

**Kompetenzentwicklung in der Hebammenausbildung
- zwei Studien**

Juana Sommer, Silvia Hepprich & Dorothea Tegethoff

Working Paper No. 13-01

Berlin, November 2013

Unit Gesundheitswissenschaften

und ihre Didaktik

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zitierhinweis:

Sommer J, Hepprich S, Tegethoff D (2013):
Kompetenzentwicklung in der Hebammenausbildung
- zwei Studien.

Working Paper No. 13-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Impressum:

Working Paper No. 13-01 der
Unit Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik

Berlin, November 2013

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizin-, Pflegepädagogik
und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin / Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://imppw.charite.de>

Inhalt

1. Vorwort	3
2. Kompetenz, Kompetenzentwicklung und Kompetenzeinschätzung. Eine Einführung	5
2.1 Der Kompetenzbegriff	5
2.2 Kompetenzen einer Hebamme.....	7
2.3 Entwicklung von Kompetenzen	12
2.4 Kompetenzeinschätzung.....	16
3. Kompetenzentwicklung beim Erlernen der vaginalen Untersuchung	18
3.1 Hintergrund und Problemlage	18
3.2 Schmerzen im geburtshilflichen Kontext.....	20
3.2.1 <i>Physiologische und psychologische Aspekte des Geburtsschmerzes</i>	20
3.2.2 <i>Psychosoziale Facetten in der geburtshilflichen Betreuungsbeziehung</i>	21
3.2.3 <i>Die "emotionale Arbeit" im Hebammenberuf</i>	22
3.3 Untersuchungsdesign	23
3.3.1 <i>Auswahl der Interviewpartnerinnen, Datenerhebung, Datendokumentation</i>	23
3.3.2 <i>Datenaufbereitung und Auswertung</i>	24
3.4 Ergebnisse	25
3.4.1 <i>Vermeidungsstrategien zum emotionalen Konfliktmanagement</i>	31
3.4.2 <i>Alternativstrategien</i>	36
3.4.3 <i>Nähe und Distanz</i>	40
3.5 Diskussion	45
3.6 Zusammenfassung	50
4. Kompetenzen für Aufklärung, Beratung und Anleitung - Ein Vergleich zwischen Hebammenausbildung und Bachelor of Science in Midwifery	52
4.1 Aktueller Stand zur Hebammenausbildung in Deutschland	52
4.2 Aufklärung, Beratung und Anleitung	56
4.2.1 <i>Aufklärung</i>	56
4.2.2 <i>Beratung</i>	57
4.2.3 <i>Anleitung</i>	59
4.3 Methode	60
4.4 Ergebnisse	61
4.4.1 <i>Beteiligung, Rücklauf und sozialstatistische Daten</i>	61
4.4.2 <i>Teil A des Fragebogens - Begriffe</i>	62
4.4.3 <i>Teil B des Fragebogens - Einschätzung des Kompetenzerwerbs</i>	69

4.5 Diskussion	76
4.6 Fazit.....	80
4.7 Zusammenfassung	81
5. Ausblick.....	83
6. Literatur	85
7. Anhang	90
7.1 Interviewleitfaden und Transkriptionsregeln	90
7.2 Fragebogen	93
7.3 Abbildungsverzeichnis	101
7.4 Tabellenverzeichnis	102

1. Vorwort

Dorothea Tegethoff

Kompetenz ist ein Schlüsselbegriff der (beruflichen) Bildung (vgl. z. B. Reiber, 2006). Auch in der Hebammenausbildung in Deutschland wird auf die Orientierung an Kompetenzen gesetzt, indem Kompetenzprofile entwickelt werden, die als Zielvorgaben für Curricula dienen (Pehlke-Milde 2009).

Dabei handelt es sich um ein ausgesprochen schillerndes Konzept, dessen einheitliche Definition und exakte Abgrenzung von verwandten Begriffen (wie z. B. Fähigkeit) aussteht. Klieme und Hartig (2007) gehen vom Alltagsverständnis des Begriffs aus und halten fest, dass es bei Kompetenzen stets „irgendwie“ um Zuständigkeit, Fähigkeit und Bereitschaft geht. Je nach Hintergrund der Autorinnen¹ und je nach Zielstellung der jeweiligen Veröffentlichungen werden Kompetenzen mit unterschiedlichen Schwerpunkten beschrieben (vgl. Kap. 2). Der Rückgriff auf englischsprachige Literatur mit verwandten aber nicht immer sinngleichen Begriffen wie „competence“, „competency“, „skill“, „ability“, „capacity“ usw. vervollständigt die unübersichtliche Lage (vgl. z. B. Worth-Butler, Fraser & Murphy, 1994).

Das Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité beschäftigt sich insbesondere mit klinischer Kompetenzentwicklung (Bergjan & Tegethoff, 2013), also mit der Frage, wie Lernende im klinischen Setting Kompetenzen erwerben.² Dabei sind mit „klinisch“ alle Situationen gemeint, in denen mit echten oder simulierten Patientinnen gelernt wird, also auch und im Besonderen im ambulanten Bereich. Im Rahmen dieses Forschungsschwerpunktes werden auch Diplomarbeiten erstellt, die sich mit Akteurinnen im Lernprozess, mit Lehr- und Lernstrategien, mit spezifischen Lernumgebungen oder Möglichkeiten des Assessments und Feedbacks im Prozess der Kompetenzentwicklung in der Ausbildung bzw. im Studium in verschiedenen Gesundheitsberufen befassen (ebd.).

Das hier vorlegte Working Paper fasst zwei Untersuchungen zur Kompetenzentwicklung in der Hebammenausbildung zusammen, die im Rahmen von Qualifikationsarbeiten im Diplomstudiengang Medizin- und Pflegepädagogik am Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft in den Jahren 2012 und 2013 entstanden sind. Obwohl sich beide Studien mit der Kompetenzentwicklung bei Hebamenschülerinnen bzw. -studentinnen beschäftigen, können sie unterschiedlicher kaum sein. So befasst sich die erste Arbeit mit hemmenden oder fördernden Faktoren individueller Kompetenzentwicklung, während die zweite Untersuchung eine Kompetenzbeschreibung und -einschätzung im Vergleich zwischen verschiedenen Bildungsprogrammen unternimmt.

¹ Alle Berufs- und Personenbezeichnungen werden, um den Text nicht unnötig zu belasten, in der weiblichen Form angegeben. Gegebenenfalls sind beide Geschlechter gemeint.

² So wurde im März 2013 ein Symposium „Klinische Kompetenzentwicklung“ durchgeführt, dessen Ziel es war, Forschungsfragen zum Thema zu identifizieren und zu konkretisieren. Ebenfalls mit diesem Ziel wird aktuell eine Expertinnen-Befragung durchgeführt, die neben Wissenschaftlerinnen auch Lehrende und Praxisanleiterinnen in der Pflege- und der Hebammenausbildung bzw. im Studium einbezieht.

Juana Sommer untersucht in ihrer Studie den Einfluss von Schmerzäußerungen der Gebärenden auf den Erwerb praktischer Untersuchungskompetenzen. Sie beschäftigt sich mit der Kompetenzentwicklung einzelner Hebammenschülerinnen und mit ihren Lernstrategien. Dabei wird ein qualitatives Verfahren mittels narrativer Interviews verwendet, das das individuelle Verständnis der Lernenden exploriert.

Die Studie von Silvia Hepprich untersucht den Kompetenzerwerb im Bereich edukativer Maßnahmen (Aufklärung, Beratung, Anleitung) im Vergleich zwischen der Ausbildung zur Hebamme und dem Bachelorstudium Hebammenkunde. Hier geht es also um die übergeordnete Ebene von Bildungsprogrammen, weniger um einzelne Individuen. Die Untersuchung ist quantitativ angelegt: es werden Fragebögen verwendet, die die Selbsteinschätzung der Lernenden bezüglich ihrer Kompetenzentwicklung in den unterschiedlichen Bildungsgängen erfassen.

Der besseren Übersicht halber sind die Teile der beiden Arbeiten, die sich mit grundsätzlichen Überlegungen zur Kompetenz, Kompetenzentwicklung und Kompetenzeinschätzung beschäftigen, in dieser Veröffentlichung zu einem Kapitel (2) zusammengefasst.

An diesen gemeinsamen Teil schließen sich die beiden Studien in den Kapiteln 3 und 4 an.

Im Ausblick werden aus dem aktuellen Stand der Forschung zu hebammenrelevanten Themen Forschungsdesiderate entwickelt (5).

2. Kompetenz, Kompetenzentwicklung und Kompetenzeinschätzung. Eine Einführung

Juana Sommer, Silvia Hepprich, Dorothea Tegethoff

Um Fragen nach der Kompetenzentwicklung und der Einschätzung oder Messung von Kompetenzen stellen und beantworten zu können, muss zunächst geklärt werden, was unter Kompetenzen zu verstehen ist und welche Bedeutung der Begriff für das untersuchte Feld hat. Daher werden im Folgenden Definitionen und Modelle beruflicher Kompetenz im Allgemeinen und bezogen auf den Hebammenberuf dargestellt. Mit Blick auf die konkreten Fragen der beiden Einzeluntersuchungen wird daran anschließend ein Literaturüberblick zur Frage der Kompetenzentwicklung im Hebammenberuf und zu Möglichkeiten der Darstellung von Kompetenz mittels Selbsteinschätzung gegeben.

2.1 Der Kompetenzbegriff

Festzustellen ist: In der Literatur wird der Kompetenzbegriff als Marker beruflicher Qualität in vielfacher Hinsicht aufgenommen und als zentraler Leitbegriff beruflicher Bildung verstanden (Reiber, 2006). Nicht zuletzt durch die Handreichung der Kultusministerkonferenz (KMK) nimmt die Entwicklung der beruflichen Handlungskompetenz eine zentrale Stellung bei der Gestaltung von Berufsbildungsgängen ein (KMK, 2007). In deutschen wie auch in fremdsprachlichen Veröffentlichungen lassen sich dazu allgemeine und für den Hebammenberuf spezifische Kompetenzdefinitionen extrahieren.

Nach den Vorstellungen des britischen Nursing and Midwifery Council werden Lernende dann als kompetent eingestuft, wenn sie in der Lage sind, ihre Fähigkeiten in bestimmten Handlungsbereichen, nach erforderlichem Standard, zu einem bestimmten Zeitpunkt zu demonstrieren (Butler et al., 2008). Bei dieser Bestimmung des Kompetenzbegriffs wird deutlich, dass Kompetenz terminologisch hier synonym mit dem Begriff Fähigkeiten gebraucht und im Zusammenhang mit örtlichen, zeitlichen und normativen Festlegungen definiert wird. Diese Bezüge greift auch die Kultusministerkonferenz in ihrer Definition der Handlungskompetenz auf: „ (...) die Bereitschaft und die Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (KMK, 2007, S.10). Reiber (2006) fordert, dass die Begriffsbestimmung für Kompetenz sowohl die berufsrelevanten Anforderungen an eine Ausbildung als auch Aspekte wie Subjektbezug und Persönlichkeitsentwicklung integrieren muss. Sie definiert auf Grundlage ihrer Überlegungen Kompetenz als „die Möglichkeit eines Individuums, sein Wissen sowie seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, eigene Ziele und Interessen kontextangemessen zu verwirklichen“ (ebd., S.20). Unter Kompetenz werden demnach die Strategien eines Subjekts verstanden, mit denen vor dem Hintergrund individueller Werte und Bedürfnisse die Herausforderungen des Lebens erfolgreich bewältigt werden können. Reiber impliziert im Kompetenzbegriff sowohl Ressourcen eines Individuums zur Problemlösung als auch die Nutzung der Ressourcen des Umfeldes.

Klieme und Leutner (2006) vertreten ebenfalls die Ansicht, dass für eine Kompetenzdefinition personenspezifische und situationsspezifische Komponenten berücksichtigt werden(müssen (ebd.)). Klieme et al. (2007) konkretisieren diese Anforderung mit sieben Voraussetzungen und stellen heraus, dass dann von Kompetenz gesprochen werden kann, wenn:

- gegebene Fähigkeiten genutzt werden,
- auf vorhandenes Wissen zurückgegriffen werden kann bzw. die Fähigkeit gegeben ist, sich Wissen zu beschaffen,
- zentrale Zusammenhänge der Domäne verstanden werden,
- angemessene Handlungsentscheidungen getroffen werden,
- bei der Durchführung der Handlung auf verfügbare Fertigkeiten zurückgegriffen wird,
- dies mit der Nutzung von Gelegenheiten zum Sammeln von Erfahrungen verbunden ist und
- aufgrund entsprechender handlungsbegleitender Kognitionen genügend Motivation zu angemessenem Handeln gegeben ist. (ebd.)

Kompetenzen sind von Qualifikationen in dem Sinne abzugrenzen, dass sie stärker auf die persönliche Entwicklung und Haltung des Individuums bezogen sind, während Qualifikationen die Perspektive des jeweiligen Arbeitsplatzes und der verwertbaren Fähigkeiten betonen (Heyse & Erpenbeck, 2007).

Die Kultusministerkonferenz (2007) führt weiter aus: „Handlungskompetenz entfaltet sich in den Dimensionen der Fachkompetenz, Humankompetenz und Sozialkompetenz“. In ähnlichem Sinne unterscheiden Erpenbeck und v. Rosenstiel (2007) „Kompetenzklassen“. Sie nennen „personale Kompetenzen“, „aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen“, „fachlich-methodische Kompetenzen“ sowie „sozial-kommunikative Kompetenzen“ (ebd., S.XXIV) und stellen bezüglich dieser Differenzierung klar, dass verschiedene Autoren einzelnen Kompetenzklassen unterschiedliche Einzelkompetenzen zuordnen. So finden sich auch andere Gliederungen.

Sonntag und Schäfer-Rauser (1993) unterscheiden nur drei Dimensionen:

- Fachkompetenz, die Fertigkeiten und Kenntnisse umfassen,
- Methodenkompetenz mit Denken/Problemlösen, Kreativität und Lernfähigkeit
und
- Sozialkompetenz mit Kommunikation und Kooperation.

Nach Schaeper und Briedis (2004) z. B. beinhalten berufliche Handlungskompetenzen Fach- und Sach-, Persönlichkeits-, Methoden- und Sozialkompetenz. Dieser Gliederung folgen die vorliegenden Untersuchungen.

Der Erwerb beruflicher Handlungskompetenz ist ein lebenslanger Prozess, der sich sowohl während der Ausbildung als auch darüber hinaus in Lernprozessen entwi-

ckelt. Die Lernprozesse beziehen sich zum einen auf kognitive Strukturen (Wissen, Verstehen, Anwenden, Problemlösen), zum anderen auch auf eine affektive Komponente (aufmerksam werden, sich emotional zuwenden, werten). Berufliche Handlungskompetenz wird demnach auch als Fähigkeit und Bereitschaft verstanden, Kenntnisse, Fertigkeiten, persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten in Arbeitssituationen und für die berufliche und persönliche Entwicklung zu nutzen und weiter zu entwickeln. Es ist das Ziel der Berufsbildung, die berufliche Handlungskompetenz und -fähigkeit entstehen zu lassen, anzupassen, zu erhalten oder zu erweitern.

2.2 Kompetenzen einer Hebamme

Eine definitorische Grundlage für ein einheitliches Hebammenkompetenzmodell bildet das Literaturreview von Worth-Butler, Murphy und Fraser (1994). Die Autorinnen legen mit ihrer Veröffentlichung eine Wissensbasis für ein Hebammenkompetenzprofil, die immer wieder aufgegriffen, konkretisiert und validiert wird. Grundlegend gehen sie davon aus, dass Wissen und Verständnis als Bestandteile, aber nicht als Ganzes einer Definition der professionellen Kompetenz gesehen werden können (ebd.). Ihre These stützen sie auf die gesichteten Arbeiten, z. B. auf Southgate, die betont, dass eine kompetente Praktikerin nicht nur ständig in der Lage sein muss, psychomotorische und interpersonelle Fähigkeiten zu zeigen, sondern auch stets angemessene moralische und personelle Einstellungen gebrauchen muss (Southgate, 1994, In: Worth-Butler et al., 1994). Kompetenzen erschließen sich außerdem nicht nur durch beobachtbares Verhalten, welches gemessen werden kann, sondern auch durch unsichtbare Attribute wie Haltung, Werte, Urteilsfähigkeit und persönliche Charaktereigenschaften. Kompetenzen sind also auch persönliche Potentiale und nicht nur die Performanz in einer Handlungssituation (ebd.).

Die offizielle Definition der Hebamme wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert und vom Rat des Internationalen Hebammenverbandes (ICM, International Confederation of Midwives) sowie dem Deutschen Hebammenverband (DHV) angenommen (ICM 2011a). Hier wird in allgemeiner Form auch auf bei Hebammen erwartete Kompetenzen Bezug genommen. Nach der ICM Definition erfüllt die Hebamme die folgenden Kriterien:

- ordnungsgemäße Zulassung nach anerkannter Hebammenausbildung
- anerkannte, verantwortliche und haftbare Gesundheitsfachperson
- partnerschaftliche Zusammenarbeit und Unterstützung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Stillenden
- eigenverantwortliche Leitung der Geburt sowie Betreuung des Neugeborenen und des Säuglings
- präventive Maßnahmen zur Förderung der normalen Geburt, Erkennen von Komplikationen bei Mutter und Kind

- Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung und Notfallversorgung
- Einsatz in der Hausgeburtsilfe, Basisgesundheitsversorgung, in öffentlichen und privaten Kliniken, Geburtshäusern, Hebammenpraxen und anderen Institutionen im Gesundheitswesen (ebd).

Weiterhin heißt es dort: „Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung, nicht nur für Frauen, auch innerhalb der Familie und der Gesellschaft“ (ebd., S.1).

Der internationale Hebammenverband ICM (2011b) bestimmt vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Definition Kompetenz für den Hebammenberuf als eine Kombination von Wissen, professionellem Verhalten und spezifischen Fähigkeiten, die auf einem definierten Leistungsniveau im Kontext der Hebammenausbildung und -praxis zum Tragen kommt. (ebd.). In einem 2002 anerkannten Kompetenzprofil werden sieben Hebammenkompetenzen abgegrenzt. Dieses Kompetenzprofil ist berufspolitisch auch länderübergreifend als richtungweisend anzusehen. Tabelle 1 zeigt die sieben Kernkompetenzen, die der ICM beschreibt. Jede Kompetenz wird mit erforderlichem Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten näher definiert.

Kompetenz	Passus
1. Kompetenz im sozialen, epidemiologischen und kulturellen Kontext von Mutter und Neugeborenem	Hebammen verfügen über grundlegendes Wissen und Fertigkeiten in Geburtshilfe, Neonatologie, Sozialwissenschaften, Public Health und ethischen Aspekten, die die Basis für eine hochqualitative und kulturell relevante, angemessene Versorgung der Mutter, des Neugeborenen und werdender Familien bildet.
2. Kompetenz in der Vorschwangerschaft und Familienplanung	Hebammen bieten hochqualitative, kulturell sensible Gesundheitsbildung und -services allen Gesellschaftsschichten, um gesundes Familienleben, geplante Schwangerschaft und positives Eltern-dasein zu fördern.
3. Kompetenz während der Schwangerschaft	Hebammen bieten hochqualitative pränatale Versorgung, um die Gesundheit während der Schwangerschaft zu verbessern, was Früherkennung und sachgemäße Versorgung von Komplikationen beinhaltet.
4. Kompetenz während der Geburt	Hebammen bieten eine hochqualitative und kulturell sensible, hygienisch einwandfreie und sichere Geburt sowie Maßnahmen bei selektierten Notfällen, um die Gesundheit von Mutter und Neugeborenem zu sichern.
5. Kompetenz in der Zeit nach der Geburt für die Mutter	Hebammen bieten umfangreiche, hochqualitative und kulturell sensible Versorgung für die Zeit nach der Geburt.

6. Kompetenz in der Zeit nach der Geburt für das Kind	Hebammen bieten hochqualitative und umfangreiche Versorgung für die Gesundheit des Kindes in den ersten zwei Monaten nach der Geburt.
7. Kompetenz bei Versorgung Schwangerer mit Schwangerschaftsabbrüchen	Hebammen bieten eine Vielzahl von individualisierten, kulturell sensiblen Leistungen bei Frauen mit Schwangerschaftsabbruch (gewollt/ungewollt).

Tabelle 1 Essenzielle Kompetenzen für die grundlegende Hebammenpraxis (ICM 2011b)

Auf Grundlage dieser ersten Festlegungen sind in den letzten Jahren im In- und Ausland zielgerichtet Studien durchgeführt worden, die das Hebammenkompetenzprofil konkretisieren sollten. Es sind vor allem drei Studien zu nennen, die in der Summe sehr ähnliche Resultate zeigen.

Nicholls und Webb kommen 2006 in ihrem integrativen Review methodologisch unterschiedlicher Studien zu dem Fazit, dass eine gute Hebamme mehr sein muss, als technisch fähig im Bereich der körperlichen Betreuung. Der besondere Wert guter Hebammen ist es, psychologische Sicherheit zu geben, d.h. für die Frau da zu sein, Freundlichkeit und die Fähigkeit, Mitgefühl zu zeigen. Demnach tragen gute kommunikative Fähigkeiten am stärksten zum Kompetenzbild einer Hebamme bei. Für die Autorinnen ist es essentiell, dass Hebammen in der Lage sind, die zu betreuenden Frauen als Individuen zu behandeln und sich ihnen einfühlsam zu nähern (Nicholls & Webb, 2006).

Etwas differenzierter stellen sich die Ergebnisse von Butler, Fraser und Murphy (2008) in ihrer Untersuchung zu den essentiellen Kompetenzen einer Hebamme zum Zeitpunkt der Berufszulassung dar. Subsumierend kommen die Autorinnen zu folgenden drei wesentlichen Kompetenzkategorien. Eine Hebamme muss:

1. eine sicher arbeitende Praktikerin sein,
2. die richtige Einstellung zum Hebammenberuf haben und
3. effektiv kommunizieren können.

Die Kategorie der sicher arbeitenden Praktikerin konkretisieren sie dahingehend, dass eine Hebamme ein gewisses Maß an praktischen Fähigkeiten und einen angemessenen Umfang an Fertigkeiten erreicht haben muss, um in vielfältigen Situationen der Hebammenpraxis agieren zu können. Die Hebamme soll eine gute Wissensbasis besitzen und in einem angemessenen Rahmen selbstsicher sein. Von ihr wird erwartet, dass sie eine normale Geburt durchführen kann, Abweichungen von der normalen Geburt erkennt und die Geburtsbetreuung, wenn nötig, rechtzeitig an das geburtshilfliche Ärzteteam abgibt. Eine Hebamme gilt dann als sicher arbeitende Praktikerin, wenn sie stets weiß, was sie tut und warum sie es tut (Butler et al., 2008).

Hinter der Kategorie der richtigen Einstellung zum Hebammenberuf verbirgt sich die Motivation einer Hebamme, einen professionellen Standard anzubieten und die eigenen Kompetenzen über die gesamte Berufslaufbahn zu entwickeln und

aufrecht zu erhalten. Für eine kompetente Hebamme sind das lebenslange Lernen und eine kritische Selbstreflexion entscheidend. Des Weiteren muss sich eine Hebamme mit den Frauen und ihren Familien verbunden fühlen, ein ehrliches Interesse an Individuen und Respekt vor den Frauen, ihrer Autonomie und ihrer informierten Entscheidung haben. Wesentliche Eigenschaften einer Hebamme sind in diesem Zusammenhang: Einfühlsamkeit, Freundlichkeit, Mitgefühl, Empathie und die Fähigkeit, eine Beziehung aufbauen zu können (ebd.).

Unter der dritten essentiellen Kompetenz einer Hebamme fassen Butler et al. die Fähigkeiten des effektiven Kommunizierens zusammen. Sie stellen heraus, dass eine Hebamme ihre personalen Qualitäten nur dann zeigen kann, wenn sie in den Dialog mit der Gebärenden geht. In den Bereich der Kommunikation fällt auch die Fähigkeit, aktiv zuhören zu können. Nur so ist eine Hebamme überhaupt in der Lage herauszufinden, was die Frau möchte und was sie braucht. Diese Informationen können dann für die individuelle Betreuung der Frau genutzt werden. Ist die Hebamme außerdem flexibel in ihrer Kommunikation, wird sichergestellt, dass sie sich auf die Frau und ihre Bedürfnisse einstellen kann (ebd.).

In Deutschland erweitert Jessica Pehlke-Milde (2009) den Kenntnisstand zu den essentiellen Kompetenzen einer Hebamme, indem sie fünf Hauptkategorien der Kompetenzanforderungen an Hebammen extrahiert. Die Kategorien: geburtshilfliches Wissen, geburtshilfliche Kommunikation, geburtshilfliche Entscheidung und Handlung, Zuständigkeit und Kooperation sowie Entwicklung und Organisation fasst sie als die fünf zentralen Domänen der Hebammenpraxis zusammen und konkretisiert darüber das klinische Kompetenzprofil einer Hebamme.

In der Domäne des geburtshilflichen Wissens macht Pehlke-Milde deutlich, dass eine Hebamme über umfassendes Wissen verfügen muss, das im konkreten geburtshilflichen Fall anzuwenden ist. Unter „Wissen“ werden dabei unterschiedliche Wissensarten differenziert, die über das reine Theoriewissen akademischer Bezugswissenschaften wie der Medizin, Psychologie oder Soziologie hinausgehen. Neben dem traditionellen Wissen, welches die Basis praxisrelevanten Wissens darstellt und mündlich oder durch Vorbildfunktionen erfahrener Hebammen überliefert wird, ist das praktische Wissen zentral. Dieses wird durch berufliche und persönliche Erfahrungen weiterentwickelt und bildet die Grundlage beruflicher Handlungskompetenz. Im Sinne des Erfahrungswissens ist das praktische Wissen jedoch implizit, so dass die Anwendung intuitiv erfolgt. Eine weitere Wissens-kategorie, die sich aus persönlichen Geburtserfahrungen, der eigenen Sexualität, der bewussten Körperlichkeit und der individuellen Lebenserfahrung entwickelt, wird unter dem Begriff „Frauenwissen“ zusammengefasst und als elementare Erkenntnisquelle für die Hebammenarbeit herausgestellt. Das so genannte Handwissen bezieht sich hingegen darauf, manuell geschickt zu sein, und wird als Anforderung an die praktische Arbeit verstanden. Diese Wissensart setzt theoretisches Wissen, eine geschulte haptische, auditive, visuelle und olfaktorische Wahrnehmung und manuelle Fertigkeiten voraus. Schlussfolgernd weist Pehlke-Milde das traditionelle und erfahrungsbasierte Hebammenwissen der professionellen Intuition zu und gibt zu bedenken, dass dieses durch wissenschaftliche Methoden kaum fassbar ist. Daher stellt die Fähigkeit zur (Selbst-)Reflexion eine zentrale Kompetenz einer Hebamme dar und zeichnet deren Professionalität aus (ebd.).

In der Domäne der geburtshilflichen Kommunikation konkretisiert Pehlke-Milde die Fähigkeit einer Hebamme zur professionellen Gesprächsgestaltung mit der Gebärenden. Die Hebamme nimmt im Betreuungskontext eine Advokatenfunktion ein und muss daher Willens sein, die Interessen der Frauen zu vertreten. Von einer kompetenten Hebamme wird die Initiative erwartet, eine professionelle Beziehung zur betreuten Frauen aufzubauen. Dabei soll sich die Hebamme zwar in die Frau einfühlen können, dies aber im Sinne von Mitfühlen und nicht von Mitleiden. Eine Voraussetzung einer kompetenten Hebamme ist es nämlich, starke Emotionen professionell begleiten zu können. Personenbezogene Fähigkeiten wie Geduld und Empathie bestimmen in diesem Sinne die professionelle Beziehung zur Frau und bilden die Basis der psychosozialen Kompetenz einer Hebamme. Gelingt es der Hebamme außerdem, sich auch in beruflichen Routinesituationen immer wieder auf die individuellen Eigenarten, Wünsche und Vorstellungen der Gebärenden einzulassen, ist dies eine Fähigkeit, die eine kompetente Geburtshelferin ausmacht (ebd.).

Der dritte Anforderungsbereich an eine kompetente Hebamme wird von Pehlke-Milde unter der Domäne der geburtshilflichen Entscheidung und Handlung behandelt. Innerhalb dieses Kompetenzbereichs stellt die Autorin den Begriff der professionellen Handlung in den Mittelpunkt und betont die gemeinsame und offene Gestaltung der geburtshilflichen Situation „mit“ der Frau statt „für“ die Frau. Bei der Entscheidung für relevante Untersuchungen soll eine Hebamme die Fähigkeit der geschulten sinnlichen Wahrnehmung besitzen und die Kompetenz haben, Versorgungsleistungen flexibel und individuell auf die Betreute abzustimmen. Dafür ist wiederum die Kompetenz notwendig, alle Entscheidungen und Handlungen der geburtshilflichen Situation mit den Perspektiven der Frau abzustimmen. Als zentrales Handlungskonzept hebt die Autorin hervor, dass die Hebamme in der Lage ist, den Frauen einen geschützten Raum zum Gebären zu bieten. Dies gelingt nur, wenn die Hebamme fähig ist, die Geburt aufmerksam und mit Hilfe angemessener Überwachungsmethoden zu begleiten bzw. rechtzeitig weiterführende Maßnahmen einzuleiten. Alle Entscheidungen im Geburtsverlauf unterliegen einer hohen professionellen Verantwortung, was es wichtig macht, ein Gespür für Komplikationen zu entwickeln. Auch hier räumt Pehlke-Milde ein, dass eine solche intuitive Fähigkeit von den beruflichen Erfahrungen und der kritischen Reflexion dieser Erfahrungen abhängt (ebd.).

Die Domäne der Zuständigkeit und Kooperation wird von Pehlke-Milde als viertes Kompetenzgebiet einer Hebamme ausgewiesen. Von der Hebamme wird darin gefordert, eine sichere und effektive geburtshilfliche Primärversorgung mit dem Ziel der optimalen Gesundheitsversorgung für Mutter und Kind anzubieten. Darin eingeschlossen ist die Fähigkeit der Hebamme, die eigenen Kompetenzgrenzen zu (er)kennen, einzugestehen und bei Bedarf interdisziplinäre Unterstützung hinzuzuziehen (ebd.).

Die fünfte und letzte Domäne des Hebammenkompetenzprofils fasst das Themenfeld der Entwicklung und Organisation zusammen. Hier wird deutlich, dass auch das geburtshilfliche Versorgungsangebot dem stetigen gesellschaftlichen Wandel unterliegt und daher die Hebamme angehalten ist, ihre eigene Praxis diesem Wandel anzupassen und entsprechend rechtlicher Vorgaben und ethischer Prinzi-

prien zu gestalten. Besonders im Kontext der eigenen Ansprüche und der berufstypischen Rollenerwartungen seitens der Gebärenden hat dabei die Thematik der professionellen Distanz eine besondere Wichtigkeit. Eine Hebamme muss die Kompetenz entwickeln, ihre berufliche Tätigkeit von ihrem Privatleben abzugrenzen, um Überforderungssituationen vorzubeugen. Diese Form der Psychohygiene zeichnet eine professionelle Hebammenpraxis aus und kann z.B. durch Reflexion und Supervision gelingen (ebd.).

Die Kompetenzen von Hebammen, um die es in den beiden Untersuchungen in dieser Publikation geht, sind vor dem Hintergrund des hier dargestellten Kompetenzbegriffs zu verstehen und in die genannten Kompetenzprofile von Hebammen einzuordnen.

Eine auf Kompetenzen basierende Hebammenausbildung wird in einem Statement des ICM (2005) dahingehend beschrieben, dass zum einen die Autonomie des Berufsbildes der Hebamme und zum anderen die Verpflichtung aller Hebammen, ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen kontinuierlich zu erweitern, hervorgehoben wird. Weiter heißt es in der Stellungnahme: „Das Hebammenwissen wird in der Hebammenphilosophie und im Betreuungsmodell reflektiert. Der Berufsstand der Hebamme definiert deshalb in Übereinstimmung mit den lokalen und nationalen Anforderungen gestützt auf die gesetzlichen Vorschriften die Zulassungskriterien für den Hebammenberuf, die wesentlichen Kompetenzen in Theorie und Praxis, Standards und Kompetenzen der Berufsausübung.“ (ebd.) Grundsätzlich fordert der ICM eine Hebammenausbildung auf Hochschulniveau und die damit verbundenen vergleichbaren Zulassungs- und Anerkennungskriterien für den notwendigen Kompetenzerwerb.

2.3 Entwicklung von Kompetenzen

Die Entwicklung von beruflichen Kompetenzen ist von verschiedenen Autorinnen im Allgemeinen beschrieben worden. Daneben sind die spezifischen Bedingungen der Hebammenausbildung zu berücksichtigen, die Studentinnen und Schülerinnen mit essentiellen Kompetenzen ausstatten soll.

Patrica Benner hat erstmalig 1994 in Anlehnung an das Modell zum Kompetenzerwerb von Dreyfus und Dreyfus eine Studie veröffentlicht, die sich mit der Entwicklung der Handlungskompetenzen von Pflegenden beschäftigt (Benner, 2000). Nach diesem Modell durchlaufen Lernende im Prozess der Herausbildung und Vertiefung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten fünf Entwicklungsstufen: Novizin, fortgeschrittene Anfängerin, kompetente Pflegende, erfahrene Pflegende und Expertin (vgl. z.B. auch Rauner, 2007). Wesentlich ist dabei die Entwicklung einer zunehmend ganzheitlichen Wahrnehmung der Praxissituation auf Grundlage wachsender Erfahrungen, die allmählich eine aktive Beteiligung der Lernsubjekte am Geschehen zulassen. Benner hat eine Konkretisierung dieses Modells vorgelegt, das als fundamental und wegbereitend für die pädagogische Kompetenzforschung im Bereich der Gesundheitsfachberufe auch in Deutschland angesehen werden kann (Pehlke-Milde, 2009). Zusammenfassend hat sie die Stufen zur Pflegekompetenz wie folgt dargestellt:

Als Novizin oder Anfängerin wird die Lernende im Kompetenzentwicklungsprozess am Beginn ihrer Ausbildung beschrieben. Sie verfügt noch über keinerlei Berufserfahrung und ist in der praktischen Tätigkeit deshalb auf erlernte Regeln und Parameter als Orientierungshilfen angewiesen. Das theoretische Regelwissen ist nicht verinnerlicht, somit unflexibel und wird noch isoliert von der Gesamtsituation angewandt. Handlungssituationen können demnach noch nicht im Gesamtkontext erfasst werden (Benner, 2000).

Die fortgeschrittene Anfängerin hat im praktischen Berufsalltag schon einige Anforderungen bewältigt und erkennt zunehmend wiederkehrende Situationsmuster, die ihr ein stärkeres Bewusstsein für notwendige Aufgaben und Prioritäten ermöglichen. Die Komplexität und Wirkzusammenhänge der Handlungssituationen werden klarer, jedoch ist sie bei der Ausführung komplexer Tätigkeiten noch unsicher und hat Angst Fehler zu machen. Nach wie vor ist sie auf feste Regeln angewiesen, jedoch nimmt ihr beruflicher Erfahrungsschatz stetig zu (ebd.).

Die dritte Stufe, die kompetente Pflegende, erreicht eine Lernende etwa zum Ende ihrer Berufsausbildung. Sie verfügt dann über grundlegende Berufserfahrungen und kann auch in Problemlagen bewusst handeln und entscheiden. Das Handeln gründet zunehmend auf einem reflektierten Verständnis der Gesamtsituation. Die Lernende erweitert ihr Regelwissen, so dass sie immer mehr situationspezifisch agieren kann. In dieser dritten Kompetenzstufe fühlt sich die Lernende auch emotional in die Behandlungssituation involviert und übernimmt für ihre Entscheidungen und ihr Tun Verantwortung (ebd.).

Die weitere Kompetenzentwicklung hin zur erfahrenen Pflegenden und schließlich zur Expertin vollzieht sich in der Regel erst nach Abschluss der Berufsausbildung und gründet auf der Zunahme von Erfahrungen im professionellen Agieren und Entscheiden. Die Lernende kann auf bewährte Problemlösungsstrategien zurückgreifen und entwickelt ein intuitives Verständnis der Gesamtsituation. Das Können ist in ihrer Person integriert, so dass auch außergewöhnliche, komplexe Anforderungen sicher und problemlos bewältigt werden (ebd.).

Rauner (2007) greift die Bedeutung des praktischen Wissens für die berufliche Handlungskompetenz auf und stellt es als Bestandteil des Arbeitsprozesswissens für die Gestaltung von Bildungsprozessen als zentral dar. Er unterstreicht, dass das Arbeitsprozesswissen die praktische Arbeit anleitet und als kontextbezogenes Wissen weit mehr ist als das kontextfreie theoretische Wissen. Im Sinne von „handlungsleitend und explizit“ (ebd.) erkennt Rauner das Arbeitsprozesswissen als zentrale Wissenskategorie beruflich Tätiger an und subsumiert darunter ein Gesamtgefüge aus praktischem und theoretischem sowie subjektivem und objektiven Wissen.

Relevante Untersuchungen, die explizit einen pädagogischen Fokus auf die Kompetenzentwicklung bei Hebammenschülerinnen richten, finden sich in der internationalen Literatur. Ein Kernproblem der Untersuchung des Kompetenzerwerbs ist, dass Lernprozesse zur Erreichung beruflicher Handlungskompetenz ein emergentes Phänomen sind. Das heißt, es lässt sich vor allem ihr Ergebnis in der praktischen Ausbildung durch Praxisbegleitung oder Anleitung beobachten, häufig aber nicht der Weg, der zum jeweiligen Lernerfolg führt. Zur Rolle von Praxisanleiterin-

nen werden hier exemplarisch drei Studien referiert.

Die britische Pädagogin Longworth (2012) nähert sich dem Thema der Handlungskompetenzentwicklung, indem sie die von Hebammenschülerinnen wahrgenommenen Faktoren untersucht, die das Lernen und den Transfer von Fertigkeiten in die klinische Praxis beeinflussen. Die Studie liefert empirische Belege dafür, dass viele Schülerinnen Angst haben, in der Praxis etwas falsch zu machen und dass sie sich dort oft unter Zeitdruck fühlen. Das Fertigkeitentraining im Skills Laboratory (Skills Lab) ist nach Meinung der Schülerinnen in der Hinsicht positiv, dass sie dort angemessene Demonstrationen und Feedbacks der Lehrenden erhalten und darüber das Vertrauen erlangen, ihre Fertigkeiten auch in der Praxis anwenden zu können. Obwohl das Skills Lab ein geschätzter Lernort ist, glaubt die Mehrheit der Hebammenschülerinnen dennoch, dass die Realitätsnähe in der Praxis ihnen bessere Möglichkeiten bietet, klinische Fertigkeiten zu erwerben. Einige Schülerinnen betonen aber ihre Vulnerabilität und den negativen Einfluss auf ihr Lernoutcome, wenn es an Unterstützung seitens der Mentorin mangelt. Zudem sind sie frustriert, wenn es Widersprüche zwischen dem Skills Lab und der realen Praxis gibt, was durch das Arbeiten mit häufig wechselnden Mentorinnen noch verschlimmert wird (ebd.). Die Autorin zieht das Fazit, dass eine effektive klinische Kompetenzentwicklung wesentlich von einem lernförderlichen Setting abhängt, in dem die Schülerinnen vielfältige Instruktionen und Rückmeldungen seitens der Lehrenden erhalten. Häufige Gelegenheiten, praktische Fertigkeiten in der klinischen Praxis auszuführen und eine unterstützende Mentorin sind förderlich, den Transfer neu erworbener Fertigkeiten sicher zu stellen und die Kompetenzentwicklung zu unterstützen.

Zu ähnlichen Resultaten wie Longworth kommen Houghton, Casey, Shaw und Murphy (2012). Ziel ihrer Untersuchung ist es, Erfahrungen der Lernenden in der Gesundheits- und Krankenpflege in der realen Praxis hinsichtlich des Lernens und der Umsetzung klinischer Fertigkeiten zu beschreiben und daraus Faktoren zu eruieren, die sich förderlich bzw. hinderlich auf die berufliche Kompetenzentwicklung auswirken. Einen deutlich negativen Einfluss haben zunächst Ängste der Lernenden vor der Praxis. Sie sind hinderlich für das praktische Lernen und den Transfer klinischer Fertigkeiten. Quellen dieser Ängste sind der sogenannte „Realitätsschock“, das Gefühl der Verlassenheit, die Angst, einem Patienten zu schaden oder Fehler zu machen und ein Inkompetenzgefühl. Entwicklungshemmend für die Lernenden sind auch offensichtliche Differenzen und Widersprüche zwischen Theorie und Praxis. Houghton et al. benennen den Mangel an Lerngelegenheiten als ebenso negativ für die berufliche Kompetenzentwicklung und heben kritisch hervor, dass Lernende oft gar nicht gefragt werden, ob sie bei potenziellen Lerngelegenheiten zuschauen bzw. ob sie an diesen teilhaben wollen. Aus diesen Negativfaktoren entwickelt das Forscherteam schließlich förderliche Einflussfaktoren für die klinische Kompetenzentwicklung. Neben einer konsequenten Einbeziehung der Lernenden in die berufliche Praxis und damit in potentielle Lerngelegenheiten stellen die Autorinnen die Unterstützung und Betreuung durch das Personal heraus. Sie betonen, dass eine kontinuierliche Anleitung möglichst einer beständig mit den Auszubildenden arbeitenden Bezugsperson unterstützend ist, um Fertigkeiten in der Praxis zu lernen und umzusetzen. Die beiden genannten Faktoren

können das Selbstvertrauen der Lernenden fördern, was die Autorinnen als dritten Faktor eines positiven Kompetenzentwicklungsprozesses betonen. Selbstvertrauen verbessert das Einfinden und Lernen in der klinischen Praxis und zeigt positive Auswirkungen bei der effektiven Kommunikationsgestaltung innerhalb der Betreuungsbeziehung.

Licqurish und Seibold (2008) untersuchen ebenfalls die Erfahrungen von angehenden Hebammen in Bachelorstudiengängen zum Kompetenzerwerb vor Beginn ihrer praktischen Tätigkeit. Sehr wenige Studierende arbeiten in ihrer Ausbildung mit einer für sie verantwortlichen Lehrperson auf einer kontinuierlichen Basis und weniger als die Hälfte arbeitet mit Hebammen, die einen Modellcharakter im Sinne einer Lehrhebamme inne haben. Diese Funktionen werden am ehesten in von Hebammen geführten Entbindungseinrichtungen (Geburtshäuser, Gemeinschaftspraxen) oder nicht-universitären Krankenhäusern wahrgenommen. Licqurish und Seibold heben die Bedeutung regelmäßiger und insbesondere empathischer Praxisanleitung für die Kompetenzentwicklung hervor.

Auch hinsichtlich geeigneter Lernstrategien zum Erwerb von Kompetenzen speziell in der Hebammenausbildung gibt es Studien aus jüngster Zeit. Cooper, Cant, Porter, Bogossian, McKenna, Brady und Fox-Young (2012) beschreiben in einem systematischen Review den Einsatz von simulationsbasiertem Lernen (SLP), das einen Benefit aufweist und Vorteile gegenüber anderen didaktischen Ansätzen bietet. Gerade dort, wo die klinische Praxis infrequent ist – wie z. B. bei geburts-hilflichen Notfällen –, stellt SLP eine Möglichkeit dar, essentielle Bestandteile des Curriculums zu bearbeiten. SLP vermag daher die Praxis zu verbessern und die Zeit zum Kompetenzerwerb zu reduzieren. Rawnsion (2011) berichtet aus einer Evaluation zum sog. Caseloading im Hebammenstudium, also sehr realitätsnahen Praxiseinsätzen. Unter einem „Caseload“ ist eine Gruppe von Frauen zu verstehen, die von der Studentin möglichst kontinuierlich während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreut werden. Die Studentinnen bewerten das Caseloading als besonders hilfreich und lernintensiv, da sie einen guten Theorie-Praxis-Transfer wahrnehmen können. Zugleich werden sie mit der Wirklichkeit der Hebammentätigkeit in Form von Rufbereitschaft und flexiblen Arbeitszeiten konfrontiert. Die Studentinnen erleben es als belastend, nicht allen Erwartungen der Frauen gerecht werden zu können.

Mit dem Fokus auf die Organisationsformen und Lernumgebungen in der Hebammenausbildung untersucht Casey (2011) Kooperationsformen zwischen universitären und klinischen Organisationsformen in der irischen Hebammen- und Pflegeausbildung. Sie plädiert für eine systematischere und engere Kooperation, die durch Koordinatorinnen gesteuert wird.

Aus den Ergebnissen der Kompetenzforschung kann abgeleitet werden, dass die Kompetenzentwicklung im klinischen Alltag einer Hebamenschülerin oder –studentin von den unterschiedlichsten Faktoren begleitet, beeinflusst, zum Teil behindert, aber auch gefördert werden kann. Sowohl die Akteure im Lernprozess als auch die Lernstrategien und die Organisationsformen spielen eine Rolle (Bergjan & Tegethoff, 2013). In Anlehnung an Benners Stufenkonzept ist zudem anzunehmen, dass in der voranschreitenden Entwicklung von der Novizin am Beginn der Ausbildung zur kompetenten Hebamme am Ende der Ausbildung die Ler-

nenden immer weniger vulnerabel hinsichtlich äußerer Einflussfaktoren auf ihre Kompetenzentwicklung werden. Benners Aussagen für die Pflege folgend ist auch für Hebammenschülerinnen und -studentinnen davon auszugehen, dass ihre Wahrnehmung der Situation ganzheitlicher, ihr Können sicherer und zunehmend unabhängig von festen Regeln und Parametern wird. Ihr beruflicher Erfahrungsschatz dürfte sich erweitern, so dass sie auf bewährte Strategien und Handlungskonzepte zurückgreifen können (Benner, 2000). In der Summe müsste also die Entwicklung der Handlungskompetenzen der Schülerinnen stets in einem Gesamtgefüge und unter Einfluss impliziter und expliziter Wirkfaktoren passieren, was für die Untersuchung des Kompetenzerwerbs (Kap. 3) besonders relevant ist.

2.4 Kompetenzeinschätzung

Die Einschätzung, Messung oder Rekonstruktion von Kompetenzen ist eine Herausforderung, der sich auch Organisationen zu stellen haben, in denen Hebammen ausgebildet werden. Ein grundsätzliches Problem ist dabei, dass Kompetenz als nicht sichtbare Disposition zu verstehen ist und nur im Form von tatsächlicher Performanz zu Ausdruck kommt (Erpenbeck & v. Rosenstiel, 2007). Edelmann und Tippelt (2004) ordnen verschiedenen Definitionen von Kompetenz unterschiedliche Mess- oder Erfassungsverfahren zu. Sie problematisieren außerdem, dass Kompetenz nicht immer als Ganzes, sondern eher bezogen auf Kompetenzklassen oder Einzelkompetenzen (s. S.12) bewertet werden kann.

Erpenbeck und v. Rosenstiel (2007) weisen darauf hin, dass sich die Bemühungen, Kompetenzen zu beobachten, zwischen zwei Polen bewegen. Einerseits gibt es die Vorstellung, Kompetenz sei im naturwissenschaftlichen Sinne definierbar und messbar. In diesem Sinne berichten z. B. Smith, Muldoon und Biesty (2012) von der Einführung von „Objective Standardized Clinical Examination – OSCE“ in der Hebammenausbildung. Es handelt sich um objektivierte, standardisierte klinische Prüfungssituationen, wie sie bereits im Medizinstudium in den USA und an den meisten europäischen Universitäten durchgeführt werden. Dabei müssen die künftigen Hebammen klinische Kompetenzen am konkreten Fall nachweisen. Anhand von Assessments werden kommunikative Kompetenzen, die u. a. auch für Aufklärung, Beratung und Anleitung notwendig sind, am Beispiel der klinischen Interviewführung überprüft.

Andererseits kann angenommen werden, dass Kompetenz grundsätzlich nicht objektiv gemessen werden kann. Nach diesem Verständnis spielt die Selbsteinschätzung eine ebenso große Rolle wie die Fremdeinschätzung. Die Arbeitenden (bzw. Lernenden) werden als „Experten ihrer Tätigkeit, deren Bedingungen, Ziele und Resultat“ (Bergmann, 2007) aufgefasst. Bergmann geht davon aus, dass Selbstbeurteilungen valide sind, wenn bestimmte Kriterien eingehalten werden: Anonymität der Angaben, Befragung nach einzelnen Dimensionen und nach Verhalten (im Gegensatz zur Befragung nach Eigenschaften einer Person). Besonders für Gruppenauswertungen sind Selbsteinschätzungen geeignet, da sich individuelle Verzerrungen ausmitteln können (ebd.). Die Selbsteinschätzungen können dabei durchaus in skaliert Form erhoben werden, um Vergleiche zwischen Personen und Gruppen zu vereinfachen.

Untersuchungen, die dieses Verständnis von Kompetenzeinschätzung aufgreifen, liegen für die Hebammenausbildung aus jüngster Zeit vor: Fasan, Zavarise, Palese und Marchesoni (2011) untersuchen die Selbsteinschätzungen fortgeschrittener Hebammenstudentinnen in Norditalien. Mittels eines mehrstufigen Konsensverfahrens ermitteln sie zunächst 102 Kernkompetenzen von Hebammen. 24 Studentinnen, die kurz vor dem Abschluss stehen, schätzen dann in jeder der Kernkompetenzen die eigene Unabhängigkeit („independence“) auf einer Skala von 0-10 ein. Dabei gilt der Wert 6 als „ausreichend unabhängig“. Insgesamt kann eine Studentin ihre eigene Sicherheit bezüglich der Kernkompetenzen höchstens mit 1020 Punkten bewerten, der Wert 612 ist bezogen auf die Gesamtpunktzahl die Grenze zwischen ausreichender und nicht ausreichender Sicherheit. 5 von 24 Teilnehmerinnen an der Studie schätzen sich selbst nicht als ausreichend sicher und unabhängig bezogen auf Kernkompetenzen von Hebammen ein. Vor dem Hintergrund verschiedener Ausbildungsreformen und insbesondere der Verkürzung der Hebammenausbildung in Italien plädieren die Autorinnen daher für eine Flexibilisierung der Ausbildungsdauer, um allen Studentinnen die Möglichkeit zu geben, ausreichende Sicherheit zu erwerben. Auch Warland und Smith (2011) erheben in ihrer Studie zu Online-Rollenspielen in der Hebammenausbildung die Selbsteinschätzungen von Studentinnen. Diese gehen davon aus, dass ihre Kompetenzen durch die Online-Rollenspiele gewachsen sind und das Gelernte auch auf die tatsächliche Welt übertragen werden kann.

Beide Untersuchungen in diesem Working Paper beziehen sich primär auf ein an der Person und weniger an der eindeutig beobachtbaren Arbeitssituation orientiertem Verständnis von Kompetenz. Der Vergleich des Kompetenzerwerbs in der Ausbildung und in Studiengängen für Hebammen (Kap. 4) stützt sich daher auf die Selbsteinschätzungen der Schülerinnen und Studentinnen.

3. Kompetenzentwicklung beim Erlernen der vaginalen Untersuchung

Juana Sommer

3.1 Hintergrund und Problemlage

Die Entwicklung der Handlungskompetenzen gilt als das Leitziel der beruflichen Ausbildung und stellt sich als Reaktion auf die sich stetig verändernde Arbeitsprozesse in einer globalisierten Wissens- und Informationsgesellschaft dar. Im „Berufsfeld der personengebundenen Dienstleistungen“ (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2010) ist der Lernort Praxis für die Verwirklichung dieses Ziels entscheidend, denn „was jemand zunächst – mangels entwickelter Kompetenzen – noch nicht kann, erlernt er in der Konfrontation mit der Aufgabe, die bei ihm Kompetenzentwicklung auslöst“ (Rauner, 2007). Handlungskompetenzen erweisen sich als maßgebliche Ressourcen der Lernenden für ein „sachgerecht durchdacht(es) sowie individuell und sozial verantwortlich(es)“ (KMK, 2007) Handeln und Entscheiden im zukünftigen Berufsalltag.

Am Beginn der beruflichen Entwicklungsphase sind Auszubildende aus Mangel an professionsspezifischem Erfahrungswissen zunächst auf handlungsleitende Regeln und Vorgaben angewiesen, um sich sukzessive im beruflichen Tätigkeitsfeld zurechtzufinden und die an sie gestellten Anforderungen zu bewältigen. Maßnahmen, die noch nicht zum internalisierten Handlungsrepertoire der Schülerinnen gehören, fordern eine deutliche Fokussierung und Konzentration bei der Ausführung einer Tätigkeit und machen die Lernenden damit vulnerabel für von außen einwirkende Störfaktoren.

In der Hebammenausbildung können es Einflüsse wie z.B. expressive Schmerzäußerungen der Gebärenden sein, die das Erlernen und Ausführen klinisch-praktischer Fertigkeiten behindern. Ursache dafür sind entwicklungsgeschichtlich entstandene Signalmechanismen, die den Schmerz nach außen signalisieren (Schiefenhövel, 2005) und die universell verstanden werden. Jemand der unter Schmerz leidet, zeigt „infantile Verhaltensmuster“, eine „Trauer- und Schmerzmi-mik“ (ebd.) und offenbart unverkennbare akustische Schmerzlaute. Das komplexe Zusammenspiel aus Mimik, Gestik und Schmerzlauten der Schwangeren gilt als Appell an die Außenwelt, helfend einzugreifen und dem Schmerzproblem zu begegnen. Schmerzsignale jeglicher Art haben somit einen sozialen Vermittlungscharakter für alle am Geburtsprozess beteiligten Akteure.

Der Hebamme als Geburtsbegleiterin kommt in diesem sozialen Kontext eine doppelte Rollenverantwortung zu. Zum einen ist es ihre Aufgabe, der Frau bei der Geburt unterstützenden Beistand zu leisten und sie zu stärken. Zum anderen hat sie als Professionelle aber auch die Funktionen inne, den Geburtsprozess kompetent zu überwachen, eventuell auftretende Unregelmäßigkeiten frühzeitig zu erkennen und pathologischen Verläufen vorzubeugen (Horschitz & Kurtenbach, 2003).

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, gehört die Anwendung di-

agnostischer Verfahren wie der vaginalen Untersuchung zum Fertigkeitenprofil einer Hebamme. Dies begründet unter anderem, warum die vaginale Untersuchung vielfach bereits zu Beginn der Hebammenausbildung in Theorie und Praxis gelehrt wird. Die meist noch unerfahrenen Schülerinnen erlangen dabei ihre theoretischen Kenntnisse zur vaginalen Untersuchung am Lernort Schule und können dann ihr Wissen am Lehrphantom während des parallel angebotenen fachpraktischen Unterrichts zur Anwendung bringen. Bei diesem ersten Transferprozess erlernen die Hebammschülerinnen durch Wiederholung und Übung basale taktile Untersuchungsfertigkeiten sowie grundlegende Fähigkeiten zur Einschätzung ihrer Diagnoseergebnisse. Der entscheidende Transferprozess zur Entwicklung klinischer Handlungskompetenzen vollzieht sich aber erst während der tatsächlichen vaginalen Untersuchung am realen Subjekt Frau im Kreißaal. Denn „sichtbar und greifbar wird Kompetenz (erst) in der konkreten Ausführung und Ausgestaltung: der Performanz als die Anwendung einer Kompetenz in einer Handlungssituation“ (Reiber, 2006). Die Schülerinnen kommen mit der Gebärenden in direkten Kontakt und müssen ad hoc ihr theoretisches Wissen sowie ihre bisher erworbenen Untersuchungsfertigkeiten an dieser unter Beweis stellen.

Im Allgemeinen sind „Lernprozesse in der praktischen Ausbildung durch eine Triade aus Patient(in), Lehrende(r) und Schüler(in) gekennzeichnet“ (Klemme, Siegmann & Geuter, 2006), in der die Schülerinnen die Anforderungen der Lernsituation mit denen der Arbeitssituation koordinieren müssen. In der geburtshilflichen Lernsituation erwarten anleitende Hebammen, dass die Schülerinnen „Verantwortung für den eigenen Lernprozess“ (ebd.) übernehmen und sich bietende Lerngelegenheiten entsprechend ihres gegenwärtigen Wissens und Könnens aktiv wahrnehmen. Die Arbeitssituation hingegen stellt die angehenden Hebammen vor die Herausforderungen, den Erwartungen der Gebärenden gerecht zu werden und besonderes „Einfühlungsvermögen und Verständnis“ (ebd.) für deren individuelle Schmerzsituation aufzubringen.

Vor dem Hintergrund dieser polarisierenden Erwartungen und der Tatsache, dass viele Auszubildende eine starke Identifikation mit den Schwangeren zeigen und die Bedürfnisse der Frauen in den Mittelpunkt stellen (Hochhausen, 2011), kann sich das Erlernen der vaginalen Untersuchung bei durch Schmerz belasteten Gebärenden durchaus zu einem Handlungsdilemma entwickeln. Eine solche Dilemmasituation der Schülerinnen gründet auf dem persönlichen Entscheidungskonflikt, welchen Erwartungen sie Handlungspriorität einräumen soll. Während erfahrene Hebammen die Doppelrolle der empathischen Begleiterin einerseits und der professionellen Diagnostikerin andererseits mit Expertise bewältigen können, sind Hebammschülerinnen mit den parallelen Anforderungen vor allem zu Beginn ihrer Berufsausbildung oft noch überfordert.

Es bedarf daher einer strukturierten Praxisanleitung, die die zukünftigen Hebammen auf die Durchführung der vaginalen Untersuchung vorbereitet, sie unterstützend begleitet und damit den Theorie-Praxis-Transfer erleichtert. Anders als im Bereich der Pflege, wo im Krankenpflegegesetz „fachlich und pädagogisch qualifizierte Lehrkräfte mit entsprechender, abgeschlossener Hochschulausbildung für den theoretischen und praktischen Unterricht“ (KrPflG, 2003, S.6) vorgeschrieben sind, etabliert sich im deutschen Hebammenwesen erst sukzessive eine Kultur der

pädagogisch fundierten Praxisanleitung durch examinierte Hebammen.

3.2 Schmerzen im geburtshilflichen Kontext

Die Literatur weist immer wieder auf die Bedeutung der emotionalen Arbeit im betreuenden Dienstleistungssektor allgemein (vgl. z.B. Williams, 2003) bzw. im Hebammenberuf speziell (vgl. z.B. Hunter, 2005) hin, jedoch bleiben psychosoziale Wirkeffekte von Schmerzäußerungen auf den beruflichen Lernprozess und den Handlungskompetenzerwerb unklar. Wie die Auswahl folgender Studien aufzeigt, gibt es in der Hebammenliteratur zwar Untersuchungen, die sich allgemein mit der Natürlichkeit des Wehenschmerzes, der Wahrnehmung und Einschätzung von Wehenschmerzen durch Gebärende oder mit dem Schmerzmanagement von Hebammen im geburtshilflichen Alltag befassen. Um aber ein Verständnis für die Ebenen des Themas Schmerz für alle Beteiligten im Geburtsprozess zu entwickeln und um die These dieser Arbeit zu stützen, dass Schmerzsignale die Handlungskompetenzentwicklung der Hebamenschülerinnen beim Erlernen der vaginalen Untersuchung negativ tangieren, werden nun grundlegende Erkenntnisse einschlägiger Literatur unter den drei Rubriken:

- physiologisch-psychologische Aspekte des Geburtsschmerzes,
- psychosoziale Facetten in der geburtshilflichen Betreuungsbeziehung und
- die emotionale Arbeit im Hebammenberuf

vorgestellt.

3.2.1 Physiologische und psychologische Aspekte des Geburtsschmerzes

Aus biomedizinischer Sicht wird der Schmerz als „komplexe Sinneswahrnehmung unterschiedlicher Qualität (beschrieben), die in der Regel durch Störung des Wohlbefindens als lebenswichtiges Symptom von Bedeutung ist“ (o. A., 1998). Während physische Schmerzen im üblichen Sinne eine drohende oder eingetretene Gewebsschädigung (International Association for the Study of Pain, 2013) anzeigen und als Warnsignal des Körpers verstanden werden sollen, ist der Geburtsschmerz ein Signal für den Beginn eines physiologischen Vorgangs, der Geburt, und kein Zeichen für eine Gefahr der körperlichen Schädigung.

Nachweislich gehören Wehen im Erleben von Gebärenden zu den unvergesslichsten Schmerzarten (Niven & Brodie, 1995) und stellen eine multidimensionale, in ihrer Qualität und Intensität variierende Erfahrung dar. Während in traditionell lebenden Völkern Schmerzen eine potenziell nützliche, lebensverändernde, stärkende (und) reife Erfahrung bedeuten und als Weg der Selbstentwicklung (Switala, 2005) geachtet werden, sind sie in unserem Kulturkreis zumeist mit negativen Assoziationen besetzt. Schmerzerlebnisse werden mit Krankheit, Tod, Hilflosigkeit und Kontrollverlust in Verbindung gebracht. Die von Niven und Brodie (1995) ermittelten, am häufigsten gewählten Beschreibungen für Wehenschmerzen als „verkrampfend“, „beängstigend“, „zermürend“, „bitterlich“, „durchdringend“, „quälend“, „zerreißend“, „schonungslos“ oder „brennend“ (Niven & Brodie, 1995) machen die Individualität der Wahrnehmung deutlich. Es wird nachvollziehbar, warum Schmerzen zu den Erfahrungen zählen, die wir „ablehnen“ oder

denen „wir entfliehen wollen“ (Switala, 2005). Die erhebliche Variationsbreite im Erleben von Wehenschmerzen bringt Niven und Gijsbers (1984) zu der Annahme, dass diese Unterschiede nicht nur mit der nervalen Stimulation, der Zervixdehnung oder dem Tiefertreten des Kindes erklärbar sein können, sondern ebenso psychologische Faktoren eine Rolle spielen müssen. Ihrer Ansicht nach haben Menschen mit Schmerzerfahrungen eine Form des psychologischen Lernens vollzogen und so kognitive Strategien bzw. Copingmechanismen entwickelt, die ihnen helfen, effektiv mit schmerzhaften Situationen umzugehen.

Dass Wehenschmerzen einen sehr komplexen Ursprung haben können, betont auch die Forschungsgruppe um Caton (2002). Sie geht davon aus, dass Geburtsschmerzen höchst individuelle Erfahrungen sind, die nur unter Berücksichtigung der emotionalen, motivationalen, kognitiven, sozialen und kulturellen Umstände der Frau interpretierbar sind (Caton, Corry, Frigoletto, Hopkins, Liebermann, Mayberry, Rooks, Rosenfield, Sakala, Simkin & Young, 2002). Dem psychologischen Aspekt des Wehenschmerzes kommt eine fundamentale Bedeutung zu und er stellt sich als wesentlich für die geburtshilfliche Betreuung der Gebärenden heraus. Williams, Baxter, Cella, Gessler, Morris und Stevens haben 2012 im „European Journal of Pain“ Belege publiziert, nach denen Schmerzsignale, die bei einer anderen Person wahrgenommen werden, eigene Gehirnregionen anregen, die auch erregt würden, wenn man selber Schmerzen hätte. Schmerzsignale einer Gebärenden haben damit einen Vermittlungscharakter auf alle am Geburtsprozess Beteiligten. Der psychosozialen Komponente kommt bei der Geburtsbegleitung durch Hebammen eine zentrale Bedeutung zu und wird unter der Rubrik „psychosoziale Facetten in der geburtshilflichen Betreuungsbeziehung“ mit Literatur beleuchtet und belegt.

3.2.2 Psychosoziale Facetten in der geburtshilflichen Betreuungsbeziehung

Schmerzsignale haben einen appellativen Charakter an die Umwelt und drücken physisches und psychisches Unbehagen, Hilflosigkeit und den Bedarf an Unterstützung aus. Eine kontinuierliche, professionelle Unterstützung seitens der Hebamme kann die persönliche Kontrolle der Gebärenden verbessern (McCrea, Wright & Murphy-Black, 1998). Besonders vier Faktoren sind entscheidend dafür, in welcher Intensität und Qualität Wehenschmerzen wahrgenommen und verarbeitet werden:

- Die Menge der Unterstützung, die eine Frau von ihrer Hebamme erfährt
- Die Qualität der Beziehung zur betreuenden Hebamme
- Die Einbeziehung in Entscheidungen
- Die persönlichen Erwartungen der Frau an die bevorstehende Geburt (Caton et al., 2002).

Die Schmerzeinschätzungen beziehen sich sowohl auf interpersonelle als auch intrapersonelle Faktoren, wie z.B. die Ressourcen der Frau, ihre Charaktereigenschaften oder aber die charakterlichen Attribute der Hebamme. So betonen Williams et al. (2012), dass das Maß der Empathiefähigkeit bestimmt, wie Schmerzen eines Gegenübers wahrgenommen und beurteilt werden.

McKenna, Boyle, Brown, Williams, Molloy, Lewis und Molloy (2011) konnten in einer Querschnittsstudie zeigen, dass die Empathiewerte bei Auszubildenden vom ersten bis zum letzten Ausbildungsjahr kontinuierlich ansteigen. Die Forscher gehen darum davon aus, dass die Empathiefähigkeit erst durch den Kontakt mit den Gebärenden im klinischen Setting angeregt wird. Da eine Hebamme empathisch interagieren können sollte, um die Gebärenden physisch und emotional adäquat begleiten zu können, betonen die australischen Forscherinnen die Bedeutung einer ganzheitlichen Bildung, die den Schülerinnen den Wert dieses Kompetenzaspekts nahebringt.

3.2.3 Die „emotionale Arbeit“ im Hebammenberuf

Der Verweis auf die Bedeutung der Empathie in körpernah arbeitenden Professionen allgemein und für den Hebammenberuf speziell spricht den Aspekt der emotionalen Arbeit im gesundheitsbezogenen Dienstleistungssektor an. Eine Geburt hat das Potential, emotional gelagerte Erfahrungen bei allen Beteiligten am Geburtsgeschehen hervorzurufen. Die Hebamme wird durch ihre Aufgabe, die aufkommenden Gefühle professionell auszuhandeln, ganz besonders ins Geschehen involviert. Um mit dem eigenen Gefühlserleben umgehen sowie den Bedürfnissen der Gebärenden gerecht werden zu können, ist es wesentlich, so Hunter (2001), dass Hebammen ein ganzheitliches Verständnis über die potentiell entstehenden Emotionen bei der Arbeit zu entwickeln. Eine Schlüsselrolle im Forschungsgebiet der emotionalen Arbeit spielt die amerikanische Soziologin Arlie Russel Hochschild (2003), die hervorhebt, dass der Umgang und der Ausdruck von Gefühlen eine wichtige und beanspruchende Komponente der Arbeit mit Menschen darstellt. Sie macht deutlich, dass die steigenden Erwartungshaltungen in der heutigen Berufspraxis hohe Anforderungen an die Betreuenden stellen, ihre eigenen Gefühle so zu managen, dass stets ein emotional angemessenes und professionelles Bild nach außen aufrechterhalten bleibt (Williams, 2003). Dies führt zu einer „Dienstleistungsmoral der Anpassung“ (Hunter, 2005), bei der Hebammen ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse selten anerkennen oder gar unterdrücken (ebd.). Williams geht mit Hunter dahingehend konform, dass das Zusammensein mit Frauen, die Schmerzen haben, für alle Anwesenden eine Erfahrung komplexer Gefühle ist und dass die Art, wie eine Hebamme damit umgeht, entsprechend ihrer persönlichen Betreuungsphilosophie variiert (Hunter, 2001). Durch Beobachtungsstudien ist belegt, dass sich bei Hebammen unterschiedliche Arten der Annäherung an Schmerz belastete Gebärende identifizieren lassen, wobei die „kühle Professionelle“ und die „warmherzige Professionelle“ gegensätzliche Extrempole bilden (McCrea et al., 1998).

Die „kühle Professionelle“ ist eine Hebamme, die eher auf Distanz bleibt, weniger empathisch, verständnisvoll und mitfühlend ist und die die physiologischen, nicht aber die psychosozialen Bedürfnisse der Frau befriedigt, eine Hebamme also, die sich physisch abgrenzt und damit eine emotionale Barriere zur Gebärenden schafft. Andererseits ist die „warmherzige Professionelle“ eine Person, die eine ganzheitliche Betreuung anbietet, in der sie der Frau Individualität vermittelt und die Einzigartigkeit der Geburt achtet. Sie agiert im professionellen Sinne als Freundin für die Frau, vor allem, indem sie die Gebärende als Partnerin anerkennt (ebd.).

Hebammenschülerinnen im klinischen Lernprozess und als Teil der Ausbildungstriade zwischen Gebärender und anleitender Hebamme können im Praxisalltag auf gleichzeitig auftretende, konfliktreiche Ideologien im Umgang mit den Schwangeren treffen, so dass sie nicht selten ihre „Gefühlsregeln“ den „sozialen Regeln“ unterordnen müssen (Hunter, 2001).

3.3 Untersuchungsdesign

3.3.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen, Datenerhebung, Datendokumentation

Die Daten für diese Arbeit wurden mittels offener Leitfadeninterviews mit Hebammenschülerinnen erhoben. Diese qualitative Befragungsmethode dient der Erfassung eines möglichst breiten Einblicks zum Einfluss von Schmerzäußerungen der Gebärenden auf die Handlungskompetenzentwicklung der interviewten Schülerinnen beim Erlernen der vaginalen Untersuchung.

Die Datengewinnung erfolgte bei einer Untersuchungsgruppe von fünf Hebammenschülerinnen einer Hebammenschule mit insgesamt 60 Auszubildenden. Die Hebammenschule gehört zu einer Klinik, die einen eigenen Kreißsaal führt, in dem die Schülerinnen vielfach für die praktische Ausbildung eingesetzt werden. Die Auswahl der Interviewpartnerinnen erfolgte auf Anfrage und in freiwilliger Übereinkunft zwischen der jeweiligen Schülerin und der Untersucherin.

Als Teilnahmevoraussetzungen für die Studie galten folgende Kriterien:

- Die Lernenden befinden sich zum Untersuchungszeitpunkt im ersten Semester des zweiten Ausbildungsjahres (= drittes Ausbildungssemester).
- Sie haben in der Schule die relevanten theoretischen Kenntnisse zur vaginalen Untersuchung erworben.
- Die Hebammenschülerinnen haben mindestens einen mehrwöchigen Praxiseinsatz im Kreißsaal absolviert.

Das mündliche Einverständnis der Schulleitung zur Rekrutierung von Schülerinnen für die Untersuchung sowie zur eventuellen Nutzung von Räumlichkeiten vor Ort wurde eingeholt.

Vor Studienbeginn erhielt jede Teilnehmerin ein ausführliches Informationsblatt zu Hintergrund, Inhalt und Ablauf der Untersuchung sowie ausreichend Gelegenheit, diesbezüglich Fragen zu stellen. Die Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme einschließlich der Zustimmung zur Archivierung des Interviews auf einem akustischen Speichermedium wurde von der Hebammenschülerin ausgefüllt und persönlich unterschrieben.

Der Zeitpunkt und der Ort des Interviews wurden von der Untersucherin in Absprache mit der jeweiligen Hebammenschülerin mündlich vereinbart.

Jedes Interview wurde mittels eines Diktiergeräts aufgezeichnet und anschließend die Audiodatei im wav-Format gespeichert. Zu jedem Interview wurde zusätzlich

ein Dokumentationsbogen mit relevanten Informationen zur Interviewten sowie zu Besonderheiten der Erhebung geführt.

Als Grundlage für das Interview diente ein zuvor erarbeiteter, schriftlich festgehaltener, offener Leitfaden (vgl. S. 90). Für den Intervieweinstieg wurde eine auf Narration abzielende Eingangsfrage festgelegt, die bei jeder Befragung identisch gestellt wurde und zum Ziel hatte beim Gegenüber eine selbstläufige Darstellung in Gang zu setzen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010). Punktuelle Nachfragen seitens der Untersucherin während des Interviews dienten der Aufrechterhaltung des Redeflusses, dem Verständnis und/oder der näheren Beleuchtung inhaltlicher Schwerpunkte. Die Darstellungslogik der Hebammenschülerin war durchgehend der sachlichen Struktur des Leitfadens übergeordnet und damit bestimmend für den konkreten Verlauf des Interviews.

3.3.2. Datenaufbereitung und Auswertung

Vor dem Hintergrund der beiden zentralen Ansprüche an die Auswertungsmethode - die Eignung für die thematische Zielstellung dieser Arbeit und die zeitlich-ökonomische Umsetzbarkeit – wurden die Interviews in Anlehnung an das 6-stufige Modell von Meuser und Nagel (1991) ausgewertet.

Die ersten drei Bearbeitungsschritte dieses Modells sind die Erstellung thematischer Verläufe, die Auswahl der relevanten Ausschnitte und die Teiltranskriptionen dieser Interviewausschnitte (Datenaufbereitung)

Zu jedem auf einem Datenträger gespeicherten Interview wird von der Untersucherin in einem ersten Bearbeitungsschritt ein thematischer Verlauf geschrieben (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010). Dieser dient dem Ziel, einen inhaltlichen Überblick über das Datenmaterial und dessen Struktur zu bekommen. Anschließend wird von der Untersucherin zu jeder Sprechpassage der Interviewten das Leitthema herausgearbeitet und der Aussageinhalt mit eigenen Worten zusammengefasst. Die Re-Formulierung des vollständigen Interviews dient dazu, sich dem Sinngehalt des Gesagten anzunähern. Auffällige Merkmale der Interaktion, wie etwa deutliche Unsicherheiten der Interviewten, langes Nachdenken, sich überschneidende oder schleppende Gesprächsverläufe, werden ebenfalls dokumentiert.

Die Art der Aufzeichnung des Interviews macht es möglich, jeden Dialogwechsel mit der entsprechenden Anfangs- und Endzeit festzuhalten. Diese chronologische Strukturierung erleichtert im weiteren Verlauf der Datenbearbeitung das Auffinden und die Auswahl der Diskurspassagen, die als Belege zur Beantwortung der zentralen Fragestellung herangezogen werden sollen. Alle Resultate der Datenbearbeitungsphase werden in tabellarischer Form festgehalten.

Die Auswahl relevanter Redepassagen für diese Arbeit stellt den zweiten Schritt der Datenbearbeitungsphase dar. Bei der Entscheidung für aussagekräftige Interviewanteile kommen primär inhaltliche Kriterien zur Anwendung (ebd.). Nur solche Passagen, die für das Erkenntnisinteresse der Arbeit bedeutend sind, werden in einem dritten Schritt von der Untersucherin transkribiert. Die zuvor festgelegten Transkriptionsregeln orientieren sich an dem „Einfachen Transkriptionsregel-

system“ nach Kuckartz (Dresing & Pehl, 2011, vgl. S. 91f.) und unterliegen den Grundanforderungen der schnellen Erlernbarkeit, der Praktikabilität und der einfachen Lesbarkeit der Teiltranskripte.

Die als ergebnisrelevant extrahierten und daher transkribierten Redepassagen der Teilnehmerinnen bilden die Datenbasis der Interviewauswertungen.

Zunächst werden dafür diejenigen Redeabschnitte unterschiedlicher Interviews zusammengestellt, die sich mit einem gemeinsamen Themenschwerpunkt zur Beantwortung der zentralen Fragestellung beschäftigen. Durch diesen Bearbeitungsschritt erschließt sich eine strukturierende Logik, die die thematisch fokussierende Formulierung des Gesamttextes erleichtert soll.

Schließlich folgt das Verfassen des Auswertungstextes, in dem die extrahierten Themenschwerpunkte in einem geordneten Zusammenhang dargestellt werden. Im Fall dieser Arbeit werden darin die Auswirkungen von Schmerzäußerungen durch Gebärende auf die Handlungskompetenzentwicklung bei Hebammenschülerinnen beleuchtet.

Modifizierend zum Modell nach Meuser und Nagel werden für die Ergebnisdarstellung prägnante Zitate der Hebammenschülerinnen als Belege in den Text aufgenommen und gegebenenfalls durch ausgewählte Fachliteratur ergänzt.

Eine zusammenfassende Ergebnisdarstellung mit generalisierenden Aspekten und die Diskussion der Untersuchungsergebnisse schließt die Auswertungsphase ab.

3.4 Ergebnisse

Es liegt auf der Hand, dass Angehörige der Gesundheitsfachberufe bei ihrer alltäglichen Arbeit am Patienten mehr als in anderen personengebundenen Berufsgruppen mit der Thematik Schmerz konfrontiert sind. Während in den meisten pflegerischen und diagnostisch-therapeutischen Professionen dem Schmerz neuropathischer oder funktioneller Krankheitswert beigemessen wird (o. A., 1998), ist der Hebammenberuf primär mit physiologischen Schmerzen konfrontiert.

Gerade Hebammen und Hebammenschülerinnen sind durch ihre geburtshilfliche Betreuungsarbeit in das Schmerzgeschehen involviert. Das Potential einer Geburt, bei allen Beteiligten mehr oder minder starke intime Emotionen hervorzurufen, fordert von den Geburtshelferinnen, diese Gefühlsreaktionen empathisch, aber zugleich konstruktiv zu begleiten.

Das evolutionsbiologisch lange bekannte, psychosoziale Zusammenspiel zwischen Schmerzäußerungen und Schmerzwahrnehmung (Schiefenhövel, 2005) lässt sich in den gewonnenen Interviewdaten erkennen und bestätigen. Obwohl der thematische Fokus dieser Arbeit auf das Erlernen der vaginalen Untersuchung im Kontext geäußerter Wehenschmerzen gerichtet ist, kann auch in diesem begrenzten Rahmen bestätigt werden, dass Schmerzsignale der Schwangeren emotionale Reaktionen bei den Schülerinnen auslösen.

Mitleid, Gefühl der Grenzüberschreitung und Abwehr

Derartige Reaktionen werden als subtiles Unwohlsein vor oder während der vagi-

nen Untersuchung und als Gefühl des Mitleids beschrieben. Bei einer intensiven Anteilnahme am Schmerzgeschehen kann sich unter Umständen sogar als ein konkret fassbarer und verbalisierbarer Gedankengang manifestieren.

„(...) weil ich halt denke „Oh Gott, die arme Frau“. (M-G 001: 03:05–04:14)

Gerade am Anfang der Ausbildungszeit ist es den interviewten Schülerinnen noch unangenehm, eine ausführliche vaginale Untersuchung durchzuführen, da sie sich als Laien auf dem Gebiet der Befunderhebung wahrnehmen und ihnen bewusst ist, dass ihre manuelle Diagnostik zum einen länger als bei den erfahrenen Hebammen dauert und zum anderen ihr Untersuchungsergebnis noch eine erhöhte Fehlerquote aufweist. In diesen Momenten prägen vor allem die individuellen Emotionen der Lernenden die Untersuchungssituation und wirken sich hemmend auf die Konzentrationsfähigkeit und das Abrufen der erlernten Handlungsabläufe aus.

„Ich war, ehrlich gesagt, nicht so konzentriert. Ich konnte der Hebamme danach auch nicht sagen, was genau ich getastet hatte, weil es (.) also kompliziert war und (..) /. Ich war auch so damit beschäftigt, mir vorzustellen, wie schrecklich das doch / also, wie, wie blöd es doch für die Frau sein muss, ähm, und habe die ganze Zeit probiert da so /, sozusagen Augenkontakt zu halten und mich die ganze Zeit dafür entschuldigt, glaube ich (.) ähm, anstatt irgendwie /.“ (L-E 004: 04:12–04:48)

Die Schülerinnen können die Untersuchungssituation noch nicht flexibel im Gesamtkontext erfassen, sondern sind auf erlernte Parameter als Orientierungshilfen angewiesen.

Felix Rauner (2007) weist diesem Phänomen den Anfängerstatus zu. Eine Entwicklungsstufe, in der die beruflichen Handlungskompetenzen der Lernenden noch kaum oder gar nicht entwickelt sind (Reiber, 2006). Wird die Hebammschülerin durch Schmerzsignale der Gebärenden und ihre daraus entstehenden eigenen Gefühle abgelenkt, kann ein erfolgreicher Lernprozess behindert werden. Die Schülerin führt dann zwar äußerlich erkennbar die Handlung aus, jedoch kommt es nicht automatisch zu einer kognitiven Verknüpfung zwischen dem vorhandenen theoretischen Wissensbestand und dem aktuell taktil wahrgenommenen Befund. Die vaginale Untersuchung bleibt dann zunächst ergebnisoffen, weil die emotionalen Reaktionen das fokussierte Lernen einschränken. Das vorliegende Interviewmaterial weist diesbezüglich überraschende Ergebnisse auf, da von den Schülerinnen zum Teil starke negative Gefühle im Kontext der vaginalen Untersuchung beschrieben werden. Ihre subjektiven Eindrücke werden so dargestellt, als seien sie der Frau gegenüber stets grenzüberschreitend oder sogar übergriffig.

„Dann, dass ich schon am Anfang einfach das Gefühl hatte, das ist TOTAL (.) äh, (..) jenseits des Interesses der Frau, ähm, sich von mir untersuchen zu lassen und der das so überzuhelfen.“ (M-K 002: 10:44–

11:39)

„(...) aber es war schon so, ich glaube (.) ich greife da TOTAL ein in so einen RIESENGROSSEN Intimberei/, in eine riesengroße Intimsphäre und äh (.) ich bin so, so ein Eindringling, ein ganz schlimmer.“ (L-E 004: 01:22–01:43)

Auffallend ist, dass diese extrem gelagerten Gemütsbewegungen besonders dann auftreten, wenn die werdenden Mütter zweimal nacheinander untersucht werden sollen. Doppeluntersuchungen - durch die Schülerin und durch die begleitende Hebamme - sind im Ausbildungskontext zwar üblich, um das Diagnoseergebnis zu validieren, jedoch erzeugt bei den Lernenden allein die Vorstellung zweier aufeinanderfolgender Befunderhebungen ein missliches Gefühl und Abwehr.

„(...) gleichzeitig zu wissen, sie wird es halt innerhalb der nächsten zwei Minuten NOCHMAL erleben (..). So, und dieses doppelt untersuchen ist eigentlich das HAUPTPROBLEM (..) für mich. Und dieses, eine Frau zu untersuchen, die Schmerzen hat, ähm (.) ist für SICH schon schlimm, aber es wird halt doppelt schlimm dadurch zu wissen, dass jemand anderes eh noch nachuntersuchen wird.“ (M-K 002: 29:18–30:30)

Ängste und Befürchtungen im praktischen Lernprozess

Weiterhin offenbaren die Interviews, dass die lernenden Hebammen in der beruflichen Praxis häufig von Ängsten begleitet werden. Obwohl nur eine Schülerin konkrete Angstgefühle offen zugibt, werden die Aussagen der anderen Befragten von dieser emotionalen Stimmung begleitet. Angesprochen auf ihre Eindrücke und Erfahrungen bei der ersten vaginalen Untersuchung, erinnert sich die besagte Schülerin ad hoc an ein hemmendes Angstgefühl.

„Ich hatte die ganze Zeit Angst, dass ich irgendwie, ähm, dass ich der Frau unwahrscheinlich weh tue (...)“ (L-E 004: 01:22–01:43)

Gegenwärtige Forschungsergebnisse zeigen, dass die ersten Erfahrungen der Lernenden in der klinischen Praxis Quellen für Ängste und Befürchtungen sein können (Houghton et al., 2012). Als Hauptursachen dieser Ängste werden dabei der „Realitätsschock“ (ebd.), das Gefühl, von der Ausbildungsinstitution im Stich gelassen zu sein, die Bedenken, einen Patienten zu verletzen oder Fehler zu machen, das Gefühl der Inkompetenz und Befürchtungen bezüglich der klinischen Untersuchungsprozesse genannt.

Ängste und Befürchtungen sind also offenbar konstitutive Bestandteile des Gefühlserlebens von Lernenden am Beginn der Ausbildung. Longworth (2012) weist darauf hin, dass derartige emotionalen Regungen maßgeblich den Lernerfolg und den Transfer von Fertigkeiten in die Praxis beeinflussen. Die Angst davor, einer Frau weh zu tun, ist dabei gleichbedeutend mit der Angst, etwas falsch zu machen bzw. der Patientin zu schaden, zu verstehen.

Von Hilflosigkeit und Handlungsdruck zur professionellen Gelassenheit

Zunehmende oder sich ändernde Schmerzäußerungen einer Gebärenden lösen, so die Aussagen der befragten Schülerinnen, einen subjektiven Handlungsdruck und ein starkes Kontrollbedürfnis aus. Dieser Zustand macht sich durch eine körperliche Anspannung und Unruhe bemerkbar, die vermeintlich nur mittels einer vaginalen „Kontrolluntersuchung“ aufzulösen sind. Die Studienteilnehmerinnen bewerten diese körperlichen Zeichen als Reaktionen auf ihre noch fehlende geburtshilfliche Erfahrung und ihr geringes Repertoire an möglichen Handlungsalternativen.

„Aber dann werde ich halt unruhig irgendwann. Wenn ich merke, die Frau kriegt AUF JEDEN FALL mehr Wehen, die Wehen werden immer knackiger (.), dann habe ich öfter mal dieses Bedürfnis einfach, okay, ich will jetzt gerne untersuchen (M-G 001: 29:22–30:08)

Aus dem vorliegenden Datenmaterial lassen sich in diesem Zusammenhang folgende Erkenntnisse filtern. Nehmen der beruflichen Erfahrungsschatz und die geburtshilflichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu, sind die Lernenden zunehmend in der Lage, die geburtshilflichen Begebenheiten in ihrer Komplexität zu erfassen und sich Wirkungszusammenhänge zu erklären. Dies wirkt sich schließlich positiv auf das emotionale Erleben und die am Beginn der Ausbildung oft noch empfundene Hilflosigkeit aus.

„Ja, und, also ich persönlich für mich, ich habe da einen besseren Weg gefunden, weil ich eben irgendwie mit meiner allerersten Geburt, mit der ich /, äh, die ich gesehen habe, wirklich VOLL in diesem Mitleid drin war und ich danach dachte „Hebamme, wie schrecklich. Wie kann man denn hier jeden Tag stehen?“ So und dann war es eher so, dass man immer mehr akzeptiert hat, dass es irgendwie weh tut und dass man aber gewisse Dinge machen kann, damit es nicht so doll weh tut und das auch eine gute Betreuung da ähm, helfen kann und (..)“ (F-D 003: 24:20–25:36)

So wie hier beschrieben, wird durch die Bewältigung beruflicher Anforderungen eine Kompetenzentwicklung der Schülerinnen ausgelöst, die sich sowohl auf der persönlichen als auch auf der fachlichen Ebene vollzieht. Rauner weist diesen Entwicklungsschritt dem „fortgeschrittenen Anfänger“ (Reiber, 2006) zu. Es wird deutlich, dass die berufliche Kompetenzentwicklung mehr ist als eine rein fachliche Herausbildung der beruflichen Expertise, sondern auch ein Prozess der ganzheitlichen Reifung des Menschen.

Die Schülerinnen verändern im Verlauf ihrer Ausbildung ihre Perspektive zum Umgang mit den Schmerzäußerungen der Gebärenden. Das lähmende Gefühl der Überforderung und des Mitleids mit den Gebärenden weicht der konstruktiven Bewertung, die Situation bewältigen zu können. Der Wehenschmerz wird als konstitutiver Bestandteil einer Geburt anerkannt und akzeptiert. Zudem wissen die Hebammenschülerinnen um Möglichkeiten des offensiven Umgangs mit den Schmerzäußerungen, die es ihnen ermöglichen, eine lernförderliche Distanz einzunehmen.

Das anfängliche Mitleid entwickelt sich zu einem für die Entwicklung von Hand-

lungskompetenz fruchtbaren Empathiegefühl. Dieser persönliche Reifungsprozess kann im Sinne der Entwicklung von Sozialkompetenz interpretiert werden, da den Lernenden fortan ein verantwortungsbewusstes Auseinandersetzen und Verständigen mit Anderen (KMK, 2007) möglich wird.

Erwartungshaltungen in der Lehr- Lerntriade und Intrarollenkonflikt

Lernsituationen in der praktischen Hebammenausbildung sind durch eine Triade gekennzeichnet, in der drei Individuen – die Gebärende, die anleitende Hebamme und die Hebammschülerin - miteinander in Interaktion treten (Klemme et al., 2006). In dieser Dreieckskonstellation muss die Schülerin zwei Rollen gleichzeitig miteinander verbinden:

1. die Rolle der Lernenden und
2. die Rolle der fähigen Hebamme aus Sicht der Frau.

An beide Rollen sind unterschiedlichste Erwartungen und Anforderungen geknüpft. Kommt es zu Überschneidungen der Interessen, kann ein innerer Konflikt bei der jeweiligen Rolleninhaberin entstehen (ebd.).

Ein solcher sogenannter Intrarollenkonflikt wird deutlich von den interviewten Hebammschülerinnen berichtet und im Lernkontext der vaginalen Untersuchung als Dilemmasituation beschrieben. Denn seitens der anleitenden Hebammen wird die Bereitschaft erwartet, dass die Schülerinnen sich aktiv am Lernprozess beteiligen, diesen mit steuern und Handlungsanweisungen gewissenhaft ausführen. Von Seiten der gebärenden Frau wird hingegen erwartet, dass die Schülerinnen den Geburtsprozess gewissenhaft anleiten und begleiten, Verständnis für ihre momentane Lage aufbringen und für ein weitgehend physisches Wohlbefinden sorgen (Hunter, 2005).

Letztlich gehen zudem die persönlichen Lernerwartungen der Schülerinnen in den geburtshilflichen Kontext mit ein, so dass die (Über-)Forderungssituation einer bedürfnisgerechten Aushandlung möglichst aller Interessensebenen entstehen kann.

Welche Erwartung für die Schülerin die größte Bedeutung hat und damit handlungsleitend bei der Ausführung der vaginalen Untersuchung wird, ist den Ergebnissen dieser Untersuchung nach zu urteilen von ihrer Persönlichkeit abhängig. So kann aus den Interviews extrahiert werden, dass es Schülerinnen gibt, die primär den Anordnungen der Hebamme Folge leisten und somit die eigenen und die Erwartungen der Gebärenden zurückstellen.

„Also (..) die Situation, also das ist ganz häufig so, ich mach (..) ich würde mich nicht der Hebamme widersetzen. Ich würde nicht sagen „Nein, ich untersuche sie jetzt nicht“. (ausgelassener Redeteil). Deswegen, ich würde mich der Hebamme einfach nicht widersetzen. Also da bin ich viel zu (..) doll Schülerin.“ (M-G 001: 07:31–10:37)

„Wenn ich den Auftrag habe, alle wollen es wissen, der Arzt möchte es auch wissen oder wenn jetzt auch irgendwas ist mit den Herztönen oder so, wollen jetzt wissen, wo steht das Kind / Na ja, dann muss es

halt in dem Augenblick sein (...).“ (E-M 005: 13:08–15:07)

Andere Schülerinnen hingegen schenken in dieser Konfliktsituation vorrangig den Bedürfnissen der Gebärenden Beachtung und entscheiden sich unter Umständen sogar gegen die Durchführung der vaginalen Untersuchung.

„Auf alle Fälle geben sie mir eine Einwilligung, sonst untersuche die nicht. Also (..) das geht nicht. Und wenn die Hebamme, sagt Ich soll jetzt endlich untersuchen, dann sag ich „Die will nicht“. Und dann muss die das halt machen. Aber ich / ich habe noch nie eine Frau gegen ihren Willen untersucht.“ (F-D 004: 07:33–09:58)

Ob es sich hier um zufällig angetroffene „Extrempole“ handelt bzw. es tatsächlich immer zu einer „Entweder-Oder-Entscheidung“ kommt, kann bei der kleinen Zahl der Interviews nicht geschlossen werden. Vielmehr dürfte die Vermutung zutreffen, dass der Intrarollenkonflikt situationsspezifisch stets neu ausgehandelt wird und von einer Vielzahl einwirkender Faktoren abhängig ist. Zu diesen Faktoren könnten z.B. zählen, mit welcher Hebamme die Schülerin zusammenarbeitet. Das Ausmaß des Konfliktes ist abhängig von der gegenwärtig eigenen Befindlichkeit, von der Bereitschaft, sich auf einen eventuellen Konflikt mit der Hebamme einzulassen oder von der Sympathie zur Gebärenden u.v.m.

Dass sich die Lernenden aber immer wieder neu vor einer Handlungsentscheidung sehen, wird durch die Aussage der Schülerin M-K 002 deutlich.

*„Kommt total darauf an, wie groß der Druck ist (..) also, ähm, wie abhängig ich mich eben auch selber von dieser Hebamme und ihrer Meinung über mich fühle. (..) Ääähm (...) Kommt ganz darauf an WIE GROSS in der entsprechenden Situation mein Gefühl ist, dass die Frau das nicht will. Also es ist (..) ich habe es auch schon abgelehnt oder halt (..) IRGENDWAS anderes zu tun gehabt oder so. Aber, äh, ähm, ich habe schon auch, ich habe schon auch untersucht, wenn ich eigentlich (..) NICHT gewollt hätte.“
(M-K 002: 14:06–16:05)*

Trotz allem ist davon auszugehen, dass sich mit zunehmendem Erfahrungswissen und wachsenden geburtshilflichen Kompetenzen die Handlungsmaximen der Schülerinnen ändern. Hunter (2005) hat z.B. festgestellt, dass die Mehrheit der Junghebammen zunehmend nach dem Grundsatz „Pro Frau“ handeln und entscheiden würde.

An dieser Stelle muss allerdings betont werden, dass die Erwartungshaltungen der involvierten Akteure im geburtshilflichen Geschehen keinesfalls stets gegensätzlich sein müssen. Vielmehr stimmen oftmals die Interessen der am Geburtsprozess Beteiligten fast vollständig überein. Da jedoch in den geführten Interviews von einem solchen einvernehmlichen Zustand nicht berichtet wurde, soll weiter von dem beschriebenen Handlungsdilemma und Intrarollenkonflikt ausgegangen werden.

3.4.1 Vermeidungsstrategien zum emotionalen Konfliktmanagement

Unabhängig davon, welcher Erwartungshaltung die Schülerinnen primär nachkommen, offenbaren die Befragungen interessante Ergebnisse hinsichtlich ihrer individuell gewählten Methoden zum Management des eigenen Rollenkonflikts. Es haben alle interviewten Lernenden eigene Strategien entwickelt, um die gegebene Situation zu bewältigen. Die individuellen Handlungsstrategien und ausweichenden Kompromisshandlungen haben einen Einfluss auf die berufliche Kompetenzentwicklung der Hebammschülerinnen im Allgemeinen und auf die Ausbildung ihrer vaginalen Untersuchungsfertigkeiten im Speziellen.

Der Begriff Strategie wird im thematischen Kontext dieser Arbeit bewusst verwendet, da die Anwendung von Strategien in der Lernpsychologie als eine anerkannte Maßnahme des Problemlösens gilt und damit eine wesentliche Funktion bei der Überwindung von Handlungsbarrieren einnimmt (Edelmann, 2000). Diese Barrieren stellen sich den Hebammschülerinnen als gegensätzliche Erwartungshaltungen im Komplex der Ausbildungstriade dar. Resultiert aus der Anwendung einer Strategie eine erfolgreiche Problembewältigung, kommt es aus lernpsychologischer Sicht zu einem kognitiven Prozess, bei dem das Erfahrungswissen erweitert und die Kompetenzentwicklung unterstützt wird. Im Kontext dieser Arbeit bedeutet das, dass die Handlungsstrategien, die sich im individuellen Umgang mit den Schmerzäußerungen einer Gebärenden beim Erlernen der vaginalen Untersuchung als hilfreich und förderlich herausstellen, zur Erweiterung beruflicher Kompetenzen beitragen.

Die Strategie der zügigen Befunderhebung

Eine bei den interviewten Schülerinnen auffallend häufig genannte Strategie des Situationsmanagements ist das bewusste Beeilen bei der Befunderhebung. Die lernenden Hebammen fühlen sich unter einem zeitlichen Druck, der offenbar durch die beschriebenen Erwartungen an sie ausgelöst wird. Obwohl die Aussagen der Schülerinnen belegen, dass es sich um ein rein subjektives Gefühl handelt, ist doch bemerkenswert, dass der Handlungsdruck von allen befragten Schülerinnen empfunden wird und als Aufforderung zur zügigen Befunderhebung (fehl)interpretiert wird.

„Also nicht unter Stress, aber ich will mir halt (.) jetzt immer noch nicht viel Zeit lassen, weil ich halt denke ,oh Gott, die arme Frau.“ (M-G 001: 03:05–04:14)

„Also ich habe es schon ein bisschen eiliger, als wenn eine Frau irgendwie keine Schmerzen oder so hat.“ (L-E 004: 10:24–11:47)

„(...) also ich (..) mache das dann schon so, dass ich nur GANZ kurz gucke, ob was ankommt von der Wehe und dann aber auch sehr schnell meine F / und natürlich auch still halte und meine Finger dann auch sehr schnell wieder raus nehme.“ (E-M 005: 09:33–11:41)

Longworth (2012) hebt den subjektiven Zeitdruck als eindeutig negativ beeinflussenden Faktor für den Transfer von Fertigkeiten in die reale Praxis hervor. Das legt den Schluss nahe, dass die Konflikt vermeidende Strategie, vaginale Untersuchungen bewusst schnell auszuführen, hinderlich für die fachliche Kompetenzentwicklung einer Hebammenschülerin ist.

Eine der befragten Hebammenschülerinnen verbalisiert diesen negativen Effekt auf die Ausbildung ihrer Diagnosefertigkeiten und reflektiert kritisch, dass ihre vaginalen Untersuchungen an Wert und Sinnhaftigkeit verlieren, wenn das Fazit der eiligen Befunderhebung zwar das manuelle Ausführen einer geforderten Handlung ist, diese Handlung jedoch ohne nutzbares diagnostisches Ergebnis ausgeht.

„Und (.) wenn es die Frau NICHT gewollt hat und dann hab ich halt natürlich irgendwie kurz untersucht und dann ist halt auch die Frage, wie viel Sinn das dann eben gemacht hat, wenn ich, wenn ich eigentlich gar nicht fertig war mit Befund erheben.“ (M-K 002: 14:06–16:05)

Der gewählte Kompromiss erfüllt einerseits die vermeintliche Erwartung der Gebärenden nach einer schnellen, wenig schmerzhaften Untersuchung. Auch wird den Erwartungen der Hebamme Folge geleistet, indem die Lernende die Bereitschaft zeigt, sich in den Lehr-Lernprozess einzuordnen. Der angestrebte Lernfortschritt der Schülerin bleibt letztlich jedoch unerfüllt.

Strategie der Teilbefunderhebung

Neben der bewusst zügigen vaginalen Befunderhebung entscheiden sich die befragten Schülerinnen gelegentlich auch für die Option, lediglich Teilbefunde der vaginalen Gesamtuntersuchung zu erheben, d.h. nur die für sie situativ wichtigen Untersuchungsparameter zu ermitteln. Man kann davon ausgehen, dass diese Handlungsalternative wiederum der Intention entspricht, die Untersuchungszeit für die Gebärende zu verkürzen. Ebenso dürfte diese Problembewältigungsstrategie aber auch zum eigenen emotionalen Ausgleich beitragen, da so die zwiespältige Untersuchungssituation schnellstmöglich beendet werden kann.

„Das ich wirklich (.) Also ich guck dann wirklich, dass ich (.) flink bin und so viel wie möglich erhebe. Was wirklich in dem Moment ganz gravierend wichtig ist.“ (M-G 001: 16:39–17:56)

Die Einschätzung, „was wirklich in dem Moment ganz gravierend wichtig ist“ (M-G 001: 16:39–17:56) beruht allerdings auf dem gegenwärtigen geburtshilflichen Wissen der Schülerin entsprechend ihres Ausbildungsstandes und nicht unbedingt auf einer ganzheitlichen Einschätzung der gesamten Geburtssituation. Primär kann hier also nur von einem spontanen, kurzfristig wirksamen Situationsmanagement gesprochen werden und nicht von einer tatsächlich reflektierten Entscheidung der Lernenden. Dieser Hintergrund lässt die begründete Vermutung zu, dass zwar kurzfristig der innere Rollenkonflikt bewältigt wird, die Schülerin langfristig aber keinen nachhaltigen Lerneffekt erzielt. Der Zugewinn an geburtshilflichem Erfahrungswissen, das von Patricia Benner (2000) als Basis für die Entwick-

lung beruflicher Kompetenzen herausgestellt wird, ist bei diesem Handlungskommiss beeinträchtigt.

Strategie der Vermeidung der Untersuchungssituation

Zwei weitere, sich konsequenterweise auf die Genese der vaginalen Untersuchungsfertigkeiten der angehenden Hebammen auswirkenden Reaktionen, werden ebenso konstant wie das „sich beeilen“ von den Schülerinnen beschrieben.

Es geht um situative Entscheidungen, bei der die vaginale Untersuchung entweder von vornherein abgelehnt oder dann abrupt abgebrochen wird, sobald die Lernenden die Befunderhebung subjektiv als nicht mehr zumutbar für die Frau einschätzen.

„(...) und die Frau sagt „Oh, jetzt nicht mehr, jetzt nicht mehr“, so, und dann höre ich also auch auf zu untersuchen, wenn die Frau das sagt. Auch wenn ich noch nichts getastet habe. Und dann ist es so.“ (F-D 003: 03:45–03:58)

„Aber es ist natürlich (.), wenn ich merke, die Frauen können das gar nicht tolerieren, dass ich da jetzt irgendwie (..) ja, eventuell noch tiefer gehe oder so, dann, ähm (.) lasse ich das lieber. Also so / (ausgelassener Redeteil) Das muss dann jemand anderes machen.“ (F-D 003: 09:09–10:19)

Weniger die Tatsache, dass die Schülerinnen die Lerngelegenheit der vaginalen Untersuchung ablehnen oder abbrechen, erscheint hier überraschend, als vielmehr der Umstand, dass sich die Schülerinnen offenbar nur begrenzt verantwortlich für das geburtshilfliche Gesamtgeschehen fühlen. Diese Annahme soll hier ohne jede negative Bewertung verstanden werden, da davon auszugehen ist, dass die Schülerinnen zum gegenwärtigen Ausbildungszeitpunkt mit solchen „schwierigen“ Situationen noch überfordert sind. Diese Vermutung geht mit der Beschreibung Rauners konform, dass erst am Ende der Kompetenzentwicklungsstufe der „kompetent Handelnden“ ein „Verantwortungsgefühl für die Handlungsergebnisse“ (Reiber, 2006) entsteht und die Lernenden sogar erst auf der Stufe des „Gewandten“ intuitiv auf „Erfahrungen mit Problemlösungsstrategien“ (ebd.) zurückgreifen können. Die beiden genannten Kompetenzentwicklungsstufen werden nach Rauner erst am Ende bzw. erst nach der Berufsausbildung erreicht. Die Verantwortungsübertragung an die Hebamme kann nach diesem Verständnis als realistische Selbsteinschätzung der Schülerinnen zu ihren gegenwärtigen geburtshilflichen Fähigkeiten (an)erkannt werden.

Die vaginale Untersuchung abzubrechen oder die Befunderhebung an die Hebamme abzugeben, ist also weder als aktuelles Kompetenzdefizit der Schülerinnen zu bewerten, noch kann daraus der generelle Schluss gezogen werden, die Schülerinnen seien desinteressiert und es werde ihnen auch zukünftig an Untersuchungsfertigkeiten mangeln. Die letztgenannte Folgerung wird durch die Aussage einer interviewten Schülerin gestützt, die den Wortlaut einer bereits examinierten Hebamme zitiert und deren Aussage im Sinne eines Autoritätsargument anführt:

„Okay (.) im Mittelkurs fängt man eben langsam AN und ähm, dann

irgendwann, wenn man alleine ist und fertig ist, dann (.) MUSS man es irgendwie machen und dann GEHT das auch irgendwie. Das kommt irgendwie von ALLEINE (.)“ (Aussage einer Kreißsaalhebamme zitiert von F-D 003: 14:17–15:02)

Strategie, sich vaginale Befunde auszudenken

Die Strategie einiger Hebammenschülerinnen, die hier dargestellt werden soll, offenbart sich erst auf Nachfrage seitens der Untersucherin während der Interviews. In den Interviews wurde, Hinweisen aus der Literatur folgend (Hunter, 2005), nachgefragt, ob sich die Lernenden in Situationen, in denen eine Gebärende starke Schmerzen äußert, auch vaginale Befunde ausdenken würden. Mehrheitlich wird von den hier befragten Lernenden beteuert, noch nie einen vaginalen Befund vollständig erdacht zu haben. Sie gestehen einschränkend jedoch ein, dass sie Befunde durchaus auch schätzen würden, wenn sie sehr unsicher seien.

„Das noch gar /, also (.) ich habe mir noch nie was ausgedacht (..). Ich hab mal, äh, geschätzt. Also so (.), wo ich dachte, vielleicht sind es vier und ich hab gesagt, es SIND vier. Aber ich habe mir NOCH NIE einen Befund ausgedacht, weil da habe ich viel zu viel Angst vor den Konsequenzen, wenn es eben, äh, keine gerade Pfeilnaht, sondern vielleicht eine (.) fast quere Pfeilnaht ist und (.) das aber schon auf Becken(.)mitte steht und das (Kind nicht?) weiter kommt. Oder auf Beckeneingang und nicht weiter kommt. Also NEE! Also ausgedacht hab ich mir noch gar nichts, das traue ich mich nicht.“

(M-G 001: 16:39–17:56)

„Na ja, also einen Befund ausdenken mache ich nicht, ich sage dann halt höchstens / ich untersuche dann halt sehr kurz und kann es dann/ , sag dann halt ‚Ich kann es nicht erheben:“ (M-K 002: 26:39–

28:05)

„Ähm, deswegen nehme ich das schon so / also habe ich schon das Gefühl, ich nehme das SO ernst, dass es, dass ich da nicht, also ich glaube nicht, dass ich mir Befunde /, also ich habe mir keine ausgedacht bisher, glaube ich. Also (.) ich habe manchmal GESCHÄTZT, wenn ich nicht genau wusste, wie (.) wie breit das, also wie weit der Muttermund auf ist, aber ich habe nicht /“ (L-E 004:

10:24–11:47)

Eine Schülerin offenbart allerdings, sich schon vaginale Untersuchungsbefunde ausgedacht zu haben.

„Ja, also einen Befund ausdenken ist auch immer / (lacht). Also, ähm (..) doch, habe ich auch schon gemacht. Ich habe dann einfach IRGENDWAS gesagt, weil (..), weil ICH für mein Gefühl ZU lange untersucht habe, als dass die Frau das tolerieren kann, noch länger so /. Und dann habe ich irgend was gesagt und dann (..) angepasst an den vorherigen Befund und der Wehentätigkeit, so (schmunzelt) /. Das

könnte irgendwie so, so passen und ähm, wenn es dann falsch ist, dann ist es so.“ (F-D 003: 12:44–13:53)

Auch ohne dass bestimmt werden kann, ob die Interviewten wahrheitsgemäß geantwortet haben, zeigen die Befragungsergebnisse jedoch auf, dass diese Form des Situationsmanagements nicht selten ist. Aus der Komplexität der Antworten kann zudem geschlussfolgert werden, dass die Schülerinnen diese Handlungsoption zumindest schon einmal durchdacht bzw. mögliche Konsequenzen kalkuliert haben. Anders als beim Abbruch der Untersuchung ohne einen Befund erhoben zu haben, wird bei dieser Strategie „geschwindelt“, was Konsequenzen für die Beteiligten haben kann. Das ausschlaggebende Argument, sich gegen das Ausdenken vaginaler Befunde zu entscheiden, ist die Angst vor diesen Konsequenzen. Es geht aber offenbar weniger um Konsequenzen für die Schülerinnen persönlich, als vielmehr um mögliche Folgen für die Gebärende, das Kind und/oder den Geburtsverlauf an sich. Eine Verhaltensmaxime, die von einer verantwortungsvollen Urteilsfähigkeit und einer humanistischen Wertevorstellung anderen Menschen gegenüber zeugt. Die Schülerinnen sind sich der Verantwortung einer Hebamme bewusst, auch wenn sie sie noch nicht vollständig übernehmen können.

In der Literatur werden genannte Eigenschaften als „unsichtbare Attribute“ und intrapersonelle Potenziale einer Hebamme beschrieben (Worth-Butler et al., 1994), die dazu beitragen, Kompetenzen in der beruflichen Rolle zu festigen. Worth-Butler et al. referieren Studien, die solche Moral- und Persönlichkeitseigenschaften in den Kompetenzbegriff mit einbeziehen und betonen, dass eine kompetente Praktikerin stets angemessene moralische und personelle Einstellungen gebrauchen müsse. In diesem Sinne kann festgehalten werden, dass eine solche berufliche Grundhaltung bei den Befragten vorliegt.

Ob sich in der Realität die beiden beschriebenen Handlungsalternativen (Befunde ausdenken oder nicht) quantitativ die Waage halten, kann an dieser Stelle nur vermutet werden. Fakt ist aber, dass es bei Hebammenschülerinnen beide Handlungsreaktionen auf Schmerzäußerungen der Gebärenden und den daraus entstehenden Intrarollenkonflikt gibt.

Die Anwendung so genannter „versteckter Strategien“, zu denen das Ausdenken von Untersuchungsbefunden zählt, ist in der Fachwelt keinesfalls unbekannt und wird im Kontext der emotionalen Arbeit besonders von Hunter (2005) untersucht und beschrieben. Durch Feldbeobachtungen konnte sie belegen, dass Schülerinnen besonders anfällig für den Respekt der Seniorhebammen sind und deshalb manchmal „geschickt Informationen manipulieren“, um die Hebamme „glücklich“ zu machen (ebd.). Nach Hunter dienen die Täuschungen vorrangig dazu, einen positiven „äußeren Schein“ zu wahren. Gleichzeitig gelingt es den Schülerinnen durch die Manipulation des vaginalen Befundes die gemutmaßten Erwartungen der Gebärenden zu erfüllen, da sie nach außen „Souveränität ausstrahlen“, „sicher und professionell handeln“ und „Verständnis für die Probleme“ der Gebärenden aufbringen (Klemme et al., 2006).

Zumindest kurzzeitig haben diese „versteckten Strategien“ für die Hebammenschülerinnen den positiven Effekt des erfolgreichen Situationsmanagements mit der durch Schmerz belasteten Frau. Nicht zu bestreiten ist aber, dass langfristig

gesehen solche manipulativen Strategien nicht zur Entwicklung klinischer Handlungskompetenzen bzw. zur Ausbildung vaginaler Untersuchungsfertigkeiten beitragen können.

In diesem Sinne scheinen die Schülerinnen ihr Vorgehen auch zu bewerten. Die Interviewdaten belegen deutlich, dass sich die Hebammenschülerinnen individuelle Handlungsalternativen zu Eigen machen, die es ihnen auch langfristig möglich machen, sowohl angemessen auf die Gebärenden einzugehen als auch persönliche Lernfortschritte bei der vaginalen Untersuchung zu machen. Hunter (2005) schlussfolgert daraus, dass „versteckte Strategien“ zwar kurzfristig erfolgreiche Maßnahmen sind, um „das Spiel mitzuspielen“, jedoch Vortäuschungen und das „Eindrücke-Erzeugen“ auf Dauer zu persönlichen Konflikten mit den eigenen Berufsidealen und zu Frustrationen führen.

3.4.2 Alternativstrategien

Nachdem verschiedene „Vermeidungsstrategien“ dargestellt wurden, ist es an dieser Stelle wesentlich, auch die Gesamtbeurteilung der Hebammenschülerinnen bezüglich ihrer Lerngelegenheiten zur vaginalen Untersuchung zu betrachten. Die genannten vermeidenden Strategien sind dabei vor dem Hintergrund zu verstehen, dass die Schülerinnen im Rahmen ihrer Ausbildung eine Vielzahl anderer Lerngelegenheiten erkennen, bei denen sie ihre vaginalen Untersuchungsfertigkeiten ausbilden und entwickeln können.

„Aber ich glaub, ich werde in meinen eineinhalb Jahren noch so viel untersuchen, da werde ich (.) schon meine hundert voll kriegen.“ (M-G 001: 17:56–18:50)

„Sondern (.) mein Ausbildungsziel erreiche ich dann halt mit Frauen, die (.), denen es weniger schlecht geht in dem Moment.“ (M-K 002: 26:39–8:05)

„Also (.) ich WILL natürlich viel lernen, aber ich denke, ich habe eine, ich habe eine langjährige Hebammentätigkeit vor mir und werde auch mal alles Mögliche tasten und dann brauche ich das jetzt nicht auf „Teufel komm raus“ bei der Frau machen, die sich sowieso unwohl fühlt.“ (L-E 004: 35:00–36:32)

Kontrastierend zu den Strategien, die vaginale Untersuchung zu verkürzen oder ganz zu vermeiden, beschreiben die Befragten auch alternative Vorgehensweisen.

Alternativstrategie: Kommunikation

Alle befragten Hebammenschülerinnen benennen die Kommunikation mit der Frau als bedeutenden Aspekt einer empathischen und kompetenten Annäherung an die unter Schmerzen stehenden Gebärenden, was der Orientierung an Berufsidealen entspricht.

„ICH finde halt generell kann man die Frau auch ruhig mehr zum Subjekt machen. Also die /, ich finde, wir haben es doch sehr Objekt /, also so (.) gelernt, dass die Frau irgendwie, eben das Objekt unserer

Untersuchung sind und selber gar nicht da so viel dazu tun.“ (M-K 002: 08:14–10:13)

Ob das Berufsideal einer Frauen zentrierten Betreuung als individuelles Attribut der Schülerinnen in die Hebammenausbildung „mitgebracht“ wird oder sich mit zunehmender geburtshilflicher Erfahrung und berufsethischer Rollenfindung entwickelt, ist an dieser Stelle eher von zweitrangigem Interesse. Entscheidend ist vielmehr, dass sich auf Grundlage dieser Berufseinstellung die Human- und Sozialkompetenzen der Lernenden (weiter-)entwickeln. Der Fachliteratur nach zu urteilen gilt es als unbestritten, dass eine bedürfnisgerechte und respektvolle Geburtsbetreuung der entscheidende Kompetenzmarker einer „guten“ Hebamme ist und ihr Kompetenzprofil wesentlich prägt (vgl. z.B. Pehlke-Milde, 2009). Die Verwirklichung der Berufsmaxime „Pro Frau“ sowie ein für den Geburtsprozess förderlicher Umgang mit der Gebärenden erfolgt nach Einschätzung der interviewten Hebammen-schülerinnen stets über eine motivierende Kommunikation.

„Das man natürlich auch immer kommunizieren muss, ähm (.) mit der Frau und äh (...) (ausgelassener Redeteil). Dass man in der Praxis auch viel mehr reden muss, WAS man macht, WAS man gerade untersuchen will (.) oder eben auch sagt „Das kann jetzt mal ein bisschen unangenehm werden.““ (F-D 003: 05:23–05:46)

„Aber es kommt ja auch so (.) das Einleiten und Ausleiten bei der Frau darauf an und, und die Kommunikation mit der Frau (ausgelassener Redeteil). Und da bemühe ich mich halt schon ganz stark, das den Frauen (.) verständlich zu machen, warum wir untersuchen und was genau ich untersuche und ähm (.) / Ich versuche halt zum Beispiel schon auch immer wenn ich untersuche, das zu kommentieren. Also halt zu sagen „Das kann jetzt weh tun, weil das ist nämlich jetzt ihr Muttermund und der ist ganz empfindlich und ähm (.) / Oder das ist das Köpfchen.“ Oder zum Beispiel auch, wenn der, wenn der noch abschiebbar ist der Kopf, dass ich dann sage „SO“ (lacht herzlich) / Dass, irgendwie, dass ich die Frauen auch DARAUF vorbereite, weil die MERKEN ja alles! Und dass die das dann halt irgendwie miteinander in Verbindung bringen können, was ich da mache und wie das Kind darauf reagiert, oder (.) was das genau ist, was da Schmerzen macht und so.“ (M-K 002: 16:06–18:06)

Dass die Fähigkeit zur effektiven Kommunikation ein elementarer Indikator einer kompetenten Hebamme ist, belegen unterschiedliche internationale Studien. In diesen wird die Bedeutung kommunikativer Kompetenzen nicht nur von den interviewten Hebammen hervorgehoben, sondern auch von den befragten Gebärenden als relevante Fähigkeit einer Hebamme betont (vgl. z.B. Nicholls & Webb, 2006, Butler et al., 2008, Byrom & Downe, 2010). In Deutschland ist es u. a. Jessica Pehlke-Milde (2009), die die geburtshilfliche Kommunikation als zentrale Domäne der Hebammenpraxis herausstellt und als eine Kompetenzanforderung an eine Hebamme benennt.

Für die im Rahmen dieser Arbeit interviewten Schülerinnen hat die aktive Kommunikation mit der Gebärenden eine empathische Komponente, dient ihnen aber auch zur persönlichen Legitimation der eigenen Handlungen.

„(...) und wenn sie mir ganz klar sagt: „Oh nee, ich will eigentlich nicht untersucht werden“, dann (.) versuche ich ihr das halt irgendwie zu vermitteln und ihr zu erklären, warum ich den Befund erheben muss, um mein Gewissen da so ein bisschen zu stabilisieren und, ähm (..).“ (M-K 002: 18:07–20:37)

„Also ich frage die Frauen immer vorher. Also ich sag/, sage: „Darf ich sie jetzt untersuchen?“ und dann nicken sie oder sind /, oder ich warte noch, bis die Wehe vorbei ist und (.) /. Auf alle Fälle geben sie mir eine Einwilligung, sonst untersuche die nicht.“ (L-E 004: 07:33–09:58)

Dass eine fachliche Kompetenzentwicklung stattgefunden hat, kann auch daraus abgeleitet werden, dass die Schülerinnen auf Schmerzsignale der Gebärenden nicht mehr automatisch mit einer vaginalen „Kontrolluntersuchung“ reagieren, sondern ihre kommunikativen Fähigkeiten einsetzen, um diesen invasiven Eingriff zu vermeiden und die relevanten Informationen durch das Gespräch mit der Frau zu erhalten. Es ist davon auszugehen, dass das wachsende berufliche Erfahrungswissen und die zunehmende Kompetenz der Schülerinnen dazu beitragen, individueller und situationsspezifischer interagieren zu können.

„Also ich frage sie halt immer „Hat sich der Druck verstärkt?, Haben sie irgendwie ein anderes Gefühl?, Haben sie andere Schmerzen?, Wo sind die Schmerzen?, Wie sind die Schmerzen?, Wie oft?“. Wenn ich irgendwie mal draußen war und wieder rein komme „Na, wie sieht’s aus?“ Also, ich probiere halt, das irgendwie schon durch Fragen abzuklären und NICHT durch eine Untersuchung.“ (L-E 004: 23:01–24:35)

Alternativstrategie: In der Nähe der Gebärenden bleiben

Eine ähnlich gelagerte Strategie der Annäherung an die Gebärenden, besonders im Zusammenhang mit der Aushandlung der eigenen emotionalen Reaktionen auf deren Schmerzäußerungen, wird prägnant als „bei der Frau bleiben“ benannt. Es eröffnen sich also zunehmend alternative Handlungsoptionen, die sich als ebenso effektiv wie gefühlsregulierend erweisen.

„Ich bleibe dann halt da. (ausgelassener Redeteil). Ich gehe dann ganz nah an sie ran und bin irgendwie ganz nah bei den Schultern und, und, und probiere sie irgendwie da zu behalten. Und probiere eben da so eine emotionale Nähe aufzubauen, die, die sie dann unterstützen kann.“ (L-E 004: 23:01–24:35)

Das „präsent sein“ zählt für Pehlke-Milde (2009) als geburtshilfliche Maßnahme zur Unterstützung der Frau in anstrengenden, schmerzhaften oder Angst auslösenden Geburtsphasen. Sie charakterisiert diese Form der empathischen Zuwen-

„Geburtshilflichen Entscheidung und Handlung“ und stellt sie als eine Anforderung an eine kompetente Hebamme heraus.

Infolge dessen kann festgehalten werden, dass die oben zitierte Lernende in der spezifischen Situation durchaus kompetent handelt und dass ihre Performanz keineswegs aus einer unreflektierten Intuition hervorgeht, sondern auf das berufliche Erfahrungslernens in der Konfrontation mit den „einzigartigen Fällen“ (Rauer, 2007) zurückzuführen ist.

Alternativstrategie: motivierende Interaktion

In der allgemeinen Interaktion mit den Gebärenden spielt der Motivationsaspekt eine weitere zentrale Rolle. Die Schülerinnen erkennen, dass eine erfolgreiche Geburt davon getragen wird, dass alle Beteiligten ein gemeinsames Ziel verfolgen. Sie offenbaren damit ein systemisches Bewusstsein für das geburtshilfliche Zusammenspiel, das nur funktioniert, wenn alle Beteiligten aktiv daran mitwirken. Wie eine Schülerinnen die ihr anvertraute Gebärende vor oder während der vaginalen Untersuchung zu motivieren versucht, ist individuell ganz verschieden, wird aber vom zielführenden Gedanken einer bedürfnisgerechten Geburtsbetreuung getragen.

„Aber ich sag ihr, wie gesagt, auch immer noch (.), „Ich schau jetzt nach und vielleicht haben wir es einfach schon weiter geschafft“. Es ist ja auch für sie auch eine Hilfe im Enddefekt ja auch. (ausgelassener Redeteil) (...) und dass es nicht umsonst ist, diese Schmerzen.“ (M-G 001: 07:31–10:37)

„Ich sage eher, ich sage eher „Sie sind eine Heldin. Sie sind eine ganz, ganz tolle Frau. Ganz stark und heldenhaft“, einfach.“ (L-E 004: 18:52–19:54)

„Also generell versuche ich der Frau ja schon mal mit Motivation erst mal entgegenzutreten. (ausgelassener Redeteil). Ich sage auch zu der Frau „Ich weiß, dass das im Moment für sie total schrecklich ist, aber sie werden sehen, wenn das Kind da ist, ALLES ist gut.“ Und das ist das, was zählt.“ (E-M 005: 22:11–23:42)

Alternativstrategie: intuitives „Frauenwissen“

Meistens wird das Vorgehen der Berufsanfängerinnen durch ihre Intuition und ihre persönliche Vorstellung, wie sie selber gern behandelt und betreut werden wollten, geprägt. Die Annäherungen an die Gebärende basieren auf diesen intuitiven Wissensbeständen einschließlich der zunehmenden Fähigkeit, sich empathisch in das Gegenüber hinein fühlen zu können. Diese implizite Kompetenz wird von Pehlke-Milde (2009) unter dem Begriff „Frauenwissen“ (ebd., S.39) zusammengefasst. Die Autorin betont, dass ein solches Wissen nicht systematisch erlernt werden kann, aber elementar in der Domäne des „Geburtshilflichen Wissens“ ist. Das „Frauenwissen“ entsteht, so Pehlke-Milde, aus einer bewussten Reflexion der eigenen Körperlichkeit, Sexualität und individuellen Lebenserfahrung

und ist eine wichtige Erkenntnisquelle, um in der Geburtshilfe kompetent handeln und entscheiden zu können.

„Ich glaube, dass es gut ist, wenn man sich von dem eigenen ‚Frau sein‘ da leiten lässt (.) und sich halt einfach immer überlegt, würde ich das jetzt wollen und wie müsste das jetzt sein, damit es für mich in Ordnung ist. (..) Ich glaube, dass man am Ende da gar nicht so (.) falsche Schlüsse zieht. (ausgelassener Redeteil) Und dass, wenn man sich SELBER fragt, wie man es gerne hätte, man die Frage eigentlich immer damit ein paar wesentlichen Dingen beantworten würde, die bestimmt für jede Frau gut sind.“ (M-K 002: 58:37–59:22)

Das kaum explizierbare Wissen bereichert das intuitive Handeln und wird von einer der interviewten Schülerinnen gezielt angewandt, um auf die durch Schmerz belasteten Gebärenden während einer vaginalen Untersuchung einzugehen.

„Wenn die halt wirklich Schmerz geplagt sind und es denen schwer fällt, sich untersuchen zu lassen, dann (.) zum Beispiel sage ich denen, sie sollen mein Handgelenk anfassen, so (...) Ähm (...), also, sozusagen, irgendwie mit /, dass sie halt irgendwie das Gefühl haben irgendwie, sie haben da Kontrolle darüber.“ (ausgelassener Redeteil). „Das ist sozusagen das, wie ich mir überlege, wie ich das SELBER gerne hätte. Also davon gehe ich eben aus.“ (M-K 002: 22:10–22:51 und 21:29–21:52)

Die Schülerin hat sich eine Handlungsstrategie im Sinne einer methodischen Kompetenz angeeignet, die sie zu einem „zielgerichtete(n), planmäßige(n) Vorgehen bei der Bearbeitung von (...) Problemen befähigt (KMK, 2007).

Alternativstrategie: Akzeptanz des Schmerzes als Bestandteil einer Geburt

Weiterhin wird deutlich, dass es bei den befragten Schülerinnen im Ausbildungsverlauf zu einer wachsenden Akzeptanz des Faktors Schmerz als genuinem Bestandteil einer Geburt kommt.

„Also das war am Anfang sicherlich auch ein bisschen anders. Dass, wenn die Frauen sich gerade so sehr, äh, artikulieren, wo man eher so das Gefühl hat „Oh Gott, Hilfe, nein, ich tue ihr jetzt weh, schnell wieder raus“, aber mittlerweile denke ich mir „Das MUSS halt sein.“ (ausgelassener Redeteil) „ (...) der Schmerz gehört nun mal zu einer Geburt dazu und ähm (..). Und (.) ja ich denke mir, das muss / also, OHNE Schmerzen kommt das Kind nun mal nicht. SO funktioniert das nicht. (E-M 005: 09:33–11:41 und 13:08–15:07)

Die emotionale Überflutung, die zu Ausbildungsbeginn meist noch als lähmend und beängstigend empfunden wird, weicht einer gefühlsmäßig neutraleren Wahrnehmung der komplexen Geburtssituation. Mehr und mehr gelingt so eine Bewertung der Schmerzäußerungen aus einer professionellen Distanz. Damit verliert die Betreuungsarbeit keineswegs an emotionaler Intensität, vielmehr tritt

aber eine Balance im Gefühlerleben ein, bei der die Schülerinnen handlungsfähig bleiben.

3.4.3 Nähe und Distanz

Empathie als Teil der Professionalität

Eine Interviewte betont besonders die Wichtigkeit einer simultanen Entwicklung von Empathie und Professionalität. Sie unterstreicht es als bedeutende Kompetenz im beruflichen Entwicklungsprozess, wenn eine Hebamme beiden Attributen gleichberechtigte Beachtung schenkt und ihr paralleles Vorankommen fördert.

„Und dann ist es natürlich schwierig irgendwie (...) Professionalität und (...) Empathie zusammen zu bringen. Aber (...) man sollte schon (...) also man DARF die Empathie nicht VERlernen und aber auch das Professionelle DAZU lernen.“ (M-G 001: 22:49–23:44)

Ein gleichzeitig empathisches und professionelles Handeln schließen sich keineswegs aus. Vielmehr liefert die hebammenspezifische Fachliteratur Belege dafür, dass es besonders die empathischen Fähigkeiten einer Hebamme sind, die sie kompetent und professionell machen. Empathie bestimmt die professionelle Betreuungsbeziehung und ist die Basis der psychosozialen Kompetenz einer Hebamme (Pehlke-Milde, 2009). Da Empathie als Persönlichkeitsmerkmal schwer messbar ist, kann bei den interviewten Schülerinnen nur anhand ihrer Aussagen geschlossen werden, dass es zur Entwicklung dieser sozialen Kompetenz gekommen ist. Ein solcher Rückschluss dürfte zulässig sein, wenn man die Begriffsbestimmung der emotionalen Intelligenz (als eine Form der Sozialkompetenz) nach Mayer und Salovey (1997, vgl. auch Byrom & Downe 2010) mit der Aussage einer Interviewten in Beziehung setzt.

„Ja, und, also ich persönlich für mich, ich habe da einen besseren Weg gefunden, weil ich eben irgendwie mit meiner allerersten Geburt, mit der ich /, äh, die ich gesehen habe, wirklich VOLL in diesem Mitleid drin war (ausgelassener Redeteil). So und dann war es eher so, dass man immer mehr akzeptiert hat, dass es irgendwie weh tut und dass man aber gewisse Dinge machen kann, damit es nicht so doll weh tut und das auch eine gute Betreuung da ähm, helfen kann (...)“ (F-D 003: 24:20–25:36)

Mayer und Salovey (1997) definieren emotionale Intelligenz als Kompetenz, die eigenen und die Emotionen von anderen wahrzunehmen und diese Informationen dann für Überlegungen und Handlungen zu nutzen. Nach diesem Verständnis hat die Schülerin hier also eine Kompetenzentwicklung durchgemacht, denn auf der Basis der reflektierten Empathie ist ihr zunehmend eine effektive Betreuungsarbeit mit der durch Schmerz belasteten Gebärenden möglich. Vor diesem Hintergrund wird auch deutlich, dass Hebammenschülerinnen nach drei Ausbildungsemestern (selbst)kritischer mit ihrer anfänglichen Bewertung umgehen, eine vaginale Untersuchung bei einer Gebärenden mit Schmerzen sei grenzüberschreitend und „übergriffig“.

„Ähm (.) das sehe ich jetzt teilweise so ein bisschen rückblickend, dass vom Anfang von der Ausbildung, als ich selber noch gar nicht untersucht habe, OFT das unnötig fand und heute sagen würde (ausgelassener Redeteil) „Okay, da und da war das bestimmt nötig“, dass, dass vernünftig untersucht wurde. Und das ist dann halt auch manchmal mit einem gewissen Schmerz verbunden, irgendwie.“ (M-K 002: 16:06–18:06)

Ihre geburtshilflichen Erfahrungen lassen die Schülerinnen erkennen, dass eine Hebamme trotz einer hohen emotionalen Involvierung in das Geschehen in der Lage sein muss, „eine Geburt aufmerksam und mit Hilfe angemessener Überwachungsmethoden“ zu begleiten (Pehlke-Milde, 2009).

Auch wenn es den befragten Schülerinnen gegenwärtig noch an Handlungsexpertise für ein routiniertes Agieren und Entscheiden fehlt, richtet sich ihr Verhalten fortschreitend an der Erkenntnis aus, dass eine kontinuierliche Informationsgewinnung notwendig ist, um den regelrechten Verlauf einer Geburt professionell beurteilen zu können. Diese persönliche Einsicht legt die Basis für die berufliche (Weiter-)Entwicklung und bereichert das Erfahrungswissen der Lernenden.

Professionelle Distanz

Das Erleben des höchst individuellen Umgangs der Gebärenden mit ihren Schmerzen sowie deren Vorstellungen darüber „wie Geburt sein soll“, lässt die Schülerinnen sukzessive die eigenen berufsethisch-moralischen Grundsätze überprüfen und teilweise sogar revidieren. Ihre Praxiserfahrungen tragen dazu bei, differenzierter mit den geäußerten Emotionen umzugehen und auch zu hinterfragen, ob die eigenen Wahrnehmungen tatsächlich mit dem Erleben der Betreuten übereinstimmen.

„Ich habe schon, schon auch so ein bisschen gemerkt, dass die Sachen nicht so heiß gegessen werden, wie sie gekocht werden. Ich glaube, dass ich oft auch (...) /. Das Gefühl, also, ich stehe jetzt hier an einer traumatischen Grenz / (lacht) -Überschreitung für die Frau und eigentlich hat sie das einfach so in ihrem ganz normalen „So ist halt Geburt“-Ding abgespeichert. Und, und das ist halt so. Ich glaube, dass ich mir oft auch viele Gedanken darum mache, wie es besser sein könnte oder wie es schöner sein könnte und für, für die Frau läuft alles erwartungsgemäß.“ (M-K 002: 45:06–48:28)

Dieser Schülerin gelingt es zum Befragungszeitpunkt offenbar, sich zunehmend aus der emotionalen Einheit „Hebamme – Gebärende“ zu lösen und eine professionelle Distanz zum Geschehen und zum Subjekt Frau einzunehmen. Die Fähigkeit, die eigenen Werte und Vorstellungen kritisch zu reflektieren und gleichzeitig die Bedürfnisse der Frau zu respektieren, ist eine Kompetenz der Hebamme, die einer professionellen Betreuungsarbeit zugrunde liegt. Als Humankompetenz charakterisiert Pehlke-Milde (2009) die Fähigkeit, „spüren zu können, was das mit einem selber macht bzw. was das mit einem anderen Menschen macht, um diese Informationen dann zu differenzieren und zu reflektieren“.

Eine Schülerin beschreibt diese Fähigkeit als „komplizierten Balanceakt“ (L-E 004: 17:31-18:23), bei dem es schwierig ist, als Hebamme eine professionelle Position einzunehmen und die vaginale Untersuchung durchzuführen, trotz des Wissens, dass „es blöd ist für die Frau“ (L-E 004: 17:31-18:23)

Nähe-Distanz-Beziehung

Was von der Schülerin als Balanceakt beschrieben wird, spricht den Themenbereich der professionellen Nähe-Distanz-Beziehung zur Gebärenden an.

Diese interpersonelle Umgangsform gilt als wesentliche, berufliche Maxime, damit überhaupt eine fachliche Leitung der Geburt möglich wird (Pehlke-Milde, 2009). Obwohl Pehlke-Milde die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Hebamme und Gebärender als Grundregel der Betreuungsarbeit betont, gesteht sie zu, dass eine angemessene physische und psychische Distanz bei der geburtshilflichen Versorgung besonders für Berufsanfängerinnen eine Herausforderung darstellt und erst im Laufe der Berufs- und Lebenserfahrung ausgebildet wird.

Vor diesem Hintergrund sollten auch die Interviewergebnisse gedeutet werden. Es wird nämlich deutlich, dass die befragten Schülerinnen die unterschiedlichsten Erfahrungen mit einer „nahen“ bzw. „distanzierten“ Beziehungsgestaltung gemacht haben und dass sich diese Erfahrungen prägend auf ihre berufliche Identitätsfindung und ihr Einfinden in die professionelle Rolle als Hebamme ausgewirkt haben. Eine Schülerin beschreibt ihr Nähe-Distanz-Verhältnis zur Gebärenden auf eher pragmatische Weise und macht deutlich, dass es für sie einen wesentlichen Unterschied zwischen der physischen und psychischen Nähe zur betreuten Frau gibt.

„Ich denke, dass das (.) ähm (..) also bei mir die (..) während der Arbeit nicht viel Distanz da, da ist. Also das kommt natürlich immer auf die Frau drauf an (ausgelassener Redeteil). Aber so generell (.) schüttele ich das, glaube ich, das sehr (.) wirklich so mit dem Umziehen (.) bleibt das halt im Krankenhaus. Dieses ganze Belastende. Aber so, von den normalen Schmerzen / weil das halt für MICH einfach ganz klar ist, das gehört zur Geburt dazu, jeder geht mit Schmerz anders um.“ (E-M 005: 24:51–28:22)

Bei Betrachtung des gesamten Interviewverlaufs wird klar, dass diese Schülerin sich durchaus auf eine körperliche Nähe zur Gebärenden im Sinne unterstützender Angebote wie Massagen oder das Handhalten einlassen kann, eine emotionale Involvierung in die Schmerzsituation der Gebärenden aber als psychisch sehr anstrengend empfindet und sich zum emotionalen Selbstschutz daher bewusst abgrenzt.

„Man merkt dann schon, wie das so an die eigene Substanz geht. Man fühlt sich dann schon, oh, SELBER schon so schlecht. Also das war (.) oh (.) ein UNGLAUBLICH anstrengender Dienst. Danach fühlt man sich erst recht gerädert.“ (E-M 005: 24:51–28:22)

Diese psychische Distanzierung wird in der Literatur als Voraussetzung betont, um starke Emotionen überhaupt professionell begleiten zu können. In diesem Kontext zitiert Pehlke-Milde (2009) z. B. eine erfahrende Hebamme, die herausstellt, dass es von grundlegender Bedeutung für die Hebamme sei, „sich nicht völlig in die Situation saugen (zu) lassen“ und „sich (zu) sagen, dass das nicht meine Wehen, (...) nicht meine Schmerzen sind“ (ebd.).

Eine andere befragte Schülerin bewertet eine zu intensive emotionale Bindung zur Gebärenden ebenfalls als sehr kritisch. Ihre Erfahrungen hätten gezeigt, dass eine vaginale Untersuchung im Schmerzgeschehen der Geburt beiderseitig, d.h. sowohl bei der Frau als auch bei der Hebammenschülerin, ein Handlungs dilemma auslösen kann. Gerade Gebärende, die selber sehr empathisch sind, empfinden den Schülerinnen gegenüber oft ein Verpflichtungsgefühl, das sie veranlasst, ihre aktuellen Bedürfnisse den Lernerfordernissen der Schülerin unterzuordnen.

„Und ich hatte schon manchmal das Gefühl, dass manche Frauen (.) ähm (..) das wie so als /, so ein GESCHENK von denen an mich war, sich untersuchen zu lassen. (ausgelassener Redeteil) dass es für die total (.) so einen Aspekt hatte von irgendwie mir da was zurück geben / (..) an der Stelle. (ausgelassener Redeteil). Ähm (.) und dass sie, dass sie dann halt einfach auch, sozusagen sich haben untersuchen lassen, weil es denen dann eben DOCH total wichtig war, dass ich was mitnehme aus der Situation und da irgendwie einen Lernerfolg habe und so.“ (M-K 002: 49:42–50:44)

Hunter (2001) vermutet, dass es in der interpersonellen Beziehungsgestaltung eine Art „Währung der Gefühle“ gibt, die festlegt, „was man seinem Gegenüber schuldig ist“ (ebd.).

„Infolge dessen habe ich mich schon auch oft persönlich bei den Frauen bedankt dafür, sie untersuchen zu dürfen. Das macht es halt auch wieder zu so was (.), zu so einem persönlichen Ding zwischen ihr und mir, ne?“ (M-K 002: 51:47–52:02)

Die Schülerin zeigt auf das Verhalten der Gebärenden eine eher typisch menschliche, denn reflektiert „professionelle“ Reaktion, was nach Rauners Theorie der Kompetenzphasen entwicklungstypisch ist.

Eine zu intensive Nähe zur Gebärenden reflektiert die Schülerin selber als problematisch und hinterfragt für sich diese Art der Beziehungsgestaltung zur Gebärenden.

„Aber wenn man die Verbündete ist, werden halt auch die Schuldgefühle größer bei einem selbst. (.) So (.), weil man dann sich halt nicht hinter der Fassade verstecken kann, die einem halt angeboten wird, um sich abzugrenzen.“ (M-K 002: 52:26– 53:43)

Die Schülerin reflektiert die Verstrickung mit der Schwangeren auf sehr realistische Art und Weise und erkennt dabei für sich, wie schnell sie in eine zwischen-

menschliche „Abhängigkeitsfalle“ geraten kann, aus der heraus sie leicht ihre eigenen Grenzen überschreitet bzw. ihr ein objektives Agieren und Entscheiden fast unmöglich wird.

Diese Konfrontation mit einer konfliktreichen Situation beschreibt Rauner (2007) als Entwicklungsaufgabe eines jeden Lernenden, die sich nur in der tatsächlichen beruflichen Realität stellt, die aber Auslöser der Kompetenzentwicklung, des Erfahrungslernen und der beruflichen Identitätsfindung ist.

3.5 Diskussion

Im Folgenden sollen die Interviewergebnisse zusammenfassend dargestellt und vor dem Hintergrund der zentralen Fragestellung dieser Arbeit diskutiert werden.

Die Beschreibung der Kompetenzgenese der Schülerinnen orientiert sich am Hebammenkompetenzprofil von Jessica Pehlke-Milde (2009). Bezugnehmend auf den gegenwärtigen Stand der Forschung werden die Erkenntnisse aus den Interviews und die daraus abgeleiteten Rückschlüsse bewertet und einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Weniger eine neue Erkenntnis dieser Arbeit, aber dennoch ein wesentlicher Fakt ist der Umstand, dass ganz speziell der Hebammenberuf zu den Professionen gehört, in denen in besonderen Maße emotionale Arbeit geleistet wird. Die Geburtshelferinnen treffen auf ein hohes Maß an (auch expressiv ausgedrückten) Emotionen seitens der Gebärenden, die es mit der eigenen Gefühlswelt in Einklang zu bringen gilt. Obwohl der emotionalen Komponente in den Gesundheitsfachberufen zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt wird, belegen sowohl frühere Untersuchungen als auch die Interviewergebnisse dieser Arbeit, dass Auszubildende mit den gefühlsbezogenen Aushandlungsprozessen überfordert sein können (vgl. z. B. Williams, 2003).

Was als „emotionale Kosten der Betreuung für die Schülerinnen“ (ebd.) beschrieben wird, kann sich gerade bei den Novizinnen im Berufsalltag als „Realitätsschock“ (Houghton et al., 2012) mit negativen Folgegefühlen wie z.B. Angst, Hilflosigkeit oder Machtlosigkeit offenbaren. Speziell im Kontext von Schmerzäußerungen der Gebärenden werden bei den Lernenden die Eindrücke geschürt, „übergriffig“ oder grenzüberschreitend zu sein. Dass offensichtlich vor allem Berufsanfängerinnen so empfinden, deckt sich mit den Ergebnissen einschlägiger Literatur, die belegt, dass Hebammenschülerinnen eine starke Identifikation mit den Schwangeren zeigen (Hochhausen, 2011).

Zunächst scheint es hier einen Widerspruch zu anderen wissenschaftlichen Ergebnissen zu geben, die offenlegen, dass der Ausprägungsgrad der Empathie bei Schülerinnen im ersten Ausbildungsjahr gering ist und erst mit jedem Jahr der Ausbildung ansteigt (McKenna et al., 2011). Die Ergebnisse scheinen gegensätzlich zu sein, sind aber mit dem Prozesscharakter der Kompetenzentwicklung zu erklären. Denn aus den Gefühlsregungen, die von den Lernenden zu Ausbildungsbeginn als starkes Mitleid mit den Gebärenden, als lähmend und beängstigend empfunden werden, entwickelt sich sukzessive eine konstruktive Empathiefähigkeit, die es den Schülerinnen möglich macht, eine emotionale Distanz zur Gebärenden ein-

zunehmen, und nicht mit Abstumpfung oder grundsätzlicher Distanzierung von den Bedürfnissen der Gebärenden verwechselt werden darf. Diese Erkenntnis stützt die Vermutung von McKenna et al., dass sich die Empathiefähigkeit der Schülerinnen im Ausbildungsverlauf verändert und erst durch den Kontakt mit den Frauen im klinischen Setting und der Zunahme des geburtshilflichen Erfahrungswissens wächst.

Mit Blick auf die Begriffsdefinition für Empathie, kann an dieser Stelle von einer Entwicklung der Sozialkompetenz der Schülerinnen gesprochen werden. Empathie wird als „überwiegend kognitive (statt emotionale) Eigenschaft (verstanden), die ein Verständnis (statt Gefühl) von Erfahrungen, Sorgen und Perspektiven der Patientin mit einbezieht. Diese Eigenschaft ist kombiniert mit dem Vermögen, dieses Verständnis auch zu kommunizieren“. (McKenna et al., 2011) Dieses Empathievermögen gehört zu den personenbezogenen Fähigkeiten, die Pehlke-Milde (2009) als Teil der psychosozialen Kompetenzen einer Hebamme herausstellt und als unverzichtbar für den Hebammenberuf betont.

Vor dem Hintergrund der vielfach publizierten Auffassung aber, dass Empathiefähigkeit als solche nicht lernbar sei (vgl. z. B. ebd., McKenna et al., 2011), müssen pauschale Forderungen nach einer gezielten Ausbildung der Empathiefähigkeit der Schülerinnen (McKenna et al. 2011) kritisch betrachtet werden. Den genannten Forderungen fehlt es zum einen an methodisch-didaktischen Vorschlägen für die Lehre dieser personalen Kompetenz, zum anderen sollte bedacht werden, dass nie ein isoliertes Lernen stattfindet. Auch wenn die Ausbildung der vaginalen Untersuchungsfertigkeiten durchaus ein vordringliches Lehr- Lernziel darstellt, bringt es die zwischenmenschliche Arbeit im Ganzen mit sich, dass es zu Reifungsprozessen in allen Dimensionen der beruflichen Handlungskompetenz kommt. Die Schmerzäußerungen der Gebärenden sind demnach als situative Auslöser unter vielen anderen zu verstehen, die die Genese der Human- und Sozialkompetenz sowie der Methoden- und kommunikativen Kompetenz anstoßen.

Ebenso wenig wie Lerngelegenheiten Entwicklungsprozesse in nur einer Kompetenzdimension aktivieren, sind auch die emotionalen Regungen der Lernenden nicht isoliert als Reaktion auf die Schmerzsignale zu bewerten. Die Gemütsbewegungen der Schülerinnen stellen somit keine alleinige Antwort auf das Klagen der Frauen dar, sondern sind im Kontext der angetroffenen Gesamtsituation zu betrachten. Die Schmerzäußerungen verlieren zwar nicht an emotionaler Brisanz beim Erlernen der vaginalen Untersuchung, jedoch stellen sie lediglich einen beeinflussenden Stimulus unter mehreren Wirkungsfaktoren dar, die die Kompetenzentwicklung der Lernenden tangieren.

In der Lehr- Lernsituation der Ausbildung fungieren die Schülerinnen einerseits als Hebamme für die Gebärenden, gleichzeitig haben sie aber auch die Rolle der Schülerin mit Lernbedarf inne. Parallel auftretende Erwartungshaltungen seitens der begleitenden Hebamme und seitens der Gebärenden lösen bei den Hebammenschülerinnen einen Intrarollenkonflikt (Klemme et al., 2006) und ein Handlungsdilemma aus. Die Interviewergebnisse weisen deutlich darauf hin, dass dieser innere Rollenkonflikt ein ganz entscheidender Faktor ist, der Einfluss auf die Kompetenzentwicklung der Schülerinnen hat.

Als Reaktion auf den inneren Rollenkonflikt, der durch unterschiedliche Anforderungen von Seiten der anleitenden Hebammen und der Gebärenden hervorgerufen wird, werden von den Hebammenschülerinnen individuelle Strategien zur Problemlösung angewandt. Offensichtliches Ziel dieser Strategien ist es einerseits, dem Interesse der Gebärenden an einer möglichst kurzen und schmerzfreien vaginalen Untersuchung zu folgen, andererseits aber auch der Handlungsaufforderung zur vaginalen Untersuchung seitens der anleitenden Hebamme Folge zu leisten.

Dass es solche Handlungsstrategien bei Hebammenschülerinnen gibt und dass sie dazu dienen, den „äußeren Schein“ zu wahren, lässt sich mit einschlägiger Literatur bestätigen (Hunter, 2005). Ebenso ist im Material erkennbar, dass sich Lernende sowohl kurzfristig als auch langfristig wirkender Handlungsalternativen bedienen. Die Feststellung, dass Problemlösungsstrategien, die einen langfristig positiven Effekt zeigen, auch einen nachhaltigen Beitrag zur klinischen Kompetenzentwicklung leisten, ist in diesem Zusammenhang lernpsychologisch begründet und nachvollziehbar.

Expressive Schmerzäußerungen der schwangeren Frauen im Lernkontext der vaginalen Untersuchung setzen Hebammenschülerinnen unter einen subjektiven Zeitdruck, so dass sie sich bewusst mit der Befunderhebung beeilen oder nur sofort auffällige Teilbefunde der vaginalen Untersuchung erheben. Kurzfristig gelingt es den Schülerinnen, sich damit von den eigenen negativen Gefühlen bei der Wahrnehmung von Schmerzen ihres Gegenübers zu befreien, wodurch allerdings der Übungseffekt zur Ausbildung ihrer Untersuchungsfertigkeiten untergraben wird. Zeitdruck, auch wenn er lediglich subjektiv empfunden wird, ist in der Literatur als negativ beeinflussender Faktor bei der Entwicklung klinisch-praktischer Fertigkeiten anerkannt (Longworth, 2012).

Zwei weitere Strategien zur kurzfristigen Emotionsregulierung sind in der Ablehnung der vaginalen Untersuchung gegenüber der anleitenden Hebamme sowie im Abbruch der Befunderhebung bei subjektiv eingeschätzter Unzumutbarkeit für die Schwangere zu sehen. Es ist folgerichtig, dass bei diesen Handlungsalternativen eine Ausbildung der vaginalen Untersuchungsfertigkeiten nur ausbleiben kann. Eindeutig keinen positiven Effekt auf die Entwicklung klinischer Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Befunderhebung hat das Ausdenken oder die Manipulation von vaginalen Untersuchungsbefunden durch die Hebammenschülerinnen. Werden Befunde ausgedacht oder an Vorbefunde angepasst, bleiben die Ausbildung manueller Untersuchungsfertigkeiten, ebenso wie die kognitive Verknüpfung der Tastbefunde mit dem vorhandenen Theoriewissen, die reflektierende Einschätzung des Geburtsfortschritts anhand erhobener Parameter und das Erfahrungslernen während der vaginalen Untersuchung aus. Diese Strategien der Rollenkonfliktlösung, die in der Literatur „Schwindeln“ oder „leichtes Anlügen“ genannt werden und dem Zweck dienen, eine „Konfrontation mit der Hebamme zu vermeiden“ (Hunter, 2005), gehören den Untersuchungsergebnissen nach zu den Handlungsvarianten von Hebammennovizinnen. Alle hier befragten Schülerinnen ziehen zumindest gedanklich diese Alternativen in Erwägung, jedoch entscheidet letztlich das individuell vorgestellte Szenario möglicher Konsequenzen, ob diese Handlungsstrategie tatsächlich zur Anwendung kommen. Berufsethische Über-

zeugungen und Verantwortungsgefühl gegenüber der Gebärenden spielen bei dieser Handlungsentscheidung eine Rolle.

Grundsätzlich dienen die genannten Handlungsoptionen einem kurzzeitig emotionsregulierendem Zweck und keiner reflektierten Übernahme geburtshilflicher Verantwortung.

Aus den diesbezüglichen Aussagen der Hebammenschülerinnen darf aber trotzdem nicht geschlossen werden, dass die Fertigkeiten bei der vaginalen Untersuchung grundsätzlich defizitär bleiben. Die Hebammenschülerinnen betonen, dass sie sicher seien genügend Gelegenheit während der Ausbildung haben, das Untersuchen bei Frauen ohne Schmerzen üben zu können. Mit wachsendem beruflichem Erfahrungswissen werden zudem die oben dargestellten Handlungsstrategien aufgegeben und bleiben damit auf die gesamte Ausbildungszeit betrachtet für das Erlernen der vaginalen Untersuchung ohne Folgen. So zeigen die Interviews mit Schülerinnen im dritten Ausbildungssemester deutlich, dass von Vermeidungsstrategien eher aus der Erinnerung berichtet wird, diese aktuell aber obsolet sind, weil den Schülerinnen nun ein professionelleres Vorgehen möglich ist. Emotionale Gewöhnungseffekte und zunehmende Erfahrungen im Umgang mit Schmerzsituationen während der vaginalen Untersuchung sowie bei der Aushandlung gegensätzlicher Erwartungshaltungen erzeugen also sukzessive eine Handlungssicherheit bei den Lernenden und machen manipulative Strategien damit überflüssig.

Einen elementaren Einfluss haben Schmerzsignale auf die kommunikativen Kompetenzen der Hebammenschülerinnen, wobei sich dieser auf verschiedenen Ebenen manifestiert. Dies geschieht zunächst auf der rein kognitiv - theoretischen Ebene durch die bloße Erkenntnis zur Bedeutung einer empathischen Verständigung mit den Gebärenden im Geburtsprozess und speziell während der vaginalen Untersuchung.

Aus diesem Erkenntnisgewinn resultiert eine persönliche Reifung, die sich auf die kommunikative Performanz der Schülerinnen im Umgang mit den Gebärenden auswirkt und die emotionale Brisanz der vaginalen Untersuchung für beide Beteiligten entschärft. Die kommunikativen Vorgehensweisen gründen sich primär darauf, wie sich die Lernenden selbst eine angemessene, geburtshilfliche Interaktion vorstellen bzw. wie sie sich diese (wären sie in der Situation der Gebärenden) persönlich wünschen würden.

Auf einer dritten Ebene, die mit der Entwicklung der kommunikativen Kompetenzen zumindest assoziiert ist, zeigen sich Fortschritte in der aktiven Selbst- und Fremdrelexion verbaler und nonverbaler Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dies zeigt eine Kompetenzentwicklung auf höherer Ebene, bei der die Lernenden ihre eigenen, insbesondere aber die Umgangsformen der anleitenden Hebammen kritisch reflektieren. Im Sinne des Modelllernens (Edelmann, 2000) filtern die Lernenden zwischen förderlichen und hinderlichen Kommunikationsstilen, um zukünftig eine zugleich professionelle als auch empathische Beziehung zur Gebärenden aufbauen zu können.

Aus den Interviews lassen sich damit zwei Hauptkenntnisse zusammenfassen:

1. Es ist der Intrarollenkonflikt, entstanden aus zum Teil gegensätzlichen Erwartungen der beteiligten Subjekte der Lehr- Lerntriade an die Schülerinnen, der bei den Lernenden die Anwendung von Bewältigungsstrategien in Gang setzt und darüber zur Kompetenzentwicklung beiträgt.
2. Schmerzäußerungen einer Gebärenden haben nur geringfügige Auswirkungen auf die fachliche Kompetenzentwicklung der Hebammenschülerinnen im Sinne der Ausbildung manueller vaginaler Untersuchungsfertigkeiten. Vielmehr wirken sich die Schmerzäußerungen der Gebärenden komplex auf die Genese der beruflichen Handlungskompetenzen in all ihren Dimensionen und Bestandteilen aus.

Die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz stellt einen äußerst komplexen beruflichen und persönlichen Reifungsprozess dar. Dieser ist höchst individuell, so dass die Kompetenzentwicklung der Hebammenschülerinnen nie in gleicher, antizipierbarer Qualität und Intensität erfolgt. Es sind weitere Forschungen z. B. mit Längsschnittdesign und einem repräsentativen Sample wünschenswert, um die hier dargestellten Ergebnisse zu validieren. Dann könnten auch folgerichtige Rückschlüsse zur Verbesserung der praktischen Hebammenausbildung gezogen werden. Zu diskutieren und zukünftig zu erforschen sind in diesem Zusammenhang vor allem auch die pädagogischen Konsequenzen, die sich aus diesem Erkenntnisgewinn für die theoretische und praktische Ausbildung ableiten lassen.

3.6 Zusammenfassung

Schmerzäußerungen einer Gebärenden beim Erlernen der vaginalen Untersuchung haben, anders als vermutet, nur geringfügige Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung der Hebammenschülerinnen im Sinne der Ausbildung manueller Untersuchungsfertigkeiten. Vielmehr ist es der Intrarollenkonflikt, entstanden aus zum Teil gegensätzlichen Erwartungen der Subjekte der Lehr- Lerntriade an die Schülerinnen, der Aushandlungsstrategien bei den Lernenden in Gang setzt und dadurch zur Kompetenzentwicklung beiträgt.

Hebammenschülerinnen reagieren auf eindrückliche Schmerzäußerungen der Gebärenden und den subjektiv empfundenen Handlungsdruck seitens der anleitenden Hebamme kurzfristig emotionsregulierend mit

- einer bewusst zügigen vaginalen Befunderhebung,
- der Erhebung nur einzelner, sofort tastbarer Teilbefunde,
- einer Ablehnung der Befunderhebung gegenüber der anleitenden Hebamme,
- einem akuten Abbruch der Untersuchung, wenn diese subjektiv als nicht mehr zumutbar für die Frau eingeschätzt wird oder /und dem Ausdenken von Befunden oder dem heimlichen Anpassen von Untersuchungsergebnissen an Vorbefunde.

Die genannten Handlungsstrategien sind Reaktionen zur Konfliktlösung, lassen sich vorrangig aber bei den ersten Begegnungen der Berufsanfängerinnen mit Gebärenden feststellen. Bei dauerhafter Anwendung dieser Strategien hätten sie durchaus einen hemmenden Effekt auf die Entwicklung der vaginalen Untersuchungsfertigkeiten. Da diese Handlungsweisen aber nur situativ auftreten, bei den Schülerinnen zudem ein Lerneffekt gegenüber den Schmerzsignalen der Gebärenden eintritt, das geburtshilfliche Erfahrungswissen im Ausbildungskontext zunimmt und sich im Laufe der Ausbildung eine Vielzahl weniger konfliktreicher Lerngelegenheiten für die vaginale Untersuchung bieten, ist ihr Gesamteinfluss auf die Fachkompetenzen der Hebammenschülerinnen eher marginal.

Die emotionalen Aushandlungsprozesse in von Schmerz dominierten Untersuchungssituationen wirken hingegen als Auslöser für die Entwicklung kommunikativer Kompetenzen der Lernenden. Das Erkennen der positiven Bedeutung einer effektiven verbalen und nonverbalen Kommunikation für das Geburtsgeschehen, einhergehend mit einer zunehmend kritischen Selbst- und Fremdrelexion der interpersonellen Kommunikationsstile, spiegeln sich positiv in der kommunikativen Performanz der Schülerinnen wider. Zudem entwickeln die Schülerinnen aufgrund der als belastend empfundenen Untersuchungssituationen das Bewusstsein, dass das Einhalten eines empathischen Distanzverhältnisses die Entwicklung eigener Kompetenzen fördert. Die Entwicklung von Selbst-, Sozial- und Methodenkompetenzen der Schülerinnen wird dadurch angestoßen und positiv beeinflusst.

Summary

Despite general assumptions, midwifery students are only slightly affected in their development of expertise in vaginal examination by the verbal expression of pain given by a woman in labour. It is more likely that the students are affected by a role conflict, as the students have to deal with the expectations of the different persons involved, including the birthing woman and the preceptor. This conflict is likely to initiate development of competence in different domains.

While coping with the difficult situation, the students find strategies for the short-term regulation of negative emotions:

- the student purposefully performs the inner examination too quickly
- the student only partially performs the inner examination
- the student refuses to perform the examination
- the student cuts short the examination if she considers it unacceptable for the distressed woman
- the student makes up results based on the results of previous examinations

These strategies are more likely to be used by beginners at their first births when they get confronted with a woman's pain. If the student is not corrected in her behaviour and keeps on using these strategies, this could limit the development of the vaginal examination skills. Due to the student's evolving capability to work with women experiencing pain during childbirth, as well as the student's growing obstetrical experience, there is generally no long-term effect on a midwife's competence. Furthermore, there are usually other less problematic learning opportunities.

Managing conflictual situations gives the student the opportunity to learn about the positive effects of communication during childbirth. She also has the opportunity to develop her communication skills and deepen her reflexions on different styles of communication.

Finally, students are able to develop a balance of empathy and distance by managing distressing situations. In this way they are likely to increase their personal, social and methodological skills.

4. Kompetenzen für Aufklärung, Beratung und Anleitung - Ein Vergleich zwischen Hebammenausbildung und Bachelor of Science in Midwifery

Silvia Hepprich

4.1. Aktueller Stand zur Hebammenausbildung in Deutschland

Die Ausbildung zur Hebamme ist im Hebammengesetz (HebG) vom 4. Juni 1985 gesetzlich geregelt: in groben Zügen werden hier Kompetenzen einer Hebamme als Ziele der Ausbildung genannt. „Die Ausbildung soll [...] dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen“ (HebG, 1985/2013, S.4).

Derzeit ist die Hebammenausbildung in den meisten Bundesländern in Schulen der besonderen Art im Gesundheitssystem angesiedelt. An der Realisierung des oben genannten Ausbildungsziels arbeiten 58 Hebammenschulen, die die Hebammenausbildung anbieten, wobei es in jedem Bundesland mindestens eine Hebammenschule gibt. (Deutscher Hebammenverband - DHV, 2013). Die Anzahl der Stunden für die einzelnen Fächer sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV, 1987/2013) festgelegt, wobei die Schwerpunkte auf den Fächern praktische Geburtshilfe, Hebammentätigkeiten, menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie Grundlagen der Anatomie und Physiologie liegen. Ein verbindliches bundeseinheitliches Curriculum für die Hebammenausbildung existiert nicht. Die Vorgaben aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und dem Hebammengesetz setzen die einzelnen Hebammenschulen gegebenenfalls im Einklang mit Vorschriften des jeweiligen Bundeslandes um. Den theoretischen Teil der Ausbildung gestalten Lehrerinnen für Hebammenwesen, Diplommedizinpädagoginnen (Diplompflegepädagoginnen), Ärztinnen und andere Lehrende. Die Hebammenschulen sind jeweils an eine größere Klinik angeschlossen, in der der überwiegende Teil der praktischen Ausbildung stattfindet (DHV, 2013). Um die nach HebAPrV vorgeschriebene Anzahl an Geburten und Untersuchungen gewährleisten zu können, kooperieren die Schulen in der Regel mit weiteren Kliniken, die sich im Umfeld der Schule befinden. Die Einsatzgebiete der praktischen Ausbildung sind unter anderem der Kreißsaal, die Wochenbett- und Schwangerenstation, die Kinderklinik und das Externat bei einer freiberuflichen Hebamme bzw. in einem Geburtshaus (DHV, 2013).

Die mündlichen und schriftlichen Prüfungsfächer, ihre Inhalte und die Teile der praktischen Prüfung sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Hebammengesetzes vorgeschrieben und in Tabelle 2 aufgelistet. Nach dem Bestehen der Prüfung endet die Ausbildung und es kann ein Antrag zur Führung der Berufsbezeichnung „Hebamme“ gestellt werden (HebAPrV, 1987/2013).

Methoden	Mündlich	Schriftlich	Praktisch
Prüfungsfächer	<ul style="list-style-type: none"> - Geburtshilfe - Kinderheilkunde - Krankenpflege - Gesundheitslehre und Hygiene 	<ul style="list-style-type: none"> - Geburtshilfe - Anatomie/ Physiologie - Krankheitslehre - Kinderheilkunde - Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme einer Schwangeren und Dokumentation der erhobenen Befunde mit Erstellung eines Behandlungsplanes - Durchführung einer Entbindung mit Erstversorgung des Neugeborenen und Dokumentation im Einverständnis mit der Schwangeren - Praktische Pflegedemonstration an einem Säugling - Fallbesprechung/ Pflegedemonstration an einer Wöchnerin

Tabelle 2 Prüfungsfächer gemäß Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen von 1987

Die Forderung des DHV, die Hebammenausbildung im tertiären Bildungssystem an Fachhochschulen anzubinden, ist mit der Hoffnung auf eine Niveauehebung und auf eine internationale Angleichung und Anerkennung der Ausbildung verknüpft. Der DHV fordert deshalb für die Hebammenausbildung schon seit den 1990er Jahren die Vollakademisierung, wie sie in den meisten europäischen Ländern Standard ist (DHV, 2013).

Um dieser Forderung nach europäischer Vergleichbarkeit zu entsprechen, wurde das Hebammengesetz 2009 novelliert und eine zeitlich begrenzte Modellklausel eingebracht, die in gleicher Form auch in die Berufsgesetze der Logopädinnen, Physiotherapeutinnen und Ergotherapeutinnen eingefügt wurde. Mit der Modellklausel ist eine an Hochschulen mit assoziierten Krankenhäusern gebundene „Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des Hebammenberufs unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen“ (HebG, 1985/2013) vorgesehen. Mit der Einführung dieser Modellklausel verbindet der Gesetzgeber das Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, die insbesondere dazu dienen sollen, über die künftige Ausbildung zur Hebamme in akademischer oder nichtakademischer Form zu entscheiden. Die deutsche Hebammenausbildung erfüllt gegenwärtig nicht alle Voraussetzungen für eine automatische Anerkennung nach der Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG (Europäische Kommission, 2013a). Als Zulassungskri-

terium für die Hebammenausbildung ist laut Hebammengesetz

- ein mittlerer Schulabschluss
- oder ein Hauptschulabschluss in Kombination mit einer mindestens zweijährigen Berufsausbildung oder einer zweijährigen Pflegevorschule
- oder die Berufserlaubnis als Krankenpflegehelferin (HebG, 1985/2013)

erforderlich, was von den europäischen Vorgaben abweicht. Die EU fordert zur gegenseitigen Anerkennung der Hebammenexamina mindestens die Fachhochschulreife als Zugangsvoraussetzung (Europäische Kommission, 2013b). Aus diesem Grund wird von den deutschen Hebammen im europäischen Ausland häufig der Nachweis einer zweijährigen Berufserfahrung verlangt.

Zur Zeit werden etwa 2180 Schülerinnen an den achtundfünfzig Hebammenschulen ausgebildet (DHV 2013). Aufgrund der Modellklausel etabliert sich in Deutschland daneben eine Fachhochschullandschaft für die akademische Bildung von Hebammen, in der Studierende im Bachelorstudium „Hebammenkunde“ bzw. „Hebammenwesen“ den Titel „Bachelor of Science (Bsc) in Midwifery“ erwerben können. Seit dem Wintersemester 2008/2009 bietet die Hochschule Osnabrück als erste Hochschule Deutschlands den Studiengang „Hebammenkunde“ an. Im Wintersemester 2013/2014 kann an sechs Fachhochschulen in Deutschland der Titel Bachelor of Science in Midwifery erworben werden (Hochschule Osnabrück, Hochschule Fulda, Hochschule für Gesundheit Bochum, Hochschule Ludwigshafen, Katholische Hochschule NRW Köln, Evangelische Hochschule Berlin), (DHV, 2013). Gegenwärtig zählen die sechs Fachhochschulen in ihren Bachelorstudiengängen ca. 380 Studierende. Für das Sommersemester 2014 ist außerdem an der Dresden International University (DIU) die Einführung eines Bachelorstudiengangs Hebammenkunde geplant (DIU, 2013.) Es werden unterschiedliche Studiengangsmodelle erprobt:

In dualen Studiengängen wird die theoretische Ausbildung in der Schule mit dem Studienangebot der Fachhochschule kombiniert. Die Ausbildung wird von der jeweiligen Hochschule als Studienleistung anerkannt. Der praktische Teil der Ausbildung liegt vollständig in der Verantwortung der Hebammenschulen. In diesen Studiengängen können Hebammenschülerinnen aus kooperierenden Hebammenschulen studieren. Auch bereits examinierte Hebammen können in diesen Studiengängen einen Bachelorabschluss nachholen. Primärqualifizierende Studiengänge führen das gesamte theoretische Studium in der Fachhochschule durch. Die praktischen Studienanteile erfolgen in kooperierenden Krankenhäusern und bei freiberuflichen Hebammen.

Der theoretische Teil des Bachelorstudiums hat den vollen Umfang der theoretischen Hebammenausbildung gemäß HebAPrV zu umfassen. Daneben wird wissenschaftliches Arbeiten und die Reflexion der Hebammentätigkeit in den Mittelpunkt gestellt. Je nach Hochschule können unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. Der theoretische Anteil umfasst etwa doppelt so viel Zeitumfang im Bachelorstudium (3000 h oder mehr, vgl. HSG Bochum, 2013) gegenüber 1600 h in der Hebammenausbildung. Der Anteil an praktischer Unterrichtszeit ist hingegen in beiden Bildungsgängen gleich (3000 h). Für den Bachelorstudiengang Hebam-

menkunde wird gegenüber der 3jährigen Berufsausbildung je nach Einrichtung eine Studiendauer von ca. 4 bis 4 ½ Jahren veranschlagt (DHV, 2013). In dualen Studiengängen wird die Berufszulassung als Hebamme in der Hebammenschule und der Bachelor-Abschluss in der Fachhochschule erworben, primärqualifizierende Studiengänge umfassen beide Abschlüsse.

Tabelle 3 gibt eine vergleichende Übersicht über wesentliche Merkmale der Hebammenausbildung und eines Bachelorstudiengangs.

	Hebammenausbildung (HebAPrV 1987/2013)	BSc- Studiengang Beispiel HSG Bochum (HSG Bochum, 2013)
Zulassungsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> - physische und psychische Eignung - mittlerer Schulabschluss - oder Hauptschulabschluss plus mind. 2-jährige Pflegevorschule oder 2-jährige Berufsausbildung - oder Hauptschulabschluss plus Pflegehelferlaubnis 	<ul style="list-style-type: none"> - physische und psychische Eignung - Fachhochschulzugangsberechtigung - vierwöchiges geburtshilfliches Praktikum
Ausbildungsdauer	3 Jahre	4 Jahre
Ausbildungsinhalte (Schwerpunkte)	Geburtshilfe, Schwangerenberatung, Neugeborenen- und Krankenpflege, Anatomie und Physiologie, Psychologie, Gesundheitslehre, Hygiene, allg. und spez. Krankheitslehre, Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde	Inhalte der Hebammenausbildung sowie: Hebammenwissenschaft und Bezugswissenschaften, Gesundheitswissenschaften, Medizin, Pflegewissenschaft, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Lernort Skills-Lab, Evidenzbasierung und wissenschaftliche Reflexion, wissenschaftliches Arbeiten, systematisches Training und Reflexion von Fertigkeiten
Theoriestunden	Mindestens 1600 h	22 Module
Praxisstunden	mindestens 3000 h	7 Module, mindestens 3000 h
Gesamtstunden	4600 h	6300 h
Abschluss	Hebammenexamen	BSc in Hebammenkunde,

Tabelle 3 Synopsis der Hebammenausbildung und eines BSc-Studiengangs

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) bietet ein Masterstudium „Master of Science (MSc) in Midwifery“ an (MHH, 2013), welches in Kooperation mit Universitäten in den Niederlanden, Großbritannien und der Schweiz durchgeführt

wird. Hier können Studierende den Titel „European Master of Science in Midwifery“ erwerben. Dieses international anerkannte Zusatzexamen soll für Leitungsfunktionen, Hebammenforschung, Hebammenausbildung und neu entstehende Berufsfelder qualifizieren (ebd.)

Die Inhalte der Lehrpläne für die Hebammenausbildung sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegt (HebAPrV, 1987/2013). Da die Ausbildungsverordnung nicht nach Kompetenzen, sondern nach Inhalten und Fächern geordnet ist, liegt keine explizite Zuordnung der für diese Arbeit relevanten Kompetenzen: Aufklärung, Beratung, und Anleitung vor. Das Fach Schwangerenbetreuung umfasst 80 Theoriestunden. Hier wird die Beratung der Schwangeren ausdrücklich als Inhalt erwähnt. Im Fach Wochenpflege, das 50 Stunden umfasst, erscheint der Unterpunkt: Hygienische Beratung und pflegerische Betreuung der Wöchnerinnen. Kommunikation und damit die Gestaltung von Beratungs- oder Aufklärungsgesprächen kann in das Fach Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik (40 Stunden) eingeordnet werden. In welchem Umfang in den jeweiligen Fächern tatsächlich die Aufklärung, Beratung und Anleitung gelehrt und gelernt wird, ist nicht geregelt.

Die Studiengänge BSc Hebammenkunde haben durch die Verlängerung der Ausbildungszeit über die angegebenen Stundenanteile hinaus die Möglichkeit im Bereich der Beratung, Aufklärung und Anleitung Schwerpunkte zu setzen. So umfasst der interprofessionell angebotene Studienanteil an der HSG Bochum auch ein Modul: Professionelle Kommunikation und Interaktion (HSG Bochum, 2013).

4.2 Aufklärung, Beratung und Anleitung

Aufklärung, Beratung und Anleitung gehören zum Tätigkeitsfeld aller Gesundheitsfachberufe. Für Hebammen sind sie im Hebammengesetz und in der einschlägigen EU Richtlinie gesetzlich verankert. Gesundheitliche Aufklärung, Beratung und Anleitung sind kommunikative Interventionsstrategien, die sich jedoch in ihrem Anlass, ihrem Ziel, ihrer Methodik sowie in der Art der Intervention voneinander unterscheiden (Schäfers, 2011). Hebammen müssen also entscheiden, wann welche Intervention erforderlich ist, und sie gegebenenfalls den Bedürfnissen der Frau angemessen durchführen. Sowohl für den Entscheidungsprozess als auch für die Intervention als solche sind unterschiedliche Kompetenzen erforderlich. Alle Kompetenzklassen: Fach-, Methoden-, personale und soziale Kompetenzen sind berührt (Ahrendt, 2009).

4.2.1 Aufklärung

Der Begriff Aufklärung bezeichnet sowohl einen Prozess, als auch das daraus resultierende Ergebnis. Am Ende dieses Prozesses steht die aufgeklärte, zu einer freien Entscheidung befähigte Person (Böhm, 2005). Das Aufgabenfeld der gesundheitlichen Aufklärung durch die Hebamme ist sehr umfangreich und erfordert hohe Fach-, Methoden- und kommunikative Kompetenz, die innerhalb der Ausbildung erworben bzw. ausgebaut werden muss. Beispielhaft sei hier die Aufklärung der Schwangeren über pränatale Diagnostik, Gesundheitsrisiken und gesundheitsförderndes Verhalten in der Schwangerschaft genannt. Gesundheitliche Aufklä-

rung ist Bestandteil partizipativer Entscheidungsfindung und bezieht sich konkret auf die Adressatin/Klientin. Sie ist Bestandteil der Gesundheitsfürsorge mit dem Ansatz des Empowerments, mit dem Ziel also, Frauen in ihrer Selbstkompetenz und in ihrer Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu stärken (Schäfers, 2011). Die Schwangere, Gebärende und Wöchnerin soll respektvoll in ihrem Handeln und in ihrem Selbstvertrauen unterstützt werden (Ahrendt, 2009). Die Grundlagen des Empowerments sind, ebenso wie die der Salutogenese, Bestandteil der Hebammenausbildung wie auch des Studiums. Gesundheitliche Aufklärung durch die Hebamme muss, um den Klientinnen die Möglichkeit einer freien Entscheidung zu geben, wertfreie und umfassende Informationen beinhalten (Schäfers, 2011). Eine künftige Hebamme muss im Zusammenhang mit Aufklärung lernen, dass als Ziel nicht die Übernahme ihrer eigenen Vorstellungen und Meinungen gelten kann. Es genügt nicht, nur reine Fakten zu vermitteln, sondern es gilt, Kriterien psychologischer Lerntheorien zu beachten (Hummel-Gaatz & Doll, 2007). Die theoretische Vermittlung von Lerntheorien ist Bestandteil der Hebammenausbildung. Ebenso werden im fachpraktischen Unterricht Übungen durchgeführt, mit denen in Rollenspielen die Praxis geprobt und durch Feedback von Lehrenden und/oder Kommilitoninnen ergänzt wird.

4.2.2 Beratung

Beratung durch die Hebamme beinhaltet immer auch die Aufklärung mit den bereits genannten Aspekten, sie geht aber nach Schaeffer und Dewe (2006) in ihrer Zielsetzung und ihrer Interventionsstrategie weiter (s. Tabelle 4). Dabei ist der Begriff nicht eindeutig definiert. Häufig sind aber gesundheitliche Aufklärung und Lösung von Problemen der Klienten/Patienten gemeint (Hummel-Gaatz & Doll, 2007). Beratung wird auch als übergeordnetes Konzept bezeichnet, in das andere pädagogische Interventionsstrategien einfließen (Ahrendt, 2009).

Beratung kann als Beziehungsprozess zwischen Hebammen und ihren Klientinnen bzw. deren Bezugspersonen bezeichnet werden, mit dem Ziel der Problem- oder Krisenbewältigung, z. B. durch Unterstützung beim Bewältigen von Problemen und beim Finden von Entscheidungen, beim Auseinandersetzen mit veränderten Lebensumständen sowie den daraus resultierenden Emotionen (Hummel-Gaatz & Doll, 2007). Die Hebamme bietet durch ihre Beratung Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen und beim Treffen von Entscheidungen in unterschiedlichen Settings an. Beratung durch die Hebamme findet im Heim der Frau bzw. Familie, aber auch in den geburtshilflichen Abteilungen der Kliniken, in der Hebammen- oder gynäkologischen Praxis, an Schulen und auch im Internet auf speziell dafür eingerichteten Plattformen statt (Schäfers, 2011).

	Beratung	Gesundheitliche Aufklärung
Anlass	Problemdruck, eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit	gesundheitsbezogene Wissens- und Verhaltensdefizite
Zielsetzung	Förderung von individuellen Handlungskompetenzen zur Problembewältigung	Verbesserung individueller Handlungsvoraussetzung durch Wissenserweiterung
Bezugspunkt	Konkrete Problemsituation	Gesundheitsfördernde Lebensführung
Aufgabe	Unterstützung von Problemlösungsprozessen	Weitergabe und Vermittlung adressatengerechten Wissens
Methodisches Vorgehen	Situativ, Optimierung der Handlungskompetenz	Prospektiv, Anregung kognitiver Lernprozesse
Interventionscharakter	Unterstützend/begleitend	Orientierend

Tabelle 4 Unterschiede zwischen Beratung und gesundheitlicher Aufklärung nach Schaeffer und Dewe (2006)

Das Ziel der Beratung durch die Hebamme ist die Befähigung der Ratsuchenden, eine Strategie zur Entscheidungsfindung zu erlangen, eine informierte Entscheidung zu treffen. Die Hebamme soll also Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Um dieses Ziel erreichen zu können, muss die Durchführung von Beratungsgesprächen auch regelmäßiger Bestandteil der theoretischen und praktischen Ausbildung sein, denn das Herstellen einer professionellen Beziehung der Beraterin mit der ihr anvertrauten Frau beinhaltet das Beherrschen und Reflektieren wissenschaftlich fundierten Wissens ebenso wie die Kompetenz, dieses Wissen individuell, das heißt im konkreten Fall, anzuwenden (Oevermann, 1996). Es genügt also nicht, über Fachwissen zu verfügen und Gesprächstechniken zu beherrschen; die künftige Hebamme muss auch reflektieren, in welcher Situation sich die ihr anvertrauten Frauen befinden, um adäquat reagieren zu können. Fachwissen ist ebenso erforderlich, wie eine angemessene Sozial- und Selbstkompetenz, um der ratsuchenden Frau tatsächlich zu einer eigenen Entscheidung oder Problemlösung zu verhelfen. Die Hebammenschülerinnen und -studentinnen erleben Beratung während ihrer Ausbildung erfahrungsgemäß besonders intensiv im Externat bei einer freiberuflichen Hebamme, da sie hier Einblicke in das häusliche Milieu der Frauen erhalten. Gerade für junge Hebammen mit noch sehr wenig Erfahrung ist die Gestaltung eines Beratungsgesprächs nicht einfach. In der Hebammenausbildung werden ebenso wie in den Bachelorstudiengängen Grundlagen der Gesprächsführung v. a. in den Fächern Psychologie und Schwangerenbetreuung gelehrt.

Vielfach wird in den Gesundheitsberufen und so auch bei werdenden Hebammen die klientenorientierte Gesprächsführung nach Carl Rogers gelehrt (Sickendieck, Engel & Nestmann, 2008). Rogers Vorgehensweise ist non-direktiv und setzt Aner-

kennung, Empathie und Kongruenz voraus. Andere Beratungskonzepte setzen ergänzend auf Unmittelbarkeit, Konkretheit und Konfrontation in der Beratung (ebd.). Diese Gesprächstechniken werden während der Ausbildung oder des Studiums an Fallbeispielen im theoretischen Unterricht oder in der Praxis am konkreten Fall geübt (Ahrendt, 2009). Dabei kann es sehr hilfreich zur Anregung der Selbstreflexion der Schülerinnen und Studentinnen sein, Übungssequenzen per Video aufzuzeichnen und anschließend mit den Mitschülerinnen oder Kommilitoninnen und den Lehrenden nach zu besprechen. Durch den systematischen Vergleich zwischen Selbst- und Fremdbild können die Lernenden ihre Kompetenzen in der Beratung besser einschätzen und weiter entwickeln (Schäfers, 2011).

4.2.3 Anleitung

Der Begriff der Anleitung wird häufig synonym mit den Begriffen der Schulung oder Instruktion verwendet. Anleitung hat das Ziel, die Klientin bei der Umsetzung von bestimmtem Wissen oder bei der Anwendung von Handlungsabläufen zu unterstützen. Dementsprechend unterscheidet sie sich in ihrem methodischen Vorgehen von der Beratung (Schäfers, 2011). Bei der Anleitung handelt es sich um einen zielgerichteten Prozess, der in mehreren Schritten durchgeführt wird. Die Unterstützung bei der Anleitung wird erreicht durch ein „direktives“ Vorgehen (ebd.). Anleitung hat ebenso wie die gesundheitliche Aufklärung und Beratung einen Informationsteil, ergänzt durch die eigentliche Lernsituation, in der die Hebamme die Rolle einer Lehrerin einnimmt, derer sie sich bewusst sein muss. Auch wenn Anleitung ein direktiveres Vorgehen beinhaltet als die Beratung, so ist doch die Stärkung des Selbstbewusstseins der Klientin das Ziel (Lorig, 1996).

Für die werdenden Hebammen ist das Erlernen der Anleitung eine besondere Herausforderung, da sie in ihrer Ausbildung oder im Studium oft diejenigen sind, die – v. a. in der Praxis – eine Anleitung durch Mentorinnen oder Lehrerinnen erfahren. Noch während ihrer Ausbildung müssen die künftigen Hebammen damit einen Rollenwechsel erlernen und sich in die Position der Leiterin begeben. Anleitung erfolgt v. a. gegenüber Frauen in der Wochenbettzeit (v. a. beim Erlernen des Handlings mit dem Neugeborenen, seiner Pflege, Versorgung und Ernährung wie z. B. verschiedene Stillpositionen und Stilltechniken). Ein weiterer wichtiger Anleitungsaspekt ist das Erlernen von Pflegemaßnahmen durch die Wöchnerin selbst, die v. a. die Hygiene, Brustpflege und Maßnahmen zur Förderung der Wundheilung im Wochenbett betreffen. Dabei steht die Aneignung alltagspraktischer und pflegerischer Handlungskompetenz der jungen Mütter (und Väter) im Vordergrund (Hummel-Gaatz & Doll 2007). Ein erhöhter Anleitungsbedarf durch die Hebammen ergibt sich durch die Auflösung traditioneller Familienstrukturen und den damit verbundenen Wegfall der Betreuung der Wöchnerin in der Familie. Das Resultat ist häufig Unsicherheit der Schwangeren und Wöchnerinnen hinsichtlich ihrer Aufgabe als Mutter. Gerade hier hat die Hebamme die Aufgabe, praktische Unterweisung zu erteilen, zu deren Bewältigung sie bereits in der Ausbildung bzw. im Studium befähigt werden muss.

4.3 Methode

Aufklärung, Beratung und Anleitung der Schwangeren sind originäre Aufgaben der Hebamme und gewinnen aus vielfältigen Gründen zunehmend an Bedeutung. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, ist der Erwerb entsprechender Kompetenzen schon in der Ausbildung und im Studium von grundlegender Bedeutung. Um zu untersuchen, inwieweit diese Kompetenzen im Rahmen der Hebammenausbildung und auch in den neu eingeführten Bachelorstudiengängen in Deutschland zum Tragen kommen, wurde eine Fragebogenerhebung durchgeführt. Anhand des Fragebogens wurden:

- Kenntnisse zu Grundbegriffen der Beratung, Anleitung und Aufklärung,
- subjektive Einschätzungen zum Kompetenzerwerb für Aufklärung, Beratung und Anleitung und
- Vorstellungen zu Verbesserungsmöglichkeiten in den Bildungsgängen

erfragt. Bei der Einschätzung der Möglichkeiten, Kompetenzen zu erwerben, wurde sowohl auf die theoretische als auch auf die praktische Ausbildung Bezug genommen.

In einer Pilotphase mit Interviews mit Hebammenschülerinnen wurden die Fragen zusammengestellt, geprüft und gegebenenfalls verbessert. Der Fragebogen (vgl. S. 93ff.) wurde vier Bildungseinrichtungen in verschiedenen Bundesländern, die die Hebammenausbildung durchführen, sowie zwei Einrichtungen zugesandt, die den BSc in Midwifery anbieten. Auch die teilnehmenden Fachhochschulen liegen in unterschiedlichen Bundesländern.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Der Fragebogen wurde zunächst den Leiterinnen der Bildungseinrichtungen vorgelegt, die dann (in einigen Fällen nach Prüfung des Betriebsrates, des Datenschutzbeauftragten und der Personalabteilung) ihre Zustimmung zur Vorlage an die Auszubildenden und Studentinnen erteilten. Der Fragebogen wurde als Printout vorgelegt. Lediglich an einer Einrichtung musste die Befragung per E-Mail durchgeführt werden. Die beantworteten Fragebögen wurden jeweils von zwei Personen auf ihre Vollständigkeit hin überprüft und die Daten nach zweimaliger Prüfung ausgewertet. Hierfür wurde Microsoft Excel® für Mac 2011 Version 14.1.0 verwendet und eine xls-Datei mit der vollständigen Datensammlung angelegt. Berechnet wurden arithmetische Mittelwerte sowie prozentuale Angaben auf die jeweilige Grundgesamtheit³. Die Angaben der Befragten in der Hebammenausbildung und in den Bachelorstudiengängen wurden jeweils miteinander verglichen. Intra-Gruppen-Vergleiche wurden nicht vorgenommen.

Der Fragebogen richtet sich an Auszubildende und Studentinnen im 3. Ausbildungsjahr des jeweiligen Ausbildungsformats unter der Annahme, dass zu diesem Zeitpunkt der Großteil der theoretischen und praktischen Erfahrungen in der Ausbildung erlangt wurde. Der Fragebogen in seiner finalen Form (Version 2.3) be-

³ Da nicht alle Fragebögen vollständig ausgefüllt wurden, kann die Grundgesamtheit von Frage zu Frage unterschiedlich sein.

steht aus zwei Teilen. Im Teil A werden Grundbegriffe zu Aufklärung, Beratung und Anleitung erfragt, um mögliche Unterschiede zum Wissensstand zwischen den Schülerinnen und den Studentinnen zu erheben. Der zweite Teil B umfasst fünf Abschnitte:

- Angaben zur Person
- Vorerfahrungen und Vorkenntnisse vor der Ausbildung oder dem Studium
- Kompetenzerwerb in der theoretischen Ausbildung
- Kompetenzerwerb in der praktischen Ausbildung
- Perspektiven für die Ausbildung von Hebammen in Schulen und Fachhochschulen.

Es werden unterschiedliche Fragetypen verwendet. In den meisten Fällen ist eine vorgegebene Aussage mittels einer Likert-Skala zu bewerten (trifft voll zu, trifft eher zu, trifft weniger zu, trifft nicht zu). Bei wenigen Fragestellungen sind Freitextangaben vorgesehen oder Rangzuordnungen vorzunehmen. Bei einigen Auswahlfragen sind Mehrfachantworten möglich. Insgesamt wurde für das Ausfüllen des Fragebogens eine maximale Bearbeitungszeit von 45 Minuten geschätzt.

4.4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung werden in drei Teilen dargestellt. Im ersten Teil werden allgemeine Aspekte zu den Studiendaten und die sozialstatistischen Angaben der Teilnehmerinnen behandelt. Im zweiten Teil folgen die Daten zum Teil A des Fragebogens, der sich auf Begriffe bezieht. Der dritte Teil stellt die Daten zur Einschätzung der theoretischen und praktischen Ausbildung sowie der Perspektiven in der Hebammenausbildung dar.

4.4.1 Beteiligung, Rücklauf und sozialstatistische Daten

Der Fragebogen wurde an 123 Schülerinnen und Studentinnen verschickt, wovon insgesamt 83 Fragebögen zurückgesandt und ausgewertet wurden (Rücklaufquote 64 %). Insgesamt wurden 59 Fragebögen von Schülerinnen in der Hebammenausbildung (Rücklaufquote 80,82 %) und 24 von Studentinnen in den Bachelorstudiengängen (Rücklaufquote 48 %) ausgewertet. Es handelt sich bei allen Befragten um Frauen.

Das durchschnittliche Alter der Befragten in der Hebammenausbildung liegt bei 22,4 Jahren im Vergleich zu 23,7 Jahren der Bachelorstudentinnen. Der Anteil derer, die sich in ihrer Erstausbildung befinden, beträgt bei den Schülerinnen 83 % vs. 66 % der Bachelorstudentinnen.

Der Großteil der Schülerinnen wie auch der Studentinnen der Bachelorstudiengänge verfügt über einen Fachhochschulabschluss (22 vs. 37 %) oder die allgemeine Hochschulreife (70 vs. 63 %). 8 % der Schülerinnen in der Hebammenausbildung verfügen über einen Realschulabschluss. Hauptschulabschlüsse kommen nicht vor (s. Abbildung 1).

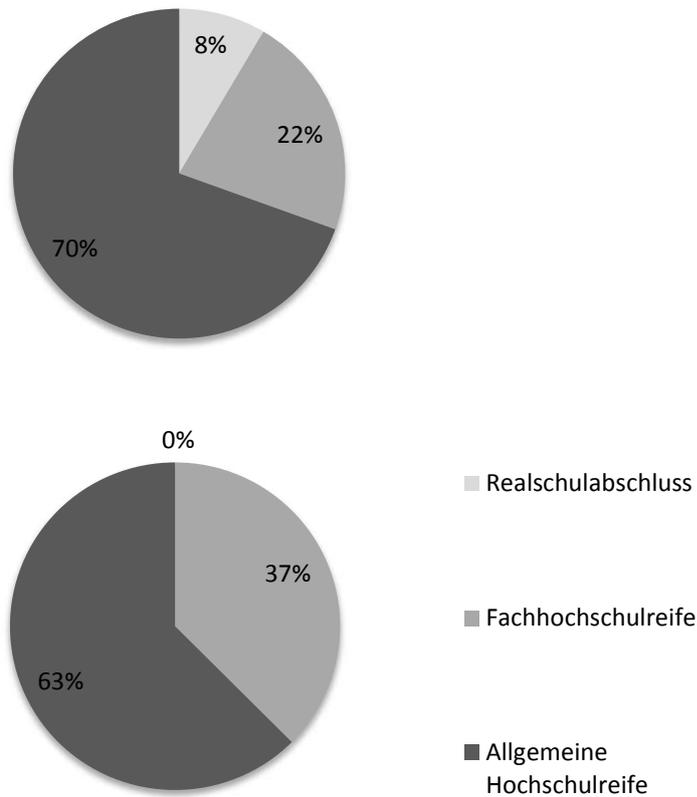


Abbildung 1 Schulabschlüsse vor Beginn der Hebammenausbildung (oben) bzw. des Bachelorstudiums (unten)

Fast alle Schülerinnen und alle Studentinnen haben vor Ausbildungsbeginn ein Praktikum absolviert (mit einer Ausnahme bei den Schülerinnen, s. Tabelle 5). Dabei ist bei beiden Gruppen das Praktikum in der geburtshilflichen Abteilung einer Klinik am häufigsten gewählt worden.

Einrichtung	Hebammenausbildung n=58	Bachelorstudiengänge n=24
Geburtshilfliche Klinik	54	17
Geburtshaus	8	1
Ärztliche Schwangereambulanz	0	0
Freiberufliche Hebamme	2	7
Pflegerisches Praktikum	3	1

Tabelle 5 Vergleich von Praktika vor Beginn der Hebammenausbildung bzw. des Bachelorstudiums. Mehrfachangaben möglich

Die Dauer des Praktikums ist sehr heterogen (s. Tabelle 6). Ein systematischer Unterschied zwischen Schülerinnen und Studentinnen ist dabei nicht erkennbar. In beiden Gruppen kommen in ähnlichem Maße kurze und lange Praktika vor.

Zeitraum	Hebammenausbildung n=58	Bachelorstudiengänge n=23
< 1 Monat	20	3
1-2 Monate	9	10
3-6 Monate	6	3
> 6 Monate	23	7

Tabelle 6 Vergleich der Dauer von Praktika vor Beginn der Hebammenausbildung bzw. des Bachelorstudiums

Das Praktikum hat bei 93 % der Schülerinnen und bei 95 % der Studentinnen zu einer Festigung des Berufswunschs beigetragen. Nur für 6,8 % der Schülerinnen bzw. 4,3 % der Studentinnen ist dies nicht zutreffend. Bei 86,2 % der Schülerinnen hat das Praktikum Einblicke in die Arbeit der Hebamme hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung ermöglicht (82,6 % der Studentinnen), während 13,8 % der Auszubildenden angaben, dass das Praktikum weniger oder gar nicht hierzu beigetragen hat (17,4 % der Studentinnen). Schülerinnen wie auch Studentinnen geben zu 91 % an, dass ihrer Meinung nach bereits vor Beginn der Ausbildung bzw. des Studiums kommunikative, soziale und personelle Kompetenzen vorhanden sein müssen.

4.4.2 Teil A des Fragebogens - Begriffe

Im Teil A des Fragebogens wurden die Teilnehmerinnen mit verschiedenen Aussagen zu den Begriffen Aufklärung, Beratung und Anleitung konfrontiert. Anhand einer Abstufung von „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft weniger zu“ oder „trifft nicht zu“, sollten sich die Befragten für eine für sie zutreffende Aussage entscheiden. 94,9 % der Schülerinnen und 87,5 % der Studentinnen stimmen der Aussage (voll oder eher) zu, dass Beratung eine zwischenmenschliche Beziehung ist, bei der eine Person einer anderen hilft, Probleme zu erkennen und zu lösen (s. Abbildung 2). Die Aussage fanden 5,1 % der Befragten in der Hebammenausbildung bzw. 12,5 % in den Bachelorstudiengängen weniger oder nicht zutreffend. Bei den Fragen I.2, I.4 und I.8 gibt es ebenfalls nur geringe Unterschiede zwischen Schülerinnen und Studentinnen.

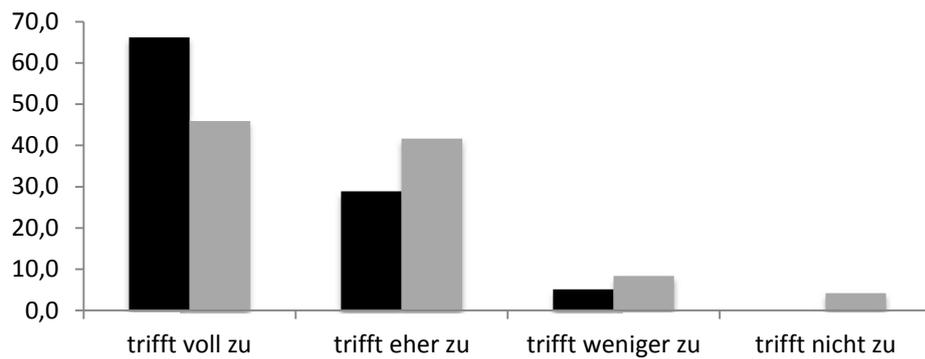


Abbildung 2 Antworten auf die Aussage: „Beratung ist eine zwischenmenschliche Beziehung, bei der eine Person einer anderen hilft, Probleme zu erkennen und zu lösen.“ Angaben in Prozent. Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Heterogener sind die Antworten hinsichtlich der Aussage, dass die Hebamme durch die Beratung als direkte Beraterin von Frauen und Familien eine bestimmte Verhaltensweise erreicht werden soll (s. Abbildung 3). Für 29,2 % der Studentinnen ist diese Aussage voll zutreffend gegenüber 8,5 % in der Hebammenausbildung. Die Schülerinnen geben mehrheitlich an, dass diese Aussage eher bzw. weniger zutrefte (78 %). Der Anteil derer, welche die Aussage gar nicht zutreffend finden, ist bei den Befragten der Hebammenausbildung wie auch der Bachelorstudiengänge nahezu gleich groß (13,6 vs. 16,7 %).

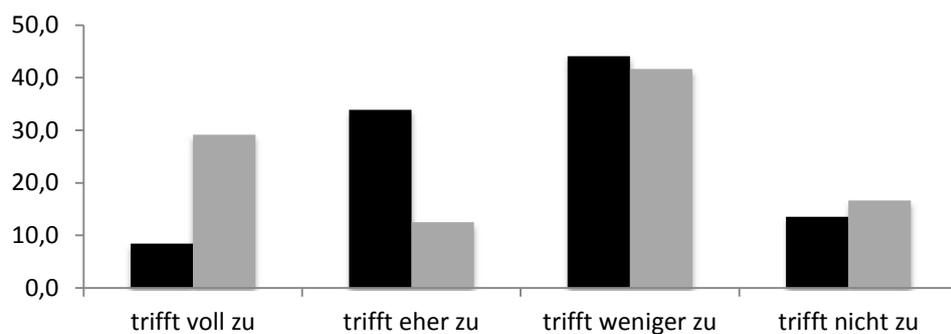


Abbildung 3 Antworten auf die Aussage: „Durch Beratung von Frauen und Familien will ich als direkte Beraterin eine bestimmte Verhaltensweise erreichen.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Zur Aussage, dass die Beraterin den Klientinnen lediglich „ein Ohr leiht“ und Gedanken und Gefühle reflektiert sowie mögliche Verhaltensweisen beschreibt, geben die Befragten in der Hebammenausbildung wie auch in den Bachelorstudiengängen Ähnliches an (s. Abbildung 4). Zu 71,2 % bei den Schülerinnen- bzw. zu

62,5 % bei den Studentinnen wird der Aussage voll oder eher zugestimmt.

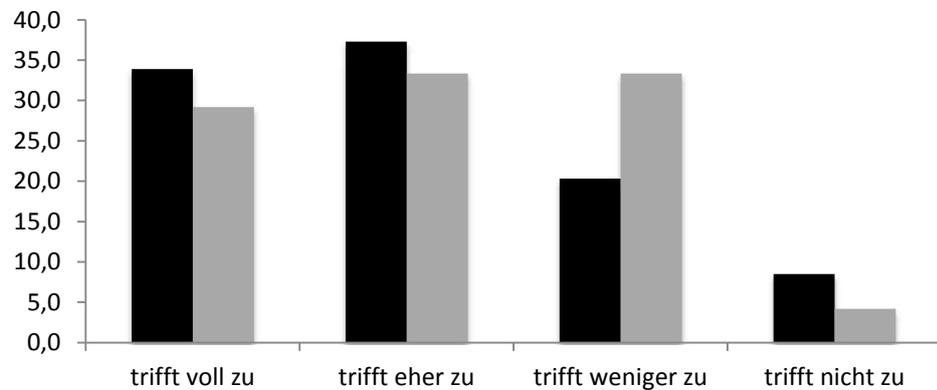


Abbildung 4 Antworten auf die Aussage: „Als Beraterin leihe ich den Klientinnen lediglich „mein Ohr“, reflektiere Gedanken und Gefühle und beschreibe mögliche Verhaltensweisen.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Der Aussage „Als Hebamme führe ich gegenüber der Frau und der Familie eine Expertenberatung, keine Prozessberatung durch“ stimmen 71,2 % der Schülerinnen und 71,4 % der Studentinnen zu. Für 16,7 % der Studentinnen ist die Aussage „Aufklärung ist die Vermittlung von Informationen, die daraus resultierende Handlung der Klientin muss nicht mit meinen Überzeugungen übereinstimmen“ eher nicht zutreffend gegenüber 3,4 % der Schülerinnen. Für 93,2 % der Schülerinnen und 83,4 % der Studentinnen ist die Aussage hingegen voll oder eher zutreffend.

Zur Aussage „Aufklärung ist v. a. Aufgabe des Arztes, Hebammen können nur ergänzend wirken“ geben 30,5 % der Schülerinnen an, dies voll oder eher zutreffend zu finden. Deutlich mehr Studentinnen stimmen dieser Aussage zu. Diese Differenz ist überraschend, insbesondere deshalb, weil hier offenbar die Studentinnen den eigenen Kompetenzbereich kleiner einschätzen als die Schülerinnen. (s. Abbildung 5).

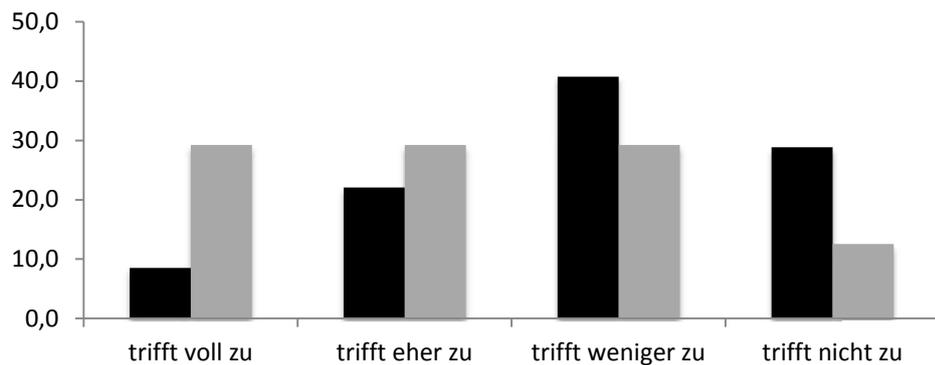


Abbildung 5 Antworten auf die Aussage: „Aufklärung ist v. a. Aufgabe des Arztes, Hebammen können nur ergänzend wirken.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Während 37,5 % der Studentinnen der Aussage „Anleitung ist eine geplante und prozesshafte Veranstaltung, die aus Informationsvermittlung und praktischer Unterweisung besteht“ eher nicht bzw. gar nicht zustimmen, sind es bei den Schülerinnen 22 %. Voll bzw. eher zutreffend finden dies 77,9 % der Schülerinnen gegenüber 62,5 % der Studentinnen.

Voll bzw. eher zutreffend schätzen 86,5 % der Schülerinnen und 75 % der Studentinnen die Aussage „Der Prozess der Anleitung erfolgt optimalerweise in 4 Stufen (Evaluation der Situation, Erklären und Zeigen, Nachahmen lassen, Festigung des Vermittelten)“ ein. Für 25 % der Studentinnen ist die Aussage weniger zutreffend (vs. 13,6 % der Schülerinnen in den Kategorien „weniger“ oder „nicht zutreffend“).

In Frage I.12 wurden die Befragten gebeten, die korrekten Aussagen zur klientenorientierten Gesprächsführung nach Carl Rogers aus einer Auswahl von fünf Schlagwörtern anzugeben. Die Angaben wurden entweder als „alle 3 korrekt“, „1-2 korrekt“ oder „alle falsch“ prozentual ausgewertet (s. Abbildung 6). Am häufigsten sind 1 bis 2 Angaben korrekt. Knapp ein Drittel kann in beiden Gruppen alle zutreffenden Aussagen korrekt angeben.

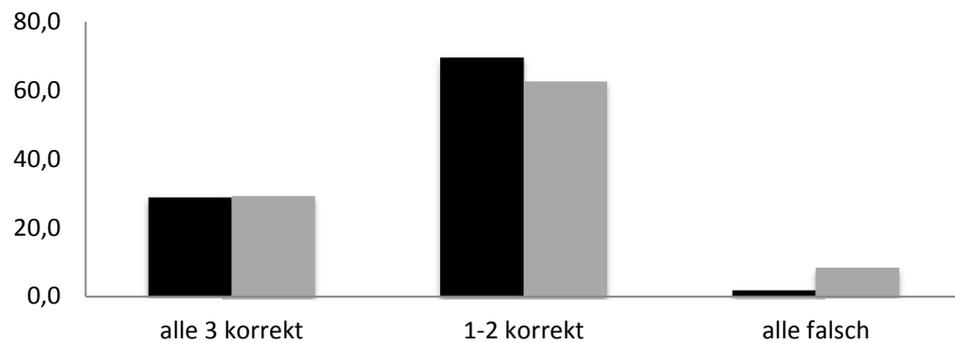


Abbildung 6 Aussagen zur klientenorientierten Gesprächsführung nach Carl Rogers. Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

In der Frage I.13 wurden die Befragten gebeten, anhand einer Fünferskala eine Abstufung der für sie wichtigsten bzw. unwichtigsten Möglichkeiten zum Erwerb kommunikativer Fähigkeiten anzugeben, wobei die Entscheidung zwischen fünf vorgegebenen Methoden (Erwerb von theoretischem Wissen, praktische Übungen im Unterricht, Rollenspiele, praktische Ausbildung und computerbasierte Verfahren) abzustufen war. In Abbildung 7 sind die Ergebnisse hierzu dargestellt. Am wichtigsten wird die praktische Ausbildung (1,88 in der Hebammenausbildung vs. 1,79 in den Bachelorstudiengängen) eingeschätzt, gefolgt von theoretischem Wissen und praktischen Übungen im Unterricht. Rollenspiele werden als weniger wichtig eingeschätzt (Hebammenausbildung 3,79 vs. Bachelorstudiengänge 3,04). Am unwichtigsten werden computerbasierte Verfahren eingestuft (Hebammenausbildung 4,44 vs. Bachelorstudiengänge 4,37).

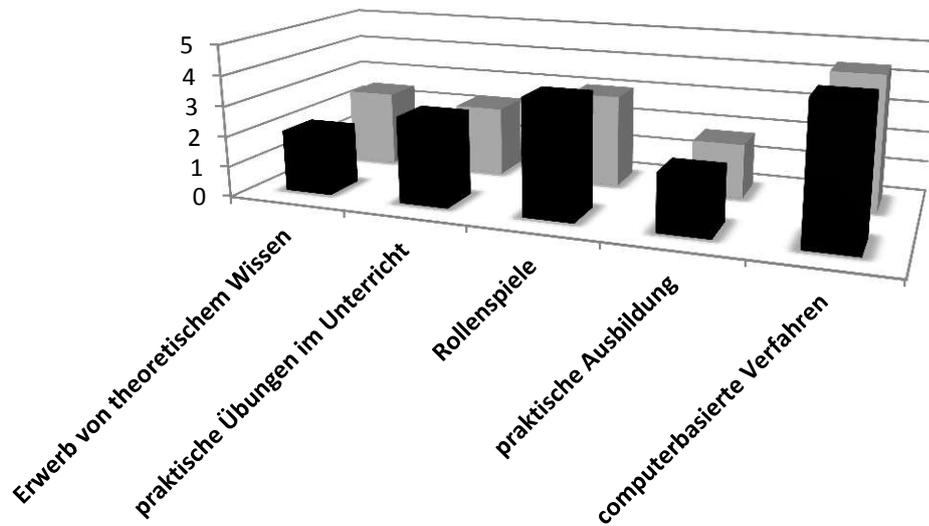


Abbildung 7 Gewichtung verschiedener Möglichkeiten zum Erwerb kommunikativer Fähigkeiten in der Ausbildung anhand einer Skala von 1 (am wichtigsten) bis 5 (am unwichtigsten), Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

In Frage I.14 wurden die Befragten gebeten, zu vier Kompetenzklassen (Fach-, Personal-, Methoden- und Sachkompetenz) je zwei passende Merkmale anzugeben. In Abbildung 8 sind die Angaben prozentual nach der Anzahl korrekter Antworten („4 oder mehr korrekt“, „1-3 korrekt“ oder „keine korrekt“) dargestellt.

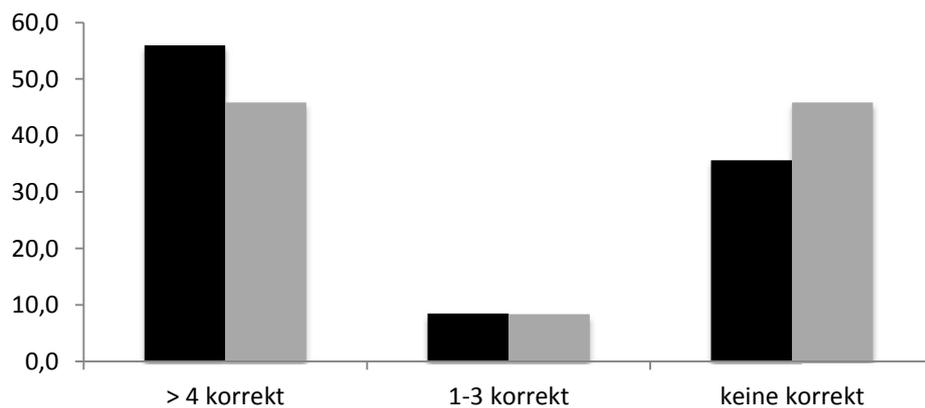


Abbildung 8 Vergleich der Freitextangaben zu zutreffenden Merkmalen für Kompetenzklassen. Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Dabei ist die Anzahl der korrekten Angaben bei den Schülerinnen um 10,1 % höher als bei den Studentinnen (64,5 vs. 54,1 %). Die Prozentzahl der bis zu drei richtigen Antworten war in beiden Gruppen etwa gleich bei groß (Hebammenausbildung 8,3 % vs. Bachelorstudiengänge 8,5 %).

4.4.3 Teil B des Fragebogens – Einschätzung des Kompetenzerwerbs

Die Ergebnisse zur Einschätzung des Kompetenzerwerbs von Schülerinnen und Studentinnen werden entsprechend der Einteilung im Fragebogen nach theoretischen und praktischen Aspekten sowie nach Perspektiven in der Hebammenausbildung aufgeteilt.

Theoretische Ausbildung

Der Aussage, dass die theoretischen Inhalte zum Thema Aufklärung, Beratung und Anleitung in der theoretischen Ausbildung klar definiert waren, stimmen alle Studentinnen voll bzw. eher zu (vs. 74,6 % in der Hebammenausbildung), während ein Viertel der Schülerinnen angibt, dass dies eher weniger zutreffe. Ähnlich fallen die Angaben zur Aussage „Ich habe eine klare Vorstellung davon, was Aufklärung, Beratung und Anleitung für mich als werdende Hebamme bedeuten“ aus (s. Abbildung 9). Dabei geben 100 % der Befragten in den Bachelorstudiengängen an, die Aussage voll oder eher zutreffend zu finden.

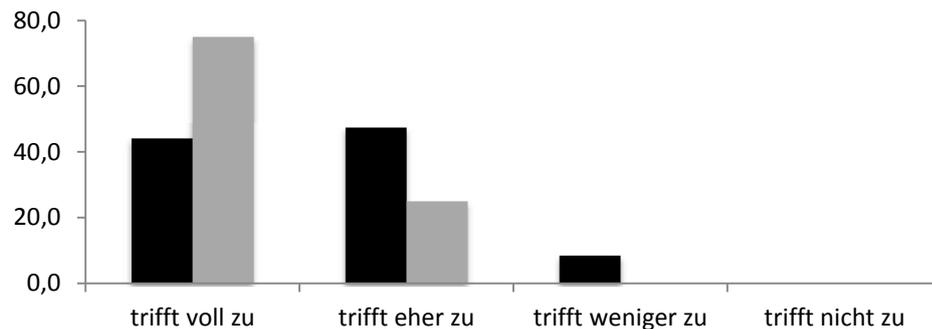


Abbildung 9 Antworten auf die Aussage: „Ich habe eine klare Vorstellung was Aufklärung, Beratung und Anleitung für mich als werdende Hebamme bedeuten.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

In den Bachelorstudiengängen haben bei 75 % der Befragten die theoretischen Inhalte zum Thema Gesprächsführung die Bedeutung kommunikativer Kompetenzen näher bringen können (50 % volle Zustimmung in den Bachelorstudiengängen vs. 6,8 % in der Hebammenausbildung). Für 45,8 % der Befragten in der Hebammenausbildung ist dies eher nicht bzw. gar nicht zutreffend gegenüber 25 % der Befragten in den Bachelorstudiengängen, welche dem eher nicht zustimmen (s. Abbildung 10).

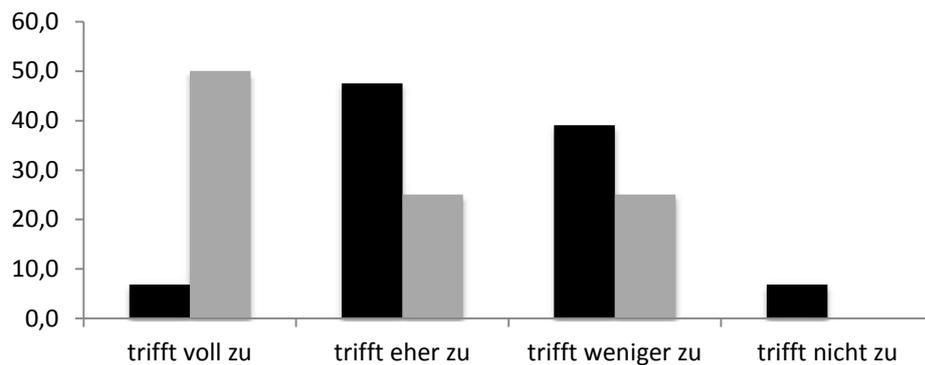


Abbildung 10 Antworten auf die Aussage: „Die theoretischen Inhalte zum Thema Gesprächsführung haben mir die Bedeutung kommunikativer Kompetenz nahe gebracht.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Während für 91,7 % der Studentinnen die theoretische Ausbildung zu einer Verbesserung der kommunikativen und personalen Kompetenzen führt, geben dies lediglich 67,8 % der Schülerinnen an. Für 32,3 % der Schülerinnen ist diese Aussage weniger (27,1 %) bzw. gar nicht (5,1 %) zutreffend.

Fast die Hälfte aller Schülerinnen (45,8 %) gibt an, dass es eher weniger oder gar keine Austauschmöglichkeiten zum Thema Gesprächsführung im Unterricht gab im Gegensatz zu 12,5 % der Studentinnen. In den Bachelorstudiengängen gibt es gemäß 87,5 % der Befragten voll oder eher genügend Austauschmöglichkeiten zu diesem Thema.

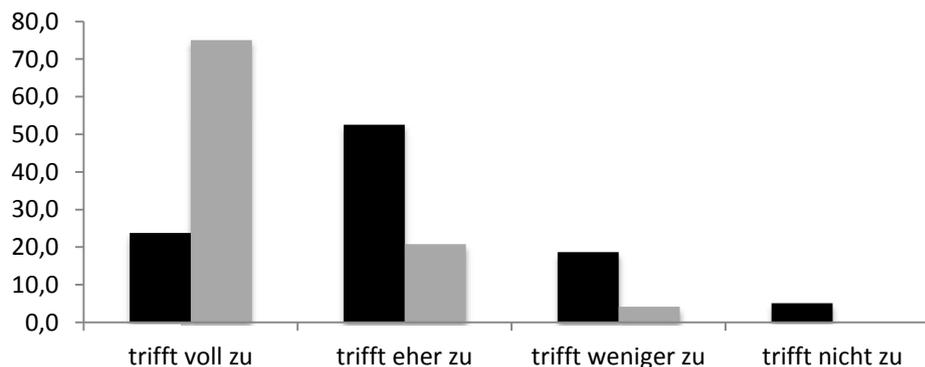


Abbildung 11 Antworten auf die Aussage: „Durch Erfahrungsaustausch mit meinen Mitschülerinnen/Kommilitoninnen konnte ich meine kommunikativen und sozialen Kompetenzen verbessern.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Drei Viertel aller Studentinnen stimmen der Aussage voll zu, dass in ihrer Ausbildung durch Erfahrungsaustausch soziale und kommunikative Kompetenzen verbessert werden konnten (vs. 23,7 % der Schülerinnen). Der Anteil derer, die dieser Aussage nicht oder eher weniger zustimmen, liegt bei den Befragten in der Hebammenausbildung bei 23,7 % gegenüber 4,2 % bei denen in den Bachelorstudiengängen (s. Abbildung 11).

In den Bachelorstudiengängen geben 90,8 % der Befragten an, dass es szenische Darstellungen von Schwangeren und Hebamme während der Ausbildung gab (52,5 % in der Hebammenausbildung, s. Abbildung 12). Nahezu die Hälfte der befragten Schülerinnen gibt an, dass es eher weniger bzw. keine Angebote von szenischen Darstellungen in der Ausbildung gab.

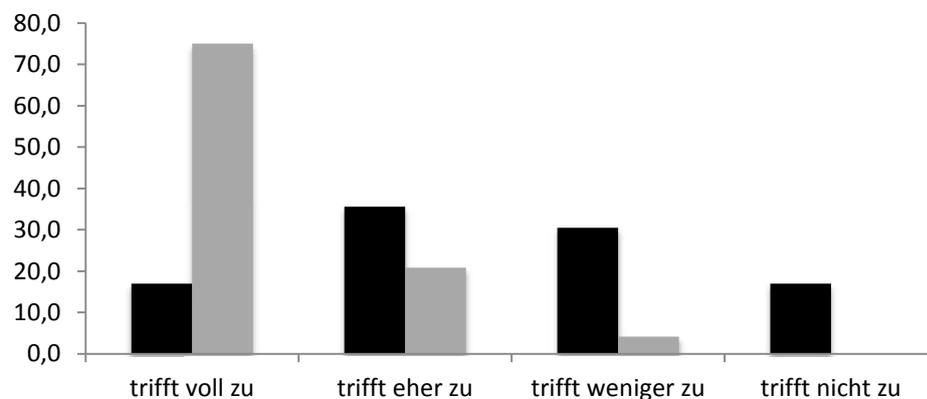


Abbildung 12 Antworten auf die Aussage: „Es gab szenische Darstellungen von Gesprächssituationen zwischen Schwangeren und Hebamme während der Ausbildung.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

79,3 % der Befragten in den Bachelorstudiengängen geben an, dass das szenische Darstellen zwischen Schwangeren und Hebamme die kommunikativen Fähigkeiten bereichert hat gegenüber etwas mehr als einem Drittel bei den Schülerinnen (35,6 %); in der Hebammenausbildung geben 64,4 % an, dass dies nicht oder eher weniger der Fall sei.

Von den Befragten in der Hebammenausbildung geben 66,1 % an, dass sie die theoretische Ausbildung gut auf die Aufgaben hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung vorbereite (gegenüber 95,8 % volle oder eher Zustimmung der Befragten in den Bachelorstudiengängen). 6,8 % der Schülerinnen fühlen sich nicht gut für diese Aufgaben durch die theoretische Ausbildung vorbereitet.

Auf die Frage, wo Verbesserungsbedarf in der theoretischen Ausbildung bezüglich Aufklärung, Beratung und Anleitung der Schwangeren bestehe, konnten aus einer Auswahl von verschiedenen Angaben ausgewählt werden. Darin zeigt sich, dass

die Schülerinnen vor allem Verbesserungspotenzial beim Lehrpersonal (34 % vs. 13 % der Studentinnen) sowie in der Organisation der Lehrveranstaltungen (30 % vs. 19 % der Studentinnen) sehen. Beim Zeitumfang der Lehrveranstaltungen sehen hingegen die Studentinnen das größte Verbesserungspotenzial (35 % vs. 15 % der Schülerinnen). Die Ausstattung mit Lehrmaterialien (Hebammenausbildung 15 % vs. Bachelorstudiengänge 22 %), die räumlichen Verhältnisse (Hebammenausbildung 8% vs. Bachelorstudiengänge 3 %) und „andere“ (jeweils 3 %) wird als weniger verbesserungsbedürftig eingestuft (s. Abbildung 13).

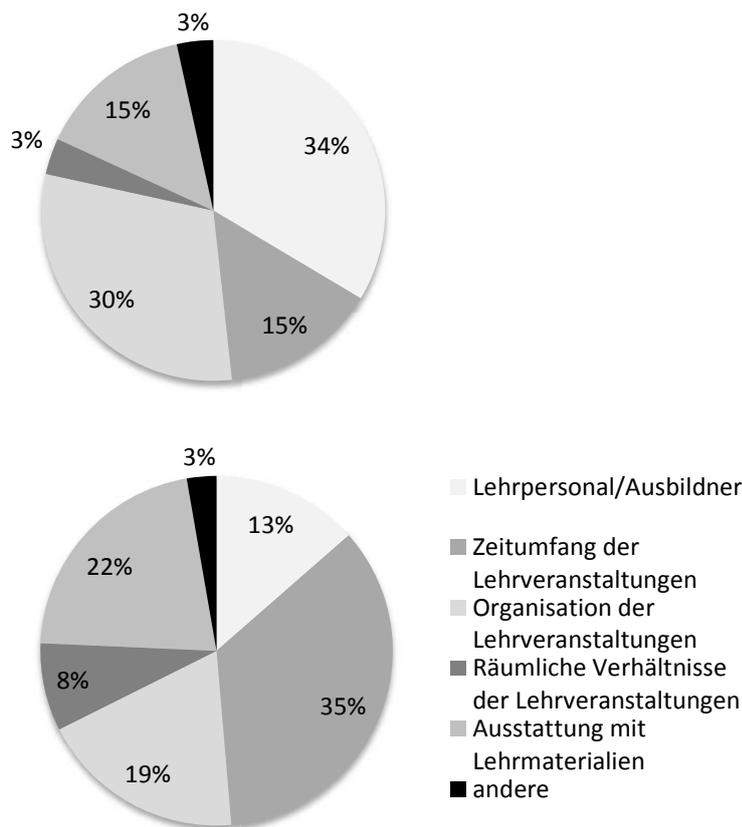


Abbildung 13 Verbesserungsvorschläge der theoretischen Ausbildung bezüglich Aufklärung, Beratung und Anleitung von Auszubildenden in der Hebammenausbildung (oben) bzw. Studentinnen in den Bachelorstudiengängen (unten). Angaben in Prozent.

Unter der Kategorie „andere“ waren Freitextantworten möglich. Hier werden von den Schülerinnen „Schwerpunktsetzung“, „mehr Praxisnähe außerschulischer Arbeiten“, „Einladung einer freiberuflichen Hebamme, die über ihre Arbeit berichtet“, „bessere Methodik“ angegeben. Von den Studentinnen werden „Theorie-Praxis-Transfer“ und „Simulationen als Übungen für Vorbereitung von Gesprächen“ genannt.

Praktische Ausbildung

Im Abschnitt IV des Fragebogens wurden Aspekte zur praktischen Ausbildung erfragt. Der Aussage „Während der Ausbildung auf der Schwangeren- und Wochenbettstation erhielt ich gute Einblicke bezüglich der Aufklärung, Beratung und Anleitung“ stimmen nahezu gleich große Anteile der Befragten in der Hebammenausbildung und in den Bachelorstudiengängen zu (78,1 % vs. 82,6 %). Von den Studentinnen geben 94,4 % an, durch den praktischen Einsatz in der Schwangerenberatung Wissen und Fertigkeiten erlernt zu haben, um in allen Bereichen beraten und aufklären zu können, gegenüber 71,2 % der Schülerinnen. 28,8 % der Schülerinnen geben sogar an, dass sie in der praktischen Ausbildung nicht oder eher weniger Fertigkeiten und Wissen erlernen konnten, um in allen Bereichen beraten und aufklären zu können (s. Abbildung 14).

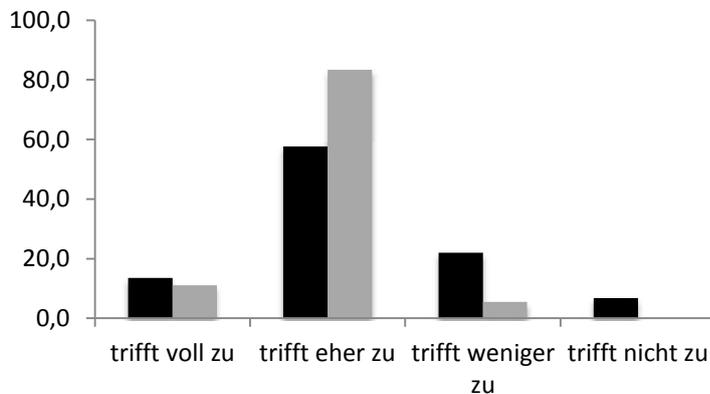


Abbildung 14 Antworten auf die Aussage: „Durch den praktischen Einsatz auf der Schwangeren- und Wochenstation habe ich Wissen und Fertigkeiten erlernt, um Schwangere in allen Bereich beraten und aufklären zu können.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Etwa drei Viertel der Schülerinnen (74,6 %) und 87,5 % der Studentinnen geben an, dass die praktische Ausbildung in einem guten Verhältnis zum Erlernen von Kompetenzen zur Aufklärung, Beratung und Anleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen stand. 25,4 % in der Hebammenausbildung finden die Aussage weniger oder nicht zutreffend (vs. 12,5 % in den Bachelorstudiengängen).

Knapp die Hälfte (42,6 %) der Befragten in der Hebammenausbildung geben an, eher weniger oder nicht kompetent und strukturiert in der praktischen Ausbildung hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung ausgebildet worden zu sein, wohingegen 83,3 % der Befragten in den Bachelorstudiengängen sich kompetent und strukturiert hinsichtlich des Kompetenzerwerbs ausgebildet fühlen. Lediglich 16,9 % der Auszubildenden geben an, dass sie sich kompetent und strukturiert zu den Aspekten Aufklärung, Beratung und Anleitung in der praktischen Ausbildung betretet fühlen (s. Abbildung 15).

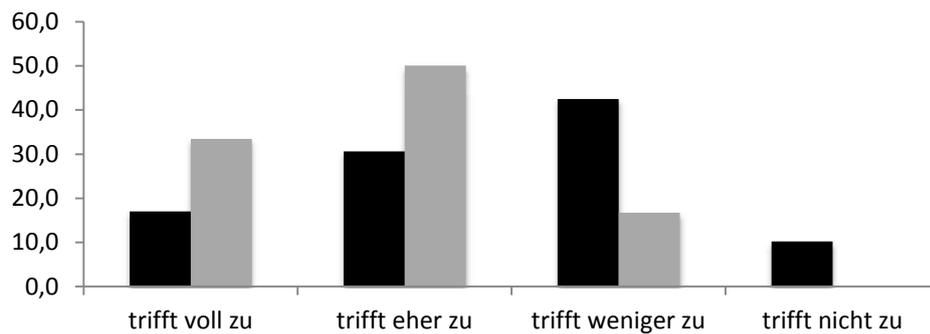


Abbildung 15 Antworten auf die Aussage: „Ich wurde kompetent und strukturiert in der praktischen Ausbildung bezüglich Aufklärung, Beratung und Anleitung ausgebildet.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Die Angaben zur Aussage „In jedem Bereich der praktischen Ausbildung habe ich Ansprechpartner, um offene Fragen zu klären“ sind zwischen den Befragten in der Hebammenausbildung und in den Bachelorstudiengängen nahezu gleich verteilt. Der Aussage stimmen voll bzw. eher 78 % der Schülerinnen und 84,3 % der Studentinnen zu. 22,2 % der Schülerinnen und 16,7 % der Studentinnen geben an, dass diese Aussage eher nicht zutreffe.

Die Studentinnen geben zu 87,5 % an, dass sie stets oder eher stets einen Ansprechpartner bei Fragen zu Aufklärung, Anleitung und Beratung von Schwangeren und Wöchnerinnen während der praktischen Ausbildung hatten (58,3 % volle Zustimmung). Von den Schülerinnen geben dies 67,8 % (35,6 % volle Zustimmung) an.

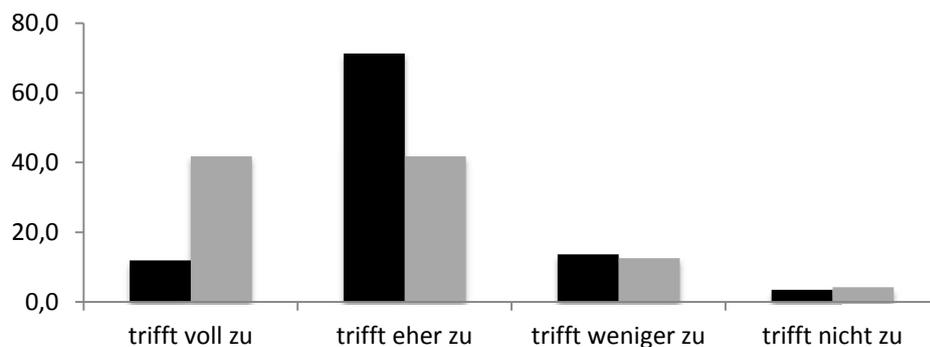


Abbildung 16 Antworten auf die Aussage: „Ich fühle mich durch die praktische Ausbildung in der Lage, nach dem Abschluss Schwangere und Wöchnerinnen in allen Fragen und Belangen sicher und gut anzuleiten und zu beraten.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Zwar fühlen sich nahezu gleich viele der Befragten in der Hebammenausbildung und in den Bachelorstudiengängen durch die praktische Ausbildung in der Lage,

Schwangere und Wöchnerinnen in allen Fragen und Belangen sicher und gut anzuleiten und zu beraten (83,1 % vs. 83,4 %), der Anteil der Auszubildenden, die dieser Aussage voll zustimmen, liegt jedoch bei nur 11,9 % gegenüber 41,7 % bei den Studentinnen (s. Abbildung 16).

Perspektiven in der Hebammenausbildung

Etwa gleich viele der Befragten in der Hebammenausbildung (77,9 %) wie auch in den Bachelorstudiengängen (79,2 %) geben an, dass die Ausbildung von Hebammen im Hinblick auf den Kompetenzerwerb für Aufklärung, Beratung und Anleitung stärker ausgebaut werden sollte.

Von den Befragten in den Bachelorstudiengängen sind 83,3 % der Ansicht, dass in den Bachelorstudiengängen Kompetenzen für Aufklärung, Beratung und Anleitung besser vermittelt werden können als in der Hebammenausbildung. Diese Ansicht teilen nur 21,5 % der Schülerinnen, d. h. 79,4 % der Befragten in der Hebammenausbildung sind der Auffassung, dass die o. g. Kompetenzen nicht besser in den Bachelorstudiengängen vermittelt werden können (s. Abbildung 17).

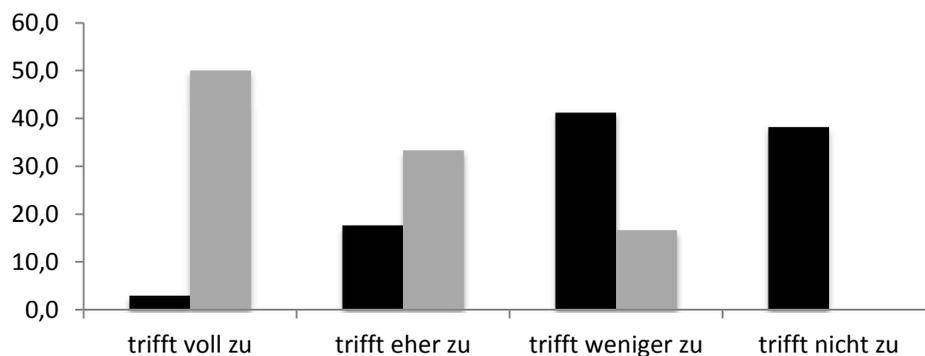


Abbildung 17 Antworten auf die Aussage: „Im Bachelorstudiengang können Kompetenzen für Aufklärung, Beratung und Anleitung besser vermittelt werden als in der Hebammenausbildung.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

Der Aussage „Das Bachelorstudium ist für den Erwerb von Kompetenzen zur Aufklärung, Beratung und Anleitung nicht zwingend erforderlich“ stimmten 51,4 % der Schülerinnen voll und 35,1 % eher zu gegenüber 10 % bzw. 45 % bei den Studentinnen. Hingegen gaben 45 % der Studentinnen an, dass diese Aussage für sie eher nicht zutreffe (s. Abbildung 18).

Die Hälfte aller Schülerinnen ist nicht oder eher nicht der Auffassung, dass es zum Kompetenzerwerb für Aufklärung, Beratung und Anleitung einer Erweiterung des theoretischen Inhalts und Umfangs bedarf (vs. 41,6 % der Studentinnen). Für den Kompetenzerwerb hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung sollte gemäß drei Viertel (75 %) der Schülerinnen und 66,7 % der Studentinnen eine Erweite-

rung der praktischen Ausbildungsinhalte und des Ausbildungsumfangs vorgenommen werden.

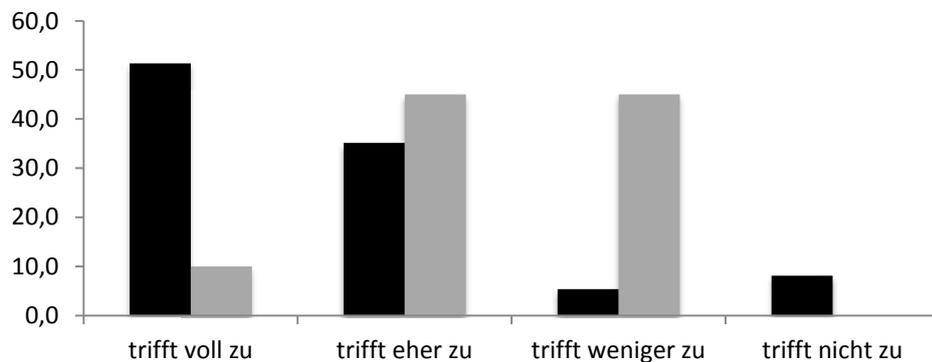


Abbildung 18 Antworten auf die Aussage: „Das Bachelorstudium ist für den Erwerb von Kompetenzen zur Aufklärung, Beratung und Anleitung nicht zwingend erforderlich.“ Angaben in Prozent, Schwarz: Hebammenausbildung, Grau: Bachelorstudiengänge

4.5 Diskussion

Aufklärung, Beratung und Anleitung sind elementare Aspekte der Tätigkeit von Hebammen. Der Erwerb von Kompetenzen für eine solide Ausführung dieser Tätigkeiten ist daher von außerordentlicher Bedeutung. Die vorliegende Arbeit untersucht in Form einer Fragebogenerhebung, inwieweit sich Schülerinnen in der Hebammenausbildung und Studentinnen der neu eingeführten „Bachelor of Science in Midwifery“-Studiengänge in Deutschland hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung ausgebildet fühlen.

Mit den Bachelorstudiengängen wurde ein neuer Rahmen für die Aus- und Weiterbildung von Hebammen geschaffen, der nicht nur die Akademisierung und den damit verbundenen Wunsch nach wissenschaftlichen Grundlagen der Ausbildung und der Arbeit von Hebammen vorantreiben, sondern der auch die internationale Zusammenarbeit, den Austausch und die Qualität der Hebammenarbeit nachhaltig positiv beeinflussen soll. Aus der bestehenden Hebammenausbildung heraus wurden immer wieder nationale wie internationale Forderungen nach klar definierten zu erlangenden Kompetenzziele wie auch nach deren Umsetzung laut (Pehlke-Milde 2012). Pehlke-Milde entwickelte ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung, wie es bereits von Sayn-Wittgenstein (2007) gefordert wurde. Pehlke-Milde stellt damit einen grundlegenden Baustein für eine längst überfällige Umstrukturierung der Hebammenausbildung in Deutschland, sowohl für die Hebammenausbildung im sekundären Bildungssektor als auch für die neu entstandenen Bachelorstudiengänge zur Verfügung. Durch die seit langem geforderte Verlängerung der Ausbildung, die Orientierung an einem wissenschaftlich gestützten Kompetenzprofil und auch durch die Anhebung in den tertiären Bildungssektor besteht die Möglichkeit, die Hebammenausbildung in Deutschland an internationale Standards anzupassen (Hermansson & Martensson, 2012).

In der vorliegenden Arbeit wurde die subjektive Einschätzung von Schülerinnen in der Hebammenausbildung und Studentinnen in Bachelorstudiengängen in Midwifery anhand eines Fragebogens untersucht. Die Teilnahmebereitschaft an der Befragung war mit 80 % rückgesandter Fragebögen bei den Schülerinnen und 48% bei den Studentinnen (insgesamt 64 %) bemerkenswert hoch und nahezu alle Fragebögen waren vollständig ausgefüllt. Dies kann als Zeichen für großes Interesse der Befragten am Thema der Befragung interpretiert werden. Der etwas niedrigere Rücklauf bei den Studentinnen könnte eine Folge der hier teilweise per E-Mail erfolgten Befragung sein. Nur 4 von 20 per E-Mail zugesandten Fragebögen wurden zurückgesandt. Bei diesem Vorgehen ist verfahrensbedingt die Anonymisierung nicht hundertprozentig einzuhalten, was Zurückhaltung begründen mag.

Grundsätzlich kritisch zu bemerken ist die Auswahl der teilnehmenden Hochschulen, die durch die noch geringe Anzahl an Studienorten limitiert ist, während in zahlreichen Ausbildungsstätten die Hebammenausbildung durchgeführt wird und die Auswahlmöglichkeiten hier wesentlich größer sind. Beide in die vorliegende Arbeit aufgenommenen Studienorte liegen in den alten Bundesländern. Diese Einschränkung ist unvermeidlich, da es im Moment noch keinen Studienstandort in einem östlichen Bundesland gibt. Die einbezogenen Schulen dagegen liegen in neuen und alten Bundesländern. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass die statistischen Unterschiede zwischen Hebamenschülerinnen und Studentinnen auch auf regionale Effekte zurückzuführen sind.

Die beiden Vergleichsgruppen sind bezüglich der erfragten persönlichen Daten weitgehend homogen. Die Studentinnen sind im Schnitt etwas älter als die Schülerinnen. Das Bildungsniveau gemessen am Schulabschluss ist in beiden Gruppen ähnlich. Auffallend ist im Hinblick auf die Ausbildungsanforderungen der jeweiligen Ausbildungsformen die etwas höhere Anzahl an Schülerinnen mit allgemeiner Hochschulreife im Vergleich zu den Studentinnen. Auch der geringe Anteil von Schülerinnen ohne Hochschul- oder Fachhochschulreife ist bemerkenswert. Die gesetzlichen Vorgaben, die als Zugangsvoraussetzung auch einen Hauptschulabschluss oder die Zulassung als Pflegehelferin vorsehen, gehen hier offenbar weit an der Wirklichkeit vorbei.

Bei den Fragen zur Vorerfahrung zeigen sich kaum Unterschiede. Der Anteil der Befragten, die ihre erste Ausbildung durchlaufen, ist bei den Schülerinnen etwas höher als bei den Studentinnen. Hinsichtlich der praktischen Vorerfahrung haben nahezu alle Befragten ein Praktikum vor der Ausbildung oder dem Studium absolviert. Die Dauer der Praktika ist bei Schülerinnen und Studentinnen ähnlich. Weitgehend einig ist auch die Mehrzahl der Befragten in beiden Gruppen, dass das Praktikum i) für die Entscheidung, Hebamme zu werden, hilfreich war; dass es ii) Einblicke in Aufklärung, Beratung und Anleitung gab und dass iii) kommunikative, soziale und persönliche Kompetenzen bereits vor Beginn der Ausbildung bzw. des Studiums nötig seien.

Die Schülerinnen und Studentinnen wurden gebeten, Einschätzungen zu den Begriffen „Aufklärung“, „Beratung“ und „Anleitung“ vorzunehmen (Fragen I.1 bis I.11), um zu eruieren, inwieweit beide Gruppen vom Wissensstand hinsichtlich der Themen Aufklärung, Beratung und Anleitung differieren. Darin zeigten sich kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bemerkenswert ist hier das Ergebnis

bei Frage I.9 : Deutlich mehr Studentinnen als Schülerinnen halten Aufklärung für eine vor allem ärztliche Tätigkeit. Eine Erklärung kann sein, dass die befragten Studentinnen nicht das dieser Arbeit zugrunde liegende weit gefasste Verständnis von Aufklärung haben, sondern in erster Linie an Aufklärung vor operativen Eingriffen denken. Warum dies aber bei Studentinnen häufiger der Fall sein könnte als bei Hebammenschülerinnen, ist aus den hier vorliegenden Daten nicht erklärlich.

Bezüglich der Aussagen zur klientenorientierten Gesprächsführung nach Carl Rogers und den Freitextantworten zu erforderlichen Einzelkompetenzen in bestimmten Kompetenzklassen weisen die Gruppen keine deutlichen Unterschiede auf. Ebenfalls ähnlich fallen die Angaben zu Gewichtungen verschiedener Möglichkeiten des Erwerbs kommunikativer Fähigkeiten zwischen den beiden Gruppen aus. Hier nehmen die praktische und die theoretische Ausbildung mit praktischen Übungen die wichtigste Stellung für beide Gruppen ein, während Rollenspiele und computerbasierte Verfahren als eher unwichtig eingestuft werden.

Bei der Analyse der Aussagen zur theoretischen Ausbildung zeichnet sich die Tendenz ab, dass die Studentinnen sich hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung im Vergleich zu den Schülerinnen besser ausgebildet fühlen. So geben die Studentinnen deutlich häufiger die Möglichkeit des gegenseitigen Austauschs zum Thema und auch die Durchführung von Rollenspielen während des Studiums an. Diese Möglichkeiten scheinen den Schülerinnen seltener zur Verfügung zu stehen. Die Studentinnen bewerten den Austausch über und die szenische Darstellung von Beratungs- und Anleitungssituationen mehrheitlich als hilfreich für die eigene Kompetenzentwicklung, während dies bei den Schülerinnen deutlich weniger der Fall ist. Andere Untersuchungen haben bereits die Bedeutung von Rollenspielen, simulationsbasiertem/problemorientiertem Training (SLP), standardisierten Lernszenarios sowie objektivierten standardisierten klinischen Prüfungen (OSCE) für den Kompetenzerwerb hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung bestätigt (Warland & Smith, 2012, Carr, 2003, Cooper et al., 2012, Fleming, Pehlke-Milde, Davies & Zaksek, 2011).

Die Schülerinnen fühlen sich in der Theorie nicht so gut ausgebildet wie die Studentinnen. Konkret werden hierbei am häufigsten die Lehrenden (noch vor der Organisation der Lehre) kritisiert. Diese Kritik deckt sich mit den Überlegungen, die Sayn-Wittgenstein (2007) zum Qualifikationsprofil der Lehrenden in der Hebammenausbildung anstellt. Sayn-Wittgenstein problematisiert die nicht durchgängig vorliegende akademische Bildung der Lehrenden. Im Gegensatz zur Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wird gegenwärtig von den Lehrenden in der Hebammenausbildung (noch) kein akademischer Abschluss gefordert. Dadurch fehlen zum Teil grundlegende didaktisch-pädagogische und wissenschaftliche Kompetenzen sowie vor allem der Austausch von Wissenschaft und Praxis in den Schulen. Als weiteres Problem nennt Sayn-Wittgenstein den vielfach durch nebenamtliche Dozentinnen ohne pädagogische Zusatzqualifikation durchgeführten Unterricht. Der Kritik der Schülerinnen kann also möglicherweise durch ein schnellstmögliches Verlassen dieses Sonderwegs abgeholfen werden. Sowohl die Schülerinnen als auch die Studentinnen in dieser Befragung wünschen sich für die Themen Aufklärung, Beratung und Anleitung eine Erweiterung des Unterrichtsum-

fangs. Bei den Studentinnen gilt dieser Wunsch gleichermaßen für Theorie und Praxis, während die Hebammenschülerinnen vor allem eine Erweiterung im praktischen Anteil wünschen.

Auch bezogen auf die praktische Ausbildung äußern sich die Studentinnen insgesamt positiver bezüglich der Lerngelegenheiten und der Lernbegleitung im Zusammenhang mit Aufklärung, Beratung und Anleitung. Dieses Ergebnis lässt einigen Interpretationsspielraum offen: So könnte die Zusammenarbeit zwischen Hochschul- und Klinikpartnern besser aufgearbeitet, intensiver und von mehr Austausch geprägt sein, was eine höhere Zufriedenheit aller Beteiligten erklären würde. Dieser wichtige Aspekt der gut funktionierenden und erfolgreichen interinstitutionellen Zusammenarbeit für Pflege- und Hebammenstudiengänge wurde von Casey (2011) belegt. Allerdings sind auch andere Erklärungen möglich: bei den neu entstandenen Bachelorstudiengängen könnte auch die Anleitungsbereitschaft des klinischen Personals, das nur mit wenigen Studentinnen zu tun hat, größer sein. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die positive Bewertung des ständigen Vorhandenseins einer Ansprechpartnerin für die Studentinnen und damit die Möglichkeit, Fragen oder Probleme zu adressieren und das eigene Tun zu reflektieren. Dadurch ergeben sich für die Studentinnen möglicherweise bessere Chancen der Entwicklung ihrer kommunikativen Fertigkeiten und das Gefühl, in der eigenen Rolle eher anerkannt und respektiert zu werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung decken sich mit denen von Liquish und Seibold (2008), die die Wichtigkeit strukturierter Praxisanleitung zeigen. Nur für gut die Hälfte der Schülerinnen stand in der praktischen Ausbildung jederzeit eine Ansprechpartnerin zur Verfügung, mit der sie ihre Fragen und Probleme besprechen konnten. Dieser Mangel muss als sehr kritisch bewertet werden, denn die Hebammenausbildung ist von einer Dominanz der Praxis gekennzeichnet (3000 h Praxis vs. 1600 h Theorie). Die Schülerinnen (und die Studentinnen) sind auf die Begleitung und Betreuung einer Vertrauensperson (möglichst einer Mentorin mit entsprechender Fortbildung) während der gesamten praktischen Ausbildungszeit angewiesen.

Ein Aspekt der Personalkompetenz, der in dieser Untersuchung berührt wird, ist das Erreichen von Selbstständigkeit (Pehlke-Milde, 2009), über die eine Hebamme im hohen Maße verfügen muss. Für das Erreichen der benötigten Selbstständigkeit als Ausdruck eines hohen Selbstwertgefühls und von Handlungssicherheit ist nach den Ergebnissen dieser Arbeit das Studium offenbar besser geeignet. Die Studentinnen fühlen sich insgesamt durch die theoretische und praktische Ausbildung nach dem Abschluss ihres Studiums etwas besser auf ihre Aufgaben als Hebamme hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung vorbereitet als die Schülerinnen. Eine grundsätzliche Erklärung hierfür kann auch der unterschiedliche Sozialstatus der Lernenden sein. Mit dem Abschluss eines Studiums und dem damit verbundenen Erwerb eines akademischen Grades wird auch ein höherer sozialer Status erwartet (und im besten Fall erreicht). Aber auch schon während der Ausbildung erfolgt, zumindest aus subjektiver Sicht, eine Erhöhung des sozialen Status der Studentinnen gegenüber den Schülerinnen, denn die Studentinnen erwarten nach und erfahren im Studium, wie die vorliegende Studie zeigt, bereits mehr Anerkennung in Form strukturierter Praxisanleitung als die Schülerinnen. Auch der DHV (2009) verbindet mit der Forderung nach einer grundsätzlichen Akademisie-

rung der Hebammenausbildung in Deutschland nicht nur die Erwartung der Verbesserung des Ausbildungsniveaus, sondern auch eine daraus resultierende Erhöhung der Anerkennung des Berufsstatus und der Entlohnung der Hebammen.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit eine Tendenz zu größerer Sicherheit hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung bei den Studentinnen. Das Gefühl, gut ausgebildet zu sein, darf als Faktor der Personalkompetenz im Sinne größeren Selbstbewusstseins nicht unterschätzt werden.

4.6 Fazit

Berufliche Handlungskompetenz für Aufklärung, Beratung und Anleitung wird nach Meinung der Schülerinnen und Studentinnen sowohl in der Hebammenausbildung als auch in den Bachelorstudiengängen in hinreichendem Maße erworben. So fühlen sich beide Gruppen überwiegend in der Lage, diesen wichtigen Aufgabenteil der Hebammenarbeit nach der Ausbildung bzw. nach dem Studium zu bewältigen, mit einer aber auffallend positiveren Einschätzung der Studentinnen.

Aus den Ergebnissen der Befragung lassen sich folgende Anforderungen für den Kompetenzerwerb bezüglich der Aufgaben Aufklärung, Beratung und Anleitung ableiten:

- Den Themen Aufklärung, Beratung und Anleitung ist sowohl in der Theorie als auch in der Praxis mehr Zeit zu widmen. Da eine Ausweitung dieser Themen zu Lasten anderer Bereiche kaum zu begründen ist, muss für die Verlängerung zumindest der Hebammenausbildung plädiert werden. Bezogen auf die Bachelorstudiengänge kann über Schwerpunktsetzungen im Wahl- oder Wahlpflichtbereich und auch über aufbauende Masterstudiengänge mit entsprechendem Profil hinsichtlich beratender Tätigkeiten nachgedacht werden.
- In der theoretischen Ausbildung sind neben dem Grundlagenwissen praxisnahe Lehr-, Lernformate wie Rollenspiele und praktische Übungen hilfreich. Kompetenzbezogene Prüfungsformate können eine solche Entwicklung stützen.
- In der praktischen Ausbildung ist eine klare Zuordnung von anleitenden Personen für die Lernenden besonders wichtig. Die Lernenden profitieren insbesondere von festen Ansprechpartnerinnen für ihre Fragen und für die Reflexion der praktischen Tätigkeit.

Diese Untersuchung zeigt, dass sich die Studentinnen in Bachelorstudiengängen Midwifery in einem Teilbereich besser ausgebildet fühlen als die Schülerinnen in der Hebammenausbildung. Weitere Untersuchungen der Kompetenzentwicklung sind wünschenswert, damit gut funktionierende Anteile der Hebammenausbildung identifiziert und in den neu entstehenden Studiengängen aufgegriffen und weiterentwickelt werden können. Es gilt im Weiteren außerdem, die Kompetenzprofile von Hebammen hinsichtlich der Aufgaben in der Aufklärung, Beratung und Anleitung im Hinblick auf neue Aufgabenfelder (z. B. die der Familiengesundheitshebammen, vgl Weskamm 2012) weiter zu differenzieren und zu entwickeln.

4.7 Zusammenfassung

Berufliche Handlungskompetenz in den Feldern Aufklärung, Beratung und Anleitung ist zentral für die Berufstätigkeit einer Hebamme. Aufklärung, Beratung und Anleitung sind Maßnahmen, die unterschiedlichen Logiken folgen und für die verschiedenen fachliche, methodische, soziale und personale Kompetenzen erforderlich sind. Diese Kompetenzen werden sowohl in der 3-jährigen Hebammenausbildung als auch in den 4 bis 4 ½-jährigen Bachelorstudiengängen „Midwifery“ vermittelt.

Im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung wird Unterschieden in der Kompetenzentwicklung in den unterschiedlichen Bildungsgängen aus der Sicht der Lernenden nachgegangen. Die Gruppen der Schülerinnen und Studentinnen zeigen kaum Unterschiede, was Alter, Vorbildung und Vorerfahrungen betrifft. Fragen zu wichtigen Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Aufklärung, Beratung und Anleitung beantworten sie in ähnlicher Form.

Bezogen auf die theoretische Ausbildung fühlen sich die Studentinnen deutlich besser ausgebildet als die Schülerinnen. Angebote von szenischen Darstellungen und die Möglichkeit des Austausches mit Mitlernenden werden als wichtige Hilfen bei der Entwicklung von Kompetenzen genannt. Während die Hebammenschülerinnen Verbesserungspotential beim Lehrpersonal sehen, wünschen sich die Studentinnen vor allem mehr Zeit für die entsprechenden Lehrveranstaltungen. Auch in der praktischen Ausbildung zeigen sich Differenzen. Die Studentinnen bewerten die praktischen Studienanteile positiver als die Schülerinnen. Besonders betonen sie die Bedeutung einer Ansprechpartnerin, die ihnen für Fragen und zur Reflexion zur Verfügung steht.

Nach Meinung der Schülerinnen und Studentinnen wird sowohl in der Hebammenausbildung als auch in den Bachelorstudiengängen Handlungskompetenz für diese Tätigkeiten in hinreichendem Maße erworben. So fühlen sich beide Gruppen überwiegend in der Lage, diesen wichtigen Aufgabenteil der Hebammenarbeit nach der Ausbildung bzw. nach dem Studium zu bewältigen, allerdings mit einer auffallend positiveren Einschätzung der Studentinnen.

Summary

Professional competence in the areas of dispensing information, counseling, and giving instructions are pivotal tasks of a midwife. They are all-actions involving various kinds of logic, and requiring expertise, as well as methodological, social and personal skills. Competencies in these areas can be acquired during the vocational midwifery training or the bachelor study program.

Differences concerning the acquisition of competencies in the aforementioned training programs were investigated using questionnaires. The groups of midwifery trainees and midwifery students were similar concerning age, prior education and previous experience. Questions concerning giving patients information, counseling and giving instructions were answered by both groups similarly.

When comparing students to trainees, students answered that they felt better educated in the theoretical part of their study program. Especially role playing and having opportunities to exchange views among the students were mentioned as helpful. While midwifery trainees criticized the quality of teaching, students wished for more classroom time for lectures. Differences were also seen in the area of practical training. Students rated their experiences in practical training higher than did trainees. The students especially stressed their appreciation for having supervisors to answer questions and help them with reflection on aspects of their training.

From the perspective of students and trainees, the acquisition of competencies concerning giving patients information, counseling and giving instructions is sufficient in midwifery training, as well as in midwifery study programs. The majority of students and trainees feel that they are able to perform these fundamental tasks of a midwife. However, after evaluation, the students tended to be more positive than the trainees.

5. Ausblick

Dorothea Tegethoff

Die beiden in diesem Working Paper zusammengefassten Arbeiten befassen sich mit Aspekten der Kompetenzentwicklung in der Hebammenausbildung bzw. im Bachelorstudium Hebammenkunde.

Die Arbeit von Juana Sommer zeigt, dass über die **individuellen Lernprozesse** von Hebamenschülerinnen und -studentinnen gerade im klinischen Feld wenig bekannt ist. Die Einflüsse, denen die Lernenden ausgesetzt sind, sind vielfältig und keineswegs auf den ersten Blick einschätzbar. Schmerzäußerungen der Gebärenden können die Kompetenzentwicklung hinsichtlich der praktischen Fertigkeiten bei der vaginalen Untersuchung durchaus hemmen. Die Bewältigung der konflikthaften Situation gibt der Schülerin oder Studentin zugleich aber die Möglichkeit ihre personalen und kommunikativen Kompetenzen zu entwickeln.

Der Untersuchung von Silvia Hepprich ist zu entnehmen, wie bedeutsam die **wissenschaftliche Begleitung des Umstellungsprozesses von der Hebammenausbildung in Bachelorstudiengänge** ist. So stellt sie fest, dass bei der Befragung zu relevanten Begrifflichkeiten rund um Aufklärung, Beratung und Anleitung kaum Unterschiede zwischen Hebamenschülerinnen und Hebammenstudentinnen auftreten. Der Wissensstand zu den untersuchten Themen als solcher ist also offenbar vergleichbar. Dennoch fühlen sich die Studentinnen vor dem Hintergrund anderer Methoden und Strukturen in der theoretischen und praktischen Ausbildung besser ausgebildet als die Schülerinnen und treten mit größerem Selbstbewusstsein ins Berufsleben.

Während sich die Ausbildungslandschaft für Hebammen in Deutschland rasant entwickelt, sind viele Fragen zum Lernen und Lehren in der Hebammenausbildung und in den Bachelorstudiengängen „Midwifery“ ungeklärt und eine ganze Reihe von Forschungsfeldern kaum bearbeitet. Zugleich fehlt es an wissenschaftlichen Überblicksdaten über die Ausbildungslandschaft für Hebammen in Deutschland. Die letzte systematische Untersuchung der **strukturellen Bedingungen** der Hebammenausbildung liegt etwa 10 Jahre zurück (Zoege 2004). Eine regelmäßige Bildungsberichterstattung für Hebammen wäre zur wissenschaftlichen Begleitung der sich entwickelnden Ausbildungsgänge wünschenswert.

Erste Ergebnisse einer Expertinnen-Befragung zur Kompetenzentwicklung (Tegethoff & Bergjan, in Vorbereitung), an der auch Hebammen teilnehmen, zeigen, dass Lehrerinnen, Praxisanleiterinnen und Wissenschaftlerinnen, die mit Hebamenschülerinnen und -studentinnen arbeiten, zahllose offene Fragen im Zusammenhang mit der Entwicklung von klinischer Kompetenz sehen. Die von den Expertinnen aus dem Hebammenwesen genannten Forschungsfragen erstrecken sich auf die unterschiedlichsten Themenkreise: z. B. **Theoriebildung und Konzeptentwicklung, Praxisanleitung, Kompetenzmessung und geeignete Prüfungsverfahren, Vergleiche verschiedener Ausbildungsprogramme, Theorie-Praxis-Transfer, Perspektiven der Lernenden und interdisziplinäre Perspektive**. Es bedarf ganz offenbar erheblicher Anstrengungen, um den Forschungsbedarf rund

um die schulische und hochschulische Ausbildung von Hebammen und die Entwicklung ihrer spezifischen Kompetenzen zu decken.

6. Literatur

- Ahrendt C (2009): Basiswissen Beratungskompetenz, Teil 1: Informieren, Aufklären, Beraten und Anleiten. Die Hebamme 22: 40-45
- Benner P (2000): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern, Hans Huber
- Bergjan M, Tegethoff D (2013): Klinische Kompetenzentwicklung in der Pflegeausbildung als Herausforderung für Forschung und Entwicklung. Pflege und Gesellschaft 18. Jg. 2013 H.3 S. 253-267
- Bergmann B (2007): Selbstkonzept beruflicher Kompetenz. In: Erpenbeck J, v. Rosenstiel L (Hrsg.): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betriebliche, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart, Schäffer-Poeschel Verlag, S. 194-223
- Böhm W (2005): Wörterbuch der Pädagogik. 16. Auflage. Stuttgart, Kröner-Verlag
- Butler MM, Fraser DM, Murphy RJ (2008): What are essential competencies required of a midwife at the point of registration?. Midwifery 24: 260–269
- Byrom S, Downe S (2010): She sort of shines: midwife's accounts of „good“ midwifery and „good“ leadership. Midwifery 26: 126–137
- Carr KC (2003): Innovations in midwifery education. Midwifery 48(6): 393-397
- Casey M (2011): Interorganisational partnership arrangements: a new model for nursing and midwifery education. Nurse Educ Today 31(3): 304-308
- Caton D, Corry MP, Frigoletto FD, Hopkins DP, Liebermann E, Mayberry L, Rooks JP, Rosenfield A, Sakala C, Simkin P, Young D (2002): The Nature and Management of Labour Pain: Executive Summary. American Journal of Obstetrics and Gynecology 186(5): 1–15
- Cooper S, Cant R, Porter J, Bogossian F, McKenna L, Brady S, Fox-Young S (2012): Simulation based learning in midwifery education: a systematic review. Women Birth 25(2): 64-78
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2010): Pflegebildung offensiv-Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege. http://bildungsrat-pflege.de/de/index.php?id_mnu=103 (Zugriff 14.05.2013)
- Deutscher Hebammenverband (2013): www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/, (Zugriff 11.01.2013)
- DIU – Dresden International University (2013): <http://www.dresden-international-university.com/index.php?id=497> (Zugriff 13.10.13)
- Dresing T, Pehl T (2011): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 3. Auflage. Marburg, Eigenverlag
- Edelmann W (2000): Lernpsychologie. 6. Auflage. Weinheim, Psychologie Verlags Union

- Edelmann D, Tippelt R (2004): Kompetenz – Kompetenzmessung. Ein (kritischer) Überblick, hiba Durchblick, 3/2004
- Erpenbeck J, von Rosenstiel L (2007): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart, Schäffer-Poeschel Verlag
- Europäische Kommission (2013a): Richtlinie 2005/36/EG. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_de.htm, (Zugriff: 14.5.2013)
- Europäische Kommission (2013b) : Richtlinie 80/154/EWG. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0154:DE:NOT> (Zugriff: 14.05.2013)
- Fasan J, Zavarise D, Palese A, Marchesoni D (2012): Midwifery students' perceived independence within the core competencies expected of the midwifery community upon graduation: an Italian study. *Int Nurs Rev* 59(2): 208-214
- Fleming V, Pehlke-Milde J, Davies S, Zaksek T (2011): Developing and validating scenarios to compare midwives' knowledge and skills with the International Confederation of Midwives' essential competencies in four European countries. *Midwifery* 27(6): 854-860
- HebAPrV – Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (1987): Bundesgesetzblatt I S. 3005. <http://www.gesetze-im-internet.de/hebapro/BJNR009230981.html> (Zugriff: 11.11.2013)
- HebG -Hebammengesetz (1985): Bundesgesetzblatt I S.902. http://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/BJNR009020985.html (Zugriff: 11.11.2013)
- Hermansson E, Mårtensson LB. (2013): The evolution of midwifery education at the master's level: A study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna process. *Nurse Educ Today* 33(8): 866-72
- Heyse V, Erpenbeck J (2007): Kompetenzmanagement. Münster, Waxmann
- Hochhausen A (2011): Das Leiden der Jungen werdenden- Probleme der Hebammenschülerinnen im Kreißaal. *Die Hebamme* 24: 190–193
- Hochschild AR (2013): *The managed heart. Commercialization of Human Feeling*, University of California Press
- HSG Bochum - Hochschule für Gesundheit Bochum: Studiengang Hebammenkunde. verfügbar unter: <http://www.hs-gesundheit.de/de/bereich/hebammenkunde> (Zugriff 16.05.2013)
- Horschitz H, Kurtenbach H (2003): Hebammengesetz- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen. 3. Auflage. Hannover, Elwin Staude Verlag
- Houghton CE, Casey D, Shaw D, Murphy K. (2012): Student's experiences of implementing clinical skills in the real world of practice. *Journal of Clinical Nursing* 22(13-14): 1–9
- Hummel-Gaatz S, Doll A (2007): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. München, Elsevier

- Hunter B (2001): Emotion work in midwifery: a review of current knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 34 (4): 436–444
- Hunter B (2005): Emotion work and boundary maintenance in hospital- based midwifery. *Midwifery* 21: 253–266
- International Association for the Study of Pain (2013): Pain. http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain (Zugriff 01.11.2013)
- ICM - International Confederation of Midwives (2011a): ICM International Definition of the Midwife. Core Document. www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf (Zugriff 14.05.2013)
Deutsche Übersetzung verfügbar unter:
<http://www.hebammenverband.de/index.php?id=789> (Zugriff 14.05.2013)
- ICM - International Confederation of Midwives (2011b): Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010. 2011. www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430_ICM_2011_Essential_Competencies_2010_ENG.pdf (Zugriff 28.04.2013)
- Klemme B, Siegmann G, Geuter G (2006): Die praktische Ausbildung in der Physiotherapieausbildung. *Zeitung für Physiotherapeuten* 58: 1– 13
- Klieme E, Avenarius H, Blum W, Döbrich P, Gruber H, Prenzel M, Reiss K, Riquarts K, Rost J, Tenorth HE, Vollmer H (2007): Zur Entwicklung nationaler Bildungsstandards. Eine Expertise. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn
- Klieme E, Hartig J (2007): Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 10. Jg, Sonderheft 8/2007: 11-29
- Klieme E, Leutner D (2006): Kompetenzmodelle zur Erfassung individueller Lernergebnisse und zur Bilanzierung von Bildungsprozessen. Beschreibung eines neu eingerichteten Schwerpunktprogramms der DFG. *Zeitschrift für Pädagogik* 52 (2006) 6, S. 876-903
- KrPflG – Krankenpflegegesetz (2003. http://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html (Zugriff 14.5.2013)
- Kultusministerkonferenz (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Kultusministerkonferenz- Referat Berufliche Bildung und Weiterbildung. Bonn
- Licqurish S, Seibold C (2008): Bachelor of Midwifery students' experiences of achieving competencies: the role of the midwife preceptor. *Midwifery* 24(4):480-489
- Longworth MK (2012): An exploration of the perceived factors that affect the learning an transfer of skills taught to student midwives. *Midwifery* 29(8): 831-837

- Lorig K (1996): Patient education. A practical approach. 2nd Edition. Thousand Oaks, London, New Dehli, Sage
- Mayer JD, Salovey P. (1997): What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter D (Eds.), Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators. New York, Basic Books, S. 3-31
- McCrea BH, Wright ME, Murphy- Black T (1998): Differences in mid-wives' approaches to pain relief in labour. *Midwifery* 14: 174–180
- McKenna L, Boyle M, Brown T, Williams B, Molloy A, Lewis B, Molloy L (2011): Levels of empathie in undergraduate midwifery students: A Australian cross-sectional study. *Women and Birth* 24(2): 80–84
- MHH - Medizinische Hochschule Hannover (2013): European Master of Science in Midwifery: <http://www.mh-hannover.de/masterstudienganghebammen.html> (Zugriff 11.01.2013)
- Meuser M, Nagel U (1991).ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D& Kraimer K (Hrsg.), *Qualitativ-empirische, Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*, Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 441-471
- Nicholls L, Webb C (2006): What makes a good midwife?-An integrative review of methodologically- diverse research. *Journal Compilation-Blackwell Publishing Ltd.* 56(4): 414–429
- Niven C, Brodie EE (1995): Memory of labour pain: context and quality. *Elsevier Science B.V.* 64: 387–392
- Niven C, Gijsbers K (1984): A study of labour pain using the McGill Pain Questionnaire. *Social Science and Medicine* 19(12): 1347–1351
- o. A. (1998): *Schmerz. Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch.* 258. Auflage. Berlin, New York, de Gruyter Verlag
- Oevermann U(1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie Professionellen Handelns. In: Combe A., Helsper W. (Hrsg.)(1996): *Pädagogische Professionalität – Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns.* Frankfurt a. M: Suhrkamp, S. 70-182
- Pehlke-Milde J (2009): Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung (Dissertation). Berlin: Charité- Universitätsmedizin
- Pehlke-Milde J (2012): Qualitative Methoden in der Hebammenforschung. *Die Hebamme* 3:206-210
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2010): *Qualitative Sozialforschung- ein Arbeitsbuch.* 3. korrigierte Auflage. München, Oldenbourg Verlag
- Rauner F (2007): „Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz“. *Europäische Zeitschrift für Berufsbildung. (Forschungsbeiträge)* (Nr. 40), S. 57–72
- Rawson S (2011): A qualitative study exploring student midwives' experiences of carrying a caseload as part of their midwifery education in England. *Midwifery* 27(6):786-792

- Reiber K (2006): Kompetenz als Leitkategorie für die Qualität beruflicher Bildung. Bundesinstitut für berufliche Bildung (BiBB)- Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP), 20– 23
- Sayn-Wittgenstein zu F (Hrsg.)(2007): Geburtshilfe neu denken, Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern, Hans Huber,
- Schaeper H, Briedis K (2004): Kompetenzen von Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen, berufliche Anforderungen und Folgerungen für die Hochschulreform. Projektbericht. HIS GmbH Hannover. Verfügbar unter: www.bmbf.de/pub/his_projektbericht_08_04.pdf (Zugriff 17.02.2013)
- Schäfers R (2011): Gesundheitsförderung durch Hebammen. Stuttgart, Schattauer
- Schiefenhövel W (2005): Evolutionsbiologische Überlegungen zur Schmerzhaftigkeit des Gebärens. *Die Hebamme* 18:13–17
- Sickendiek U, Engel F, Nestmann F(2008): Beratung: eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze.3. Auflage. Weinheim/München, Juventa Verlag
- Smith V, Muldoon K, Biesty L (2012): The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) as a strategy for assessing clinical competence in midwifery education in Ireland: a critical review. *Nurse Educ Pract* 12(5):242-247
- Sonntag K, Schäfer-Rauser U (1993): Selbsteinschätzung beruflicher Kompetenzen bei der Evaluation von Bildungsmaßnahmen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie: A&O*, Jg. 37/4 163-17
- Switala B (2005): Die Kraft der Suggestionen und ihre Wirkung auf die Schmerzwahrnehmung unter der Geburt. *Die Hebamme* 18: 26– 31
- Warland J, Smith M (2012): Using online roleplay in undergraduate midwifery education: a case-study. *Nurse Educ Pract.* 12(5) 279-283
- Weskamm A (2012): Tätigkeitsfelder von Familiengesundheitspflegerinnen und –hebammen. Zum Verbleib der Absolventinnen der Weiterbildung „Familiengesundheitspflege“. *Pflegewissenschaft* 04/12, S. 197-204
- Williams A (2003): Hochschild 2003-The managed heart: The recognition of emotional labour in public service work. *Nurse Education Today* 33(1): 5-7
- Williams AC, Morris J, Stevens K, Gessler S, Cella M, Baxter J (2013): What influences midwives in estimating labour pain? *European Journal of Pain*, 17(1): 86-93
- Worth-Butler MM, Fraser DM, Murphy RJ, (1994): Towards an intergrated modell of competencies in midwifery. *Midwifery* 10(4):225–231
- Zoege M (2004): Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung, Bern, Verlag Hans Huber

7. Anhang

Kompetenzentwicklung beim Erlernen der vaginalen Untersuchung

Interviewleitfaden

- Jetzt, im zweiten Ausbildungsjahr, haben Sie bereits einige Kreißsaaleinsätze absolviert. Sicher erinnern Sie sich noch an Ihre allererste vaginale Untersuchung bei einer Gebärenden. Beschreiben Sie doch mal die Situation bei Ihrer ersten vaginalen Untersuchung. Wie haben Sie diese erlebt?
- Wurden Sie von Ihrer anleitenden Hebamme auf die erst vaginale Untersuchung vorbereitet? Wenn ja, wie?
- Haben Sie Unterschiede oder Schwierigkeiten wahrgenommen, zwischen dem, was Sie in der Schule zur vaginalen Untersuchung gelernt und geübt haben und der realen praktischen Durchführung bei einer Gebärenden?
- Wie fühlen Sie sich, wenn Sie wahrnehmen, dass die Gebärende offensichtlich Schmerzen hat, Sie sie aber vaginal untersuchen sollen?
- Wie gestaltet sich die Untersuchungs- bzw. Lernsituation für Sie, wenn Sie bei einer Schmerz belasteten Gebärenden einen vaginalen Befund erheben?
- Wie läuft das ab?
- Haben sie persönliche Strategien oder gehen Sie irgendwelche Kompromisse ein, um der Gebärenden die Untersuchung so erträglich wie möglich zu machen?
- Wie schätzen Sie bis dato Ihren Lernerfolg im Zusammenhang mit dem Erlernen und Ausführen der vaginalen Untersuchung ein?
- Wo setzen Sie bei ihrem gegenwärtigen Ausbildungsstand ihre Prioritäten?
- Beim Wohl der Gebärenden oder bei Ihrem eigenen Lernfortschritt?

Transkriptionsregeln

Zur Untersuchung der zentralen Fragestellung wird mit fünf Hebammenschülerinnen jeweils ein Interview geführt, das auf Tonband aufgezeichnet wird. Da nur wesentliche Aussagen der Schülerinnen für die Themenbearbeitung von Interesse sind, werden nur explizit relevante Redepassagen und nicht die vollständigen Interviews transkribiert. Dafür wird ein Transkriptionsverfahren herangezogen, das aufgrund der einfachen Lesbarkeit einen deutlichen Fokus auf den Inhalt der Redebeiträge zulässt.

Folgende Transkriptionsregeln (Dresing & Pehl, 2011) kommen zur Anwendung:

- Die Interviewerin wird durch ein „I“, die befragte Person mit ihren Initialen (z.B. „E-M“) notiert.
- Es wird wörtlich transkribiert.
- Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt.
- Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angepasst.
- Die Satzform wird auch bei syntaktischen Fehlern beibehalten.
- Wort- und Satzabbrüche werden mit Schrägstrich dargestellt.
- Die Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet.
- Pausen werden durch Auslassungspunkte in Klammern entsprechend der Länge (kurz, mittel, lang) markiert.
- Zustimmung oder bestätigende Lautäußerungen der Befragten werden, wenn passend, erfasst. Lautäußerungen der Interviewerin werden nicht transkribiert.
- Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch Großschreibung gekennzeichnet.
- Emotionale, nonverbale Äußerungen, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen, werden beim Einsatz in Klammern notiert.
- Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Wird ein Wortlaut vermutet, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt.

Zeichen	Bedeutung
„I“	Interviewerin
z.B. „E-M“	Initialen der interviewten Hebammschülerin
/	Wort- oder Satzabbruch
(.), (..), (...)	Pausen entsprechend der Länge (kurz, mittel, lang)
„mhm“, „ehm“, „äh“	zustimmende oder bestätigende Lautäußerung der Befragten
z.B. „JA KLAR“	betontes Wort oder Äußerung
z.B.(lachen), (seufzen)	emotionale, nonverbale Äußerung
(unv.)	unverständliches Wort
z.B. (Anästhesie?)	vermuteter Wortlaut, nicht genau verständlich

Tabelle 7: Übersicht des verwendeten Transkriptionsregelsystems

Kompetenzen für Aufklärung, Beratung und Anleitung . Ein Vergleich zwischen Hebammenausbildung und Bachelor of Science in Midwifery

Fragebogen



Fragebogen Kompetenzerwerb in der Hebammenausbildung

Silvia Hepprich | Studiengang Diplom-Medizin- und Pflegepädagogik

DER ERWERB VON KOMPETENZEN FÜR AUFKLÄRUNG, BERATUNG UND ANLEITUNG IN DER KLASSISCHEN HEBAMMENAUSBILDUNG UND IM BACHELORSTUDIENGANG OF MIDWIFERY

Fragebogen für Auszubildende in der Hebammenausbildung im 3. Ausbildungsjahr und für Studierende des Studiengangs Bachelor of Science in Midwifery im 2. Studienjahr



Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Auszubildende, liebe Studierende,

dieser Fragebogen ist Teil einer Diplomarbeit zum Thema „**Erwerb von Kompetenzen für Aufklärung, Beratung und Anleitung in der klassischen Hebammenausbildung und im Bachelorstudiengang of Midwifery.**“ Vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit nehmen, die Informationen zum Fragebogen durchzulesen.

Aufklärung, Beratung und Anleitung der Schwangeren sind originäre Aufgaben der Hebamme und gewinnen aus vielfältigen Gründen zunehmend an Bedeutung. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, ist der Erwerb entsprechender Kompetenzen schon in der Ausbildung und im Studium von grundlegender Bedeutung.

Dieser Fragebogen dient der Einschätzung, ob und wie Sie sich als künftige Hebammen den entsprechenden Anforderungen hinsichtlich der oben genannten Aufgaben ausgebildet fühlen. Es sollen Aussagen zum Kompetenzerwerb in den einzelnen Ausbildungsformen erhoben werden.

Ihre Teilnahme ist freiwillig und kann helfen, Aussagen zum Kompetenzerwerb in Ihrer Ausbildung zu generieren und ggf. Verbesserungsvorschläge zu formulieren. Im ersten Teil (A) werden Begrifflichkeiten zu Aufklärung, Beratung und Anleitung behandelt. Der zweite Teil (B) befasst sich zunächst mit allgemeinen Fragen zu Ihrer Person, Ihren Vorkenntnissen und Erfahrungen, im dritten Abschnitt geht es um die theoretische, im vierten Abschnitt um die praktische Ausbildung. Im fünften Abschnitt werden Sie zu Ihrer Einschätzung zu Perspektiven in der Hebammenausbildung gefragt.

Ihre Angaben werden anonym, d. h. ohne Namen und Anschrift, ausgewertet. Schreiben Sie daher bitte **nicht** Ihren Namen auf den Fragebogen! Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen. Kennzeichnen Sie Ihre Antwort durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens. Füllen Sie bitte soweit möglich alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig aus. Wenn Sie keine für Sie passende Antwort finden, wählen Sie bitte die Aussage, der Sie am ehesten zustimmen würden. Wenn Sie eine Aussage korrigieren möchten, streichen Sie dies deutlich durch und geben Sie die korrigierte Angabe mit dem Kürzel „**korr**“ an. Der Begriff „Ausbildung“ wird, wenn nicht anders im Fragebogen vermerkt, synonym für den Bachelor-Studiengang wie für die klassische Hebammenausbildung verwendet.

Für Ihre Teilnahme danke ich sehr.

Silvia Hepprich

Lehrerin Hebammenausbildung
Hebamme und Krankenschwester



Teil A – Vorbetrachtung

I. Begriffe – Aufklärung, Beratung und Anleitung

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
I.1) Beratung ist eine zwischenmenschliche Beziehung, bei der eine Person der anderen hilft, Probleme zu erkennen und zu lösen.				
I.2) Beratung schließt Informationsvermittlung, Ermutigung und Erteilung von Ratschlägen mit ein.				
I.3) Durch Beratung von Frauen und Familien will ich als direkte Beraterin eine bestimmte Verhaltensweise erreichen.				
I.4) Beratung ist eine Mischung aus Information und aktivem Zuhören.				
I.5) Als Beraterin leihe ich den Klientinnen lediglich „mein Ohr“, reflektiere die Gedanken und Gefühle und beschreibe mögliche Verhaltensvarianten.				
I.6) Als Hebamme führe ich gegenüber der Frau und der Familie eine Expertenberatung und keine Prozessberatung durch.				
I.7) Aufklärung ist die Vermittlung von Informationen, die daraus resultierende Handlung meiner Klientin muss nicht mit meinen Überzeugungen übereinstimmen.				
I.8) Hebammen haben eine gesetzlich festgeschriebene Aufklärungspflicht.				
I.9) Aufklärung ist vor allem Aufgabe des Arztes, Hebammen können nur ergänzend wirken.				
I.10) Anleitung ist eine geplante und prozesshafte Veranstaltung, die aus Informationsvermittlung und praktischer Unterweisung besteht.				
I.11) Der Prozess der Anleitung erfolgt optimalerweise in 4 Stufen (Evaluation der Situation, Erklären und Zeigen, Nachmachen, Lassen, Festigung des Vermittelten).				



I.12) Bitte kreuzen Sie die in Ihren Augen zutreffenden Antwortmöglichkeiten (Mehrfachnennungen möglich) an. Es ist hilfreich, in einem Beratungsgespräch eine klientenorientierte Gesprächsführung (nach Carl Rogers) zu wählen. Dazu zählen folgende Aspekte:

- Personalkompetenz
- Empathie
- Kongruenz
- Akzeptanz/Wertschätzung
- Feedback

I.13) Für Aufklärung, Beratung und Anleitung sind kommunikative Fähigkeiten erforderlich. Wie können kommunikative Fähigkeiten am ehesten erreicht werden? Wichten Sie Ihre Aussagen durch Wahl der für Sie wichtigsten (1) bis hin zur für Sie unwichtigsten (5) Aspekte durch Verteilung der Werte 1 bis 5, wobei nur jeweils jeder Wert einmal auftreten darf.

- durch Erwerb von theoretischem Wissen (__)
- durch praktische Übungen im Unterricht (__)
- durch Rollenspiele (__)
- durch praktische Ausbildung (__)
- durch computerbasierte Verfahren (__)

I.14) Geben Sie bitte für die untenstehenden Kompetenzen jeweils zwei zutreffende Merkmale an.

- Fachkompetenz: _____
- Personalkompetenz: _____
- Methodenkompetenz: _____
- Sozialkompetenz: _____

Teil B – Einschätzung des Kompetenzerwerbs

II. Persönliche Angaben

II.1 Allgemeine Angaben zur Person

Geben Sie bitte Ihr Alter und Ihr Geschlecht an:

Alter: _____

Geschlecht (m/w): _____

II.1.1) Kreuzen Sie bitte an, welche Ausbildungsform für Sie aktuell zutrifft:

- Klassische Hebammenausbildung
- Studium Bachelor of Science in Midwifery

II.1.2) Erstausbildung:

- Ja
- Nein



II.1.3) Wenn „Nein“: Welchen Beruf bzw. welche Berufe haben Sie bereits erlernt?

_____ Abschluss: _____
 _____ Abschluss: _____

II.1.4) Welchen Schulabschluss haben Sie? Kreuzen Sie das Zutreffende an.

- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Fachhochschulreife
- Abitur (Allgemeine Hochschulreife)
- andere: _____

II.2 Vorerfahrung

II.2.1) Haben Sie vor Beginn Ihrer Ausbildung ein geburtshilfliches oder krankenpflegerisches Praktikum absolviert? Wenn „Nein“, machen Sie gleich bei Abschnitt II. (Theoretische Ausbildung) weiter.

- Ja
- Nein

II.2.2) Wenn „Ja“, geben Sie bitte durch Ankreuzen die zutreffende Antwort an (Mehrfachantworten möglich):

- Geburtshilfliche Abteilung einer Klinik
- Geburtshaus
- ärztliche Schwangerenambulanz
- freiberufliche Hebamme
- kein geburtshilfliches, aber pflegerisches Praktikum

II.2.3) Wenn „Ja“, war das Praktikum obligatorisch vor Beginn der Ausbildung bzw. des Studiums?

- Ja
- Nein

II.2.4) Zeitraum des Praktikums

- < 1 Monat
- 1-2 Monate
- 3-6 Monate
- > 6 Monate

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
II.2.5) Das Praktikum hat zur Festigung meiner Entscheidung, Hebamme zu werden, beigetragen.				
II.2.6) Im Praktikum habe ich bereits Einblicke in die Arbeit hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung durch die Hebamme erhalten.				



II.2.7) Bereits vor Beginn der Ausbildung müssen kommunikative, soziale und personale Kompetenzen vorhanden sein.				
---	--	--	--	--

III. Theoretische Ausbildung

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
III.1) Die theoretischen Inhalte zum Thema Aufklärung, Beratung und Anleitungen waren in der Ausbildung klar als Ziele definiert.				
III.2) Ich habe eine klare Vorstellung davon, was Aufklärung, Beratung und Anleitung der Schwangeren für mich als werdende Hebamme bedeutet.				
III.3) Die theoretischen Inhalte zum Thema Gesprächsführung haben mir die Bedeutung der Erlangung kommunikativer Kompetenz nahe gebracht.				
III.4) Durch die theoretische Ausbildung werde ich meine kommunikative und personale Kompetenz verbessern (=Grundlage für Aufklärung, Beratung und Anleitung).				
III.5) Über die Möglichkeiten der Gesprächsführung gab es genügend Austauschmöglichkeiten im Unterricht.				
III.6) Durch Erfahrungsaustausch mit meinen Mitschülerinnen/Kolleginnen konnte ich meine kommunikative und soziale Kompetenz verbessern.				
III.7) Es gab szenische Darstellungen von Gesprächssituationen zwischen Schwangeren und Hebamme während der Ausbildung.				
III.8) Das szenische Darstellen von Gesprächssituationen zwischen Schwangeren und Hebamme hat meine kommunikativen Fähigkeiten bereichert.				
III.9) Die theoretische Ausbildung bereitet mich gut auf die Aufgaben hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung vor.				



III.10) Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf der theoretischen Ausbildung bezüglich Aufklärung, Beratung und Anleitung der Schwangeren in der Hebammenausbildung? Mehrfachantworten möglich.

- Lehrpersonal/Ausbilder
- Zeitumfang der Lehrveranstaltungen
- Organisation der Lehrveranstaltungen
- Räumliche Verhältnisse der Lehrveranstaltungen
- Ausstattung mit Lehrmaterialien (Bücher, Videos, computerbasierte Simulationsprogramme u. a.)
- andere: _____

IV. Praktische Ausbildung

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
IV.1) Während der Ausbildung auf der Schwangeren- und Wochenbettstation erhielt ich gute Einblicke bezüglich Aufklärung, Beratung und Anleitung der Schwangeren und Wöchnerinnen.				
IV.2) Durch den praktischen Einsatz in der Schwangerenberatung habe ich Wissen und Fertigkeiten erlernt, um Schwangere in allen Bereichen beraten und aufklären zu können.				
IV.3) Die praktische Ausbildung bestand in einem guten Zeitverhältnis zum Erlernen von Kompetenzen zur Aufklärung, Anleitung und Beratung von Schwangeren und Wöchnerinnen.				
IV.4) Ich würde kompetent und strukturiert in der praktischen Ausbildung bezüglich Aufklärung, Anleitung und Beratung von Schwangeren und Wöchnerinnen angeleitet.				
IV.5) Ich hatte stets einen Ansprechpartner bei Fragen zu Aufklärung, Anleitung und Beratung von Schwangeren und Wöchnerinnen während der praktischen Ausbildung.				
IV.6) Ich fühle mich durch die praktische Ausbildung in der Lage, nach dem Abschluss Schwangere und Wöchnerinnen in allen Fragen und Belangen sicher und gut anzuleiten und zu beraten.				



IV.7) In jedem Bereich der praktischen Ausbildung habe ich Ansprechpartner, um offene Fragen zu klären.

V. Perspektiven der Hebammenausbildung

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
V.1) Die Hebammenausbildung sollte im Hinblick auf den Kompetenzerwerb für Aufklärung, Beratung und Anleitung stärker ausgebaut werden.				
V.2) Im Bachelorstudiengang können Kompetenzen für Aufklärung, Beratung und Anleitung besser vermittelt werden als in der klassischen Hebammenausbildung.				
V.3) Das Bachelorstudium ist für den Erwerb von Kompetenzen zur Aufklärung, Beratung und Anleitung nicht zwingend erforderlich.				
V.4) Für den Kompetenzerwerb hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung sollte der theoretische Inhalt und Umfang des Lehrstoffes erweitert werden.				
V.5) Für den Kompetenzerwerb hinsichtlich Aufklärung, Beratung und Anleitung sollte der praktische Inhalt und Umfang des Lehrstoffes erweitert werden.				

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens genommen haben. Bei Fragen stehe ich Ihnen gern unter folgender E-Mail-Adresse zur Verfügung:

s.hepprich@ctk.de

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Schulabschlüsse vor Beginn der Hebammenausbildung bzw. des Bachelorstudiums.....	62
Abb. 2:	Antworten auf die Aussage: „Beratung ist eine zwischenmenschliche Beziehung, bei der eine Person einer anderen hilft, Probleme zu erkennen und zu lösen.“.....	64
Abb. 3:	Antworten auf die Aussage: „Durch Beratung von Frauen und Familien will ich als direktive Beraterin eine bestimmte Verhaltensweise erreichen.“.....	64
Abb. 4:	Antworten auf die Aussage: „Als Beraterin leihe ich den Klientinnen lediglich „mein Ohr“, reflektiere Gedanken und Gefühle und beschreibe mögliche Verhaltensweisen.“.....	65
Abb. 5:	Antworten auf die Aussage: „Aufklärung ist v. a. Aufgabe des Arztes, Hebammen können nur ergänzend wirken.“.....	66
Abb. 6:	Aussagen zur klientenorientierten Gesprächsführung nach Carl Rogers.....	67
Abb. 7:	Gewichtung verschiedener Möglichkeiten zum Erwerb kommunikativer Fähigkeiten in der Ausbildung.....	68
Abb. 8:	Vergleich der Freitextangaben zu zutreffenden Merkmalen für Kompetenzklassen.....	68
Abb. 9:	Antworten auf die Aussage: „Ich habe eine klare Vorstellung was Aufklärung, Beratung und Anleitung für mich als werdende Hebamme bedeuten.“.....	69
Abb. 10:	Antworten auf die Aussage: „Die theoretischen Inhalte zum Thema Gesprächsführung haben mir die Bedeutung kommunikativer Kompetenz nahe gebracht.“.....	70
Abb. 11:	Antworten auf die Aussage: „Durch Erfahrungsaustausch mit meinen Mitschülerinnen/Kommilitoninnen konnte ich meine kommunikativen und sozialen Kompetenzen verbessern.“.....	70
Abb. 12:	Antworten auf die Aussage: „Es gab szenische Darstellungen von Gesprächssituationen zwischen Schwangeren und Hebamme während der Ausbildung.“.....	71
Abb. 13:	Verbesserungsvorschläge zur theoretischen Ausbildung bezüglich Aufklärung, Beratung und Anleitung von Auszubildenden in der Hebammenausbildung bzw. Studentinnen in den Bachelorstudiengängen.....	72
Abb. 14:	Antworten auf die Aussage: „Durch den praktischen Einsatz auf der Schwangeren- und Wochenstation habe ich Wissen und Fertigkeiten erlernt, um Schwangere in allen Bereich beraten und aufklären zu können.“.....	73
Abb. 15:	Antworten auf die Aussage: „Ich wurde kompetent und strukturiert in der praktischen Ausbildung bezüglich Aufklärung, Beratung und Anleitung ausgebildet.“.....	74

Abb. 16: Antworten auf die Aussage: „Ich fühle mich durch die praktische Ausbildung in der Lage, nach dem Abschluss Schwangere und Wöchnerinnen in allen Fragen und Belangen sicher und gut anzuleiten und zu beraten.“ 74

Abb. 17: Antworten auf die Aussage: „Im Bachelorstudiengang können Kompetenzen für Aufklärung, Beratung und Anleitung besser vermittelt werden als in der Hebammenausbildung.“ 75

Abb. 18: Antworten auf die Aussage: „Das Bachelorstudium ist für den Erwerb von Kompetenzen zur Aufklärung, Beratung und Anleitung nicht zwingend erforderlich.“ 76

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Essenzielle Kompetenzen für die grundlegende Hebammenpraxis..... 8

Tab. 2: Prüfungsfächer gemäß Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen von..... 53

Tab. 3: Synopsis der Hebammenausbildung und eines BSc-Studiengangs 55

Tab. 4: Unterschiede zwischen Beratung und gesundheitlicher Aufklärung nach Schaeffer und Dewe 58

Tab. 5: Vergleich von Praktika vor Beginn der Hebammenausbildung bzw. des Bachelorstudiums..... 62

Tab. 6: Vergleich der Dauer von Praktika vor Beginn der Hebammenausbildung bzw. des Bachelorstudiums..... 63

Tab. 7: Übersicht des verwendeten Transkriptionsregelsystems 92