamme analysiert und integriert unterschiedlichste und z.T. divergierende Erkenntniszugänge und wendet das Wissen auf ihre Tätigkeit oder ihren Beruf an.						
a Sie prüft, erweitert und vertieft kontinuierlich das geburtshilfliche Wissen und Verstehen auf Grundlage aktueller Fachliteratur und ist in der Lage relevante Wissensbestände auf dem Stand der Forschung zu erschließen und in das Wissen zu integrieren.	<input type="checkbox"/>					
b Sie ist in der Lage Informationen systematisch zu erfassen, zu bewerten, zu interpretieren und daraus wissenschaftlich fundierte Urteile, unter Berücksichtigung gesellschaftlicher, wissenschaftlicher und ethischer Erkenntnisse, abzuleiten.	<input type="checkbox"/>					
c Sie gestaltet selbständig weiterführende Lernprozesse, und ist in der Lage neue Erkenntnisse in das berufliche Handeln zu integrieren.	<input type="checkbox"/>					
d Sie reflektiert, vertieft und erweitert kontinuierlich ihr theoretisches und wissenschaftliches Fachwissen und ist in der Lage dies fallbezogen anzuwenden.	<input type="checkbox"/>					
e Sie identifiziert berufsspezifische Probleme und Anforderungen und nutzt Lernnetzwerke und Methoden des Teamlernens (z.B. Supervision, Fallbesprechungen) um Problemlösungen und Argumente in ihrem Fachgebiet zu erarbeiten und weiterzuentwickeln.	<input type="checkbox"/>					
f Sie setzt die sinnliche Wahrnehmung sowie manuelle Fertigkeiten gezielt ein und nutzt diese für anerkannte Diagnose-, und Behandlungstechniken (taktil-kienästhetisch, körpertherapeutisch) bzw. zu deren Weiterentwicklung.	<input type="checkbox"/>					
g Sie nutzt intuitive Wahrnehmung und Erfahrung um Individuen und Situationen rasch einzuschätzen und Entwicklungen abzusehen.	<input type="checkbox"/>					
h Sie überliefert traditionelles und erfahrungsbasiertes Hebammenwissen, ist in der Lage diesen Erkenntniszugang zu reflektieren und unterstützt die forschungsbasierte Überprüfung dessen.	<input type="checkbox"/>					
i Sie identifiziert Anforderungen und Tätigkeitsbereiche die einer Zusatzqualifikation und Spezialisierung bedürfen um die berufliche Leistung auf einem hohen qualitativen Niveau zu sichern.	<input type="checkbox"/>					
j Sie bietet Begleitung und Anleitung insbesondere für Auszubildende und Berufsanfängerinnen.	<input type="checkbox"/>					

Wie bewerten Sie die Kompetenz?		Keine				Hohe
		-2	-1	0	1	2
KOMPETENZ 7		<input type="checkbox"/>				
Die Hebamme überprüft, erweitert und vertieft kontinuierlich ihr professionelles Wissen und Verständnis von Geburt und Geburtshilfe um den veränderten Bedingungen in einer sich wandelnden Gesellschaft, Wissenschaft und Politik gerecht zu werden.						
a	Sie definiert ihr Verständnis von Geburt und Geburtshilfe unter kritischer Berücksichtigung beruflich relevanter Theorien, Prinzipien und Methoden.	<input type="checkbox"/>				
b	Sie identifiziert und analysiert die gesellschaftliche Relevanz der beruflichen Leistung und setzt sich für optimale Bedingungen der Berufsausbildung und Berufsausübung ein.	<input type="checkbox"/>				
c	Sie bezieht sich auf ein definiertes berufliches Profil unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Standards und Ethikkodexe.	<input type="checkbox"/>				
d	Sie fördert das Ansehen des Berufsstandes und unterstützt berufspolitische Strategien.	<input type="checkbox"/>				
e	Sie organisiert die eigene Praxis nach rechtlichen, wirtschaftlichen und ökologischen Grundsätzen.	<input type="checkbox"/>				
f	Sie entwickelt und reflektiert das Berufsverständnis und die daraus resultierenden Anforderungen vor dem Hintergrund persönlicher Bedürfnisse (Burn out Prophylaxe).	<input type="checkbox"/>				
g	Sie nutzt den Einsatz von Qualitätsmanagement (interne und externe Evaluation) um die Qualität der Leistung zu sichern.	<input type="checkbox"/>				

Zusammenfassung

Die geburtshilfliche Versorgung von schwangeren Frauen, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie von Neugeborenen und Säuglingen durch Hebammen stellt eine wichtige gesellschaftliche Gesundheitsdienstleistung dar. Um dieser Versorgung kompetent im Sinne qualifizierter Berufsausbildung gerecht zu werden, bedarf es einer an zeitgemäßen beruflichen Anforderungen orientierten und qualitativ gesicherten Ausbildung.

Ausgangspunkt dieser Dissertation war die Feststellung, dass die aktuellen und zukünftigen Anforderungen an den Hebammenberuf bisher nicht unter pflegepädagogischen und pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten analysiert und dokumentiert worden sind. Damit fehlen entscheidende Grundlagen für eine weiterführende curriculare Arbeit im System zeitgemäßer beruflicher und akademischer Bildung. In der vorliegenden Dissertationsschrift werden daher berufliche Kompetenzanforderungen an Hebammen analysiert und in Form eines Kompetenzprofils systematisiert, um damit einen Rahmen für die weiterführende curriculare Arbeit zu schaffen. Damit wird ein curricularer Ansatz gewählt, der sowohl in einer zukünftigen beruflichen Ausbildung als Grundlage der Entwicklung von Lernfeldern wie auch in der Hochschulbildung als Grundlage der Modularisierung genutzt werden kann. Darüber hinaus kann das Kompetenzprofil als gemeinsamer Bezugsrahmen genutzt werden, um die Vernetzung dieser beiden Bildungssektoren zu erleichtern.

Mit Fokus auf die angestrebte Curriculumsentwicklung sind die beruflichen Anforderungen aus der Perspektive von berufserfahrenen Hebammen, Hebamenschülerinnen, Lehrhebammen und Hebammen mit erweiterten Kompetenzen ermittelt worden. Durch das qualitative Studiendesign haben insgesamt ca. 140 Expertinnen der Berufs- und Ausbildungspraxis ihre Erfahrungen, Sichtweisen und Deutungen in die Untersuchung eingebracht. Die Befragung berufserfahrener Hebammen (n=15) durch die Methode des Expertinneninterviews zielte darauf ab, deren Wissen und Können als Ergebnis einer Kompetenzentwicklung zu beleuchten. Ergänzt worden ist dieser Untersuchungsschritt durch den Einbezug von Lehrenden (n=60) und Auszubildenden (n=35) sowie von sachverständigen Expertinnen der Berufspraxis (n=18) durch die Methode der Gruppendiskussion. Die Auswertung der Daten ist anhand der zusammenfassenden und strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) erfolgt, so dass die Ergebnisse in einem induktiv-deduktiv organisierten systematischen Wechselspiel

gewonnen worden sind. Das sich anschließende modifizierte Delphiverfahren ist genutzt worden, um die auf Grundlage der Expertinneninterviews und Gruppendiskussionen ermittelten Kompetenzanforderungen durch Bildungsexpertinnen im Hebammenwesen (11) einer ersten Überprüfung zuzuführen.

Die Systematisierung der identifizierten und analysierten Kompetenzanforderungen erfolgt auf der Grundlage des in dieser Dissertation verwendeten Kompetenzkonzepts anhand von Domänen beruflicher Praxis, um so den Bezug zu den Handlungsfeldern herzustellen, in denen die beruflichen Anforderungen zum Tragen kommen. Das Kompetenzprofil umfasst im Ergebnis fünf Domänen beruflicher Praxis, welche jeweils mit drei bis sechs, dem Handlungsfeld entsprechenden Kompetenzen unterlegt werden.

Die Domäne *‘Geburtshilffliches Wissen’* beschreibt das Wissen und Können, das erforderlich ist, um den beruflichen Anforderungssituationen prinzipiell zu entsprechen. Die Domäne *‘Geburtshilffliche Kommunikation’* umfasst Kompetenzen, die zur Gestaltung einer professionellen Beziehung zwischen Hebammen und betreuten Frauen sowie deren Kindern erforderlich sind. In der Domäne *‘Geburtshilffliche Entscheidung und Handlung’* werden die Kompetenzen nach Art und Komplexität der Anforderungen systematisiert. Die geburtshilffliche Entscheidung und Handlung richtet sich dabei maßgeblich an den Zielen aus, die Eigenart der Frau und des Kindes im Geburtsprozess zu berücksichtigen, die Physiologie der Geburt zu unterstützen sowie auf gesundheitliche Risiken und geburtshilffliche Komplikationen fachgerecht zu reagieren. Die Domäne *‘Zuständigkeit und Kooperation’* beschreibt Kompetenzen, die es ermöglichen, Zuständigkeiten im eigenen Aufgabenbereich wahrzunehmen und umfasst daher auch Kompetenzanforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Domäne *‘Entwicklung und Organisation’* greift die Kompetenzanforderung auf, das geburtshilffliche Versorgungsangebot vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Gesellschaft qualitativ weiter zu entwickeln.

Das Kompetenzprofil basiert im Wesentlichen auf der Analyse der Kompetenzanforderungen, wie sie durch die befragten Hebammen beschrieben worden sind, so dass die Perspektive der Hebammen in diesem Kompetenzprofil weitgehend erfasst werden konnte. Die Sichtweisen anderer Personen- und Berufsgruppen sind nicht erhoben worden, so dass deren Vorstellungen über bzw. Erwartungen an eine hebammengeleitete Geburtshilfe nicht berücksichtigt worden sind. Eine weiterführende Untersuchung würde die Ergebnisse dieser Untersuchung sinnvoll

ergänzen, um die Kompetenzanforderungen an den Hebammenberuf aus Sicht der Frauen und Familien und den an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu beleuchten. Bezogen auf die Zielstellung der weiterführenden curricularen Entwicklung lassen die Ergebnisse schlussfolgern, dass die beruflichen Anforderungen einen Kompetenzerwerb über die Erstqualifizierung hinaus erfordern. Sowohl die Diversifikation wie auch die Spezialisierung der Aufgaben und Tätigkeiten erfordern neben der gezielten fachlichen Qualifizierung auch den Wissenserwerb über angrenzende Berufsfelder, um die Gesundheitsversorgung in der interdisziplinären Kooperation zu befördern. Die Kompetenzanforderung, berufs- und lebensbegleitend zu lernen, wird ebenso deutlich ausgewiesen wie die Notwendigkeit, ein entsprechend curricular abgestimmtes und aufeinander aufbauendes System beruflicher und akademischer Aus- und Weiterbildung für die Gesundheitsberufe zu schaffen, um den Kompetenzerwerb zu ermöglichen. Darüber hinaus bestätigen die Ergebnisse der hier vorliegenden Dissertation den Reformbedarf der derzeitigen beruflichen Ausbildung, da diese Form der Qualifizierung nicht den Kompetenzerwerb ermöglicht, wie er auf Grund der hier analysierten Kompetenzanforderungen erforderlich wäre. Die Ergebnisse dieser Dissertation lassen weiterhin schlussfolgern, dass der Kompetenzerwerb bezogen auf die Kompetenzen, Wissen analytisch zu reflektieren und erfahrungsbasiert handeln zu können, gleichermaßen gefördert werden sollten. Zu begrüßen wären daher curriculare Entwicklungen, welche tatsächlich eine stärkere Verzahnung der beruflichen und akademischen Bildungssysteme einleiten, welche mit ihren jeweiligen Schwerpunkten den spezifischen Wissens- und Kompetenzerwerb fördern.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Liste der Veröffentlichungen

Ausgewählte Veröffentlichungen seit 2005

Fleming, Valerie; Pehlke-Milde, Jessica; Poat Angela; Gaidys, Uta (2005): Ist die REEDA – Skala zur Messung der Wundheilung nach Dammverletzungen geeignet? *Die Hebamme*, 18 (1), S. 44-48.

Pehlke-Milde, Jessica; Beier, Jutta; zu Sayn-Wittgenstein, Friedericke (2006): Vocational Analysis of Health Care Professions as a Basis for Innovative Curricular Planning. *Nurse Education Today*, Volume 26, Issue 3, pp 183-190.

Pehlke-Milde, Jessica; Beier, Jutta; Sheila Davies; Teja Zasek; Valerie Fleming (2006): Kompetenzmessung von Hebammen in Europa. Entwicklung und Überprüfung beruflicher Szenarien zur Erfassung fachlicher Kompetenzen. *PrInterNet*, 11/06, 8. Jahrgang, S. 592-595.

Piechotta, Gudrun; Jessica Pehlke-Milde (2008): Die Anrechnung von berufsbezogenen Kompetenzen im Bachelor-Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin. Das Modul „Berufsbezogene Reflexion“. *Pflegewissenschaft*, 07/08, 10. Jahrgang, S. 389-394.

Räbiger, Jutta; Pehlke-Milde, Jessica; Machocki, Sieglinde (2008): Anrechnung beruflicher Aus- und Weiterbildung auf ein Studium – eine Chance für die Gesundheitsberufe. In: Matzick, S. (Hrsg.): *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen*. Weinheim: Juventa Verlag, S. 229-249.

Erklärung

„Ich, Jessica Pehlke-Milde, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *‘Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung’* selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift