

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences**

MASTER THESIS

„Insgesamt waren die Ausbildungsjahre die schlimmsten drei Jahre
meines Lebens.“

Vom Einfluss der Ausbildung auf die Entscheidung, als Hebamme Ge-
burten zu begleiten – Eine qualitative Studie

Im Studiengang Master of Health Sciences

vorgelegt von

Stephanie Lembke, 

Hamburg, 07. August 2020

1. **Gutachterin:** Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelica Ensel (HAW Hamburg)
2. **Gutachterin:** Frau Dipl. Ges.wirt.ⁱⁿ Wiebke Bendt (HAW Hamburg)

Abstract

Die Geburtshilfe in Deutschland befindet sich in einer Krise. Ein vielerorts anzutreffender Hebammenmangel in der klinischen Geburtshilfe führt zu erheblichen defizitären Situationen im Kreißaal, wie beispielsweise einer hohen Arbeitsbelastung für Hebammen, einer mangelnden Betreuung für Frauen bis hin zu kurzzeitigen Kreißaal-Schließungen. Einsätze in der klinischen Geburtshilfe sind für werdende Hebammen Bestandteil der Ausbildung. Angehende Hebammen erlernen hier nicht nur die praktische Kompetenz der Begleitung von Geburten, sondern erleben zudem die Realität der klinischen Geburtshilfe. Diese Erfahrungen sind tief prägend. Sie können Einfluss auf die erfolgreiche oder vorzeitige Beendigung der Ausbildung sowie auf spätere Entscheidungen bezüglich der Wahl des beruflichen Arbeitsfeldes nehmen, bis hin zu der Entscheidung, als Hebamme keine Geburten zu begleiten. Die Zahl der Auszubildenden in Deutschland hat in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zugenommen, trotzdem spitzt sich die Lage in der klinischen Geburtshilfe zunehmend zu. Ausgehend von diesem Phänomen beschäftigt sich die vorliegende Abschlussarbeit mit der Frage, welchen Einfluss die Sozialisation im Kreißaal während der Ausbildung auf die Entscheidung hat, als Hebamme Geburten zu begleiten.

Ziel ist es, relevante Erfahrungen, Erlebnisse und Empfindungen sowie kritische Aspekte zu identifizieren, die Hebammen im Rahmen ihrer Ausbildung erlebt, wahrgenommen und entwickelt haben. Ferner wird untersucht, ob und wie diese zur Entscheidung beitragen, als Hebamme die Begleitung von Geburten aufzugeben. Es wurde eine qualitative Studie mit leitfadengestützten Interviews via Telefon oder Face-to-Face mit insgesamt sieben weiblichen Hebammen, die in sieben verschiedenen Bundesländern ihre Ausbildung oder ihr duales Studium absolviert haben, durchgeführt. Die Studienteilnehmerinnen haben entweder die Geburtshilfe oder die Berufsausübung nach Beendigung der Ausbildung nicht aufgenommen. Die Datenauswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die qualitative Datenauswertung nach Mayring.

Zentrales Ergebnis der Untersuchung ist, dass strukturelle Gegebenheiten der klinischen Geburtshilfe, die gelebte geburtshilfliche Praxis, belastende, traumatisierende Erfahrungen, feindselige Umgangsarten sowie die unzureichende Unterstützung durch das Kreißaal-Team und speziell die der Praxisanleitung während der praktischen Ausbildung im Kreißaal die Entscheidung als Hebamme Geburten zu begleiten weitreichend beeinflussen können. Diese Erfahrungen führen dazu, dass nach Beendigung der Ausbildung keine Tätigkeit in der Geburtshilfe aufgenommen wird oder dass Absolventinnen den Beruf der Hebamme gar nicht erst ausüben, das heißt auch in anderen Arbeitsfeldern von Hebammen nicht tätig werden.

Weitere qualitative und quantitative Forschungen sollten eine Stichprobenerweiterung auf mehrere Bundesländer beinhalten, unterschiedliche Sichtweisen weiterer Beteiligter miteinbeziehen und andere Ausgangspunkte über die Entscheidung Geburten zu begleiten untersuchen, um die komplexen Zusammenhänge der Sozialisation im Kreißaal und die Entscheidung Geburten zu begleiten besser verstehen zu können.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
1 Einleitung	1
Theoretischer Hintergrund	5
2 Das Berufsbild der Hebamme	6
2.1 Hebammenausbildung in Deutschland	7
2.2 Situation der klinischen Geburtshilfe.....	10
3 Berufliche Sozialisation	14
3.1 Berufliche Sozialisation werdender Hebammen in und durch die Praxiseinsätze	15
3.2 Forschung und Wissen zur berufspraktischen Sozialisation angehender Hebammen im Kreißaal	16
Empirischer Teil	24
4 Methodik	25
4.1 Ziel der Untersuchung.....	25
4.2 Erhebungsmethode und Studiendesign	25
4.3 Rekrutierung und Studienpopulation.....	26
4.4 Durchführung	29
4.5 Transkription	29
4.6 Datenauswertung	30
5 Ergebnisse	33
5.1 Kompetenzentwicklung in der Ausbildung	33
5.1.1 Ausbildungsbeginn	33
5.1.2 Praxisanleitung.....	34
5.1.3 Theorie-Praxis-Gap	35
5.2 Arbeitsumfeld Kreißaal	37
5.2.1 Kulturen im Kreißaal-Team	37
5.2.2 Geburtshilfliche Praxis	38
5.2.3 Strukturelle Bedingungen	40
5.2.4 Selbstständiges Arbeiten	42

5.3	Soziale Interaktion und Kommunikation mit Auszubildenden und Gebärenden	43
5.3.1	Umgang mit den Auszubildenden durch das Kreißsaal-Team.....	43
5.3.2	Betreuung der Auszubildenden durch die anleitenden Hebammen.....	44
5.3.3	Begleitung der Gebärenden durch das Kreißsaal-Team.....	47
5.4	Psychosomatische Auswirkungen der Ausbildungserfahrungen im Kreißsaal	49
5.5	Reflektion der Ausbildungserfahrungen im Kreißsaal	50
5.5.1	Defizite und Wünsche bezüglich der Sozialisation im Kreißsaal.....	50
5.5.2	Konsequenzen bezüglich der Absicht, als Hebamme Geburten zu begleiten	51
6	Diskussion.....	53
6.1	Diskussion der Ergebnisse	53
6.2	Diskussion der Methodik.....	64
7	Reflektion der Autorin und Limitationen	66
8	Fazit.....	69
	Literaturverzeichnis	IV
	Eidesstaatliche Erklärung.....	XIII
	Anhänge	XIV
	Anhang A: Elektronischer Schriftverkehr Lembke/Bovermann 2020 bzgl. Examensprüfungen und Übergangsfristen.....	XIV
	Anhang B: Detaillierte Beschreibung der Änderung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG	XVII
	Anhang C: Interviewleitfaden.....	XIX
	Anhang D: 1. Aufruf zur Rekrutierung.....	XXI
	Anhang E: Datenschutzvereinbarung	XXII
	Anhang F: Transkriptionsregeln.....	XXIII

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
CTG	Cardio-Toko-Graphie
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
et al.	et alia, und andere
EU	Europäische Union
GBCOG	German Board of Obstetrics and Gynecology
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebG	Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen
HebRefG	Hebammenreformgesetz
HebStrPrV	Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen
Hrsg.	Herausgeber
IGES	Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur und Gesundheitsfragen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
o.J.	ohne Jahresangabe
NCM	Nursing and Midwifery Council
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
Tab.	Tabelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation; engl.: World Health Organization
Z.	Zeile

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Betreuungsbogen	7
Abbildung 2: Modell der starren Hierarchien in der Geburtshilfe	13
Abbildung 3: Alternatives Modell der Hierarchien in der Geburtshilfe	14
Abbildung 4: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung.....	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Jahr und Anzahl der Examensabschlüsse der Interviewpartnerinnen.....	28
Tabelle 2: Interviewdetails	29
Tabelle 3: Kategoriensystem der Auswertung	32

1 Einleitung

Die deutsche Geburtshilfe befindet sich in einer kritischen Situation. Der stellenweise vorzufindende Mangel an Hebammen¹ in Geburtskliniken führt zu einer sich immer schwieriger entwickelnden Situation in den Kliniken (Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur und Gesundheitsfragen (IGES), 2019). Resultate des Mangels sind bspw. enorme Arbeitsbelastungen für die Hebammen, eine eingeschränkte Versorgung der Gebärenden, zeitweise müssen Kreißsäle Gebärende ablehnen oder sogar kurzzeitig schließen (Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), 2016; IGES, 2019). Zudem wird die Situation dadurch verstärkt, dass es immer schwieriger wird, Hebammen für den klinischen Bereich zu finden. Aufgrund der erschwerten Arbeitsbedingungen und -belastungen verlassen zunehmend mehr berufserfahrene Hebammen die Klinik, reduzieren ihre Stunden oder geben sogar komplett die Berufsausübung auf (ebd.).

In den letzten Jahren wurde die Ausbildung zur Hebamme stark vorangetrieben; zuletzt mit der seit Januar 2020 beginnenden Verlegung an die Hochschule (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Das statistische Bundesamt (2020) berichtet, dass die Zahl der angehenden Hebammen in den letzten zehn Jahren um ca. 44% gestiegen ist und derzeit einen Höchststand verzeichnet. Trotzdem spitzt sich die Situation in den Kreißsälen weiterhin zu (Destatis, 2020). Hier kommt die Frage auf: wo verbleiben die Absolventinnen und Absolventen?

Über teilweise prekäre Zustände in der Hebammenausbildung wurden bereits international verschiedene Studien durchgeführt (Begley, 2001, 2002; Hunter, 2004; Carolan & Kruger, 2011; Greening, 2011; Khajehei, Ziyadlou, Hadzic & Kashefi, 2011; Coldridge & Davies, 2017; Domanig, 2017). Zudem ist bekannt, dass die Erfahrungen in der Ausbildung Einfluss auf die Absicht werdender Hebammen, in der Geburtshilfe zu verbleiben, haben und dass sich diese im Verlauf der Ausbildung verändern kann (McCall, Wray & McKenna, 2009; Agricola, 2019). Hiermit beschäftigte sich die quantitative Studie von Agricola (2019). Von n=644 befragten Hebammenauszubildenden innerhalb Deutschlands gaben 73% an, ein Interesse an der Arbeit im Kreißsaal zu haben. 55,6% der Befragten im ersten Lehrjahr gaben sogar an, die Ausbildungsklinik als zukünftigen Arbeitsplatz anzusehen. Im vierten Ausbildungsjahr gaben diesen Gedanken nur noch 8,3% an (Agricola, 2019).

¹ Laut § 3 des Hebammengesetzes gilt die Berufsbezeichnung „Hebamme“ für alle Berufsangehörigen jeden Geschlechts (§ 3, Abs. 2, HebG). Aufgrund dessen wird im Rahmen dieser Arbeit ausschließlich diese Berufsbezeichnung verwendet.

Ausgehend von diesem Phänomen beschäftigt sich die vorliegende Abschlussarbeit mit der Frage: *„Wie beeinflusst die Sozialisation im Kreißsaal während der Ausbildung die Entscheidung als Hebamme Geburten zu begleiten?“*.

Für den Verbleib in einem bestimmten Tätigkeitsbereich, wie z.B. der Geburtshilfe, ist eine erfolgreiche berufliche Sozialisation in das Umfeld erforderlich (Geulen, 2007). Die berufliche Sozialisation beinhaltet das Erlernen von spezifischem Wissen, Einstellungen, Überzeugungen und Fähigkeiten, um als Mitglied einer Berufsgruppe anerkannt zu werden (ebd.). Diese erfolgt bei angehenden Hebammen bezüglich der Geburtshilfe überwiegend im Kreißsaal (Benoit, 1989; McCall, Wray & McKenna, 2009; Carolan & Kruger, 2011; Mander & Fleming, 2014). Die Kreißsaal-Einsätze ermöglichen nicht nur das Erlernen praktischer Fähigkeiten, sondern bieten ebenfalls die Möglichkeit des Kennenlernens des Arbeitsfeldes Kreißsaal sowie fachspezifischer Einstellungen und Wertehaltungen (Weis & Schank, 2002; McCall, Wray & McKenna, 2009).

Während der Sozialisation im Kreißsaal können angehende Hebammen Erfahrungen mit vielfältigen belastenden Situationen aufgrund mancherorts erschwelter Arbeitsbedingungen und -umstände in der klinischen Geburtshilfe erleben. Dies geht sowohl aus Studien, Artikeln aus Hebammenfachzeitschriften als auch aus Erfahrungsberichten hervor (Begley 2001, 2002; Greening, 2011; Hochhausen, 2011; Khajehei et al., 2011; Hentzschel, 2013; Coldridge & Davies, 2017; Domanig, 2017; Mundlos, 2017; Drescher, 2018; Agricola, 2019; Tegtmeyer, 2019). Als belastende Faktoren werden hierbei z.B. die hierarchischen Strukturen im Kreißsaal, die Praxisanleitenden, der Umgang der Hebammen untereinander und gegenüber den Auszubildenden, traumatisierende Erfahrungen im Kreißsaal sowie die Desillusionierung von Ansichten über die Arbeit als Hebamme bspw. die Qualität, Art und Weise wie die Auszubildenden die Gebärenden betreuen und begleiten möchten, beschrieben (Begley 2001, 2002; Hunter, 2004; Carolan & Kruger, 2011; Greening, 2011; Hochhausen 2011; Khajehei et al., 2011; Hentzschel, 2013; WHO, 2016; Coldridge & Davies, 2017; Domanig, 2017; Mundlos, 2017; Drescher, 2018; Agricola, 2019; Tegtmeyer, 2019). Aus der internationalen wissenschaftlichen Literatur wird ersichtlich, dass Erfahrungen in klinischen Einsätzen einen prägenden Einfluss sowohl auf die erfolgreiche Beendigung der Ausbildung als auch der späteren Berufs- und Beschäftigungsentscheidung haben können (McCall, Wray & McKenna, 2009; Carolan & Kruger, 2011; Mander & Fleming, 2014; Mundlos 2017; Astrup, 2018; Agricola, 2019).

Bundesweit finden rund 98% der Geburten im Kreißsaal und circa 2% der Geburten außerklinisch, z.B. zu Hause oder im Geburtshaus, statt (DHV, 2019a; Gesellschaft für Qua-

lität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG), 2019). Der Kreißaal ist somit der Hauptort, an dem Hebammen Geburten begleiten (Bauer, 2011; Stiefel, Friedrich & Simon, 2013; Hochhausen, 2015). In Deutschland ist für berufstätige Hebammen im klinischen oder außerklinischen Bereich kein zentrales Melderegister vorhanden. Aufgrund dessen lässt sich keine quantitative Aussage darüber treffen, wie viele Hebammen nach der Ausbildung in die Geburtshilfe gehen (Bauer, 2011). Es ist jedoch essenziell notwendig, dass Hebammen in die klinische Geburtshilfe nachrücken, um die Erhaltung/Verbesserung der Versorgungsqualität und Sicherheit von Hebammen für die Gebärenden in den Kreißälen zu gewährleisten, da die überwiegende Mehrheit der Frauen in Deutschland im Kreißaal gebärt (DHV, 2016; DHV, 2019a).

Die Autorin ist durch die Hinweise aus der Literatur und den Erfahrungsberichten motiviert, genauer zu untersuchen, aus welchen Gründen Nachwuchs-Hebammen die Begleitung von Geburten bewusst meiden und ob diese Entscheidung in einem Zusammenhang mit den Erfahrungen in der Ausbildung stehen könnte. Die Autorin erhofft sich mit der wissenschaftlichen Bearbeitung der Fragestellung Informationen über die Beweggründe der Entscheidungen von Hebammen bezüglich des Begleitens von Geburten nach Beendigung der Ausbildung beitragen zu können. Sie versucht, die Fragestellung mittels leitfadengestützter Interviews zu erforschen und aufzuzeigen, weshalb Nachwuchs-Hebammen aus Deutschland sich gegen die Begleitung von Geburten entscheiden und was sie in der Geburtshilfe gehalten hätte.

Die Arbeit ist in zwei Teile gegliedert, wovon der erste Teil den theoretischen Hintergrund abbildet. Hier werden einzelne für die Bearbeitung des Themas und zur Beantwortung der Forschungsfrage wichtige Aspekte aufgeführt. In Kapitel 2 wird aufgezeigt, was das Berufsbild der Hebamme beinhaltet. Es folgt die Auseinandersetzung mit der Thematik der Ausbildung zur Hebamme in Deutschland. Hierbei wird darauf eingegangen, welche Möglichkeiten zurzeit in Deutschland bestehen, die Berufstätigkeit der Hebamme aufzunehmen. Darüber hinaus werden relevante Veränderungen der Hebammenausbildung durch die begonnene Vollakademisierung seit Januar 2020 in Bezug auf die praktische Ausbildung und das praktische Examen aufgeführt. Anschließend wird die derzeitige Situation der klinischen Geburtshilfe aufgezeigt. Hiernach fokussiert sich der Blick auf die Sozialisation der Auszubildenden in und durch die Praxis. Es wird spezifisch auf die berufspraktische Sozialisation im Kreißaal eingegangen. In diesem Zusammenhang werden Forschungsarbeiten aus der internationalen wissenschaftlichen Literatur, der fachspezifischen Literatur und aus Erfahrungsberichten beeinflussende Faktoren bezüglich der Sozialisation im Kreißaal und das Erleben der Kreißaal-Einsätze angehender Hebammen

vorge stellt. Im zweiten Teil der Arbeit erfolgt die Darstellung des methodischen Rahmens der eigenen qualitativen Untersuchung. Die Ergebnisse der Untersuchung werden vorge stellt und in der Diskussion kritisch auf der Grundlage des theoretischen Hintergrundes diskutiert und betrachtet. Ebenfalls wird die gewählte Methodik diskutiert. Anschließend erfolgt eine Reflektion der Autorin sowie das Aufzeigen möglicher Limitationen. Das Fazit beinhaltet mögliche Handlungsempfehlungen für die Praxis und bildet den abschließenden Teil dieser Arbeit.

Theoretischer Hintergrund

2 Das Berufsbild der Hebamme

Die Berufsgruppe Hebamme zählte 2017 insgesamt ca. 24.000 Berufsangehörige in Deutschland – so viele wie nie zuvor (Statista, 2020a). Insgesamt waren davon 9.385 Hebammen in Kliniken angestellt. Hiervon waren wiederum 6.733 Hebammen (71,7%) teilzeitangestellt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018). Oftmals arbeiten teilzeitangestellte Hebammen zusätzlich freiberuflich, vor allem in der Geburtsvorbereitung und der Nachversorgung (IGES, 2019). Grundsätzlich arbeitet die Mehrheit der Hebammen, ungefähr 14.000, freiberuflich in Voll- oder Teilzeit in der Vor- und Nachsorge, einige von ihnen arbeiten zusätzlich als Beleghebamme. Im Jahr 2017 wurden 1.848 Beleghebammen, freiberufliche Hebammen, die Geburten mit einer 1:1 Betreuung² in Krankenhäusern begleiten, gezählt (Destatis, 2018).

In Deutschland arbeiten Hebammen auf Grundlage des Hebammengesetzes (HebG), der Mutterschaftsrichtlinien und der jeweiligen Berufsordnung der Länder. Während der Ausbildung zur Hebamme oder dem Studium greifen zudem die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) oder die Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) (Mändle & Opitz-Kreuter, 2016; HebAPrV, vom 16. März 1987, zuletzt geändert durch Artikel 37 vom 15. August 2019; HebG, vom 22. November 2019; HebStPrV, vom 8. Januar 2020). Die Berufsbezeichnung Hebamme ist geschützt. Es bedarf einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung. Diese wird nur auf Antrag, nach erfolgreichem Bestehen des Staatsexamens, erteilt (ebd.).

Mit Erlangen der Berufserlaubnis haben Hebammen die Möglichkeit mit Frauen und deren Partnern über den gesamten Umfang des Betreuungsbogens wie in Abbildung 1 dargestellt zusammen zu arbeiten (Sayn-Wittgenstein, zitiert nach Bauer, 2011).

² Anmerkung der Autorin: Die 1:1 Betreuung stellt das Verhältnis eine Hebamme für eine Gebärende dar.

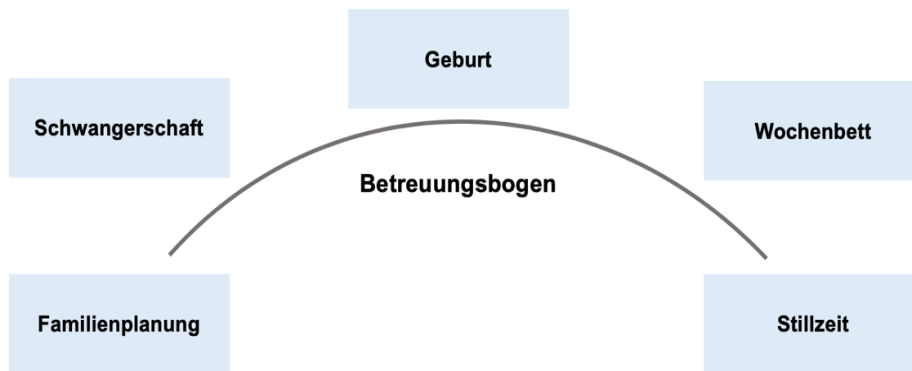


Abbildung 1: *Betreuungsbogen* (Quelle: In Anlehnung an Sayn-Wittgenstein, nach Bauer, 2011, S. 96)

Die möglichen Arbeitsbereiche einer Hebamme reichen von der Familienplanung, der Schwangerenversorgung, Geburtsvorbereitungskursen, über die Geburtsbegleitung bis hin zu der Wochenbett- und Stillzeitbetreuung (s. Abb. 1). Die Tätigkeiten in diesen Bereichen können beispielsweise bei den Frauen zu Hause, in einer Hebammenpraxis, im Geburtshaus oder in der Klinik durchgeführt werden (Bauer, 2011; DHV, 2011; Stiefel, Friedrich & Simon, 2013).

Das breite Tätigkeitsspektrum des Hebammenberufes erfordert ein hohes Maß an Kompetenz, sowohl fachlich als auch persönlich. Die Fachkompetenz bezieht sich auf das Wissen und die Fertigkeiten der Hebammenarbeit. Die persönliche Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeiten der sozialen Kompetenz und der Selbstständigkeit (DHV, 2019b). Diese Fachkompetenzen gilt es in der Ausbildung zu erwerben. In den folgenden Abschnitten wird spezifischer auf die Ausbildung zur Hebamme in Deutschland eingegangen.

2.1 Hebammenausbildung in Deutschland

Bislang bestehen in Deutschland zwei Möglichkeiten, um Hebamme zu werden. Die erste Möglichkeit umfasst das Absolvieren der dreijährigen Ausbildung an einer Hebammenschule. Die Zahl der werdenden Hebammen, die eine fachschulische Ausbildung absolvierten, ist im Vergleich zu 2008/2009 mit 1.867 Abzubildenden auf 2.688 Auszubildende im Jahr 2018/2019 angestiegen (Destatis, 2020). Die zweite Möglichkeit beläuft sich auf das Absolvieren eines vierjährigen grundständigen dualen Studiums an einer Fachhochschule mit einem primärqualifizierenden Hebammenstudium (DHV, o.J.-a). Laut Deutschem Hebammenverband e.V. befanden sich im Jahr 2018 rund 400 angehende Heb-

ammen im dualen Studium. Jährlich nehmen ca. 1.000 Absolvierende der beiden Bildungswege ihre Berufstätigkeit zur Hebamme auf (DHV, o.J.-b). Das staatliche Hebammenexamen findet für beide Möglichkeiten der Ausbildung nach drei Jahren statt und besteht aus je einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfungsteil. Die dual studierenden Auszubildenden haben bisher die Möglichkeit im vierten Studienjahr mit dem Einreichen der Bachelorarbeit ihren akademischen Abschluss zu erhalten (ebd.).

Das Ziel der Ausbildung ist es, Hebammen so auszubilden, dass sie Frauen und deren Familien selbstständig, sicher und effektiv auf höchstmöglichem Niveau über die ganze Spannbreite des Betreuungsbogens betreuen können (Mändle & Opitz-Kreuter, 2016). Um dieses zu erreichen, ist die Ausbildung sowohl in theoretische als auch praktische Phasen unterteilt. Laut der HebAPrV umfasst die bisherige Form der Ausbildung von drei Jahren 1.600 Stunden Theorie und 3.000 Stunden Praxis (§ 1 Abs.1, HebAPrV).

Im Januar 2020 begann mit der Reformierung des Hebammengesetzes die Verlegung der Ausbildung an die Hochschule, sodass ab 2027 nur noch der Weg des dualen Studiums an einer Hochschule möglich ist, um eine Hebamme zu werden (Deutscher Bundestag, 2019). Für die schulische Ausbildung besteht eine Übergangsfrist. Diese endet zum 31.12.2027 (§§ 77 & 78, HebG; Bovermann, persönliche Kommunikation, 28. Februar 2020, Anhang A). Der Grund für die Akademisierung ist die Änderung der EU-Richtlinie 2005/36/EG³ durch die Richtlinie 2013/55/EU. In der Europäischen Union ist Deutschland das einzige Land, in welchem die Ausbildung zur Hebamme nicht ausschließlich an der Hochschule erfolgt (DHV, 2018a; DHV, o.J.-a; DHV, o.J.-c). Ziel der Akademisierung ist – neben der inhaltlichen Realisierung der Richtlinie 2005/36/EG – den Hebammenberuf attraktiver für den Nachwuchs zu gestalten (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Hierfür wird ein intensiverer Fokus auf dem Erreichen einer höheren Qualität der praktischen Einsätze gelegt, indem eine bessere Gestaltung und Begleitung währenddessen angestrebt wird (DHV, 2018b).

Dafür wird die prozentuale Praxisanleitung während der praktischen Einsätze mit der Reformierung des Hebammengesetzes gesetzlich festgehalten. Bislang war dies nicht der Fall. Praxisanleitende Personen sind Hebammen, die Hebammenauszubildende während der Lernprozesse in den Praxiseinsätzen, praktisch anleiten, unterstützen und begleiten sollen. Die praxisanleitende Person übernimmt somit die essenzielle Funktion der Verbindung zwischen Theorie und Praxis (Ausbildungsreport Pflegeberufe, 2015). Tendenziell

³ Anmerkung der Autorin: Im Anhang B befindet sich eine detaillierte Beschreibung der Änderung der EU-Richtlinie 2005/36/EG.

lag der bisherige Umfang der Praxisanleitung für werdende Hebamme laut des GKV-Spitzenverbandes (2019) bei rund 10%. Zukünftige Studierende werden ab 2020 mindestens 25% Praxisanleitung der jeweiligen Stundenzahl des Einsatzes bekommen, um die nötige praktische Anleitung im Berufsalltag zu gewährleisten und die Qualität der Ausbildung sicherzustellen (Bovermann, 2019; § 13, HebG). Hierzu bedarf es mit dem Inkrafttreten der neuen Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) seit dem 1. Januar 2020 zur Führung der Bezeichnung „Praxisanleitung für Hebammen“ mind. zwei Jahre Berufserfahrung im entsprechenden Bereich, eine berufspädagogische Zusatzqualifikation von mind. 300 Stunden und fortlaufende berufspädagogische Fortbildungen von mind. 24 Stunden pro Jahr (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), 2019; § 10, HebStPrV). Hier ist eine Übergangsfrist bis zum Jahr 2030 festgelegt worden. Die Bundesländer dürfen bis dahin zu einem niedrigeren Prozentsatz anleiten; jedoch nicht weniger als 15% der Stundenanzahl der zu absolvierenden praktischen Einsätze. Bei rechtlichen Verstößen kann den Einrichtungen das Durchführen von Praxiseinsätzen untersagt werden (§ 13, Abs. 2, HebG).

Die praktischen Einsätze werden im Kreißaal, auf der Neugeborenen- und Wochenbettstation, auf operativen und nichtoperativen Pflegestationen, im Operationssaal, in der Kinderklinik und in einer freien Praxis absolviert (Hochhausen, 2015; DHV, 2020; Anlage 2 (zu § 2 Abs. 1), HebAPrV; Anlage 2 (zu § 8 Abs. 1), HebStPrV). Besonders bedeutend ist die berufliche Sozialisation im Kreißaal, dem zentralen Ort für das praktische Erlernen der Begleitung von Geburten (Benoit, 1989; McCall, Wray & McKenna, 2009; Carolan & Kruger, 2011; Mander & Fleming, 2014; DHV, 2019a). Dort verbringen die angehenden Hebammen während der fachschulischen Ausbildung ca. 1.440 der 3.000 Praxisstunden – während des Studiums seit 2020 ca. 1.280 von mind. 2.200 Praxisstunden (Anlage 2 (zu § 2 Abs. 1) HebAPrV; Anlage 2 (zu § 8 Abs. 1), HebStPrV).

Zusätzlich haben sich mit der beginnenden Akademisierung die Prüfungsanforderungen geändert: Der praktische Prüfungsteil für den Kompetenzbereich „Geburt“ besteht für Auszubildende aus der realen Begleitung einer Geburt; die sogenannte Examensgeburt (§ 7, Abs. 1, HebAPrV). Die HebStPrV für Studierende ab 2020 fordert hingegen eine Simulationsgeburt (§ 29, Abs. 2, HebStPrV). Weitere praktische Prüfungsteile für Auszubildende sind die Bereiche „Schwangerschaft“, „Wochenbett“ und „Stillzeit“ (§ 7, Abs. 1, HebAPrV), wobei diese mit realen Frauen und Säuglingen auf den jeweiligen Stationen absolviert werden. Studierende können diese Prüfungsbereiche zukünftig weiterhin in den kooperierenden Krankenhäusern absolvieren. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, diese Prüfungsbereiche an der Hochschule, in hebammengeleiteten Einrichtungen oder in am-

bulanten Hebammenpraxen, die eine Kooperation mit der Hochschule haben, zu absolvieren. Die Demonstration einer dieser Prüfungsteile an einem Model oder einer Simulationsperson wird ermöglicht (DGHWi, 2019; § 29, Abs. 1, HebStPrV). Für werdende Hebammen, die in der Übergangszeit die schulische Ausbildung beginnen, gilt weiterhin die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV). Für sie besteht, im Gegensatz zu den Studierenden, nur in Ausnahmefällen und in Absprache der Schulen mit den Behörden der Länder die Möglichkeit Prüfungsteile zu simulieren wie bspw. die Geburt (Bovermann, persönliche Kommunikation, 28. Februar 2020, Anhang A).

Der weitere Verlauf dieser Arbeit wird sich speziell auf den Aspekt des Arbeitens im Kreißaal, sprich in der klinischen Geburtshilfe, konzentrieren. Wie bundesweit die Situation der klinischen Geburtshilfe, in dem die werdenden Hebammen ausgebildet werden, einzuordnen ist, wird im folgenden Abschnitt erläutert.

2.2 Situation der klinischen Geburtshilfe

Seit 2013 werden in Deutschland wieder vermehrt Kinder geboren. Im Vergleich zu 2013 gab es 2018 +13,3% mehr Geburten (Statista, 2020b). Die Zahl der Hebammen stieg im gleichen Zeitraum um +4,2% (Statista, 2020a). Zeitgleich wurde die Anzahl von Kreißsälen in Deutschland reduziert (DHV, o.J.-d), obwohl 98% der Frauen im klinischen Setting gebären (DHV, 2019a). Einerseits erfolgten Kreißsaal-Schließungen aufgrund der Zentralisierung der Geburtshilfe, da sich eine geburtshilfliche Abteilung für eine Klinik wirtschaftlich erst rentiert, wenn ausreichend Geburten stattfinden (DHV, o.J.-d; DHV, 2018c). Kritisch zu betrachten ist hierbei das Fallpauschalen-System der Krankenhäuser, das sogenannte DRG-System, welches auch für die Geburtshilfe gilt (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), 2019). Demnach wird eine physiologische Geburt mit zeitlichem Mehraufwand niedriger vergütet als eine Geburt mit technischen/medizinischen Interventionen oder als ein Kaiserschnitt (ebd.). Andererseits mussten Kreißsäle schließen, da teilweise ein Personalmangel an Hebammen aufgrund von belastenden Arbeitsbedingungen in den Kliniken vorherrscht. Kreißsaal-Hebammen müssen häufig Überstunden leisten, ihre Pausen entfallen und sie müssen zwei oder mehr Frauen gleichzeitig betreuen. Hinzu kommt ein hoher bürokratischer Aufwand und eine niedrige Vergütung im Vergleich der zu tragenden Verantwortung (DHV, o.J.-d; DHV, 2016; DHV, 2018c).

Aus der internationalen Literatur der Hebammenwissenschaften lassen sich zahlreiche Studien sowie Erfahrungsberichte auffinden, die untersuchen und beschreiben, weshalb berufserfahrene Hebammen darüber nachdenken, die klinische Geburtshilfe zu verlassen

oder dieses tun. Gründe sind sowohl die zuvor benannten Belastungen als auch traumatisierende Erfahrungen, wie zum Beispiel Gewalt in der Geburtshilfe sowie ein wachsendes medizinisch dominierendes System der Geburtshilfe und/oder unzureichende unterstützende Arbeitsplatzkulturen (Yoshida & Sandall 2013; Pezaro, Clyne, Turner, Fulton & Gerada, 2016; Sheen, Spiby & Slade, 2016a; Sheen, Spiby & Slade, 2016b; Catling, Reid & Hunter, 2017; Drescher, 2018; Harvie, Sidebotham & Fenwick 2019; IGES, 2019; Zehrfeld, 2019).

Durch das Abwandern von Hebammen aus den Kliniken und/oder durch das Reduzieren der Arbeitsstunden von Kreißsaal-Hebammen können stellenweise Engpässe in der Versorgung von gebärenden Frauen resultieren. Versorgungsengpässe werden öffentlich als bundesweiter Hebammenmangel diskutiert – sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Bereich. Woran es vielerorts allerdings tatsächlich mangelt, sind Hebammen, die im Kreißsaal arbeiten sowie individuelle Hebammendiensteleistungen (Klenk, 2016; Hartmann, 2019). Auch die IGES-Studie (2019) bestätigt, dass vornehmend in deutschen Großstädten stellenweise Engpässe in der Versorgung von Gebärenden in der klinischen Geburtshilfe vorzufinden sind. Ein flächendeckender Engpass ist zurzeit in Deutschland nach Bewertungen des IGES (2019) nicht zu vermerken. Die IGES-Studie (2019) untersuchte zum einen Sekundärdaten und erhob zum anderen Primärdaten von Krankenhäusern (n=287), Hebammen (n=2.264) und Müttern (n=1.770).

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Versorgungsengpässe in den geburtshilflichen Kapazitäten den Gebärenden und den angestellten Hebammen zu Lasten fallen. So mussten nach Angaben der befragten Kliniken (n=251) 35% im Jahr 2018 mind. „eine Schwangere mit Wehentätigkeiten“ ablehnen (IGES, 2019, S. 119) oder aufgrund von Personalmangel den Kreißsaal vorübergehend schließen (ebd., S. 42). Die Kliniken, die Angaben bezüglich ihres Betreuungsschlüssels machten (n=182), sagten aus, dass im Durchschnitt eine 1:1 Betreuung der Gebärenden mit 40% seltener als eine 1:2 Betreuung (44%) ist (ebd., S. 133). Nach Einschätzungen der Hebammen selbst (n=2.044), ist für 27% der Befragten eine 1:2 Betreuung noch vertretbar. 71% der befragten Hebammen hingegen finden eine Betreuung im Verhältnis 1:1 für angebracht (ebd., S. 177). Die Kliniken berichteten bezüglich des Personalmangels, dass sie Schwierigkeiten haben Planstellen, aufgrund der niedrigen Entlohnung (n=113) im Gegensatz zu der hohen Arbeitsbelastung (n=112) (ebd., S. 125), zu besetzen. 1.262 in Teilzeit tätige Hebammen (73%) gaben an, dass ihnen eine Vollzeitstelle im klinischen Bereich dauerhaft zu belastend sei (ebd., S. 205). „An eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit haben im Laufe des letzten Jahres 43% der Hebammen oft oder sehr oft gedacht, 28% der Hebammen sogar an die voll-

ständige Aufgabe ihrer beruflichen Tätigkeit“ (ebd., S. 216). Überstunden (ebd., S. 162), das nicht Einhalten von Ruhepausen (ebd., S. 172) sowie das zeitgleiche Erledigen anderer Tätigkeiten während der Betreuung von Schwangeren, z.B. Bestellungen von Verbrauchsmaterialien oder Apothekenartikeln und Reinigungsarbeiten und/oder bürokratische Aufgaben wie z.B. die Dokumentation (ebd., S. 129), stellen weitere Belastungen im Arbeitsalltag bei Hebammen dar. Zur Reduzierung solcher Belastungen, gaben 49 Kliniken an, ein Einsatz-Rotations-System zwischen Wochenbettstation, Kreißsaal oder Ambulanzen eingeführt zu haben (ebd., S. 126). Außerdem wurden für Tätigkeiten, die nicht ausschließlich von Hebammen durchgeführt werden müssen, wie z.B. das Auffüllen von Verbrauchsmaterialien, an andere medizinische Fachdisziplinen abgegeben wie bspw. an medizinische Fachangestellte (ebd., S. 147).

Zudem zeigt sich durch die Hebammenbefragung der IGES-Studie (2019) in der deutschen stationären Geburtshilfe folgendes Bild: 61% von 2.108 Hebammen gaben an, dass die physiologische Geburt gefördert wird. Dem steht gegenüber, dass von 2.098 Hebammen 41% wenig oder gar nicht zustimmten, dass keine „unangemessene Pathologisierung und/oder Medikalisierung der Geburt“ stattfindet (ebd., S. 200). 39% von 2.116 Hebammen gaben mit „trifft wenig zu“ an, dass sie bei ihrer Arbeit nicht genug Zeit haben, die Frauen so zu betreuen, wie sie es für richtig halten. 16% gaben an, dass dies gar nicht zu treffen (ebd.). 81% der Hebammen (n=2.045) sind mit der Kooperation zwischen anderen Hebammen „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ (S. 199). Mit den Hierarchien zwischen Hebammen und dem ärztlichen Personal sind 32% (n=2.101) „teils, teils“ zufrieden. 19% sind „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ (ebd.).

Das deutsche Krankenhaussystem ist trotz des modernen Wandels der Medizin stellenweise immer noch starr hierarchisch gegliedert. Die Geburtsstation und damit der Kreißsaal, ist als Abteilung im System Krankenhaus aufzufinden. In diesem System haben sich die verschiedensten Professionen überwiegend unterzuordnen und so zu handeln wie ihre jeweilige Rolle es im System vorsieht (Dreißig, 2008; Hibbeler, 2011). Das hierarchische Verhältnis zwischen ärztlichem Personal und dem Fachpersonal der Pflege ist sehr komplex, jedoch werden gewisse Regeln seit langer Zeit still befolgt, wie z.B.: Ärztin/Arzt gibt Anweisungen, Schwester/Pfleger führen diese aus (Hibbeler, 2011). Dies gilt auch für die klinische Geburtshilfe, in denen sich die Kreißsäle befinden (Stahl, 2016). Die geburtshilflichen Stationen in Deutschland unterliegen der ärztlichen Leitung, das heißt Hebammen sind den Ärzten untergeordnet und haben ihren Anweisungen zu folgen, obwohl laut § 4 HebG Hebammen das Begleiten einer Geburt bei physiologischem Verlauf vorbehalten ist (Bauer, 2011; Diefenbacher, 2016). Treten Abweichungen der physiologischen

Geburt auf, sind Hebammen angehalten ärztliche Unterstützung hinzuzuziehen. Ärztliches Personal ist wiederum immer angehalten eine Hebamme hinzuzuziehen (Diefenbacher, 2016). Die starre hierarchische Struktur der klinischen Geburtshilfe lässt sich wie in Abb. 2⁴ dargestellt abbilden.

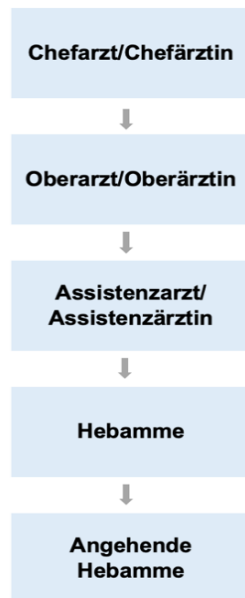


Abbildung 2: *Modell der starren Hierarchien in der Geburtshilfe* (Quelle: In Anlehnung an Hebammenkongress, 2019, S. 9)

Hierarchien in der Geburtshilfe sind kein neu auftretendes Phänomen und sind weltweit, trotz der unterschiedlichen Gesundheitssysteme, zu vermerken. Dies zeigen die Report-Ergebnisse der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2016). Die WHO hat im Jahr 2014 im Rahmen eines mehrsprachigen partizipatorischen Hebammen-Workshops in Prag und in Kombination mit der bislang größten Online-Befragung von 2.470 Hebammen aus 93 Ländern Erfahrungen bezüglich kritischen Problemen bei der Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung/Betreuung von Gebärenden und Neugeborenen durch Hebammen erhoben. Die Ergebnisse zeigen u.a., dass Hierarchien im klinischen Umfeld zu steigenden medizinisierten Geburten führen, welche hingegen die Möglichkeiten für die Arbeit der Hebammen einschränkt. Hierdurch können sich Hebammen in ihrer Autonomie und Entscheidungsfähigkeit entmachteten fühlen, was sich wiederum auf die interprofessionelle Kommunikation und folglich auf die Patientenversorgung und -sicherheit auswirken kann. Begünstigt werden hierdurch das Ausüben und Erleben von Gewalt während der Geburt (WHO, 2016). Flachere Hierarchien innerhalb des Kreißsaal-Teams „... im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie die Partizipation der Hebammen an

⁴ Die Autorin hat in der Abbildung die angehenden Hebammen ergänzt.

strukturellen Entscheidungen [könnten] das Auftreten geburtshilflicher Gewalt vorbeugen.“ (Sénac, 2018, S. 51). Eine alternative Darstellung zur starren Hierarchie kann das erarbeitete alternative Modell vom Hebammenkongress 2019 in Bremen darstellen (s. Abb. 3).

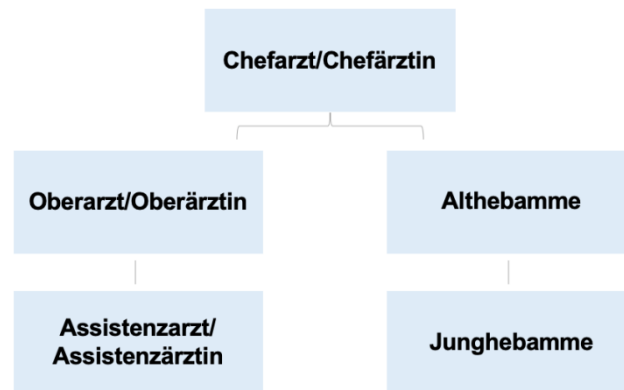


Abbildung 3: *Alternatives Modell der Hierarchien in der Geburtshilfe* (Quelle: In Anlehnung an Hebammenkongress, 2019, S.9)

Anzumerken ist hier, dass es, anders als bei Ärzten/Ärztinnen, offiziell keine Bezeichnung der Berufserfahrung in der Geburtshilfe existiert, wie z.B. Althebamme und Junghebamme (Hebammenkongress, 2019). Zudem wurden die angehenden Hebammen in diesem erarbeiteten Modell nicht berücksichtigt.

Aus den vorherigen Abschnitten wird ersichtlich, dass angehende Hebammen in ein geburtshilfliches System mit vielerorts vorzufindenden ausgeprägten Hierarchien und unzureichenden Ressourcen, wie bspw. Personal, erfolgreich sozialisiert werden sollen. In dem nachfolgenden Kapitel wird die Sozialisation unter dem Aspekt der praktischen Hebammenausbildung thematisiert.

3 Berufliche Sozialisation

Die komplexen und lebenslangen Prozesse der Sozialisation finden in allen Kulturen und Gruppen statt und beginnen innerhalb der Familie, wobei sich ein Individuum die Praktiken und Überzeugungen der Menschen um sich herum aneignet (Weis & Schank, 2002; Geulen, 2007). Der Begriff „berufliche Sozialisation“ bezieht sich auf den Prozess, durch den fachspezifisches Wissen, Einstellungen, Überzeugungen und Fähigkeiten erworben werden, um als Mitglied einer Berufsgruppe akzeptiert zu werden (Geulen, 2007). Dieser

Prozess ist für alle Berufe ähnlich. Die berufliche Sozialisation Auszubildender bezieht sich somit auf kognitive, psychomotorische und affektive Lernbereiche, da sowohl das erforderliche Wissen erworben wird als auch die körperlichen Fähigkeiten, die für die Ausführung bestimmter Aufgaben benötigt werden. Darüber hinaus werden spezifische Einstellungen und Werthaltungen des Berufes erlernt (Weis & Schank, 2002). Für die Entwicklung während der Ausbildung zur Hebamme sind alle drei Lernbereiche wichtig (DHV, 2019b).

3.1 Berufliche Sozialisation werdender Hebammen in und durch die Praxiseinsätze

Laut Benoit (1989) bedarf es sowohl der Ausbildung als auch der Sozialisation, um Hebamme zu werden. Dies bedeutet, dass Auszubildende nicht nur theoretische sowie praktische Tätigkeiten erlernen, sondern ebenfalls in das berufliche Milieu sozialisiert werden müssen (Benoit, 1989). Laut Benoit, Davis-Floyd, van Teijlingen, Sandall und Miller (2001) bezeichnet „Ausbildung“ in diesem Kontext „... die formalen Anforderungen und die Organisation des Hebammenausbildungsprogramms“ (S. 139). Der Begriff „Sozialisation“ wird hingegen verwendet, um „... den informellen Prozess - oder "verborgenen Lehrplan" (Illich, 1973, zitiert nach Benoit et al., 2001) - zu bezeichnen, durch den eine Hebamme die "gemeinsame Kultur" des Hebammenwesens erwirbt - ihre Werte, Überzeugungen, Einstellungen, Verhaltensmuster und soziale Identität.“ (S. 139). Dies geschieht hauptsächlich im klinischen Bereich, in dem die angehenden Hebammen lernen, ihre praktischen Kompetenzen anzuwenden. Sie lernen, indem sie ihre Vorbilder imitieren und versuchen, sich in das klinische Umfeld einzufügen, wobei sie eigene praktische Erfahrungen sammeln (Benoit et al., 2001). Die Lernenden verinnerlichen zudem die Sprache des Berufes und in welcher Art und Weise Hebammen alltägliche Arbeitsschritte ausführen (de Swardt, van Rensburg & Oosthuizen, 2017). Hierbei sind eine Reihe von Schritten während des Sozialisationsprozesses bedeutsam: die Eingewöhnung, die Vertrauensbildung und der Kompetenzerwerb (Brunstad & Hjälmhult, 2014). Wächst das Selbstvertrauen der Auszubildenden, fangen sie an, eine berufliche Identität zu entwickeln und werden in den Beruf eingeführt (Geulen, 2007; Brunstad & Hjälmhult, 2014). Unterstützt wird dieser Prozess, wenn die Lernenden hierbei ein Zugehörigkeitsgefühl empfinden, sich sicher fühlen Fragen zu stellen und eigene Entscheidungen treffen dürfen (Hunter, 2004; Blaka, 2006; Geulen, 2007; McKenna, Gilmour, Biro, McIntyre, Bailey, Jones, Miles, Hall & McLelland 2013; Licqurish & Seibold, 2008).

Aufgrund der vielfältigen Erfahrungen, die werdende Hebammen im Laufe ihrer Ausbildung kennenlernen, scheint es unwahrscheinlich, dass sie zu Beginn ihrer Ausbildung

wissen, in welche Richtung ihre berufliche Karriere tatsächlich gehen wird und in welchen Bereichen sie auf Dauer verbleiben möchten (McCall, Wray & McKenna, 2009; Darroch & Fleming, 2014; Agricola, 2019). Am Ende der Ausbildung wird eine werdende Hebamme allerdings eine Entscheidung bezüglich der Art und Weise des Ausübens des Berufes treffen müssen: 1. Dem Verbleib in der Klinik, 2. Dem Wechsel in die außerklinische Tätigkeit, 3. Einer Kombination aus Freiberuflichkeit und Angestelltenverhältnis oder 4. Dem Verlassen des Hebammenberufes. Im Entscheidungsprozess werden angehende Hebammen Vergleiche auf Grundlage einer Bandbreite von Informationen ziehen. Von Bedeutung sind hierbei die praktischen Erfahrungen der klinischen Einsätze, in denen sie lernen, die Theorie und Praxis anzuwenden und eine Reihe von Fähigkeiten zu entwickeln, die für die Tätigkeit als Hebamme grundlegend benötigt werden (McCall, Wray & McKenna, 2009; Darroch & Fleming, 2014; Mander & Fleming, 2014; Agricola, 2019). Die persönlichen Erfahrungen im Sozialisationsprozess während der praktischen Einsätze im Kreißaal können sowohl als positive als auch als negative Motivatoren für die spätere Tätigkeitswahl dienen (McCall, Wray & McKenna, 2009; Hentzschel, 2013; Mander & Fleming, 2014; McKenna & Boyle, 2016; Astrup, 2018; Agricola, 2019).

3.2 Forschung und Wissen zur berufspraktischen Sozialisation angehender Hebammen im Kreißaal

Die quantitative Studie von Agricola (2019) hat sich u.a. damit beschäftigt, wie sich die Absicht angehender Hebammen nach Beendigung der Ausbildung in ihrer Ausbildungsklinik arbeiten zu wollen während der Ausbildungszeit verschiebt. Agricola (2019) befragte 2017 mittels standardisiertem Fragebogen insgesamt 644 angehende Hebammen aus 59 Hebammenschulen in Deutschland. Hiervon befanden sich n=252 im ersten Lehrjahr, n=203 im zweiten Lehrjahr, n=177 im dritten Lehrjahr und n=12 im vierten Lehrjahr. Durch ihr Forschungsbestreben fand Agricola (2019), wie eingangs bereits angeführt, heraus, dass der Übernahme-Gedanke signifikant mit den Ausbildungsjahren abnimmt. Die Ergebnisse zeigen zudem auf, dass berufliche Faktoren wie z.B. die geburtshilfliche Praxis im Kreißaal und das Kreißaal-Team einen außerordentlichen Einfluss auf die Wahl der zukünftigen Beschäftigung nehmen (S. 12). Einen deutlichen Einfluss nehmen Faktoren wie bspw. der Personalschlüssel, die Berufshaftpflichtversicherung und das eigenständige Arbeiten (ebd.). Einen mittelmäßigen Einfluss auf die Entscheidung des zukünftigen Beschäftigungsverhältnisses nimmt u.a. das Level der Klinik (ebd.). Da die Ergebnisse aufzeigen, dass durchaus ein Interesse an der Beschäftigung im Kreißaal besteht, hat Agricola ein Personalbindungskonzept von Hebammenauszubildenden entwickelt, welches u.a. einen intensiven Fokus auf der Förderung der Integration in das geburtshilfliche Team und der physiologischen Geburtserfahrung legt. Zudem profitieren die Auszubildenden

bspw. von einem Personalservice, der eine Fahrkarte bezuschusst und die Möglichkeit von Fort- und Weiterbildungen fördert.

Mit dem Einfluss der klinischen Praxiserfahrungen auf die beruflichen Absichten australischer Hebammenstudierenden nach ihrem Abschluss haben sich McCall, Wray & McKenna (2009) beschäftigt. Hierzu befragten sie 11 australische Studierende, die entweder ihren ersten oder letzten klinischen Einsatz absolviert haben, in einer Kombination aus Fokusgruppen- und Einzelinterviews. Sie fanden heraus, dass die Studierenden mit eigenen Vorstellungen bezüglich der Arbeit als Hebamme sowie ihrer Tätigkeit nach dem Abschluss beginnen. McCall, Wray und McKenna (2009) schreiben, dass durch die Erfahrungen der klinischen Einsätze den Studierenden die Möglichkeit gegeben wird ihre Vorstellungen zu überdenken, die Realität der Berufsausübung in der Klinik zu erkunden sowie eine Identifikation mit dem Beruf zu fördern. Die Untersuchung zeigt auf, dass die Praxiserfahrungen zu den Berufswahlentscheidungen von angehenden Hebammen nach Beendigung des Studiums beitragen. Negative Erfahrungen haben das Potenzial, die Studierenden dazu zu bewegen, dass sie sich als Hebammen vornehmen nach alternativen Arbeitsmöglichkeiten außerhalb der Klinik oder in einem anderen Krankenhaus umzusehen. McCall, Wray & McKenna (2009) Ergebnisse unterstreichen, dass eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung für den Verbleib nach Abschluss die Qualität der praktischen Einsätze ausmacht. Die Autorinnen betonen, dass dies den Bedarf für positive klinische Praxiserfahrungen und eine effektive Sozialisation in das Berufsumfeld, sprich dem Kreißaal, für angehende Hebammen hervorhebt.

Durch eine teilweise vorzufindende klinische Geburtshilfe mit nicht ausreichenden Ressourcen, wie bspw. Personal und Zeit, können Situationen und/oder Verhaltensweisen von ärztlichem Personal oder Hebammen entstehen, die sich auf die angehenden Hebammen belastend auswirken können (Greening, 2011). Greening (2011) untersuchte mittels qualitativer Interviews (n=20) und quantitativer Längsschnitterhebungen (n=222), im Rahmen ihrer Dissertation, was angehende Hebammen in Deutschland während der Kreißaal-Einsätze als belastende Momente empfinden. Sie fand heraus, dass die mangelhafte Betreuung durch anleitende Personen, einer fehlenden freundlichen Kommunikationskultur als auch Hierarchien innerhalb des Kreißaal-Teams von den angehenden Hebammen als belastend empfunden werden. Es wurde ersichtlich, dass belastende Momente hauptsächlich durch das Verhalten einzelner Hebammen entstehen. Auch kam zum Vorschein, dass eine gewisse „Binneneinigkeit“ der Hebammen über die Ausschließung der werdenden Hebammen beim Einnehmen von Mahlzeiten vorherrschte (Greening, 2011, S. 87). Das gemeinsame Essen wäre laut Greening eine Möglichkeit für eine

positive soziale Interaktion, um vorhandene Barrieren zu lösen. Greening (2011) beschreibt zudem, dass die Angst der Auszubildenden Fragen zu stellen aufzeigt, dass ihr Ausbildungskreislauf keine vertrauensvolle Sozialisationsumgebung darstellt. Verschiedene Studien zeigen jedoch auf, wie bedeutend es für den Lernerfolg und das Zugehörigkeitsgefühl ist, dass angehende Hebammen sich im Kreißaal willkommen, akzeptiert und dazugehörig fühlen (Hunter, 2004; Blaka, 2006; McKenna et al., 2013; Brunstad & Hjälmhult, 2014).

Begley beschäftigte sich bereits im Jahr 1995 (2001, 2002) mit der Thematik der Praxiserfahrungen angehender Hebammen. Sie untersuchte mit Einzel- und Gruppeninterviews, Tagebucheinträgen und Fragebögen die Gefühle und Sichtweisen werdender Hebammen (n=125) während ihrer Ausbildung in Irland. Sie kam zu dem Ergebnis, dass in ausbildenden Krankenhäusern ein respektvoller Umgang und das gemeinsame Lernen mit den angehenden Hebammen gefördert werden muss, wenn es das Ziel ist fürsorgliche Hebammen auszubilden. Die Studienteilnehmenden berichteten von einer unfreundlichen Atmosphäre und Unhöflichkeit im Kreißaal ihnen gegenüber, insbesondere von älteren und höher gestellten Hebammen, was wiederum zu Frustrationen gegenüber dienstälteren Hebammen führen kann. Die Ergebnisse von Begley (2001, 2002) weisen darauf hin, dass hierarchische Strukturen in der Geburtshilfe sowohl als Trigger für weitere belastende Situationen, wie zum Beispiel Mobbing und Erniedrigungen, als auch als Barrieren bezüglich der Kommunikation, dem Lernerfolg und dem Zugang zum Team agieren können. Untersuchungen bezüglich dieser Aspekte halten bis in die heutige Zeit an, um zu versuchen die komplexen Zusammenhänge besser verstehen zu können (Thompson, Nieuwenhuijze, Kane Low & De Vries, 2019).

Die berufliche Sozialisation in das praktische Umfeld der Hebammen beinhaltet auch einen Übergang von der Vorstellung der Arbeit der Hebamme zur tatsächlichen Realität im Krankenhaussystem (Hunter, 2004). Angehende Hebammen beginnen die Ausbildung oftmals mit konkreten Vorstellungen bezüglich ihrer Betreuung für die gebärenden Frauen und möchten diesen eine physiologische Geburt ohne viele Interventionen ermöglichen. Gestützt wird diese Vorstellung dadurch, dass sie in den theoretischen Einsätzen lernen, wie sie die gebärenden Frauen bestmöglich betreuen sollten. Häufig finden sich werdende Hebammen in Kreißsälen wieder, in denen ihre persönlichen Vorstellungen der Betreuung aufgrund der arbeitsorganisatorischen Strukturen und Gegebenheiten nicht umsetzbar sind (Hunter, 2004; Carolan & Kruger, 2011). Der erlebte Unterschied zu besprochener Theorie, den Ansichten und Vorstellungen der angehenden Hebammen über Geburtshilfe und die Konfrontation im Praxisalltag können abschreckend, enttäuschend oder

verunsichernd wirken. Darüber hinaus kann die Enttäuschung der Ansichten der Studierenden durch die aufzufindende Realität zu Spannungen mit Anleitenden und ärztlichem Personal und zu einer höheren Fluktuationsrate bei den angehenden Hebammen führen (Hunter, 2004; Carolan & Kruger, 2011; Hochhausen, 2011; Domanig, 2017; Thompson et al., 2019).

In solch vulnerablen Situationen sind sie auf die Unterstützung und Führung von erfahrenen Hebammen angewiesen. Im besten Fall erfolgt die Begleitung aus kritischen Situationen durch ihre anleitende Hebamme (Hunter, 2004; Carolan & Kruger, 2011; Hochhausen, 2011; Hentzschel, 2013; Thompson et al., 2019). Gerade die Hebammen, die die angehenden Hebammen im Kreißaal begleiten und als deren Praxisanleitung/Mentor zur Seite stehen, haben einen entscheidenden Einfluss auf einen positiven oder negativen Lernerfolg, da sie, wie grundsätzlich alle anderen Hebammen auch, als Vorbilder agieren. Verschiedene Studien und wissenschaftliche Artikel weisen auf, dass angehende Hebammen während der Sozialisation in die klinische Geburtshilfe besonders auf die Unterstützung ihrer anleitenden Person angewiesen sind. Sie lehren den werdenden Hebammen nicht nur fachliche Inhalte, sondern auch soziale Kompetenzen (Hunter, 2004; Bluff & Holloway, 2008; Licqurish & Seibold, 2008; Carolan & Kruger, 2011; Hochhausen, 2011; Hughes & Fraser, 2011; Armstrong, 2010; Finnerty & Collington, 2013; Hentzschel, 2013; Brunstad & Hjälmhult, 2014; Thompson et al., 2019).

Hughes und Fraser (2011) fanden in ihrer qualitativen Längsschnitt-Kohorten-Studie mit 58 englischen Hebammenauszubildenden heraus, dass die Ansichten, Erfahrungen und Wahrnehmungen der Lernenden bezüglich der Qualitäten von guten Mentoren⁵ bspw. Aufgeschlossenheit gegenüber Fragen der werdenden Hebammen, die Vermittlung von Vertrauen und Selbstbewusstsein, eine Fürsprecherin der Frauen sowie eine evidenzbasierte, reflektierende Praktikerin sind.

Die praktischen Einsätze in der Klinik, die praxisanleitende Hebamme und die theoretischen Einsätze können während der Ausbildung als Stressoren agieren. Dies fand die quantitative Studie (n=72) von Khajehei, Ziyadlou, Hadzic und Kashefi (2011) über den Ursprung und Konsequenzen von Stress bei iranischen werdenden Hebammen heraus. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Hauptquellen von Stress bei lernenden Hebammen ihre Mentoren, das klinische Umfeld und ihre Arbeitskolleginnen darstellen. Als eine Kon-

⁵ In England werden angehende Hebammen während der praktischen Ausbildung von Mentoren begleitet, die eine spezifische Mentorenausbildung nach den Nursing and Midwifery Council (NCM) Standards nachweisen müssen (NCM, 2008).

sequenz des Stresses, haben die angehenden Hebammen berichtet, dass sie klinische Aufgaben zum Teil nur übernehmen, um gute Beziehungen zu klinischen Kolleginnen und Mentorinnen aufrechtzuerhalten und damit ihre Mentorinnen und Kolleginnen zufrieden zu stellen, anstatt persönliche Lernerfolge aus der klinischen Erfahrung zu erlangen.

Die qualitative Studie von Licqurish und Seibold (2008) untersuchte anhand von Interviews die Perspektiven von australischen Hebammenstudierenden (n=8) vor ihrem letzten klinischen Einsatz auf hilfreiche und nicht hilfreiche praxisanleitende Hebammen. Die Resultate der Untersuchung zeigen auf, dass die Auszubildenden über mehr Selbstvertrauen berichten, welches fundamental für erfolgreiches, praktisches Lernen ist, wenn die Beziehung zu den Hebammen als hilfreich empfunden wird. Bedeutend sind hierbei besonders die Beziehung zu den Praxisanleitenden und die gemeinsame Erprobung praktischer Tätigkeiten mit anschließenden Reflektionen. Als weniger hilfreich wurden praxisanleitende Hebammen empfunden, die nur begrenzt Zugang zu praktischen Übungen ermöglichten, kaum Erklärungen gaben und nicht bereit waren mit den Hebammenstudierenden zusammen zu arbeiten. Übt die Praxisanleitenden solch negatives Verhalten, wie z.B. Mobbing, Ignoranz, Einschüchterung, gegenüber den werdenden Hebammen aus, wurden diese als abwertend und böse empfunden. Das negative Verhalten der praxisanleitenden Hebammen löste bei den Studierenden zudem ein Gefühl der Inkompetenz aus.

Erschwert werden kann der Aufbau einer positiv wirkenden Beziehung zu Hebammen durch den stellenweise vorzufindenden „Zickenkrieg“ im Kreißaal (Hochhausen, 2011, S. 191). Dieser beschreibt laut Hochhausen (2011) die Kommunikationsstruktur der Hebammen untereinander und ist die Darstellung eines „soziologischen Randgruppenphänomens“ (S. 191). Ein Randgruppenphänomen entsteht laut Grahmann und Gutwetter (zitiert nach Hochhausen, 2011), wenn benachteiligte Minderheiten in ihrem gesellschaftlichen Umfeld den Druck, welchen sie von oben erleben zur Seite und/oder nach unten weitergeben. Hebammen stellen im deutschen Gesundheitssystem gegenüber anderen medizinischen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Alten- und Krankenpflegekräfte mit 1,6 Millionen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Jahr 2018, eine kleine Berufsgruppe dar (DHV, 2018b; Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2020) und sind hierarchisch betrachtet Ärztinnen/Ärzten weisungsgebunden (Stahl, 2016).

Mit einer quantitativen Querschnitts-Befragung untersuchten McKenna und Boyle (2016) die Erfahrungen mit Gewalt während der Praxiseinsätze im Kreißaal der letzten 12 Monate von 52 australischen angehenden Hebammen im zweiten und dritten Studienjahr. Die Forschenden unterscheiden sechs Formen der Gewalt am Arbeitsplatz: verbale Ge-

walt, Sachbeschädigung oder Diebstahl, Einschüchterung, körperlicher Missbrauch, sexuelle Belästigung und sexuelle Nötigung. 17% (n=9) der Befragten gaben an, dass sie während ihrer klinischen Einsätze mit verbaler Gewalt durch beispielweise Anschuldigungen oder Herabwürdigungen von und vor Kollegen und Kolleginnen erlebt haben. Zudem wurde angegeben, dass verbale Gewalt auch durch die Gebärenden und deren Partner gegenüber den Lernenden ausgeübt wurde. 30% (n=16) der Studienteilnehmenden berichteten, dass sie Einschüchterungen, welche überwiegend von Hebammen ausgeübt wurden, in Form von z.B. Ignorieren oder Unwillkommen fühlen lassen während der Praxiseinsätze ausgesetzt waren. Sechs Befragte haben angegeben, dass sie Erfahrungen mit körperlicher Gewalt und sexueller Belästigung während der Praxiseinsätze gemacht haben. Sexuelle Belästigung wurde durch männliche Kollegen verübt, wie bspw. abfällige oder sexuelle Bemerkungen. Bezüglich der körperlichen Gewalt wurden keine Beispiele angeführt. Die Ergebnisse der Studie von McKenna und Boyle (2016) zeigen, dass die Gewalterfahrungen in verschiedenen Kontexten von Hebammen, ärztlichem Personal oder Gebärenden gegenüber den Studierenden stattfinden können. McKenna und Boyle (2016) führen an, dass die Erfahrung der Gewalt am Arbeitsplatz das Potenzial hat, die Wahl des Arbeitsplatzes nach Abschluss des Studiums zu beeinflussen. So äußerten die Befragten, dass die Erfahrungen dazu beitragen, dass sie nicht mehr im Kreißaal arbeiten möchten oder es in Betracht ziehen die Ausbildung abzubrechen.

Domanig (2017) untersuchte in ihrer Bachelorarbeit, wie angehende Hebammen aus Österreich (n=4) mit übergriffigen Vorkommnissen, bspw. Interventionen ohne Aufklärung, Geburtseinleitung, Cardio-Toko-Graphie (CTG), Verletzung der Intimsphäre, im Kreißaal umgehen und beschreibt, dass Übergriffigkeiten eine traumatische Auswirkung bei Lernenden haben können. Domanig (2017) fand heraus, dass die werdenden Hebammen „...sich mitverantwortlich und schuldig fühlen, nichts unternommen zu haben.“ (S. 324). Sie beschreibt, dass die angehenden Hebammen hierdurch eine ausgeprägte Hilfslosigkeit empfinden und einen inneren Konflikt erleben, welcher sie auch nach dem Feierabend und Praxiseinsatz begleitet. Oftmals trauen die werdenden Hebammen sich nicht diese Situationen anzusprechen, denn sie möchten die Hebammen nicht kritisieren, vor allem dann nicht, wenn sie ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben.

Gleiches beschreibt Mundlos (2017) in einem Artikel einer Hebammenfachzeitschrift und führt ebenfalls an, dass angehende Hebammen es als besonders belastend empfinden, wenn sie nichts tun zu können. Für Mundlos ist dies auch eine Form der Traumatisierung. Zudem diskutiert sie die möglichen Folgen der Traumatisierung durch die belastenden Arbeitsbedingungen in den Kreißsälen von angehenden Hebammen für das geburtshilfli-

che Personal. Mundlos (2017) stellt die Behauptung auf, dass traumatisierte Auszubildende häufig einen Abbruch der Ausbildung in Erwägung ziehen, zum Teil tatsächlich abbrechen oder sich nach Beendigung der Ausbildung dafür entscheiden keine Geburten mehr zu begleiten (S. 314). Zu diesen Hypothesen gibt sie keine weiteren Beweise an.

Laut Coldridge und Davies (2017) können Trauma und Herausforderungen in klinischen Einsätzen eine Chance für Wachstum und Widerstandsfähigkeit sein, wenn diese durch effektive Nachbesprechungen aufgearbeitet werden. Gleichzeitig beschreiben sie, dass Nachbesprechungen aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen nicht immer stattfinden können (Coldridge & Davies, 2017).

Pezaro, Clyne und Fulton (2017) haben ein systematisches Review bezüglich Interventionen, deren Resultate und Erfahrungen von Hebammen und angehenden Hebammen bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen erstellt. Sie haben sechs Studien mit 144 Teilnehmenden einer Intervention eingeschlossen. Insgesamt haben n=100 an Achtsamkeits-Interventionen teilgenommen, n=14 an arbeitsbasierten Resilienz-Workshops, die mit einem Mentoring-Programm einhergingen, und n=30 Teilnehmer wurden entweder nach dem Zufallsprinzip einer Kontrollgruppe zugeteilt oder erhielten die Intervention einer klinischen Supervision. Die Interventionen gingen von 7-8 Wochen bis zu 6 Monaten. Die Follow-Up's variierten zwischen 2 Wochen und 6 Monaten. Pezaro et al. (2017) zeigen auf, dass alle Studien positive Ergebnisse verzeichnen, welche unter anderem zu einem gesteigerten Wohlbefinden, reduziertem Stress, mehr Selbstvertrauen und -bewusstsein, mehr Durchsetzungsvermögen und Selbstfürsorge führten.

Aufzufindende Erfahrungsberichte auf nicht wissenschaftlichen Onlineplattformen wie z.B. Xing und Echte Mamas, von Frauen, die entweder die Ausbildung abgebrochen haben oder die Ausbildung abgeschlossen haben, aber den Beruf der Hebamme nicht ausüben, spiegeln sich in den Ergebnissen der wissenschaftlichen Literatur wider. Die Berichte zeigen, dass sie ihre Entscheidungen aufgrund der gemachten Erfahrungen in der klinischen Geburtshilfe getroffen haben. Die Betroffenen beschreiben Begründungen wie: das Krankenhaus mit seinen Hierarchien in denen Auszubildende ganz unten stehen und dem ökonomisierten Fokus der Geburtshilfe; demotivierte Hebammen, die einen harschen Umgangston und abwertende Einstellung gegenüber den Frauen und Neugeborenen haben, keine Empathie und Respekt den Auszubildenden gegenüber zeigen; als Auszubildende viel Arbeit und Verantwortung übertragen zu bekommen, jedoch das durchgehende Gefühl zu verspüren nicht gut genug zu sein und Fehler zu machen (Drescher, 2018; Tegtmeyer, 2019).

Das Phänomen des nicht Eintretens in die Kreißsaal-Tätigkeit oder des nicht Ausübens des Berufes Hebamme nach Beendigung der Ausbildung wird ebenfalls wiederkehrend als Argument in öffentlichen Diskussionen über die vielerorts defizitäre Situation der klinischen Geburtshilfe in Deutschland dargestellt (Wiemer, 2000; Weiß, 2005; Knehe, 2016; Mundlos, 2017; German Board and College of Obstetrics and Gynecology (GBCOG), 2019; Hebammenkongress, 2019).

Resümierend lässt sich zusammenfassen, dass die beschriebenen Erkenntnisse Informationen über Faktoren aufweisen, die den Sozialisationsprozess in die Geburtshilfe von werdenden Hebammen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Belastende Erfahrungen, hierarchische Strukturen und eine geburtshilfliche Praxis, die nicht mit den Vorstellungen der werdenden Hebammen übereinstimmt, können dazu führen, dass Nachwuchs-Hebammen die Ausbildung abbrechen, nach der Ausbildung den Beruf nicht ausüben oder die Arbeit in der Geburtshilfe nicht aufnehmen. Zu letzterer Hypothese konnten weder quantitative noch qualitative wissenschaftliche Untersuchungen zur Verifizierung im derzeitigen zugänglichen Forschungsbestand der Hebammenwissenschaften aufgefunden werden. Wehrstedt, Schnepf und Müller-Rockstroh (2017) schreiben, dass es für Deutschland kaum empirische Information darüber gibt, weshalb Hebammen in einen Tätigkeitsbereich einsteigen, verbleiben oder wieder aussteigen. Zudem betonen Wehrstedt et al. (2017): „Einblicke in derartige Entscheidungsprozesse von Hebammen zu bekommen, ist sowohl für die Gesundheitswissenschaft wie auch für Gesundheitspolitik ein wichtiges Unterfangen.“ (S.73).

Aufgrund dessen untersucht die nachfolgende qualitative Studie im Rahmen dieser Abschlussarbeit genauer, aus welchen Gründen Nachwuchs-Hebammen die Begleitung von Geburten nach Abschluss der Ausbildung ablehnen und ob diese Entscheidung in einem Zusammenhang mit den Erfahrungen der Sozialisation im Kreißsaal stehen könnte. Das genaue Vorgehen der empirischen Untersuchung wird im nächsten Kapitel dargestellt.

Empirischer Teil

4 Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage „*Wie beeinflusst die Sozialisation im Kreißaal während der Ausbildung die Entscheidung als Hebamme Geburten zu begleiten?*“ wird eine empirische Untersuchung im Rahmen einer qualitativen Studie durchgeführt. In den folgenden Abschnitten wird Vorgehensweise detailliert dargestellt.

4.1 Ziel der Untersuchung

Das Ziel der Untersuchung ist es, die Forschungsfrage beantworten zu können. Dies beinhaltet vor allem die Identifizierung von relevanten Erfahrungen, Erlebnissen und Empfindungen, die Hebammen im Rahmen ihrer Ausbildung wahrgenommen und entwickelt haben. Ferner wird untersucht, ob diese zur Entscheidung beitragen, als Hebamme die Begleitung von Geburten oder sogar die Berufsausübung aufzugeben und was neu examinierte Hebammen in der Geburtshilfe halten könnte.

4.2 Erhebungsmethode und Studiendesign

Die Methodik der Befragung stellt in den empirischen Sozialwissenschaften die am häufigsten eingesetzte Datenerhebungsmethode dar. Es wird zwischen der mündlichen Befragung in Form eines Interviews und der schriftlichen Befragung durch Fragebögen unterschieden (Döring & Bortz, 2016). Für die vorliegende Untersuchung wurde die mündliche Befragung in Form von teil- bzw. halbstrukturierten Einzelinterviews herangezogen. Den teil- bzw. halbstrukturierten Einzelinterviews liegt ein Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument zugrunde (ebd.). Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld anhand der vorab recherchierten Literatur und der Fragestellung entwickelt. Hierzu wurden Themenblöcke gebildet und mögliche Fragen zu den Themenblöcken erstellt. Der Leitfaden wurde so konzipiert, dass sozialökonomische Angaben über die Interviewpartnerinnen erhoben werden konnten; dass Informationen über die Motivation zur Ausbildung und den Vorstellungen des Arbeitsfeldes vor Beginn der Ausbildung gewonnen werden konnten; dass relevante Erfahrungen, Erlebnisse und Empfindungen während der Ausbildung identifiziert werden konnten und dass erhoben werden konnte, wie die Praxisanleitung, welche eine essenzielle Schlüsselfunktion bezüglich des Lernens und Sozialisierens in das berufliche Umfeld einnimmt, erlebt/empfunden wurde. Hierbei wurde darauf geachtet, dass der Leitfaden so ausgelegt wurde, dass ebenfalls erforscht werden konnte, ob die Erfahrungen während der Sozialisation im Kreißaal die Entscheidung beeinflusst als Hebamme Geburten zu begleiten oder die Berufsausübung aufzugeben. Zudem wurden sowohl Informationen rückblickend auf die Ausbildung gewonnen als auch ausblickend bezüglich der zukünftigen Vorstellung Geburten zu begleiten oder die Berufsausübung wieder aufzunehmen. Der Interviewleitfaden besteht aus teils offenen und teils geschlossenen Fragen

zu den jeweiligen Themenblöcken (s. Anhang C) und bietet zudem die Möglichkeit, die Interviewsituation zum Beispiel durch Zusatzfragen oder der Reihenfolge der Fragen flexibel anzupassen (Döring & Bortz, 2016). Zwei Pretests wurden zum einen mit einer Hebamme und zum anderen mit einer Person durchgeführt, die nicht über eine entsprechende Expertise auf diesem Fachgebiet verfügt. Der Leitfaden wurde zudem mit den Gutachterinnen dieser Abschlussarbeit vor den Interviews inhaltlich abgestimmt.

4.3 Rekrutierung und Studienpopulation

Für die empirische Untersuchung sind zehn Interviews in jeweils verschiedenen Bundesländern geplant. Vor Beginn der Rekrutierung wurde von der Autorin angenommen, dass die Auswahl von potenziellen Interviewpersonen schnell verlaufen würde. Ebenfalls hat sie angenommen, dass die Studienpopulation leicht zugänglich, über Facebook-Gruppen für Hebammen und drei private Hebammen-Kontakte der Autorin, wäre. Die Einschlusskriterien waren zunächst folgende:

- Die Ausbildung zur Hebamme wurde abgeschlossen;
- Nach der Ausbildung wurde weder die klinische noch die außerklinische Geburtshilfe angetreten oder es wurde gar nicht als Hebamme gearbeitet;
- Der Abschluss der Ausbildung sollte nicht länger als 2 Jahre zurückliegen;
- Die befragte Person hat kein Kind unter 7 Jahren;
- 2-3 Interviewpersonen sollen das duale Bachelorstudium absolviert haben.

Die Rekrutierung hat am 17.09.2019 begonnen und erfolgte zunächst durch die Nutzung der sozialen Plattform Facebook⁶ seitens der Autorin sowie durch das Teilen des Aufrufs der drei privaten Kontakte der Autorin in ihren Hebammen-Whats-App- und Facebook-Gruppen. Die erste Interviewpartnerin konnte am 17.09.2019 rekrutiert werden. Bis zum 20.09.2019 wurde dieser Aufruf insgesamt 53 Mal auf Facebook und in vier Hebammengruppen durch die privaten Kontakte geteilt. Die Masterandin schrieb zudem die Administratorinnen der Hebammengruppen mit den meisten Mitgliedern per Privat-Nachricht an, mit der Bitte den Aufruf in ihren Facebook-Gruppen zu posten. Insgesamt wurden sechs Gruppen-Administratorinnen angeschrieben, davon gaben zwei ein positives Feedback. Von den restlichen vier kamen keine Rückmeldungen bzgl. der Anfrage. Es konnten keine weiteren potenziellen Studienteilnehmenden rekrutiert werden. Des Weiteren wurde die Autorin mit konstruktivem Feedback zum 1. Aufruf darauf aufmerksam gemacht, dass dieser sehr viele Einschränkungen beinhaltete. Es folgte eine Rücksprache mit der ersten

⁶ Anmerkung der Autorin: Hierbei wurde der erste Aufruf veröffentlicht und kann im Anhang D eingesehen werden.

Betreuenden, woraufhin die Einschlusskriterien gelockert wurden und ein erneuter Aufruf am 23.09.2019 gestartet wurde.

Die Einschlusskriterien lauteten nun:

- Die Ausbildung zur Hebamme wurde abgeschlossen;
- Nach der Ausbildung wurde weder die klinische noch die außerklinische Geburtshilfe angetreten oder es wurde gar nicht als Hebamme gearbeitet;
- 2-3 Interviewpersonen sollen das duale Bachelorstudium absolviert haben.

Es wurden hierbei die Punkte des Abschlussjahres und das Alter der Kinder aufgelöst, da in der vorliegenden Arbeit angenommen wird, dass die Entscheidung nicht in der Geburtshilfe anzufangen oder die Ausübung des Berufes aufzugeben jahrgangsübergreifend vorzufinden ist. Somit werden nun ganz bewusst verschiedene Abschlussjahrgänge betrachtet. Zum einen sollte die Eingrenzung des Abschlussjahres den Erinnerungs-Bias ausschließen, jedoch wird angenommen, dass die wesentlichen Beweggründe für die Entscheidung auch nach mehreren Jahren des Examens nicht in Vergessenheit geraten sind. Zum anderen wird angenommen, dass das Alter der Kinder nicht der ausschlaggebende Grund dafür ist, die Geburtshilfe oder die Berufsausübung aufzugeben.

Zudem erfolgte die Anpassung des Aufrufs, welcher daraufhin lautete:

„Dieser Beitrag darf gerne geteilt werden und wie immer gilt: wer jemanden kennt, der jemanden kennt...

Hallo liebe Alle,

mein Name ist Stephanie Lembke und ich studiere Gesundheitswissenschaften im Master an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Im Rahmen meiner Masterarbeit untersuche ich, weshalb Hebammen nach Beendigung ihrer Ausbildung nicht in die Geburtshilfe gehen (ob klinisch oder außerklinisch). Hierzu suche ich derzeit deutschlandweit Interviewpartnerinnen.

Wenn Sie also die Ausbildung zur Hebamme abgeschlossen haben, nach Ihrer Ausbildung weder in der klinischen noch in der außerklinischen Geburtshilfe oder gar nicht als Hebamme gearbeitet haben und Sie Lust haben mit mir in einem Interview über ihre berufliche Entwicklung zu sprechen, dann freue ich mich auf Ihre Rückmeldung!

Bitte melden Sie sich bei mir per Privatnachricht oder per Mail an: stephanie.lembke@haw-hamburg.de. Ihre persönlichen Daten werden natürlich geschützt.

*Liebe Grüße
Stephanie“*

Hieraufhin meldeten sich innerhalb von drei Tagen sieben potenzielle Interviewpartnerinnen. Vier erfüllten die festgelegten Einschlusskriterien. Es folgten die Verabredungen für die Interviews. Zusätzlich konnten zwei weitere Interviewpartnerinnen durch Kontakte der ersten Betreuenden rekrutiert werden.

Die Studienpopulation setzt sich an Stelle von geplanten zehn Interviewpartnerinnen aus sieben Interviewpartnerinnen zusammen. Zwei von ihnen haben das duale Studium abgeschlossen. Die Befragten sind alle weiblich. Das Alter der Teilnehmerinnen lag zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 25-42 Jahren. Die Staatsexamen wurden größtenteils zu unterschiedlichen Zeitpunkten (s. Tab. 1) absolviert.

Tabelle 1: *Jahr und Anzahl der Examensabschlüsse der Interviewpartnerinnen*

Abschlussjahr	Anzahl
2010	1
2014	1
2016	1
2018	1
2019	3

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Interviewpartnerinnen haben unterschiedliche Erfahrungen und Perspektiven mit und aus dem Arbeitsfeld der Geburtshilfe, was aus Forschungsperspektive erwünscht war und den explorativen Charakter der Untersuchung unterstreichen soll, um eine möglichst große Ergebnissicherung zu erreichen.

Zwei von sieben Interviewpartnerinnen hatten zum Zeitpunkt des Interviews den Beruf als Hebamme aufgegeben (Transkript 5, Z. 26; Transkript 7, Z. 23-24). Das heißt, sie üben keine mögliche Arbeitsform und -weise des Berufes Hebamme aus. Die anderen fünf Befragten waren auf unterschiedliche Art und Weise als Hebamme tätig. Interviewpartnerin 1 war zum Zeitpunkt des Interviews auf dem Weg als Hebamme freiberuflich zu arbeiten, ohne Geburtshilfe anzubieten (Transkript 1, Z. 35-39). Bereits freiberuflich tätig waren beim Interviewtermin Interviewpartnerinnen 2 und 3. Sie arbeiten ohne Geburtshilfe, jedoch in der Vor- und Nachsorge, boten Kurse an oder auch Akupunktur und Stillberatung (Transkript 2, Z. 21-26; Transkript 3, Z. 37-43). Interviewpartnerin 4 befand sich zum Zeitpunkt des Interviews zu 50% im Studium der Hebammenwissenschaften und zu 50% in der freiberuflichen Tätigkeit als Hebamme. Auch sie bot keine Geburtshilfe an (Transkript 4, Z. 34-42). Interviewpartnerin 6 arbeitete zum Zeitpunkt der Befragung im Umfang von

10 Stunden als freiberufliche Hebamme ohne Geburtshilfe in der Vor- und Nachsorge zusätzlich zu ihrer halben Stelle als kaufmännische Angestellte (Transkript 6, Z. 21-26).

4.4 Durchführung

Insgesamt wurden sechs Interviews via Telefon und ein Interview per Face-to-Face durchgeführt. Die Befragten haben in sieben verschiedenen Bundesländern ihre Ausbildung absolviert. Durch die Verteilung auf sieben Bundesländer wurden unabhängig von den Ausbildungsstätten und den Klinikulturen Erfahrungen und Sichtweisen erhoben. Jedes Interview wurde als Einzelinterview durchgeführt. Der Interviewkontakt und die Interviewdauer sind unterschiedlich gewesen (s. Tab. 2). Die Datenerhebungsphase startete am 30.09.2019 und endete am 04.11.2019.

Tabelle 2: *Interviewdetails*

Interview Nr.	Datum	Kontakt	Dauer	Bundesland der Ausbildung
1	30.09.2019	Telefon	27 Minuten	Nordrhein-Westfalen
2	30.09.2019	Persönlich	55 Minuten	Schleswig-Holstein
3	01.10.2019	Telefon	17 Minuten	Hessen
4	02.10.2019	Telefon	82 Minuten	Berlin
5	07.10.2019	Telefon	51 Minuten	Bremen
6	08.10.2019	Telefon	29 Minuten	Hamburg
7	04.11.2019	Telefon	43 Minuten	Thüringen

Quelle: Eigene Darstellung.

Alle Interviewpartnerinnen hatten den Tag, die Uhrzeit und den Ort bzw. die Art des Treffens/Kontaktes selbst gewählt. Jedes Interview wurde mit dem OLYMPUS Diktiergerät DM-720 aufgezeichnet. Alle Teilnehmerinnen haben der Audioaufnahme sowie der Veröffentlichung ihrer Aussagen in anonymisierter Form per Datenschutzerklärung schriftlich zugestimmt. Die Sprachaufzeichnungen und die Datenschutzvereinbarungen liegen der Autorin archiviert im Original vor. Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt frühestens nach Beendigung des Masters und spätestens nach zwei Jahren. Im Anhang E ist das Ur-Formular der Datenschutzerklärung beigefügt.

4.5 Transkription

Die vollständige Transkription erfolgte im Anschluss an die aufgenommenen Interviews mit dem Programm „f5transkript Version 7.02“. Alle Interviewpartnerinnen stimmten der Veröffentlichung ihrer Aussagen ausschließlich in anonymisierter Form zu. Um die ge-

wählte Anonymität der Befragten seitens der Autorin zu wahren, wurden und werden im weiteren Verlauf keine Angaben über das Alter, der Ausbildungsstadt und/oder dem Bundesland in einem Zusammenhang gegeben. Zudem werden keine Namen genannt. Somit wurden in den Transkripten folglich Hinweise auf die Identität der Befragten durch „■■■■“ unkenntlich gemacht. Es wurde sich an den Transkriptionsregeln des einfachen Transkriptionssystems nach Dresing und Pehl (2015) orientiert, doch aus forschungsökonomischen Gründen nur teilweise adaptiert. Die festgelegten Regeln sind im Anhang F angefügt. Die Transkripte wurden als PDF gespeichert und sind mit Transkript 1, Transkript 2 etc. benannt worden. Sie können eingesehen werden und befinden sich auf der beigelegten Compact Disc dieser Abschlussarbeit.

4.6 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte nach Abschluss der Transkription in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Hierbei wurde das transkribierte Datenmaterial fokussiert zur Beantwortung der Forschungsfrage analysiert. Grundsätzlich unterscheidet Mayring (2015) zwischen drei Grundverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse: a) Zusammenfassung, b) Explikation und c) Strukturierung. Die Analysetechniken sind nicht voneinander abhängig; können jedoch als Mischformen angewendet werden (Mayring, 2015).

Um die Forschungsfrage optimal beantworten zu können, wurde das Analyseverfahren der Zusammenfassung gewählt. Das Verfahren der Zusammenfassung strebt folgendes Ziel an: „...das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2015, S. 65). Dabei wurden die Transkripte gezielt auf die wesentlichen Bestandteile reduziert. Es wurde darauf geachtet, dass durch die Umformulierung der Transkripte eine knappere und auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Version für eine bessere Übersichtlichkeit zur Auswertung der Daten erreicht wird. So wurde „...Unwesentliches, Ausschmückendes, vom Thema Abweichendes ausgeschlossen.“ (Mayring, 2015, S. 85).

Das zentrale Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ist ein Kategoriensystem. Dieses ermöglicht eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Hierbei werden Kategorien „... in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft.“ (Mayring, 2015, S. 59). Folgend der Reduzierung des Datenmaterials durch das Verfahren der Zusammenfassung

wurde sich an das Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung nach Mayring orientiert:

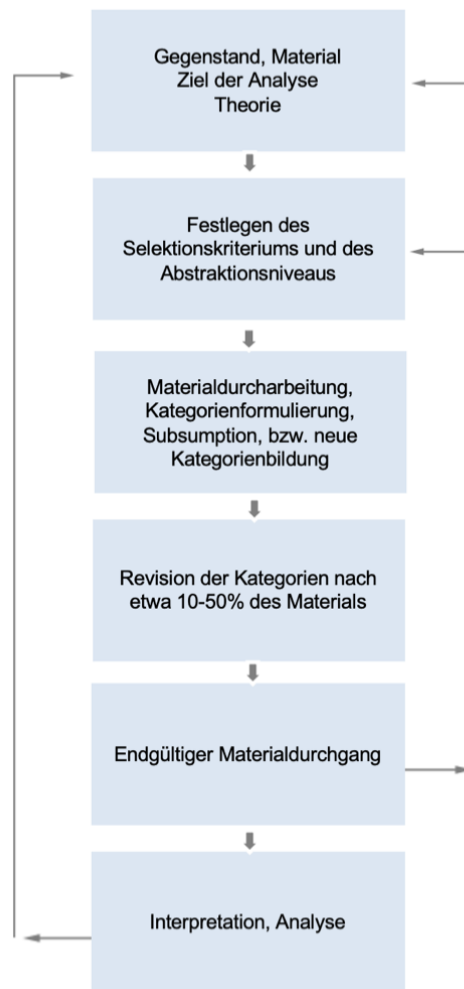


Abbildung 4: *Prozessmodell induktiver Kategorienbildung* (Quelle: In Anlehnung an Mayring, 2015, S. 84)

In der vorliegenden Arbeit wurden die Kategorien induktiv hergeleitet. Das bedeutet, dass die Kategorien direkt aus dem Datenmaterial und nicht auf Basis von bestehenden Theorien entwickelt wurden (s. Abb. 4).

Insgesamt wurden 5 Kategorien und 12 Sub-Kategorien festgelegt. Die Tabelle 3 dient zur Veranschaulichung des gebildeten Kategoriensystems.

Tabelle 3: Kategoriensystem der Auswertung

Nr.	Kategorie	untergeordnete Kategorie
1	Kompetenzentwicklung während der Ausbildung	<i>Ausbildungsbeginn</i> <i>Praxisanleitung</i> <i>Theorie-Praxis-Gap</i>
2	Arbeitsumfeld Kreißsaal	<i>Kulturen im Kreißsaal-Team</i> <i>Geburtshilfliche Praxis</i> <i>Strukturelle Bedingungen</i> <i>Selbstständiges Arbeiten</i>
3	Soziale Interaktion und Kommunikation mit Auszubildenden und Gebärenden	<i>Umgang mit den Auszubildenden durch das Kreißsaal-Team</i> <i>Betreuung der Auszubildenden durch die anleitenden Hebammen</i> <i>Begleitung der Gebärenden durch das Kreißsaal-Team</i>
4	Psychosomatische Auswirkungen der Ausbildungserfahrungen im Kreißsaal	
5	Reflektion der Ausbildungserfahrungen im Kreißsaal	<i>Defizite und Wünsche bezüglich der Sozialisation im Kreißsaal</i> <i>Konsequenzen bezüglich der Absicht, als Hebamme Geburten zu begleiten</i>

Quelle: Eigene Darstellung

5 Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews nach dem dargestellten Kategoriensystem abgebildet. Die Ergebnisse werden in diesem Kapitel lediglich vorgestellt. Interpretiert und bewertet werden die Resultate im Kapitel 6 Diskussion.

5.1 Kompetenzentwicklung in der Ausbildung

Während der Ausbildung zur Hebamme gilt es grundlegende Kompetenzen des Hebammenberufes zu erlernen und zu entwickeln, um eine unabhängige und selbstsichere Hebamme zu werden. Diesbezüglich beginnen werdende Hebammen die Ausbildung mit eigenen Vorstellungen hinsichtlich des Ausbildungsablaufes sowie der Ausbildungsinhalte. Die Zeit während der Praxisanleitung soll den Auszubildenden die Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis zur Kompetenzentwicklung ermöglichen. Hierbei kann es während der Ausbildung zum Erleben eines Theorie-Praxis-Gaps kommen. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Unterkategorien des Ausbildungsbeginns, der Praxisanleitung und des Theorie-Praxis-Gaps dargestellt.

5.1.1 Ausbildungsbeginn

Einige Interviewpartnerinnen berichten, dass sie sich sehr auf den Start der Ausbildung gefreut haben und sehr motiviert waren die Ausbildung zu absolvieren. Des Weiteren berichten einige Interviewpartnerinnen, dass sie, durch ihre eigenen Geburten auf den Beruf Hebamme geprägt wurden und seit langer Zeit darauf warten, Hebammen werden zu dürfen. Einige suchten einen Beruf, welcher eine gute Alternative zum Medizinstudium darstellte oder die physiologischen Prozesse unterstützt und in welchem sie die Frauen und Partner während der Geburt emotional sowie sozial begleiten und stärken können (Transkript 1, Z. 106-138; Transkript 2, Z. 33-66; Transkript 3, Z. 48-53; Transkript 4, Z. 47-69; Transkript 5, Z. 37-52; Transkript 6, Z. 38; Transkript 7, Z. 34-48). Zudem berichten die Befragten, dass sie Erwartungen an die bevorstehende Ausbildung gehabt haben. Diese sind im Wesentlichen ein respektvoller und wertschätzender Umgang auf Augenhöhe zwischen Hebammen und den Auszubildenden sowie eine leidenschaftliche und kompetente Anleitung, um die Kompetenzen zu erlernen, die sie für das Ausüben des Berufes benötigen (Transkript 3, Z. 151-156; Transkript 4, Z.485-501; Transkript 5, Z. 75-91; Transkript 6, Z. 44f.; Transkript 7, Z. 72-79).

Interviewpartnerin 5 berichtet zudem, dass ihr schon vor Beginn der Ausbildung bewusst war, dass die Ausbildung stressig und anstrengend sein wird. Allerdings waren diese Vor-

stellungen auf Notfallsituationen, dem Schichtdienst und dem Lernaufkommen bezogen. Sie beschreibt:

„Habe aber auf der anderen Seite auch schon erwartet, dass es nicht einfach werden wird, aber ich dachte da dann eher an Sachen wie, dass es halt einfach ein neuer Alltag wird, dass ich im Schichtdienst arbeiten muss, dass ich emotional belastende Situationen habe, wie medizinische Notfälle, die sich dann ja mal ereignen und dass ich damit umgehen muss. Oder die Vereinbarung von Lernen für den ganzen theoretischen Teil und dann das Arbeiten in der Klinik in einer Vollzeitstelle und auch/ genau, das waren dann eben Sachen, die ich auch wusste, dass die auf mich zukommen werden. Also, bin ich nicht ganz naiv jetzt irgendwie in die Ausbildung reingegangen und habe gedacht „Das wird jetzt alles super easy.““ (Transkript 5, Z. 81-90).

Die vierte Befragte erzählt, dass sie sich zuvor in einem Hebammenforum über die Ausbildung belesen hat. Sie äußert hierzu:

„Man liest halt immer wieder „Die Hebammenausbildung ist kein Zuckerschlecken.“, „Das ist das Härteste, was man durchlaufen kann.“ und ich dachte immer das sind Übertreibungen. Und dass die das halt alle sehr eng nehmen, sehr übertreiben und meine Güte, also klar, Ausbildungsjahre sind keine Herrenjahre, das ist schon klar, aber ja, ich kenne halt nur wertschätzende Ausbildungen (lachen). [...] Also, ich habe gedacht „Das kann nicht so schlimm sein.“. Das war es dann aber doch.“ (Transkript 4, Z. 492-499).

Insgesamt wird von den Interviewpartnerinnen sehr positiv über die ersten und allen weiteren Theoriephasen der Ausbildung berichtet. Die Befragten sagen, dass sie die Lerninhalte spannend und lehrreich und die Atmosphäre als sehr angenehm empfunden haben – auch im Hinblick auf die Mitschüler und Lehrer (Transkript 1, Z. 169-172, 199-202; Transkript 2, Z. 118-121; Transkript 5, Z. 96-100; Transkript 6, Z. 91ff.).

5.1.2 Praxisanleitung

Im Allgemeinen wurde die Praxisanleitung als „schlecht“, oder „ungenügend“ empfunden. Die Befragten berichten, dass sie im Rahmen der praktischen Ausbildung nicht genügend praktisch angeleitet wurden. Hierbei wird betont, dass die Interviewpartnerinnen nicht ausreichend über bestimmte Arbeitsweisen aufgeklärt wurden. Die Interviewpartnerinnen bringen an, dass es mehr Anweisungen geben müsste, wie die Auszubildenden bestimmte Tätigkeiten ausführen sollen. Es wird berichtet, dass die Interviewpartnerinnen während der Praxiseinsätze viel durch „learning by doing“ und nicht durch Anleitung gelernt haben (Transkript 1; Z. 203-213; Transkript 2, Z. 201-212, 485-488; Transkript 3, Z. 138-142;

Transkript 5, Z. 482-488; Transkript 6, Z. 426-440). Interviewpartnerin 2 erzählt hierzu: *„Die einzige Praxisanleitung, die wir hatten, war ein Wochenbettstatus und alles andere war learning by doing oder sich selbst einfordern.“* (Transkript 2, Z. 486ff.).

Zwei Befragte betonen, dass grundsätzlich zu wenig Zeit für die Schülerinnen vorhanden ist, um eine Praxisanleitung durchzuführen (Transkript 1, Z. 243ff.; Transkript 3, Z. 140ff.). Diesbezüglich sagt Interviewpartnerin 3: *„Pro Schicht gab es zwei bis drei Hebammen und Praxisanleitung hat meistens keine Zeit für Hebammenschülerinnen gehabt. Also, es war irgendwie learning by doing. Man muss irgendwie selbst immer rumgucken, wie man halt so wichtigste Sachen lernt.“* (Transkript 3, Z. 139-142).

Resultierend der unzureichenden Praxisanleitung wird berichtet, dass während der Praxiseinsätze somit wichtige Kompetenzen wie z.B. Stoffwechsel-Screening, anatomische Grundlagen und Notfall-Management nicht oder nicht ausreichend vermittelt und erlernt werden konnten. Zudem wird angebracht, dass es wenig praktische Beispiele wie z.B. physiologisch verlaufende Geburten in der Klinik oder Hausgeburten und dadurch nicht ausreichend bzw. zu letzterem überhaupt keine Erfahrung gesammelt werden konnte (Transkript 1, Z. 278-288; Transkript 2, Z. 177-181; Transkript 6, Z. 93-115, 179ff., 187-195, 426-440).

5.1.3 Theorie-Praxis-Gap

Von den Interviewpartnerinnen wird berichtet, dass die theoretischen Lerninhalte oft von den tatsächlichen Umständen und der geburtshilflichen Praxis abweichen, nicht übereinstimmen oder in der Praxis anders umgesetzt werden. Es wird auch angebracht, dass sie durch die Theorie nicht gut auf die Praxis vorbereitet wurden. Dies bezieht sich vor allem auf die realen Umstände in den Kreißsälen (Transkript 1, Z. 199-202; Transkript 2, 472-482; Transkript 3, Z. 121-124; Transkript 4, Z. 122-145; Transkript 6, Z. 126-133; Transkript 7, Z. 209-218). Interviewpartnerin 7 erzählt:

„Das [Theorie und Praxis] hat sich jetzt nicht unbedingt so gedeckt. [...] das Paradebeispiel war Einlauf und Darmrohr, wie weit führt man das Darmrohr ein. Und ich kann/ ich kriege jetzt nicht mehr zusammen, was welche Empfehlung war. Die eine war auf jeden Fall sehr weit, die andere war irgendwie nicht so weit und man hat dann von beiden Seiten irgendwie Druck bekommen es so zu machen, wie es halt die Institution, also Uni oder Klinik einem sagt und ja, dann eigentlich immer so von beiden Seiten schlechtes Feedback bekommen [...].“ (Transkript 7, Z. 209-218).

Ferner wird geäußert, dass sich ein Kreißsaal von den Auszubildenden-Studentinnen mehr Wissen und eine bessere Vorbereitung auf die Praxis erhofft habe. Interviewpartnerin 4 sagt:

„[...] bei uns war es zum Beispiel so, dass wir zwei/ die ersten zwei Monate in der Uni waren und dann im dritten Monat unseren Einsatz hatten. Und in diesen ersten zwei Monaten haben wir im ersten Monat nur gelernt was wissenschaftliches Arbeiten ist. Nichts von der Materie an sich. Im zweiten Monat dann mal gelernt, wie ich taste ich einen Bauch ab, wie mache ich Leopold-Handgriffe und wie messe ich Blutdruck. So, und dann kommt man zum ersten Einsatz in den Kreißsaal und ist ein bisschen überfordert mit der ganzen Situation, weil man ja eigentlich noch gar nichts weiß. Und man hat das Gefühl gehabt und es wurde auch geäußert, dass das Krankenhaus sich mehr Wissen erhofft hat. Und wir haben halt auch gemerkt, ja, das es halt die Krux an der Geschichte. Für die Uni war wichtiger uns für die erste Hausarbeit, die wir hatten, erstmal an das wissenschaftliche Arbeiten ran zuführen.“ (Transkript 4, Z. 122-134).

Außerdem beschreibt die vierte Befragte, dass sie an der Universität sehr studiengestützt gelehrt wurde, was sie als sehr positiv erachtet, da sie gelernt hat, bestimmte Arbeitsweisen kritisch zu hinterfragen (Transkript 4, Z. 179-185). Sie sagt, dass dadurch jedoch auch der Theorie-Praxis-Gap zeitweise schwer auszuhalten war, da

„[...] man halt auch keine Erklärung bekommen hat. Wenn man jetzt die Erklärung bekommen hätte „Wir haben die Erfahrung gemacht, dass das Outcome vom Kind dann besser ist, deswegen haben wir den Standard eingeführt, dass nach einer Stunde/...“, also irgendeine Erklärung, aber die gab es nicht. (...) Also, das war immer nur „Ja, das machen wir halt so.“ (lachen).“ (Transkript 4, Z. 199-204).

Zudem wird von den zwei Interviewpartnerinnen, die das duale Studium absolviert haben, ein Theorie-Praxis-Gap zwischen der Klinik und der Universität in Bezug auf die Ausbildung beschrieben. Es gab zwischen diesen Akteuren große Differenzen. Es wird geäußert, dass zum einen ein Unverständnis der Kreißsäle bezüglich des Hebammenstudiums vorliegt und zum anderen auch Uneinigkeiten bezüglich des Ablaufes des dualen Studiums (Transkript 4, Z. 1002-1007; Transkript 7, Z. 219ff.).

5.2 Arbeitsumfeld Kreißsaal

Bereits zu Beginn der Interviews wird deutlich, dass die Interviewpartnerinnen stets über prägende Erfahrungen aus dem Kreißsaal berichten, obwohl sie offen gefragt wurden, wie sie ihre Ausbildung erlebt und empfunden haben. In den nächsten Abschnitten werden die Erfahrungen der Interviewpartnerinnen mit den Kulturen im Kreißsaal-Team, der geburts-hilflichen Praxis im Kreißsaal, den strukturellen Bedingungen und dem selbstständigen Arbeiten während der Einsätze im Kreißsaal aufgeführt.

5.2.1 Kulturen im Kreißsaal-Team

Die Interviewpartnerinnen beschreiben, dass sie während der Ausbildung eine Kultur in den Kreißsälen kennengelernt haben, in der die Ärzte und/oder Hebammen im Kreißsaal ihre hierarchische Stellung durch feindselige Machtausübungen und -ausnutzungen verdeutlicht haben – sowohl untereinander im Team als auch spezifisch gegenüber den Auszubildenden. Einige Interviewpartnerinnen berichten, dass ihnen bereits seit Anbeginn des ersten Tages im Kreißsaal und durch die gesamte Laufzeit der Ausbildung gezeigt wurde, dass sie die niedrigste Position in der Hierarchie besetzen (Transkript 2, Z. 121-142, 93f.; Transkript 4, Z. 305ff., 106-117, 262-305; Transkript 5, Z. 101-111, 143-147; Transkript 7, Z. 102-108). Die Interviewpartnerin 2 äußert:

„Und kaum kommst du in den Kreißsaal und du kriegst halt erstmal einen in die Fresse. Also wie du begrüßt wirst das ist (...) unglaublich. Ich habe mich vorgestellt, total normal eigentlich, so ohne dass ich jetzt gedacht habe, ich trete damit jemanden auf dem Schlips „Ja, hallo ich bin Hebammenschülerin [REDACTED] damals noch [REDACTED]. Schön dich kennenzulernen.“ Und die Aussage war „Ich werde nicht geduzt. Sie müssen mich Siezen.“ Also, das war die/ so wird man begrüßt in dem Kreißsaal [...].“ (Transkript 2, Z. 121-127).

Interviewpartnerin 5 führt an:

„[...] und es war dann direkt so, dass der erste Tag im Kreißsaal eine Ernüchterung war, weil wir so/ja, die Begrüßung war schon so im Sinne von „Macht euch auf was gefasst. Das wird hier kein Zuckerschlecken.“, also, man hat direkt halt irgendwie gemerkt, dass es so eine drückende Atmosphäre gewesen. Einem wurde das Gefühl gegeben, dass man ganz unten in der Hierarchie steht. Genau, und von da an, war es tatsächlich so/ also, so verlief dann auch die gesamte Ausbildung. Also, man stand ganz unten in der Hierarchie, was ja an sich ja auch erstmal auch logisch ist, aber dass man das auch so krass zu spüren bekommt war eben ja sehr schlimm das zu erfahren.“ (Transkript 5, Z. 102-111).

Hierarchie- und Macht-Erfahrungen wurden von den Interviewpartnerinnen als sehr unangenehm und abschreckend wahrgenommen und führen auf Dauer dazu, dass die allgemeine Atmosphäre und Stimmung im Kreißaal von den Interviewpartnerinnen als belastend, schlecht und drückend beschrieben wird. Einige Interviewpartnerinnen empfanden daraus resultierend Angst in den Kreißaal zu gehen (Transkript 1, Z. 172-183; Transkript 2, Z. 194-198, 523-547; Transkript 5, Z. 105-117, 140-143). Hierzu erzählt Interviewpartnerin 5:

„Und jedes Mal vor einem Kreißaaleinsatz war es so, dass ich Angst davor hatte. Also, dass ich/ ich hatte Bauchschmerzen davor und hatte Übelkeit. Ich habe tatsächlich sogar geweint, weil ich jedes Mal so eine Angst hatte „Oh nein, jetzt geht's wieder in den Kreißaal.“ (Transkript 5, Z. 114-117).

Die siebte Befragte berichtet, dass sie als Auszubildende nicht mit den Hebammen gemeinsam Mahlzeiten einnehmen durften (Transkript 7, Z. 192f.).

Als weitere Gründe für die unangenehm empfundene Atmosphäre im Umfeld des Kreißaales nennen die Interviewpartnerinnen erlebte und beobachtete Feindseligkeiten wie Machtstreitigkeiten und Lästereien zwischen den Hebammen sowie Konflikte zwischen ärztlichem Personal und Hebammen (Transkript 2, Z. 88f., 117, 523-547, 147-155; Transkript 4, Z. 245ff., 522-526; Transkript 5, Z. 140-143, 318-336, 433-435; Transkript 6, Z. 261-267).

Zudem berichten zwei Interviewpartnerinnen, dass sie sich nicht mit dem Sprachgebrauch im Kreißaal identifizieren konnten (Transkript 3, Z. 106-109; Transkript 4, Z. 448-451).

Die vierte Befragte erzählt:

„Also, weil ich hasse auch dieses „Ich entbinde dein Kind.“ oder „Ich geh' jetzt mal das Kind holen.“, so wird ja im Kreißaal teilweise echt geredet. Die Frau bekommt das Kind, nicht ich. Sondern ich darf dabei sein. Ich darf es entgegen nehmen, wenn es kommt.“ (Transkript 4, Z. 448-451).

Die negativ erlebten Kreißaal-Kulturen führen dazu, dass zwei Interviewpartnerinnen betonen, dass die Ausbildungsjahre, die schlimmsten drei Jahre ihres Lebens waren (Transkript 3, Z. 154ff; Transkript 7, Z. 85-90, 113f.).

5.2.2 Geburtshilfliche Praxis

Die praktizierte Geburtshilfe in der Klinik stimmt nicht mit den Vorstellungen der Interviewpartnerinnen überein – einige Interviewpartnerinnen benennen dies als einen maß-

geblichen Grund dafür, dass sie die klinische Geburtshilfe verlassen haben. Die Interviewpartnerinnen benennen verschiedene Beispiele bezüglich der Arbeitsweisen im Kreißaal, die sie nicht unterstützen möchten: frühzeitiges Eingreifen in den natürlichen Geburtsverlauf, die Pathologisierung der Geburt mit Interventionen und Medikamenten, veraltete und nicht evidenz-basierte Arbeitsweisen, wenig Selbstbestimmung der Gebärenden während der Geburt. Hinzu kommt, dass einige Interviewpartnerinnen es als sehr schlimm empfanden, geburtshilfliche Arbeitsweisen ausführen zu müssen, von denen sie wissen, dass diese nicht richtig bzw. optimal für die Frauen und Kinder sind (Transkript 1, Z. 322-330; Transkript 2, Z. 167-170; Transkript 3, Z. 92-116; Transkript 4, 313-351, 430ff., 689-699; Transkript 6, Z. 112-115, 201-216; Transkript 7, Z. 98-102, 280-285). Interviewpartnerin 4 erzählt beispielsweise hierzu, dass sie in ihrer Klinik dazu angehalten wurde das Valsalva-Manöver (die Gebärenden zum forcierten Pressen anleiten) zu praktizieren. Sie erklärt, dass sie durch Studien weiß, dass dieses Manöver zu negativen Outcomes führen kann und sie dieses Manöver mit ihrem Wesen nicht hinbekommt. Sie äußert zudem:

„Und das hat mir wirklich, ganz ehrlich, die Geburtshilfe so dermaßen versaut, dass ich dachte „Das bin ich nicht. Das kann ich nicht“. Und (...) die/ also, das ist halt in diesem Krankenhaus nicht meine Geburtshilfe. Und ich habe auch andere Geburtshilfe gesehen im Geburtshaus, in diesem anderen Haus, wo ich mal für vier Wochen hin durfte. Es kann auch ganz anders gehen [...].“ (Transkript 4, Z. 347-351).

Interviewpartnerin 7 beschreibt folgendes:

„Und ich fand das ganz, ganz schlimm Sachen tun zu müssen, von denen ich persönlich wusste, dass das nicht richtig ist, dass ich das mache und dass ich das nicht machen will, aber dass ich das machen muss. Dass das so von mir erwartet wird und ich Ärger bekomme, wenn ich das nicht tue.“ (Transkript 7, Z. 98-102).

Die dritte Befragte erklärt:

„Krankenhäuser sind ja für kranke Menschen und Frauen, die Schwanger sind, sind in der Regel nicht krank und ich möchte diese klinische Geburtshilfe überhaupt nicht unterstützen. (...) Ich möchte mit gesunden Menschen in gesunden Umgebungen zusammen sein, nicht im Krankenhaus. Unnötige Interventionen im Krankenhaus. Die lassen gar nichts zu im Krankenhaus und natürliche Geburtshilfe/ es wird entweder alles beschleunigt oder verlangsamt. [...] Außerdem selbstbestimmte Geburten sind kaum möglich im Krankenhaus, weil die Hebammen alles vorgeben. Das fängt von Geburtsposition an. Sogar noch davor, das fängt an mit Braunüle sogar. Es wird sofort ein Venenzugang gelegt, obwohl die Frau völlig gesund ist. Sie sowas gar nicht

braucht. Weil wir im Krankenhaus sind, müssen eben solche prophylaktischen Interventionen erstmal vorgenommen werden. Das ist überhaupt nichts für mich. Ich möchte, dass die Frauen möglichst natürlich die Geburten erleben und das ist im Krankenhaus nicht möglich. [...] Wenn die Frau passiv in Rückenlage ist, da läuft eine Infusion, da ist ein Monitoring, da ist eine Dauerüberwachung, da ist piependes Gerät und da kommt eine Assistenz-Ärztin rein, da kommen Hebammenschülerinnen rein, da kommen Anästhesisten, muss PDA gelegt werden. Also, ich sehe plötzlich vor mir so eine intensiv Patientin. Die arme Frau wollte eigentlich nur ihr Kind auf die Welt bringen. Also, das hat mich so schockiert im Krankenhaus, (...) deshalb wollte ich da nicht bleiben nach meiner Ausbildung.“ (Transkript 3, Z. 92-116).

Die Interviewpartnerinnen haben ihre Arbeitsweisen, entgegen ihren persönlichen Vorstellungen, der geburtshilflichen Praxis der Hebammen bzw. an die Klinik angepasst, um Ärger und Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen. Auch wird geäußert, dass die Interviewpartnerinnen die Gebärenden nach ihren eigenen Vorstellungen betreut haben, wenn sie die Gebärenden alleine während der Geburt begleitet haben (Transkript 2, Z. 678-688; Transkript 4, Z. 151-158, 208-211; Transkript 7, Z. 222-226). Interviewpartnerin 7 erzählt:

„Also irgendwann hatte man raus „Ah, okay, wenn ich mit der Hebamme arbeite, muss ich das so machen. Wenn ich das aber bei der anderen Hebamme so mache, krieg’ ich halt richtig Ärger. Da muss ich’s halt anders machen.“ (Transkript 7, Z. 222-225). Die vierte Interviewte beschreibt: „Und später habe ich es dann eher subtil gemacht, indem ich halt nicht darüber gesprochen habe mit den angestellten Hebammen, sondern einfach meine Frauen so betreut habe, wie ich es von den Studien her (lachen) als richtig empfunden habe.“ (Transkript 4, Z. 155-158).

Es wird von den Interviewpartnerinnen angenommen, dass aufgrund von Zeitmangel, Unlust und/oder Defizite in der Kompetenz der Hebammen und/oder dem ärztlichen Personal bestimmte geburtshilfliche Mechanismen ausgeführt werden, anstatt die physiologische Geburt zu fördern (Transkript 1, Z. 322-330; Transkript 7, Z. 592-603).

5.2.3 Strukturelle Bedingungen

Die Interviewpartnerinnen haben belastende und prekäre strukturelle Bedingungen, wie zu wenig Personal, keine räumlichen Kapazitäten und eine ständige Unterbesetzung, in den Kliniken erfahren. Sie empfinden dies als abschreckend und sie sind der Meinung, dass Geburten so nicht sicher begleitet werden können. Die erste Befragte führt an: *„Hier*

sind viel zu wenig Ärzte und Betreuung, dass man halt sichere Geburten auch leiten kann.“ (Transkript 1, Z. 357f.). Von Interviewpartnerin 5 wird berichtet:

„[...] wenn du ständig so in einem Kreißsaal arbeitest, der dann unterbesetzt ist und das ist einfach so viel Stress dem du ausgesetzt bist. Dann musst du ständig einspringen. Der Schichtdienst an sich ist anstrengend. Der Beruf an sich ist anstrengend, also, körperlich auch wirklich und das machst du natürlich auch nicht immer mit [...].“ (Transkript 5, Z. 358-363).

Es kommt durch die Erzählungen der Befragten ebenfalls zum Vorschein, dass ein intensiver wirtschaftlicher Fokus in den geburtshilflichen Abteilungen aufzufinden ist. Sie berichten, dass es das oberste Ziel ist möglichst effizient (eine Hebamme begleitet so viele Geburten wie möglich) Geburten durchzuführen, damit sich die geburtshilfliche Abteilung für das Krankenhaus rentiert. Interviewpartnerin 4 erzählt:

„Die Maschinerie, die man in Krankenhäusern hat/ das ist ein Wirtschaftsunternehmen. Es geht immer nur noch darum, noch mehr Geburten. Es müssen noch mehr Zahlen erreicht werden. Eine Massenabfertigung. Wir haben jetzt auch hier das Problem gehabt, dass direkt vor den Toren [REDACTED], wo ich hier [REDACTED] tätig war, eine Klinik zu machen musste aufgrund des Hebammenmangels. Also, nicht die Klinik, sondern die Geburtsstation zu machen musste. Das heißt, dass diese Frauen auch noch zum großen Teil auf die Klinik in der ich gelernt habe dann ausweichen mussten. Es wurde immer mehr, immer mehr mit dem gleichen Personal. Und die Zahlen wurden wirklich um vieles getoppt und trotzdem steht die Chefärztin da und sagt „Da geht noch mehr.“. Mit dem gleichen Personal. [...] Und man hat teilweise Geburten begleitet im Vorwehen-Zimmer, auf der CTG-Liege sind Kinder gekommen. Wir hatten keine Betten frei gehabt für die Frauen. Die mussten im Vorwehen-Zimmer bleiben oder sie mussten drei Stunden im CTG-Raum mit ihrem Kind auf dem Arm bleiben, währenddessen drei andere CTG's von Schwangeren liefen in dem Raum. Und das alles nur, weil kein Platz da ist und weil man ja die Frauen aus dieser Klinik nicht wegschickt, weil man ja diese Zahlen haben möchte. Also theoretisch hätte man auch sagen können „Naja, wir haben erst fünf Zentimeter, wir schaffen's noch in die Klinik, die 10 Minuten entfernt ist.“ oder naja, okay, 15 Minuten, wenn man jetzt nicht ganz so schnell fährt (lachen). Aber das wollte man halt nicht machen, weil man will sie ja selbst haben. (...) Man/ ich glaube, da läuft einfach ganz, ganz viel schief im Gesundheitssystem im Moment.“ (Transkript 4, Z. 454-479).

Außerdem wird von zwei Interviewpartnerinnen erklärt, dass an den strukturellen Rahmenbedingungen der Geburtshilfe etwas geändert werden muss, damit Nachwuchs-

Hebammen für die klinische Geburtshilfe gewonnen werden können (Transkript 2, Z. 856-863; Transkript 4, Z. 536-546). Die vierte Interviewte sagt hierzu:

„[...] Also, wir haben keinen Hebammenmangel [...] es wird ja immer gesagt „Warum geht denn keiner in die Klinik anschließend?“. Ich finde, man muss halt ganz woanders ansetzen. Man muss da ansetzen, dass es ein angenehmes arbeiten ist. Dass die Arbeitszeiten stimmen. Also, dass man nicht ständig aus dem Frei gerufen wird. Dass die Bezahlung angemessen ist. Dass es ein wertschätzendes Arbeiten ist und nicht „Ihr müsst noch mehr Zahlen schaffen.“, oder sowas. Das ist ja wie im Vertrieb. Meine Güte, also, so einen Druck habe ich nicht mal [REDACTED] gehabt. Und (...) dann wäre auch, glaube ich, das Verhalten den Schülerinnen und Studentinnen gegenüber anders [...].“ (Transkript 4, Z. 538-546).

5.2.4 Selbstständiges Arbeiten

Von einigen Interviewpartnerinnen wird erzählt, dass eigenständiges Arbeiten während der Kreißaal-Einsätze als sehr positiv empfunden wurde – insbesondere die selbstständige Betreuung und Begleitung der Gebärenden, gab ihnen ein gutes und erfülltes Gefühl sowie Wertschätzung und Anerkennung (Transkript 2, Z. 440-457; Transkript 4, Z. 394-399; Transkript 5, Z. 497ff.; Transkript 7, Z. 672-682). Dies führt dazu, dass zwei der sieben Interviewpartnerinnen in einem Entscheidungskonflikt standen, ob sie die klinische Geburtshilfe verlassen sollten oder nicht (Transkript 4, Z. 394-399; Transkript 7, Z. 672-680). Die siebte Interviewpartnerin beschreibt:

„[...] das klingt jetzt richtig kitschig, aber ich glaube, weil dann doch die Momente, vor allem wenn mal einfach keiner da war, wenn einfach am besten der Kreißaal voll war und einfach niemand Zeit hatte und ich mit den Frauen einfach alleine war. Das waren so wunder-, wunder-, wunderschöne Momente. Und auch wirklich so tief beeindruckende Geburten teilweise, wenn sie dann mal einfach gut gegangen sind und niemand da eingriffen hat. Das ist einfach/ das hat so, so, so, so, so überprozentual viel wiedergegeben, dass ich immer dachte „Ey, nee, ich kann doch jetzt nicht, nur weil ihr alle so scheiße seid, jetzt hier nicht mehr hinkommen.“, also, es war schon so ein/ es ist schon einfach auch ein sehr bereichernder Beruf.“ (Transkript 7, Z. 672- 680).

Ferner haben zwei Interviewpartnerinnen angemerkt, dass sie sich mehr selbstständiges Arbeiten während der Einsatzzeit im Kreißaal gewünscht hätten, um sich besser entfalten zu können und ihr eigenes Handwerk erlernen zu können (Transkript 2, Z. 726f., 822ff.; Transkript 5, Z. 581-587).

5.3 Soziale Interaktion und Kommunikation mit Auszubildenden und Gebärenden

Die Interviewpartnerinnen beschreiben während ihrer Erzählungen viele Erfahrungen bezüglich der sozialen Interaktion und Kommunikation mit den Auszubildenden und Gebärenden im Kreißsaal. Im Folgenden werden die Ergebnisse bezüglich des Umgangs mit den Auszubildenden durch das Kreißsaal-Team, der Betreuung der Auszubildenden durch die anleitenden Hebammen und betreffend der Betreuung der Gebärenden durch das Kreißsaal-Team aufgezeigt.

5.3.1 Umgang mit den Auszubildenden durch das Kreißsaal-Team

Allgemein empfinden die Interviewpartnerinnen insbesondere den Umgang des Kreißsaal-Teams gegenüber den Auszubildenden im Kreißsaal als schlecht und respektlos. Von den Interviewpartnerinnen wird erzählt, dass sie von den Hebammen und auch von den praxisanleitenden Hebammen Feindseligkeiten ihnen gegenüber zu spüren bekommen haben, wie zum Beispiel Beschimpfungen, Erniedrigungen, Demütigungen und Bloßstellen (Transkript 1, Z. 183-186; Transkript 2, Z. 155-403, 722-731; Transkript 4, Z. 104ff., 1060-1070; Transkript 5, Z. 173-186, 280-295; Transkript 7, Z. 164-193). Die erste Befragte führt zum Beispiel an: *„[...] aber so die Erlebnisse, die man so auch zwischendrin hatte, waren einfach anstrengend körperlich, emotional auch. Manche waren sehr (...) ja, unter der Gürtellinie sind wir manchmal beschimpft worden.“* (Transkript 1, Z. 183-186). Interviewpartnerin 5 beschreibt den Umgang ihrer praxisanleitenden Hebamme wie folgt:

„Also, ich war immer bemüht und konnte es ihr aber nie recht machen und hatte tatsächlich nachher wirklich Angst vor ihr, weil es einfach ständig böse und strafende Blicke und einen scharfen Ton von ihr gab. Auch in der Gegenwart der Frauen. Und ja, es war einfach kaum Respekt da. Also, ich habe mich überhaupt nicht respektiert gefühlt und das war/ ich würde es wirklich schon als Unterdrückung und Mobbing bezeichnen, diesen herrischen Ton. (...) Und genau, also, eigentlich hat sie mich dann eher immer so wie ein Außenseiter fühlen lassen.“ (Transkript 5, Z. 180-186).

Die siebte Interviewpartnerin führt folgende Beispiele bezüglich des Umganges der Hebammen ihr gegenüber auf:

„Also, einfach so ein genereller Umgangston, wenn man was falsch macht oder so. Sprüche zu kriegen wie „Bist du eigentlich dumm oder so?“. (...) Oder auch vor Frauen und Partnern Partnerinnen bloßgestellt werden. Ich weiß nicht, ich habe das erste Mal katheterisiert, habe die Harnröhre nicht gefunden, war ein bisschen aufgeregt, war alles nicht so einfach. Die Hebamme stand neben mir und hat vor versammelter Mann-

schaft dann so Sprüche geklopft wie „Na, Frau [REDACTED], wo ist denn die Harnröhre, mh? Wo ist sie denn?“ sowas.“ (Transkript 7, Z. 164-171).

Die Interviewpartnerinnen betonen, dass sie es als wichtig empfinden während der Ausbildung Wertschätzung für ihre Arbeit zu erfahren. Ein wertschätzender und anerkennender Umgang sind grundlegende Voraussetzungen, um Selbstvertrauen für eine eigenständige und eigenverantwortliche Arbeitsweise zu erlangen. Einige Interviewpartnerinnen berichten über ein positives Empfinden, wenn ihnen Wertschätzung und Anerkennung entgegen gebracht wurde. Allerdings berichten die Interviewpartnerinnen, dass sie während der Praxiseinsätze in ihrer Ausbildung eher wenig Wertschätzung und Anerkennung von den Hebammen und Praxisanleiterinnen erhalten haben (Transkript 2, Z. 89-94, 256ff., 307-324; Transkript 4, Z. 96-103, 432-437, 499-502; Transkript 5, Z. 117-127, 159-168, 584-590). Die vierte Befragte erzählt: *„Also, weil ich halt sagen muss, auf der Wochenbettstation, da müssen wir ja auch Dienste leisten, das war ein ganz anderes Arbeiten mit uns. Das war wertschätzend. Und ich glaube, das ist wirklich so ein Hebammen-Ding. So ein Kreißsaal-Ding (lachen).“* (Transkript 4, Z. 499-502). Interviewpartnerin 2 berichtet:

„Also, ich meine, ja, ich mache den Job, aber ich finde, unter/ innerhalb des Teams oder auch da wo ich jetzt die Ausbildung gemacht habe, da war die Wertschätzung gleich null. Und (...) nicht jetzt von den Frauen her, die man betreut hat, sondern im Team einfach.“ (Transkript 2, Z. 90-94).

Interviewpartnerin 5 beschreibt, dass sie zusammen mit ihren Ausbildungsfreundinnen und mit Hilfe der Schule zum Ende der Ausbildung versucht hat, den schlechten Umgang mit den Auszubildenden im Kreißsaal zu thematisieren, um für den nächsten Kurs etwas zu verbessern. Dieser Versuch wurde von dem Kreißsaal-Team jedoch nicht angenommen und die Situation hat sich dadurch so verschlechtert, dass die Praxisanleiterin nicht mehr mit der Interviewpartnerin gesprochen hat (Transkript 5, Z. 197-226).

5.3.2 Betreuung der Auszubildenden durch die anleitenden Hebammen

Von den Interviewpartnerinnen werden heikle Beispiele über die Art und Weise der Betreuung durch die anleitenden Hebammen erzählt. Die vierte Interviewte bringt beispielsweise an, dass sie eine praxisanleitende Hebamme in der Klinik hatten, die nur Praxisanleiterin geworden ist, um die Auszubildenden so leiden zu lassen, wie sie in ihrer Ausbildung selber leiden musste (Transkript 4, Z. 508-514). Die zweite Befragte bringt in diesem Kontext an, dass sie die Erfahrung in der Praxis gemacht hat, dass die praxisanleitenden

Hebammen oftmals keinen berufspädagogischen Hintergrund hatten, um eine gute Betreuung und Anleitung der Auszubildenden zu leisten (Transkript 2, Z. 824-829).

In herausfordernden Situationen wurden die Interviewpartnerinnen häufig allein gelassen, haben wenig Unterstützung und Aufklärung seitens der Praxisanleitung erhalten. Es wird von den Interviewpartnerinnen beschrieben, dass sie bei Fehlern und Nachfragen von ihren anleitenden Hebammen angemeckert und für die Fehler verantwortlich gemacht wurden, auch wenn sie noch nicht viel Erfahrung sammeln konnten bzw. nicht ausreichend für bestimmte Tätigkeiten angeleitet wurden. Dies führte dazu, dass die Interviewpartnerinnen eingeschüchtert wurden und angefangen haben, Angstgefühle gegenüber den anleitenden Hebammen zu entwickeln. Die Interviewpartnerinnen haben sich aufgrund dieser Situation teilweise nicht getraut Fragen zu stellen (Transkript 1, Z. 219-231; Transkript 2, Z. 140-147, 224-228, 231-242, 258-285; Transkript 3, Z. 142-145; Transkript 5, Z. 128ff.; Transkript 7, Z. 109-113, 228-233, 584-588).

Zudem wird von den Interviewpartnerinnen geäußert, dass sich die anleitenden Hebammen grundsätzlich keine Zeit für Nachbesprechungen genommen haben, um Geburtserfahrungen zu reflektieren. Die Interviewpartnerinnen empfinden Nachbesprechungen im Rahmen der Betreuung durch die anleitenden Hebammen als wichtig und notwendig, um Erlebnisse besser aufarbeiten und einordnen zu können, um letztlich daraus zu lernen (Transkript 1, Z. 206-209; Transkript 4, Z. 828-847; Transkript 7, Z. 473-490).

Ferner beschreiben zwei Interviewpartnerinnen belastende Prüfungsgeburts-Situationen, in denen sie wenig Unterstützung und aufbauende Worte ihrer anleitenden Hebammen erfahren haben (Transkript 5, Z. 249-275; Transkript 6, Z. 137-155, 160-174). Interviewpartnerin 5 beschreibt:

„[...] und was halt auch richtig schlimm war, was sicherlich auch nochmal dazu beigetragen hat, war das meine Examens-Geburt, also beim praktischen Examen, (...) muss man ja eine Geburt leiten und begleiten und (...) die verlief bei mir auch ganz schlimm, weil die Frau/ weil die hatte dann nachher einen pathologischen Verlauf. Die Frau/ die Herztöne waren sehr schlecht von dem Kind und das ging eigentlich dann ja stundenlang so und ich war stundenlang in dieser Prüfungssituation. Die Prüferinnen waren die ganze Zeit mit im Raum. Das war halt eine von der Hebammenschule eine Lehrerin und meine Praxisanleiterin. Es war/ es lief halt wirklich (...) schlecht. Und ich war/ mir waren nachher auch die Hände gebunden, weil es ein hochgradig pathologischer Verlauf und ich habe die Ärztin, wie es dann ja auch für Hebammen Pflicht ist, die Ärztin dann immer dazu gerufen und die hat aber immer auch nichts gesagt, weil sie, glaube

ich, dachte dass/ weil ich in einer Prüfungssituation bin, sie nicht viel sagen dürfte, aber theoretisch hätte sie ja genauso handeln müssen, wie sie sonst auch handelt. Also, sie muss als Ärztin auch dann ihre Entscheidungen treffen und für mich war das einfach so eine/ man ist ja sowieso dann so unter Druck und war aufgeregt und für mich war das so eine schlimme Situation und dann war das zweimal so, dass in dieser Prüfungssituation meine Anleiterin mich rausgenommen hat. Und anstatt mich irgendwie zu stärken, hat sich mich richtig zur Sau gemacht und hat halt gesagt „Ja, das ist jetzt hier deine Prüfungs/ deine Prüfung, die du gerade“, auf gut deutsch gesagt, „verkackst und das ist dir schon klar, nää?“. So und hat mich dann halt richtig fertig gemacht und danach dann auch noch mal, so zum Ende hin und hat dann gesagt „Ja,“, also hat mich total fertig gemacht, hat gesagt „das Kind, das muss jetzt zur Welt kommen!“ und ja, es war einfach/ das war halt wirklich auch total traumatisierend. Das war einfach auf allen Ebenen so falsch und (...) ja, danach war ich richtig, richtig, fertig nach der Geburt [...].“ (Transkript 5, Z. 248-273).

Die sechste Befragte erzählt, dass ihre Praxisanleiterin und sie große Probleme miteinander hatten *„Bis hin dazu, dass sie mich durch die Prüfung fallen lassen hat.“* (Transkript 6, Z. 155). Sie führt fort:

„Also, es gibt so ein paar Regularien, dass man zum Beispiel keine Prüfung/ also, es geht ja darum, dass man eine Geburt vorführt sozusagen. Also, eine echte und in diesem Fall war es so, dass die Frau, die dann gewählt wurde für mich, kein Deutsch sprach auch kein Englisch. Sie hatte eine Freundin dabei, die ihre Sprache sprach und ich/ und Englisch und musste dann über sie übersetzen. Des Weiteren hatte sie schon mal einen Kaiserschnitt vorher gehabt, das Fruchtwasser war grün (...), die Vitalwerte des Kindes wurden auffällig und es wurde keinem Zeitpunkt die Geburt abgebrochen. Also, die Prüfungsgeburt. Es hätte gar nicht erst angefangen werden dürfen und es hätte dann auch irgendwann abgebrochen werden müssen und man hat mich da in das offene Messer laufen lassen.“ (Transkript 6, Z. 161-171).

Von Interviewpartnerin 4 wird zudem berichtet, dass sie von ihrer anleitenden Hebamme kein konstruktives Feedback erhalten hat, sondern lediglich Kritik, die sie nicht einordnen konnte, was bei ihr eine gewisse Unsicherheit auslöste. Sie benennt hierzu folgendes Beispiel:

„Also, mir wurde zum Beispiel immer gesagt, dass meine ganz, ganz große Stärke ist die Empathiefähigkeit. Selbst die verschlossensten Frauen oder Familien knacke ich und sie lachen am Ende mit mir und umarmen mich und [...] ich weiß auch, dass das meine Stärke ist und dass es auch von anderen so gesehen wird. Und dann sitzt diese

Frau einem gegenüber und sagt „Ja, [REDACTED], also, hier habe ich Ihnen so ne' schlechte Punktzahl in Sozialkompetenz gegeben, weil ja, Sie müssen wirklich noch daran arbeiten guten Draht zu den Frauen zu finden.“ und ich dachte „Hä?“ (lachen). Vor allem drei Tage vorher hatte ich meine Prüfungsgeburt und die Prüferin hat in ihrem Beisein gesagt „Also, das ist Wahnsinn, wie Sie mit Frauen umgehen. Sie/ was Sie für eine Ebene mit den Frauen finden.“ und drei Tage später bekomme ich dann genau das Gegenteil von ihr hingelegt. Und das meine ich so mit haltloser Kritik, also, wo man einfach nichts mit anfangen kann. (...) Und, also, halt in ihrem Beisein habe ich mich immer sehr unsicher gefühlt, wenn ich eine Geburt machen musste und dachte immer „Ich fühle mich gerade wie vor meiner ersten überhaupt.“, weil ich immer dachte „Ich mach's in ihren Augen sowieso nicht richtig. Egal was ich gerade tue.““ (Transkript 4, Z. 377-394).

Zudem bringt die vierte Befragte an, dass ihre anleitende Hebamme, „[...] der Grund [ist] warum ich nicht in dieser Klinik geblieben bin (lachen) und warum ich die Geburtshilfe aufgegeben habe.“ (Transkript 4, Z. 248-250).

5.3.3 Begleitung der Gebärenden durch das Kreißsaal-Team

Durch die Erfahrungsberichte der Interviewpartnerinnen wird ersichtlich, dass die Art und Weise der Betreuung der Gebärenden durch das Kreißsaal-Team nicht mit ihren persönlichen Vorstellungen der Betreuung für die Gebärenden übereinstimmt. Die Interviewpartnerinnen beklagen, dass eine individuelle 1:1 Betreuung für die Gebärenden nicht möglich ist, da keine Zeit vorhanden ist bzw. zu wenige Hebammen im Kreißsaal tätig sind. Die Interviewpartnerinnen beschreiben, dass sie die 1:1 Betreuung als wichtig erachten, um den Gebärenden ein sicheres und vertrautes Gefühl während der Geburt geben zu können (Transkript 1, Z. 311-322; Transkript 2, Z. 502-506; Transkript 3, Z. 71-78, 242-248; Transkript 6, Z. 328-346). Interviewpartnerin 1 äußert:

„[...] diese 1:1 Betreuung würde ich gerne auch haben für die Frauen. Also, nicht nur für mich, sondern wirklich für die Frauen, weil es so wichtig ist, dass die Frauen ein Gefühl haben der Vertrautheit und das muss man aufbauen mit Frauen, die gerade in den Kreißsaal kommen und das hat man/ man hat diese Zeit heutzutage nicht mehr für die Frauen. Das finde ich sehr, sehr schade und ich möchte für eine Gebärende da sein und wenn ich das nicht kann, dann (...) ja, dann ist das nicht mein Ding. Ich kann nicht zu einer Frau sagen „Tut mir leid.“, die mir gerade die Hand hält und bittet darum, dass ich bei ihr bleibe, dass ich sage „Tut mir leid, ich habe noch zwei, drei andere Frauen. Ich muss jetzt auch nach denen schauen.“. Und ich habe ja da auch Verant-

wortung für Leben und das kann ich einfach nicht mit meinem Gewissen vereinbaren.“
(Transkript 1, Z. 311- 22).

Zudem beschreiben einige Interviewpartnerinnen, dass sie neben der oftmals fehlenden Möglichkeit der 1:1 Betreuung, während ihrer Praxiseinheiten eine sehr feindselige Geburtshilfe erlebt haben. Sie beschreiben, dass sie diese als grobe, teilweise gewalttätige und übergriffige Geburtshilfe gegenüber den Gebärenden, sowohl körperlich als auch verbal, erlebt haben. Ein wesentlicher Grund, weshalb sie nicht in der Geburtshilfe geblieben sind ist, dass sie diese Art der Geburtshilfe und Betreuung der Frauen nicht unterstützen möchten (Transkript 2, Z. 241-244; Transkript 4, Z. 568-637, 803-810; Transkript 7, Z. 94-98, 123-159). Hierzu benennt Interviewpartnerin 4 folgendes Beispiel:

„Und oder verbale Äußerungen wie „Ja, so ne' Geburt ist kein Zuckerschlecken. Nun pressen Sie mal hier ordentlich mit, damit ihr Kind auch kommt, sonst hol' ich's.“ und/ also es war so/ oder auch so übergriffig „Jetzt machen Sie die Beine endlich breit, damit ich Sie untersuchen kann.“, statt einfach mal um Einverständnis zu bitten, dass man untersuchen darf. Also, teilweise wurde auch gar nicht darüber redet, sondern es wurde einfach untersucht. (...) Und das sind einfach so/ es wurde so wenig wertschätzend mit den Frauen umgegangen und eine Geburtshilfe einfach gelebt, die ich so nicht teilen möchte.“ (Transkript 4, Z. 630-637).

Ein weiteres Beispiel von Interviewpartnerin 4 handelt darüber,

„[...] wie der Arzt der gebärenden Frau eine (...), jetzt kommst du aus Hamburg, Backpfeife? Eine Schelle. Ja, eine Schelle ins Gesicht gehauen hat, während der Geburt, damit sie wieder zur Besinnung kommt. Damit sie endlich richtig mit presst. Und das sind Erlebnisse, da stehst du als Studentin daneben und siehst wie eine Frau von einem Arzt geschlagen wird (lachen). Und das musst du erstmal verarbeiten.“ (Transkript 4, Z. 805-810).

Die siebte Befragte führt als Beispiel der gewalttätigen Geburtshilfe an:

„[...] halt viel dieses Standard-Ding von CTG ist irgendwie mh wissen wir auch nicht. Nicht so gut. Naja, dann machen wir mal die VE. Dann ballern wir uns da mal darauf und Kristellern, gefühlt zu siebt. [...] Epi mit der Nabelschere geschnitten, also ich weiß nicht wo ich anfangen und aufhören soll.“ (Transkript 7, Z. 154-158).

5.4 Psychosomatische Auswirkungen der Ausbildungserfahrungen im Kreißsaal

Die Interviewpartnerinnen berichten, dass die unterschiedlichen negativen Erfahrungen in den Kreißsaal-Einsätzen individuelle Auswirkungen auf ihre Gesundheit genommen haben. Mehrere Interviewpartnerinnen beschreiben psychosomatische Symptome. Die erste Befragte erzählt, dass sie Antidepressiva einnehmen musste, weil sie mit dem Umgang der Auszubildenden in der Klinik nicht zurechtgekommen ist (Transkript 1, Z. 174-177). Die fünfte Befragte erzählt: *„[...] bei mir war es tatsächlich auch so, dass ich am Ende gemerkt habe, dass ich einfach so unter psychosomatischen Symptomen gelitten habe, dass ich auch mir psychologische Hilfe gesucht habe.“* (Transkript 5, Z. 299-312). Ebenfalls beobachtete die fünfte Befragte die Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei ihren Ausbildungsfreundinnen, was sie als prägend empfunden hat: *„Also, die eine hat so massiv schlimm Neurodermitis bekommen [...] und eine Freundin von mir, die hatte schon eine leichte Essstörung, aber das hat sich auch massiv verschlechtert bis sie nachher in der Klinik war.“* (Transkript 5, Z. 299-312).

Auch sagen die Interviewpartnerinnen, dass sie die praktischen Erfahrungen in der klinischen Geburtshilfe während der Ausbildung traumatisiert haben (Transkript 2, Z.364-403; Transkript 3, Z. 70f.; Transkript 5, Z. 449-460; Transkript 7, Z. 85-90). Interviewpartnerin 2 beschreibt hierzu ausführlich eine Situation, die sich nach vier Wochen praktischer Ausbildung, mit einer Hebamme ereignet hat. Die Hebamme hat die Interviewte nach einer belastenden und anstrengenden ersten stillen Geburtserfahrung unter vier Augen verbal erniedrigt, beleidigt und ihre Kompetenzen als werdende Hebamme in Frage gestellt (Transkript 2, Z. 364-403). Die zweite Befragte sagt:

„Mich so zu kritisieren, sich irgendwelche Dinge herbei zurufen. Ich verstehe das nicht, was für ein ekelhafter Mensch man sein kann, so etwas zu tun und gleichzeitig Hebamme zu sein. Verstehe ich nicht. Und seitdem war der Kreißsaal für mich eine Tortur. Seit diesem Moment. Und dieser Moment kommt mir immer wieder, sobald ich den [REDACTED] Kreißsaal nur rieche. Das ist für mich einfach eine traumatische Belastung gewesen und das hat mir die Zeit in der Ausbildung einfach nur verkackt.“ (Transkript 2, Z. 397-403).

Interviewpartnerin 5 haben die Erfahrungen so tiefgründig traumatisiert, dass sie nach fünf Jahren Distanz zum Beruf immer noch regelmäßig von der Situation im Kreißsaal träumt. Sie erzählt:

„[...] trotzdem träume ich immer noch regelmäßig von diesem Kreißsaal und den Hebammen dort. Und dass ich in der Situation bin. Und ich finde, das ist halt schon ein hef-

tiges Zeichen, weil ich habe das sonst von kein/ von nichts in meinem Leben, dass ich regelmäßig von irgendwas/ irgendeiner Phase/ von irgendeiner Lebensphase träume (...) und sich Situationen dann immer irgendwie wiederholen. Und (...) genau, im Prinzip ist es ja/ es ist einfach dieses stetige Gefühl nicht respektiert zu werden und Angst Fehler zu machen.“ (Transkript 5, Z. 454-460).

Die Interviewpartnerinnen erzählen zudem, dass ihnen das Gefühl gegeben wurde, nie gut genug zu sein und dass sie nichts können. Dies hat ihr Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein enorm geschwächt (Transkript 2, Z. 523-527; Transkript 5, Z. 131-140; Transkript 7, Z. 372-405). Interviewpartnerin 7 beschreibt:

„[...] ich habe hier vier Jahre in einer Art und Weise die Hölle durchgemacht. Ich hatte/ ich bin aus dieser Nummer rausgegangen, hatte überhaupt kein/ also wirklich Selbstbewusstseinsprobleme. Habe das Gefühl gehabt, ich bin nichts und ich kann nichts und ich werde niemals irgendwas in meinem Leben richtig machen.“ (Transkript 7, Z. 372-376).

5.5 Reflektion der Ausbildungserfahrungen im Kreißaal

In den nachfolgenden zwei Abschnitten werden die Ausbildungserfahrungen sowohl in Bezug auf die erlebten Defizite und Wünsche während der Sozialisation im Kreißaal reflektiert als auch bezüglich der Konsequenzen auf die Absicht, als Hebammen Geburten zu begleiten.

5.5.1 Defizite und Wünsche bezüglich der Sozialisation im Kreißaal

Auf die Frage, was die Interviewpartnerinnen in der Geburtshilfe oder im Beruf gehalten hätte, wird deutlich, dass die von ihnen berichteten defizitären Erfahrungen während der Sozialisation im Kreißaal wesentliche Wunsch-Faktoren darstellen, damit die Befragten in dem Beruf bzw. in dem Berufsfeld verblieben wären. So beschreiben die Interviewpartnerinnen, dass sie in der klinischen Geburtshilfe geblieben wären, wenn ihnen während der beruflichen Sozialisation im Kreißaal mehr Anerkennung und Wertschätzung entgegen gebracht worden wäre. Ferner sagen sie, dass sie ein harmonisches und stützendes Team, das hinter einem steht, vermisst haben (Transkript 1, Z. 374-382; Transkript 2, Z. 654-662; Transkript 4, Z. 665ff.; Transkript 5, Z. 582-590).

Grundsätzlich fehlte den Interviewpartnerinnen die Vermittlung des Gefühls von Sicherheit während der Praxiseinsätze im Kreißaal (Transkript 3, Z. 217-223; Transkript 5, Z. 571-590; Transkript 7, Z. 582ff.). Darüber hinaus berichten die Interviewpartnerinnen, dass sie

sich eine umfangreichere, praxisorientierte und empowernde Anleitung gewünscht hätten, mit einem respekt- und verständnisvollen Umgang ihnen gegenüber (Transkript 1, Z. 415-423; Transkript 3, Z. 217-223, 233-236; Transkript 5, Z. 571-590; Transkript 7, Z. 654-668). Außerdem wird von den Interviewpartnerinnen beschrieben, dass die allgemeine Arbeitsweise und vor allem die strukturellen Bedingungen in den Kreißsälen sich bessern müssten, um eine 1:1 Betreuung bzw. eine würdigere und selbstbestimmtere Betreuung der Frauen nach ihren Vorstellungen umsetzen zu können (Transkript 1, 374-382; Transkript 2, Z. 217-223; Transkript 4, 536-547, 689-703; Transkript 6, Z. 328-346).

Zwei Interviewpartnerinnen hätten sich mehr Supervision bzw. ein Hilfsangebot seitens der Universität gewünscht, um die Möglichkeit zu bekommen belastende Erfahrungen aufarbeiten zu können (Transkript 4, Z. 801-809; Transkript 7, Z. 503-510).

5.5.2 Konsequenzen bezüglich der Absicht, als Hebamme Geburten zu begleiten

Auf die Frage, ob die Interviewpartnerinnen sich sicher fühlen, Geburten alleine zu begleiten, werden verschiedene Antworten genannt. Die Mehrheit der Interviewpartnerinnen sagt, dass sie sich tendenziell nicht sicher fühlen nach der Ausbildung Geburten zu begleiten. Es wird betont, dass dies bei Berufsanfängern normal sei (Transkript 1, Z. 404-411; Transkript 3, 179-182; Transkript 5, 402-415; Transkript 7, Z. 407ff.).

Eine Interviewpartnerin sagt, dass sie sich sicher fühlt Geburten alleine zu begleiten (Transkript 2, Z. 549-562). Zwei weitere Interviewpartnerinnen benennen jeweils eine Situation, in der sich sicher gefühlt haben eine Geburt zu begleiten: Interviewpartnerin 4 sagt, nur wenn sie mit netten Hebammen zusammen arbeiten durfte, empfand sie eine Sicherheit Geburten alleine zu begleiten (Transkript 4, Z. 366-370). Die sechste Befragte sagt, im Klinik-Setting habe sie sich sicher gefühlt Geburten zu alleine zu begleiten (Transkript 6, Z. 272-278).

Von den Interviewpartnerinnen wird erzählt, dass es zu Beginn der Ausbildung ihr Traum war nach der Ausbildung Geburten zu begleiten – sowohl klinisch als auch außerklinisch. Die Ausbildungserfahrungen im Kreißsaal waren jedoch so prägend, dass die Interviewpartnerinnen nach Beendigung der Ausbildung letztlich nicht mehr Geburten begleiten oder den Beruf der Hebamme nicht mehr ausüben möchten (Transkript 1, Z. 160ff.; Transkript 2, Z. 81ff.; Transkript 3, Z. 59-65; Transkript 4, Z. 69-76; Transkript 5, Z. 57-71, 236-241; Transkript 6, Z. 50-54, 222-240; Transkript 7, Z. 59-63). Die zweite Interviewte

beschreibt hierzu: „Ja, ich wollte schon immer dann freiberuflich arbeiten, aber mit Geburtshilfe. Und das habe ich dann natürlich revidiert diese Aussage, aufgrund der entsprechenden Situation und der Erfahrung im Kreißaal.“ (Transkript 2, Z. 81ff.). Die vierte Interviewte bringt an:

„Und ich muss auch sagen, dass mein Hauptgedanke die Geburten waren. Also, ich weiß, dass ich/ dass meine Stärken, meine Komfortzone eindeutig Freiberuflichkeit ist. Das ist klar, weil ich halt auch Stillberaterin freiberuflich gearbeitet habe, aber die Geburten haben mich einfach wahnsinnig gereizt und mein Wunsch war, dass ich irgendwann als Beleghebamme arbeiten kann. Dass ich halt mit meinen Frauen in die Klinik gehen kann. So habe ich das Studium begonnen (lachen). Dann wurde ich einem Krankenhaus zu geteilt, was mir das Ganze vermiest hat (lachen).“ (Transkript 4, Z. 69-76).

Durch die Erzählungen sowie die Antworten auf die konkrete Frage, ob sich die Interviewpartnerinnen jemals wieder vorstellen könnten Geburten zu begleiten, kam zum Vorschein, dass vier von sieben Interviewpartnerinnen gerne Geburten begleiten würden. Sowohl klinisch als auch außerklinisch, wobei außerklinisch überwiegend benannt wurde. Alle Interviewpartnerinnen benennen ähnliche Gründe, weshalb sie letztendlich keine Geburten begleiten. Diese sind bspw.: die Umstände und strukturellen Bedingungen in den Kliniken und dass diese nicht ihre Vorstellung der Betreuung und Begleitung der Gebärenden zu lassen; zudem finden die Interviewpartnerinnen es unverantwortlich ohne weitere Erfahrung in die außerklinische Geburtshilfe einzusteigen; die Versicherungsbeiträge sind für die außerklinische Geburtshilfe zu hoch; sie haben Angst es in einem anderen Kreißaal auszuprobieren und/oder sie müssen ihre Erfahrungen der Ausbildung erst einmal aufarbeiten (Transkript 1, Z. 152ff., 285-288, 342ff., 394-399; Transkript 2, Z. 102-109, 542-547, 786-795; Transkript 3, Z. 78-86, 220-228; Transkript 4, Z. 348-358, 712-744; Transkript 5, Z. 507-518, 541-567; Transkript 6, Z. 240-252, 328-330, 359-372; Transkript 7, Z. 402-405, 27-572, 635-649).

„Also, ich glaube zu jeder Hebamme gehört dazu Geburten zu machen. Das ist auch ein Träumchen. [...] und klar, auf jeden Fall würde ich total gerne Geburten machen. Also, mein Herz hängt da auch dran, aber wirklich auch nur, wenn ich die Frauen gut betreuen dürfte.“ (Transkript 1, Z. 394-399).

6 Diskussion

In den nachstehenden Abschnitten werden sowohl die Ergebnisse des theoretischen Hintergrundes als auch die Ergebnisse der empirischen Untersuchung diskutiert. Hiernach erfolgt die Diskussion des methodischen Rahmens der vorliegenden Abschlussarbeit.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Um die spezifische Forschungsfrage zu beantworten, musste sich dieser durch die Betrachtung einzelner, allgemein gehaltener Gebiete im theoretischen Hintergrund genähert werden. Aus den Ergebnissen des theoretischen Hintergrundes wurde ersichtlich, dass der Beruf Hebamme sich vielfältig gestalten lässt; das Belgeiten von Geburten jedoch ein besonderes Element darstellt – sowohl für berufsausübende als auch für werdende Hebammen. Hierbei stellt der Kreißsaal den Hauptort für die Begleitung und Betreuung der Gebärenden während der Geburt dar, da 98% der Geburten in Deutschland im klinischen Bereich stattfinden. Die klinischen Einsätze sind mit insgesamt fast 50% der praktischen Einsatzzeit ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung zur Hebamme. Auszubildende erlernen hier während ihrer beruflichen Sozialisation nicht nur die praktischen Kompetenzen der Begleitung von Geburten, sondern kommen zudem mit der Realität der klinischen Geburtshilfe in Berührung. Sie lernen die gemeinsame Kultur kennen, welche in der Literatur auch als „verborgener Lehrplan“ bezeichnet wird. Außerdem lernen sie bestimmte Verhaltensmuster, Wertehaltungen, Einstellungen und Überzeugungen kennen. Studien, Fachzeitschriftenartikel und Erfahrungsberichte zeigen auf, dass die Erfahrungen im Kreißsaal tief prägend sein und Einfluss auf die Absicht zur Ausübung der Geburtshilfe nehmen können. Die durchgeführte qualitative Studie dieser Abschlussarbeit untersuchte genauer, weshalb Hebammen nach dem Bestehen des Examens nicht in die klinische Geburtshilfe einsteigen.

Die Thematik rund um die klinische Geburtshilfe in Deutschland ist sehr komplex und umfassend. Da das Thema der Geburtshilfe in Deutschland nicht das Hauptthema dieser Arbeit darstellt, sondern der Prozess der beruflichen Sozialisation innerhalb der Ausbildung – und hier ein ganz spezifischer Aspekt: das Lernen im Kreißsaal – wurde die geburtshilfliche Situation nur oberflächlich zum besseren Verständnis der Arbeit dargestellt. Eine ausführliche Darstellung hätte den Rahmen der Arbeit erheblich überschritten. Die klinische Geburtshilfe lässt sich jedoch derzeit vielerorts als kritisch bewerten und scheint sich in einem sogenannten „Teufelskreis“ zu befinden. In Deutschland vermerken die Ausbildungszahlen derzeit einen Hochstand, so dass – logisch betrachtet – genügend Hebammen in den Bereich der klinischen Geburtshilfe nachrücken könnten. Trotzdem spitzt sich die Situation des Personalmangels in den Kliniken weiterhin zu. An dieser Stel-

le ist nochmals hervorzuheben, dass es generell anhand der aufzufindenden Datenlage keinen generellen Mangel an Hebammen in Deutschland zu verzeichnen gibt. Woran es aber tatsächlich mangelt, sind Hebammen im Kreißaal und mancherorts hebammenspezifische Dienstleistungskapazitäten im außerklinischen Bereich. Durch die Analyse der Interviews konnte herausgearbeitet werden, dass sich der benannte „Teufelskreis“ mit seinen negativen Auswirkungen für die klinische Geburtshilfe und vielmehr für die Hebammen in den Ausführungen der Interviewpartnerinnen wiederfinden lässt. Zudem konnten generelle Übereinstimmungen mit der angeführten Literatur im theoretischen Hintergrund ausfindig gemacht werden. Diese werden in den nächsten Abschnitten ausführlicher erörtert.

Trotz der Möglichkeit, die Berufsausübung vielfältig zu gestalten, hatten die Interviewpartnerinnen vor Beginn der Ausbildung die Vorstellung außerklinisch oder klinisch Geburten zu begleiten. Durch die erlebten Erfahrungen in den praktischen Einsätzen im Kreißaal haben sie diese Vorstellungen jedoch „revidiert“ und sich gegen die klinische Geburtshilfe und teilweise sogar gegen die Ausübung des Berufes entschieden. Hierbei benennen die Interviewpartnerinnen im Wesentlichen die fehlende Möglichkeit, die Gebärenden so zu betreuen und zu begleiten, wie sie es sich wünschen. Sie beschrieben ihre Vorstellungen der Betreuung und Begleitung der Gebärenden als sehr frauenzentriert: die 1:1 Betreuung und Selbstbestimmung stehen hierbei im Fokus. Zudem berichteten die Studienteilnehmerinnen, dass sie während des Sozialisationsprozesses in der klinischen Geburtshilfe ein geburtshilfliches System kennengelernt haben, welches sie so nicht unterstützen möchten und sie sich deshalb diesem entziehen. In der Analyse der Interviews konnte herausgearbeitet werden, dass hierbei Erfahrungen mit einer gewalttätigen-übergriffigen gelebten Geburtshilfe, der Pathologisierung der Geburt, veraltete und nicht-evidenzbasierte geburtshilfliche Praxis, steigende Geburtenzahlen, Personalmangel sowie erlebte und gelebte Feindseligkeiten sowohl ihnen gegenüber als auch innerhalb des Kreißaal-Teams gemeint sind, welche u.a. drastische Folgen der derzeitigen strukturellen Gegebenheiten der klinischen Geburtshilfe abbilden. Es kommt allerdings die Frage auf, ob sie sich tatsächlich bewusst dem System der klinischen Geburtshilfe entziehen oder ob eher die von ihnen beschriebene Unsicherheit und Angst durch die Erfahrungen im Kreißaal, sie davon abhält in die klinische Geburtshilfe einzusteigen? Auch ist es fraglich, wie eine Besserung der klinischen Geburtshilfe erreicht werden soll, welche sich die Interviewpartnerinnen wünschen – sowohl für die Gebärenden als auch für zukünftige Auszubildende – wenn die Nachwuchs-Hebammen nicht dem geburtshilflichen System erhalten bleiben, um Veränderungen voranzutreiben? Entziehen sie sich, um vermehrt Druck auf das System auszuüben oder steht hier doch der Selbstschutz im zentralen Mittelpunkt? Weitere

Forschungsbemühungen diesbezüglich werden mit hoher Wahrscheinlichkeit bei allen Akteuren und Akteurinnen der angrenzenden Wissenschaften wie zum Beispiel der Gesundheits-, Pflege- und vor allem Hebammenwissenschaften von großem Interesse sein.

Um dem Phänomen des Verlassens der Geburtshilfe etwas näher zu kommen, wurden während der Interviews unter anderem die Fragen gestellt, ob sich die Studienteilnehmerinnen überhaupt sicher fühlen Geburten alleine zu begleiten und ob sie sich jemals wieder vorstellen könnten in die Geburtshilfe einzusteigen oder die Arbeit als Hebamme wieder aufzunehmen. Hier kam ein gemischtes Meinungsbild zum Vorschein. Einige Interviewpartnerinnen fühlten sich sicher, wenn auch nur unter bestimmten Voraussetzungen, Geburten alleine durchzuführen, andere wiederum überhaupt nicht. Ein gleiches Bild zeigte sich bei der Beantwortung der Frage für die Wiederaufnahme der Geburtshilfe. Für vier Interviewpartnerinnen kam es in Frage, für die restlichen drei nicht. Hier kam auch zum Vorschein, dass einige von ihnen gerne Geburten begleiten würden und es scheinbar auch vermissen. Daher ist es anzunehmen, dass es nicht das Begleiten einer Geburt an sich ist, weshalb die Interviewteilnehmerinnen nicht in die Geburtshilfe gegangen sind oder die Berufsausübung als Hebamme aufgegeben haben, sondern das Setting Krankenhaus-Kreißsaal mit seinen vorzufindenden Belastungen für die angehenden Hebammen, durch ein defizitäres geburtshilfliches System in Deutschland.

Das Arbeitsumfeld Kreißsaal mit seinen aufzufindenden Kulturen stellt im Allgemeinen ein durch Hierarchie geprägtes Umfeld für angehende Hebammen dar, in der Machtausnutzung und -ausübung ihnen gegenüber scheinbar an der Tagesordnung steht und für einige werdende Hebammen beginnt dies bereits am ersten Tag ihrer Ausbildung. Grundsätzlich wurde durch die Analyse identifiziert, dass durch erlebte Feindseligkeiten in unterschiedlicher Art und Weise viele Unsicherheiten, Angst und Betroffenheit – sowohl implizit als auch explizit – bei den Interviewpartnerinnen entstanden sind. Angehende Hebammen beginnen ihre Ausbildung hoch motiviert, freuen sich auf den teilweise jahrelang ersehnten Ausbildungsbeginn zum Traumberuf Hebamme. Sie starten die Ausbildung mit eigenen Vorstellungen und Erwartungen, welche im Wesentlichen ein liebe- und respektvoller Umgang auf Augenhöhe mit dem Kreißsaal-Team ist. Einige Interviewpartnerinnen berichteten, dass sie nicht ganz naiv in die Ausbildung gestartet sind, sich vorab informiert haben und bereits angenommen haben, dass es stressig werden kann in Bezug auf Notfall-Situationen oder dem Lernaufkommen. Auffällig ist, dass sehr positiv über den theoretischen Einsatz berichtete wurde und der erste Tag im Kreißsaal-Einsatz als Ernüchterung beschrieben wird. Die Interviewpartnerinnen beschrieben hierzu eine kaltherzige, angst-einflößende Begrüßung – eine Art Initiation – seitens des Kreißsaal-Teams, welche als

sehr abschreckend empfunden wurde. Dies kann zu einem ersten „Praxisschock“ führen und gerät so schnell nicht in Vergessenheit. Es ist anzunehmen, dass sie hierdurch einen ersten Konflikt mit ihren eigenen Erwartungen und Vorstellungen bezüglich der Ausbildung durchlebt haben. Zudem wurde beschrieben, dass sich diese einschüchternde Art und Weise der Aufnahme in den Kreißsaal durch die Ausbildung fortzog. Es entsteht der Eindruck als würden die Kreißsaal-Teams die werdenden Hebammen am ersten Tag bewusst einschüchtern bzw. auf Abstand halten wollen. Hier kommt die Frage auf, warum sie dies tun. Ist es das Ausleben von Macht im hierarchischen System oder ist es eventuell aufgrund der allgemein hohen Arbeitsbelastung, sodass Auszubildende einen weiteren Belastungsfaktor darstellen würden? Die Autorin dieser Arbeit sieht hier einen großen Bedarf weitere Untersuchungen diesbezüglich anzustreben. Es ist durchaus anzunehmen, dass die Interviewpartnerinnen bereits durch den ersten Tag im Kreißsaal so geprägt wurden, dass sie mit einer vorsichtigeren, eingeschüchterten Grundhaltung die Praxiseinsätze absolviert haben, sodass ihnen von vorne rein das Potenzial der vollständigen Entwicklung in das geburtshilfliche System genommen wurde.

Logisch betrachtet stellen Auszubildende in der Hierarchie des Kreißsaal-Teams die letzte hierarchische Stufe dar und sind am vulnerabelsten für das Erleben von Feindseligkeiten, jedoch wird scheinbar die mögliche fatale Konsequenz für die Kreißsaal-Teams nicht berücksichtigt: das Ausbleiben von Nachwuchs-Kolleginnen. Die Interviewpartnerinnen standen den desolaten Umgangsarten oftmals schüchtern und zurückhaltend gegenüber, sie scheinen das Verhalten als Art des Miteinanders im Kreißsaal akzeptiert zu haben und empfanden die feindseligen Umgangsarten als üblich – getreu dem Motto „Lehrjahre sind keine Herrenjahre“. Berichtet wurde von den Interviewpartnerinnen über Feindseligkeiten sowie Machtausübungen und -ausnutzungen aus verschiedenen Perspektiven. Zum einen beobachteten sie, wie das Kreißsaal-Team untereinander böseartig interagiert und zum anderen werden sie selbst Opfer von Feindseligkeiten. Feindseligkeiten wurden von den Interviewpartnerinnen im Allgemeinen als Erniedrigen, Lästereien, Bloßstellen, Beleidigen oder Macht- und Konkurrenz-Streitigkeiten beschrieben. Zudem wird erzählt, dass der Umgang mit den Interviewpartnerinnen wenig wertschätzend und aner kennend war. Diese Interaktionen gehen an werdenden Hebammen nicht ohne Auswirkungen vorbei. Die Interviewpartnerinnen berichten über das Empfinden von Angst, Unsicherheit und emotionales Unbehagen vor und während der Kreißsaal-Einsätze. Zudem geht der Spaß an der Arbeit verloren, die Absicht zur Geburtshilfe oder zur Ausübung des Berufes wird in Frage gestellt und daraufhin tatsächlich auch ausgeschlossen. Als mögliche Ursache für die Entstehung der feindseligen Betreuung, Interaktion und Kommunikation werden seitens einiger Interviewpartnerinnen verschiedene Aspekte benannt. Klar herausstechend ist,

dass sie Aspekte benennen, die aufgrund von Überforderung/Überlastung durch zu wenig Personal und dem daraus resultierenden Stress für die einzelnen Mitglieder des Kreißsaal-Teams entstehen. Anzunehmen ist ebenfalls, dass oftmals keine oder ungenügende Stress-Bewältigungskompetenzen eines Einzelnen aus dem Kreißsaal-Team vorhanden sind sowie zu geringes Maß an pädagogischem Hintergrundwissen bezüglich des richtigen Betreuens und Begleitens von Auszubildenden im laufenden Betrieb. Auch lässt sich durch die Erzählungen der Interviewpartnerinnen vermuten, dass für die Entstehung von Feindseligkeiten die eigene Sozialisation der Kreißsaal-Team-Mitglieder eine bedeutende Rolle spielt, wie es das vorgestellte Randgruppen-Phänomen aus Kapitel 3.2 darstellen könnte. Der Aspekt inwiefern die eigene Sozialisation in das Kreißsaal-Setting bei Hebammen dazu beigetragen hat nach Beendigung des Examens Erlebtes an werdende Hebammen weiterzugeben, wurde im Rahmen dieser Abschlussarbeit nicht beachtet, sollte jedoch in zukünftigen Untersuchungen fokussierter miteinbezogen werden.

Im Sinne des beschriebenen Randgruppenphänomens, können die vielerorts defizitären Situationen in der Geburtshilfe sozusagen „Türöffner“ für das Ausleben von Macht und Frustration nach unten oder zur Seite hin für alle Akteurinnen und Akteure der oftmals hierarchisch gegliederten klinischen Geburtshilfe agieren – sowohl gegenüber den werdenden Hebammen, Gebärenden, Neugeborenen als auch den Kolleginnen und Kollegen. Angehende Hebammen sind aufgrund ihrer hierarchischen Position besonders angreifbar für das Ausleben dieser Mächte. Dies geht sowohl aus der angeführten Literatur im Kapitel 3 als auch aus den Ergebnissen der Interviews hervor. Interessanterweise haben die Interviewpartnerinnen nur von direkter Machtausnutzung und -ausübung ihnen gegenüber durch spezifische Verhaltensweisen von einzelnen Mitgliedern des Kreißsaal-Teams berichtet – die Mehrheit dieser Beispiele bezog sich jedoch auf Hebammen oder anleitende Hebammen. Allerdings ist eine gewisse „Binneneinigkeit“, wie es in der Fachliteratur bezeichnet wird, bezüglich des schlechten Umgangs mit den Auszubildenden durch das Kreißsaal-Team auffindbar. Eine Interviewpartnerin erzählte, dass die Auszubildenden nicht gemeinsam mit den Hebammen speisen durften. Der Ausschluss der Auszubildenden zeigt wie enorm die Machtkulturen im Kreißsaal gelebt werden sowie eine scheinbar gewollte Barriere, wie es bereits im Theorieteil angeführt wurde, aufrechterhalten wird, um die Möglichkeit sozial miteinander zu interagieren und zu kommunizieren zu unterdrücken. Zu erwähnen ist, dass nicht jede Hebamme jede angehende Hebamme grundsätzlich schlecht behandelt. Im Zuge der Binneneinigkeit können sie jedoch in gewisser Weise als „stillschweigende Mittäterinnen“ gelten. Die Begründungen, weshalb sie nichts sagen oder unternehmen, sondern das boshafte Verhalten von Kollegen

und Kolleginnen hinnehmen, sind mutmaßlich dieselben Gründe, wie die der werdenden Hebammen: Angst und Unsicherheit.

Besonders paradox wird es, wenn die desaströsen Erfahrungen durch Verhaltensweisen der Praxisanleitung entstehen. Während der Praxiseinsätze nimmt die Rolle der anleitenden Hebamme eine besondere Schlüsselfunktion beim Erlernen und Entwickeln von Kernkompetenzen ein. Auch haben die anleitenden Personen einen Einfluss auf einen positiven oder negativen Lernerfolg der werdenden Hebammen. Dies wurde bereits durch die angeführte Literatur im Abschnitt 3.2 ersichtlich und spiegelt sich in den Ergebnissen der Interviews wider. Hierbei kam jedoch zudem zum Vorschein, welche enorme Macht und somit auch das Potenzial der Machtausnutzung und -ausübung mit der wichtigen Schlüsselfunktion „Praxisanleitung“ verbunden ist, obwohl ihre Funktion eigentlich für die Lernenden unterstützend, motivierend, helfend und stärkend sein sollte. Eine Interviewpartnerin erzählte, dass eine Hebamme in ihrem Ausbildungskreisssaal nur die Funktion der anleitenden Hebamme angenommen hat, damit sie die Schülerinnen so leiden lassen kann, wie sie in ihrer Ausbildung leiden musste. Wenn eine praxisanleitende Hebamme mit solch einer Motivation, die Funktion antreten und ausüben darf, ist es nicht wunderlich, dass über belastende und traumatisierende Erfahrungen berichtet wird, welche wiederum das Ausbleiben von Nachwuchs in den Kreißsälen bewirken können. Dies könnte ebenfalls ein weiteres Beispiel für das beschriebene Randgruppenphänomen darstellen sowie ein Indiz, dass die selbst erlebten Sozialisationserfahrungen von Hebammen an die Nachwuchs-Hebammen weiter, quasi wie ein Ritual, gegeben werden. Weitere Forschungen über dieses Phänomen würde die Autorin sehr begrüßen.

Die Interviewpartnerinnen haben den Kreißsaal im Allgemeinen als kein förderndes und vertrauensvolles Lernumfeld beschrieben. Die drückende Atmosphäre und die schlechte Stimmung im Kreißsaal schüchtert ein, sie trauen sich nicht Fragen zu stellen, bekommen keine oder wenig Anleitung, Aufklärung, Erklärung und die Möglichkeit für lernsteigernde Nachbesprechungen und bei Fehlern oder Nachfragen werden sie trotzdem gemaßregelt. Diese Basis bietet wenig Möglichkeit für das Erlernen und Entwickeln von Kompetenzen sowie die erfolgreiche Integration und Sozialisation in die klinische Geburtshilfe. Mit der seit Januar 2020 begonnen Akademisierung wird die Ausbildungsstruktur für Hebammen nochmals stark vorangetrieben und enorm gestärkt. Die Umsetzung schafft einen gewissen Standard unter den Hebammenausbildungsprogrammen in der EU. Dies erfordert eine grundlegende Umstellung des Ausbildungssystems in Deutschland, welche an dieser Stelle in Bezug auf die Forschungsergebnisse vor- und nachteilig diskutiert werden soll.

Es ist kritisch zu betrachten, dass bis 2027 – sprich sieben Jahre – zwei Ausbildungssysteme bestehen, um Hebamme zu werden. Hierbei werden angehende Hebammen, die den Weg der schulischen Ausbildung gewählt haben, gegenüber den studierenden Hebammen in mehreren Aspekten extrem benachteiligt. So werden schulische Auszubildende weiterhin eine reale Geburt während ihrer praktischen Examensprüfung begleiten müssen; sofern ihre Berufsschule keine Ausnahmeregelung bezüglich einer Simulation der Prüfungsgeburt bei der Behörde bewirkt hat. Studentische Hebammen werden die Examensgeburt zukünftig jedoch an einem Model simulieren dürfen. Aus den Ergebnissen der Interviews wurde jedoch ersichtlich, wie belastend und traumatisch die Situation einer Examensgeburt für angehende Hebammen verlaufen kann. Hierbei steht nicht nur die Aufregung der Prüfungssituation im Raum, sondern auch die Anspannung durch die Mehrzahl an Personen im Geburtsraum, welche einem während der Prüfungsphase kritisch über die Schultern auf die Finger schauen. Die Interviewpartnerinnen berichteten, dass die praxisanleitenden Hebammen ihnen in dieser Situation nicht sonderlich unterstützend und aufbauend während der Prüfungsgeburt zur Seite standen, sondern Demütigungen und Verunsicherungen provozierten, welche die Prüflinge noch mehr verkrampfen ließen. Das angespannte Verhalten der Auszubildenden in der Prüfungssituation hat auch unmittelbare Auswirkungen auf die Gebärende und dessen Partner. Vorstellbar ist, dass die Gebärende sich durch die Anspannungen nicht dem Geburtsprozess öffnen kann, was wiederum die werdende Hebamme spürt und gegebenenfalls ihre Anspannung und Aufregung unter Prüfungsumständen noch mehr verstärkt. Die Prüfungssituation kann eine Art „Kreislauf der Verkrampfung“ annehmen, welcher sowohl für die Auszubildenden als auch für die Gebärende nicht sonderlich angenehm zu werten ist. Zudem werden schulische Hebammen gegenüber studentischen Hebammen zeitlich viel länger der Prüfungssituation ausgesetzt, da eine echte Geburt definitiv mehr Zeit in Anspruch nimmt als eine Simulation am Model. Eine Interviewpartnerin berichtete, dass ihre praxisanleitende Hebamme, mit welcher sie grundsätzlich starke Probleme hatte, die Prüfungsgeburt als Machtinstrument genutzt hat, um sie durch die Prüfung fallen zu lassen.

Anzumerken ist außerdem, dass nicht alleinig der Prüfungsteil der Geburt den studentischen Hebammen zuvorkommender ist, sondern ebenfalls werden sie bevorteilt durch die Möglichkeit einen der zwei weiteren Prüfungsteile auch an einem Model oder einer Simulationsperson durchzuführen. Die schulischen Hebammen müssen diese Prüfungsteile wie bisher in der Praxis mit realen Frauen absolvieren. Bezüglich des zweistufigen Ausbildungssystems, das für weitere sieben Jahre bestehen bleibt, ist ebenfalls hervorzuheben, dass schulische Hebammen um drei Jahre benachteiligt sind, wenn sie einen Bachelorabschluss erlangen möchten. Es ist aus mehreren Blickwinkeln fraglich, inwiefern

die Prüfungssituationen und besonders die Prüfungsgeburt ethisch vertretbar sind und ob es ethisch vertretbar ist, dass die studentischen werdenden Hebammen so extrem gegenüber den schulischen Hebammen privilegiert werden.

Es ist verständlich, dass die Verlegung der schulischen Ausbildung an die Hochschule nicht „von jetzt auf gleich“ geschehen kann. Jedoch wird an dieser Stelle die Aussage des DHV's (2018c) unverständlich, welcher sich ausdrücklich gegen ein gestuftes Ausbildungssystem für Hebammen in Deutschland aussprach. Der DHV (2018c) führte an, dass durch die „Akademisierung“ der Hebammenausbildung vermieden werden sollte, dass für die kleine Berufsgruppe der Hebammen negative Auswirkungen entstehen. Negative Auswirkungen sind in diesem Sinne unterschiedliche Bildungsabschlüsse, die wiederum unterschiedliche Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche entstehen lassen, was wiederum der Tatsache widerspricht, dass alle Hebammen grundsätzlich zur vollständigen und eigenständigen Berufsausübung berechtigt sind. Mit der Übergangsfrist wird allerdings für mindestens sieben Jahre ein gestuftes System in Deutschland bestehen bleiben, welches für die schulischen Hebammen eine massive Benachteiligung darstellt. Es sollte hierbei eine gewisse Gleichberechtigung für die schulischen und studentischen Hebammen aufzufinden sein.

In diesem Zusammenhang sollte ebenfalls kritisch diskutiert werden, dass zukünftig 25% Praxisanleitung mit der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen gesetzlich festgeschrieben sind, was vorher weder für schulische noch dual studierende Hebammen der Fall war. Hier kommt allerdings die Frage auf, ob diese 25% Praxisanleitung pro Stundenanzahl des Praxiseinsatzes lediglich den studierenden Hebammen zugute kommt oder ob auch die schulischen Hebammen davon profitieren dürfen? Durch die geführten Interviews wurde ersichtlich, dass die vorhandenen Praxisanleiterinnen scheinbar nicht ausreichend über pädagogische und zwischenmenschliche Kompetenzen verfügen. Bezüglich der didaktischen Qualität der Praxisanleitung scheint Besserung zu erwarten sein, denn zukünftig sollen Praxisanleiterinnen laut der neuen HebStPrV eine berufspädagogische Zusatzqualifikation von mindestens 300 Stunden und fortlaufende berufspädagogische Fortbildungen von mindestens 24 Stunden pro Jahr absolvieren. Somit soll sowohl die Qualität der Ausbildung sichergestellt als auch die nötige praktische Anleitung im Berufsalltag gewährleistet werden. Fraglich ist, wie viele Hebammen sich in Zukunft als Praxisanleiterin ausbilden lassen, da die Zusatzqualifikation einen hohen zeitlichen Aufwand beinhaltet. Zum anderen gilt es zu hinterfragen, inwiefern die 25% Anleitung tatsächlich im Alltag durch die Ausbildungsstätte umgesetzt werden können, da durch die Interviews und dem theoretischen Hintergrund erkennbar wird, dass in Deutschland stellenweise ein

Mangel an Personal und somit auch an praxisanleitenden Hebammen und praxisanleitender Zeit bedingt durch die erschwerenden Rahmenbedingungen in den Kliniken vorherrscht. Hier kommt paradoxerweise die Frage auf: wenn schon derzeit oft keine humane Betreuung der Frauen mancherorts mehr geleistet werden kann und die Auszubildenden keine oder wenig Anleitung aufgrund von Personalmangel beklagen, wie soll dann eine pädagogisch wertvolle Praxisanleitung seitens des Kreißsaal-Teams für die Auszubildenden zu 25% stattfinden und mit welchem Personal? Wie wird kontrolliert, dass die Praxisanleitung tatsächlich zu 25% stattfindet? Werden die benannten Sanktionen wirklich vollzogen? Gibt es einen Bonus für die Ausbildungsstätten, quasi einen Anreiz, die 25% tatsächlich zu gewährleisten? Und letztlich: Inwiefern ist im Laufe der Zeit die Situation um die Praxisanleitung für die angehenden Hebammen verbessert worden? Diese Fragen dürfen nicht vernachlässigt werden und müssen unausweichlich für die weitere Verbesserung der Hebammenausbildung in Deutschland zentral mitverfolgt und erforscht werden.

In diesem Kontext sollte ebenfalls hervorgehoben werden, dass die Diskrepanz zwischen dem vermehrten wissenschaftlich gestützten Lernen in der Theorie und der gelebten Arbeitsweise im Kreißsaal verunsichert und zudem zu einer Gehemmtheit bei angehenden Hebammen führt, wenn sie auf Nachfragen für ein besseres Verständnis keine richtige Erklärungen bekommen, wieso etwas auf eine bestimmte Art und Weise ausgeführt wird. Hier ist ebenfalls anzubringen, dass der beschriebene Gap zwischen der Universität und dem Kreißsaal als Indiz dafür dient, dass einige Kreißsaal-Teams teilweise scheinbar noch nicht angenommen und vor allem verstanden haben, weshalb die Ausbildung an die Hochschule verlegt wird. Gerade in der Übergangszeit der Verlegung an die Hochschule stellt dieser Aspekt eine Wichtigkeit dar, die nicht außer Acht gelassen werden sollte. Die Kreißsaal-Teams müssen unausweichlich partizipativ mit in den Wandel der Ausbildung eingebunden werden, um Konflikte vorzubeugen, zu reduzieren und Verständnis für das Studium zu schaffen, damit das Erleben eines Theorie-Praxis-Gap für zukünftige Studierende und der daraus resultierenden Ratlosigkeit und Unsicherheit reduziert werden kann – ohne dass die Förderung der Identifikation und der Sozialisation angehender Hebammen in das Umfeld des Kreißsaales durch Diskrepanzen der Theorie und Praxis beeinträchtigt werden. Mit den nächsten Generationen von Nachwuchs-Hebammen können wissenschaftlich fokussierte Kohorten erwartet werden, die sich auf evidenzbasierte Verfahren stützen werden. Außerdem sollte dringend an einer kooperativen Kommunikation zwischen Universität und Kreißsaal gearbeitet werden, um Theorie-Praxis-Gaps zu eruieren und zu minimieren.

Neu aufgetaucht sind durch die Ergebnisse der Interviews, dass die Erfahrungen nicht nur direkten Einfluss auf die Entscheidung keine Geburten zu begleiten oder der Berufsausübung nehmen können, sondern ebenfalls direkten Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit der Studienteilnehmerinnen, die sich auch nach vergangenen Jahren des Abschlusses noch auf die Interviewpartnerinnen auswirken. Diese Erkenntnis beschreibt implizit eine Entwicklung von Coping-Strategien sowie bis zum gewissen Grad eine Entwicklung von Resilienzen und Resistenzen der Interviewpartnerinnen für den Zeitraum der Ausbildung, da sie alle das Examen erfolgreich absolviert und die Lehre nicht vorher abgebrochen haben. Was hierbei die genaue Motivation darstellt, bleibt vorerst im Rahmen dieser Arbeit fraglich. Vermuten lässt sich jedoch, durch die indirekten Aussagen der Interviewpartnerinnen, dass es der Wunsch ist endlich Hebamme zu sein und dass sie ausgelernt zwar ohne Geburtshilfe arbeiten können, jedoch so wie sie es möchten und ohne in die direkte Berührung mit dem Krankenhaussystem zu kommen ist. Dies unterstreicht nochmals die Wichtigkeit der Unterstützung während der Ausbildung durch eine fürsorgliche sowie kollegiale Einarbeitung, Anleitung und regelmäßig stattfindenden Nachbesprechungen.

Grundlegend lässt sich durch die Analyse der Interviews feststellen, dass der Wunsch der Interviewpartnerinnen – und vermutlich auch der der zukünftigen werdenden Hebammen ist, dass sie Lernen dürfen ohne belastende Feindseligkeiten zu erleben, dass sie sich entfalten dürfen, ihr eigenes Handwerk entwickeln dürfen, eine respekt- und pädagogisch wertvolle Anleitung bekommen, ohne dass sie Angst verspüren und traumatische und belastende Erfahrungen durch Interaktionen und Kommunikationen des Kreißsaal-Teams mit deren Auswirkungen durchleben müssen.

Die älteste eingeschlossene Studie dieser Abschlussarbeit wurde vor 25 Jahren durchgeführt. Sowohl damals als auch in den zeitlich nachfolgenden und bis in die heutige Zeit anhaltenden Untersuchungen, einschließlich der Studie der vorliegenden Arbeit, wurden Herausforderungen aufgezeigt, die das geburtshilfliche System mit seinen Akteuren und Akteurinnen für werdende Hebammen hervorbringen kann. Eine Frage die aufkommt und die weitere Forschungsvorhaben dringlich untersuchen sollten ist: Wie kann es sein, dass die Berufsgruppe der Hebammen, welche sich durch Empathie, Fürsorge, Partizipation, Begleitung und Betreuung vor, während nach der Geburt auszeichnet, dies bei der Sozialisation im Kreißsaal von eigenen, so dringend benötigten Nachwuchs für die klinische Geburtshilfe scheinbar aus den Augen verliert? Fakt ist, die klinische Geburtshilfe ist auf das Nachkommen von Hebammen angewiesen. Aus diesem Grund wird schließlich ausgebildet. Die Autorin möchte betonen, dass es grundlegend falsch wäre die Hebammen

und das ärztliche Personal allein verantwortlich für die auffindbaren Ausbildungsumstände zu machen. Grundsätzlich geht es nicht darum Schuldige zu finden, sondern vielmehr soll auf eine Bewegung, die einen Missstand, ein ernstes Problem, eine Ungerechtigkeit aufzeigt, aufmerksam gemacht werden, um eine gemeinsame Lösung zu finden. Es liegt hier definitiv in der Hand der Gesundheitspolitik sich den Wurzeln der in einander aufbauenden Problematik, die die klinische Geburtshilfe aufweist, anzunehmen und die Strukturen partizipativ mit den Betroffenen, einschließlich der werdenden Hebammen, zu lösen und zu verbessern. Betont werden muss, dass es trotz der strukturellen Gegebenheiten nicht länger geduldet werden kann, dass werdende Hebammen solch katastrophalen und zerstörerischen Umständen ausgesetzt sind, wenn wir Nachwuchs aus den Ausbildungskohorten rekrutieren möchten.

Die individuellen Beweggründe gegen das Begleiten von Geburten grenzen an eine Vielzahl von weiteren geburtshilflichen Themen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht fokussiert werden konnten. Aufgrund dessen wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage Hintergründe der psychischen Gesundheit der Interviewpartnerinnen außer Acht gelassen. Zudem wurden die Sichtweisen von Hebammen, die eine Sozialisation unter gleichen Bedingungen erlebt und trotzdem die Tätigkeit im Kreißaal aufgenommen haben nicht untersucht. Ebenfalls wurden Sichtweisen anderer beteiligter Personen wie Ärztinnen und Ärzten oder Hebammen nicht in die Arbeit aufgenommen. Ferner wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht spezifischer untersucht, weshalb einige Kreißaal-Teams Gewalt gegenüber den gebärenden Frauen während der Geburt einsetzten. Aufzufindende Generationsunterschiede bezüglich der Sozialisation im Kreißaal und dem Nicht-Eintreten in die Geburtshilfe wurden ebenfalls nicht betrachtet. Hier ist anzunehmen, dass ein gewisser Teil der angehenden Hebammen schon immer die Tätigkeit nach dem Examen nicht aufgenommen hat oder dem Beruf den Rücken gekehrt hat und sich dieses Phänomen jedoch erst jetzt durch die hitzigen und heiklen Diskussionen bezüglich der Akademisierung und die sich immer weiter zuspitzende defizitäre Situation der klinischen Geburtshilfe in Deutschland als Spitze des Eisberges bemerkbar macht.

Die vorliegende Arbeit konnte einen Beitrag dazu leisten, sich dem Phänomen des Nicht-Eintretens in der klinischen Geburtshilfe anzunähern. Die Erkenntnisse heben hervor, welchen enormen Einfluss die Erfahrungen der Sozialisation während im Kreißaal auf die Berufs- und Beschäftigungsentscheidung nehmen kann und unterstreichen die Wichtigkeit der Entwicklung eines positiven, unterstützenden Prozesses der Sozialisation. Aus der hier dargestellten Breite und Tiefe der Diskussion wird deutlich, dass weitere Forschung auf dem Gebiet der Sozialisation im Kreißaal notwendig ist, um die komplexen Prozesse

besser verstehen und einordnen zu können. Zum Beispiel sollten andere Ausgangspunkte des Entscheidungsprozesses, keine Geburten zu begleiten, betrachtet werden und auch die Motivation zur Entscheidung in die klinische und/oder außerklinische Geburtshilfe nach Beendigung der Ausbildung aufzunehmen sollten erforscht werden. Neue Forschungsansätze sollten sich ebenfalls auf die Entwicklung von Coping-Strategien, Resilienzen und Resistenzen angehender Hebammen während der Sozialisation im Kreißaal fokussieren. Des Weiteren wäre es durchaus interessant spezifischer zu untersuchen, ob sich tatsächlich dem System der klinischen Geburtshilfe bewusst entzogen wird oder ob die Unsicherheit im Fokus steht. Zudem sollten unbedingt weitere Akteure, wie zum Beispiel Hebammen, anleitende Hebammen und ärztliches Personal bezüglich ihrer Wahrnehmung und Empfindung der Sozialisation von werdenden Hebammen erhoben werden. Interessant wäre es zudem Forschungsansätze bezüglich der Sozialisation in Bezug auf Generationsunterschiede vorzunehmen.

6.2 Diskussion der Methodik

In Anbetracht der äußerst sensiblen Thematik scheint die gewählte Methodik angemessen zu sein, um möglichst viele tiefgreifende Informationen zu gewinnen. Die überwiegende telefonische Kommunikation ist als positiv zu werten, auch wenn somit keine Mimik und Gestik der Interviewpartnerinnen erfasst werden konnte. Allerdings wurden somit die überwiegende Anzahl der Interviewpartnerinnen in einer für sie ungewohnten, fremden und ebenfalls auch sehr emotionalen Situation nicht zusätzlich durch Beobachtungen der Interviewerin und Autorin dieser Arbeit konfrontiert. Durch das Telefonat ist ein gewisses Maß an Anonymität gegeben, welches gegebenenfalls positiv für die Befragten in Bezug auf ihre Offenheit und Ehrlichkeit wirkt. Des Weiteren stellen Telefoninterviews, die am wenigsten aufwendigste Art der Befragung für die Teilnehmenden dar. Für die Forschende stellte die Möglichkeit der Telefoninterviews zudem einen ökonomischen Vorteil dar, da sie sowohl kostengünstig in Bezug auf Reisekosten und gleichzeitig zeiteinsparend sind, da Bundesländer übergreifend geforscht wurde.

In einer quantitativen Erhebung hätten die generierten Ergebnisse nicht in dieser Tiefgründigkeit erhoben werden können. Eine schriftliche Befragung hätte jedoch gegebenenfalls zusätzliche sozio-demographische Erkenntnisse liefern können und eventuell eine größere Reichweite erlangt, da sie weniger zeitintensiv im Gegensatz zu einem persönlichen Gespräch ist. Anzunehmen ist auch, dass sich einige potenzielle InterviewpartnerInnen nicht getraut haben, mit einer für sie fremden Person über ihre Erfahrungen zu sprechen.

Die zwei Pretests des Interviewleitfadens mit einer Hebamme und einer Person, die nicht über die fachliche Expertise verfügt, konnten überwiegend nicht auf inhaltliche Plausibilität, jedoch auf das zeitliche Management getestet werden.

Die gewählte Art der Rekrutierung über das Medium Facebook gestaltete sich schwieriger als angenommen und scheint für die Berufsgruppe Hebammen nicht geeignet zu sein, wenn die forschende Person selbst nicht der Berufsgruppe angehört. Der eigene Versuch der Autorin die Rekrutierung über Facebook-Gruppen von Hebammen gestaltete sich als herausfordernd, da diese oftmals nur für Hebammen oder werdende Hebammen deklariert wurden und die Aufnahme in die Gruppe nur erfolgen würde, wenn ein entsprechender Nachweis hierüber erbracht werden konnte.

Zudem lässt sich vermuten, dass die Einschlusskriterien gleichzeitig als Ausschlusskriterien für die gewählte Art der Rekrutierung gewirkt haben könnten. Die Personen, die die Ausübung des Berufes bereits aufgegeben haben, werden unter Umständen nicht in den Berufsangehörigengruppen in sozialen Netzwerken aktiv sein. Eine andere Form der Rekrutierung war der Autorin unter den gegebenen Umständen nicht möglich gewesen. Durch das fehlende Melderegister von Absolvierenden ist die Suche nach Hebammen, die ihre Tätigkeiten in Bezug auf die Geburtshilfe abgelegt oder den Beruf aufgegeben haben, erschwert gewesen. Die proaktive Rekrutierung durch z.B. Anschreiben der Abschlussklassen wurde durch den Zeitpunkt der Forschung ausgeschlossen. Die Autorin der Arbeit war auf Hilfe durch sogenannte „Gatekeeper“ wie private Kontakte und die Hilfe der ersten Betreuenden angewiesen. Ein bestehendes Melderegister hätte vermutlich nicht nur faktisch Daten bezüglich der Aufgabe des Berufes oder Nichteintreten in die klinische Geburtshilfe bereitstellen können, sondern gegebenenfalls die Reichweite dieser Arbeit deutlich erweitert. Sicherlich wären dabei strukturelle und bürokratische Hürden bezüglich des Datenschutzes gegeben, welche eventuell durch Kontaktaufnahme über eine zentrale Verwaltung zu einer größeren Studienpopulation geführt hätten. Eventuell wären dann geographische Vergleiche bezüglich der Häufigkeiten des Nichteintretens in die Geburtshilfe ebenfalls möglich gewesen.

Während des Rekrutierungsprozesses war es auffällig, dass sich Hebammen bei der Forschenden gemeldet haben, die nach ihrem Examen zunächst in die Geburtshilfe eingestiegen sind und danach den Beruf oder das Arbeitsfeld klinische Geburtshilfe aufgegeben haben. Auch wurde die Forscherin von Hebammen kontaktiert, die regelmäßig darüber nachdenken den Beruf oder die klinische Geburtshilfe komplett aufzugeben. Es scheint hier ein großes Mitteilungsbedürfnis seitens der Hebammen vorzuliegen, weshalb

sie die Ausübung des Berufes oder der Geburtshilfe aufgeben bzw. dieses planen. Weitere Untersuchungen bezüglich des Eintretens, Verbleibs oder Aufgabe bestimmter Arbeitsfelder werden sicherlich in den deutschen und internationalen Hebammen- und Gesundheitswissenschaften sowie in der Gesundheitspolitik begrüßt.

Ein weiterer Punkt der hier angeführt werden sollte ist, dass eine Interviewpartnerin nach Beendigung für kurze Zeit in die außerklinische Geburtshilfe in einem Geburtshaus gegangen ist. Sie wurde mit in die Studienpopulation aufgenommen, da die Rekrutierung sich als allgemein schwierig gestaltete und die Interviewpartnerin während ihrer Tätigkeit im Geburtshaus weder eine Geburt begleitet hat noch längere Zeit dort tätig war. Zudem hat sie nach dem Entschluss die außerklinische Geburtshilfe aufzugeben keine Tätigkeit des Hebammenberufes wieder aufgenommen.

7 Reflektion der Autorin und Limitationen

Die Interviews waren neben meiner qualitativen Forschung für die Bachelorarbeit (drei Interviews) und einer Hausarbeit (ein Interview) im Masterstudium das erste Mal, dass ich im größeren Umfang eine qualitative Studie durchgeführt habe. Sechs der sieben geführten Interviews dieser Arbeit waren zudem die ersten Telefoninterviews, die ich je geführt habe. Da ich bisher noch nicht die professionelle Routine bezüglich der Interviewführung besitze, habe ich die Möglichkeit im Master erneut genutzt, um Erfahrungen in der qualitativen Forschung zu erlangen und aus diesen für die Zukunft zu lernen. Ein besonderes Merkmal bezüglich der vorliegenden Arbeit ist, dass ich keine Hebamme bin und die Situation als fachfremde außenstehende Person betrachtete habe. Eine Person, die dem Fach vertraut ist, hätte eventuell spezifischer gewusst, wo nachgefragt und nachgehakt werden müsste; hätte somit aber auch die Studie verziehen können. Ich bin mit einer offenen und unvoreingenommenen Grundhaltung als Forschende an die Forschung herangetreten, habe den Leitfaden offen konzipiert und war sehr neugierig auf das, was ich herausfinden würde.

Stellenweise ist es mir schwer gefallen, die Professionalität und die unvoreingenommene Grundhaltung während der Interviews zu bewahren. Ich hatte zuvor außer durch die Literatur noch keine Berührungen mit der Welt der Geburtshilfe und der Hebammen und war sehr neugierig auf die Antworten und hatte keine Ahnung, welche bewegenden Erfahrungen mir erzählt werden. Nach den ersten zwei Interviews merkte ich, wie bei mir der Gedanke auftauchte „Oh Gott, das ist ja eine ganz schreckliche Ausbildung. Die armen Frauen.“. Ich empfand es als dermaßen paradox, dass dort wo u.a. die schönsten Momente für eine Familie beginnen, zeitgleich eine destruktive Kultur seitens des Kreißsaal-

Teams für den Hebammen-Nachwuchs aufzufinden ist. Hier tat sich zusätzlich bei mir die Problematik auf, dass ich anfangs nicht wusste, wie ich mit den Erzählungen der traumatisierenden Erlebnisse aus der Ausbildung im Kreißsaal der Interviewpartnerinnen umgehen sollte. Ich traute mich zudem nicht spezifischer nachzufragen, da ich niemanden emotional in eine unangenehme Situation bringen wollte. Gleichzeitig merkte ich, dass ich leicht meine Unvoreingenommenheit verlor, indem ich so schockiert und berührt von den Erlebnissen war. Ich suchte nach dem zweiten Interview das Gespräch mit meiner ersten Betreuenden und erklärte ihr die Situation und meine Gefühle. Sie ermutigte mich und gab mir hilfreiche Tipps für die weiteren Interviews. Die Interviewpartnerinnen haben sich bewusst dazu bereit erklärt, mit mir über die Erlebnisse zu sprechen und ich bin vermutlich nicht die erste Person, der sie ihre Erfahrungen erzählten. Ich habe dann angefangen am Ende der Interviews nachzufragen, wie sich die Interviewpartnerinnen nach dem Interview fühlten und konnte mich emotional von der Forschung lösen. Zugegebenermaßen musste ich dies aber bei jedem Interview neu üben.

Da sich die Findung geeigneter Interviewpartnerinnen als schwierig gestaltete, war ich im Allgemeinen so froh darüber, dass ich überhaupt Hebammen gefunden habe, die so offen waren und mit mir über diese sehr sensible Thematik sprechen wollten. Ich war zudem sehr aufgeregt und gespannt darauf, was mir die Interviewpartnerinnen erzählen. Ich konnte im Laufe der Interviews erkennen, wie ich mich von Zeit zu Zeit von dem Interviewleitfaden gelöst habe und auch spezifischer an einigen Stellen nachgefragt habe. Dies hätte ich von Anfang an tun sollen, um stellenweise exaktere Aussagen zu bekommen. Zudem hätte ich nachfragen sollen, welche Bettengröße das Krankenhaus besitzt, Geburtenzahlen des Hauses, Personalschlüssel im Kreißsaal und wie die geographische Lage des Hauses ist, um gegebenenfalls hier die geburtshilfliche Situation einschätzen und mit den Ergebnissen der IGES Studie vergleichen zu können. Auch wäre eine Hinterfragung bezüglich des Verbleibes der Ausbildungs-Freundinnen eventuell hilfreich gewesen, um einen Einblick dafür zu bekommen, wie viele Hebammen aus den Examenkursen die Geburtshilfe aufnehmen.

Zu den Einschränkungen dieser Studie zählt die Anzahl der geführten Interviews. Die Ergebnisse sollten deshalb nicht auf die Allgemeinheit reproduziert werden. Es wurde eine kleine Gruppe von Hebammen aus verschiedenen Bundesländern in Deutschland befragt. Es wurden sieben statt zehn geplanter Interviews geführt. Erschwert wurde der Zugang zur Berufsgruppe dadurch, dass ich keine Hebamme bin. Hier würde ich mir für die Zukunft wünschen, dass der Zugang zu der Berufsgruppe der Hebammen einfacher für fachfremde Personen gestaltet wird. Die Rekrutierung hätte durchaus einfacher verlaufen

können, indem sogenannte „Gatekeeper“ ausgemacht worden wären, wäre vorher bekannt gewesen, dass die Gruppe der Hebammen für Nicht-Hebammen so schwer über soziale Netzwerke zu erreichen ist.

Es ist mir zudem passiert, dass ich unbewusst Suggestivfragen gestellt habe. Zusätzlich wusste ich während der Durchführung nicht damit umzugehen, wie ich mit der Redefreudigkeit der Interviewpartnerinnen umgehen konnte. Ich wollte ungern die Interviewpartnerinnen unterbrechen/„ausbremsen“, da sie erstens schon bereit waren mit mir zu sprechen und ich zweitens eine freundliche Atmosphäre für diese sensible Thematik beibehalten wollte. Hieraus lerne ich für mich persönlich, dass ich lernen muss, Interviewteilnehmende bei Abschweifungen auch „einfangen“ zu können. Mein persönlicher Eindruck ist, dass die Dauer der Interviews nichts mit der Qualität der Aussagen zu tun haben. Hier liegt es an der Ausdrucksfähigkeit des Gegenübers.

Das Feld der Hebammenwissenschaften ist weitläufig, interessant, vielfältig und komplex. Als fachfremde Person war es durch den gesamten Forschungsprozess schwer, den Fokus zu behalten, da alles wichtig und zusammenhängend erschien. Übergeordnete Kategorien für die Auswertung zu bilden gestaltete sich herausfordernd, da es während der Erzählungen der Interviewpartnerinnen häufig zu Überschneidungen und zusammenhängenden und/oder aufeinander aufbauenden Erfahrungen der Auszubildenden kam, bspw. Praxisanleitung und Trauma und/oder Unterdrückung. Es ist deshalb stellenweise zu Dopplungen gekommen.

Es ist anzunehmen, dass die beschriebenen Erkenntnisse der Selbstreflektion die Ergebnisse beeinflusst haben. Aus meinen reflektierten Schwachstellen in Bezug auf die qualitative Forschung werde ich in zukünftigen qualitativen Forschungsarbeiten profitieren können, in dem ich weiß, worauf ich achten muss und woran ich persönlich noch zu arbeiten habe.

8 Fazit

Auf die Forschungsfrage „*Wie beeinflusst die Sozialisation im Kreißsaal während der Ausbildung die Entscheidung als Hebamme Geburten zu begleiten?*“ kann durch die Ergebnisse der Literatur und der eigenen qualitativen Untersuchung folgende Antwort gegeben werden: Belastende, traumatisierende Erfahrungen, strukturelle Bedingungen, die gelebte geburtshilfliche Praxis, feindselige Umgangsarten mit geringer Wertschätzung und Anerkennung sowie die unzureichende Unterstützung des Kreißsaal-Teams und der praxisanleitenden Hebammen während der Sozialisation im Kreißsaal können die Entscheidung als Hebamme Geburten zu begleiten so beeinflussen, dass keine Tätigkeit im Kreißsaal nach Beendigung der Ausbildung aufgenommen wird. Zum Vorschein kam auch, dass Gleiches für die Aufgabe der Berufsausübung gilt. Das Begleiten von Geburten außerhalb des Kreißsaals kommt für „frisch“ examinierte Hebammen sowohl aufgrund der hohen Versicherungsbeiträge und Rufbereitschaft nicht in Frage als auch aufgrund der Erfahrungen, die sie in der Ausbildung durchlebt haben. Erschwerend kommt hinzu, dass angehende Hebammen in ihrer Ausbildung nicht spezifisch erlernen, außerklinisch Geburten zu begleiten.

Die Herausforderungen und Probleme, mit denen werdende Hebammen in der Lernsituation während der Ausbildung konfrontiert werden, sind breitgefächert und doch aufeinander aufbauend. Der Übergang von der Theorie in die Praxis, Hierarchien und Machtstrukturen im Krankenhaus, Erleben und Beobachten einer teils gewalttätigen und übergriffigen Geburtshilfe, erlebte Feindseligkeiten wie die Unterdrückung, das Bloßstellen und Erniedrigen – auch dem Standhalten von verbalen Erniedrigungen – von Hebammen vor gebärenden Frauen und deren Partnern; Sachen tun zu müssen, von denen sie wissen, dass sie nicht korrekt sind, Angst vor dem Fragenstellen, die Examensgeburt sowie der ständige Versuch, im Team akzeptiert zu werden und keine oder eine schlechte Anleitung in der Praxis sind Hürden, die Hebammenauszubildenden begegnen und belastende Aspekte darstellen können.

Die Praxisanleitung nimmt während der Ausbildung im Kreißsaal einen besonderen Stellenwert ein und wurde von allen sieben Interviewpartnerinnen als „schlecht“ und „ungenügend“ empfunden sowie mit kritisch-belastenden Situationen verbunden. Allgemein scheint wenig Anleitung in der Praxis aufgrund von Zeitmangel durch fehlendes Personal stattzufinden. Zudem stellte sich durch die Interviews heraus, dass die Rolle der anleitenden Person mit einer enormen Macht verbunden ist, welche offenbar negativ gegen die angehenden Hebammen missbraucht wird. Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass die Erfahrungen mit der anleitenden Hebamme Grund für das Nichteintreten in die klinische Geburtshilfe sein kann.

Um eine positive, sinnvolle und erfolgreiche Lernerfahrung während der Sozialisation im Kreißaal zu erlangen, wurde aus der Literatur sowie den Interview-Ergebnissen ersichtlich, dass hierbei die Rolle der Praxisanleitung, das willkommen und akzeptiert Fühlen im Kreißaal, ein Lernumfeld frei von Angst mit niedrigen Hierarchien und einem stärkendem Team sowie die Möglichkeit der Supervision und/oder Nachbesprechung nach belastenden Momenten sich effektiv auf die erfolgreiche Sozialisation auswirken könnten. Von den Interviewpartnerinnen wurden diese Aspekte als grundlegende Voraussetzungen genannt, die sie im Kreißaal gehalten hätten. Auch wurde ersichtlich, dass der Verbleib nach Aussagen der Interviewpartnerinnen in der klinischen Geburtshilfe durch ein besseres geburtshilfliches System in Deutschland erfolgt wäre, da sie im jetzigen die Frauen nicht so betreuen können, wie sie es gerne tun würden und wie es den Frauen zusteht. Im außerklinischen Bereich wären niedrigere Versicherungsbeiträge, die Nähe zu einer Klinik in ihrem Umfeld sowie das Zusammenarbeiten mit erfahrenen außerklinisch geburtshilfeleistenden Hebammen Aspekte den Nachwuchs zu halten.

Das bisherige Ausbildungssystem, welches durch die Übergangszeit während der Verlegung an die Hochschule bis 2027 bestehen bleibt, wurde von den Interviewpartnerinnen als „nicht gut“ und „schlecht“ basierend auf den Erlebnissen und Erfahrungen im Kreißaal wahrgenommen. Trotz der angeführten Bedenken bezüglich der Veränderungen und dem weiterhin sieben Jahre bestehenden ungleichen Ausbildungssystemen zur Hebamme in Deutschland, scheinen gute Ansätze für die langfristige Sicht getroffen worden zu sein.

Die Erkenntnisse dieser Arbeit können dabei helfen, die Sozialisation der angehenden Hebammen in diesem Beruf kritischer sowie aufmerksamer zu betrachten und zu fördern. Der Grundstein für den Umgang mit belastenden Situationen muss in der Ausbildung/dem Studium gelehrt werden. Basierend darauf ist ein durchdachtes, geplantes, stärkendes und integrierendes Einarbeitungskonzept notwendig. Die Integration von konstruktiven Nachbesprechungen für den Lernerfolg – dies gilt nicht alleinig für traumatische Erlebnisse und Erfahrungen – sollte hierbei ebenfalls berücksichtigt werden. Zusätzlich sollten persönliche Ressourcen sowohl der angehenden als auch der ausgelernten Hebammen kontinuierlich durch Fortbildungen und Supervisionen gestärkt werden. Die vertrauenswürdige Zusammenarbeit des interdisziplinären Teams, das bedeutet mit allen beteiligten Professionen der klinischen Geburtshilfe, und eine offene und faire Kommunikation sowie stetigem Informationsaustausch ist ein grundlegender Aspekt, um einschüchternde und oftmals festverankerte Hierarchien abzuflachen und die Sozialisation in das Milieu zu erleichtern. Hilfreich könnte sich hier ebenfalls eine professionelle teambildende/-stärkende Maßnahme auswirken.

Ferner muss grundlegend an den Arbeitsumständen und Situationen in den Kreißsälen gearbeitet werden. Es wäre grundsätzlich falsch, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte im Kreißaal allein für die Belastungsmomente und daraus resultierenden nicht erfolgreichen Sozialisationsprozesse verantwortlich zu machen. Es liegt hier in gesundheitspolitischer Hand, strukturelle Verbesserungen in Kliniken und somit auch in den Geburtsstationen/Kreißsälen sowie außerhalb der Kliniken für Hebammen zu schaffen. Um die Geburtenzahlen in Deutschland zu halten oder sogar weiterhin steigen zu sehen, brauchen Frauen die ihnen zustehende Betreuung, Unterstützung und Fürsorge von Hebammen. Für Hebammen wiederum müssen die Arbeitsbedingungen angemessen verbessert werden.

Einige Kliniken scheinen bereits kurzzeitige Hilfsansätze für sich gefunden zu haben, um Hebammen mehr Zeit für hebammenvorbehaltene Tätigkeiten zu schaffen. So werden zum einen fachähnliche Professionen für z.B. das Bestellwesen eingebunden und zum anderen Rotations-Systeme eingesetzt zur emotionalen Entlastung von Hebammen, um somit eine „Abstumpfung“ zu vermeiden.

Die Relevanz und die Umsetzung des Vorsatzes, einen Beitrag über die Beweggründe der Entscheidungen von Hebammen bezüglich des Begleitens von Geburten nach Beendigung der Ausbildung zu leisten, werden durch die detaillierten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sichtbar. Das Ziel dieser Abschlussarbeit konnte durch die wissenschaftliche Bearbeitung des theoretischen sowie des empirischen Teils erreicht werden.

Unausweichlich scheint es, dass weitere Forschungsarbeiten vorgenommen werden müssen, um den komplexen Prozess der Sozialisation von angehenden Hebammen besser zu verstehen und damit weiterhin Verbesserungen vorgenommen werden können; gerade auch für das zukünftige alleinstehende Ausbildungssystem: dem Studium. Zukünftige Forschungen sollten eine Stichprobenerweiterung auf mehrere Bundesländer beinhalten und sowohl unterschiedliche Sichtweisen weiterer Beteiligter betrachten als auch andere Ausgangspunkte über Entscheidungen Geburten zu begleiten untersuchen.

Das ganz persönliche Fazit der Autorin lautet: Es wurden zwar „nur“ sieben Hebammen interviewt, die aufgrund der Erfahrungen während des Sozialisationsprozesses im Kreißaal entweder komplett die Ausübung des Berufes aufgegeben haben oder keine Geburten außerklinisch und klinisch begleiten, jedoch sind das sieben Hebammen, die fehlen, um Frauen während einem ihrer vulnerabelsten, intimsten und oftmals zugleich schönsten Moment in ihrem Leben – der Geburt ihres Kindes – zu begleiten.

Literaturverzeichnis

- Agricola, C. (2019, Mai 29). Hebammenmangel im Krankenhaus? Vorstellung eines Personalbindungskonzept für Hebammenauszubildende. Abgerufen 5. August 2020, von https://hebammenkongress.de/wp-content/uploads/2019/06/Agricola_Caroline_Hebammenmangel-im-Krankenhaus_S32_Mi_Kongress_2019.pdf
- Armstrong, N. (2010). Clinical mentors' influence on student midwives' clinical practice. *British Journal of Midwifery*, 18(2), 114–123. <https://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.2.46411>
- Astrup, J. (2018, November 23). Blown off course. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.rcm.org.uk/news-views/rcm-opinion/blown-off-course/>
- Ausbildungsreport Pflege (2015). Studie Ausbildungsreport 2015. ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen Bereich Berufspolitik/Jugend (Hrsg.). Berlin, Deutschland: PrintNetwork pn/ASTOV Vertriebsgesellschaft mbH. Abgerufen 5. August 2020, von https://gesundheit-sozial.es.verdi.de/++file++586e63e0f1b4cd1221c4bdd0/download/Ausbildungsreport_2015.pdf
- Bauer, N. H. (2011). *Der Hebammenkreißsaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*. (B. A. Schücking, Hrsg.) (Frauengesundheit Aufl., Bd. 9). Göttingen, Deutschland: V&R unipress GmbH.
- Begley, C. M. (2001). 'Knowing your place': student midwives' views of relationships in midwifery in Ireland. *Midwifery*, 17(3), 222–233. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0262>
- Begley, C. M. (2002). 'Great fleas have little fleas': Irish student midwives' views of the hierarchy in midwifery. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 310–317. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02181.x>
- Benoit, C. (1989). The professional socialisation of midwives: Balancing art and science. *Sociology of Health and Illness*, 11(2), 160–180. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10844338>
- Benoit, C., Davis-Floyd, R., van Teijlingen, E., Sandall, J. & Miller, J. (2001). Designing midwives: A comparison of educational models. In R. De Vries, C. Benoit, E. van Teijlingen, S. de Wrede & C. Benoit (Hrsg.), *Birth By Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. (S. 139–165). New York London, Vereinigtes Königreich: Routledge.
- Blaka, G. (2006). Newcomers' learning of midwifery practice in a labour ward: a socio-cultural perspective. *Learning in Health and Social Care*, 5(1), 35–44. <https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00113.x>

- Bluff, R. & Holloway, I. (2008). The efficacy of midwifery role models. *Midwifery*, 24(3), 301–309. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.02.008>
- Bovermann, Y. (2019, August 7). Neue Regelungen zur Praxisanleitung im Zuge des Hebammenreformgesetzes. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.hebammenverband.de/aktuell/nachricht-detail/datum/2019/12/17/artikel/neue-regelungen-zur-praxisanleitung-im-zuge-des-hebammenreformgesetzes/>
- Brunstad, A. & Hjälmhult, E. (2014). Midwifery students learning experiences in labor wards: A grounded theory. *Nurse Education Today*, 34(12), 1474–1479. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.017>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019, September 26). Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG). Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammenreformgesetz.html>
- Carolan, M. & Kruger, G. (2011). Undertaking midwifery studies: Commencing students' views. *Midwifery*, 27(5), 642–647. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.10.002>
- Catling, C. J., Reid, F. & Hunter, B. (2017). Australian midwives' experiences of their workplace culture. *Women and Birth*, 30(2), 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.10.001>
- Coldridge, L. & Davies, S. (2017). “Am I too emotional for this job?” An exploration of student midwives' experiences of coping with traumatic events in the labour ward. *Midwifery*, 45(2), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.11.008>
- Darroch, K. & Fleming, V. (2014). Studying midwifery. In R. Mander & V. Fleming (Hrsg.), *Becoming a Midwife* (2. Aufl., S. 15–27). Abingdon, Vereinigtes Königreich: Routledge.
- de Swardt, H. C., van Rensburg, G. H. & Oosthuizen, M. J. (2017). Supporting students in professional socialisation: Guidelines for professional nurses and educators. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 6, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2016.11.002>
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi). (2019, Dezember 22). HebStPrV unterzeichnet. Abgerufen 5. Juni 2020, von <https://www.dghwi.de/index.php/neuigkeit>
- Deutscher Bundestag. (2018, März 1). Sachstand PE 6 - 3000 - 038/18. Europarechtliche Anforderungen an die Ausbildung von Hebammen. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.bundestag.de/resource/blob/553384/b367228ef935e3a17fe286a91c507656/PP-6-038-18-pdf-data.pdf>
- Deutscher Bundestag. (2019, August 28). Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG). Abgeru-

- fen 5. August 2020, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Hebammenreformgesetz-Bundestag.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (o. J.-a). Wie werde ich Hebamme? Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.unsere-hebammen.de/fakten-infos/hebamme-werden/>
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (o. J.-b). Akademisierung. Faktencheck zur Akademisierung des Hebammenberufs. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.unsere-hebammen.de/akademisierung/fakten-zur-akademisierung/>
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (o. J.-c). Akademisierung. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/akademisierung/>
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (o. J.-d). Fragen und Antworten. Warum schließen so viele Kreißsäle in Deutschland? Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.unsere-hebammen.de/fakten-infos/fragen-und-antworten/warum-so-viele-kreissaaalschliessungen/>
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2011). *Praxisbuch für Hebammen: Erfolgreich freiberuflich arbeiten*. Stuttgart, Deutschland: Hippokrates Verlag.
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2016). Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken. Hebammenbefragung 2015 im Auftrag des Deutschen Hebammenverbandes in Zusammenarbeit mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2016/DHV_Hebammenbefragung_Nov_2015_final.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2018a). Status der Akademisierung der Hebammenausbildung in der Europäischen Union. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=3805&u=0&g=0&t=1596021876&hash=657c4ddaacb316c41e2c7b1ce33081d915fdbcb5b&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Bildungspolitik/Ausbildungsmappe/Text_2_2018-06-15_DHV_Infomappe-Hebammenausbildung_Akademisierung.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2018b). Fragen und Antworten. Die Akademisierung der Hebammenausbildung. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5376&u=0&g=0&t=1595951901&hash=61bfa6e6af2c062315efbd23820dbadd35a43f94&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Bildungspolitik/Akademisierung/20181001_Akademisierung_Fragen_und_Antworten.pdf

- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2018c). Geburtshilffliche Versorgung in den Kliniken flächendeckend sicherstellen, Hebammenpotenziale nutzen! Abgerufen 5. August 2020, von http://www.hebammen-bw.de/wp-content/uploads/5.1_181009_Zehn_Punkte_Klinische_Geburtshilfe_DHV.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2019a). Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 4/2019. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=3805&u=0&g=0&t=1599471851&hash=4a5fa64ebff4a00f774fde79afa547fd13181946&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Presse/2019_11_Zahlenspiegel_zur_Situation_der_Hebammen.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2019b). Kompetenzen von Hebammen. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5479&u=0&g=0&t=1599241541&hash=9edd64f51149c9d328a542506213ed6278d7eb8e&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2019-09-13_DHV_Kompetenzen_von_Hebammen_Anhang_1_zur_Stellungnahme_HebStPrV.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2020, Januar 29). Allgemeines zur Ausbildung. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/ausbildung/>
- Diefenbacher, M. (2016). Wann die Hebamme ärztlichem Vorgehen widersprechen muss. *Die Hebamme*, 29(04), 252–256. <https://doi.org/10.1055/s-0042-108307>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.
- Domanig, A. (2017). Übergriffe im Kreißaal. *Die Hebamme*, 30(05), 336–345. <https://doi.org/10.1055/s-0043-107162>
- Dreißig, V. (2008). Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege*. (S. 363–374). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Drescher, M. K. (2018, Oktober 1). Warum ich meinen Job als Hebamme aufgegeben habe. Abgerufen 5. August 2020, von https://login.xing.com/?dest_url=https%3A%2F%2Fwww.xing.com%2Fnews%2FkIartext%2Fwarum-ich-meinen-job-als-hebamme-aufgegeben-habe-2792%2B&force_dest=1
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf>

- Finnerty, G. & Collington, V. (2013). Practical coaching by mentors: Student midwives' perceptions. *Nurse Education in Practice*, 13(6), 573–577.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.09.016>
- Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur und Gesundheitsfragen (IGES). (2019). Stationäre Hebammenversorgung. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen 5. August 2020, von
https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf
- German Board of Obstetrics and Gynecology (GBCOG). (2019, Juli 15). Offener Brief der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. (BVF) vereint im German Board of Obstetrics and Gynecology (GBCOG) anlässlich der Öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Mittwoch, 26. Juni 2019, zum Thema „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung“. Abgerufen 5. August 2020, von
https://www.dggg.de/fileadmin/documents/Weitere_Nachrichten/2019/Offener_Brief_Vollakademiesierung_Hebammen_GBCOG.pdf
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG). (2019). Geburtenzahlen in Deutschland. Abgerufen 5. August 2020, von
<https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm>
- Geulen, G. (2007). Sozialisation. In H. Joas (Hrsg.), *Lehrbuch der Soziologie* (3. Aufl., S. 137–158). Frankfurt am Main, Deutschland: Campus Verlag.
- GKV-Spitzenverband. (2019, April 8). Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG). Abgerufen 5. August 2020, von
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Hebammenreform/GKV-SV_RefE_Hebammenreformgesetz_Stellungnahme.pdf
- Greening, M. (2011, November 3). Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Berufsausbildung. Eine qualitative und quantitative Studie zur Erfassung und Bewertung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen. (Dissertation, Allgemeine Pädagogik und Berufspädagogik). Abgerufen 5. August 2020, von
<https://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/2420/1/Diss-Veröffentlichung.pdf>
- Hartmann, M. (2019). Hebammenmangel in deutschen Kreißsälen – Doulas füllen die Lücke. *Die Hebamme*, 32(06), 44–48. <https://doi.org/10.1055/a-1029-5660>
- Harvie, K., Sidebotham, M. & Fenwick, J. (2019). Australian midwives' intentions to leave the profession and the reasons why. *Women and Birth*, 32(6), 584–593.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.001>

- Hebammenkongress (2019, Mai 28). Personalnotstand im Kreißsaal – eine Chance für die Zukunft?! Zusammenfassung für die Teilnehmerinnen. Hebammenkongress 2019, Workshop 22, Bremen, 28.05. 2019. Abgerufen 5. August 2020, von https://hebammenkongress.de/wp-content/uploads/2019/06/Schiffing_Heike_Personalnotstand-im-Kreißsaal_-WS_22_Di_Kongress_2019.pdf
- Hentzschel, D. (2013). Wie beurteilen werdende Hebammen die Praxisanleitung im Kreißsaal? *Die Hebamme*, 26(04), 278–282. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1345438>
- Hibbeler, B. (2011). Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(41), 2138–2144. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/109162/Aerzte-und-Pflegekraefte-Ein-chronischer-Konflikt>
- Hochhausen, Astrid. (2011). Das Leiden der Jungen Werdenden – Probleme der Hebammenschülerinnen im Kreißsaal. *Die Hebamme*, 24(03), 190–193. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1288954>
- Hochhausen, A. (2015). Der Beruf der Hebamme. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl., S. 3–30). Stuttgart, Deutschland: Schattauer GmbH.
- Hughes, A. J. & Fraser, D. M. (2011). “There are guiding hands and there are controlling hands”: Student midwives experience of mentorship in the UK. *Midwifery*, 27(4), 477–483. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.03.006>
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261–272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004>
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). (2019, Oktober 21). Fallpauschalen-Katalog 2020. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2020
- Khajehei, M., Ziyadlou, S., Hadzic, M. & Kashefi, F. (2011). The genesis and consequences of stress among midwifery students. *British Journal of Midwifery*, 19(6), 379–385. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.6.379>
- Klenk, M. (2016, Mai 4). Abschlussrede der Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes e.V. Martina Klenk XIV. Hebammenkongress Hamburg 2016, 4. Mai. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.hebammenverband.de/fileadmin/download/Hebammenkongress-2016/PDF/160504_Vortrag_Martina_Klenk_XIV._Hebammenkongress_Hamburg_2016.pdf
- Knehe, H. M. (2016). Viertes Kapitel: Pflichten und Haftung. In A. Spickhoff (Hrsg.), *Die Haftung der Hebamme* (S. 97–211). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.

- Licqurish, S. & Seibold, C. (2008). Bachelor of Midwifery students' experiences of achieving competencies: The role of the midwife preceptor. *Midwifery*, 24(4), 480–489. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.05.001>
- Mander, R. & Fleming, V. (2014). Introduction: Choosing midwifery and being a midwife. In R. Mander & V. Fleming (Hrsg.), *Becoming a Midwife* (2. Aufl., S. 1–12). Abingdon, Vereinigtes Königreich: Routledge.
- Mändle, C. & Opitz-Kreuter, S. (2016). *Hebammenprüfungsbuch. Über 600 Fragen und Antworten zur Vorbereitung auf das Staatsexamen* (2. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Schattauer Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- McCall, L., Wray, N. & McKenna, L. (2009). Influence of clinical placement on undergraduate midwifery students' career intentions. *Midwifery*, 25(4), 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.008>
- McKenna, L., Gilmour, C., Biro, M. A., McIntyre, M., Bailey, C., Jones, J., Miles, M., Hall, H. & McLelland, G. (2013). Undergraduate midwifery students' sense of belongingness in clinical practice. *Nurse Education Today*, 33(8), 880–883. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.09.009>
- McKenna, L. & Boyle, M. (2016). Midwifery student exposure to workplace violence in clinical settings: An exploratory study. *Nurse Education in Practice*, 17(3), 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.11.004>
- Mundlos, C. (2017). Gewalt unter der Geburt und ihre Auswirkungen. *Die Hebamme*, 30(05), 312–319. <https://doi.org/10.1055/s-0043-116838>
- Nursing and Midwifery Council (NCM) . (2008). *Standards to Support Learning Assessment in Practice*. (2. Aufl.). London, Vereinigtes Königreich: Nursing and Midwifery Council.
- Pezaro, S., Clyne, W. & Fulton, E. A. (2017). A systematic mixed-methods review of interventions, outcomes and experiences for midwives and student midwives in work-related psychological distress. *Midwifery*, 50, 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.003>
- Pezaro, S., Clyne, W., Turner, A., Fulton, E. A. & Gerada, C. (2016). 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth*, 29(3), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.006>
- Sénac, C. (2018). Gewalt unter der Geburt: Eine Befragung klinisch tätiger Hebammen. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 06(01), 50–51. <https://doi.org/10.3205/18dghwi38>

- Sheen, K., Spiby, H. & Slade, P. (2016a). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003>
- Sheen, K., Spiby, H. & Slade, P. (2016b). What are the characteristics of perinatal events perceived to be traumatic by midwives? *Midwifery*, 40, 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.007>
- Stahl, K. (2016). Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.07.005>
- Statista. (2020a, Mai 12). Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2018. Abgerufen 5. August 2020, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/>
- Statista. (2020b, Mai 22). Anzahl der Geburten in Deutschland von 1991 bis 2019. Abgerufen 5. August 2020, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/235/umfrage/anzahl-der-geburten-seit-1993/>
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit. (2020). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020. Abgerufen 5. August 2020, von <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018, September 11). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Abgerufen 5. Juni 2020, von Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV). (2019). Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 4/2019. Abgerufen 5. August 2020, von Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 4/2019. URL: https://hebammenkongress.de/wp-content/uploads/2019/05/2019_04-Zahlenspiegel-zur-Situation-der-Hebammen.pdf
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2020, Mai 13). Pressemitteilung Nr. N 024 vom 13. Mai 2020. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/05/PD20_N024_212.html
- Stiefel, A., Friedrich, J. & Simon, S. (2013). Arbeitsbereiche und Arbeitsformen. In A. Stiefel, C. Geist & S. Simon (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5. Aufl., S. 16–32). Stuttgart, Deutschland: Hippokrates Verlag.
- Tegtmeyer, W. (2018, Januar 16). Ausbildung abgebrochen: unter diesen Umständen will ich keine Hebamme werden. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.echtemamas.de/hebamme-ausbildung-abgebrochen>

- Thompson, S. M., Nieuwenhuijze, M. J., Kane Low, L. & De Vries, R. (2019). "A powerful midwifery vision": Dutch student midwives' educational needs as advocates of physiological childbirth. *Women and Birth*, 32(6), 576–583. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.010>
- Wehrstedt, C., Schnepf, W. & Müller-Rockstroh, B. (2017). Combining grounded theory and biographical research in midwifery science. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*, 05(02), 73–77. <https://doi.org/10.3205/zhwi000008>
- Weis, D. & Schank, M. J. (2002). Professional values: Key to professional development. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 271–275. <https://doi.org/10.1053/jpnu.2002.129224>
- Weiß, M. (2005). Geburtshilfe heute. Die Rolle der Hebamme. In I. Gerhard & A. Feige (Hrsg.), *Geburtshilfe integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie* (S. 7–10). München, Deutschland: Urban & Fischer Verlag .
- Wiemer, A. (2000). Hausgeburtshilfe und ihre Auswirkungen auf die Hebammenausbildung. In D. Berg, K. Diedrich & R. Rauskolb (Hrsg.), *52. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Geburtshilfe und Perinatalogie, Gynäkologie und Onkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin. Nürnberg, 8.-12. September 1998.* (S. 156–158). Berlin, Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.
- World Health Organization (WHO). (2016). Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Abgerufen 5. August 2020, von <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/midwives-voices-midwives-realities/en/>
- Yoshida, Y. & Sandall, J. (2013). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. *Midwifery*, 29(8), 921–926. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.002>
- Zehrfeld, C. (2019, Mai 20). Warum viele Hebammen ihren Beruf aufgeben. Abgerufen 5. August 2020, von https://www.t-online.de/leben/familie/schwangerschaft/id_85678442/warum-viele-hebammen-ihren-beruf-aufgeben.html

Eidesstaatliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Ausarbeitung in vollem Umfang selbstständig erarbeitet und verfasst habe. Alle herangezogenen und wiedergegebenen Quellen sind durch Quellenangaben gekennzeichnet.

Tangstedt, 07.08.2020

Stephanie Lembke

Anhänge

Anhang A: Elektronischer Schriftverkehr Lembke/Bovermann 2020 bzgl. Examenprüfungen und Übergangsfristen

Von: Lembke, Stephanie [<mailto:Stephanie.Lembke@haw-hamburg.de>]

Gesendet: Donnerstag, 6. Februar 2020 18:01

An: [REDACTED]

Cc: Ensel, Angelica <angelica.ensel@haw-hamburg.de>

Betreff: Examenprüfungen

Sehr geehrte [REDACTED]

in meiner Masterarbeit beschäftige ich mich u.a. mit der Verlegung der Hebammenausbildung an die Hochschule. Hierbei sind mir allerdings Punkte aufgefallen, die mir noch unklar erscheinen und ich hoffe, dass Sie mir helfen können.

1. Der Referentenentwurf vom 23.08.19 des Bundesministeriums für Gesundheit für die Studien- und Prüfungsverordnung sagt im Abschnitt 5 §58 aus, dass eine Übergangsfrist für die Ausbildungen zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger bis zum 31.12.2026 besteht. Hierfür ist die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung anzuwenden. Diese beinhaltet allerdings die Examensgeburt. Ist diese derzeit zwingend notwendig? Oder hat die Ausbildungsstätte die Möglichkeit eine simulierende Geburt anbieten zu können, sowie §29 der HebStPrV es für die zukünftigen Studentinnen vorsieht?
2. Wenn es zwingend ist, bedeutet das, dass die "schulischen" Hebammen laut der Übergangsfrist weiterhin Examensgeburten haben müssen/durchführen müssen? Dies würde meines Erachtens nach eine extreme Benachteiligung bedeuten gegenüber den Studentinnen. Wurde vom DHV angemacht hier etwas zu ändern bzw. wurde oder wird dies derzeit thematisiert?
3. Des Weiteren ist mir aufgefallen, dass laut §29 HebStPrV nicht nur die Examensgeburt (Prüfungsteil 2) an einem Model simuliert wird, sondern ebenfalls die Möglichkeit besteht Prüfungsteil 1 oder 3 an einem Model oder einer Simulationsperson durchzuführen. Was weiterhin eine enorme Ungleichheit darstellt. Wie sind die Überlegungen hierzu?
4. Ist es richtig, dass wir laut Übergangsfrist die nächsten 6 Jahre weiterhin zweigleisig in der Hebammenausbildung fahren werden?

Dies sind nun viele Punkte und tiefgreifende Fragen. Ich hoffe, dass Sie mir Klarheit verschaffen können.

Ich freue mich von Ihnen zu hören und verbleibe bis dahin mit vielen Grüßen aus Hamburg.
Stephanie Lembke

Am 28.02.2020 um 17:05 schrieb Bovermann Yvonne:

<[REDACTED]>:

Sehr geehrte Frau Lembke,

nun hat es bei mir etwas gedauert – können Sie mit meinen Antworten jetzt noch etwas anfangen? Bitte entschuldigen Sie das, bei mir häufen sich derzeit die Nachfragen.

Ich schreibe Ihnen mal Antworten in Ihre Fragen. Falls Sie mehr brauchen, melden Sie sich bitte noch mal.

1. Der Referentenentwurf vom 23.08.19 des Bundesministeriums für Gesundheit für die Studien- und Prüfungsverordnung sagt im Abschnitt 5 §58 aus, dass eine Übergangsfrist für die Ausbildungen zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger bis zum 31.12.2026 besteht. Hierfür ist die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung anzuwenden. Diese beinhaltet allerdings die Examensgeburt. Ist diese derzeit zwingend notwendig? Oder hat die Ausbildungsstätte die Möglichkeit eine simulierte Geburt anbieten zu können, sowie §29 der HebStPrV es für die zukünftigen Studentinnen vorsieht?

Nach dem alten Gesetz und der HebAPrV ist die Examensgeburt zwingend. Die zuständige Aufsichtsbehörde muss sich ja an die geltenden Vorgaben halten, und diese sehen die Examensgeburt eben einfach weiterhin vor. Nichts vom neuen Gesetz gilt für die alte Ausbildung.

ABER – schon bisher war es in Einzelfällen möglich, bei den Behörden Ausnahmen zu erwirken. So hatte Prof. Schwarz, als sie früher an der Schule in Hannover tätig war, mit ihrer Behörde eine simulierte Examensprüfung vereinbart. Ich bin nicht sicher, dass jede Landesbehörde sich darauf einlassen würde. Gerne würde ich nun in allen Ländern beginnen, auch an den Schulen die Examensgeburt in Frage zu stellen. Sie ist im neuen Gesetz durch den Gesetzgeber als unethisch dargestellt – was unethisch ist, sollte nicht für weitere 6 Jahre durchgeführt werden. Aber das ist ein dickes Brett, zumal manche Schulleitungen sehr von dem alten Modell überzeugt sind und nicht hinter einer Abschaffung stehen würden. Und der DHV agiert nicht auf Landesebene, sondern die einzelnen Landesverbände. Und die haben derzeit an vielen Baustellen viel zu tun.

2. Wenn es zwingend ist, bedeutet das, dass die "schulischen" Hebammen laut der Übergangsfrist weiterhin Examensgeburten haben müssen/durchführen müssen? Dies würde meines Erachtens nach eine extreme Benachteiligung bedeuten gegenüber den Studentinnen. Wurde vom DHV angemacht hier etwas zu ändern bzw. wurde oder wird dies derzeit thematisiert?

Eben, genau das. Das Problem ist, dass dies Ländersache ist. Hier kann nur in jedem Bundesland versucht werden, die Behörden zu überzeugen. Zum Teil gegen die Hebammenschulen, die das oft anders sehen.

Ich sehe die Benachteiligung, bzw. den unethischen Vorgang auch den Schülerinnen gegenüber. Diese sind aber ohnehin benachteiligt, wenn sie noch in die alte Ausbildung einsteigen. Sie erhalten eine Ausbildung, die nicht EU-konform ist, werden daher bei der Anerkennung in Europa womöglich Probleme haben (und Anpassungsmaßnahmen durchführen müssen) und sie könnten auch in Deutschland künftig benachteiligt sein. Wollen sie einen Bachelor machen, werden sie immer mindestens ein halbes Jahr, meist aber 2-3 Jahre mehr bis zum Bachelor brauchen als diejenigen, die sofort studieren. Ich finde die gesamte alte Ausbildung nach derzeitigem Stand unethisch und würde meinen Kindern abraten.

3. Des Weiteren ist mir aufgefallen, dass laut §29 HebStPrV nicht nur die Examensgeburt (Prüfungsteil 2) an einem Model simuliert wird, sondern ebenfalls die Möglichkeit besteht Prüfungsteil 1 oder 3 an einem Model oder einer Simulationsperson durchzuführen. Was weiterhin eine enorme Ungleichheit darstellt. Wie sind die Überlegungen hierzu?

Es dürfen nicht alle drei Prüfungsteile als Simulation durchgeführt werden. Die Hochschule muss einen Prüfungsteil in der Praxis durchführen, kann aber entscheiden, welchen. Ich bin übrigens auch überzeugt, dass praktische Prüfungen an sich nicht falsch sind. Sie sind komplexer, als Simulationsfälle, von daher finde ich eine Mischung gut.

Meine Überlegungen hierzu habe ich bereits in Punkt 2 geschrieben. Aber wie gesagt: Das ist nun auf Länderebene, und wir konnten am Ende nicht mehr verändern im Gesetzgebungsverfahren. Ich finde einiges nicht ideal – aber ein wenig werden wir uns arrangieren müssen. Allerdings werden wir das Problem der Hebammenschulen noch richtig aktiv angehen, im März-Hebammenforum erscheint ein Artikel hierzu von Frau Dr. Hirschmüller. Danach werden wir das Thema weiter aufgreifen, in den Ländern.

4. Ist es richtig, dass wir laut Übergangsfrist die nächsten 6 Jahre weiterhin zweigleisig in der Hebammenausbildung fahren werden?

Genau, das ist möglich. Wobei in einigen Ländern die Studiengänge die Schulen ablösen werden. Andere möchten noch parallel ausbilden, um möglichst viele Hebammen auf den Markt zu bringen. Völlig ungeachtet der Tatsache, dass die Absolventinnen der Schulen es in ihrem gesamten Berufsleben damit womöglich schwerer haben könnten. Ich hoffe, die schulische Ausbildung läuft allmählich aus, weil die jungen Bewerber*innen mit den Füßen abstimmen werden.

Soweit meine Antworten. Bitte melden Sie sich, wenn Sie weitere Fragen haben!

Mit herzlichen Grüßen

[REDACTED]

Deutscher Hebammenverband e. V.

Beirätin für den Bildungsbereich

[REDACTED]

www.hebammenverband.de

Anhang B: Detaillierte Beschreibung der Änderung der Berufsaner- kennungsrichtlinie 2005/36/EG

Die Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG wurde im Jahr 2005 eingeführt und beinhaltet die Vereinbarung, dass Angehörige der reglementierten Berufe⁷ ihren Beruf überall in der Europäischen Union ausüben dürfen. Hierfür wurden Mindeststandards für die Zulassungskriterien zur Ausbildung, für die Ausbildung allgemein als auch für die Ausübung des Berufes festgelegt, damit ein vergleichbares Niveau in Europa gesichert werden kann. Dies beinhaltet ebenfalls die automatische Berufsankennung in den Mitgliedsstaaten. Die automatische Berufsankennung greift für Deutsche Hebammen nur, wenn sie ihre Lehre vor dem 18.01.2016 angefangen haben. Die Berufsankennungsrichtlinie Richtlinie 2005/36/EG wurde im Jahr 2013 durch die Richtlinie 2013/55/EU geändert (DHV, 2018b; Deutscher Bundestag, 2019). Hier liegt die Begründung für die Vollakademisierung des Hebammenberufes, denn die Richtlinie hat die Ausbildungsvoraussetzungen für die Hebammenausbildung angehoben und besagt, dass zukünftig eine zwölfjährige allgemeine Schulbildung oder eine gleichwertige Schulbildung für die Zulassung zur Ausbildung Hebamme erforderlich ist (Deutscher Bundestag, 2018). Zwar nennt die Richtlinie als Ausbildungsort nicht spezifisch die Hochschule, allerdings ist es in Deutschland anders nicht möglich, um die formalen Anforderungen zu erfüllen. In Deutschland ist ein zwölfjähriger Schulabschluss Zugangsvoraussetzung für eine Ausbildung an der Hochschule. Eine solche Zugangsvoraussetzung kann nicht für eine Ausbildung an einer Berufsschule gestellt werden, da es laut des Verfassungsrechtes nicht zulässig ist, die Ausbildung ausschließlich für Personen mit Abitur zugänglich zu machen, wenn inhaltlich jedoch eine berufsschulische Ausbildung durchlaufen wird (DHV, 2018b). Somit sind seit Januar 2020 zum Studium nur Personen berechtigt, die einen Abschluss einer mindestens 12-jährigen allgemeinen Schulbildung oder einer abgeschlossenen Berufsausbildung eines Gesundheitsberufes nachweisen können (§ 10, Abs. 1, HebG). Angehoben wurde nicht nur die Zugangsberechtigung, sondern auch die Ausbildungsinhalte. So wird eine umfassende Vermittlung von wissenschaftlichen Grundlagen, um das Mindestniveau für eine automatische Berufsankennung und der Erlaubnis zur Berufsausübung in allen EU-Staaten zu erlangen und zu erhalten, vorgeschrieben (Bundesministerium für Gesundheit, 2019; DHV, 2018b). Für die Beibehaltung der vorherrschenden Teil-Akademisierung, wie sie bislang in Deutschland vorhanden ist, spricht sich der Deutsche Hebammenverband e.V. nicht aus. Der DHV (2018b) betont, dass diese Teil-Akademisierung ein gestuftes

⁷ Reglementierte Berufe sind „...Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Tierärztinnen/Tierärzte, Gesundheits- und Krankenpflegende, Apothekerinnen/Apotheker und Hebammen“ (DHV, 2018b, S. 1).

Bildungssystem hervorruft, welches sich für die kleine Berufsgruppe der Hebammen negativ auswirken könnte. Durch unterschiedliche Bildungsabschlüsse, würden unterschiedliche Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche entstehen, was wiederum dem widerspricht, dass alle Hebammen grundsätzlich zur vollständigen und eigenständigen Berufsausübung berechtigt sind (DHV, 2018b).

Anhang C: Interviewleitfaden

Kategorie:	Fragen:
Allgemeine Angaben Interviewpartnerin/SES	<ul style="list-style-type: none"> - Alter, Name, höchster allgemeinbildender Abschluss - Ansprache während des Interviews - Ausbildungsart: Ausbildung o. dual? - Abschlussjahr Ausbildung - Jetziges Arbeitsfeld/ jetzige Tätigkeit
Motivation zur Ausbildung/ Vorstellungen Arbeitsfeld vor Beginn Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Warum wollten Sie Hebamme werden? Was hat Sie dazu bewegt die Ausbildung als Hebamme zu absolvieren? - Was hat Sie dazu bewegt die duale Ausbildung zur Hebamme zu absolvieren? - Welche Arbeitsfelder der Hebammenarbeit konnten Sie sich vor Beginn der Ausbildung vorstellen anzutreten?
Empfindungen/Erlebnisse während/nach der Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Wie haben Sie Ihre Ausbildung zur Hebamme erlebt/empunden? - Wie haben Sie die duale Ausbildung erlebt/empunden? - Wie haben Sie Unterschiede erlebt zwischen Inhalten aus der theoretischen Ausbildung und der praktischen Arbeitsweise in der Klinik? Und wie sind Sie damit umgegangen? - Wie haben Sie die Praxisanleitung erlebt? - Wie hat sich die Einstellung zu Ihren vorgestellten Arbeitsfeldern während der Ausbildung verschoben? Gab es bestimmte Erlebnisse/Erfahrungen, die hier wichtig waren? - Fühlen Sie sich sicher Geburten durchzuführen?

	<ul style="list-style-type: none"> - Würden Sie die Ausbildung noch mal wählen?
Entscheidungen gegen Geburtshilfe/Beruf	<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist die Entscheidung entstanden nach Beendigung der Ausbildung nicht in der Geburtshilfe zu arbeiten? Gab es bestimmte Erlebnisse/Erfahrungen, die hier wichtig waren? - Wie ist die Entscheidung entstanden nach Beendigung der Ausbildung nicht im Beruf Hebamme zu arbeiten? Gab es bestimmte Erlebnisse/Erfahrungen, die hier wichtig waren? - Was hätte Sie in der Geburtshilfe gehalten? - Was hätte Sie in dem Beruf gehalten?
Zukunft Geburtshilfe/Hebammenarbeit Wünsche	<ul style="list-style-type: none"> - Könnten Sie sich vorstellen jemals die Arbeit als Hebamme wieder aufzunehmen? - Könnten Sie sich vorstellen jemals wieder in die Geburtshilfe zu gehen? - Was hätten Sie sich während der Ausbildung gewünscht?
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen oder möchten Sie noch etwas erwähnen was Sie als wichtig erachten und wir nicht besprochen haben?

Anhang D: 1. Aufruf zur Rekrutierung

„Dieser Beitrag darf gerne geteilt werden und wie immer gilt: wer jemanden kennt, der jemanden kennt...

Hallo liebe Alle,

mein Name ist Stephanie Lembke und ich studiere Gesundheitswissenschaften im Master an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg.

Im Rahmen meiner Masterarbeit untersuche ich, weshalb Hebammen nach Beendigung ihrer Ausbildung nicht in die Geburtshilfe gehen (ob klinisch oder außerklinisch). Hierzu suche ich derzeit deutschlandweit Interviewpartnerinnen.

Wenn Sie also die Ausbildung zur Hebamme abgeschlossen haben, nach Ihrer Ausbildung weder in der klinischen noch in der außerklinischen Geburtshilfe oder gar nicht als Hebamme gearbeitet haben, Ihr Abschluss (mit oder ohne Bachelor) nicht länger als 2 Jahre zurückliegt, Sie keine Kinder unter 7 Jahren haben, und Sie Lust haben mit mir in einem Interview über ihre berufliche Entwicklung zu sprechen, dann freue ich mich auf Ihre Rückmeldung!

Bitte melden Sie sich bei mir per Privatnachricht oder per Mail an: stephanie.lembke@haw-hamburg.de. Ihre persönlichen Daten werden natürlich geschützt.

Liebe Grüße

Stephanie“.

Anhang E: Datenschutzvereinbarung

Ich, _____, erkläre mich bereit ein Interview mit Stephanie Lembke für die Masterarbeit zu führen.

Für die Datenaufbereitung/-verwendung erkläre ich mich zudem mit folgenden Punkten einverstanden:

Aufnahme

- Aufzeichnung des Interviews auf Tonträger/ Smartphone Aufnahme

Veränderung der Verschriftlichung der Tonaufzeichnungen in:

- anonymisierter Form
- nicht anonymisierter Form

Weitergabe

- Vorspielen der Tonaufzeichnungen im Rahmen der Masterarbeit
- der Veröffentlichung der Verschriftlichung
 - zu wissenschaftlichen Zwecken
 - zu (sonstigen) Zwecken
- als Zitat
- in allen Medien

Veröffentlichung der Daten

- in Masterarbeit
- zu wissenschaftlichen Zwecken

Datum: _____

Unterschrift (Befragte):

Unterschrift (Interviewerin):

Anhang F: Transkriptionsregeln

- Es wurde wörtlich transkribiert, das heißt nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte wurden möglichst wortgenau in das Hochdeutsche übersetzt. War keine eindeutige Übersetzung möglich, wurde der Dialekt beibehalten.
- Wortverschleifungen wurden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angepasst. Zum Beispiel: „Er hatte noch so 'n Buch genannt“ wurde zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Beim Zitieren von wörtlicher Rede wurde diese Regel nicht eingehalten.
- Halbsätze, welchen nur die Vollendung fehlte, wurden erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet. Wortdoppelungen wurden nur erfasst, wenn diese als Stilmittel zur Betonung genutzt wurden wie „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
- Pausen wurden durch (...) kenntlich gemacht.
- Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie zum Beispiel „mhm“, „aha“, „ja“, „genau“ wurden nicht erfasst. Bestand die Antwort nur aus nur „mhm“ ohne jegliche Ausführung wurde dies als mhm (bejahend) oder mhm (verneinend) erfasst. Ebenfalls wurden keine Verzögerungslaute wie beispielsweise „ähm“ oder „äh“ transkribiert.
- Jeder Sprecherbeitrag erhielt seinen eigenen Absatz. Zwischen den Sprechern wurde eine Freizeile eingefügt. Am Ende eines jeden Absatzes wurden Zeitmarken eingefügt.
- Die interviewende Person wurde durch „I“ und die befragte Person durch „B“ gekennzeichnet.
- Lautäußerungen, wie zum Beispiel lachen, wurden mit (Lachen) gekennzeichnet.
- Unverständlich ausgesprochene Wörter wurden mit (unverständlich) gekennzeichnet. Waren Störgeräusche der Grund für die Unverständlichkeit, wurden diese benannt.
- Zeichen und Abkürzungen wurden ausgeschrieben wie: zum Beispiel, Prozent.
- Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ wurden genauso geschrieben.
- Englische Begriffe wurden nach den deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung erfasst.
- Redewendungen wurden wörtlich und Standarddeutsch wiedergegeben.
- Wurde wörtliche Rede von einem Sprechenden zitiert, wurde das Zitat in Anführungszeichen gesetzt (Dresing & Pehl, 2015, S. 21ff).