

**Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion
im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit
und Medikalisierung der Geburt**

Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
durch den Promotionsausschuss Dr. Public Health
der Universität Bremen

vorgelegt von
Monika Kraienhemke

Bremen, den 09.04.2019

Disputation am 25.11.2019

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Melita Grieshop

Danksagung

An dieser Stelle gilt mein Dank all jenen, die durch ihre Unterstützung zu dieser Dissertation beigetragen haben.

An erster Stelle danke ich meiner Betreuerin im Promotionsprozess Frau Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck. Sie hat mich über den gesamten Prozess der Promotion begleitet und unterstützt. Ihre hilfreichen Anmerkungen und der wertschätzende fachliche Austausch mit ihr waren mir eine große Hilfe und Unterstützung.

Frau Prof. Dr. Melita Grieshop bin ich dankbar, dass sie sich bereit erklärt hat, meine Dissertation zu begutachten. Ihre Offenheit und bestärkende Unterstützung gehören zu den vielen positiven Eindrücken, die ich aus diesem Prozess mitnehme.

Mein Dank gilt darüber hinaus allen Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden, die sich bereit erklärt haben, in meinem Forschungsprojekt mitzuwirken. Ihre Bereitschaft, mich an ihren beruflichen Erfahrungen teilhaben zu lassen, ist die Grundlage dieser Arbeit. Allen leitenden Hebammen gilt mein herzlicher Dank für ihr organisatorisches Engagement.

Viel Unterstützung und Ermutigung erhielt ich von meinen Kolleginnen im Doktorandinnen-Kolloquium an der Universität Bremen. Der wertschätzende fachliche Austausch und der freundliche Kontakt haben mich sehr ermutigt. Besonderer Dank gilt den Kollegen meiner Interpretationsgruppe in Köln, Dr. Markus Schupp und Axel Doll, mit denen ich einen sehr intensiven und fruchtbaren Austausch zu meinem Forschungsprojekt führen konnte. Ihre männliche Sicht auf die Hebammenarbeit hat mir vielfältige Einsichten ermöglicht und ihre zugewandte Art hat mich auch persönlich sehr unterstützt. Wiebke Hoppstädter, Barbara Beck und Miriam Weise bin ich sehr dankbar, dass ihre hilfreichen Anmerkungen die sprachliche Gestaltung meiner Arbeit vorangebracht haben.

Abschließend muss gesagt werden, dass ich die Herausforderung der Dissertation nur bewältigen konnte, weil so viele Menschen um mich herum keinen Zweifel daran hatten, dass ich es schaffen kann. Danke.

Zusammenfassung

Die Gesundheitsversorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wird durch mehrere Berufsgruppen geleistet und gelingt nicht immer problemlos. Interprofessionelle Zusammenarbeit wird zunehmend zur Optimierung der Gesundheitsversorgung gefordert und mit der Verbesserung von Gesundheitsergebnissen von Frauen in Zusammenhang gebracht. Bisher besteht jedoch weder national noch international ein klares Konzept zu Interprofessionalität und zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe liegen noch wenige Forschungsergebnisse vor. Ziel dieser Arbeit ist es, die interprofessionelle Arbeitssituation von Hebammen im Setting Krankenhaus zu untersuchen und auch die subjektive Sichtweise der Hebammen auf die Zusammenarbeit zu beleuchten. In einem qualitativen Forschungsprojekt werden die teilnehmende Beobachtung und das episodische Interview zur Datenerhebung genutzt. Der Forschungsprozess folgt dabei der Grounded-Theory-Methodologie. Daten aus 20 Beobachtungen im Kreißaal und auf der Wochenbettstation und 14 Interviews mit Hebammen aus dem Kreißaal und der Wochenbettstation werden zur Datenanalyse genutzt. Daraus wird eine gegenstandsbezogene Theorie generiert. Die ‚Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt‘ hebt den Einfluss des beruflichen Selbstverständnisses für die Zusammenarbeit mit anderen Berufen hervor. Die berufliche Identität von Hebammen im Setting Krankenhaus ist durch verschiedene Teil-Identitäten geprägt. Sie werden in einem Prozess der Identitäts-Konstruktion entwickelt und stehen gleichberechtigt nebeneinander. Dabei können die unterschiedlichen Teil-Identitäten auch gegensätzliche Überzeugungen enthalten. Der soziologische Erklärungsansatz der Identitäts-Konstruktion verdeutlicht, wie herausfordernde und gegensätzliche Anforderungen im Alltag in die berufliche Identität von Hebammen integriert werden. Autonome Hebammenarbeit ist im Krankenhaus in der Regel nicht möglich und die Arbeitssituation von Hebammen ist eher durch eine gemeinsame Arbeit mit anderen Berufsgruppen geprägt. Die Hebammenidentitäts-Konstruktion drückt sich in der täglichen Arbeit in unterschiedlichen Handlungsweisen aus. Hebammen agieren in einem Spektrum von selbständiger bis untergeordneter Arbeit. Sie bewältigen auf diese Weise die gegensätzlichen Anforderungen der beruflichen Arbeitssituation im Setting Krankenhaus, die von einer zunehmenden Medikalisierung der Geburt geprägt ist.

Schlüsselbegriffe

Interprofessionelle Zusammenarbeit, Identitäts-Konstruktion, Hebammen, episodische Interviews

Abstract

Midwifery care is provided by several health professions, but is not always successful. Interprofessional collaboration is demanded to optimize health care and is seen as a relevant factor to improve health outcomes of women. Up to now there is a lack of conceptual clarity of interprofessionality and research on interprofessional collaboration in obstetrical care is limited. Aim of this research is to explore the working conditions of interprofessional work of midwives in the clinical setting and examine the subjective perspective of midwives on collaboration. This qualitative research uses participative observation and episodic interview as research methods. The research process follows the Grounded-Theory-Methodology. Data from 20 observations in the labour ward and the postnatal ward and 14 interviews with midwives from labour ward and postnatal ward are part of the data analysis. Analysis generated a Grounded-Theory. The 'Theory of midwifery-professional identity-construction in the context of interprofessional collaboration and medicalization of birth' stresses the influence of the professional identity in the collaboration with other professions. The professional identity of midwives in the clinical setting is characterized by several parts of identity. They are built in a process of identity-construction and exist as equal parts. Different parts of the identity can include contrasting believes. The sociological approach of identity-construction shows how heterogeneous and contrasting demands of everyday work are integrated in the professional identity of midwives. Autonomous midwifery care in the clinical setting usually is limited and the work situation of midwives is characterized by collaborative work with other professions. Midwifery-professional identity-construction is shown in various strategies of midwives in the everyday work. Midwives act on a range of autonomous to subordinated work. In this way midwives cope with the heterogeneous demands of the work situation in the clinical setting which is influenced by medicalization of birth.

Keywords

Interprofessional collaboration, identity-construction, midwives, episodic interview

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	III
Abstract	IV
Abbildungsverzeichnis.....	9
Tabellenverzeichnis.....	10
Abkürzungsverzeichnis.....	11
Teil I – Theoretischer Teil	13
1. Einleitung.....	14
1.1. Ausgangslage, Problemstellung und Ziel der Untersuchung.....	14
1.2. Relevanz der Untersuchung	17
1.3. Aufbau der Arbeit.....	18
2. Untersuchungsfeld geburtshilfliche Versorgung im Setting Krankenhaus.....	20
2.1. Versorgungsstrukturen in der geburtshilflichen Versorgung.....	20
2.1.1. Gesundheitsleistungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	21
2.1.2. Aktuelle geburtshilfliche Situation in Deutschland	22
2.1.3. Geburtshilfliches Setting im Krankenhaus.....	24
2.1.4. Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt	27
2.2. Akteurinnen in der geburtshilflichen Versorgung.....	29
2.2.1. Hebammen	29
2.2.2. Ärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe	34
2.2.3. Pflegende.....	36
2.3. Betreuungsmodelle	38
2.3.1. Hebammenbetreuungsmodell	38
2.3.2. Medizinisches Betreuungsmodell.....	40
2.4. Geburtshilfliche Zusammenarbeit im Setting Krankenhaus.....	42
2.4.1. Ärztlich geleiteter Kreißsaal (Hebamme und Ärztin).....	42
2.4.2. Integrative Wochenbettbetreuung (Hebamme und Pflegende).....	43
2.4.3. Hebammengeleitete Geburten (Hebamme und Ärztin)	44
3. Theoretischer Bezugsrahmen der Untersuchung.....	45
3.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	45
3.1.1. Begriffsbestimmung und Modelle interprofessioneller Zusammenarbeit.....	46
3.1.2. Interprofessionelle Arbeitsformen.....	53
3.1.3. Interprofessionelle Kompetenzen.....	57

3.2.	Identitätstheorie.....	60
3.2.1.	Identitätstheorie in der Psychologie	61
3.2.2.	Identitätstheorie in der Soziologie	65
3.2.3.	Berufliche Identität.....	73
4.	Stand der Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe.....	78
4.1.	Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	78
4.2.	Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe.....	79
4.2.1.	Herausforderungen interprofessioneller Zusammenarbeit	81
4.2.2.	Einstellung zu interprofessioneller Zusammenarbeit	83
4.2.3.	Effekt interprofessioneller Zusammenarbeit	83
4.2.4.	Patientinnensicherheit	85
4.3.	Relevanz für die vorliegende Arbeit	86
Teil II – Empirischer Teil.....		88
5.	Wissenschaftstheoretischer Hintergrund und Einordnung der Untersuchung.....	89
5.1.	Metatheoretische Bezüge und Einordnung	89
5.1.1.	Symbolischer Interaktionismus	90
5.1.2.	Ethnomethodologie.....	92
5.2.	Begründung eines qualitativen Forschungsansatzes	94
5.3.	Methodologie	97
5.3.1.	Grounded-Theory-Methodologie	97
5.3.2.	Triangulation	102
5.4.	Methodische Überlegungen.....	103
5.4.1.	Teilnehmende Beobachtung	104
5.4.2.	Episodisches Interview	108
5.5.	Forschungsethische Überlegungen	111
5.6.	Qualitätskriterien qualitativer Forschung	116
6.	Datenerhebung und Auswertung.....	118
6.1.	Iterativer Erhebungs- und Analyseprozess.....	118
6.2.	Zugang zum Feld.....	120
6.3.	Beobachtungen	121
6.4.	Interviews	122
6.5.	Prozess der Analyse.....	124

7.	Darstellung der Ergebnisse – Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt	129
7.1.	Kernkategorie: Hebammenidentitäts-Konstruktion.....	129
7.1.1.	Teil- Identität ‚Selbständige Expertin‘	133
7.1.2.	Teil-Identität ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘	139
7.1.3.	Teil-Identität ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘	143
7.2.	Ursachen und Kontextbedingungen.....	149
7.2.1.	Formale Autorität der Medizin.....	150
7.2.2.	Hierarchische Sozialisation der Gesundheitsberufe.....	154
7.2.3.	Gesetzliche Autonomie des Hebammenberufes.....	157
7.2.4.	Gesellschaftlich akzeptierter Wandel zur Geburtsmedizin	158
7.3.	Intervenierende Bedingungen.....	159
7.3.1.	Arbeitsorganisation	160
7.3.2.	Arbeitsbedingungen	163
7.3.3.	Kompetenzverlust	165
7.3.4.	Umgang mit fachlicher Unsicherheit.....	166
7.3.5.	Vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen	167
7.3.6.	Beruflicher Veränderungsprozess	168
7.4.	Handlungsstrategien	169
7.4.1.	Autonomes Handeln.....	170
7.4.2.	Konfrontatives Handeln.....	173
7.4.3.	Kooperatives Handeln	177
7.4.4.	Integratives Handeln	181
7.4.5.	Subordinatives Handeln	185
7.5.	Konsequenzen	189
7.5.1.	In Bezug auf Hebammen	190
7.5.2.	In Bezug auf andere Gesundheitsberufe	192
7.5.3.	In Bezug auf Frauen und Familien	193
7.6.	Zusammenfassung der Ergebnisse - Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt	195
Teil III – Schlussbetrachtung und Ausblick		197
8.	Kritische Diskussion der Analyseergebnisse und des Forschungsprozesses	198
8.1.	Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Hebammenidentitäts-Konstruktion.....	198
8.1.1.	Erkenntnisgewinn durch die vorliegende Untersuchung.....	198

8.1.2.	Hebammenidentitäts-Konstruktion und berufliche Identität	200
8.1.3.	Hebammenidentitäts-Konstruktion und interprofessionelle Zusammenarbeit	202
8.1.4.	Hebammenidentitäts-Konstruktion und Hebammenarbeit	203
8.1.5.	Limitationen der Theorie	207
8.2.	Kritische Diskussion des Forschungsprozesses	208
9.	Implikationen für die Praxis und die Forschung	212
9.1.	Implikationen für die berufliche Praxis	212
9.2.	Implikationen für die Forschung	214
10.	Ausblick	216
Literatur		217
Anhang		232

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Betreuungsbogen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit
- Abbildung 2: Gesundheits- und Bildungssystem und interprofessionelle Zusammenarbeit
- Abbildung 3: Vier-Dimensionen Modell der Zusammenarbeit
- Abbildung 4: Komponenten des metakognitiven Modells
- Abbildung 5: Modell der Zusammenarbeit von Hebamme und Arzt
- Abbildung 6: InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT)
- Abbildung 7: Unterschiedliche Organisationsformen im IPZ-Kontinuum
- Abbildung 8: Nationaler interprofessioneller Kompetenzrahmen (A national interprofessional competency Framework)
- Abbildung 9: Rollen der medizinischen Expertin im CanMeds-Modell
- Abbildung 10: Identity-Status-Modell n. J. M. Marcia
- Abbildung 11: Konstruktion von Identität
- Abbildung 12: Konzept ‚Arbeitsorganisation‘ mit Subkategorien
- Abbildung 13: Beispiel-Memo zu Einfällen im Prozess der Analyse
- Abbildung 14: Beispiel-Memo zu einem veränderten Beobachtungsfokus
- Abbildung 15: Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt
- Abbildung 16: Ursachen und Kontextbedingungen der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt
- Abbildung 17: Intervenierende Bedingungen der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt
- Abbildung 18: Handlungsstrategien der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt
- Abbildung 19: Konsequenzen der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: ausgewählte Kennzahlen zur geburtshilflichen Situation
- Tabelle 2: ausgewählte Kennzahlen zum Setting der Geburtshilfe im Krankenhaus
- Tabelle 3: Arbeitsbereiche und Stundenzahl der praktischen Hebammenausbildung/der
praktischen Studienphasen
- Tabelle 4: Übersicht zur Verteilung der Beobachtungen und Interviews
- Tabelle 5: Teil-Identitäten der Hebamme mit Vergleichsdimensionen

Abkürzungsverzeichnis

ABEDL - Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens

AP - Austreibungsperiode

B - Beobachtung

BDS – Berufsverband deutscher Soziologinnen und Soziologen

BDSG – Bundesdatenschutzgesetz

BS - Blasensprung

B. Sc. – Bachelor of Science

CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative

CTG – Cardio-Toko-Graphie

Co-Präsenz – gemeinsame Präsenz

DGS – Deutsche Gesellschaft für Soziologie

DS-GVO – Datenschutz-Grundverordnung

Epi - Episiotomie

ET – errechneter Termin

f - folgende

GTM – Grounded-Theory-Methodologie

h – Stunde

HKS – Hebammenkreißsaal

I - Interview

ICM – International Council of Midwifery (Internationaler Hebammenverband)

IPE – Interprofessional Education (interprofessionelles Lernen)

KRS - Kreißsaal

KV – Kassenärztliche Vereinigung

lat. - lateinisch

MBU - Mikroblutuntersuchung

NRW – Nordrhein-Westfalen

OP – Operationssaal

Oxy-Tropf – Oxytocin-Infusion

PDA - Periduralanästhesie

PJ – praktisches Jahr

SDM – Shared decision making (partizipative Entscheidungsfindung)

Sectio – Sectio caesarea (Kaiserschnitt)

SSW - Schwangerschaftswoche

TMM – Team Mental Model

U 1-9 – Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (1- 9)

vag.-op Geburt – vaginal-operative Geburt

vag. U – vaginale Untersuchung

VE- Vakuumextraktion

VBS – vorzeitiger Blasensprung

WBS - Wochenbettstation

WHO – World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Zit.n. – zitiert nach

Teil I - Theoretischer Teil

1. Einleitung

“I felt as though it was up to me to integrate all my different health care professionals, and no one was going to do it for me.”

(Murray Davies 2008, S. 25)

Diese Äußerung einer schwangeren Frau zu ihrer professionellen Begleitung während der Schwangerschaft verdeutlicht, welche Bedeutung die interprofessionelle Zusammenarbeit von verschiedenen Berufen für die Gesundheitsversorgung von Frauen hat. Auch wenn diese Schilderung sich nicht auf die Situation in Deutschland bezieht, ist doch davon auszugehen, dass die Situation hierzulande ähnlich ist. Die geburtshilfliche Gesundheitsversorgung ist das spezifische Arbeitsfeld von Hebammen¹ und Gynäkologinnen. Sie stellen mit ihrem Fachwissen und ihren Kompetenzen eine angemessene Betreuung aller schwangeren Frauen sicher. Zunehmend wird interprofessionelle Zusammenarbeit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung gefordert und ihre Vorteile hervorgehoben. Das Gelingen der Zusammenarbeit ist jedoch nicht selbstverständlich und daher ist die Einbeziehung der interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in die berufliche Qualifizierung von Bedeutung (WHO 2010). Bisher fehlt eine konzeptionelle Festlegung von Interprofessionalität und auch in der Geburtshilfe fehlen noch gesicherte Erkenntnisse zum Ausmaß der bestehenden interprofessionellen Zusammenarbeit und den benötigten interprofessionellen Kompetenzen. Dieser Zusammenhang war der Ausgangspunkt meines Interesses am Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe und der Anlass, die bereits gelebte Zusammenarbeit im geburtshilflichen Bereich der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu untersuchen. In der Geburtshilfe stehen die drei Professionen der Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden im Mittelpunkt der Versorgung von schwangeren und gebärenden Frauen im klinischen Setting und daher auch im Zentrum dieser Arbeit.

1.1. Ausgangslage, Problemstellung und Ziel der Untersuchung

Gesundheit und Gesunderhaltung sind wichtige gesamtgesellschaftliche Themen und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat einen hohen Stellenwert. In Deutschland ist die Gesundheitsversorgung im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt. Sie kann auch im System der privaten Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Gesetzlich

¹ Siehe Hinweise zur sprachlichen Darstellung (S. 19)

Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende Gesundheitsversorgung im ambulanten und stationären Bereich. Dazu gehören präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen. Dieser Anspruch besteht auch für die geburtshilfliche Versorgung von Frauen und Familien. Jede schwangere Frau hat ein Anrecht auf Hebammenhilfe und ärztliche Betreuung. Dabei ergänzen sich die Fachkompetenzen der beiden Berufsgruppen in so weit, als Hebammen selbständig den physiologischen Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreuen (§4 Hebammengesetz – HebG) und Ärztinnen durch ihre medizinische Ausbildung auf die Erkennung und Behandlung von Risikoschwangerschaften und besonderen Situationen fokussiert sind (G-BA 2015). Dieses eigentlich komplementäre System wird durch eine fortschreitende Medikalisierung der reproduktiven Lebensphase stark beeinflusst. Medikalisierung bezeichnet den medizinischen Zuständigkeitsanspruch für primär nicht medizinische Lebensbereiche (Barker 1998, Illich 1995), zu denen auch die Schwangerschaft zu zählen ist. Seit den 1960er Jahren besteht ein Anspruch auf ärztliche Betreuung auch bei normalen Schwangerschaften und Geburten. Diese Entwicklung hat über die vergangenen Jahrzehnte ein großes Ausmaß erreicht und stellt sich an der Wahl des Geburtsortes ganz konkret dar. Aktuell werden mit 98 % nahezu alle Kinder in einem Krankenhaus mit ärztlicher Betreuung geboren. Das Setting Krankenhaus ist auf die medizinische Versorgung ausgerichtet und auch die normale Geburt fällt dort in die Zuständigkeit der (Geburts-)Medizin. In Deutschland besteht jedoch die gesetzliche Vorgabe, dass bei jeder Geburt auch eine Hebamme mit in die Betreuung einzubeziehen ist. So kommt es zu einer doppelten Zuständigkeit von Hebamme und Ärztin im Setting Krankenhaus, die die gesetzlich festgeschriebene autonome Tätigkeit der Hebamme allerdings einschränkt. Auch die Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt auf der Wochenbettstation ist von gemeinsamer Arbeit bestimmt. Pflegende leisten Betreuungsarbeit auf der Station, die eigentlich eine vorbehaltene Tätigkeit des Hebammenberufes darstellt. Zunehmend übernehmen jedoch wieder Hebammen die klinische Wochenbettbetreuung im Rahmen der Betreuungsangebote des ‚Babyfreundlichen-Krankenhauses‘ und des Hebammenkreißsaales. So führt die Veränderung des Geburtsortes von der Hausgeburt zur Klinik-Geburt zu einer vermehrten Situation von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe. Die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe wird gesundheitspolitisch in den letzten Jahren immer mehr gefordert und als ein wichtiger Baustein von qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung betrachtet (WHO 2010). Es gibt jedoch noch kein klares Verständnis davon, was die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe kennzeichnet oder wie sie gestaltet werden kann. Darüber hinaus ist die bereits bestehende Zusammenarbeit noch wenig erforscht, sodass zunächst eine Exploration dieses Forschungsgebietes erforderlich ist. Daran schließt sich eine Konzeption und Theoriegenerierung von Interprofessionalität in der Geburtshilfe an. Die Forschung auf diesem Gebiet ist auch international noch lückenhaft (Xyrichis 2018). Nationale Forschung zu

interprofessioneller Zusammenarbeit konzentriert sich bisher auf die Erprobung interprofessioneller Ausbildungskonzepte (Mahler et al. 2012). In den bisherigen Forschungsergebnissen zu interprofessioneller Zusammenarbeit ergeben sich Hinweise, dass sowohl ein Gelingen als auch ein Misslingen der interprofessionellen Zusammenarbeit alltäglich ist (Wieczorek et al. 2016, Hunter & Segrott 2014). Das Misslingen von interprofessioneller Zusammenarbeit gefährdet die Patientinnensicherheit, da leichter medizinische Fehler auftreten (Lyndon et al. 2013). Eine nicht gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im geburtshilflichen Bereich kann somit die Sicherheit von Mutter und Kind beeinträchtigen. Sicherheit für den Geburtsprozess ist jedoch ein Hauptargument für eine Geburt im Krankenhaus. Bisher verlaufen die Qualifikationswege der verschiedenen Gesundheitsberufe in der Regel berufsspezifisch und ohne Berührungspunkte miteinander. Das Wissen zu anderen Berufen und ihren Fachkompetenzen ist nicht sehr ausgeprägt und ein gemeinsamer fachlicher Austausch und gemeinsame Entscheidungsfindung werden nicht erlernt. Das Wissen zu anderen Berufen entsteht vielmehr aus der beruflichen Praxis im Krankenhaus. Diese Sozialisation in der Berufspraxis beeinflusst in der Regel das Verhältnis der Berufsgruppen zueinander. Die beruflichen Arbeitsbeziehungen sind jedoch häufig hierarchisch geprägt und berücksichtigen nicht alle Kompetenzbereiche der verschiedenen Berufe. Ein Dominanzanspruch der Medizin in der Geburtshilfe verdeckt die autonomen Kompetenzbereiche der Hebamme (DGGG 2012) und die spezifischen Kompetenzen der Pflegenden. Vor dem Hintergrund dieser Situation ist zu klären, wie sich die alltägliche Arbeitssituation der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe darstellt. Es existieren bisher wenige Erkenntnisse zu Anlässen, Ausmaß und Ausgestaltung dieser Zusammenarbeit. Ebenso ist die Einschätzung der Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit aus Sicht der Berufsangehörigen noch weitgehend ungeklärt.

Die vorliegende Arbeit schließt an diese Situation an und bietet einen Einblick in die alltägliche Berufspraxis von Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden im Setting Krankenhaus. Dabei stehen sowohl die strukturellen Aspekte der Arbeitssituation im klinischen geburtshilflichen Setting, als auch die Sichtweisen der Beschäftigten im Mittelpunkt des Interesses.

Daraus ergeben sich die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit:

- Welche Strukturen prägen die interprofessionelle Arbeitssituation für Hebammen im klinischen Setting?
- Welche subjektiven Sichtweisen haben Hebammen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Pflegenden?

Diese Forschungsarbeit ist auf den Hebammenberuf fokussiert, da die Forscherin selbst dieser Berufsgruppe angehört. Diese bewusste Schwerpunktsetzung erfolgt unter Inkaufnahme der Zurücksetzung der anderen Berufe.

1.2. Relevanz der Untersuchung

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist bereits Teil des Berufsalltages im Krankenhaus; es besteht jedoch wenig Wissen über die konkreten Bedingungen der Zusammenarbeit. Dies ist von Bedeutung, da eine nicht gelingende Zusammenarbeit mit einer schlechteren Gesundheitsversorgung in Zusammenhang gebracht wird. Ebenso wird die interprofessionelle Zusammenarbeit noch wenig als relevante berufliche Anforderung in die berufliche Qualifikation der Gesundheitsberufe einbezogen. Eine Sicherstellung sowohl von qualitativ hochwertiger Versorgung als auch gelingender Zusammenarbeit hängt von der Kenntnis der bestehenden Situation ab. Darüber hinaus ist die Bestimmung relevanter Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit nur bedingt möglich, wenn die realen Anforderungen und Strukturen der Arbeitssituation nicht ausreichend bekannt sind. Eine empirische Untersuchung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe im Setting Krankenhaus kann somit eine Basis der Evaluation der interprofessionellen Beziehungen im Krankenhaus darstellen. Daraus ist die Ableitung von Kompetenzen und Wissensinhalten zu diesem Thema möglich, die in die Lehre in Aus-, Fort- und Weiterbildung eingebunden werden können. Eine Untersuchung dieses Arbeitsbereiches kann darüber hinaus auch zur Bestimmung von besonderen Problemstellungen, wie z.B. der Gefährdung der Patientinnensicherheit, beitragen. Hinweise auf misslingende interprofessionelle Zusammenarbeit sind von Bedeutung für die Organisation von Arbeitsabläufen und des fachlichen Austausches im Setting Krankenhaus.

Die Arbeitssituation von Hebammen im Krankenhaus ist von einer Beschneidung der autonomen Berufsausübung geprägt. Eine empirische Untersuchung der strukturellen Bedingungen in diesem Bereich kann sowohl mit Blick auf die Hebammenarbeit als auch auf die praktische Ausbildung von werdenden Hebammen Erkenntnisse liefern. Darüber hinaus eröffnet ein Einblick in die Sichtweise der Hebammen auf die Zusammenarbeit Hinweise für die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Berufen.

1.3. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen Teil, einen empirischen Teil und die Schlussbetrachtung mit Ausblick.

Im **theoretischen Teil** erfolgt, ausgehend von der Problemstellung und Relevanz der Untersuchung und der Darstellung der forschungsleitenden Fragen in Kapitel 1, die Darstellung des geburtshilflichen Feldes und der beteiligten Berufsgruppen als Untersuchungsgruppe der Arbeit (Kapitel 2). Neben den geburtshilflichen Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems werden die berufsgesetzlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsberufe erläutert. Ergänzend zu den beruflichen Unterschieden erfolgen die Darstellung der beiden Betreuungsmodelle in der Geburtshilfe und die Vorstellung der bestehenden Bereiche der interprofessionellen Zusammenarbeit. Kapitel 3 beleuchtet die theoretische Einbettung des Forschungsprojektes in einen theoretischen Bezugsrahmen. Die Arbeit wird im Zusammenhang mit der bisher bestehenden Theorie der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Identitätstheorie betrachtet. Eine Darstellung des Forschungsstandes zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe (Kapitel 4) schließt den theoretischen Teil ab.

Im **empirischen Teil** der Arbeit werden zunächst die wissenschaftstheoretische Begründung und der gewählte Forschungsansatz erläutert. Ausgehend vom den methodischen Entscheidungen und forschungsethischen Überlegungen (Kapitel 5) erfolgt die Darstellung der Datenerhebung und des Auswertungsprozesses in Kapitel 6. Den Schwerpunkt des empirischen Teils bildet das Kapitel 7 mit der Darstellung der Ergebnisse im Zusammenhang mit der theoretischen Einbettung. Die generierte Theorie wird mit allen konstituierenden Aspekten detailliert erläutert.

Die **Schlussbetrachtung und Ausblick** als letzter Teil richtet den Blick auf eine kritische Reflexion der Ergebnisse und des Forschungsprozesses. In Kapitel 8 wird die Theorie mit ihren Stärken und Schwächen beleuchtet und mit bestehenden Forschungsergebnissen in Beziehung gesetzt. Rückblickend werden die methodischen Entscheidungen und der Verlauf des Forschungsprozesses betrachtet. Aufbauend auf der kritischen Betrachtung der Ergebnisse stellt Kapitel 9 die daraus folgenden Implikationen für die berufliche Praxis und die Forschung dar, bevor Kapitel 10 die Arbeit mit einem resümierenden Ausblick beschließt.

Hinweise zur sprachlichen Darstellung

In der vorliegenden Arbeit wird **Fettschrift** zur Hervorhebung von strukturierenden Aspekten genutzt.

In der Geburtshilfe überwiegt der weibliche Anteil von Berufsangehörigen. Neben den Berufsgruppen der Hebammen und Pflegenden, die in der Geburtshilfe fast ausschließlich aus Frauen bestehen, ist auch die Mehrzahl der ärztlichen Berufsgruppe weiblich. In Anerkennung dieser Tatsache wird in der gesamten Arbeit ausschließlich die weibliche Sprachform verwendet, um Doppelbezeichnungen oder eine genderspezifische Kennzeichnung (*in, _in) zu vermeiden. Männliche Vertreter der jeweiligen Personengruppe sind ausdrücklich mitgemeint.

2. Untersuchungsfeld geburtshilfliche Versorgung im Setting Krankenhaus

Die Gesundheit ist ein hohes Gut und wird vom Staat in besonderer Weise unterstützt. Die gesundheitliche Versorgung ist gesamtgesellschaftlich bedeutsam und stellt mit derzeit 5,6 Millionen Arbeitnehmerinnen auch einen relevanten Arbeitsmarkt dar (Statistisches Bundesamt 2019c). Sie wird in ambulanten und stationären Einrichtungen geleistet. Dies gilt in gleicher Weise für die geburtshilfliche Versorgung von schwangeren Frauen und ihren Familien. Hebammen, Gynäkologinnen und Pflegenden sichern im Setting Krankenhaus die geburtshilfliche Versorgung. Ihre Arbeit prägt die Gesundheitsversorgung von schwangeren Frauen, gleichzeitig ist ihre Arbeitssituation von den Strukturen des Gesundheitssystems beeinflusst. Die Geburtshilfe im Setting Krankenhaus steht im Spannungsfeld von sinkenden Geburtenzahlen und den zur Verfügung stehenden personellen und strukturellen Ressourcen der Krankenhäuser. Darüber hinaus nimmt auch die interprofessionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe Einfluss auf die Gesundheitsversorgung. In diesem Kapitel wird das Untersuchungsfeld der Geburtshilfe im Setting Krankenhaus dargestellt. Neben den Versorgungsstrukturen in der geburtshilflichen Versorgung (Kapitel 2.1.) sind auch die beteiligten Berufsgruppen als Akteurinnen (Kapitel 2.2.) und die inhaltliche Ausgestaltung der geburtshilflichen Betreuungsarbeit (Kapitel 2.3.) von Bedeutung. Abschließend wird die bestehende interprofessionelle Zusammenarbeit im Setting Krankenhaus dargestellt (Kapitel 2.4.).

2.1. Versorgungsstrukturen in der geburtshilflichen Versorgung

Die Gesundheitsversorgung von schwangeren Frauen findet in der Regel im ambulanten Bereich statt. Sie konzentriert sich um die Geburt des Kindes herum jedoch auf das Setting Krankenhaus. Unterschiedliche Faktoren nehmen Einfluss in diesem Bereich. Ausgehend vom Anspruch der schwangeren Frauen auf Gesundheitsleistungen (Kapitel 2.1.1.) werden die aktuelle Situation der Geburtshilfe (Kapitel 2.1.2.) und des geburtshilflichen Settings im Krankenhaus (Kapitel 2.1.3.) erläutert. Abschließend wird mit dem Thema der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt ein inhaltlicher Aspekt der geburtshilflichen Versorgung vertieft (Kapitel 2.1.4.).

2.1.1. Gesundheitsleistungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Die geburtshilfliche Gesundheitsversorgung ist Teil der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) regelt den Anspruch jeder gesetzlich versicherten Frau auf ärztliche Betreuung und Betreuung durch eine Hebamme während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett (§ 24d SGB V). Darüber hinaus stehen schwangere Frauen unter besonderem rechtlichen Schutz². Jede Frau bestimmt jedoch selbst über das Ausmaß und die Art der Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Es steht ihr frei, Schwangerenvorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen, wo sie ihr Kind gebären oder ob sie sich im Wochenbett durch eine Hebamme betreuen lassen möchte. Die **Schwangerenvorsorge** kann sowohl alleine durch eine Hebamme oder eine Gynäkologin als auch in einem parallelen Modell von Hebamme und Ärztin durchgeführt werden. Die ärztliche Schwangerenvorsorge richtet sich nach den ‚Mutterschafts-Richtlinien‘, die eine verbindliche Vorgabe für Ärztinnen darstellen (G-BA 2015). Sie dienen auch als Orientierung für die Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme, sind für diese Berufsgruppe jedoch nicht verbindlich.³ Darüber hinaus bieten Ärztinnen individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) an, die privat finanziert werden müssen. Sie beziehen sich in der Regel auf zusätzliche Ultraschalluntersuchungen zur pränatalen Diagnostik und zusätzliche Laboruntersuchungen bei der Mutter (MGEPa 2013, S. 21). Neben dieser für die Frau in der Regel kostenfreien Begleitung mit dem Schwerpunkt auf ihrem psychischen und physischen Wohlbefinden besteht ein umfangreiches Kursangebot zur Vorbereitung auf die Geburt und die erste Zeit mit dem Kind. Auch solche Kursangebote werden teilweise von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Die Frau kann den **Geburtsort** ihres Kindes frei wählen. Es besteht die Möglichkeit, zu Hause, in einer hebammengeleiteten Einrichtung (Praxis oder Geburtshaus), einer Arztpraxis, einem Entbindungsheim oder in der geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses zu gebären. In der **Zeit nach der Geburt** des Kindes kann eine Hebammenbetreuung im häuslichen Bereich nach einer ambulanten Geburt erfolgen oder ein mehrtätiger Aufenthalt im Krankenhaus mit ggf. anschließender Hebammenbetreuung im häuslichen Bereich stattfinden. Der Anspruch auf Hebammenbetreuung in der Wochenbettzeit besteht in den ersten zwölf Wochen nach der Geburt und darüber hinaus bis zum Ende der Stillzeit. Die Betreuung im Wochenbett kann durch Hebammen und Ärztinnen selbständig erfolgen. Die im Krankenhaus übliche Betreuung durch Pflegendе bezieht sich dagegen meist nur auf nicht-geburtshilfliche Tätigkeiten oder ist ausschließlich im Rahmen einer

² Nach dem Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts besteht vor der Geburt ein sechswöchiges relatives Beschäftigungsverbot und nach der Geburt ein achtwöchiges absolutes Beschäftigungsverbot für schwangere Frauen am Arbeits-, Ausbildungs- und Studienplatz.

³ Hebammen orientieren sich an den ärztlichen Mutterschafts-Richtlinien, da diese im Schadensfall als Standard der Betreuung herangezogen werden. Grundsätzlich kann die Hebamme jedoch nach ihrer fachlichen Einschätzung von den Vorgaben für die ärztliche Schwangerenvorsorge abweichen (Knehe 2016, S. 110).

Delegation⁴ der Ärztin möglich. Auch die Arbeit von Physiotherapeutinnen (z.B. bei spezifischen Problemen bei der Rückbildung) kann auf ärztliche Weisung in die Wochenbettbetreuung einbezogen werden. Sechs Wochen nach der Geburt besteht die Möglichkeit einer Untersuchung bei einer Hebamme oder Gynäkologin. Die Betreuung des **Neugeborenen** erfolgt ebenfalls durch die Hebamme. Sie führt die erste Vorsorgeuntersuchung (U1) nach der Geburt durch, beobachtet die Anpassung und schätzt die Entwicklung des Kindes ein. Die Hebamme bietet Unterstützung beim Stillen bzw. der Ernährung des Kindes und bietet der Familie Informationen und Anleitung zum Umgang mit dem Kind. Diese Betreuung wird durch eine pädiatrische Versorgung in Form von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen ergänzt. Bis zum Schulalter stehen allen Kindern neun Untersuchungstermine zur Verfügung, in denen die kindliche Entwicklung überwacht und präventiv begleitet wird (U 1- 9 bis zum 64. Lebensmonat). Sie werden im sogenannten ‚gelben Heft‘ dokumentiert. In den ersten 4 Lebenswochen der Neugeborenenperiode besteht das Angebot von bis zu zwei, Pädiaterinnen vorbehaltenen, Untersuchungen (U2 und ggf. U3). Hier werden ebenfalls die Entwicklung des Kindes beurteilt, Screening-Untersuchungen veranlasst und zu Impfungen beraten. Daneben steht die Beantwortung der Fragen der Eltern.

2.1.2. Aktuelle geburtshilfliche Situation in Deutschland

In den letzten 30 Jahren ist die Geburtenzahl in Deutschland rückläufig. Wurden 1990 noch 905.675 Kinder geboren, waren es 2017 noch 784.901 Kinder (Statistisches Bundesamt 2019e). 98% aller Geburten finden im Setting Krankenhaus statt, nur ca. 1,3% der Kinder werden im außerklinischen Bereich bzw. zu Hause geboren (QUAG 2018). Die **Krankenshausgeburt** ist der Normalfall und auch gesunde Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften wählen diese Betreuung. Obwohl das Alter von schwangeren Frauen stetig ansteigt, sind 75% der Schwangeren, die ihr Kind im Krankenhaus gebären, jünger als 35 Jahre. 47,15% von ihnen bekommen ihr erstes Kind. Die allermeisten Kinder werden um den errechneten Geburtstermin (90,89%) und als Einling (98,06%) geboren (IQTIG 2018, S. 136). Der häufigste Geburtsmodus im Setting Krankenhaus ist die Spontangeburt (ca. 65%), bei der das Kind auf normalem Weg zur Welt kommt (Bertelsmann Stiftung 2012, S. 12). Auch eine Spontangeburt ist jedoch in der Regel mit Interventionen verbunden und nur 6,7% der Gebärenden erleben eine Geburt ohne invasive Interventionen (Schwarz 2008, S. 121). Die Kaiserschnitttrate liegt im Bundesdurchschnitt bei 30,5% (Statistisches Bundesamt 2019a), wobei größere regionale Unterschiede zu erkennen sind. Der Einfluss nicht-medizinischer Faktoren gerät dadurch in den

⁴ Delegation ist die Übertragung der Durchführungskompetenz zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten in eigener Verantwortung der Durchführung (Schabram 2010, S. 1). Der Ärztin obliegt weiter die Überwachung der Tätigkeiten (Achterfeld 2014, S. 54).

Fokus. Zu beachten ist auch, dass 79,63% aller Schwangeren den Befund eines Schwangerschafts- oder Geburtsrisikos aufweisen (IQTIG 2018). Das lässt vermuten, dass die medizinische Sichtweise des Risikomodells (Kapitel 2.3.2.) ausgeprägt Anwendung findet. Die **Mutter-Kind-Gesundheit** hat sich, gemessen an den Indikatoren Säuglingssterbefälle und plötzlicher Kindstod, in den letzten 20 Jahren kontinuierlich verbessert. Die Rate der Kaiserschnittentbindungen stieg in diesen Zeitraum jedoch stetig an. Die perinatale Mortalität liegt in Deutschland bei 0,5% (einschließlich Totgeburten) (IQTIG 2018). Tabelle 1 zeigt eine Übersicht ausgewählter Kennzahlen zur Situation der geburtshilflichen Versorgung.

Tabelle 1: ausgewählte Kennzahlen zur geburtshilflichen Situation

		bezogen auf das Jahr
Geburtenzahl	784.901	2017
Anteil der Geburten im Krankenhaus	98%	2016
Geburt eines reifen Kindes (37-41 SSW)	90,89%	2018
Einling	98,06%	2018
Alter der Frau < 35 Jahre	75%	2018
Erstgebärende	47,15%	2018
Spontangeburt	65%	2012
Spontangeburt ohne invasive Interventionen	6,7%	2008
Kaiserschnitt	30,5%	2016
Schwangerschaften mit befundetem Risiko	79,63%	2018
Perinatale Mortalität	0,5%	2017

Während ein mütterlicher Todesfall im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt mittlerweile als seltenes Ereignis anzusehen ist, ist die Gesundheitssituation von Frauen rund um die Geburt nicht immer zufriedenstellend. Insbesondere die **eigene Gesundheitseinschätzung** von Frauen nach der Geburt ist weniger positiv. Nach Schäfers bewerten nur 15,3% der befragten Frauen ihre subjektive Gesundheit acht Wochen nach der Geburt ihres Kindes als ausgezeichnet (Schäfers 2011, S. 108f). Sechs Monate nach der Geburt hat sich dies nicht wesentlich verbessert und 17,4% der befragten Frauen geben ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet an. Hervorzuheben ist, dass Frauen, die schon mehrere Kinder geboren haben, ihre subjektive Gesundheit sowohl acht Wochen als auch

sechs Monate nach der Geburt schlechter einschätzen, als Frauen nach der Geburt des ersten Kindes (ebd.). Diese Zahlen verdeutlichen, dass die Gesundheitsversorgung von Frauen in der postpartalen Zeit noch nicht zufriedenstellend ist. Trotz des umfangreichen Angebotes an Gesundheitsleistungen lässt sich auch feststellen, dass nicht alle schwangeren Frauen den **Umfang an Betreuung** erhalten, den sie benötigen. Schwangere mit medizinischem Betreuungsbedarf erhalten teilweise zu wenig ärztliche Betreuung und sind damit unterversorgt. Gleichzeitig sind Frauen, bei denen keine Besonderheiten vorliegen, mit medizinischen Leistungen überversorgt (MGEPA 2013, S. 23f). 45% der Frauen, die in NRW ihr Kind in einem Krankenhaus zur Welt bringen, erhalten Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien (ebd., S. 22). Der Anteil der Frauen, die mehr als die vorgesehenen Untersuchungstermine wahrnehmen, und damit medizinisch überversorgt sind, liegt mit 37,66% höher als der Anteil der unterversorgten Frauen (IQTIG 2018, S. 52). Nur 1,69% der Schwangeren nehmen weniger als 5 Vorsorge-Untersuchungen wahr (ebd.).

2.1.3. Geburtshilfliches Setting im Krankenhaus

Die Strukturen im geburtshilflichen Bereich des Settings Krankenhaus haben sich in den letzten Jahren stark verändert und es fand eine deutliche Verkleinerung des Krankenhaus-Sektors statt. Seit 1991 hat sich die Zahl der Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Abteilung nahezu halbiert und lag im Jahr 2017 bei 801 Krankenhäusern mit einer Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Statistisches Bundesamt 2019d). Geburtshilfliche Kliniken sind seit 2005 verschiedenen Versorgungsleveln der **perinatologischen Versorgung** zugeordnet (DGPM 2015). Diese richten sich nach der Verfügbarkeit von Hebammen, Gynäkologinnen und Pädiaterinnen, um den Risikofaktoren der Mutter und/oder des Kindes angemessen begegnen zu können. Geburtshilfliche Abteilungen mit dem Status einer ‚Geburtsklinik‘ sollen ausschließlich Schwangere ohne bekannte Risiken, die ein Kind am Geburtstermin gebären, zur Verfügung stehen. Der Zusatz ‚perinataler Schwerpunkt‘ steht für eine neonatologische Grundversorgung in einer Kinderklinik und gewährleistet die flächendeckende Versorgung von Mutter und Kind auch noch bei erhöhten perinatalen Risiken. Alle Frauen, die als Hochrisiko-Schwangere gelten, sowie ein Kind mit hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken oder ein frühgeborenes Kind gebären, sollen ausschließlich in einem ‚Perinatalzentrum‘ (Level 1 + 2) betreut werden.

Seit einigen Jahren gibt es in Deutschland auch im Setting Krankenhaus eine steigende Zahl von **hebammengeleiteten Einrichtungen**. Nach Angabe des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) besteht aktuell in 19 geburtshilflichen Abteilungen das Angebot eines Hebammenkreißsaales. Ziele des Betreuungsangebotes sind die Förderung der Eigenständigkeit und Mitbestimmung der Gebärenden und die Unterstützung der Frau bei der Bewältigung der Geburtsarbeit und der Zeit der

frühen Elternschaft. Ein gelungenes Geburtserlebnis soll die Lebensqualität und Zufriedenheit von Frauen verbessern (Verbund Hebammenforschung 2007, S. 11). Hier verläuft die Betreuung in der alleinigen Verantwortung der Hebamme ähnlich der Betreuung im außerklinischen Bereich, nur dass im Falle einer relevanten Besonderheit bei der Geburt in der Regel noch nicht einmal das Geburtszimmer gewechselt werden muss. Der Hebammenkreißsaal stellt eine Erweiterung des geburtshilflichen Angebotes einer Klinik dar. Der übliche ärztlich geleitete Kreißsaal wird nicht ersetzt, sondern beide Abteilungen arbeiten in enger Kooperation miteinander, damit im Falle von Besonderheiten eine Überleitung der Frau in die ärztliche Betreuung des üblichen Kreißsaales möglich ist (ebd.). Darüber hinaus sind 99 geburtshilfliche Kliniken als ‚**Babyfreundliches Krankenhaus**‘ zertifiziert. Sowohl das Betreuungsmodell des Hebammenkreißsaales als auch die Initiative des ‚Babyfreundlichen-Krankenhauses‘ verfolgen in besonderem Maß eine Frau-zentrierte und individuelle Betreuung. Die Einführung der Vergütung der geburtshilflichen Leistungen durch Fallpauschalen führte zu einer kürzeren Verweildauer nach der Geburt. 27,42% der Frauen verbringen weniger als 2 Tage nach der Geburt des Kindes im Setting Krankenhaus, 2,95% verlassen das Krankenhaus im Rahmen einer ambulanten Geburt schon einige Stunden nach der Geburt (IQTiG 2018). Die Vergütung durch Fallpauschalen setzt derzeit wenig Anreize eine physiologische Geburt zu unterstützen, da dies durch die Unplanbarkeit einen höheren Personalaufwand bedeutet (MGEPA 2013). Die Kosten für Mutterschaftsleistungen sind in den vergangenen 20 Jahren stark gestiegen (1992: 380 Mio €, 2016: 1.135 Mio €) (Statistisches Bundesamt 2019b). Sie beziehen sich jedoch nicht nur auf die Kosten der stationären geburtshilflichen Versorgung, sondern auf alle Leistungen während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Die geburtshilfliche Versorgung in einem Krankenhaus wird durch mehrere **Berufsgruppen** geleistet. Angestellte Hebammen, ggf. Beleg-Hebammen, Ärztinnen und Pflegende arbeiten gemeinsam in diesem Bereich. In allen Berufsgruppen überwiegt ein Frauenanteil. Im Jahr 2016 leisteten insgesamt 11.077 Hebammen Geburtshilfe in deutschen Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2018). Der Männeranteil ist mit 4 Entbindungspflegern dabei nur marginal. Der Anteil der im geburtshilflichen Bereich arbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen wird nicht statistisch erhoben. Der Anteil von Pflegenden allgemein am Personal eines Krankenhauses beträgt 36,1% (Bertelsmann Stiftung 2017, S. 31) mit einem Frauenanteil von 85% (RKI 2009, S. 11). In deutschen Krankenhäusern arbeiten 6022 Ärztinnen im Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Bundesärztekammer 2017). Mehr als die Hälfte der Gynäkologinnen ist weiblich (MGEPA 2013, S. 34). Tabelle 2 zeigt ausgewählte Kennzahlen zum Setting der Geburtshilfe im Krankenhaus.

Tabelle 2: ausgewählte Kennzahlen zum Setting der Geburtshilfe im Krankenhaus

		bezogen auf das Jahr
Krankenhäuser mit geburtshilflicher Abteilung	801	2017
Hebammenkreißsäle	19	2018
Hebammen	11.077	2016
Ärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6.022	2017
Pflegende in der Geburtshilfe Anteil am Krankenhauspersonal allgemein	nicht bekannt 36,1%	2015
Aufenthaltsdauer im Krankenhaus nach der Geburt < 2 Tage	27,42%	2018
Ambulante Geburt	2,95%	2018
Kosten für Mutterschaftsleistungen	1.135 Mio €	2016

Trotz sinkender Geburtenzahlen ist die **Arbeitssituation** für alle Berufsgruppen im geburtshilflichen Bereich sehr angespannt. Eine online-Befragung zur Arbeitssituation von Hebammen zeigt, dass 65% der Hebammen in der Regel drei und mehr Frauen gleichzeitig betreuen. Für 35% der Hebammen ist die parallele Betreuung von zwei Frauen im Geburtsprozess der Normalfall (Stahl 2016, S. 4). So ergibt sich für Hebammen im Setting Krankenhaus, dass sie bei einer Betreuung von drei und mehr Frauen ihre Aufgaben seltener innerhalb der regulären Arbeitszeit bewältigen und ihre Pausenzeiten in Anspruch nehmen konnten. Darunter leidet auch die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kolleginnen. Diese wird kritisch erlebt und insgesamt schwieriger, je höher die Anzahl der zu betreuenden Frauen ist. Auch der persönliche Umgang mit Ärztinnen wird in der Gruppe mit drei und mehr parallel zu betreuenden Frauen deutlich negativer wahrgenommen (ebd., S. 5). Trotz einer kleiner werdenden Zahl von geburtshilflichen Abteilungen zeigt sich mittlerweile ein deutlicher **Personalmangel** in den Krankenhäusern. Besonders im Hebammen- und Pflegebereich, aber auch beim ärztlichen Dienst, treten Personalengpässe auf, die zur zeitweisen Schließung von geburtshilflichen Abteilungen führen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin 2017, S. 9). Sowohl diese zeitweisen Schließungen, aber insbesondere die finale Schließung von kleineren geburtshilflichen Abteilungen und die Zentrierung auf wenige größere Kliniken, gefährden die wohnortnahe Versorgung von schwangeren Frauen. Der ländliche Bereich ist davon besonders betroffen.

2.1.4. Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt

Die Verlegung des Geburtsortes aus dem häuslichen Bereich in das Krankenhaus, technische Entwicklungen wie die Cardio-Tokografie (CTG) und Ultraschalldiagnostik, aber auch der 1966 eingeführte Leistungsanspruch von Frauen auf ärztliche Betreuung in der Schwangerschaft haben zu einer Veränderung der Betreuung in der Schwangerschaft und bei der Geburt geführt (MGEPA 2013). Wenn Bereiche des Lebens, die primär nicht der medizinischen Versorgung zugerechnet werden, von der Medizin als Zuständigkeitsbereich betrachtet und beansprucht werden, wird dies als Medikalisierung bezeichnet (Conrad 2007, S. 4). Durch die **Zuständigkeit der Medizin auch für die normale Schwangerschaft** kommt es zu einer Medikalisierung dieser Lebensphase. Neben diesem Zuständigkeitsanspruch der Medizin wirkt sich auch die medizinische Sichtweise auf Schwangerschaft und Geburt aus (Kapitel 2.3.2.). Das Ziel ärztlicher Schwangerenvorsorge ist die Erkennung von Risikoschwangerschaften und zeigt damit eine **Risikoorientierung**. Sie ist im Mutterpass, den jede Schwangere erhält, deutlich zu erkennen. Der Mutterpass enthält einen umfangreichen Katalog mit 52 Risikofaktoren für die Schwangerschaft und die Geburt. Aus dieser Vielzahl von Risikofaktoren resultiert ein Anteil von 79% der schwangeren Frauen, die als Risikoschwangere eingestuft werden (IQTIG 2018). Die Maßnahmen der ärztlichen Schwangerenvorsorge konzentrieren sich entsprechend dem gesetzten Ziel der Erkennung von Risikoschwangerschaften auf Screening-Untersuchungen. Diese Reihenuntersuchungen erfolgen sowohl mit Bezug zur Gesundheit der Mutter als auch zum ungeborenen Kind. In der Regel umfassen diese Maßnahmen z.B. Diagnostik zu Blutdruck, Gewicht und Ödemen und Varizen. Dazu kommen serologische und mikrobiologische Screenings. Die Gesundheit des Kindes wird mittels Ultraschalluntersuchungen und der Kontrolle der fetalen Herzfrequenz überwacht. Frauen, deren Schwangerenvorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien verlaufen, erhalten während zehn bis elf Untersuchungsterminen bis zu 114 verschiedene Tests und Untersuchungen (Bernloehr et al. 2005, S. 30). Die **Medikalisierung der Geburt** zeigt sich darin, dass im medizinischen Verständnis der Geburtsvorgang „...als regelrecht gilt, wenn er den statistischen Normen entspricht, der Ablauf spontan erfolgt, der vorangehende Teil der flektierte kindliche Schädel ist und die zulässige Geburtsdauer nicht überschritten wird...“ (Chalubinski 2016, S. 664). Dem folgend ist eine Geburt erst im Nachhinein als normal einzuschätzen. Die medizinische Definition einer normalen Geburtsdauer, ebenso wie die normale Dauer einer Schwangerschaft, wurde in den letzten Jahren immer weiter verkürzt. Damit entstehen mehr Situationen mit Handlungsbedarf bei der Unterstützung der Wehen und der Einleitung der Geburt bei Überschreiten des errechneten Entbindungstermins. Aus Geburtshilfe ist in der Regel Geburtsmedizin geworden. Mit Einführung der Ultraschalldiagnostik verschob sich die Perspektive der Betreuung der schwangeren Frau auf eine Betreuung von Frau und Kind. Die Frau ist nicht mehr

alleine die zentrale Person, der die geburtshilfliche Betreuung gilt. Eine Medikalisierung der Geburtshilfe lässt sich auch aus den folgenden Zahlen ablesen: bei 79,63% der Schwangeren besteht ein Befund, der ein Schwangerschafts- oder Geburtsrisiko darstellt, bei 21,74% aller Schwangeren wird die Geburt eingeleitet und mehr als ein Viertel (26,31%) erhalten Wehenmittel während der Geburt zur Verstärkung der Wehen (IQTIG 2018, S. 59). Interventionen bei der Geburt sind, ebenso wie eine ausgeprägte technische Überwachung des Geburtsvorganges, ein Teil der geburtshilflichen Standardversorgung. Ein Anteil von 47,48 % aller Geburten verläuft mit einer kontinuierlichen CTG-Überwachung bis zur Geburt. Bei den Spontangeburt benötigen 21,4% der Frauen eine Periduralanästhesie (ebd., S. 60). Der Anteil der Geburt durch Kaiserschnitt liegt bei Kindern, die den errechneten Geburtstermin erreicht haben bei ca. 25%. Davon werden 43,3% der Kaiserschnitte ohne den Versuch einer normalen Geburt durchgeführt (primärer Kaiserschnitt) (ebd., S. 62).

Mittlerweile ist auch eine **Abkehr von der rein medizinischen Perspektive** der Gesundheitsversorgung in der Schwangerschaft und bei der Geburt zu erkennen. In den 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebenen Gesundheitszielen ‚Gesundheit rund um die Geburt‘ werden neben medizinischen Aspekten auch andere Ziele der Gesundheitsversorgung priorisiert: die Förderung der Bindung zu den Eltern, gesunde Lebensverhältnisse, soziale Sicherheit, ebenso wie die Vermeidung von Unfallgefahren und elterlichen Überforderungssituationen (BMG 2017, S. 7). Ein beständig steigender Anteil von Geburt mittels Sectio caesarea führt zu einer kritischen Analyse der bestehen Strukturen und Vorgehensweisen, da die Kaiserschnitttrate großen regionalen Unterschieden unterliegt, so dass von einem Einfluss nicht-medizinischer Entscheidungsfaktoren ausgegangen werden kann (Bertelsmann Stiftung 2012, S. 81). Es entstehen in verschiedenen Bundesländern ministerielle Initiativen, die geburtshilfliche Versorgung zu verbessern (z.B. runder Tisch Geburtshilfe NRW). Ergänzend soll die Akademisierung des Hebammenberufes zu einer patientinnen- und klientinnenorientierten Betreuung von Frauen und Familien beitragen (MGPEA 2015).

Das Angebot der Gesundheitsversorgung für schwangere Frauen und Frauen nach der Geburt des Kindes ist in Deutschland umfangreich gegeben. Die Verringerung der geburtshilflichen Abteilungen und die daraus folgende Arbeitsbelastung in den verbleibenden Krankenhäusern stellen ebenso eine Herausforderung dar, wie die noch nicht optimale Versorgung aller schwangeren Frauen. Dabei ist eine Medikalisierung der Schwangerschaft und der Geburt zu beobachten.

2.2. Akteurinnen in der geburtshilflichen Versorgung

Die bisher dargestellte geburtshilfliche Gesundheitsversorgung wird hauptsächlich durch drei Berufsgruppen sichergestellt. Sie unterscheiden sich sowohl in ihren Tätigkeitsbereichen, als auch den berufsgesetzlichen Vorgaben und Qualifikationswegen. Hebammen, Ärztinnen und Pflegende werden im Folgenden näher vorgestellt. Da die vorliegende Arbeit die Arbeitssituation von Hebammen in den Mittelpunkt stellt, liegt der Schwerpunkt dieser Darstellung auf dem Hebammenberuf.

2.2.1. Hebammen

Die Hebamme ist die Fachfrau für die Begleitung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen.

“A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education and is recognized in the country where it is located; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and use the title ‘midwife’; and who demonstrates competency in the practice of midwifery.” (ICM 2017a)

Diese Definition trifft auch auf den Hebammenberuf in Deutschland zu, der durch das Hebammengesetz (HebG), die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen (Heb APrV) und die Berufsordnungen der Bundesländer (BO) geregelt ist. Grundlage der Hebammentätigkeit ist die Festlegung, dass der **Hebammenberuf als autonomer Beruf** mit einem eigenständigen Kompetenzbereich gekennzeichnet ist (EU-Richtlinie 2005/36/EG). Dabei umfasst die Hebammentätigkeit das ganze Spektrum des Betreuungsbogens von der Familienplanung, über Schwangerschaft und Geburt bis zum Ende der Stillzeit (Abbildung 1).

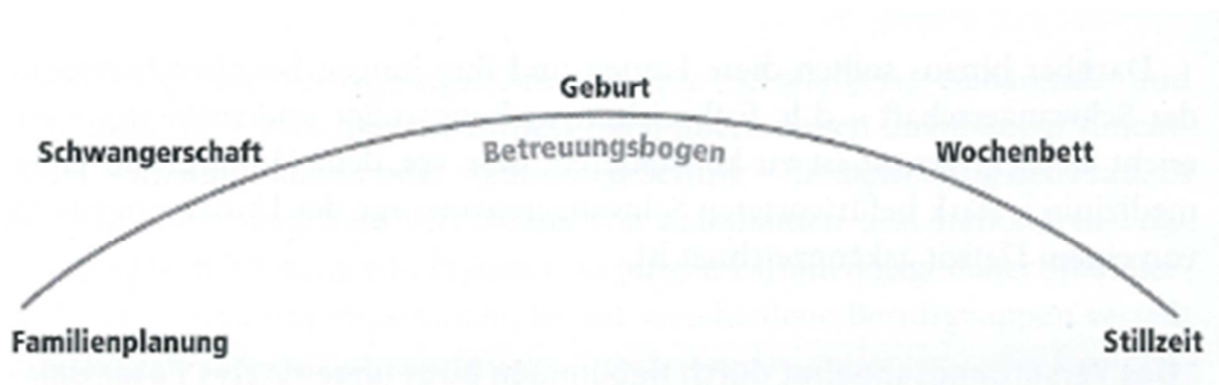


Abbildung 1: Betreuungsbogen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (Sayn-Wittgenstein 2007, S. 24)

Eine Hebamme kann eine Frau und ihr Kind bei einer **normal verlaufenden Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett** selbständig und ohne ärztliche Einbeziehung betreuen (§ 4 HebG). Beim Auftreten von Abweichungen von der Physiologie ist sie jedoch gesetzlich verpflichtet, für ärztliche Hilfe zu sorgen (§ 4 HebG). Die Hebammenarbeit ist damit Teil der Primärversorgung des deutschen Gesundheitswesens und bedarf weder einer ärztlichen Zuweisung noch Erlaubnis. Dies deckt sich mit internationalen Zuschreibungen für den Hebammenberuf (ICM 2017b). In Deutschland ist die Berufszulassung (Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme) über die bestandene Abschlussprüfung hinaus an die Bedingungen der Zuverlässigkeit (Führungszeugnis), der gesundheitlichen Eignung und der Kenntnis der deutschen Sprache gebunden (§ 2 HebG). Diese Zulassung erlaubt, das Tätigkeitsspektrum einer Hebamme in vollem Umfang auszuüben, ohne eine zusätzliche Registrierung als Hebamme. Die Berufsordnungen der Bundesländer regeln die näheren Bestimmungen der Berufsausübung (z.B. BO NRW 2017). Mit der Erlangung der Berufserlaubnis ist die Hebamme im Rahmen des geltenden Rechts frei, ihre Arbeit nach eigenem Ermessen auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu gestalten. Das örtliche Gesundheitsamt übernimmt die Funktion einer Aufsichtsbehörde, da im Hebammenwesen bisher kein berufsständisches Gremium im Sinne einer Kammer existiert. In der Regel besteht eine Fortbildungspflicht im Umfang von 60 Stunden in 3 Jahren (§ 7 BO NRW 2017). Eine Nicht-Erfüllung dieser Pflicht kann bis zum Entzug der Berufserlaubnis führen.

Das Wesen der Hebammenarbeit entspricht einem gesundheitsförderlichen Ansatz und ist durch eine Frau-zentrierte Betreuung und Empowerment geprägt. Die Arbeit der Hebamme verfolgt die übergeordneten Ziele der **Gesunderhaltung** von Mutter und Kind und die **Förderung der Kompetenz und Selbstbestimmung** der Frau (Sayn-Wittgenstein 2007, S. 38). Damit stärkt sie sowohl medizinische als auch psychosoziale Anteile und unterstützt die Kompetenzen und Ressourcen der Mutter (DHV 2012). Mit dieser berufsspezifischen Ausrichtung kann die Hebamme eine Lotsinnenfunktion einnehmen, die einer Überversorgung von Schwangeren ohne bestehende Risiken entgegenwirkt (BDH 2003). Hebammen beachten in ihrer Berufsausübung die ethischen Positionen des internationalen Hebammenkodexes. Hier steht die Würde und Selbstbestimmung der schwangeren Frau und des neugeborenen Kindes im Mittelpunkt. Die Hebamme tritt dafür ein, die Rechte der Frau zu schützen und sich ggf. auch im Namen der Frau dafür einzusetzen (ICM 2014a). Die Standpunkte der (jeweiligen) Berufsverbände bieten eine zusätzliche Orientierung. Darüber hinaus beziehen Hebammen zunehmend die Kriterien der evidenzbasierten Betreuung in ihre Arbeit ein. Ein evidenzbasiertes Vorgehen ist dadurch gekennzeichnet, dass die fachlichen Entscheidungen in der Betreuung einer Frau auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse beruhen. Die Hebamme beurteilt die wissenschaftlichen Daten auf ihre Qualität und die

Aussagekraft für die individuelle Situation der Frau. Sie vollzieht diesen Prozess auf der Grundlage ihrer eigenen Fachkompetenz und den Wünschen der Frau (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin 2019). Die nähere Ausgestaltung der Hebammenarbeit im Rahmen des Hebammenbetreuungsmodells wird im nachfolgenden Kapitel (Kapitel 2.3.1.) näher erläutert. Hebammen können ihre berufliche Tätigkeit freiberuflich, angestellt oder in Kombination beider Modelle ausüben. Im freiberuflichen Bereich arbeiten Hebammen selbständig in eigener Praxis, in Gemeinschaftspraxen oder Geburtshäusern in den Bereichen der Schwangerenvorsorge, Geburtsbegleitung und Wochenbettbetreuung. Hebammen bieten Geburtsvorbereitungskurse, Rückbildungsgymnastik, Schwangerenschwimmen, Mutter/Eltern-Kind-Kurse, Geschwister-Kurse und Stillcafés an. Im Setting Krankenhaus bestehen **Arbeitsbereiche** im Kreißaal, auf der Wochenbettstation, der Neugeborenenstation, einer präpartalen Station oder einer Schwangerenambulanz. Im Krankenhaus sind Hebammen in der Regel der Pflegedirektion unterstellt. Fachliche Vorgaben erteilt im klinischen Bereich die Cheförztn als fachliche Leitung der geburtshilflichen Abteilung.

Der Hebammenberuf befindet sich aktuell in einer **Umbruchssituation**. Die berufliche Qualifikation soll ab dem Jahr 2020 von einer hochschulischen Qualifizierung abgelöst werden, die mit einem akademischen Bachelor-Abschluss und der Berufszulassung abschließt. Diese Umstellung erfüllt die Anforderungen der EU-Richtlinie 2005/36/EG, die den Zugang zur Hebammenausbildung erst nach zwölfjähriger Schulbildung vorsieht. Eine **Akademisierung** des Hebammenberufes wird von der Berufsgruppe selbst schon seit den 1990er Jahren gefordert. Durch das Engagement des Bundes Deutscher Hebammen (BDH) in der ‚Arbeitsgemeinschaft in den Medizinalfachberufen in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG)‘ wurde der Forderung nach einer akademischen Ausbildung im Hebammenberuf Nachdruck verliehen (Zoege 2004, BDH 2006). Zu diesem Zeitpunkt war es in Deutschland nicht möglich, ein hebammenspezifisches Studium zu beginnen. Hebammen nutzten meist bereits bestehende pflegepädagogische und pflegewissenschaftliche Studienangebote, um einen akademischen Abschluss zu erwerben. Am Standort Osnabrück entstand im pflegewissenschaftlichen Studiengang durch die Initiative einer Professorin, die über eine Hebammenqualifikation verfügt, ein inhaltlicher Hebammenschwerpunkt (Zoege 2004) und 2008 der erste hebammenspezifische Studiengang ‚Midwifery‘ für bereits berufserfahrene Hebammen (Hochschule Osnabrück, 2018). Nach Einführung einer Modellklausel in das Hebammen-gesetz für eine hochschulische Ausbildung besteht seit 2009 die Möglichkeit, Hebammenkunde primärqualifizierend an einer Hochschule zu studieren und einen Bachelor-Abschluss gemeinsam mit einer Berufszulassung zu erlangen (Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze

der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, 2009). Damit ist die Einrichtung von Professuren für Hebammenwissenschaft verbunden.

Bisher erfolgt der Zugang zum Hebammenberuf meist über eine dreijährige berufliche Ausbildung an einer Hebammenschule. Hier besteht im Rahmen von mindestens 1600 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht und mindestens 3000 Stunden praktischer Ausbildung die Möglichkeit, die berufsspezifischen Fähigkeiten und Kompetenzen zu erwerben (§ 1 HebAPrV). Das Ziel der Hebammenausbildung bezieht sich vorrangig auf die Betreuung der normalen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neugeborenenperiode. Im § 5 des Hebammengesetzes (HebG) ist das Ausbildungsziel formuliert:

„Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen.“
(§ 5 HebG).

Die Inhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen festgelegt (Anlage 1 und 2 HebAPrV). Mit wachsenden Erkenntnissen der hebammenwissenschaftlichen Forschung werden auch diese in die Lehre eingebunden. Bisher erfolgt der größte Anteil der praktischen Ausbildung bzw. praktischen Studienphasen im Setting Krankenhaus (Anlage 2 HebAPrV). Um das gesetzte Ausbildungsziel zu erreichen, erhalten die werdenden Hebammen⁵ Lernmöglichkeiten in den folgenden Arbeitsbereichen (Tabelle 3):

Tabelle 3: Arbeitsbereiche und Stundenzahl der praktischen Hebammenausbildung/praktischen Studienphasen (Anlage 2 HebAPrV)

Arbeitsbereich	Stundenzahl
Kreißsaal	1440
Wochenbettstation/ Neugeborenenstation	960
Operationssaal	120
Gynäkologisch-pflegerische Station	320
Kinderklinik	160
Außerklinische Hebammenarbeit	bis zu 480 (in Anrechnung auf die Bereiche Kreißsaal und Wochenbett-/Neugeborenenstation)

⁵ Der Begriff werdende Hebammen (WeHen) schließt alle Lernenden in der Qualifizierung zum Hebammenberuf ein (Hebammenschülerinnen und Hebammenstudierende).

Eine Fokussierung der praktischen Ausbildung auf die **Hebammentätigkeit im Krankenhaus** entspricht weder dem gesetzlichen Berufsbild der Hebammenarbeit noch den realen Anforderungen in der ambulanten Betreuung. Seit 2016 besteht daher die Möglichkeit, einen Teil der praktischen Ausbildung von bis zu 480 Stunden im außerklinischen Arbeitsbereich der Hebamme anzusiedeln (§ 2 Abs. 2 HebG). Unabhängig vom Lernort der Theorie in einer Hebammenschule oder einem hochschulischen Studienangebot, erfolgt die praktische Ausbildung und eine Sozialisation der werdenden Hebammen jedoch vorrangig im Setting Krankenhaus.

Im Zusammenhang mit der Veränderung der Hebammenausbildung wird auch das **Hebammengesetz novelliert**. Der bisherige Entwurf des Hebammenreformgesetzes (HebRefG) sieht verbindlich ein duales Studium zur Erlangung der Berufszulassung vor. Er enthält auch erstmalig eine nähere Bezeichnung der selbständigen und eigenständigen Aufgabenbereiche von Hebammen (BMG 2019), mit denen die rechtliche Position der Hebammen gestärkt würde. Nach einer Zustimmung im Bundestag soll das Gesetz zum 01.01.2020 in Kraft treten.

Die Akademisierung des Hebammenberufes steht auch im Zusammenhang mit einer wissenschaftlichen Wissensbasis des Berufes. Die **Hebammenwissenschaft** in Deutschland ist eine noch junge Disziplin und findet ihre Anfänge ebenfalls in den 1990er Jahren. Forschungsinteressierte oder in anderen Disziplinen wissenschaftlich ausgebildete und promovierte Hebammen legten in ersten Forschungsworkshops den Grundstein der Hebammenforschung in Deutschland (Sayn-Wittgenstein 2007). Darüber hinaus engagierten sich Hebammen dafür, Forschungsergebnisse einem großen Teil der Berufsgruppe leichter zugänglich zu machen. In einem Hebammenliteraturdienst (HeLiDi) wurden internationale Ergebnisse der (Hebammen-)Forschung zusammengefasst und übersetzt (Zoege 2004). Ein weiterer Meilenstein für die Hebammenforschung war die Gründung des Verbundes Hebammenforschung im Jahr 2003. Die gemeinsame Arbeit mehrerer Professorinnen mit einem Forschungsfokus auf der Frauengesundheit ermöglichte ein Verbundprojekt zum Versorgungskonzept des Hebammenkreißsaales (Sayn-Wittgenstein 2007). Die Erforschung der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit findet aktuell an immer mehr Hochschulen ihren Platz. Das Ziel von Hebammenforschung ist, Hebammenleistungen auf wissenschaftlich begründetem Wissen erbringen zu können (ebd., S. 204). Die immer umfangreicher vorliegenden (internationalen) Erkenntnisse zu dieser Lebensphase finden nun Eingang in die Lehre der akademischen Ausbildung von Hebammen. Aus dieser Entwicklung und einer Arbeitsgemeinschaft verschiedener Universitäten, Fachhochschulen und Berufsverbände der Hebammen resultierte die Gründung einer **wissenschaftlichen Fachgesellschaft** im Jahr 2008. Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWI) fördert die Hebammenwissenschaft in Forschung, Lehre und Praxis und ist in der Erstellung von Stellungnahmen aktiv. Als Mitgliedsgesellschaft der Arbeitsgemeinschaft der

Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist die DGHWI auch in die Erstellung medizinischer Leitlinien einbezogen. Darüber hinaus ist die DGHWI Herausgeberin der ‚Zeitschrift für Hebammenwissenschaft‘ (DGHWI 2016). Den Novellierungsprozess des Hebammengesetzes hat die DGHWI maßgeblich aus fachwissenschaftlicher Perspektive begleitet.

2.2.2. Ärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe

Der Beruf der Ärztin wird traditionell mit einer Erkrankung und der Behandlung dieser Erkrankung verknüpft. Diese Kernaufgabe hat sich jedoch erweitert. In der Berufsordnung für Ärztinnen der Ärztinnenkammer Nordrhein heißt es dazu in § 1 Absatz (2):

„Ärztliche Aufgabe ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“
(Berufsordnung Nordrhein 2015).

Die ärztliche Tätigkeit wird somit von der Berufsgruppe selbst auf die Gesundheitsförderung, die Sterbebegleitung und den Erhalt gesunder Lebensbedingungen ausgeweitet. Auch die Approbationsordnung beansprucht eine **umfassende Gesundheitsversorgung** durch Medizinerinnen: „Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt.“ (§ 1 Abs. 1 ÄApprO). Der Ärztinnen-Beruf ist in der Berufsordnung für Ärztinnen geregelt. Er ist mit **großer beruflicher Autonomie** ausgestattet und hat eine zentrale Position in der Gesundheitsversorgung. Es ergeben sich besondere Freiheiten daraus, dass berufsrechtliche Angelegenheiten innerhalb der eigenen Berufsgruppe durch die Bundes-Ärztinnen-Kammer geregelt werden. Sie regelt den Zugang zum Beruf und Weiterbildungsmöglichkeiten und kann auch Sanktionen aussprechen. Diese Funktion liegt für den Hebammenberuf und den Pflegeberuf beim Staat. Ebenso liegt die Zuweisung zu Leistungen anderer Gesundheitsbereiche im Ermessen der Ärztin (z.B. Physio- oder Ergotherapie). Ärztinnen übernehmen in Form der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) den Versorgungsauftrag des Staates zu medizinischer Versorgung. Sie stellen ärztliche und psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sicher. Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft die Qualität der medizinischen Leistungen, rechnet als zentrale Stelle die erbrachten ärztlichen und therapeutischen Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen ab und vertritt die Interessen der Vertragsärztinnen gegenüber den Krankenkassen (§ 75 SGB V). Diese besondere Form der Selbstverwaltung findet sich in den anderen Gesundheitsberufen bisher nicht und spiegelt die vom Staat zugewiesene herausgehobene Position

der Medizin. Ein weiterer Einflussbereich der Medizinerinnen besteht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dieses Gremium legt innerhalb eines vorgegebenen gesetzlichen Rahmens, als Entscheidungsgremium mit Richtlinienkompetenz, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen fest und ist mit Medizinerinnen und Vertreterinnen der Krankenkassen besetzt. In der Geburtshilfe ist dies beispielhaft die ‚Mutterschafts-Richtlinie‘ zur ärztlichen Betreuung in der Schwangerschaft. Die **medizinische geburtshilfliche Versorgung** erfolgt mit der Perspektive der frühzeitigen Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten (G-BA 2015). Die ärztliche Versorgung in der Schwangerschaft und nach der Geburt ist in den Mutterschafts-Richtlinien verbindlich geregelt. Darüber hinaus entwickeln verschiedene medizinische Fachgesellschaften Leitlinien für den geburtshilflichen Bereich. Dem Ziel der Erkennung von Risiken folgend, richtet sich die ärztliche Tätigkeit vorrangig nach dem medizinischen Betreuungsmodell. Dieses zeichnet sich durch Krankheitsorientierung und eine Orientierung am Risikofaktorenmodell aus (Kapitel 2.3.2.). Die medizinische Betreuung in der Schwangerschaft ist geprägt durch Screeningverfahren zur Erkennung von Risikofaktoren für die Frau und/oder das Kind. Im Setting Krankenhaus obliegt der Ärztin nach dem jeweiligen Organisationsstatut der Klinik in der Regel die Leitung der Betreuung, da die Organisation einer Klinik nach medizinischen Fachabteilungen organisiert ist. Die Chefarztin hat die fachliche Leitung der gesamten Abteilung, woraus sich ein Führungsanspruch der Medizin ergibt. Ärztinnen betrachten sich in der Zusammenarbeit mit Hebammen als leitende Profession (DGGG 2012).

Auch im ärztlichen Bereich gibt es Initiativen, Schwangerschaft und Geburt wieder mehr als physiologische Abläufe zu betrachten, die nicht unnötig gestört werden sollten. Die ausgeprägte **medizinische Versorgung** von Schwangeren wird **kritisch betrachtet** und deren Legitimation angezweifelt, da sie das Prinzip des Nichtschädigens verletze (Hauke & Dippong 2012, S. 45). Der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) fordert in seinen Positionspapieren zu Schwangerschaft und Wochenbett ebenso ein Umdenken in der Geburtsmedizin. Die Autorinnen kritisieren die Vielzahl der medizinischen Tests und Untersuchungen, die schwangere Frauen verunsichern und Ärztinnen den Blick auf das Wesentliche erschweren könnten (AKF 2016). Ebenso plädieren sie dafür, das Wochenbett als Zeit der Regeneration und des notwendigen Beziehungsaufbaus zum Kind mehr zu würdigen (ebd.).

Der Zugang zum Ärztinnenberuf erfolgt über die **Approbation** nach einem universitären Studium von mindestens 12 Semestern (§1 Abs. 2. ÄApprO). Der Zugang zum Medizinstudium ist beschränkt und wird über die Durchschnittsnote der Hochschulzugangsberechtigung und einen Eignungstest reguliert. Ein zwölfwöchiges Pflegepraktikum ist ebenfalls Voraussetzung zur Zulassung zum Studium.

Damit ist bereits vor dem Studium ein Kontakt zu Patientinnen sichergestellt. Das Medizinstudium beinhaltet neben den theoretischen Studieninhalten aus den medizinischen Fachdisziplinen mehrere Praktika (Famulaturen) und ein praktisches Ausbildungsjahr (PJ) zur Vervollständigung der praktischen ärztlichen Kompetenzen. Die Famulaturen sind für unterschiedliche Bereiche vorgeschrieben, damit ein Einblick in ein großes Spektrum ärztlicher Tätigkeit möglich ist. Das verbindlich vorgeschriebene praktische Jahr beinhaltet Ausbildungsabschnitte in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Allgemeinmedizin. Wahlweise kann der Bereich Allgemeinmedizin durch ein anderes klinisch-praktisches Fachgebiet ersetzt werden (z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie) (§ 3 ÄApprO). Eine **mehrstufige Prüfung** schließt das Studium ab. Die ersten beiden Abschnitte der Ärztlichen Prüfung erfolgen nach 4 und 10 Semestern Medizinstudium. Nach dem Durchlaufen des praktischen Jahres bildet der dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung den Abschluss des Medizinstudiums (§ 1 Abs. 3 ÄAppO). Die Approbation als Ärztin erlaubt die Ausübung des Ärztinnenberufes (§ 34 ÄApprO). Nach erfolgter Approbation kann eine **Weiterbildung zur Fachärztin** mit einer bestimmten Fachrichtung erfolgen. Die Weiterbildung zur Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe dauert fünf Jahre und umfasst Wissensinhalte, um als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu arbeiten und darüber hinaus 80 Stunden Lehre zu psychosomatischer Grundversorgung (Landesärztekammer BW 2018).

2.2.3. Pflegende

Der Pflegeberuf ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Die Fähigkeiten der Pflegenden umfassen präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen und zielen auf eine umfassende Verbesserung der Lebenssituation der zu pflegenden Menschen in allen Altersstufen (§ 5 Abs. 2 PflBRefG 2017). Der **berufsspezifische Tätigkeitsbereich** der Pflegenden umfasst die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfes, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Pflege (§ 4 Abs. 2 PflBRefG 2017). Der Pflegeberuf hat einen berufsspezifischen Tätigkeitsbereich, die Ausführung von medizinischer Behandlungspflege ist jedoch an die medizinische Verordnung geknüpft. Der Beruf ist über das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG), die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegberufe (PflAPrV) und die Berufsordnungen geregelt. Es gibt keine inhaltlichen Vorgaben im Sinne eines festen Pflegeverständnisses, die über die gesetzlichen Vorgaben des Berufsbildes hinausgehen. Es existieren dagegen in der Pflegewissenschaft eine Vielzahl von Pflege-theorien, die **unterschiedliche Pflegeverständnisse**

postulieren. In der pflegerischen Praxis finden verbreitet bedürfnis- und prozessorientierte Pflegemodelle Anwendung (z.B. das Pflegemodell nach Krohwinkel (ABEDL⁶)).

In der geburtshilflichen Betreuung im Setting Krankenhaus wird seit vielen Jahren die Wochenbett- und Neugeborenenbetreuung von Pflegenden geleistet. Dabei liegt der primäre Fokus auf pflegerischen Aspekten, wie der Verbesserung der Lebenssituation der Schwangeren und Wöchnerinnen. Die geburtshilflichen, eigentlich hebammenspezifischen, Aufgaben (z.B. Kontrolle der Rückbildung und Wundheilung) werden von Ärztinnen übernommen. Verschiedene pflegetheoretische Ansätze lassen sich auch auf die besondere Lebenssituation von Wöchnerinnen anwenden (Pflegetheorie der Selbstpflege⁷; Pflegemodell nach Krohwinkel (ABEDL)). Es bestehen bisher jedoch keine Erkenntnisse darüber, in welchem Ausmaß die Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt pflegetheoretisch hinterlegt ist. Im Rahmen von integrativen Betreuungsmodellen in der Wochenbettbetreuung übernehmen Pflegende nach einer spezifischen Fortbildung auch geburtshilfliche Aufgaben. Dies geschieht jedoch ausschließlich als Delegation ärztlicher Aufgaben, ohne die Verantwortung einer selbständigen Tätigkeit (Achterfeld 2014, S. 54). Immer mehr Pflegende durchlaufen darüber hinaus eine Zusatzausbildung zur Still- und Laktationsberaterin, die in der Wochenbettbetreuung hilfreich ist.

Der Pflegeberuf ist traditionell ein Ausbildungsberuf mit überwiegenden praktischen Anteilen (§ 6 PflBRefG 2017). Den Zugang zur **beruflichen Ausbildung** bietet ein mittlerer Bildungsabschluss. Die Ausbildung kann in Vollzeit innerhalb von drei Jahren oder als Teilzeitmodell innerhalb von fünf Jahren absolviert werden. Sie umfasst 2100 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht und 2500 Stunden praktische Ausbildung (PflAPrV). Ein Anteil von zehn Prozent der praktischen Ausbildung erfolgt im Rahmen von Praxisanleitung durch ausgebildete Praxisanleiterinnen. Die Leistungen während der beruflichen Pflegeausbildung werden mit Jahreszeugnissen und einer Zwischenprüfung dokumentiert. Die unterschiedlichen pflegerischen Berufe sind in einer generalistischen Ausbildung zusammengefasst, die im letzten Ausbildungsjahr mit einer spezifischen Schwerpunktsetzung zur Pflege von Kindern und Jugendlichen bzw. von alten Menschen eine Differenzierung ermöglicht. Die Pflegeausbildung endet mit einer **staatlichen Abschlussprüfung**, die zur Zulassung zum Pflegeberuf führt. Die berufliche Pflegeausbildung wird durch Ausgleichsfonds in den Bundesländern finanziert, die von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, dem Land und der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung gebildet werden. Nach der Abschlussprüfung besteht die Möglichkeiten zur **Weiterbildung** in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und

⁶ Dieses Pflegemodell orientiert sich an den Aktivitäten, sozialen Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL).

⁷ Taylor & Renpenning 2011

Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Umfang von mindestens 2520 Stunden (DKG 2018). Parallel zum Modell der beruflichen Pflegeausbildung besteht seit 2003 die Möglichkeit einer **hochschulischen Ausbildung** zur Pflegefachfrau mit einem erweiterten Ausbildungsziel (§ 37 Abs. 1 PflBRefG 2017). Die hochschulische Ausbildung soll insbesondere die Kompetenz zu wissenschaftsbasierten Entscheidungen, vertiefter Reflexion und Qualitätsmanagement ermöglichen (§ 37 Abs. 3 PflBRefG 2017).

Diese Darstellung der Berufsgruppen der Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden verdeutlicht die Unterschiede zwischen den Berufen in der Geburtshilfe. Die strukturellen Unterschiede in den Tätigkeitsbereichen und den Qualifikationswegen nehmen auch Einfluss auf die gemeinsame Arbeit im Krankenhaus. Die akademische Qualifizierung, die bisher den Ärztinnen vorbehalten war, weitet sich in den vergangenen Jahren auch auf die Berufe der Hebammen und der Pflege aus. Das Abschluss-Niveau der Berufe nähert sich damit an.

2.3. Betreuungsmodelle

Die Betreuung von schwangeren Frauen und Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen kann sich an unterschiedlichen Betreuungsmodellen orientieren. Auch wenn die Gesundheit von Mutter und Kind immer einen besonderen Stellenwert hat, ist die Ausgestaltung der Betreuung dennoch sehr unterschiedlich. Das Hebammenbetreuungsmodell und das medizinische Betreuungsmodell prägen aktuell die geburtshilfliche Versorgung. Sie sind für beide Berufsgruppen nicht verbindlich und auch nicht auf eine der Berufsgruppen beschränkt. Hebammen arbeiten ebenfalls nach dem medizinischen Betreuungsmodell und Ärztinnen richten ihre Arbeit auch an den Grundsätzen der Hebammenbetreuung aus.

2.3.1. Hebammenbetreuungsmodell

Die Hebammenarbeit in Deutschland unterliegt keinem verbindlichen geregelten Betreuungsmodell und stellt sich in sehr unterschiedlicher Weise dar. Sie orientiert sich jedoch in der Regel an dem international vertretenen Hebammenbetreuungsmodell (ICM 2014b). „Gebären ist ein individueller Prozess, der individuelle Unterstützung benötigt.“ (DHV 2012, S. 4). Dieses Statement des Deutschen

Hebammenverbandes steht stellvertretend für Hebammenarbeit gemäß dem Hebammenbetreuungsmodell. Es basiert auf der grundlegenden Überzeugung von Hebammen, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett **normale (und soziale) Lebensereignisse** einer Frau und grundsätzlich als gesund zu betrachten sind (DHV 2017, ICM 2014b). Jede Frau kann gebären und stillen. Diese Vorgänge bedürfen zunächst einer einfühlsamen und geduldigen **Begleitung** und nicht primär einer medizinischen Intervention. Die schwangere und gebärende Frau benötigt den Schutz und die Unterstützung ihrer Rechte und Bedürfnisse. Eine Frau hat Anspruch auf eine **respektvolle und gleichberechtigte Beziehung** zu den sie begleitenden Personen. Hebammen können diese besondere Begleitung bieten. Sie wollen das Vertrauen der Frau in die eigene Gebärfähigkeit stärken und die Elternkompetenz fördern (DHV 2012). Insbesondere die Geburt ist ein individueller Prozess, der nicht immer linear verläuft und keinem zeitlichen Raster folgt. Der Geburtsprozess ist ein dynamisches Geschehen, das auch durch die Geburtsumgebung und den zwischenmenschlichen Umgang beeinflusst wird. Zu frühe und zu viele Interventionen können dem gesamten Prozess von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett schaden. Ausgehend von diesen grundlegenden Überzeugungen, verfolgen Hebammen zwei übergeordnete Ziele: die **Gesunderhaltung** von Mutter und Kind und die Förderung der **Kompetenz und Selbstbestimmung der Frau** (Sayn-Wittgenstein 2007).

Unabhängig von der individuellen Ausgestaltung ist die Hebammenarbeit auf die einzelne Frau und ihre Familie bezogen und orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der Frau. Eine partnerschaftliche und gleichberechtigte Beziehung mit der Frau soll der Frau jederzeit die Wahl und damit die Kontrolle über die Situation und eine Kontinuität der Betreuung⁸ ermöglichen. Jede Frau soll die für sie geeignete Betreuungsform wählen können (BDH 2003) und auch im Geburtsprozess die Kontrolle über die Situation behalten können. Die Hebamme vertritt die Position des „Low-tech“ und „High-touch“. Hier steht die Vermeidung von Technikeinsatz und Interventionen im Vordergrund, wodurch die Wahrnehmung und Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse von Mutter und Kind erleichtert wird (Verbund Hebammenforschung 2007, S. 12). Hebammen wollen durch eine angemessene **Balance zwischen Geschehen lassen und Eingreifen** das Selbstvertrauen und den Kompetenzzuwachs der Frauen unterstützen und stärken (BDH 2007, S. 7). Eine wichtige Aufgabe von Hebammen ist, schwangere Frauen zu ermutigen und ihr Vertrauen in die eigene Kraft zu stärken, um mit dem Schmerz während der Geburt umgehen zu können und die Gesundheit von Frauen damit auch langfristig positiv zu beeinflussen. Sie sorgen für die notwendige Sicherheit zum Gebären und schaffen dazu räumliche und zeitliche Ressourcen. Jeder Frau soll die Möglichkeit zur Bewegungsfreiheit gegeben werden und ein geschützter Bereich der Intimität bestehen (Sayn-

⁸ Die drei Cs (choice, control, continuity) stehen für eine Frau-Zentrierung der Hebammenarbeit.

Wittgenstein 2007). Damit soll auch die Kontinuität der Betreuung über den gesamten Prozess sichergestellt werden. Wenn nötig, tritt die Hebamme dafür ein, dass die Wünsche der Frau berücksichtigt werden (ICM 2018). Hebammen ermöglichen durch angemessene Information eine **informierte Entscheidung**. Stellungnahmen des internationalen Hebammenverbandes betonen ebenso die gemeinsame Entscheidungsfindung mit Frauen (ebd.). Auch wenn eine partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making – SDM) noch nicht immer umgesetzt wird, betonen Hebammen doch das Recht der Frau auf Selbstbestimmung in ihrer Art der Betreuung. Die Entscheidungsprinzipien der informierten Wahl (informed choice) und der informierten Zustimmung (informed consent) sind zwar keine hebammenspezifischen Vorgehensweisen, repräsentieren jedoch die Zielsetzung von Hebammenarbeit in besonderer Weise. Diese Prinzipien sind auch in der Betreuung von Ärztinnen und Pflegenden zu finden.

2.3.2. Medizinisches Betreuungsmodell

Ein anderes in der Geburtshilfe verbreitetes Betreuungsmodell ist das medizinische Betreuungsmodell. Es orientiert sich am biomedizinischen Krankheits- und am Risikofaktorenmodell, in denen die medizinischen Grundüberzeugungen deutlich werden. Das **biomedizinische Krankheitsmodell** ist das dominierende Erklärungsmuster von Krankheit. Es basiert auf der historischen Vorstellung vom menschlichen Körper als Maschine, der im Falle einer Krankheit eine Störung aufweist. Krankheit wird so als Abweichung vom normalen Zustand betrachtet. Eine Diagnose klassifiziert und unterscheidet Krankheiten, womit die Bedeutung der Diagnose in den Vordergrund tritt. Dieses Verständnis gründet auf einem kausalanalytischen Verstehen und es ist wichtig, die Störung zu erkennen und möglichst zu beheben. Es wird also nicht ein Kontinuum von Gesundheit und Krankheit angenommen, sondern eine dichotome Unterscheidung zwischen gesund und krank getroffen (Franke 2012, S. 134). Die Krankheit steht sowohl bei der Einordnung von krank oder gesund als auch bei der Betrachtung der Gesamtsituation im Mittelpunkt. Die Person ist nur Trägerin der Krankheit und befindet sich in der sozialen Rolle einer Patientin (ebd., S. 133f). Heute wird das biomedizinische Krankheitsmodell dadurch gestärkt, dass durch technischen Fortschritt immer wieder neue Pathologien und Abweichungen in der Person gesucht und gefunden werden können, die ursächlich mit der Entstehung einer Krankheit verbunden werden (ebd., S. 136). Das **Risikofaktorenmodell** ist ein erweiterndes Konzept des medizinischen Krankheitsmodells. Es entwickelte sich in Reaktion auf die massive Zunahme sogenannter Zivilisationskrankheiten seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen vermehrt auftretenden Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, bestimmte Krebsarten etc.) und zivilisationstypischen Lebensweisen. Daraus werden

Risikofaktoren für die auftretende Erkrankung abgeleitet. Bei bestehenden Risikofaktoren wird die Person zur Risikoträgerin und Risikofaktoren werden bereits als beginnende Krankheiten betrachtet. Daran anschließend ist Prävention in der Regel **sekundäre Prävention**, die die Früherkennung von Krankheit zum Ziel hat. Es geht also nicht um das Nicht-Krankwerden, sondern um die Früherkennung und um Vermeidung ernster Verläufe. Hierzu sind Massen-Screeninguntersuchungen besonders geeignet. Allerdings ergibt sich aus diesem statistischen Modell nur eine allgemeine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit, die jedoch nichts über die individuelle Situation der Einzelnen aussagen kann und keine kausale Erklärung liefert. Die Erklärungen sind im Gegenteil multifaktoriell (ebd., S. 138).

Auch die Geburtsmedizin geht von einem Grundrisiko der Fehlfunktion bei Mutter oder Kind aus. Ein eigentlich physiologischer Prozess wird somit einer Risikobewertung unterzogen (Sayn-Wittgenstein 2007, S. 51). Ärztliche Schwangerenvorsorge verfolgt als sekundäre Prävention die **Früherkennung von potentiellen Störungen**. Aus dieser Zielperspektive folgen eine unspezifische Anwendung von Screeningverfahren und Untersuchungen (ebd., S. 61). Der Mutterpass als Dokumentationssystem der Schwangerenbetreuung zeugt von dieser Risikoperspektive. Er beinhaltet derzeit einen Katalog mit 52 Risikofaktoren, der bei jeder Frau Anwendung findet. Die daraus entstehende große Anzahl von befundeten Risiken bei schwangeren Frauen wurde bereits dargestellt (Kapitel 2.1.). Während der Geburt führt diese Risikoperspektive dazu, das **Risiko einer kindlichen Hypoxie** in den Mittelpunkt der Betreuung zu stellen und auch bei einer normalen Geburt eine „...risikoadaptierte Überwachung der Schwangeren und des Kindes...“ zu verfolgen (Chalubinski 2016, S. 663). In der Folge werden Interventionen zur Früherkennung einer möglichen Hypoxie durchgeführt. Obwohl die Aussagekraft der Cardio-Tokografie (CTG) mittlerweile auch in der Geburtsmedizin kritisch betrachtet wird, bleibt doch der Ausschluss der Hypoxie beim ungeborenen Kind das zentrale Anliegen. Die Ergebnisse der CTG-Registrierung werden daher im Zweifelsfall durch invasive Untersuchungsmethoden (z.B. MBU) verifiziert, um eine unnötig hohe Anzahl operativer Geburtsbeendigungen zu vermeiden (Gnirs et al. 2016, S. 693).

Die vorgestellten Betreuungsmodelle finden sich in der Regel in der Ausgestaltung der Betreuung von schwangeren Frauen nicht ausschließlich in der vorgestellten Weise. Dennoch prägt die jeweils vorherrschende Überzeugung die Betreuungsarbeit. In der vorliegenden Arbeit ist die unterschiedliche Herangehensweise in der Betreuung von Schwangerschaft und Geburt von besonderer Bedeutung.

2.4. Geburtshilfliche Zusammenarbeit im Setting Krankenhaus

Die Zusammenarbeit in der Geburtshilfe ist im Setting Krankenhaus noch wenig erforscht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass noch wenig sektoren- und professionsübergreifende Zusammenarbeit in der Geburtshilfe existiert (MGEPA 2013, S. 61). Eine sich ergänzende interprofessionelle Betreuung mehrerer Berufsgruppen entspräche jedoch dem individuellen Bedürfnis von schwangeren Frauen (ebd.).

2.4.1. Ärztlich geleiteter Kreißsaal (Hebamme und Ärztin)

Die Betreuung von schwangeren und gebärenden Frauen in einem ärztlich geleiteten Kreißsaal stellt derzeit die **Standardversorgung** in der deutschen Geburtshilfe dar. In dieser Situation erfolgt in der Regel eine Zusammenarbeit zwischen Hebammen, Ärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Pädiaterinnen. Die Begleitung der schwangeren Frau leistet dabei in der Regel die Hebamme, eine Ärztin ist jedoch von Beginn an über die Frau und den Stand der Geburt informiert bzw. in die Betreuung eingebunden. Spätestens in der Endphase auch einer normalen Geburt ist die **Anwesenheit einer Ärztin** in jedem Fall gegeben (MGEPA 2013, S. 37f). Das Ausmaß der Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen stellt sich folgenderweise dar: dem Hebammengesetz folgend, ist bei nahezu allen Geburten eine Hebamme anwesend. Die ärztliche Anwesenheit wird bei 65,15% der Geburten durch eine Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe geleistet und bei 59,90% der Geburten ist eine Assistenzärztin anwesend (IQTIG 2108). Darüber hinaus wird bei 26,66% der Geburten eine Pädiaterin schon vor der Geburt des Kindes hinzu gezogen (IQTIG 2018). So kommt es in beruflichen Handlungssituationen regelmäßig zum Kontakt der Berufsgruppen. Die Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen im Kreißsaal ist davon geprägt, dass die **Ärztin die Leitung** in der Situation beansprucht. Ärztinnen betrachten in ihren Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Ärztin und Hebamme in der Geburtshilfe die Hebamme bei der Geburt als „...Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfin...“ der Ärztin (DGGG 2012, S. 6). Sie schließen die Einhaltung der EU-Richtlinie⁹ zum Umfang von selbständiger Hebammenarbeit mit dem Hinweis auf das Organisationsstatut eines Krankenhauses aus, da die Leitung einer Fachabteilung die Medizin innehat und eine Frau auf die ärztliche Leitung der Geburt ausdrücklich verzichten müsse (ebd., S. 5). Der Hebammenberuf ist jedoch ein **eigenständiger Heilberuf** mit eigenem Verantwortungsbereich (Hiersche 2003, S. 64) und die Hebamme ist der Ärztin weder

⁹ Der Umfang der selbständigen Hebammenarbeit ist aktuell in der EU-Richtlinie 2005/36/EG festgelegt.

gleichberechtigt, noch ist die Hebamme untergeordnet (ebd., S. 112). Es besteht dagegen eine horizontale Arbeitsteilung, da die Hebamme die Ausgangskompetenz bei der normalen Geburt besitzt und die Ärztin die Ergänzungskompetenz in besonderen Situationen (Knehe 2016, S. 129). Regelwidrige geburtshilfliche Situationen führen zu einer Weisungsbefugnis der Ärztin an die Hebamme, da ausschließlich die Ärztin über die geburtshilfliche Kompetenz in besonderen Situationen verfügt. Die Hebamme ist auch durch das Berufsgesetz dazu verpflichtet, in regelwidrigen Situationen eine Ärztin hinzuzuziehen, da ihre alleinige Verantwortung auf normale Geburten begrenzt ist (§ 5 HebG). Ungeklärte Zuständigkeitsbereiche im gleichen Arbeitsbereich können sowohl zu positiven als auch negativen Kompetenzkonflikten führen, da sich entweder beide Berufsgruppen oder aber keine Berufsgruppe zuständig fühlt (Knehe 2016, S. 130). Gleichzeitig ist die Geburtshilfe ein Hochrisikobereich der Medizin, in dem Schadensfälle zu hohen Entschädigungssummen führen (ebd., S. 243). Die Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin in der Klinik ist daher auch durch das Verhältnis zwischen natürlicher Geburt und Hochleistungsmedizin bestimmt. In der alltäglichen Arbeit im Kreißaal haben beide Berufsgruppen die Durchführungsverantwortung für das eigene Handeln. Die Hebamme ist jedoch in der Pflicht, die Ärztin auf besondere Situationen hinzuweisen und die Entscheidungen unerfahrener Ärztinnen kritisch zu hinterfragen (Hiersche 2003, S. 94).

Die Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin ist somit eine alltägliche Situation, sie findet jedoch vor einem, zumindest rechtlich, komplexen Hintergrund statt. Die Medizin erhebt einen Führungsanspruch, ohne die vorliegende rechtliche Situation der autonomen Hebammenarbeit anzuerkennen.

2.4.2. Integrative Wochenbettbetreuung (Hebamme und Pflegende)

Ein mittlerweile etabliertes Betreuungsmodell im Wochenbett ist die integrative Wochenbettbetreuung. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass Mutter und Kind gemeinsam von einer Betreuungsperson versorgt werden. Die individuelle und **Frau-zentrierte Betreuung** steht in diesem Betreuungsmodell im Vordergrund. Damit wird die traditionelle Trennung der Betreuung der Mutter (durch Hebammen und Pflegende) und des Kindes (durch Kinderkrankenpflegende) aufgehoben. Auch die räumliche Trennung von Mutter und Kind existiert in dieser Betreuungsform nicht mehr. Mutter und Kind bleiben während des gesamten postpartalen Aufenthaltes im Krankenhaus zusammen und Hebammen, Pflegende und Kinderkrankenpflegende übernehmen **gleichermaßen die Betreuung** eines Mutter-Kind-Paares. Dies setzt voraus, dass für Pflegende die fachlichen Voraussetzungen durch angemessene Fortbildungsmaßnahmen gegeben sind und eine ärztliche

Weisung dazu besteht. Da die spezifische Wochenbettbetreuung der Frau eine Aufgabe der Hebamme ist, können Pflegende diese Tätigkeit nicht eigenständig übernehmen. Die integrative Wochenbettbetreuung wird zunehmend auch mit der Zertifizierung zum ‚Babyfreundlichen-Krankenhaus‘ verbunden.

Die Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden ist demnach davon geprägt, dass eine gemeinsame Vorstellung der Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt besteht. Pflegende sind auf ärztliche Weisung eng in die Wochenbettbetreuung eingebunden, obwohl sie berufsrechtlich nur pflegerische Tätigkeiten in der Wochenbettbetreuung übernehmen können.

2.4.3. Hebammengeleitete Geburten (Hebamme und Ärztin)

Hebammengeleitete Geburten mit der ausschließlichen Betreuung einer Hebamme finden im Setting Krankenhaus im sogenannten ‚Hebammenkreißaal‘ statt. Dieser Begriff bezieht sich weniger auf einen speziellen Raum, als auf ein spezifisches Betreuungsmodell während der Geburt. Die Hebamme übernimmt hier, abweichend von der sonstigen Standardversorgung, alleinverantwortlich die Begleitung der Geburt. Dem Konzept des Hebammenkreißaales liegen definierte Ein- und Ausschluss-Kriterien für dieses Betreuungsmodell zu Grunde. Sie werden in der gemeinsamen Abstimmung von Hebammen und Ärztinnen festgelegt, was als interprofessionelle Zusammenarbeit zu werten ist. Die Eignung des Betreuungsmodells der hebammengeleiteten Geburt für eine interessierte Frau wird zu Beginn bei der Anmeldung und auch bei der Aufnahme zur Geburt im Kreißaal an Hand der Ein- und Ausschluss-Kriterien überprüft. Die Betreuung der Frau während der Wehen erfolgt ausschließlich durch die zuständige Hebamme, zur eigentlichen Geburt des Kindes ist aber in der Regel noch eine zweite Hebamme anwesend. Während einer hebammengeleiteten Geburt im Krankenhaus kommt es in der alltäglichen Arbeit zu **wenig Zusammenarbeit** zwischen Hebamme und Ärztin, da die Betreuung und Abläufe auf eine eigenständige Hebammenarbeit ausgerichtet sind. Ärztliche Unterstützung wird im Bedarfsfall in Form einer Konsultation einbezogen. Treten bei der Geburt relevante Besonderheiten auf, wird die Frau in die Standardversorgung des Kreißaales mit ärztlicher Betreuung übergeleitet. Die Zusammenarbeit mit der Ärztin erfolgt im Hebammenkreißaal nur in einer regelwidrigen Situation bzw. bei der Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien für dieses Betreuungsmodell.

Nach der Vorstellung des Untersuchungsfeldes der vorliegenden Arbeit erfolgt im nächsten Abschnitt die Einordnung des Forschungsvorhabens auf der Theorieebene.

3. Theoretischer Bezugsrahmen der Untersuchung

Der Forschungsprozess ist nicht nur von methodologischen und methodischen Entscheidungen beeinflusst, sondern auch von den theoretischen Bezügen der Forschung. Im Rahmen von qualitativer Forschung verdeutlicht der theoretische Rahmen die sensibilisierenden Konzepte der Forscherin. Er weist auf den Einfluss von theoretischen Konzepten im Prozess der Theoriegenerierung hin (Kelle & Kluge 2011, S. 30; Glaser & Strauss 2010, S. 62).

3.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Das berufliche Selbstverständnis von Hebammen ist in der vorliegenden Arbeit insbesondere in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufen in der Geburtshilfe relevant. Somit bildet die theoretische Verankerung der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen einen wichtigen Bezug dieser Arbeit. Die theoretischen Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit sind davon geprägt, dass keine **einheitliche Definition** für diese Interaktion existiert. Sprachwissenschaftlich stammt der Begriff der Zusammenarbeit von dem lateinischen Verb ‚collaborare – zusammen arbeiten‘ ab. Darüber hinaus erschließt sich aus dem reinen Wortsinn keine inhaltliche Konzeption. Es liegt dagegen eine Vielzahl von Definitionen zu interprofessioneller Zusammenarbeit vor¹⁰. Sie sind sehr vielfältig und bewegen sich auf verschiedenen Konkretisierungsniveaus, wie die folgenden Beispiele zeigen. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist definiert als die gemeinsame Arbeit verschiedener Berufsgruppen mit einem gemeinsamen Ziel: „Collaboration means working harmoniously together with a shared aim.“ (Hastie, Fahy 2011, S. 73). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert dazu:

“Collaborative practice happens, when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care.” (WHO 2010, S. 7).

Diese Definition verdeutlicht, dass neben den Gesundheitsberufen auch Patientinnen/Klientinnen, Familien und ihre gesellschaftliche Einbettung in diese Zusammenarbeit eingebunden sind. Ein ebenso weites Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit findet sich bei Heatley & Kruske für den geburtshilflichen Bereich der Gesundheitsversorgung:

¹⁰ Eine Darstellung der ganzen Bandbreite der Theorie zu interprofessioneller Zusammenarbeit sprengt den Rahmen dieser Arbeit und ist gleichzeitig nicht zielführend. Daher beziehen sich die folgenden Ausführungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und im spezifischen Feld der Geburtshilfe.

„Interprofessional collaboration is a reflexive and dynamic process that involves maternity care professionals from multiple professions working together with the woman to produce quality outcomes. Responsibility and accountability is shared in terms of appropriate level of involvement of a professional with the woman over the entire peri natal period. All involved trust, respect, understand and foster an approach to practice which utilises knowledge and expertise from the various professions as required by the woman.“ (Heatley & Kruske 2011, S. 56).

Diese umfangreiche Definition bezieht neben Hinweisen auf den reflexiven und dynamischen Prozess der interprofessionellen Zusammenarbeit ebenfalls die Ausrichtung auf ein hohes Qualitätsniveau der Arbeit mit ein. Wissen und Können von unterschiedlichen Berufsgruppen führen gemeinsam mit Vertrauen und Respekt dazu, die Bedürfnisse der schwangeren Frau angemessen zu berücksichtigen. Alle Professionen tragen ihren Anteil zu diesem Arbeitsprozess in eigener Verantwortung bei. Die individuelle Situation der Frau bestimmt dabei das Ausmaß der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Verschiedene Autorinnen betonen, dass es neben der fehlenden einheitlichen Definition auch große **Unklarheit über Begrifflichkeiten und Konzepte** in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit gibt (Xyrichis et al. 2018, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften 2017, Mahler et al. 2014, D'Amour et al. 2005). Dies zeigt sich in einer ausgeprägten Begriffsvielfalt (Mahler et al. 2014, D'Amour et al. 2005). Ausgehend von der noch bestehenden Unklarheit der Konzepte der interprofessionellen Zusammenarbeit, werden zunächst Begrifflichkeiten differenziert und die verfügbaren Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit dargestellt (Kapitel 3.2.1.). Die gemeinsame Arbeit von Berufsgruppen kann darüber hinaus in unterschiedlicher Form erfolgen (Kapitel 3.2.2.) und erfordert spezifische interprofessionelle Kompetenzen (Kapitel 3.2.3.).

3.1.1. Begriffsbestimmung und Modelle interprofessioneller Zusammenarbeit

Die theoretische Orientierung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist noch wenig ausgeprägt. Es existiert wenig systematisches Wissen zu interprofessioneller Zusammenarbeit (Reeves et al. 2011, Xyrichis et al. 2018) und kaum theoretische Fundierung (Reeves et al. 2007). Obwohl Henneman et al. schon 1995 eine Konzeptanalyse zur Zusammenarbeit vorlegten, ist bis heute noch kein einheitliches Verständnis verfügbar. Henneman et al. definieren Zusammenarbeit (collaboration) durch den Einbezug von zwei oder mehr Personen in eine meist intellektuelle gemeinsame Unternehmung. Die Beteiligten erklären sich bereit, gemeinsam zu planen und Entscheidungen zu treffen (Henneman et al. 1995, S. 104). Diese noch sehr allgemeine Definition erweitern sie um die Konzepte eines gemeinsamen Zieles und des Teamgedankens. In der Zusammenarbeit ist es nach Henneman et al. notwendig, Kompromisse zu finden und Konflikte zu lösen (ebd.). Diese noch

allgemeine Konzeption konnte in den vergangenen zwei Dekaden noch nicht wesentlich konkretisiert werden und es herrscht eine große Begriffsvielfalt vor. Daraus ergibt sich kaum Klarheit über das Wesen und die Zusammenhänge der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die **Begriffsvielfalt** bezieht sich sowohl auf die Benennung der Beziehung zwischen den Akteurinnen als auch auf das Ausmaß der Zusammenarbeit. Die **Beziehung der Berufsgruppen** zueinander innerhalb der gemeinsamen Arbeit wird mit den Begriffen multi-professionell, inter-professionell und trans-professionell benannt. D'Amour et al. verwenden dagegen die Begriffe multi-, inter- und trans-disziplinär (D'Amour et al. 2005). Hier ist die spezifische Unterscheidung zwischen ‚professionell‘ und ‚disziplinär‘ relevant. Die Bezeichnung ‚professionell‘ bezieht sich auf unterschiedliche Professionen im Sinne von Berufsgruppen, während die Disziplinarität die Unterscheidung verschiedener Bereiche innerhalb eines Fachs/eines Berufes (Medizin: Chirurgie, Orthopädie, Geburtshilfe) betrifft. Obwohl diese Bezeichnungen synonym verwendet werden, unterscheiden sie sich in ihrer Bedeutung. D'Amour et al. konkretisieren die multi-disziplinäre Zusammenarbeit als die Arbeit mehrerer unterschiedlicher Berufsgruppen am gleichen Projekt. Trotz der gemeinsamen Arbeit erfolgen die Arbeitsabläufe und Planungen jedoch unabhängig voneinander oder parallel zu den Aktionen der anderen Berufe. Die inter-disziplinäre Arbeit steht für eine intensivere Beziehung der Berufe zueinander. Hier betonen D'Amour et al. ein gemeinsames Ziel der Arbeit und auch gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse (ebd., S. 120). Eine weitere Zuordnung ist die trans-disziplinäre Arbeit. Hier stehen die Konsens-Suche zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und die Öffnung der professionsspezifischen Bereiche im Vordergrund. Jede Berufsgruppe übernimmt auch Aufgaben anderer Berufe, wodurch die Grenzen zwischen den Berufen verwischen können (role-blurring) (ebd.). Neben der Benennung der Beziehung der Berufsgruppen zueinander wird auch das **Ausmaß der Zusammenarbeit** sprachlich unterschieden. Die Kooperation von Berufsgruppen bezeichnet eine lose Zusammenarbeit. Es findet ein Austausch von Informationen statt, jedoch ist dieser Austausch nicht geplant oder systematisch und findet oft als nicht-formale Kommunikation statt. Bei der Koordination besteht nach Schmied et al. eine größere Bereitschaft zu koordinierter Entscheidungsfindung zwischen den Professionen. Doch erst in der Zusammenarbeit findet ein geplantes gemeinsames Vorgehen statt, das sich an gemeinsamen Überzeugungen orientiert (Schmied et al. 2010, S. 3518). Reeves et al. verweisen darüber hinaus auf das ‚Networking‘ als eine weitere Form der Zusammenarbeit. Beim Networking steht weniger die Teamarbeit und die gemeinsame Ausrichtung der Arbeit im Vordergrund, als die Koordination von nicht akuten und nicht komplexen Aufgaben (Reeves et al. 2018, S. 2). Reeves et al. betrachten eine klare Unterscheidung des Ausmaßes von Zusammenarbeit als hilfreich, um die realen Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen zu verstehen. Auch D'Amour et al. betonen, dass noch wenig Verständnis von den Beziehungen der Gesundheitsberufe zueinander existiert (D'Amour et al. 2005, S. 117). Diese relative

Unklarheit des Begriffs bietet jedoch auch die Chance einer ‚kommunikativen Klammer‘ in der ganz unterschiedliche Verständnisse von interprofessioneller Zusammenarbeit für Veränderungen im Gesundheitswesen genutzt werden können (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften 2017, S. 5). Denn trotz dieser Diversität und konzeptionellen Unklarheit besteht sowohl national als auch international Einigkeit über die Sinnhaftigkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen (WHO 2010; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt in ihrem ‚Framework for action on interprofessional education & collaborative practice‘ in besonderer Weise den Zusammenhang von interprofessioneller Ausbildung (IPE) und Umsetzung der Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung hervor. Sie geht davon aus, dass die Schulung zu gemeinsamer Arbeit mit anderen Berufsgruppen auch zu einer gemeinsamen Arbeit in der klinischen Praxis führt. Ebenso verbindet sie interprofessionelle Zusammenarbeit mit einer verbesserten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (WHO 2010). Die erfolgreiche gemeinsame Arbeit in einem interprofessionellen Team wird in Zeiten von weniger Gesundheitspersonal und hohen Kosten im Gesundheitswesen zur innovativen Maxime erhoben. Eine **Bestätigung** dieser Annahmen durch valide Forschungsergebnisse **steht** jedoch **noch** weitgehend **aus** (Xyrichis et al. 2018). Abbildung 2 zeigt die Zusammenhänge von interprofessionellem Lernen, interprofessioneller Zusammenarbeit und Gesundheitsversorgung der lokalen Bevölkerung.

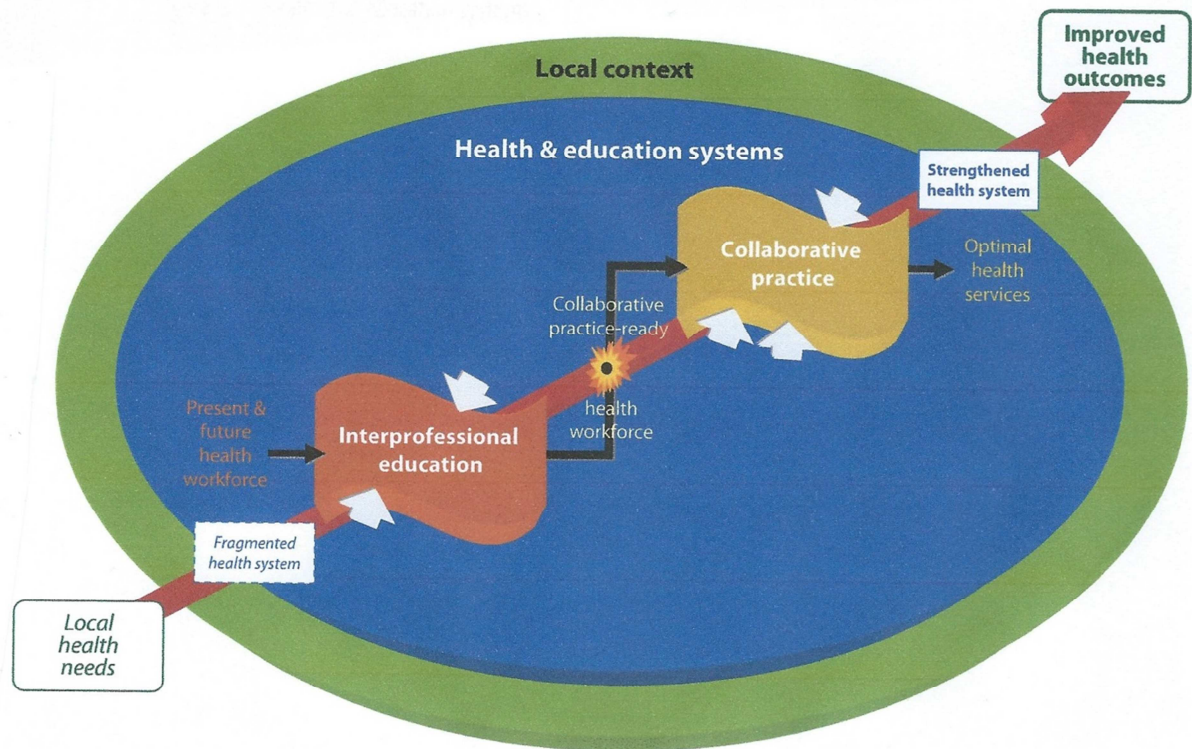


Abbildung 2: Gesundheits- und Bildungssystem und interprofessionelle Zusammenarbeit (aus: WHO 2010, S. 19).

Die Forderung nach interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen stützt sich auf zwei verschiedene **Argumentationslinien**. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann mit utilitaristischen und emanzipatorischen Argumenten gestützt werden. Der **Utilitarismus** ist eine Form der zweckorientierten Ethik und der ‚Nützlichkeit‘ kommt ein hoher Stellenwert zu (Fuchs-Heinritz et al. 2011). In dieser Argumentation sollen durch interprofessionelle Zusammenarbeit Synergien zu mehr Effizienz führen und die Gesundheitskosten verringert werden (Haddara & Lingard 2013, S. 1513). Hier sind die Vermeidung von mehrfachen Untersuchungen und die gemeinsame Nutzung struktureller Ressourcen zu nennen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit soll auch die Behandlung von Patientinnen optimieren (Fox & Reeves 2015). Louwen argumentiert, dass eine Optimierung der Behandlung durch die Differenzierung innerhalb der Gesundheitsberufe, insbesondere der Medizin, notwendig wird. Er führt für den geburtshilflichen Bereich an, dass die ärztliche Fachkompetenz sich mittlerweile auf mehrere Spezialistinnen verteilt und nennt die Gynäkologin, die Ultraschall-Expertin, die Perinatologin, die Pädiaaterin und die Neonatologin (Louwen 2016). Dieser Argumentation folgen auch Axelsson & Axelsson. Sie nehmen die Fragmentierung des Gesundheitsbereiches und damit auch die Fragmentierung von Verantwortung als Ausgangspunkt für interprofessionelle Zusammenarbeit. Diese Fragmentierung erfordert die gemeinsame Arbeit mehrerer Akteurinnen in einem Bereich, um die gesplittete Verantwortlichkeit

im Sinne der Patientin wieder zu konzentrieren (Axelsson & Axelsson 2006, S. 78). Die zweite Argumentationslinie beruht auf **emanzipatorischen Aspekten**. Die Emanzipation als Zugewinn an Freiheit oder Gleichheit soll in der Gesundheitsversorgung dazu führen, die medizinische Dominanz und die Hierarchie der Berufe zu mindern und die Expertisen aller Gesundheitsberufe in die gesundheitliche Versorgung einzubeziehen (Empowering nicht-medizinischer Berufe) (Haddara & Lingard 2013, S. 1512). Anknüpfend an die konzeptionelle Diversität der interprofessionellen Zusammenarbeit ist auch die Zuordnung auf der Theorieebene unklar. Die Übersichtsarbeit von Reeves et al. 2007 zu diesem Aspekt stellt eine Vielzahl theoretischer Ansätze vor, die in Verbindung mit interprofessioneller Zusammenarbeit verwendet werden. So ergibt sich auch aus der theoretischen Bezugnahme keine weitere Klärung des Konzeptes der interprofessionellen Zusammenarbeit (Reeves et al. 2007).

Trotz sprachlicher Vielfalt für das Phänomen der interprofessionellen Zusammenarbeit liegen mehrere **Modelle zur Zusammenarbeit** im Gesundheitswesen vor. D'Amour et al. legen ein Modell der Zusammenarbeit verschiedener Bereiche im Gesundheitswesen vor, das vier konstitutive Dimensionen für die interprofessionelle Zusammenarbeit beinhaltet (D'Amour et al. 2008). Je zwei **Dimensionen sind strukturell und beziehungsorientiert** und alle vier Dimensionen differenzieren sich in zehn Indikatoren. Die strukturellen Dimensionen beziehen sich auf ‚Führung‘ (Governance) und ‚Formalisierung‘ (Formalization). Die beziehungsorientierten Dimensionen sind ‚gemeinsame Ziele und Vision‘ (Shared goals and vision) und ‚Verinnerlichung‘ (Internalization). Alle vier Dimensionen stehen miteinander in Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig (D'Amour et al. 2008, S. 3). Abbildung 3 zeigt eine Übersicht der Dimensionen und Indikatoren.

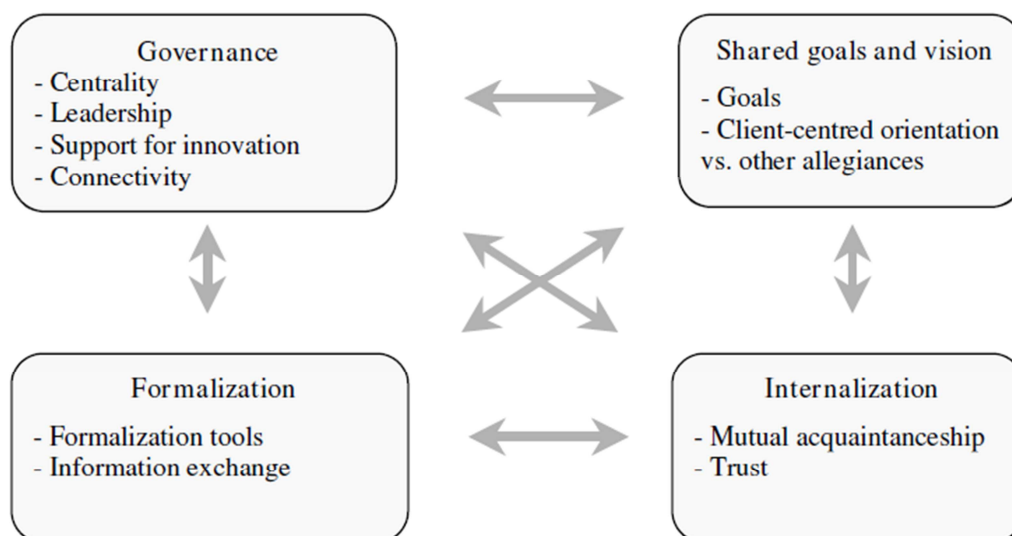


Abbildung 3: Vier-Dimensionen Modell der Zusammenarbeit (aus: D'Amour et al. 2008, S. 3)

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist demnach davon geprägt, welche organisatorischen und formalen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit gegeben sind und wie die beteiligten Personen eine inhaltliche und emotionale Beziehung zueinander aufbauen. D'Amour et al. gehen von einem gestuften Entwicklungsprozess in Richtung einer vollumfänglichen und gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit aus. Sie ist die angestrebte und optimale Arbeitsweise. In einer konkreten Situation der Zusammenarbeit ist es demzufolge ausschlaggebend für gemeinsame Arbeit, ob gemeinsame Ziele der Arbeit existieren und deren Umsetzung von der Führungsebene der Organisation unterstützt wird. Neben organisatorischen Festlegungen zum Informationsaustausch und Verfahrensanweisungen, entsteht gelingende Zusammenarbeit durch eine Beziehungsebene zwischen den Berufsgruppen (D'Amour et al. 2008).

Einen anderen theoretischen Ansatz für die interprofessionelle Zusammenarbeit bieten Wilhelmsson et al. mit ihrem **Modell der Metakognition** (Wilhelmsson et al. 2012). Hier steht die gemeinsame Vorstellung aller Teammitglieder zu den Inhalten und Handlungsweisen der gemeinsamen Arbeit im Mittelpunkt. Dieses Modell verdeutlicht auch die Entstehung von interprofessioneller Kompetenz. Es eignet sich sowohl für die Aus- und Weiterbildung als auch die alltägliche Arbeit im Gesundheitswesen. Das Modell der Metakognition konstituiert sich aus sieben Komponenten, die Teil der professionellen Kompetenz sind. Ein gemeinsames metakognitives Modell in einem Team ermöglicht dann interprofessionelle Kompetenz. Abbildung 4 stellt die Komponenten des metakognitiven Modells dar.

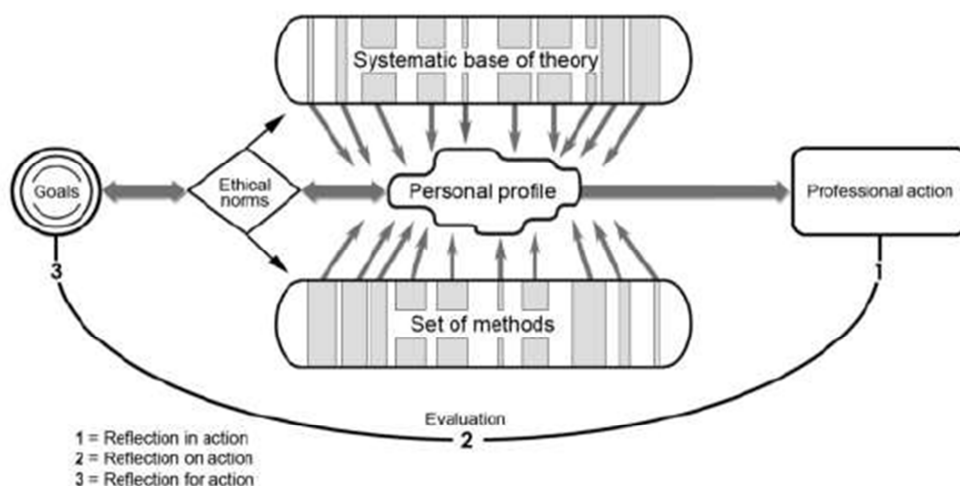


Abbildung 4: Komponenten des metakognitiven Modells (aus: Wilhelmsson et al. 2012, S. 86)

Die professionelle Berufsausübung wird danach von den Zielen und ethischen Normen, die der beruflichen Tätigkeit zu Grunde liegen, beeinflusst. Sie nehmen Einfluss auf das systematische Theoriewissen und die fachlichen Methoden, die angewendet werden. Sowohl das Theoriewissen als auch die Fachmethoden beeinflussen stark das persönliche Profil und schließlich die berufliche Handlung der Akteurin. Reflexion als metakognitive Fähigkeit findet sowohl während der Tätigkeit (reflection in action), als Evaluation der Arbeit nach der Handlung (reflection on action) und in der Bestimmung der Zielebene der eigenen Arbeit (reflection for action) auch als Grundlage der Arbeit statt (Wilhelmsson et al. 2012, S. 86). Die Entwicklung eines metakognitiven Modells der Berufsausübung sollte in den interprofessionellen Ausbildungsprozess (IPE) integriert werden. Die gemeinsame Vorstellung eines Teams zu der zu leistenden Arbeit und den spezifischen Abläufen und Besonderheiten werden auch als Team-Mental-Model (TMM) bezeichnet. Besteht eine solche gemeinsame Vorstellung davon, was und wie es getan werden soll, ist die Zusammenarbeit leichter und gelingt besser (Burtscher et al. 2011, S. 263).

Im Bereich der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung ergibt sich eine besondere Situation für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Zwar gelten die bisher dargestellten Aspekte auch für den Bereich der Geburtshilfe, jedoch verändert sich durch die **Geburt als physiologischem Lebensereignis** auch die **Argumentation für interprofessionelle Zusammenarbeit**. Eine gesunde Frau, die ein Kind bekommt, benötigt nicht mehrere Fachexpertinnen in der Begleitung (Schmied et al. 2010, S. 3523). Es wird daher zunächst keine interprofessionelle Zusammenarbeit benötigt. Die Hebamme als Fachfrau für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kann eine fachlich vollumfängliche Betreuung leisten. Eine Verbindung zu anderen Berufsgruppen entsteht nur auf Wunsch der Frau. Im Sinne eines Netzwerkes oder Kooperation übernimmt eine Ärztin als Fachexpertin die Ultraschalldiagnostik. Sie ist aber nicht weitergehend in die Betreuung eingebunden. Befindet sich die Frau in einer Situation mit gesundheitlichen oder sozialen Besonderheiten, ist die Situation für interprofessionelle Zusammenarbeit dagegen geboten. In einem Gesundheitssystem mit getrennten Aufgaben in der Begleitung der reproduktiven Lebensphase kann interprofessionelle Zusammenarbeit für Frauen und ihre Familien allerdings das Erleben der Kontinuität der Betreuung erleichtern (ebd., S. 3518).

Smith legt 2015 einen konzeptuellen Rahmen für die interprofessionelle **Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin** vor (Smith 2015). Darin ist der Prozess der interprofessionellen Zusammenarbeit von vier Dimensionen geprägt. Diese Dimensionen beziehen sich auf den Kontext der interprofessionellen Arbeit (die berufsgesetzlichen und politischen Gegebenheiten (contextual dimension)) und die organisationalen Bedingungen, die ein gemeinsames Ziel und gemeinsame Interessen ermöglichen (organizational dimension). Weitere Dimensionen stehen im Zusammenhang

mit der Beziehung zwischen den Berufsgruppen (relational dimension) und den Handlungsabläufen innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit (procedural dimension) (ebd., S. 4).

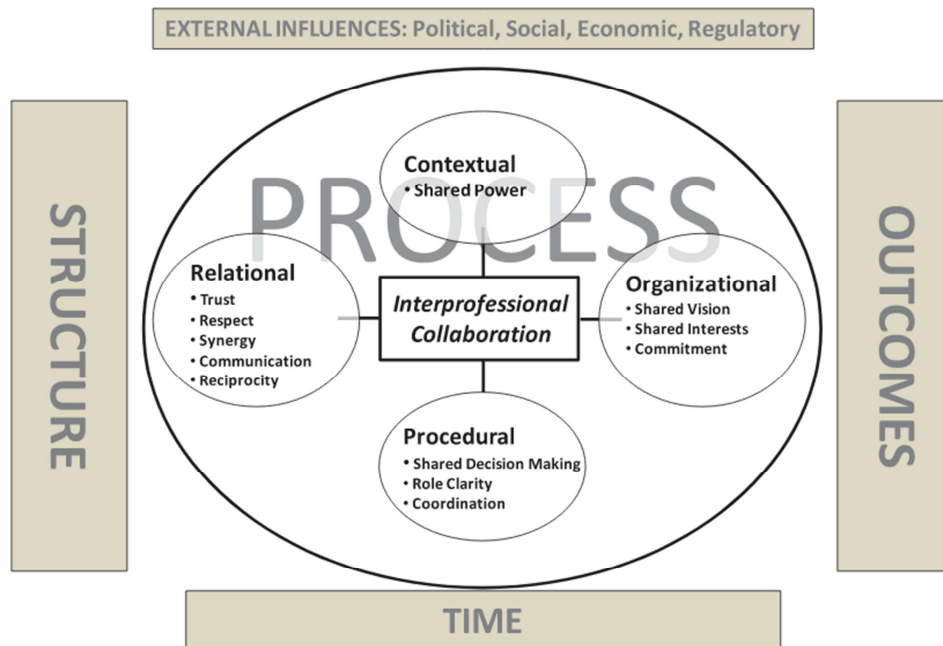


Abbildung 5: Modell der Zusammenarbeit von Hebamme und Arzt (aus: Smith 2015, S. 131).

Hier wiederholen sich die bereits vorgestellten Dimensionen von D'Amour et al. und es zeigt sich, dass im geburtshilflichen Bereich, unabhängig von sprachlichen Unterschieden und der engeren Konzeption, ähnliche Konzepte prägend für die Zusammenarbeit sind. Smith bettet den Prozess der interprofessionellen Zusammenarbeit in einen kontextuellen Rahmen von äußeren Einflüssen und Zeit ein. Ebenso stehen mit der Zusammenarbeit die strukturellen Voraussetzungen und schließlich die Ergebnisse (outcome) der gemeinsamen Arbeit im Zusammenhang (ebd.). Dieses Modell der Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin verknüpft verschiedene relevante Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie bleiben jedoch auf einer allgemeinen Ebene, so dass die Spezifität der Zusammenarbeit in der Geburtshilfe daraus nicht ersichtlich ist.

3.1.2. Interprofessionelle Arbeitsformen

Der Begriff der Zusammenarbeit scheint auf den ersten Blick selbsterklärend zu sein. Gemeinsam zu arbeiten impliziert scheinbar umfassende Interaktionen verschiedener Berufsgruppen, die gemeinsam geplant und durchgeführt werden. Auch die politischen Forderungen nach einem Ausbau der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen scheinen darin den ‚Königsweg‘ der Arbeit verschiedener Berufe zu sehen (WHO 2010). Meist wird eine Reihe unterschiedlicher

Arbeitsformen angenommen, die sich entlang einer Entwicklungslinie von wenig Zusammenarbeit bis zu ausgeprägter und gelingender Zusammenarbeit anordnen (Reeves et al. 2018). In der realen Arbeitswelt ist diese ausgeprägte Form der Zusammenarbeit jedoch nicht immer vorhanden. Stattdessen finden sich in der Realität **diverse andere Formen der Zusammenarbeit** zwischen unterschiedlichen Akteurinnen, die jedoch nicht einer umfassenden Zusammenarbeit entsprechen. Die Koexistenz mehrerer Berufsgruppen innerhalb eines Arbeitsfeldes führt zur Interaktion miteinander, die jedoch auch pragmatisch ausgerichtet ist. In dieser Weise argumentieren auch Axelsson & Axelsson, die durch die Differenzierung unterschiedlicher Bereiche der Gesundheitsversorgung eine Notwendigkeit zur gemeinsamen Arbeit verschiedener Berufsgruppen sehen. Sie gehen von vier Arbeitsformen aus, die ein unterschiedliches Ausmaß der Zusammenarbeit verdeutlichen. Dabei differenzieren sie in ihrem Modell der interprofessionellen Zusammenarbeit vertikale und horizontale Integration der unterschiedlichen Berufe. Die daraus entstehenden Arbeitsformen unterscheiden Axelsson & Axelsson in contracting (Verpflichtung), coordination (Koordination), cooperation (Kooperation) und collaboration (Zusammenarbeit) (Axelsson & Axelsson 2006, S. 80). Das Ausmaß der Zusammenarbeit ist abhängig von den beteiligten Fachabteilungen, der Notwendigkeit zur Integration verschiedener Berufe und der Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Es ist demnach nicht in jeder Situation die Forderung nach vollumfänglicher Zusammenarbeit in einem Team angemessen und sinnvoll. Und auch das jeweilige Arbeitsgebiet kann die Arbeitsform der Zusammenarbeit mit beeinflussen. Hier kann die Notfallversorgung von Patientinnen als Beispiel für die gemeinsame Arbeit mit einem eindeutigen Ziel und notwendigerweise enger Abstimmung der Handlungsabläufe angeführt werden. Im Gegensatz dazu steht z.B. die Primärversorgung von gesunden Kindern, die im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der Vorsorgeuntersuchungen weniger und eine andere Zusammenarbeit von Berufsgruppen erfordert.

Daran knüpft der Ansatz von Reeves et al. an. Er unterstützt die Perspektive, dass in der interprofessionellen Arbeit nicht in jedem Fall geteilte Verantwortung notwendig ist, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit sinnvoll sein können (Reeves et al. 2018). So kann in einigen Fällen die Kooperation von Berufsgruppen die angemessene Arbeitsform sein, ohne dass ein Defizit gegenüber einer Teamarbeit erkennbar ist. Reeves et al. bezeichnen Teamarbeit als engste Form der Zusammenarbeit und grenzen dagegen interprofessionelle Zusammenarbeit, interprofessionelle Kooperation und interprofessionelle Netzwerke ab. Die unterschiedlichen Aspekte von gemeinsamer Arbeit sind in den unterschiedlichen Arbeitsformen nicht immer gleich ausgeprägt. Reeves et al. differenzieren die Formen der Zusammenarbeit nach der Komplexität der zu leistenden Arbeitsaufgaben (Reeves et al. 2018, S. 2). Die Teamarbeit im Sinne einer engen Verbindung zwischen den Berufsgruppen ist angemessen bei unvorhersehbaren, komplexen und akuten

Arbeitsaufgaben. Dann ist eine Teamidentität, Rollenklarheit, Interdependenz, Integration sowie geteilte Verantwortung besonders gefordert (z. B. Intensivstation, Level 1 Perinatalzentrum). Interprofessionelle Zusammenarbeit bezieht sich auf weniger unvorhersehbare und komplexe Aufgaben. In der interprofessionellen Zusammenarbeit braucht es daher weniger Teamidentität und Integration der einzelnen Akteurinnen. Bei einer weiteren Abnahme der Komplexität der Arbeitsaufgaben kann die interprofessionelle Kooperation als Arbeitsform zielführend sein. Hier steht nicht das Selbstverständnis als Team im Vordergrund, denn es werden vor allem geteilte Verantwortung, klare Rollen, Aufgaben und Ziele für eine gelingende Kooperation benötigt. Die Arbeitsform des interprofessionellen Netzwerkes eignet sich in Situationen die vorhersehbar, nicht akut und nicht komplex sind. Dann kann Kontakt zueinander auch virtuell sein. Es braucht weniger Teamidentität, klare Rollen und gemeinsame Ziele. Primary care ist ein klassisches Beispiel und kann auch auf die Hebammenarbeit bezogen werden, die ein Teil der Primärversorgung ist. Auch Reeves et al. betonen, dass diese unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit sich ganz **nach den Erfordernissen der Situation** richten und auch von einer zur anderen Patientin variieren können (ebd.). Das Postulat einer gelingenden umfassenden Zusammenarbeit erfährt dadurch eine Neubewertung.

Xyrichis et al. klassifizieren und unterscheiden interprofessionelle Aktivitäten (Xyrichis et al. 2018). Zunächst unterscheiden sie sechs Dimensionen von interprofessioneller Arbeit. Jede gemeinsame Interaktion ist geprägt durch: team commitment (Bindung ans Team), team identity (Identifikation mit dem Team), team goals (Ziele des Teams), team roles and responsibilities (Rollen und Verantwortlichkeiten), team interdependence (gegenseitige Abhängigkeit im Team) und integration of work practices (Einbindung von Arbeitspraktiken). Die Ausprägung dieser Dimensionen verändert das Ausmaß der interprofessionellen Zusammenarbeit. Aufbauend auf diesen Definitionen kombiniert das ‚InterProfessional Activity Classification Tool‘ (InterPACT) die verschiedenen Arten der interprofessionellen Aktivität mit den sechs Dimensionen der interprofessionellen Aktivität. Abbildung 6 zeigt das InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT) in der Übersicht.

Dimensions of IP activity	Shared commitment	Shared identity	Clear team goals	Clear roles and responsibilities	Interdependence between team members	Integration between work practices
Teamwork	⊕⊕⊕⊕	⊕⊕⊕⊕	⊕⊕⊕⊕	⊕⊕⊕⊕	⊕⊕⊕⊕	⊕⊕⊕⊕
Collaboration	⊕⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕
Consultative collaboration	⊕⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕	⊕⊕
Collaborative partnership	⊕⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕	⊕⊕
Coordination	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕	⊕⊕	⊕⊕
Coordinated collaboration	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕	⊕	⊕
Delegative coordination	⊕⊕	⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕	⊕	⊕
Consultative coordination	⊕⊕	⊕⊕	⊕⊕⊕	⊕⊕	-	⊕
Networking	⊕⊕	⊕⊕	⊕⊕	⊕	⊕	⊕

Key: Intensity expected: ⊕Low; ⊕⊕Moderate; ⊕⊕⊕High; ⊕⊕⊕⊕Very high

Abbildung 6: InterProfessional Activity Classifikation Tool (InterPACT) (aus: Xyrichis et al. 2018, S. 423)

Je nach Ausprägung der Dimensionen der interprofessionellen Aktivitäten lässt sich eine Art der Zusammenarbeit klassifizieren. Diese Klassifizierung kann zu einer Klärung der begrifflichen Vielfalt führen und die Darstellung der realen Arbeitssituationen erleichtern. Daraus lässt sich ableiten, dass auch Koordination und interprofessionelle Netzwerke erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit darstellen, auch wenn die Intensität der Zusammenarbeit nicht so hoch ist.

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften geht ebenfalls von gelingender Zusammenarbeit aus, die vom jeweiligen Setting abhängt und unterschiedliche Formen annimmt. Sie unterscheidet koordinative Verdichtung, ko-kreative Verdichtung und projekthafte Verdichtung (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften 2017). Koordinative Verdichtung findet sich vor allem in krisenhaften Situationen, in denen verstetigte Handlungsmuster und Kompetenzen ineinandergreifen müssen. Beispielhaft wird die Reanimation angeführt. Die medizinische Kompetenz steht in dieser Situation im Mittelpunkt und die Kompetenzen der anderen Berufe sind ergänzend zugeordnet (ebd., S. 26). Davon grenzt sich die ko-kreative Verdichtung als Arbeitsform ab, wenn unterschiedliche berufsspezifische Kompetenzen ohne Zeitdruck gemeinsam mit der Patientin/Klientin aufeinander abgestimmt werden. Hier besteht keine Deutungshoheit einer Profession, was beispielhaft in der Palliativversorgung angemessen ist (ebd., S. 27f). Zwischen diesen beiden Arbeitsformen liegt der weite Bereich der projekthaften Verdichtungen. Sie entstehen aus einem Abstimmungsbedürfnis der beteiligten Akteurinnen, sind jedoch zeitlich begrenzt oder punktuell ausgelegt. Die Autorinnen führen hier die Beispiele der Fallkonferenz oder der gesundheitlichen Grundversorgung an (ebd., S. 29). In dieser Zuordnung steht ebenfalls die zu bewältigende Aufgabe im Mittelpunkt und weniger ein Ideal der Arbeitsbeziehungen und Teamwork als das allein anzustrebende Ziel.

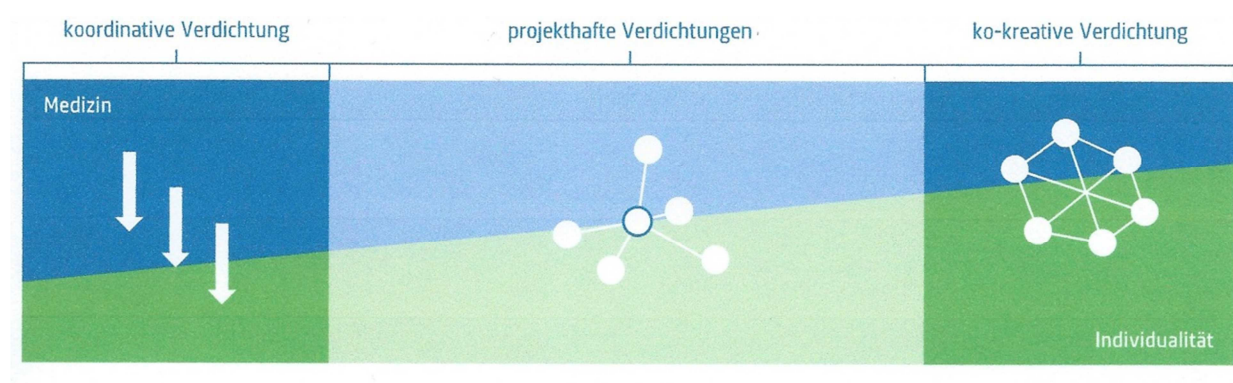


Abbildung 7: Unterschiedliche Organisationsformen im IPZ-Kontinuum (aus: Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften 2017, S. 49)

Die vorgestellten Arbeitsformen der interprofessionellen Zusammenarbeit zeigen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen **keine festgeschriebene Form der gemeinsamen Arbeit** impliziert. Es gibt verschiedene Arbeitsformen, die in unterschiedlichen Situationen eine angemessene Zusammenarbeit darstellen können. Dies ist auch für den geburtshilflichen Bereich zutreffend. In der Geburtshilfe bestehen interprofessionelle Netzwerke in der außerklinischen Hebammenarbeit. Die Hebamme bezieht nur zur Ultraschalldiagnostik eine Ärztin punktuell in die Betreuung der Frau mit ein. Ebenso stellt die Betreuung einer normalen Geburt im Krankenhaus eine Arbeitssituation dar, in der eine Koordination zwischen Hebammen und Ärztinnen oder eine ko-kreative Verdichtung der Arbeit stattfinden kann. Beide Berufsgruppen bringen sich dann mit ihren fachspezifischen Kompetenzen ein. In der Betreuung von Frauen mit Besonderheiten in der Schwangerschaft kann eine partnerschaftliche Zusammenarbeit (collaborative partnership) beider Berufsgruppen entstehen, in der beide ihren Arbeitsbereich behalten. In der Versorgung von Frauen und Kindern mit größeren gesundheitlichen Problemen in einem Perinatalzentrum ist dagegen eine enge Verbindung aller Berufsgruppen und dementsprechend Teamarbeit angemessen.

3.1.3. Interprofessionelle Kompetenzen

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass eine einheitliche Konzeptionalisierung der interprofessionellen Zusammenarbeit noch aussteht. Dennoch findet sie in vielfältiger Weise statt und erfordert **spezifisches Wissen und Können** in der Umsetzung. Autorinnen weisen immer wieder darauf hin, dass die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen gelernt und daher auch gelehrt werden muss (Wilhelmsson et al. 2012, S. 85). Es liegt jedoch auch in diesem Bereich noch keine einheitliche Festlegung der benötigten Fähigkeiten zur Zusammenarbeit vor. So bestehen zum Teil nationale Festlegungen zu interprofessionellen Kompetenzbereichen, in denen sich die bereits dargelegte Begriffsvielfalt weiter fortsetzt. Hervorzuheben ist, dass diese Kompetenzrahmen in der Regel auf Expertenebene und kaum empirisch generiert wurden (CIHC 2010, Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011).

Die Auseinandersetzung mit den erforderlichen Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit findet bereits seit zwei Jahrzehnten statt. Barr geht von einer Dreiteilung der Kompetenzen einer Beschäftigten im Gesundheitswesen aus. Er sieht neben einem Bereich der allgemeinen Kompetenzen (common competences), komplementäre Kompetenzen der Gesundheitsberufe (complementary competences) und Kompetenzen für die Zusammenarbeit (collaborative competences) (Barr 1998, S. 184). Im Mittelpunkt seiner Überlegungen steht, dass die

Angehörigen der Gesundheitsberufe zum Teil sehr ähnliche Kompetenzen besitzen, die jedoch von berufsspezifischen Kompetenzen ergänzt werden. Die verschiedenen Professionen werden so auch unterscheidbar. Diese Kompetenzbereiche werden jedoch durch weitere Kompetenzen für die Zusammenarbeit vervollständigt. Daraus geht hervor, dass die traditionellen Berufs-Kompetenzen nicht ausreichen, um eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, aber auch mit Klientinnen und Patientinnen oder Organisationen, sicher zu stellen. Diese grobe Einteilung von Kompetenzbereichen wurde in der folgenden Zeit konkretisiert und in einigen umfangreichen Kompetenzrahmen zusammengestellt (CIHC 2010, Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011, CanMeds 2015).

Eine kanadische Expertinnengruppe legte 2010 einen nationalen **Kompetenzrahmen** für alle Gesundheitsberufe vor (CIHC 2010). Sie entwickelte 6 Kompetenzdomänen für die interprofessionelle Zusammenarbeit, in denen das Wissen, die praktischen Fähigkeiten und die Einstellungen und Werte der Berufsangehörigen im Gesundheitswesen festgelegt sind. In diesen 6 Kompetenzdomänen stehen vier Domänen im Mittelpunkt, die von zwei weiteren Bereichen unterstützt werden. Im Mittelpunkt stehen die Bereiche der ‚klaren Berufsrolle‘ (role clarification), das ‚Funktionieren des Teams‘ (team functioning), die ‚interprofessionelle Konfliktlösung‘ (interprofessional conflict resolution) und die ‚gemeinschaftliche Führung‘ des Teams (collaborative leadership) (CIHC 2010, S.11). Alle vier Kompetenzbereiche werden von den Fähigkeiten interprofessionell zu kommunizieren und die Arbeit patientinnen-/klientinnen-/familien-/gemeinschafts-zentriert auszurichten, beeinflusst. Alle Bereiche orientieren sich am Ziel der interprofessionellen Zusammenarbeit, das wie folgt definiert ist:

„Interprofessional Collaboration - A partnership between a team of health provider and a client in a participatory, collaborative and coordinated approach to shared decision-making around health and social issues.“ (CIHC 2010, S. 11).

Darüber hinaus steht die interprofessionelle Zusammenarbeit mit den erforderlichen Kompetenzen in einem Kontext aus Qualitätsverbesserung (quality improvement), Kontextfaktoren (contextual issues) und einem Spannungsfeld aus einfachen und komplexen Situationen. Abbildung 8 zeigt eine Übersicht des Nationalen Kompetenzrahmens.

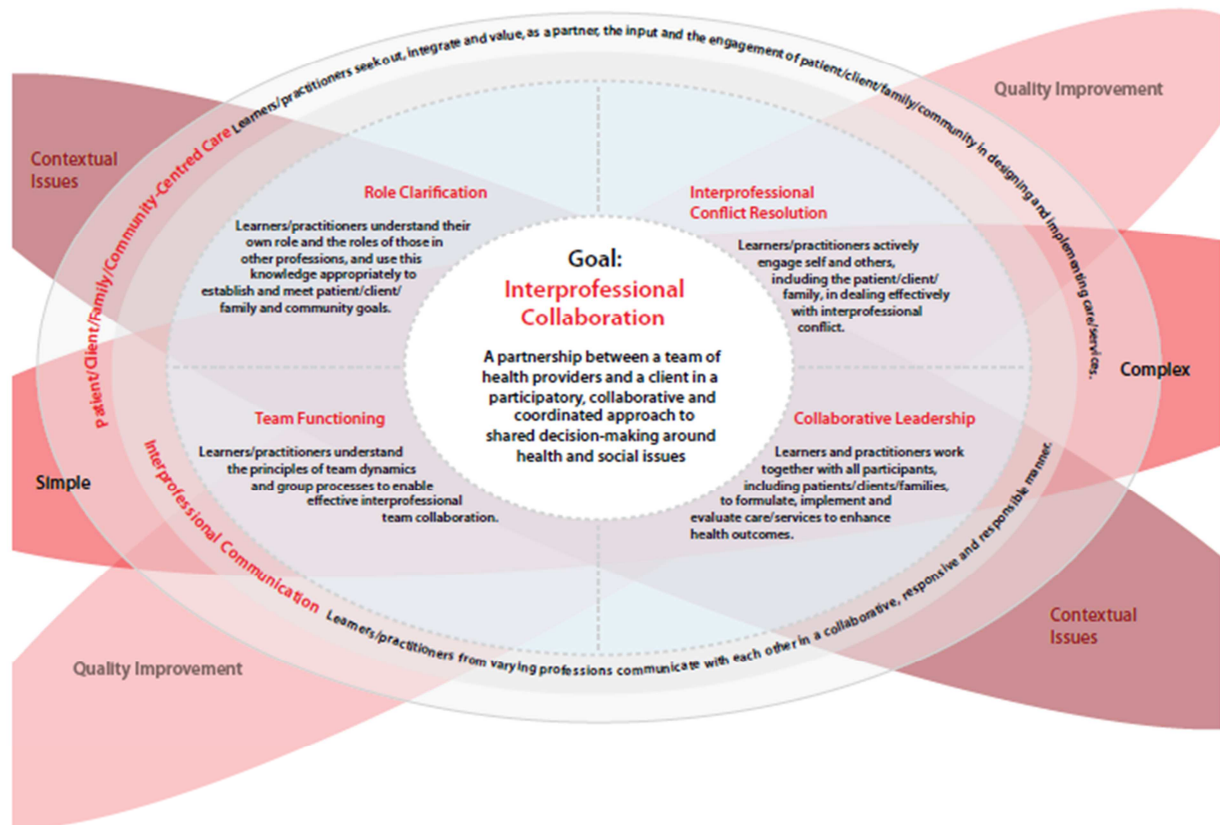


Abbildung 8: Nationaler interprofessioneller Kompetenzrahmen (aus: CIHC 2010, S. 11)

In diesem Kompetenzrahmen spiegeln die interprofessionellen Kompetenzen ein spezifisches berufliches Selbstverständnis wieder. Insbesondere die Bereiche der Rollenklärung (role clarification) und der gemeinschaftlichen Führung (collaborative leadership) können mit einem autonomen Selbstverständnis verbunden werden. Dies ist in der vorliegenden Arbeit von Bedeutung, da unterschiedliche Selbstverständnisse auch das Ausmaß der interprofessionellen Kompetenzen beeinflusst. Ein untergeordnetes berufliches Selbstverständnis ist in diesem Zusammenhang mit weniger interprofessioneller Kompetenz zu verbinden.

Zur Verbesserung der medizinischen Ausbildung wurde ebenfalls in Kanada ein Kompetenzmodell entworfen, das sich an unterschiedlichen Rollen orientiert, die eine professionell arbeitende Ärztin innehat (Frank et al. 2015). Die **verschiedenen Rollen** umfassen: die medizinische Fachexpertin (medical expert), die Kommunizierende (communicator), die Zusammenarbeitende (collaborator), die Führungskraft (leader), die Anwältin für Gesundheit (health advocate), die Gelehrte (scholar) und die Angehörige einer Profession (professional). Um alle Rollen angemessen ausfüllen zu können, sind Kompetenzen für jede Rolle festgeschrieben. Abbildung 9 zeigt die Rollen der medizinischen Expertin.

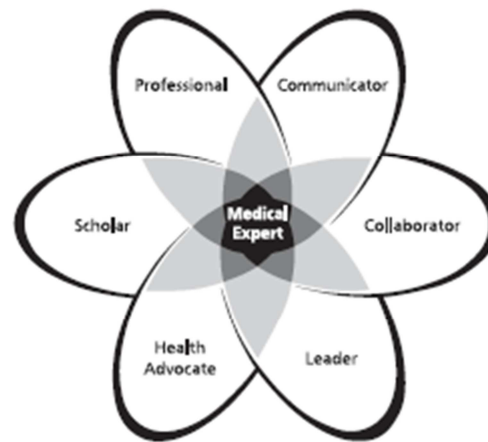


Abbildung 9: Rollen der medizinischen Expertin im CanMeds-Modell (aus: Frank et al. 2015).

Dieses Rollenmodell wird weltweit genutzt und wurde auch auf andere Gesundheitsberufe angepasst (Sottas 2011, Mahler et al. 2012). In der Schweiz sind die Abschlusskompetenzen aller Gesundheitsberufe am CanMeds-Modell ausgerichtet. Für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen sind die berufsspezifischen Kompetenzen an den Rollen einer Expertin orientiert. Neben diesen fachlichen Kompetenzen sind auch Kompetenzen für die Zusammenarbeit mit anderen Berufen und das Schnittstellenmanagement von besonderer Bedeutung (Sottas 2011, S. 2). Auch in Deutschland orientiert sich das Kompetenzprofil des Bachelor-Studiengangs ‚interprofessionelle Gesundheitsversorgung‘ an diesem Modell (Mahler et al. 2012).

3.2. Identitätstheorie

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich das Phänomen, dass Hebammen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sehr heterogen handeln. Sie zeigen darin, wie sie sich als Hebamme in der Situation verstehen. Dieses Selbstverständnis ist nicht beständig und wechselt hin und her. Im Analyseprozess der Grounded-Theory-Methodology ist eine Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten sinnvoll und notwendig (Kelle & Kluge 2010, S. 40). Das Phänomen des ‚Selbstverständnisses‘ impliziert eine Bezugnahme zur Identitätstheorie. Diese ist sowohl in der Psychologie als auch der Soziologie verortet. Das Konzept der Identität ist bisher weniger konkret zu fassen, als es zunächst den Anschein hat (Haußer 1997, S. 130). Straub wählt folgende Worte: „Der Identitätsbegriff und erst recht das modische Wort, das in den medialen, öffentlichen Diskursen kursiert, kann längst alles Mögliche bedeuten.“ (Straub 2018, S. 206). Er unterstreicht damit, dass

Identität in vielfältigen Bezügen genutzt wird und unter ganz unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann, woraus sich auch ein unterschiedliches Verständnis von Identität ergibt. Sowohl in der Psychologie als auch in der Soziologie findet eine breite wissenschaftliche Auseinandersetzung zu diesem Thema statt. Allen Perspektiven ist dabei gemeinsam, dass Identität eine **Antwort auf die Frage gibt: ‚Wer bin ich?‘** (Abels 2010a, S. 249). Es ist auch zu konstatieren, dass Identität als Ich-Identität, soziale Identität, kulturelle Identität, berufliche Identität oder auch noch in verschiedenen anderen Zuordnungen in der Diskussion erscheint. Im Wortsinn bedeutet Identität ‚dasselbe‘ (lat. idem – dasselbe) (Fuchs-Heinritz et al. 2011). Im Verständnis der Psychologie bezieht Identität sich auf die Kontinuität des Selbsterlebens eines Individuums (ebd.). In den Annahmen der Soziologie dagegen ist Identität nur in Bezug zu anderen zu denken (Abels 2010a, S. 254). In beiden Disziplinen ist Identität mit der Anerkennung durch andere verbunden. Anselm formuliert dazu: „[...] die Identitätsfrage ist von der Anerkennungsfrage nicht zu trennen.“ (Anselm 1997, S. 137). Die Ausbildung einer Ich-Identität ist demnach davon abhängig, als diese Person anerkannt zu sein bzw. sich anerkannt zu fühlen. Für diese Arbeit und die vorliegenden Ergebnisse ist die soziologische Annahme einer ‚Identitätskonstruktion‘ von Bedeutung (Keupp et al. 2013, Bilden 1997, Straus & Höfer 1997). Daneben erfordert die Ausrichtung dieses Projektes auf die Arbeitssituation von Hebammen und anderen Gesundheitsberufen in der klinischen Praxis die Auseinandersetzung mit der beruflichen Identität. Die berufliche Identität ist ein Teil der Gesamtidentität einer Person. Nach Hoff definiert sich eine Person auch über den Beruf (Hoff 1990, S. 7) und Arbeit ist als ‚sinnstiftende Instanz‘ zu betrachten (Keupp 2005, S. 11). Die bisher gezeichneten Bereiche der Identitätstheorie bilden die Struktur für die nachfolgenden Kapitel. Zunächst erfolgt eine Darstellung der identitätstheoretischen Vorstellungen in der Psychologie (Kapitel 3.2.1.), gefolgt vom soziologischen Verständnis von Identität mit dem Schwerpunkt der Identitätskonstruktion (Kap. 3.2.2.). Abschließend wird berufliche Identität als spezifischer Anteil von Identität näher beleuchtet (Kap. 3.2.3.).

3.2.1. Identitätstheorie in der Psychologie

Obwohl der Begriff der Identität nicht eindeutig zu bestimmen ist, beschäftigt diese grundlegende Frage Menschen schon lange. Mit dem wachsenden Verständnis des Menschen von persönlicher Freiheit und Individualität in der Moderne tritt auch das individuelle Selbstverständnis mehr und mehr in den Mittelpunkt¹¹. Ausgangspunkt für den Identitätsbegriff ist die Arbeit des Psychoanalytikers Erik H. Erikson. Er beschäftigt sich mit der Ich-Entwicklung von Kindern und

¹¹ Eine ausführliche Darstellung dazu findet sich bei Abels 2010a.

entwickelt in Anlehnung an Freuds Phasen der psychosexuellen Entwicklung ein **Stufenmodell der Identitätsbildung** (Erikson 1966, S. 150). Bis dahin gibt es insbesondere in der Psychoanalyse die Vorstellung von einem ‚Selbst‘ der Person, das der Identität schon sehr ähnlich ist, aber nicht so benannt wird. Erikson geht von einer Identitätsbildung in der Kindheit und Jugend aus, die zum „...*Bewusstsein* des Individuums von sich selbst und *Kompetenz* der Meisterung des Lebens“ (Abels 2010a, S. 267; Hervorhebung im Original) nötig ist. Dabei ist Identität „...die Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und Kontinuität in der Zeit, und der damit verbundenen Wahrnehmung, dass auch andere diese Gleichheit und Kontinuität erkennen.“ (Erikson 1966, S. 18). Das Verständnis von Identität ist auch als „...das Bewußtsein einer lebenslangen Kontinuität der Person zu bezeichnen (Hoff 1990, S. 15). Kraft und Udris definieren dazu: „...vollständige Identität umfasst auf der allgemeinen Ebene die Aufgabe, Einheitlichkeit und Kontinuität immer wieder neu zu schaffen, um Schwierigkeiten des Lebens mit innerer Sicherheit bewältigen zu können, ohne sich von Ambivalenzen und Widersprüchen herumstoßen oder ‚zerreißen‘ zu lassen.“ (Kraft & Udris 1990, S. 42). Dieser Entwicklungsprozess der Identität verläuft nach Erikson in ‚phasenspezifischen Krisen‘ (Erikson 1966, S. 149), die im Sinne einer gelingenden Identitätsbildung bearbeitet und „...zu einem leistungsfähigen Ganzen...“ (Erikson 1946, S. 22; zit. n. Krappmann 1997, S. 66) zusammengefügt werden. Diese normative Setzung der ‚gelingenen Identität‘ grenzt er von der Identitäts-Diffusion als einer psychologischen Störung ab (Erikson 1966, S. 153f). Das Kind erlebt in den verschiedenen Stadien seiner Entwicklung „...spezielle psychologische Konflikte...“ (Erikson 1966, S. 56), die auch als Entwicklungsaufgaben zu betrachten sind (Krappmann 1997, S. 68). Das Durchleben und eine bleibende Lösung dieser Konflikte gegen Ende des jeweiligen Stadiums führen aus psychoanalytischer Sicht zur Formung einer individuellen Identität (Erikson 1966, S. 60). Die bleibende Lösung der psychologischen Konflikte bezeichnet Erikson als psychosoziale Modalität. Sie ist eine Kompetenz der Person, die nun für das weitere Leben zur Verfügung steht. Eine Person verdichtet so am Ende der Adoleszenz ihre bisherige Entwicklung und Kindheitserfahrungen zu einer Persönlichkeit, die die Grundlage für alle folgenden Aufgaben des Erwachsenenalters ist (Erikson 1966, S. 123). Obwohl für Erikson die kindliche Entwicklung im Vordergrund steht, geht auch er davon aus, dass die Identitätsbildung sich nach der Adoleszenz noch fortsetzt. Sie findet in der Adoleszenz jedoch einen wichtigen Kristallisationspunkt. Nach der Adoleszenz sieht Erikson für das Erwachsenenalter noch drei weitere Phasen der Identitätsentwicklung. Sie beziehen sich auf die Etablierung einer stabilen Paarbeziehung, die Berufswahl und Entscheidung für Kinder und schließlich die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben (Haußer 1997, S. 123). Die Bildung einer **stabilen Identität** ist für Erikson Ausdruck einer gesunden Persönlichkeit und zeigt sich in psychosozialem Wohlbefinden (Erikson 1966, S. 147). Das Abweichen davon, die Identitätsdiffusion, führt eher zu Unbehagen oder ist Ausdruck von Krankheit. Krappmann bemerkt dazu, dass dieser Gedankengang die Auswirkungen

einer ‚Starre der Identität‘ notwendig mache (Krappmann 2016, S. 91). Resümierend besteht Identität nach Erikson „...in der Fähigkeit des Ichs, angesichts des wechselnden Schicksals Gleichheit und Kontinuität aufrechtzuerhalten...“ (Erikson 1959, S. 82; zit. n. Abels 2010a, S. 189).

Diese grundlegenden Vorstellungen von Erikson werden seitdem in der Psychologie weiter entwickelt¹². Dabei tritt immer mehr die Überzeugung in den Vordergrund, dass die Identität einer Person nicht starr und andauernd ist, sondern durchaus wandelbar. Auch der Prozess der Identitätsentstehung wird genauer dargestellt. In Anlehnung an Erikson geht zunächst Marcia davon aus, dass die Entwicklung von Identität ein fortschreitender Prozess ist, der durch verschiedene **Identitätszustände** gekennzeichnet ist (Haußer 1997, S. 125ff). Marcia bestätigt die Vorstellung einer Identitätsentwicklung, zweifelt jedoch altersgebundene Phasen der Identitätsentwicklung an. Er konstatiert dagegen, dass eine Änderung der Identität in jedem Lebensalter und zu jedem Thema auftreten kann (Haußer 1997, S. 126). Damit verneint er irreversible Lösungen von psychologischen Konflikten zu bestimmten Themen und postuliert, dass Identität veränderbar ist. In seinem Modell der Identitätszustände unterscheidet Marcia die Zustände der ‚erarbeiteten Identität‘, des ‚Moratoriums‘, der ‚übernommenen Identität‘ und der ‚Identitätsdiffusion‘ (Abbildung 10).

	Erarbeitete Identität (Identity achievement)	Moratorium	Identitätsübernahme (Foreclosure)	Identitätsdiffusion (Identity diffusion)
Exploration von Alternativen / Krise	Ja	aktuell stattfindend	nein	ja/nein: beides möglich
Innere Verpflichtung	Ja	ja, aber vage	ja	Nein

Abbildung 10: Modell der Identitätszustände (modifiziert. n. Kraus & Mitzscherlich 1997, S. 151)

Diese Identitätszustände unterscheiden sich danach, ob sie eine innere Verpflichtung der Person zu bestimmten Themen beinhalten und ob die Möglichkeit zur Erprobung neuer Alternativen besteht. Das Individuum bezieht in der ‚erarbeiteten Identität‘ einen eigenen Standpunkt, den es vertreten kann und will. Aus verschiedenen Möglichkeiten wählt die Person eine Möglichkeit, zu der eine innere Verpflichtung entwickelt wird (Haußer 1997, S. 125). Diesem Zustand kann der Zustand eines ‚Moratoriums‘ vorausgehen, in dem die Person unterschiedliche Möglichkeiten erprobt, ohne jedoch

¹² Eine umfassende Darstellung der psychologischen Identitätstheorie ist an dieser Stelle nicht möglich und auch nicht zielführend. Daher beschränkt sich diese Darstellung auf die grundlegenden Entwicklungen im Zusammenhang mit den Schwerpunkten der vorliegenden Arbeit.

zu einer verbindlichen individuellen Lösung zu kommen. Dieser Zustand kann krisenhaft erlebt werden, ist jedoch nicht als psychische Erkrankung zu werten, sondern als eine ‚normale Phase vermehrter Konflikte‘ (Krappmann 1997, S.74). Wenn das Moratorium endet, ist die Voraussetzung für eine erarbeitete Identität geschaffen (Haußer 1997, S. 125). Der Identitätszustand der ‚übernommenen Identität‘ zeigt sich in einer eindeutigen Verpflichtung in z.B. politischer oder beruflicher Hinsicht. Diese Überzeugung ist jedoch nicht selbst erarbeitet, sondern von andern Personen oder Autoritäten übernommen (ebd.). Die übernommene Identität ermöglicht auch keine Erprobung neuer Alternativen. Im Zustand der ‚diffusen Identität‘ zeigt sich dagegen keinerlei innere Verpflichtung und demnach keine Interessen. Die Erprobung neuer Möglichkeiten kann in diesem Identitätszustand auftreten, ist jedoch nicht unbedingt gegeben. Die Identitätsdiffusion ist mit psychischem Unbehagen verbunden (Erikson 1966, S. 147). Jeder Identitätszustand kann in jedem Lebensalter und zu jedem Thema auftreten. Hier besteht ein bedeutender Unterschied zur Identitätsentwicklung bei Erikson. Die Vorstellung einer starren Entwicklung hin zu einer gelingenden, oder ggf. auch misslingenden, Identität wird aufgelöst. Es ist ein Wechsel von einem Identitätszustand in den anderen hin und zurück möglich (Haußer 1997, S. 127). Das Modell der Identitätszustände bezieht Marcia auch auf den Bereich der beruflichen Identität (siehe Kapitel 3.2.3.).

Andere Entwicklungen in der Psychologie beschäftigen sich näher mit den Vorgängen der Identitätsentstehung. Haußer entwickelt in Anlehnung an Whitbourne und Weinstock ein Modell des **Identitätsprozesses**. Er geht davon aus, dass Identität durch „...die laufende Wechselwirkung zwischen der bestehenden Identität eines Menschen und neuen, diese bestätigenden oder verunsichernden Erfahrungen...“ entsteht (Haußer 1997, S. 131). Identität ist dabei die wahrgenommene Innenperspektive der Person und Erfahrungen bilden die wahrgenommene Außenperspektive. Durch die Prozesse der Identitätsakkommodation (Anpassung der bestehenden Identität an neue Erfahrungen) und Identitätsassimilation (Anpassung neuer Erfahrungen an die bestehende Identität) wird die Identität der Person beeinflusst (ebd.). Erfahrungen, die nicht zur persönlichen Identität passen, bewirken eine Veränderung der Identität. Dagegen können durch Assimilation neue Erfahrungen an die bestehende Identität angepasst und die Identität dadurch stabilisiert werden. Somit entsteht eine Wechselwirkung zwischen bestehenden individuellen Vorstellungen von Realität und neuer Realitätserfahrung (ebd.).

Aus psychologischer Sicht entspricht die Identität der Person ihrem **Selbstkonzept** und wird auch mit personaler Identität gleichgesetzt (Wiswede 2004, S. 480). Der Begriff des Selbstkonzeptes kann als ‚Wissen über sich selbst samt der sich daraus ergebenden Beurteilungen‘ oder als ‚Modellbildung

über die eigene Person' definiert werden (von Tewes & Wildgrube 2016, S. 343). Taylor beschreibt als Antwort auf die Frage, wer man ist:

„...wenn man begreift, was für den Betreffenden von ausschlaggebender Bedeutung ist. Wissen wer ich bin, ist eine Unterart des Wissens, wo ich mich befinde. Definiert wird meine Identität durch die Bindungen und Identifikationen, die den Rahmen oder den Horizont abgeben, innerhalb dessen ich von Fall zu Fall zu bestimmen versuchen kann, was gut oder wertvoll ist oder was getan werden sollte bzw. was ich billige oder ablehne. Mit anderen Worten, dies ist der Horizont, vor dem ich Stellung zu beziehen vermag.“ (Taylor 2016, S. 55).

Das Selbstkonzept ist nach Haußer eine von drei Komponenten der Identität einer Person. Identität beinhaltet neben dem Selbstkonzept (als kognitive Komponente) auch das Selbstwertgefühl (als emotionale Komponente) und die Kontrollüberzeugungen (als motivationale Komponente) der Person (Haußer 1995; zit. n. Raeder & Grote 2005, S. 337). Das Selbstkonzept entsteht aus der Vorstellung von eigenen Fähigkeiten, während das Selbstwertgefühl auf sozialem Vergleich beruht. Die motivationalen Kontrollüberzeugungen verdeutlichen, wie die Person sich das Auftreten von Ereignissen erklärt. Nach Hoff et al. können Kontrollüberzeugungen deterministisch und interaktionistisch geprägt sein. Deterministische Kontrollüberzeugungen sehen keine Einflussmöglichkeit der Person auf ein Ereignis. Sie betrachten Ereignisse ausschließlich von außen beeinflusst. Deterministische Kontrollüberzeugungen unterscheiden sich in der Annahme, ob Ereignisse durch Personfaktoren (internale Kontrollüberzeugung) oder Situationsfaktoren bestimmt sind (externale Kontrollüberzeugung) oder ob Ereignisse durch den Zufall bestimmt werden (fatalistische Kontrollüberzeugung). Im Gegensatz dazu zeichnen sich interaktionistische Kontrollüberzeugungen durch die Annahme aus, dass Ereignisse durch die Interaktion von Person- und Situationsfaktoren bestimmt werden können (Hoff et al. 1990; zit. n. Raeder & Grote 2005, S. 340).

Die identitätstheoretischen Annahmen der Psychologie finden sich auch als Erklärungsansätze von beruflicher Identität. Sie werden im Kapitel 3.2.3. näher erläutert.

3.2.2. Identitätstheorie in der Soziologie

Soziologische Vorstellungen von Identität beschäftigen sich nicht mit den psychischen Prozessen der Person, sondern mit der Annahme, dass **Identität** von der **Interaktion mit anderen Menschen** abhängt (Abels 2010a, S. 256). Diese Perspektive kann so ausgedrückt werden: „...wer ich bin, erfahre ich durch die Reaktionen der anderen auf mein Verhalten.“ (Krappmann 1997, S. 79). Denn „Identität ist nicht nur das, was wir selbst an uns selbst dafür halten, sondern auch das, was von anderen über uns gedacht wird.“ (Abels 2010a, S. 352). Daraus wird der Perspektivwechsel der Soziologie auf

Identität deutlich. Um die Wahrnehmung der anderen zur eigenen Person aufnehmen zu können, ist es nötig „...von der Position des Anderen aus zu denken...“ (Abels 2010b, S. 22). Dieses Konzept der Rollenübernahme stammt von G.H. Mead und bezeichnet die Möglichkeit, das Handeln der Anderen antizipieren und das eigene Handeln darauf abstimmen zu können. Eine Person zeigt dann ihre Identität, wenn sie für andere verständlich handeln kann (Krappmann 1997, S. 79). Da beide Personen in dieser Weise agieren, entsteht eine kommunikative Verständigung. Diese Rollenübernahme geschieht jedoch nicht nur in der Interaktion mit anderen Personen, sondern auch innerhalb der Person. Alles was eine Person zu anderen sagt, sagt „...sie zu sich selbst...“ (Mead 1934, S. 189; zit. n. Abels 2010b, S. 23). So kann das eigene Handeln bewusst werden und daraus ein Selbstbewusstsein im eigentlichen Wortsinn entstehen. Die Person macht sich damit selbst zum Objekt ihrer Wahrnehmung. Dieser Aspekt ist in Hinblick auf Identität relevant, da in der Annahme Meads die Gewinnung von Identität erst möglich ist, wenn die Person in der Lage ist, den Standpunkt der Anderen in Bezug auf die eigene Person einzunehmen. Wenn die Person sich bewusstmacht, welche Haltungen andere ihr gegenüber haben, löst sie diese Haltungen auch in sich selber aus. Das unterstreicht, dass die Person sich ihrer Identität erst bewusst wird, wenn sie sich **mit den Augen der Anderen sieht** (ebd., S. 25). Mead unterscheidet im ‚Ich‘ der Person zwei Seiten: zum einen das ‚Me‘, das dafür steht, wie andere mich sehen und zum anderen das impulsive ‚I‘. Das ‚I‘ stellt sich den Zuschreibungen der anderen entgegen (Mead 1934, S. 189; zit. n. Abels 2010b, S. 33), während das ‚Me‘ die gesellschaftliche Dimension der Identität darstellt. Sie zeigt das internalisierte Bild der Anderen von mir. Die jeweilige Antizipation von Erwartungen und die Reaktion darauf zeigen das reflektierte Ich der Person. Es steht neben dem impulsiven Ich und aus dieser Auseinandersetzung entwickelt sich ein reflexives Bewusstsein der Person. „Identität entsteht dann, wenn das spontane Ich und die reflektierten Ichs in einer typischen Weise dauerhaft vermittelt werden.“ (ebd. S. 36). Der Soziologe Erving Goffman übernimmt Meads Vorstellungen der Rollenübernahme und prägt den Begriff der **Selbstrepräsentation der Person**. In seiner Vorstellung ist die Identität der Person von ihrer Selbstdarstellung in der Interaktion mit anderen und der sozialen Rolle abhängig. „Wenn ein Einzelner vor anderen erscheint, stellt er bewußt oder unbewußt eine Situation dar, und eine Konzeption seiner selbst ist wichtiger Bestandteil dieser Darstellung.“ (Goffman 2013, S. 221). Individuen präsentieren sich also selbst so, wie sie gesehen werden wollen und schaffen damit einen Freiraum für Identität. Diese Darstellung offenbart die Struktur des eigenen Selbst (ebd. S. 230). Rollendistanz ist eine Strategie, Identität zu behaupten (Abels 2010a, S. 333), „...mittels Distanz gegenüber einer *aktuellen* Rolle deuten wir für uns und andere an, wer und was wir *noch* sind. Durch Rollendistanz sollen soziale Erwartungen neu definiert werden...“ (ebd., S. 334; Hervorhebung im Original). In der soziologischen Diskussion spielt auch die **soziale Identität** eine Rolle. Strauss prägt in Anlehnung an Goffman den Begriff der sozialen Identität als Ausdruck für die Erwartungen und

Zuschreibungen von anderen (Abels 2010a, S. 255). Die soziale Identität positioniert eine Person immer wieder neu in der Interaktion. Entweder durch die Erwartungen von außen oder durch die eigene Selbstdarstellung. Obwohl die soziale Identität nicht zwangsläufig mit der Übernahme einer Rolle verbunden ist, spricht Nunner-Winkler in diesem Zusammenhang von einer gesellschaftlich zugewiesenen Identität, wenn wir eine Rolle übernehmen (Nunner-Winkler 1988; zit. n. Kraft & Udris 1990, S.41). Abels setzt Identität in diesem Zusammenhang mit Rollenidentität gleich (Abels 2010a, S. 296). Die anfangs gestellte Frage: ‚Wer bin ich?‘ kann aus soziologischer Sicht noch differenziert werden in die Fragen: „Wie bin ich geworden, was ich bin? Wer will ich sein? Was tue ich? Wie sehen mich die Anderen?“ (Abels 2010a, S. 249). Daraus ergibt sich ein soziologisches Verständnis von Identität als

„... das Bewusstsein, ein unverwechselbares Individuum mit einer eigenen Lebensgeschichte zu sein, in seinem Handeln eine gewisse Konsequenz zu zeigen und in der Auseinandersetzung mit Anderen eine Balance zwischen individuellen Ansprüchen und sozialen Erwartungen gefunden zu haben.“ (ebd. S. 258; Hervorhebung im Original).

Diese soziologische Sichtweise auf Identität ist für das Verständnis von Interaktionssituationen von besonderer Bedeutung. Die Annahme, dass Interaktionen durch Wechselwirkung vom eigenem Selbstbild und der eigenen Vorstellung von der Sichtweise der Anderen beeinflusst sind, bieten eine relevante Erklärung für das Handeln zwischen Hebammen und Ärztinnen und Pflegenden.

Nach der Darstellung der allgemeinen soziologischen Perspektive auf Identität wird nun angesichts der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit die soziologische Vorstellung der **Identitätskonstruktion** fokussiert. Sie steht in Abgrenzung zur epigenetischen Entwicklung einer Identität während Kindheit und Jugend und spezifiziert auch die Auseinandersetzung mit anderen bei der Entstehung von Identität. Die Identitätskonstruktion geht davon aus, dass Identität von der Person aktiv gestaltet wird (Hall 1996; zit. n. Howard 2000, S. 386, Keupp 2016, Straus & Höfer 1997, S. 292) und durch Prozesse ‚**alltäglicher Identitätsarbeit**‘ entsteht (Straus & Höfer 1997, S. 273ff, Keupp et al. 2013, S. 189). Ausgangspunkt dieser Überlegungen sind Erfahrungen innerhalb einer modernen Gesellschaft. Diese stehen für Offenheit und Pluralismus und die Möglichkeit, die eigene Persönlichkeit zu entfalten. In den vergangenen Jahren hat sich ein tief greifender Wandel von geschlossenen und verbindlichen zu offenen und zu gestaltenden sozialen Systemen vollzogen (Keupp 2012, S. 104). Im Vergleich zu früheren gesellschaftlichen Verpflichtungen finden sich heute nur noch wenige feste Rollenbindungen etwa zu familiären oder beruflichen Rollen. Die Deregulierung von Rollenschemata ist ein Gewinn an selbstbestimmter Lebensgestaltung, da das alltägliche Leben kaum noch von vorgefertigten sozialen Erwartungen geprägt ist (Keupp 1997, S. 16). In der Umkehrung bedeutet dies jedoch, dass die **fehlende Sicherheit einer Rollenbindung** auch als Verlust erlebt werden kann und sich eher ein Gefühl der ‚Entbettung‘ einstellt (Keupp 2008, S. 301). Die Abkehr von vorgegebenen

Rollen kann auch als Enttraditionalisierung bezeichnet werden. Das Gefühl des Verlustes vergrößert sich, wenn an die Stelle der nicht mehr geltenden bewährten kulturellen Modelle keine neuen Orientierungen treten. Eine neue feste Orientierung kann sich jedoch kaum ergeben, da mit der Auflösung der Rollenbindungen auch eine Pluralisierung der akzeptierten Lebensformen und Wertorientierungen einhergeht. Ebenso geht die Einbettung in eine religiöse Gemeinschaft in diesem Zusammenhang verloren. Es existieren kaum noch Lebenswelten mit geschlossener weltanschaulich-religiöser Sinnggebung, klaren Autoritätsverhältnissen und Pflichtkatalogen (Keupp 2012). In diesem Rahmen kommt es auch zur Dekonstruktion von Geschlechterrollen. Soziale Rollen als Frau oder Mann sind weniger deutlich oder ganz verschwommen. Die gesellschaftlichen Muster eignen sich in ihrer Vielzahl und Unterschiedlichkeit nicht mehr als Orientierung nach dem Sinn des Lebens (Abels 2010a, S. 404). Es steht vielmehr die Individualisierung im Mittelpunkt, die jeder Person die eigene Gestaltung des Lebens zubilligt. Aus dieser Chance zur Selbstverwirklichung entsteht im Umkehrschluss jedoch die Erwartung, das Leben mit klugem Ressourceneinsatz optimal zu organisieren. Jede Person ist für sich selbst verantwortlich, in letzter Konsequenz auch für das Scheitern. Die staatliche kollektive Daseinsvorsorge wird ersetzt durch individuelles Risikomanagement. Keupp fasst die Lebenswirklichkeit so zusammen: „Nichts ist mehr selbstverständlich so, wie es ist, es könnte auch anders sein; was ich tue und wofür ich mich entscheide, erfolgt im Bewusstsein, dass es auch anders sein könnte und dass es meine Entscheidung ist, es so zu tun.“ (Keupp 2012, S. 104f). Mit Bezug zur Identität sind die so beschriebenen Lebensverhältnisse von sehr unterschiedlichen Erwartungen und Anforderungen an eine Person geprägt. Die besondere Herausforderung der Integration aller Anforderungen wird durch entgegengesetzte und einander ausschließende Anforderungen versinnbildlicht. Das Bewusstsein von innerer Konsistenz einer Person im Sinne Eriksons wird stark belastet oder auch unmöglich. In einer Lebenssituation mit unterschiedlichen Sinnsystemen sieht Bilden es als Vorteil an, wenn eine Person durch ‚innere Vielfalt‘ und verschiedene ‚mögliche Selbste‘, mit dieser Situation zu Recht kommen kann (Bilden 1997, S. 228).

In Bezug auf den Hebammenberuf sind die besonderen Lebensbedingungen einer durch Offenheit und Pluralismus geprägten Gesellschaft darin zu sehen, dass die Hebammenarbeit in ganz unterschiedlichen Bezügen möglich ist. Es existieren keine festgelegten Arbeitsbereiche als ‚Landhebamme‘ oder ‚Klinik-Hebamme‘ mehr. Eine große Zahl von Hebammen arbeitet in unterschiedlichen Arbeitsbereichen. Ebenso ist die Arbeitssituation von einer inhaltlichen Pluralität geprägt. Neben autonomer Hebammenarbeit in der außerklinischen Versorgung und in hebammengeleiteten Einrichtungen steht die medizinisch geprägte Arbeitssituation im Krankenhaus. Aktuell führt darüber hinaus auch der Akademisierungsprozess des Berufes zu einer

Enttraditionalisierung. Jede Hebamme kann und muss individuell die Möglichkeiten der Berufsausübung bestimmen.

Hier knüpft das Konstrukt der Identitätskonstruktion mit der Frage an: „Wer bin ich in einer sozialen Welt, deren Grundriss sich unter Bedingungen der Individualisierung, Pluralisierung und Globalisierung dramatisch verändert?“ (Keupp 2008, S. 291). Parsons Antwort darauf könnte lauten: „Wenn diese mannigfaltigen Rollenverpflichtungen, die mit zunehmendem Status des Individuums und mit wachsender Komplexität der Gesellschaft komplexer werden, von ein und demselben Individuum gehandhabt werden sollen, müssen sie systematisch miteinander verknüpft werden.“ (Parsons 1968, S. 78; zit. n. Abels 2010a, S. 303). Er bestätigt damit, dass die Lebenssituation in einer modernen Gesellschaft eine Herausforderung für Identität bedeutet. Ausgehend von der Identitätskonstruktion gibt es auch eine andere Antwort auf diese Frage. Es steht dann nicht mehr das Gelingen von Identität im Vordergrund, sondern ein ‚**Gefühl von Identität**‘:

„Identität ist ein Projekt, das zum Ziel hat, ein individuell gewünschtes und notwendiges >Gefühl von Identität< (sense of identity) zu erzeugen. Basale Voraussetzungen für dieses Gefühl sind soziale Anerkennung und Zugehörigkeit. Auf dem Hintergrund von Pluralisierungs-, Individualisierungs- und Entstandardisierungsprozessen ist das Inventar übernehmbarer Identitätsmuster ausgezehrt. Alltägliche Identitätsarbeit hat die Aufgabe, die Passungen (das *matching*) und die Verknüpfungen unterschiedlicher Teilidentitäten vorzunehmen.“ (Keupp 1997, S. 34; Hervorhebungen im Original).

Nach der Hervorhebung des besonderen Verständnisses von Identität in Zusammenhang mit Identitätskonstruktion und den besonderen Lebensbedingungen, folgt im Weiteren die Darstellung der zentralen Annahmen dieses Ansatzes.

Identitätskonstruktion vollzieht sich in alltäglicher Identitätsarbeit und geht von **zwei Prämissen** aus. Die erste Prämisse besagt, dass die Person sich permanent in ihren Erfahrungen selbst begreifen muss (Keupp et al. 2013, S. 190). Die unterschiedlichen Erfahrungen werden dabei unter verschiedenen Aspekten miteinander verknüpft. Es entsteht eine zeitliche Perspektive, wenn Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft miteinander verknüpft werden. Andere Verbindungen ergeben sich aus lebensweltlichen Gesichtspunkten, wie die Person sich als Partnerin, Berufstätige etc. erlebt. Auf der Ebene von Ähnlichkeit und Unterschieden werden Erfahrungen, die Bekanntes bestätigen, oder diesem widersprechen oder ‚neu‘ sind, miteinander verknüpft. Zum anderen gilt die Prämisse, dass Identität als **Passungsprozess** zwischen subjektiver innerer und gesellschaftlicher äußerer Welt entsteht (Keupp 2008, S. 293). In diesem Passungsprozess wird der Doppelcharakter von Identität sichtbar, indem sowohl das unverwechselbar Individuelle, als auch das sozial Akzeptable dargestellt werden soll. (ebd.) Die zeitliche Perspektive von Identität kann in der Differenzierung von retrospektiv-reflexiver und prospektiv-reflexiver Identitätsarbeit konkretisiert werden. In der retrospektiv-reflexiven Perspektive werden Selbsterfahrungen in Form von situativen Selbstthematizierungen bewertet. Dabei steht die Darstellung der Person ‚wer bin ich (aktuell)?‘ im

Vordergrund (Keupp et al. 2013, S. 192). Krappmann betont, dass die Fähigkeit, die eigene Identität zu zeigen, eine Grundvoraussetzung für Interaktion mit anderen ist und auch zur Identitätsbehauptung beiträgt (Krappmann 2016, S. 168f). Die prospektiv-reflexive Perspektive der Identitätsarbeit ermöglicht dagegen, zukunftsorientierte Selbstentwürfe zu kreieren (Keupp et al. 2013, S. 192). Diese Selbstentwürfe betonen in besonderer Weise die Identitätskonstruktion, denn sie vermitteln die Vorstellung von optionalen ‚Selbsten‘, die umgesetzt werden können oder auch nicht (ebd., S. 194). Damit rückt die Frage ‚wer will ich sein?‘ für die Person in den Vordergrund (ebd., S. 193). Um solche Identitätsentwürfe in die alltägliche Lebenspraxis umzusetzen, benötigt es die innere Beschlussfassung der Person. Sie sorgt selbst dafür, dass ihre Vorstellungen in Identitätsprojekten konkretisiert werden. Andere Identitätsentwürfe verbleiben im Imaginären und werden nicht umgesetzt.

Die bereits dargestellten spezifischen Lebensbedingungen in einer offenen und modernen Gesellschaft schaffen sehr unterschiedliche Erfahrungen für eine Person. Die Pluralität der Gesellschaft generiert so auch eine Pluralität von Anforderungen. Aus der Vielfalt der Anforderungen können sich Divergenzen oder Ambivalenzen ergeben. Jede Person muss daher für sich „...Erfahrungsfragmente in einen für sie sinnhaften Zusammenhang bringen.“ (Keupp 2008, S. 296). Dieser aktive Part in der Konstruktion einer Identität ist ein offener, lebenslanger und fortschreitender Prozess der eigenen Lebensgestaltung (Keupp et al. 2013, S. 215). Straus und Höfer sprechen von einer ‚aktiven Steuerungsleistung‘ der Person bei der Identitätsarbeit (Straus & Höfer 1997, S. 292). Es entsteht eine Passungsarbeit, die als Aushandlungsprozess zwischen innerer und äußerer Welt der Person verstanden werden muss, um die unterschiedlichen Anforderungen der Lebenssituation zu bewältigen (Keupp 2008, S. 301).

Diese zentralen Annahmen werden zur besseren Übersicht in Abbildung 11 dargestellt.

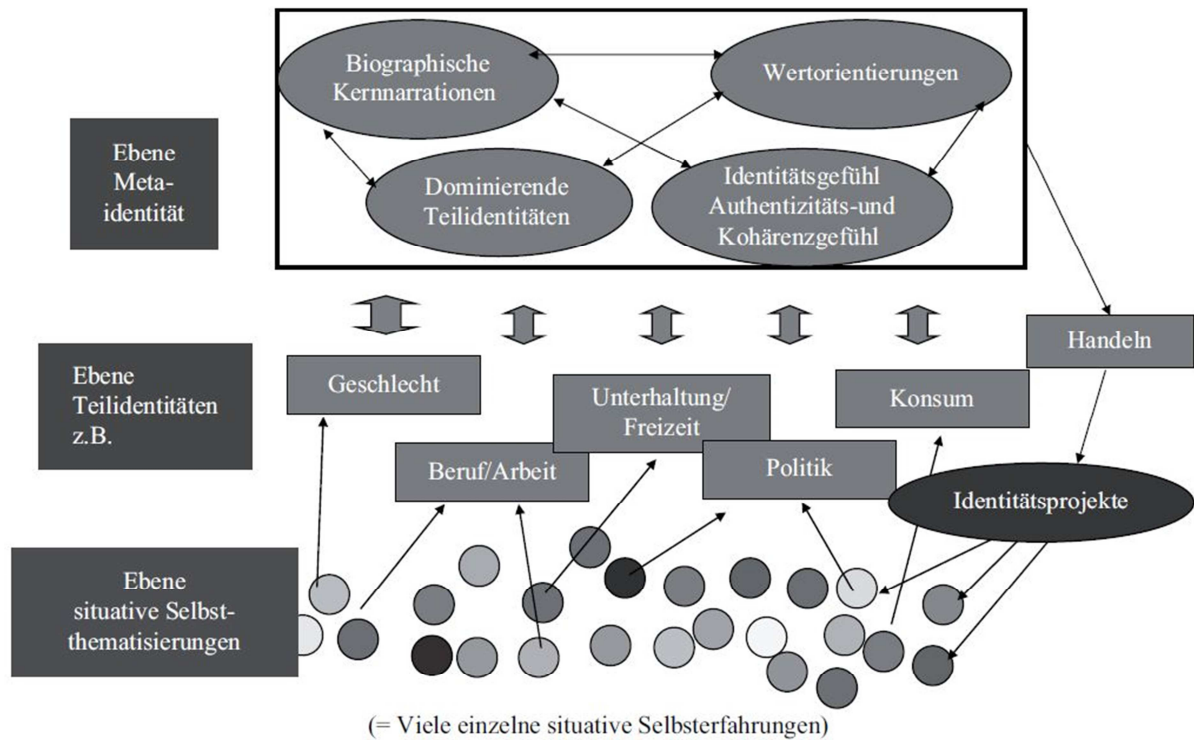


Abbildung 11: Konstruktion von Identität durch alltägliche Identitätsarbeit (aus: Keupp 2008, S. 301).

Der Konstruktionsprozess von Identität kann mittels des Modells der ‚**alltäglichen Identitätsarbeit**‘ eingehender beschrieben werden. Alltägliche Identitätsarbeit besteht aus den Strukturelementen der ‚situativen Selbstthematisierungen‘, der ‚Identitätsperspektiven‘ und der ‚Teilidentitäten‘ (Straus & Höfer 1997, S. 272). Wie der Begriff der Alltäglichkeit andeutet, begleitet Identitätsarbeit die Person in allen Lebenssituationen. Sie zeigt sich in einer Situation darin, wie eine Person sich selbst wahrnimmt¹³. Die Selbstwahrnehmung erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen: der kognitiven, der emotionalen und der sozialen Ebene und auf der Ebene des Handlungsproduktes (Straus & Höfer 1997, S. 274). Sie zeigt damit, was eine Person in einer Situation denkt und fühlt, wie sie sich von anderen eingeschätzt sieht und wie sie ihr Handeln selbst bewertet. Die Selbstwahrnehmung ist in diesem Zusammenhang auch als ein ‚Identitätsakt‘ zu betrachten (ebd.). Die situativen Selbstwahrnehmungen werden Teil der Erinnerung, indem sie integrativ gebündelt und die aktuellen situativen Selbstthematisierungen mit früheren Selbstthematisierungen verbunden werden. Dieser Prozess kann auch als Generalisierung verstanden werden und mündet in Identitätsperspektiven. Identitätsperspektiven stellen gebündelte Selbstthematisierungen der Person dar und werden als „...ein Bild des Subjektes von sich selbst, in dem viele Facetten seines Tuns übersituative Konturen erhalten...“ beschrieben (Straus & Höfer, S. 281). Sie bilden den Erzählrahmen der Person und

¹³ Das Modell der situativen Selbstwahrnehmung geht auf Ottomeyer (1987) zurück.

fokussieren die Sicht auf sich selbst in einer bestimmten Rolle, zu lebensphasischen Themen oder übergreifenden Sichtweisen (Keupp et al. 2013, S. 193). Identitätsperspektiven sind nach Straus und Höfer sehr von soziokulturellen Bedingungen beeinflusst (Straus & Höfer 1997, S. 278). Identitätsperspektiven sind Voraussetzung für die Entstehung von Teilidentitäten, die sich auf unterschiedliche Lebensbereiche wie Familie, Beruf, Freizeit etc. beziehen und jeweils einen bestimmten Ausschnitt einer Person darstellen. So kann man im Rückschluss folgern, dass in der Teilidentität, die sich auf den Beruf bezieht, eine Vielzahl von unterschiedlichen Erfahrungsbausteinen aus dem Bereich der Arbeit und auch ‚Standards‘ zum Selbstverständnis der Person in diesem Bereich enthalten sind (Keupp et al. 2013, S. 219). Eine Generalisierung von Teilidentitäten kann zu einem Identitätsgefühl der Person führen (ebd. S. 225), denn „...Identitätsarbeit hat als Bedingung und als Ziel die Schaffung von Lebenskohärenz¹⁴.“ (Keupp 2008, S. 301). Jede Person ist demnach aufgefordert, eine **eigene Selbstschöpfung von Lebenssinn** zu bewerkstelligen (ebd., S. 300). Das Modell der alltäglichen Identitätsarbeit geht nicht davon aus, dass sich aus vorhandenen Teilidentitäten eine konsistente Meta-Identität bildet. Gleichwohl nehmen Straus und Höfer eine Meta-Ebene der Identität an, die sich in biografischen Narrationen, der Dominanz von Teilidentitäten und einem Kohärenzgefühl darstellt (Straus & Höfer 1997, S. 297). In biografischen Kernnarrationen versucht das Subjekt, die Essenz der eigenen Erfahrungen für sich selbst erklärbar zu machen und sie dienen damit der Kohärenzkonstruktion (Keupp et al. 2013, S. 229). In den Narrationen konstruiert das Subjekt aktiv eine Selbsterzählung, die immer wieder verändert werden kann und es entstehen so weniger fertige Ergebnisse, als ständig sich weiterentwickelnde Produkte. Durch das Erzählen wird die Vielfältigkeit des Erlebens in einem Verweisungszusammenhang organisiert (ebd., S. 208) und die Erzählungen spiegeln auch die Bedeutung von Identitätsbereichen oder Teilidentitäten wider (ebd., S. 234). Mit Bezug zu Berzonsky sprechen Keupp et al. auch davon, dass in den Kernnarrationen ein Teil der Selbst-Theorie des Subjektes sichtbar wird (ebd., S.235). Die schon angesprochene Dominanz von Teilidentitäten kann Resultat verschiedener Lebensphasen oder der Änderung der subjektiven Bedeutung sein. So kann, am Beispiel der Arbeit, die berufliche Teilidentität zunächst im Vordergrund stehen, mit dem Eintritt in das Rentenalter aber an Bedeutung verlieren. Daneben prägt das ‚Gefühl von Identität‘ als Kohärenzsinn die Meta-Ebene von Identität. Die subjektiven Konstruktionen der Person in Identitätsperspektiven und Teilidentitäten sind Grundlage für das Entstehen eines Sinnzusammenhangs. Keupp konkretisiert: „In ihren Identitätsmustern fertigen Menschen aus den Erfahrungsmaterialien ihres Alltags patchworkartige Gebilde und diese sind Resultat der

¹⁴ Das Konzept des Identitätsgefühls bezieht sich auf die Lebenskohärenz im Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky zur Frage nach der Gesunderhaltung von Menschen. In diesem Modell ist die Schaffung von Kohärenz im eigenen Leben der Hauptfaktor für die Gesunderhaltung auch unter widrigen Umständen.

schöpferischen Möglichkeiten der Subjekte.“ (Keupp 2008, S. 97). Es geht aber nicht darum, Differenzen zu harmonisieren, sondern Ambivalenzen und Widersprüche ‚in ein für das Subjekt lebbares Beziehungsverhältnis‘ zu bringen (Keupp et al. 1999, S. 207). Das Identitätsgefühl ist der Person nicht in allen Teilen bewusst, sondern hat auch unbewusste Anteile. Die bewussten Anteile des Identitätsgefühls werden zur Darstellung der eigenen Person genutzt. Diese Prozesse der alltäglichen Identitätsarbeit schaffen für die Person einen aktiven Rahmen, mit den unterschiedlichsten Anforderungen der Lebensrealität umzugehen. Sie bleibt damit auf individuelle Weise handlungsfähig. Daraus ergibt sich der Gewinn dieses Konstruktes, denn: „Gelungene Identität ermöglicht dem Subjekt das ihm eigene Maß an Kohärenz, Authentizität, Anerkennung und Handlungsfähigkeit.“ (Keupp et al. 2013, S. 274).

Die Vorstellung von Identitätskonstruktion mit unterschiedlichen Teilidentitäten wird jedoch auch **kritisch diskutiert**. Insbesondere die scheinbare Aufhebung der Einheit der Person wird in der Psychologie kritisiert. Die Vorstellung einer Aufspaltung der Person wird, wenn nicht als krankhaft, so doch als Vorstufe dazu betrachtet (Straub 2018, S. 209). Und auch die Zuschreibung der spezifischen Lebensbedingungen im postmodernen Zeitalter als legitime Ursache für Identitätskonstruktion wird bezweifelt (Darmstädter & Mey 1998). Andererseits gibt es auch in der Psychologie Verfechterinnen der Vorstellung von ‚Teil-Selbsten‘ im Gegensatz zu einem ganzheitlich integrierten Selbst (Wiswede 2004, S. 480).

An Hand der Vorstellung der Identitätskonstruktion können die unterschiedlichen Verhaltensweisen von Hebammen im beruflichen Alltag eingeordnet werden. Unterschiedliche Teil-Identitäten bieten eine Möglichkeit zur Handlungsfähigkeit im herausfordernden Lebensumfeld der Hebammenarbeit im Krankenhaus.

3.2.3. Berufliche Identität

Neben der Darstellung von Identität aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven erfordert der Fokus der vorliegenden Arbeit auf die berufliche Arbeit von Gesundheitsfachleuten auch den Blick auf berufliche Identität. Die Vorstellungen zu beruflicher Identität unterscheiden sich in ähnlich grundsätzlicher Weise, wie in den vorausgegangenen Kapiteln dargestellt. Auch zu beruflicher Identität gibt es sowohl psychologische als auch soziologische Bezüge und daraus folgend unterschiedliche Definitionen von beruflicher Identität. Zunächst ist berufliche Identität ein **Teil der persönlichen Identität** einer Person und bezieht sich auf den Lebensbereich von Beruf und Arbeit (Raeder & Grote 2005, S. 337). Sie ist ein „...Produkt eines sich lebenslang vollziehenden Prozesses

der Wechselwirkung zwischen Arbeit und Beruf einerseits und Person andererseits.“ (ebd.). Eine Definition im Sinne einer ‚stabilen‘ beruflichen Identität findet sich bei Holland et al.:

“Vocational Identity means the possession of a clear and stable picture of one’s goals, interests, and talents. These characteristics lead to relatively untroubled decision-making and confidence in one’s ability to make good decisions in the face of some inevitable environmental ambiguities.” (Holland et al. 1993, S. 1).

Sie heben hervor, dass ein klares und **stabiles berufliches Selbstverständnis** die eigenen Überzeugungen beinhaltet und für eine kompetente Berufsausübung unerlässlich ist. Holland et al. knüpfen damit an die Annahmen Eriksons der Entwicklung einer stabilen (beruflichen) Identität an. Die Identitätsentwicklung in der Jugend wird mit Bezug zum Beruf in den Ausbildungs- und Anfangsjahren der Berufstätigkeit gesehen (Crigger & Godfrey 2014, S. 377).

Marcia bezieht sein Modell der Identitätszustände (Kapitel 3.2.1.) auch auf die Berufswahl und Positionierung im Beruf. Mit diesem spezifischen Fokus beschreibt er die verschiedenen Identitätszustände beruflicher Identität als:

„Identity Achievements are individuals who have experienced a decision-making period and are pursuing self-chosen occupation and ideological goals. Foreclosures are persons who are also committed to occupational and ideological positions, but these have been parentally chosen rather than self-chosen. They show little or no evidence of ‘crisis’. Identity Diffusions are young people who have no set occupational or ideological direction, regardless of whether or not they may have experienced a decision-making period. Moratoriums are individuals who are currently struggling with occupational and/or ideological issues; they are in an identity crisis“ (Marcia 1980, S. 161; zit. n. Raeder & Grote 2005, S. 340).

Im Sinne Marcias folgt daraus, dass sich auch berufliche Identität im Rahmen dieser Zustände entwickelt und hin und her bewegt. Marcia vertritt damit auch für berufliche Identität, dass diese nicht zu einem Abschluss kommt oder kommen muss, sondern jederzeit verändert werden kann. Er geht auch davon aus, dass in der beruflichen Tätigkeit die Gelegenheit und auch Notwendigkeit dazu besteht, zu eigenen Überzeugungen zu gelangen. Diese Entscheidung zu eigenen beruflichen Überzeugungen sieht Marcia als krisenhaften Prozess für die berufliche Identität an. Diese Herausforderung der Person ist jedoch Voraussetzung dafür, eine eigene erarbeitete berufliche Identität zu erlangen. Zu Beginn einer beruflichen Laufbahn gesteht er der Berufsanfängerin eine gewisse Orientierungslosigkeit in Verbindung mit einer diffusen Identität zu. Jeder nachfolgenden Nicht-Festlegung beruflicher Überzeugungen attestiert er einen krisenhaften Status (ebd.).

Berufliche Identität kann daneben auch durch die Identifikation mit einem Berufsfeld oder einer sozialen berufsdefinierten Gruppe geprägt sein (Raeder & Grote 2005, S. 338) und kann als **soziale Identität** gelten. Die Anerkennung der beruflichen Identität ist dann durch die Berufszugehörigkeit gesichert (Kraft & Udris 1990, S. 42). Daran anknüpfend ist die berufliche Identität auch das

Selbstverständnis der Person, das sich aus der Rolle ergibt, die sie in der Arbeitswelt einnimmt „It is a *sense of the self* that is derived and perceived from the role we take on in the work that we do.“ (Johnson et al. 2012, S. 563; Hervorhebung im Original). Das berufliche Selbstverständnis, das sich vor allem aus einer beruflichen Rolle ergibt, wird auch als ‚Rollenidentität‘ bezeichnet (Kraft & Udris 1990, S. 41; Abels 2010a, S. 296). Berufliche Identität als Rollenidentität ist mit den zugewiesenen beruflichen Aufgaben verknüpft (Johnson et al. 2012, S. 566). Eine hohe Identifikation mit einem Unternehmen oder der Arbeitstätigkeit wird auch als klassische Identitätsform bezeichnet und gegen eine am beruflichen Kompetenzerwerb ausgerichtete Identitätsform abgegrenzt (Raeder & Grote 2005, S. 338). Wackerhausen beschreibt die Identifikation mit einem Berufsfeld sehr anschaulich in seiner ‚anatomy of the professional identity‘ als:

„...to talk, like we do, asking questions as we do, understanding and explaining things the way we do, to see and value one’s own profession as we do, telling the type of narratives we typically tell...“
(Wackerhausen 2009, S. 460).

Er sieht Identifikationsmöglichkeiten insbesondere in einer berufs- oder auch tätigkeitsspezifischen Sprache und dem berufsspezifischen Verständnis der gegebenen Aufgaben. Daran sind ein gemeinsam geteiltes Bild der Berufsgruppe und auch das Verständnis der beruflichen Tätigkeiten gekoppelt (ebd.). Die Identifikation mit der Berufsgruppe ermöglicht sowohl die Sicherheit eines klaren Rahmens als auch die Einschränkung durch berufsspezifische Grenzen. Die Berufsgruppenzugehörigkeit kann im beruflichen Selbstverständnis sogar mehr Bedeutung haben, als die Einschätzung der eigenen Berufserfahrung (Mieg & Woschnack 2002, S. 195). Sie beeinflusst auch die Selbsteinschätzung des eigenen Wissens und das berufliche Selbstkonzept, denn „...selbstgeschriebenes Berufswissen [ist] als Teil des beruflichen Selbstkonzeptes aufzufassen.“ (ebd. S. 197). Berufliche Identität entwickelt sich nach Baitsch und Schilling in Bezug auf die subjektiv wahrgenommene berufliche Kompetenzentwicklung und knüpft damit an das Selbstkonzept der Person an (Baitsch & Schilling 1990; zit. n. Raeder & Grote 2005, S. 338). Die berufliche Expertise ist damit Teil des Selbstkonzeptes der Person (Mieg & Woschnack 2002, S. 197).

Berufliche Identität wird ebenso mit Bezug zur Identitätskonstruktion definiert. Grzanna betont einen aktiven Part der Person bei der Entwicklung der beruflichen Identität: „Personen zeigen ihre Berufsidentität so, wie sie sich selbst sehen und wie sie in Zukunft sein wollen“. (Grzanna 2011, S. 10). Und auch Baitsch und Schilling betonen eher den **individuellen Sinn-Anspruch**, den die Person für sich in der beruflichen Tätigkeit sieht, wenn sie berufliche Identität als „...die subjektive Beurteilung, ob sich das arbeitende Individuum in den Stationen seiner Arbeitsbiografie als Person wiedererkennen und sich mit diesen identifizieren kann.“ definieren (Baitsch & Schilling 1990, S. 27). Keupp betrachtet berufliche Identität als individuellen Sinn-Anspruch in Bezug auf die berufliche Arbeit, der zur Entstehung von Lebenskohärenz beiträgt. Die unterschiedlichen Anforderungen im

Rahmen von modernen Arbeitsbedingungen erforderten eher mittelfristige Arbeitsprojekte, die auch wieder verändert oder aufgegeben werden könnten, als eine festgefügte berufliche Identität. Dies schließt an die individuellen Identitätsprojekte der Person an. Auch in Bezug auf den Beruf benötigt der Mensch die Möglichkeit zur ‚Selbsteinbettung‘, da traditionelle berufliche Rollen nicht mehr bindend sind. Keupp spricht der Arbeit eine ‚sinnstiftende Instanz‘ zu (Keupp 2005, S. 11).

Die Entstehung von beruflicher Identität ist jedoch nicht nur ein lebenslanger Prozess, sondern auch Veränderungen unterworfen. Sie verändert sich während des beruflichen Lebens (MacIntosh 2003, S. 566), auch im Zusammenhang mit den Veränderungen der beruflichen Rahmenbedingungen. Hier sind u.a. technologische Veränderungen und eine Änderung der beruflichen Aufgaben zu nennen. Die jeweiligen Rahmenbedingungen können berufliche Identität stabilisieren oder schwächen. Baitsch und Schilling kritisieren Arbeitsbedingungen als ‚identitätsbedrohend‘ (Baitsch & Schilling 1990, S. 32, Kraft & Udris 1990, S. 41). Merkmale **identitätsbedrohender Arbeit** sehen sie in arbeitsteiliger Arbeitsorganisation, mangelnden Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten, fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten, fehlender Identifikation mit dem Arbeitsergebnis und unzureichender Kommunikation (ebd.). Identitätsbedrohende und identitätsfördernde Faktoren sind auch für die Identität der Person beschrieben. Krappmann beschreibt ‚identitätsfördernde Fähigkeiten‘, die es einer Person erleichtern, eine Ich-Identität auszubilden. Für ihn zählen Rollendistanz, Ambiguitätstoleranz und die Fähigkeit zur Identitätsdarstellung zu diesen identitätsfördernden Fähigkeiten (Krappmann 2016, S. 132ff). Auch Keupp et al. sehen verschiedene Ressourcen als Voraussetzung für Identitätsarbeit. Sie identifizieren materielle Ressourcen, soziale Anerkennung und die Fähigkeit zum Aushandeln und einen vorhandenen ‚Möglichkeitssinn‘ als Ressourcen für Identität (Keupp et al. 2013, S. 276ff).

Diese Ausführungen zu einer identitätstheoretischen Einordnung der vorliegenden Arbeit zeigen einen hilfreichen Bezug zur Identität als Grundlage sowohl der alltäglichen Handlungen als auch der beruflichen Arbeit. Die soziologische Annahme der Identitätskonstruktion bietet einen Erklärungsansatz für heterogenes berufliches Handeln von Hebammen. Die Abgrenzung zu anderen bestehenden Erklärungsansätzen von Identität und beruflicher Identität hebt die Bedeutung der Identitätskonstruktion hervor. Die in Kapitel 2 beschriebene Arbeitssituation in der Geburtshilfe im Setting Krankenhaus kann als eine Art der ‚Entbettung‘ des Hebammenberufes angesehen werden. Die traditionellen Zuschreibungen von Geburtshilfe werden durch die Medikalisierung der Geburt und die Geburtsmedizin abgelöst. Somit kann eine Situation angenommen werden, die ein Agieren in unterschiedlichen Sinn-Systemen erfordert und die Identität von Hebammen herausfordert. In der Darstellung des Forschungsstandes zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe im nachfolgenden Kapitel 4 wird der Aspekt der unterschiedlichen Herangehensweise an die geburtshilfliche Arbeit noch einmal aufgenommen (Kapitel 4.2.1.). Darüber hinaus ist die Situation

des Hebammenberufes von einem Umbruch der beruflichen Qualifikation geprägt. Die Akademisierung und Orientierung der Hebammenarbeit an (hebammen)wissenschaftlichen Erkenntnissen kann ebenfalls als eine besondere Veränderung erlebt werden, die die Identität von Hebammen herausfordert.

4. Stand der Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe

Die Beschäftigung mit einer wissenschaftlichen Fragestellung erfordert die Kenntnis der bisherigen Erkenntnisse zu diesem Thema. Forschung ist nur dann sinnvoll und auch ethisch vertretbar, wenn sie nicht eine bloße Reproduktion bereits vorliegender Erkenntnisse ist. Zwar ist im qualitativen Forschungsvorgehen der Literaturrecherche keine primäre Rolle zu Beginn der Forschung zugewiesen, wie in quantitativ ausgerichteter Forschung. Jedoch ist die Kenntnis der vorliegenden Literatur in Bezug auf das interessierende Thema bereits für die Präzisierung der Fragestellung und ebenso die spätere Einordnung der Ergebnisse von Bedeutung. Da die Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe noch im Aufbau begriffen ist, wird zunächst ein Überblick zu Forschungsaktivitäten im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen dargestellt (Kapitel 4.1.). Die Darstellung der Forschung im geburtshilflichen Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit wird durch thematische Schwerpunkte strukturiert (Kapitel 4.2.). In Kapitel 4.3. wird abschließend die Relevanz des Forschungsstandes für die vorliegende Arbeit erläutert.

4.1. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Wie bereits dargestellt, besteht noch konzeptuelle Unklarheit zu interprofessioneller Zusammenarbeit (Kapitel 3.1.1.). Sie verhindert eine Systematisierung der Erkenntnisse und trotz wachsender Forschungstätigkeit im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit bleibt weiter erheblicher Forschungsbedarf bestehen (Xyrichis et al. 2018). Um die konzeptuelle Unklarheit zu überwinden, bieten Reeves et al. einen Überblick zu den **Forschungsaktivitäten für den Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen** (Reeves et al. 2011). Diese Übersichtsarbeit zur Darstellung der verwendeten Konzepte von interprofessioneller Zusammenarbeit und Theorierahmen der Forschung verweist auf verschiedene Forschungsbereiche. In einer Analyse, die 107 Studien einschließt, wurde zunächst ein Analyseraster für Forschungsarbeiten zu interprofessioneller Zusammenarbeit entwickelt und anschließend erprobt. Aufgrund der vorhandenen Unklarheit zu interprofessioneller Zusammenarbeit wurden interprofessionelle Aktivitäten in die drei Bereiche interprofessionelles Lernen (IPE), interprofessionelle Praxis (IPP) und interprofessionelle Organisation (IPO) unterteilt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Hauptteil der Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit bisher im Bereich

des interprofessionellen Lernens stattfindet (81 von 107 Studien). Interprofessionelles Lernen bezieht sich auf Studierende und Angehörige der Gesundheitsberufe nach dem Abschluss der Ausbildung. Neben der Forschung zu interprofessionellem Lernen bezieht sich ein kleinerer Forschungsbereich auf die interprofessionelle Organisation (n= 9). Hier steht die Organisationskultur im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Für die vorliegende Arbeit von besonderem Interesse ist die Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der klinischen Praxis (n= 32). Hier konzentriert sich der größte Teil der Forschung auf die Untersuchung von interprofessionellen Interaktionen wie Besprechungen und Einsatzbesprechung ebenso wie interprofessionelle Checklisten, Kommunikationswerkzeuge und Leitlinien (n=30). Dabei stehen die Kommunikation, das Teamwork und die Zusammenarbeit im Fokus. Sie werden an Hand des Verhaltens der Teilnehmenden und der Arbeitsprozesse evaluiert. Ein Teil dieser Studien (n= 16) zielt auf das Patientenoutcome und 4 Studien auf die ökonomischen Effekte der interprofessionellen Zusammenarbeit. Als weiteres Ergebnis der Analyse gilt, dass nur 20 der 107 eingeschlossenen Forschungsarbeiten eine konzeptuelle oder theoriegenerierende Perspektive einnehmen (ebd.). Diese Überblicksarbeit zeigt, dass das Hauptinteresse der Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit bisher dem interprofessionellen Lernen gilt. Bei der Erforschung der Zusammenarbeit in der Berufspraxis stehen jeweils konkrete interprofessionelle Interventionen im Fokus, die auf ihre Wirksamkeit untersucht werden. Es zeigt sich Forschungsbedarf in der weiteren Exploration der Zusammenarbeit und der Verwendung sozialwissenschaftlicher Theorierahmen. Darüber hinaus fehlt die Generierung von Theorie zu interprofessioneller Zusammenarbeit. Hier schließt die vorliegende Arbeit an. Die Situation in Deutschland entspricht diesen Ergebnissen. Mahler et al. halten fest, dass eine einheitliche Konzeptualisierung sinnvoll wäre, diese aber noch nicht vorliegt (Mahler et al. 2014). Eine gestiegene Bedeutung dieses Themas sei daran abzulesen, dass im Gesundheitswesen immer mehr interprofessionelle Ausbildungsangebote entstehen.

4.2. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in der Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe. Die Forschung in diesem Bereich wächst deutlich an, bisher steht jedoch ebenfalls die Exploration im Vordergrund. Regionale Schwerpunkte der Forschung liegen in Kanada, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Skandinavien. Die Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe ist mehrheitlich qualitativ ausgerichtet. Dies erleichtert die Wissensgenerierung in einem noch wenig bekannten Bereich. Im Forschungsfokus stehen in der Regel, abhängig von den jeweiligen Strukturen der Gesundheitsversorgung, die Zusammenarbeit von Hebammen, Ärztinnen

und Pflegenden. In Ländern ohne etablierte Hebammenprofession übernehmen geburtshilflich ausgebildete Pflegende (obstetric nurse) die hebammenspezifische Arbeit. Meist stehen jedoch Hebammen gemeinsam mit Pflegenden, Ärztinnen und ggf. noch weiteren Professionen im Zentrum des Forschungsinteresses.

Einen Überblick zu den Forschungsaktivitäten in diesem Bereich bieten die Arbeiten von Aquino et al. 2016, Schlüter-Cruse et al. 2016 und Macdonald et al. 2015. Zwei **Reviews** konzentrieren sich auf die Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden mit dem Schwerpunkt Public Health (Aquino et al. 2016) bzw. Hebammen und Pflegenden (Macdonald et al. 2015). Schlüter-Cruse et al. untersuchen die interprofessionelle Kooperation von Hebammen in der außerklinischen Hebammenarbeit (Schlüter-Cruse et al. 2016). Es fehlt bisher die Perspektive der Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen bei der Geburt in einer Übersichtsarbeit.

Aquino et al. legen eine Synthese zur Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden mit dem Schwerpunkt Public Health (health visitors) vor. Das Ziel der Analyse sind die gemeinsamen Arbeitsbereiche, die Art der Kommunikation zwischen den Akteurinnen, die Effektivität der Zusammenarbeit und ob die Zusammenarbeit den Leitlinien entspricht. Sie schließen 16 qualitative und quantitative Studien in die Analyse ein. Hebammen und Pflegende mit dem Schwerpunkt Public Health schätzen die interprofessionelle Zusammenarbeit, diese findet jedoch nur selten in der Praxis statt. Die Hauptarbeitsbereiche zwischen den Professionen finden sich in den Bereichen der Schwangerenbetreuung und Betreuung in der Wochenbettzeit und bei der Übergabe der Betreuung. Die Kommunikation findet im persönlichen Kontakt, aber auch telefonisch statt. Zur Effektivität der interprofessionellen Zusammenarbeit liegen nur Selbsteinschätzungen und keine kontrollierten Studienergebnisse vor und es finden sich fördernde und hemmende Faktoren für die Zusammenarbeit. Förderlich für die Zusammenarbeit ist vor allem eine gute Kommunikation und gegenseitiger Respekt gegenüber den Kolleginnen. Ebenso ist die gemeinsame Arbeit ein positiver Faktor für die Zusammenarbeit. Schwierigkeiten für die Zusammenarbeit ergeben sich aus schlechter Kommunikation, Distanz, wenig Zeit und Unterstützung und wenig Wissen zum anderen Beruf. Außerdem stehen die ungenügende Informationsweitergabe und unterschiedliche Betreuungsphilosophien im Fokus der Schwierigkeiten (Aquino et al. 2016). Die Ergebnisse dieses Reviews korrespondieren mit den Forschungsergebnissen zur Zusammenarbeit von Hebammen mit Ärztinnen und anderen Professionen. Auch hier stehen die Schwierigkeiten von Zusammenarbeit im Vordergrund (Kapitel 4.2.1.).

In der Übersichtsarbeit zur Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden in der Geburtshilfe untersuchen Macdonald et al. die Erfahrungen von Hebammen und Pflegenden. 5 qualitative Studien sind in ihre Analyse eingeschlossen. Sie finden negative und positive Erfahrungen bei Hebammen und

Pflegenden. Negative Erfahrungen stehen im Zusammenhang mit Misstrauen, unklaren Berufsrollen oder unprofessionellem Verhalten. Positive Erfahrungen treten seltener auf, werden dann jedoch mit der Hoffnung verbunden, dass die Herausforderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu überwinden ist (Macdonald et al. 2015).

Schlüter-Cruse et al. fokussieren die interprofessionelle Kooperation von Hebammen in der ambulanten geburtshilflichen Versorgung. Sie integrieren 25 Studien in die Analyse und bestimmen vier zentrale Themen zur Kooperation von Hebammen. Im Bereich der Kooperation in der ambulanten Hebammenarbeit sind die relevanten Themen der Kontext von Kooperation und der Gewinn durch Kooperation. Daneben stehen die fördernden und hemmenden Faktoren von Kooperation und die Kompetenzen zur Kooperation. Insgesamt stellen sie einen deutlichen Forschungsbedarf zur interprofessionellen Arbeit von Hebammen fest.

Diese Ergebnisse unterstreichen die Forschungsergebnisse zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe in anderen Bereichen. In der wachsenden Zahl von Forschungsprojekten bestehen noch keine ausgeprägten methodischen Forschungslinien. Es zeigen sich jedoch **thematische Schwerpunkte**. Bisher stehen in der Regel die Themen der Herausforderungen und Schwierigkeiten der Zusammenarbeit, die Evaluation von Einstellungen, die Effekte von interprofessionellen Aktivitäten und der Zusammenhang von Zusammenarbeit und Patientinnensicherheit im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Sie werden nachfolgend näher dargestellt.

4.2.1. Herausforderungen interprofessioneller Zusammenarbeit

Der Hauptaspekt der Schwierigkeiten und Barrieren in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe besteht in einem **unterschiedlichen Verständnis von Schwangerschaft und Geburt** (Hunter & Segrott 2014, McIntyre et al. 2012, Wiczorek et al. 2016, Schölmerich et al. 2014, Kennedy & Lyndon 2008, Murray- Davis et al. 2011, Klein et al. 2009). Dieser Aspekt erscheint in fast allen Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit Schwierigkeiten und Barrieren der Zusammenarbeit in der Geburtshilfe. Dieses Phänomen ist international von Bedeutung, denn sowohl in Europa (Hunter & Segrott 2014, Wiczorek et al. 2016, Schölmerich et al. 2014) als auch in Nordamerika (Klein et al. 2009, Munro et al. 2013) und Australien (Reiger & Lane 2009, McIntyre et al. 2012) besteht diese Problematik der unterschiedlichen Herangehensweisen der Berufsgruppen. Dabei zeigt sich eine Konstanz darin, dass insbesondere Hebammen Schwangerschaft und Geburt mit einem normalen Lebensereignis verbinden und eine individuelle Betreuung jeder Frau propagieren (Klein et al. 2009). Ärztinnen dagegen gehen von einer grundsätzlichen Gefährdung jeder schwangeren Frau

und ihres Kindes aus (McIntyre et al. 2012). Auch wenn die Berufsgruppen das gleiche Ziel im Sinne einer sicheren Geburt verfolgen, unterscheiden sie sich doch in ihren Strategien, dieses Ziel zu erreichen (Wieczorek et al. 2016). Ärztinnen bewerten Technik eher positiv und sie stellen die individuellen Wünsche der Frau nicht immer in den Mittelpunkt. Eine Geburt ohne ärztliche Betreuung erscheint ihnen risikoreich, weshalb eine Hausgeburt auch nicht als Option eines sicheren Geburtsortes angesehen wird. Hebammen beurteilen diese Aspekte grundsätzlich anders. Sie präferieren, die Wünsche der Frau zu respektieren und weniger zu intervenieren und halten auch eine Hausgeburt für einen angemessenen Geburtsort, wenn die Frau dies wünscht (Klein et al. 2009).

Berufsspezifische Grenzen und Selbstverständnisse werden ebenfalls als Barriere angesehen, (Hunter & Segrott 2014, Munro et al. 2013). Hebammen erleben in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Pflegenden, dass sie mit negativen Einstellungen den Hebammen gegenüber konfrontiert sind. Der berufsspezifische Tätigkeitsbereich der Hebammen scheint den anderen Berufsgruppen nicht ausreichend transparent zu sein (Munro et al. 2013). Die Betonung der normalen Geburt als hebammenspezifischem Zuständigkeitsbereich mittels einer Leitlinie zur Unterstützung der normalen Geburt führt dazu, dass Ärztinnen sich ausgeschlossen fühlen und Probleme befürchten, wenn sie bei auftretenden Komplikationen nicht ausreichend Informationen haben. Sie fordern mehr Kontakt zu den gebärenden Frauen und fühlen sich zu sehr auf ihre technischen Fähigkeiten reduziert (Hunter & Segrott 2014). Dazu kommen von ärztlicher und pflegerischer Seite Befürchtungen einer ungleichen Bezahlung und Konflikte um Rollen und Verantwortung (Munro et al. 2013).

Die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe wird auch durch **belastete Beziehungen** erschwert. Es fehlt an gegenseitigem Respekt und Vertrauen (Reiger & Lane 2009). Diese Beziehungsaspekte stehen bei der Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen im Kreißaal im Mittelpunkt und werden mit der historischen Perspektive eines seit Jahrhunderten bestehenden Konfliktes zwischen Hebammen und Ärztinnen in Zusammenhang gebracht. Es wird der Begriff der ‚professionellen Höflichkeit‘ (professional courtesy) eingeführt, der für einen respektvollen Umgang in jeder beruflichen Beziehung steht (ebd.).

Eine weitere Barriere für gelingende Zusammenarbeit bilden **getrennte und unklare Strukturen** in der Arbeitssituation (Munro et al. 2013, Wieczorek et al. 2016, Schölmerich et al. 2014, Mackintosh et al. 2009). Hier sind unklare Rollen und Verantwortlichkeiten hervorzuheben, die eine Unsicherheit bei den beteiligten Professionen auslösen (Munro et al. 2013). Die Fragmentierung der Betreuung im Setting Krankenhaus führt zudem zu einer strikten Teilung der Arbeitsbereiche. Dies ist insbesondere in der Wochenbettbetreuung zwischen Hebammen und Kinderkrankenschwestern zu beobachten

(Wieczorek et al. 2016). Jedoch ist auch die räumliche Trennung ein Hindernis für gute Zusammenarbeit (Schölmerich et al. 2014). Daraus ergibt sich, dass strukturierende Elemente die Hindernisse für die Zusammenarbeit teilweise ausräumen können. Mackintosh et al. finden die strukturierte Übergabe und Nutzung eines Whiteboards als eine hilfreiche Unterstützung der interprofessionellen Arbeit. Darüber hinaus unterstützt eine Koordinatorinnen-Rolle im Kreißaal die Zusammenarbeit (Mackintosh et al. 2009). Daran wird deutlich, dass neben der Unterstützung der Beziehungsaspekte auch strukturelle Hilfen nützlich sind.

4.2.2. Einstellung zu interprofessioneller Zusammenarbeit

Ein anderer thematischer Schwerpunkt ist die **Evaluation der Einstellung** und Meinungen der Berufsangehörigen zu interprofessioneller Zusammenarbeit (Perdok et al. 2016, Cronie et al. 2019, Smith et al. 2009). Auch wenn die Forschungsaktivitäten und auch die Erkenntnisse zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe in den vergangenen Jahren sehr angestiegen sind, ist die Exploration dieses Themengebietes noch von Bedeutung. Die Einstellungen und Meinungen von beteiligten Akteurinnen werden vermehrt bei Veränderungen der Versorgungsstrukturen evaluiert, wie es in der Vergangenheit in Kanada, Australien und aktuell in den Niederlanden zu beobachten ist. Im Veränderungsprozess der geburtshilflichen Versorgung in Kanada zeigt eine Studie, dass Hebammen und Ärztinnen ein uni-professionelles Betreuungsmodell präferieren, aber Interesse an interprofessionellen Betreuungsmodellen haben (Smith et al. 2009). In Kanada besteht die Besonderheit, dass der Hebammenberuf nach jahrelanger Absenz wieder staatlich zugelassen und in die geburtshilfliche Betreuung eingebunden wird. In niederländischen Studien sollen die Einstellungen von Berufsangehörigen in der geburtshilflichen Versorgung einen Einblick in die Beziehungen und die Qualität der Zusammenarbeit geben. Die Beteiligten an multidisziplinären geburtshilflichen Teams sind unzufrieden mit der interprofessionellen Zusammenarbeit, unabhängig von der Berufsgruppe (Cronie et al. 2019, Perdok et al. 2016). Dabei fällt auf, dass Hebammen auch pessimistisch gegenüber einer zukünftigen Zusammenarbeit sind.

4.2.3. Effekt interprofessioneller Zusammenarbeit

Obwohl Forschungsergebnisse belegen, dass viele Faktoren die Umsetzung der Zusammenarbeit in der Geburtshilfe erschweren, wächst auch der Anteil der Forschung, der den **Effekt von interprofessionellen Interaktionen** in der Geburtshilfe untersucht. Die Erkenntnisse beziehen sich bisher auf die Effekte von interprofessionellem Lernen und der gemeinsamen interprofessionellen

Arbeit (Olander et al. 2018, Beasley et al. 2012, Harris et al. 2012, Haller et al. 2008, Hastie& Fahy 2011, Zemp et al.2017).

Das **interprofessionelle Lernen** ist meist in die berufliche Erstqualifikation einbezogen¹⁵. Daneben ist das gemeinsame Lernen auch in der Fort- und Weiterbildung relevant. Hier bieten gemeinsame Übungen und aktive Auseinandersetzung mit einem Thema im Rahmen eines Workshops angemessene Lernmöglichkeiten, die einen positiven Effekt auf die interprofessionelle Zusammenarbeit haben. Sowohl die Lernmöglichkeiten eines Workshops als auch eines gemeinsamen Trainings sind positiv mit interprofessioneller Zusammenarbeit verknüpft (Olander et al. 2018, Haller et al. 2008). Ein eintägiger Workshop zur Auseinandersetzung mit aktueller Gesundheitspolitik, professionellen Rollen der Gesundheitsberufe und der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen kann eine Verbesserung der Einstellung und Bereitschaft zur Zusammenarbeit erreichen (Olander et al. 2018). Vor der Intervention des Workshops antizipierte Barrieren für die Zusammenarbeit erscheinen nach der Intervention geringer (ebd.). Eine positive Veränderung der gemeinschaftlichen Arbeit kann auch in einem Follow-up nach einem Monat nachgewiesen werden (ebd.). Gemeinsames Lernen hat auch in Form von interprofessionellen Übungen (CRM – Crew Resource Management Training) einen positiven Effekt. Die Teilnehmerinnen der Übung bewerten diese Erfahrung mit großer Zufriedenheit und geben einen signifikanten Wissenszuwachs zu relevanten Inhalten wie Teamarbeit und gemeinsamer Entscheidungsfindung (SDM – Shared Decision Making) an (Haller et al. 2008). Diese positiven Veränderungen sind auch ein Jahr nach der Übung nachweisbar (ebd.).

Unterschiedliche **Arbeitsprozesse** der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe wurden auf ihre Effektivität untersucht. So stehen bisher die gemeinsame Arbeit in Fallkonferenzen (Beasley et al. 2012) und die umfassende Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams (Harris et al. 2012) bzw. von Hebammen koordinierte interprofessionelle Betreuung (Zemp et al. 2017) im Fokus der Forschung. Beasley et al. untersuchen den Effekt von **wöchentlichen Fallkonferenzen** von Hebammen und Geburtshelferinnen in einer Gemeinschaftspraxis. Diese Fallkonferenzen führen zu einer konsiliarischen Betreuung durch die Gynäkologinnen gemäß den geltenden Richtlinien für Konsultationen. In diesen Fällen werden gemeinsame Behandlungsplanungen erstellt, die eine hohe Konsistenz der Behandlung in ähnlichen Fällen aufweisen. Beide Berufsgruppen sind sehr zufrieden mit dieser Art der Betreuung (Beasley et al. 2012). Eine Untersuchung von Harris et al. untersucht die Effekte von umfassender **Zusammenarbeit zur Unterstützung der normalen Geburt** auf das

¹⁵ Das interprofessionelle Lernen in der Ausbildung ist ein umfangreicher Forschungsbereich zur interprofessionellen Zusammenarbeit, ist für die vorliegende Arbeit aber nicht zielführend und wird daher nicht dargestellt. Die Übersichtsarbeiten zum Effekt von IPE von Reeves et al. 2013 und Reeves et al. 2010 bieten einen Überblick zu diesem Forschungsbereich.

perinatale Outcome (Harris et al. 2012). In diesem Projekt wird eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zur Unterstützung der normalen Geburt mit der Standardbetreuung verglichen. In der Interventionsgruppe sind, neben Hebammen und Ärztinnen, auch Public-Health-Pflegende und Doulas¹⁶ in die Betreuung eingebunden. In dieser Gruppe werden mehr Geburten von einer Hebamme betreut. Es gibt weniger Geburten mittels Sectio caesarea und mehr Frauen planen eine vaginale Geburt nach vorausgegangener Sectio caesarea. Nach der Geburt erfolgt ein kürzerer Klinikaufenthalt von Mutter und Kind und mehr Kinder werden ausschließlich gestillt als in der Gruppe mit Standardbetreuung (ebd.). Es ist kritisch zu betrachten, dass nicht näher dargestellt wird, in wie weit diese Ergebnisse mit der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen oder der Zielsetzung der Förderung der normalen Geburt in Verbindung stehen.

Die Studie von Zemp et al. beschäftigt sich mit der Frage der **Kostenentwicklung** in der schweizerischen Krankenversicherung im Rahmen der Wochenbettbetreuung im Zusammenhang mit interprofessioneller Zusammenarbeit. Nach Einführung einer interprofessionellen Wochenbettbetreuung, die durch Hebammen koordiniert wird, werden die Kosten für die Frau und das Kind getrennt erhoben. Als Kontrollgruppe wird ein Kanton ohne dieses Betreuungsmodell herangezogen. Durch multivariate Analysen kann gezeigt werden, dass die Kosten für die Wöchnerin sich nicht verändern, jedoch eine vermehrte Hebammenbetreuung zu erkennen ist. Die Kosten für die gesundheitliche Versorgung des Kindes sinken in der Zeit der ersten 4 Lebenswochen. In den anderen Altersklassen bis zu 7 Monaten bleiben die Kosten gleich (Zemp et al. 2017).

4.2.4. Patientinnensicherheit

Abschließend ist auch das Thema Sicherheit bzw. die **Gefährdung der Sicherheit** durch Fehler, die aus Konflikten entstehen, relevant (Lyndon et al. 2013, Maxfield et al. 2013, Rice Simpson & Lyndon 2009, Rice Simpson et al. 2006). Diese Erfahrung ist im geburtshilflichen Bereich weit verbreitet, wie amerikanische Forschungsergebnisse ergeben. Umfragen bei Hebammen, Pflegenden in der Geburtshilfe und Ärztinnen zeigen, dass 47% der Befragten Erfahrung mit der Gefährdung von Frauen unter der Geburt haben. Diese Gefährdung entsteht durch fehlerhafte Reaktion auf Informationen und Bedenken anderer Betreuungspersonen (Lyndon et al. 2013). Dabei steht die Unverbundenheit der unterschiedlichen Akteurinnen im Mittelpunkt, die sich in unterschiedlichen Vorgehensweisen in einem gemeinsamen Arbeitsbereich und Untätigkeit oder fehlgeleiteten Aktionen zeigt. Wenn keine Reaktion auf geäußerte Bedenken erfolgt, führt dies zu Resignation. Auch die Unverbundenheit zur

¹⁶ Die Doula ist eine nicht geburtshilflich qualifizierte Begleiterin der gebärenden Frau, die emotionale Unterstützung gewährt.

Verwaltung spielt eine Rolle, da nicht ausreichend vermittelt werden kann, welche Unterstützung die Institution für eine angemessene Versorgung leisten muss. Über die Gefährdung der Sicherheit und Bedenken gegenüber der beruflichen Performanz wird im Setting Krankenhaus wenig gesprochen. Maxfield et al. berichten, dass 92% der befragten Hebammen, Pflegenden in der Geburtshilfe und Ärztinnen im laufenden Jahr schon einmal Bedenken zur Sicherheit von Frauen und Kindern hatten, aber nur 13% diese Bedenken mit den betroffenen Kolleginnen besprechen. Solche unausgesprochenen Bedenken sind auch ein Grund, den Arbeitsplatz zu wechseln (Maxfield et al. 2013).

4.3. Relevanz für die vorliegende Arbeit

Die Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und zur Zusammenarbeit in der Geburtshilfe entwickelt sich immer mehr. Obwohl noch kein verbindliches Konzept von Interprofessionalität besteht, entstehen zahlreiche Erkenntnisse zu interprofessioneller Arbeit und interprofessionellen Interaktionen. Bisher steht die Exploration der interprofessionellen Arbeitssituation im Vordergrund. Die **Theoriegenerierung ist noch wenig ausgeprägt**. Ein tieferes Verständnis der interprofessionellen Zusammenarbeit ist jedoch auch von der Einbindung einer theoretischen Rahmung dieses Phänomens abhängig. Daher ist die Ergänzung der beschreibenden Exploration durch eine theoriegenerierende Forschung sinnvoll. Die ermittelten Ergebnisse sollten darüber hinaus zukünftig auch mit bereits bestehendem theoretischem Wissen verbunden werden. Diese Perspektive nimmt die vorliegende Arbeit auf. Die Erforschung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden im Setting Krankenhaus wird zur Generierung einer Grounded Theory genutzt. Sie kann einen theoretischen Strukturzusammenhang zwischen unterschiedlichen Phänomenen darstellen. Der Zugang der Forschung zu interprofessioneller Zusammenarbeit in der Geburtshilfe erfolgte bisher in der Regel mit einem qualitativen Forschungsansatz. Die subjektive Sichtweise der Berufsangehörigen ist der Ausgangspunkt der Forschung und ermöglicht die Exploration dieses Forschungsbereiches. Diese bereits bestehenden Forschungsergebnisse **bestätigen das geplante Vorgehen** dieser Arbeit, da Daten aus Interviews und teilnehmender Beobachtung bereits erfolgreich zur Wissensgenerierung genutzt werden konnten. Der Strukturzusammenhang der interprofessionellen Zusammenarbeit ist jedoch auch durch den spezifischen nationalen Kontext geprägt, sodass die internationalen Forschungsergebnisse nicht ohne Weiteres auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem übertragen werden können. Das vorliegende Projekt bietet so die Möglichkeit,

die nationalen Besonderheiten der Zusammenarbeit zu explorieren und an internationale Erkenntnisse anzuknüpfen.

Teil II - Empirischer Teil

5. Wissenschaftstheoretischer Hintergrund und Einordnung der Untersuchung

Wie in den bisherigen Ausführungen dargelegt wurde, ist die Exploration der interprofessionellen Arbeitssituation von Hebammen ein wichtiger Ausgangspunkt für das Verständnis der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe. Einer konkreten Datenerhebung muss neben der Formulierung von Forschungsfragen auch eine Klärung des wissenschaftstheoretischen Rahmens vorausgehen. In diesem Kapitel sollen dazu zunächst die metatheoretischen Bezüge des vorliegenden Projektes dargestellt werden (Kapitel 5.1.), um die Begründung des qualitativen Vorgehens zu ermöglichen (Kapitel 5.2.). Über die wissenschaftstheoretische Bezugnahme hinaus, prägen methodologische und methodische Entscheidungen den Forschungsprozess (Kapitel 5.3. und Kapitel 5.4.). Neben diesen Überlegungen zum konkreten Vorgehen sind auch forschungsethische Überlegungen (Kapitel 5.5.) und eine Darstellung der Qualitätskriterien der qualitativen Forschung (Kapitel 5.6.) von Bedeutung.

5.1. Metatheoretische Bezüge und Einordnung

Jede Forschung muss sich zu ihrer Art der Erkenntnismöglichkeit, den soziologischen und wissenschaftstheoretischen Bezügen und der Forschungsmethodologie erklären. Erst an Hand dieser Einordnung ist die Güte des Forschungsprozesses und auch der Ergebnisse angemessen einzuschätzen (Steinke 2012, S. 323, Lamnek 2010, S. 44) (Kapitel 5.5.).

Forschung zielt auf begründete wissenschaftliche Aussagen zu einem Objektbereich. Um solche Aussagen treffen zu können, muss die theoretische Rahmung des Forschungsprozesses deutlich gemacht werden. Diese Rahmung umfasst meta-theoretische und substanz-theoretische Auffassungen. Nach Lamnek strukturieren sich meta-theoretische Vorstellungen in der Sozialforschung in verschiedene Wissensebenen (Lamnek 2010, S. 44). Eine übergeordnete Ebene nimmt dabei die Erkenntnistheorie ein. Sie klärt grundlegend darüber auf, auf welche Weise Erkenntnis überhaupt möglich ist. Auf den folgenden Ebenen finden sich Wissenschaftstheorie und Methodologie, die auch als Metatheorien, also Theorien über Theorie, zu verstehen sind. Die Wissenschaftstheorie legt dabei die Kriterien zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung fest, während die Methodologie als ‚Anwendungsfall‘ der Wissenschaftstheorie klare Handlungsanweisungen für den Forschungsprozess vorgibt (Lamnek 2010, S. 43). Diese Strukturierung

verdeutlicht den Einfluss der meta-theoretischen Einordnung auf den Forschungsprozess und die entstehenden Ergebnisse.

Im vorliegenden Projekt ist das Erkenntnisinteresse auf die interprofessionelle Arbeitssituation von Hebammen im klinischen Setting gerichtet. Die Forschungsfragen beziehen sich auf die strukturellen Bedingungen und die subjektive Perspektive der Hebammen in der klinischen Arbeitssituation und spiegeln den meta-theoretischen Rahmen dieser Arbeit. Die sozialphilosophischen Annahmen des amerikanischen Pragmatismus sind ein **erkenntnistheoretischer Zugang** zu qualitativer Forschung. Sie postulieren ein Wirklichkeitsverständnis, das eine objektive Realität ausschließt. Es gibt nicht eine bereits existierende Wirklichkeit ‚da draußen‘ (Strauß & Corbin 1994, S. 279; zit. n. Strübing 2008, S. 38), sondern Realität entsteht im Handeln. Realität ist nicht nur prozessual, sondern auch multiperspektivisch, da die Handlung immer nur eine unter einer Vielzahl von Perspektiven ist. Diese sozialphilosophischen Annahmen finden ihren Niederschlag in verschiedenen wissenschaftstheoretischen Zugängen von qualitativer Forschung. Für das vorliegende Projekt sind der Symbolische Interaktionismus und die Ethnomethodologie relevante Perspektiven. Beide Ansätze gehen von der Annahme aus, dass soziale Wirklichkeit erst als gemeinsame Herstellung und Zuschreibung von Bedeutung existiert. Der Symbolische Interaktionismus fokussiert dabei die Prozesse der Interaktion von Menschen, die Ethnomethodologie die Konstitution von sozialer Ordnung (Flick et al. 2012, S. 18). Das in dieser Arbeit fokussierte Phänomen der Zusammenarbeit impliziert eine nähere Betrachtung der gemeinsamen Interaktion von Menschen, was durch die Perspektive des Symbolischen Interaktionismus unterstützt wird. Es geht jedoch nicht nur um die gemeinsame Arbeit von Einzelpersonen, sondern es steht die interprofessionelle Zusammenarbeit von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen im Mittelpunkt. Der Bezug auf unterschiedliche Berufsgruppen lässt vermuten, dass das Phänomen in einem komplexen sozialen Gefüge aus unterschiedlichen Berufen mit je eigenem Status, eigener Sozialisation und eigenem Einfluss stattfindet. Damit scheint die ethnomethodologische Perspektive auf die Herstellung von sozialer Ordnung ebenfalls angemessen zu sein.

Diese komprimierte Zusammenfassung von Annahmen soll durch die folgende Darstellung der wissenschaftstheoretischen Grundlagen vertiefend erklärt werden.

5.1.1. Symbolischer Interaktionismus

Der Symbolische Interaktionismus ist ein wirklichkeitsverbundener Ansatz der wissenschaftlichen Erforschung des menschlichen Zusammenlebens und des menschlichen Verhaltens (Blumer 2004). Er

wurde von den Soziologen Herbert Blumer und Erving Goffmann begründet und geht darüber hinaus auf die Arbeiten von G.H. Mead, J. Dewey, W.I. Thomas, R.E. Park und W. James zurück. Wie schon beschrieben, bezieht sich der Symbolische Interaktionismus auf das Wirklichkeitsverständnis des amerikanischen Pragmatismus, dass es keine objektive Realität gibt. Darauf aufbauend bestehen im Symbolischen Interaktionismus drei Prämissen:

1. Menschen handeln >Dingen< gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung, die diese Dinge für sie besitzen.
2. Die Bedeutung solcher Dinge leitet sich aus der sozialen Interaktion ab bzw. entsteht aus ihr.
3. Die Bedeutungen werden in einem interpretativen Prozess, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt, gehandhabt und abgeändert.
(Blumer 2004).

Die Kenntnis und das Verständnis dieser Prämissen sind notwendig für die Einordnung von Forschung. Die erste Prämisse besagt, dass ‚Dinge‘ keine Bedeutung an sich haben, sondern dass ihnen Bedeutungen lediglich zugewiesen werden können. Bedeutung besteht also nicht für ein Ding an sich, sondern ist jeweils individuell unterschiedlich (Abels 2010b, S. 50). Hier besteht eine Verbindung zum Verständnis des Pragmatismus, dass es keine objektive Realität gibt. Die Bedeutung von Dingen ist aber nicht nur je individuell unterschiedlich, sondern wird erst in der sozialen Interaktion hergestellt. Damit ist **Bedeutung ein soziales Produkt**. Diese Annahme impliziert für den Forschungsprozess, dass es nicht möglich ist, die vorhandenen Bedeutungen zu entdecken, die die erforschten Dinge besitzen, sondern diese Bedeutung muss aus der Interaktion der Personen interpretiert werden. In der interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe handeln unterschiedliche Akteurinnen. Die Betrachtungsweise des Symbolischen Interaktionismus ermöglicht, diese Handlungen nicht als zufällig oder nur von außen beeinflusst zu sehen, sondern als Interaktionen in denen die Bedeutung ausgehandelt wird. Bedeutung entsteht und verändert sich dabei in jeder Interaktion, denn das Verhalten aller Akteurinnen formt die Dinge mit (Abels 2010b, S. 52). Die dritte Prämisse konkretisiert sich in einem zweischrittigen Prozess. Zunächst zeigt sich die Handelnde selbst die Gegenstände an, auf die sie ihr Handeln ausrichtet (Interaktion mit sich selbst) und in einem zweiten Schritt führt diese Kommunikation mit sich selbst zur Interpretation der Bedeutung und deren Handhabung (Blumer 2004).

Daraus resultieren nach Blumer vier zentrale Konzeptionen des Symbolischen Interaktionismus (ebd.):

1. Menschen sind, individuell und kollektiv, darauf ausgerichtet, auf der Grundlage der Bedeutung der Objekte zu handeln, die ihre Welt ausmachen.

2. Der Zusammenschluss der Menschen erfolgt notwendigerweise in der Form eines Prozesses, in dessen Verlauf sie sich gegenseitig etwas anzeigen und das Anzeigen der jeweils anderen interpretieren.
3. Soziale Handlungen sind, gleichgültig ob sie individueller oder kollektiver Art sind, in einem Prozess aufgebaut, in dem die Handelnden die ihnen begegnenden Situationen wahrnehmen, interpretieren und einschätzen.
4. Die komplexen Verkettungen von Handlungen, die Organisation, Institutionen, Arbeitsteilung und Netzwerke gegenseitiger Abhängigkeit ausmachen, sind dynamische und nicht statische Angelegenheiten.

Soziale Handlungen, so auch die interprofessionelle Zusammenarbeit, sind immer situativ eingebettet und erhalten auch erst durch ihre Einbettung ihre Bedeutung und damit ihre Form. Die situative Einbettung der interprofessionellen Zusammenarbeit in das soziale Gefüge des Krankenhauses hat demzufolge für den Interaktionsprozess eine andere Bedeutung und Ausprägung, als die interprofessionelle Zusammenarbeit im außerklinischen Setting.

5.1.2. Ethnomethodologie

Die Ethnomethodologie ist eine weitere Forschungsperspektive qualitativer Forschung, sie geht auf Harold Garfinkel zurück. Sie richtet den Fokus auf die interaktiven Prozesse, in denen Menschen Wirklichkeit herstellen (Flick 2017, S. 86). Dabei geht es darum zu verstehen, wie soziale Ordnung entsteht (Bergmann 2012, S. 119). Gesellschaft wird so aus der subjektivistischen Sichtweise betrachtet (Lamnek 2010, S. 39).

Auch für die Ethnomethodologie gilt die Grundvoraussetzung des Pragmatismus, dass es keine objektive Realität gibt, sondern dass soziale Wirklichkeit durch die interaktionalen Prozesse von Menschen hergestellt wird (Bergmann 2012, S. 122). Es gibt demnach keine gegebenen sozialen Tatsachen und die Herstellung von Wirklichkeit findet keinen Abschluss, sondern vollzieht sich fortwährend. **Soziale Ordnung** wird durch **gemeinsam hervorgebrachte Sinnstrukturen** der beteiligten Menschen konstruiert (ebd.). Erst durch diese Interaktion konstituiert sich soziale Ordnung.

Heritage formuliert 3 Grundannahmen für die Ethnomethodologie:

„(1) Interaktion ist strukturell organisiert; (2) interaktive Beiträge sind sowohl vom Kontext geformt, als sie auch diesen Kontext fortschreiben; (3) diese beiden Eigenschaften stecken in den *Details* der Interaktion, sodass keine Anordnung von Details in konversationeller Interaktion a priori als ungeordnet,

zufällig oder irrelevant abgetan werden kann.“ (Heritage 1985, S. 1; zit. n. Flick 2017, S. 87; Hervorhebungen im Original).

Aus der ersten Grundannahme ergibt sich, dass, egal wie sich die Handlung im Alltag darstellt, von einer sinnhaften Ordnung ausgegangen werden kann. Alltagswissen, Routinen und Interpretationen spielen dabei eine wichtige Rolle (Bergmann 2012, S. 122). Die Art und Weise, ‚wie‘ im alltäglichen Handeln der Umwelt Sinn verliehen werden kann (ebd., S. 124) kann der Forscherin zeigen, wie soziale Tatsachen zu sozialen Tatsachen werden (ebd., S. 123). Die Perspektive, wie die einzelne Person diesen Sinn erzeugt, ist dabei nicht entscheidend, sondern dass subjektive Sinnstiftung immer im sozialen Geschehen mit anderen entsteht (ebd., S. 125). Diese Grundannahme der Ethnomethodologie verdeutlicht für die interprofessionelle Zusammenarbeit, dass die Art der Interaktion der verschiedenen Berufsgruppen miteinander die dahinterliegenden Strukturen und Bedeutungen beinhaltet. Die Art und Weise z.B. miteinander zu kommunizieren weist auf die sinnhafte Struktur für die Beteiligten und damit die soziale Ordnung dieser Situation hin. Die zweite Grundannahme der Beteiligung des Kontextes im Alltagshandeln rückt die Analyse von Handlungen in den Mittelpunkt, die in ihrem natürlichen Kontext stattfinden. Der **Kontext bestimmt die Interaktion** und damit die soziale Wirklichkeit mit (Lamnek 2010, S. 39). Die Handlung bekommt durch den ständigen Bezug zum umgebenden Kontext einen indexikalen Charakter (Bergmann 2012, S. 126). Der Sinn einer Handlung ist nur durch den jeweiligen Kontext zu verstehen und weist selbst immer auf den Kontext hin (Lamnek 2010, S. 39, Bergmann 2012, S. 126). Der Sinn einer Handlung wird also durch den Kontext mitbestimmt, dieser wird durch die sinnstiftende Handlung aber gleichzeitig erst konstituiert. Dies wird als ‚Reflexivität‘ bezeichnet (Lamnek 2010, S. 39). Die Indexikalität und der reflexive Bezug erfordern in der konkreten Interaktion, dass Begriffe nicht abschließend definiert werden, sondern immer einen Grad von Vagheit beinhalten (Bergmann 2012, S. 127). Damit können Bedeutungen fließend verwendet und offen und mehrdeutig gehalten werden (ebd.). Um dieser Vagheit begegnen zu können müssen zwischen den Akteurinnen bestimmte Hintergrundregeln unterstellt werden, die einen weitgehenden Handlungs- und Interpretationsspielraum ermöglichen (Lamnek 2010, S. 40). Mit Bezug zu der vorliegenden Arbeit bedeutet dies, dass das Phänomen der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht für sich alleine stehen kann, sondern im Zusammenhang mit dem jeweiligen Kontext zu betrachten ist. Hier sind die jeweilige Arbeitssituation mit ihren spezifischen fachlichen Anforderungen und die institutionellen und auch gesellschaftlichen Gegebenheiten von Bedeutung. Ebenso ist für die interprofessionelle Arbeitssituation ein Handlungsrahmen anzunehmen, der den Akteurinnen vertraut ist. Für den Blick ‚von außen‘ der Forscherin gilt es, diesen Rahmen mit zu denken. Beide Aspekte sind für die methodischen Entscheidungen von Bedeutung und der klare Bezug zur Feldforschung ist zu erkennen. Eine Weiterentwicklung der ethnomethodologischen Perspektive konzentriert sich auf die

Analyse von alltäglichen Arbeitsprozessen („studies of work“) (Flick 2017, S. 88). In diesen Arbeitsprozessanalysen stehen insbesondere praktische Kompetenzen des Arbeitsgebietes, die Beschreibung von Arbeitsabläufen und das erst im Vollzug der Arbeit erkennbare ‚verkörperte Wissen‘ im Mittelpunkt (ebd., S. 89).

Die interprofessionelle Arbeitssituation der Hebammen im klinischen Setting erfolgt in einem Aushandlungsprozess mit anderen Berufsgruppen, in dem auch deutlich werden kann, wie soziale Ordnung entsteht. Der spezifische Blickwinkel auf das Alltagshandeln der beteiligten Professionen und damit der Einbezug des Kontextes sind ein weiterer Aspekt, der in besonderer Weise mit den Grundannahmen der Ethnomethodologie korrespondiert.

5.2. Begründung eines qualitativen Forschungsansatzes

Wie schon gezeigt wurde, arbeiten Angehörige der unterschiedlichen Gesundheitsberufe zwar in vielfältiger Weise und häufig zusammen, es ist jedoch noch wenig systematisches Wissen über diese Arbeitssituation im klinischen Setting vorhanden. Aus diesem Grund sind sowohl die Strukturen der Zusammenarbeit als auch die subjektive Sichtweise der Hebammen auf dieses Phänomen das in den Forschungsfragen formulierte Forschungsinteresse. Noch wenig erforschte Bereiche können jedoch nicht mit hypothesentestender quantitativer Forschung weiter exploriert werden (Flick et al. 2012, S. 25, Flick 2017, S. 27). Dazu ist ein qualitativer Zugang besser geeignet.

Qualitative Forschung ist nach Flick et al. „...ein Oberbegriff für unterschiedliche Forschungsansätze.“ (Flick et al. 2012, S. 18). Diese differieren in ihrem meta-theoretischen Rahmen, stellen jedoch alle das **Verstehen von Phänomenen** in den Mittelpunkt. Im Bereich der Sozialforschung (und auch der Human- und Gesundheitswissenschaften) ist dies die Erforschung von sozialer Wirklichkeit (ebd., S. 13). Soziale Wirklichkeit ist durch die gemeinsame Herstellung von Sinn geprägt, der sich in den Handlungen der Akteurinnen manifestiert. In diesen Handlungen wird auch implizites Wissen der Akteurinnen deutlich, welches nicht begrifflich zu fassen ist, aber mit anderen geteilt wird (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2010, S. 13). Diese Konstruktion von Wirklichkeit der Akteurinnen wird im qualitativen Forschungsprozess re-konstruiert (ebd.). Die Rekonstruktion und damit das Verstehen ist jedoch nur durch ein methodisch-kontrolliertes Fremdverstehen¹⁷ zu gewährleisten (ebd., S. 16). Die methodische Kontrolle besteht darin, systematisch zwischen der Interpretation der Akteurin und der Interpretation der Forscherin zu unterscheiden. Die Interpretationen der befragten Akteurin zeigen sich in ihrer Sprache, wenn sie Phänomene in

¹⁷ Das Konzept des Fremdverstehens geht auf Alfred Schütz zurück.

ihrem eigenen Relevanzsystem darstellt (ebd., S. 17) oder im alltäglichen Kontext handelt. Nach Flick et al. entsteht ein besseres Verständnis von sozialer Wirklichkeit durch den Versuch, die Lebenswelt aus einem subjektiven Blickwinkel zu beschreiben (Flick et al. 2012, S. 14). Ausgehend von der Annahme, dass soziale Wirklichkeit gemeinsam hergestellt wird, können so empirisch begründete Aussagen zu subjekt- und situationsspezifischen Sichtweisen und Handlungen getroffen werden (Flick 2017, S. 26). Qualitative Forschung ist darüber hinaus auf Hypothesen- und Theoriegenerierung und das Verstehen komplexer Zusammenhänge ausgerichtet. Die Analyse von Einzelfällen und ein klarer Kontextbezug des Alltagswissens bieten einen spezifisch qualitativen Zugang zum Forschungsprozess. Um diese Aspekte umsetzen zu können, erfordert qualitative Forschung Offenheit im Vorgehen und auch in den Methoden. Offenheit bezieht sich in der qualitativen Forschung sowohl auf den Verzicht von vorformulierten Hypothesen (Lamnek 2010) als auch auf die Offenheit der Auswahl von Methoden. Die Methoden sollen dem Forschungsgegenstand angemessen sein. Offenheit betont darüber hinaus auch die Explorationsfunktion von Forschung (ebd.).

Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden im geburtshilflichen Setting des Krankenhauses ist ein alltägliches Phänomen, das aber noch nicht tiefergehend verstanden wird. Es ist kaum möglich, Gelingen oder Misslingen von interprofessioneller Zusammenarbeit vorherzusagen. Es bestehen unterschiedliche Ansätze zur theoretischen Konzeption der interprofessionellen Zusammenarbeit und modellhaften Vorstellungen zum interprofessionellen Arbeitsprozess. Eine empirische Fundierung von Erkenntnissen ist noch wenig erfolgt. Es besteht jedoch nicht nur allgemein Forschungsbedarf in diesem Bereich, sondern auch die **Theoriebildung** ist noch unbefriedigend. Das vorliegende Forschungsprojekt möchte durch die Analyse der realen beruflichen Handlungssituationen zur empirischen Fundierung des theoretischen Wissens zur interprofessionellen Zusammenarbeit beitragen, jedoch ohne den Forschungsprozess steuernde vorformulierte Hypothesen. Aus dem Forschungsprozess generierte Hypothesen zur interprofessionellen Zusammenarbeit sollen das Vorgehen leiten. Die Offenheit qualitativer Forschung ermöglicht es, die soziale Wirklichkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit aus Sicht der handelnden Menschen zu betrachten (Flick et al. 2012). So kann eine ‚Binnenperspektive der beforschten Gesellschaft‘ entstehen (Breidenstein et al. 2013, S. 18). Darüber hinaus braucht es die Alltagssituation im natürlichen Kontext, um ein komplexes Phänomen zu verstehen. Erst mit der Einbettung in die natürliche Situation kann sich ein Verstehen dessen ergeben, ‚was wirklich vor sich geht‘ und wie was gemacht wird. Der qualitative Zugang des vorliegenden Projektes erlaubt, die Interaktion von Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden in einer alltäglichen Arbeitssituation zum Ausgangspunkt der Forschung zu machen und damit das Alltagswissen der Praktikerinnen zu untersuchen. Bei der interprofessionellen Zusammenarbeit

handelt es sich um ein komplexes Phänomen, bei dem sowohl berufsspezifische Aufgaben und Verantwortung, als auch die berufspolitische Positionierung von Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden und auch organisationspezifische Abläufe eine Rolle spielen. Alle Ebenen gemeinsam stellen eine komplexe Situation dar, die nicht ohne Weiteres erklärbar scheint. Qualitative Forschung widmet sich genau dieser Komplexität und bietet mit einem offenen Zugang den nötigen Freiraum dazu. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Phänomen mit unterschiedlichen Akteurinnen, interaktiven Prozessen und spezifischen Kontextbedingungen, das im größeren Zusammenhang der Organisation Krankenhaus stattfindet. Auch der Umgang mit dynamischen geburtshilflichen Situationen impliziert einen Einfluss auf die Handlungsabläufe und Interaktionen in diesem Feld. Qualitative Forschung bietet den angemessenen Rahmen, einen **Kontextbezug** herzustellen, da der Blick auch auf die Sinnstrukturen gerichtet werden muss, die die untersuchte Situation mitkonstituieren (Kelle & Kluge 2010, S. 17). In der noch wenig untersuchten Situation der interprofessionellen Zusammenarbeit kann das qualitative Forschungsvorgehen auf die spezifische Situation angepasst werden. Die für die Akteurinnen relevanten Situationen und Aspekte der Zusammenarbeit können so deutlich werden und sind dadurch auch der Interpretation zugänglich. Es kann sichergestellt werden, dass das Vorgehen dem angemessen ist, was untersucht werden soll. Auch in einer qualitativen Befragung sind die Sinnzusammenhänge der Akteurinnen der Ausgangspunkt für ein Verstehen des Phänomens. Die Betonung des interprofessionellen Fokus im vorliegenden Projekt impliziert, dass die drei untersuchten Berufsgruppen, bedingt durch unterschiedliche Ausbildung, Aufgaben und Sozialisation, unterschiedliche Perspektiven in die interprofessionelle Zusammenarbeit einbringen können. Diese unterschiedlichen Perspektiven können im Rahmen von qualitativer Forschung bewusst mit einbezogen werden. Das vorliegende Projekt untersucht mittels **Co-Präsenz** in der alltäglichen Arbeitssituation die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen, ausgehend von dem Verständnis qualitativer Forschung, dass sich auch in einzelnen konkreten Situationen der gemeinsam hergestellte Sinn der Akteurinnen zeigt. Somit kann aus jeder einzelnen Situation Sinn re-konstruiert werden. Das Methodenspektrum der qualitativen Forschung erleichtert die Auswahl von angemessenen Forschungsmethoden. Die primäre Festlegung einer Methode könnte dagegen die Erkenntnismöglichkeiten einschränken oder ganz zunichtemachen. Die offenen Methoden der qualitativen Feldforschung, hier teilnehmende Beobachtung und erzählgenerierendes Interview, unterstützen in besonderer Weise das Erkenntnisinteresse.

Als Resümee ist festzuhalten: interprofessionelle Zusammenarbeit existiert nicht unabhängig von den Akteurinnen, sondern wird immer wieder neu hergestellt. Das vorliegende Projekt beabsichtigt eine

Rekonstruktion der von den Akteurinnen eingebrachten Deutungen wie auch des Aushandlungsprozesses. Es nutzt die Offenheit von qualitativer Forschung, ein Methodenspektrum zu nutzen und den Fall als Ausgangspunkt zu nehmen, um das komplexe Phänomen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe mit Einbezug der Kontextbedingungen von Alltagssituationen zu untersuchen. Dabei ermöglichen das Verstehen und die Rekonstruktion von Sinnstrukturen der Akteurinnen eine Theoriegenerierung.

5.3. Methodologie

Das vorliegende Forschungsprojekt bezieht sich auf die Grounded-Theory-Methodologie (GTM). Sie wird im Folgenden in ihren grundlegenden Aspekten dargestellt (Kapitel 5.3.1.). Daran schließt sich im Kapitel 5.3.2. die Erläuterung der Triangulation dieser Arbeit an.

5.3.1. Grounded-Theory-Methodologie

Es konnte bereits dargestellt werden, dass der Forschungsbereich der interprofessionellen Zusammenarbeit noch wenig mit Theorie hinterlegt ist. Es existiert weder eine klare Zuordnung zu einer bestehenden Theorie, noch eine empirisch entwickelte Theorie der Zusammenarbeit. Ein Forschungsvorgehen gemäß der Grounded-Theory-Methodologie (GTM) ermöglicht aber explizit die Generierung einer **in den Daten verankerten Theorie**.

„The Discovery of Grounded Theory‘ wandte sich gegen die Dominanz von Universaltheorien und hypothetico-deduktivem Modell. Sie wollten aber auch nicht nur beschreiben, illustrieren und explorieren. Ihnen schien die „...Entdeckung von Theorien [...] aus Daten...“ eine wichtige Aufgabe zu sein.“ (Mey & Mruck 2010, S. 614).

Dieses Zitat verweist auf die Begründer der Forschungsmethodologie der GTM, die Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss. 1967 legten sie ihre Darstellung eines Forschungsprozesses zur Theoriegenerierung vor. In den darauffolgenden Jahren entwickelten unterschiedliche Autorinnen die Grounded-Theory-Methodologie weiter (Corbin 2011, Corbin & Strauss 2015, Clarke 2011, Charmaz 2011). Daraus ergeben sich einige Unterschiede im jeweiligen Vorgehen. Die Grounded-Theory-Methodologie ist jedoch grundsätzlich, gleich welcher Ausprägung, durch die Aspekte der Theoriegenerierung, konstante Vergleichsprozesse, Kodierprozesse, theoretisches Sampling und begleitendes Memoschreiben gekennzeichnet. Mey und Mruck unterstreichen, dass GTM ein Forschungsstil und keine einfache Auswertungsmethode ist (Mey & Mruck 2010, S. 617). Zu beachten ist auch, dass Grounded-Theory sowohl die eben eingeführte Forschungsmethodologie benennt, als

auch „...die gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet.“ (Strauss & Corbin 1996, S. 7). Eine hilfreiche Unterscheidung besteht in der Benennung der Grounded-Theory-Methodologie (GTM) und der Grounded-Theory (GT) als Ergebnis der Forschung (Mey & Mruck 2010, S. 616).

Nach dieser kurzen Einführung werden nun die grundlegenden Elemente der Grounded-Theory-Methodologie näher dargestellt.

5.3.1.1. Theoriegenerierung

Glaser und Strauss weisen bereits in ihrer ersten Darstellung darauf hin, dass ein Vorgehen gemäß dieser Methodologie konzeptuelle Arbeit ist und in Theoriegenerierung mündet (Glaser & Strauss 2010, S. 20). Sie betonen damit, dass Theoriegenerierung aus Daten möglich und auch nötig ist. Das Wesen der GTM als **konzeptuelle Arbeit der Theoriegenerierung** zeigt sich darin, dass sie sowohl induktive als auch deduktive Anteile von Theorieentwicklung beinhaltet (Kelle & Kluge 2010, S. 23). Im Vordergrund steht ein induktives Vorgehen, bei dem die Forscherin aus den erhobenen Daten vorläufige Hypothesen über mögliche Zusammenhänge generiert. Diese Hypothesen werden dann im Rahmen von Fallvergleichen überprüft und verifiziert (Kelle & Kluge 2010, S. 45). Diese deduktive Vorgehensweise, bestehende Hypothesen an den vorhandenen Daten zu überprüfen, ist also Bestandteil der Theoriegenerierung, steht jedoch nicht zu Beginn der Forschung. Kelle und Kluge führen erweiternd den Begriff der ‚Abduktion als dritte Form logischen Schließens‘ (ebd., S. 23) ein, „...deren Prämissen eine Menge empirischer Phänomene bilden und deren Konklusion eine empirisch begründete Hypothese [...] darstellt.“ (ebd., S. 23f). Abduktion erfordert eine Umdeutung und Neubewertung empirischer Phänomene. Sie ist aber keine Methode, sondern nur eine Darstellung, wie die Entwicklung neuer Erklärungen vor sich geht und erfordert Kreativität (ebd., S. 25). So kann mittels GTM eine materiale Theorie über einen spezifischen Feldausschnitt als gegenstandsbezogene Theorie entstehen, die in der Lage ist, neue Einsichten in diesem Bereich zu eröffnen (Strauss & Corbin 1996).

5.3.1.2. Konstante Vergleichsprozesse

Die Grundstrategie für die Theoriegenerierung bilden konstante Vergleichsprozesse. In Verbindung mit einem iterativen Forschungsprozess von **paralleler Datenerhebung und Datenanalyse** werden Daten immer wieder miteinander verglichen. „Der Zweck dieser Methode des ständigen

Vergleichens, das ein zeitgleiches Kodieren und Analysieren impliziert, ist es, Theorie systematischer zu generieren [...]“ (Glaser & Strauss 2010, S. 116). Glaser und Strauss empfehlen einen Vergleich von Vorkommnissen, um daraus Kategorien zu generieren. Im nächsten Schritt werden bisher noch nicht analysierte Vorkommnisse mit den bereits entstandenen Kategorien verglichen. Aus diesen Vergleichen können verschiedene Differenzierungen einer Kategorie entstehen (ebd., S. 122). Vergleiche führen aber auch dazu, Kategorien eindeutiger zu charakterisieren oder die verwendeten theoretischen Begriffe im Verlauf des **ständigen Vergleichens** immer wieder neu zu gestalten und zu reintegrieren (ebd., S. 115f). Das wesentliche Hilfsmittel ist dabei der „...Gebrauch expliziter Kodier- und Analyseverfahren.“ (ebd., S. 116). Diese Kodierverfahren sollen viele Kategorien und Eigenschaften generieren. Da es bei der Generierung einer GT nicht um den Beweis kausaler Zusammenhänge geht, bedürfen die ermittelten Kategorien „...der Sättigung durch Daten...“ (ebd., S. 118).

5.3.1.3. Kodierprozesse

Das Vorgehen der GTM verfolgt einen systematischen Kodierungsprozess, der sich je nach Forscherin unterscheiden kann, im Kern aber das gleiche Ziel verfolgt. Strübing bezeichnet Kodieren als einen **interpretativen Zugang zu gewonnenen Daten** und als einen Prozess der Entwicklung von Konzepten in der Auseinandersetzung mit den Daten (Strübing 2008, S. 19). Die Begründer der Grounded-Theory-Methodologie Glaser und Strauss beschreiten in der Weiterentwicklung der Methodologie selbst getrennte Wege. Sie propagieren beide ein systematisches Vorgehen in der Analyse der Daten und der Entwicklung von Konzepten. Glaser benennt die Kodierungsschritte in offenes, selektives und theoretisches Kodieren (Glaser 2011). Er geht auch weiterhin davon aus, dass durch die Analyse der Daten und die theoretische Sensibilität der Forscherin ‚von sich aus‘ Codes und Konzepte emergieren (Kelle & Kluge 2010, S. 18). Strauss verfolgt dagegen einen anderen systematischen Kodierprozess, der sich in offenes Kodieren, axiales Kodieren und selektives Kodieren unterteilt (Strübing 2008, S. 20). Darüber hinaus empfiehlt er im Prozess des axialen Kodierens ein Kodierparadigma, welches die Darstellung von Beziehungen zwischen unterschiedlichen Konzepten erleichtert. Nach Strübing eröffnet sich damit ein **Strukturzusammenhang der Daten** (Strübing 2008, S. 27). Strauss wählt als Kodierparadigma ein handlungstheoretisches Modell, das die Zuordnung von Konzepten zu den Bereichen Ursachen, Bedingungen, Handlungsstrategien und Konsequenzen rund um eine Kernkategorie ermöglicht (Kelle & Kluge 2010, S. 64). Die vorliegende Arbeit orientiert sich am Strauss’schen Kodierverfahren, deshalb bleiben andere Vorgehensweisen von der näheren Darstellung ausgeschlossen. Der Prozess des Kodierens ist eine Form des Konzeptualisierens von

Daten. Zunächst werden im Prozess des offenen Kodierens, die vorliegenden Daten ‚aufgebrochen‘ also auf eine theoretische Ebene gehoben. Es geht dabei nicht um ein Beschreiben oder Paraphrasieren, sondern um die **Entwicklung von theoretischen Konzepten**, indem die Daten als Indikatoren für ein Konzept interpretiert werden. Damit wird die Ebene der Daten verlassen und die Ebene analytischer Abstraktionen erreicht. Die Generierung von Hypothesen wird im Fallvergleich zur Analyse genutzt, um vermutete Zusammenhänge zu untermauern. Verschiedene Codes werden somit zu theoretischen Konzepten verknüpft. Der immer wiederkehrende Fallvergleich von Daten mit der gleichen Kodierung bzw. neu erhobenen Daten ermöglicht die detaillierte Ausarbeitung eines Konzeptes. Die so entstehenden Konzepte bergen verschiedene Aspekte, die in einer **Dimensionalisierung** systematisch berücksichtigt werden können. In der Dimensionalisierung von Konzepten werden unterschiedliche Aspekte eines Konzeptes beschrieben. Wenn zu einer Kategorie auch durch weitere Datenanalyse und neue Vergleichsgruppen keine neuen Aspekte mehr hinzugewonnen werden können, tritt eine theoretische Sättigung ein und die Theoriebildung kommt an dieser Stelle an einen Endpunkt (Strübing 2008, S. 33).

Die entstandenen Konzepte werden dann im axialen Kodieren zu einer wichtig erscheinenden Kategorie in Beziehung gesetzt (Strauss & Corbin 1996, S. 101). Die Schlüsselkategorie ist das Phänomen, das zentral erscheint, also zu vielem einen Bezug haben muss. So soll ein Beziehungsnetz von Kategorien um die im Fokus stehende Kategorie entstehen. Alle nachgeordneten Kategorien und Subkategorien werden zur Schlüsselkategorie in Bezug gesetzt (ebd., S. 67). Wenn sich eine solche Schlüsselkategorie abzeichnet, beginnt das selektive Kodieren. Selektives Kodieren zeichnet sich dadurch aus, dass nach dem Auswählen der **Kernkategorie**, systematisch andere Kategorien mit der Kernkategorie in Beziehung gesetzt werden. Weitergehende Vergleiche validieren diese Beziehungen und das Auffüllen von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen (ebd.). Aus diesem Vorgehen entsteht eine in den Daten verankerte Theorie. Es ist wichtig zu betonen, dass diese Kodier-Schritte nicht streng getrennt und aufeinander folgend durchgeführt werden müssen und können, sondern abwechselnd und parallel zueinander auftreten. Der iterative Forschungsprozess der GTM impliziert, dass, wenn nach einem theoretischen Sampling neue Daten in die Analyse aufgenommen werden, diese wieder dem offenen und axialen Kodieren unterworfen werden.

5.3.1.4. Theoretisches Sampling

Im Gegensatz zu einer repräsentativen Stichprobenwahl (Sampling), die sich im Vorgehen von hypothesentestender quantitativer Forschung findet, richtet sich in der GTM die Auswahl der Fälle

und des Materials sukzessiv nach theoretischen Gesichtspunkten (theoretisches Sampling) (Strübing 2008, S. 30, Kelle & Kluge 2010, S. 47). Die Auswahl neuer Samples nach den bereits bestehenden theoretischen Konzepten unterstützt methodisch den Fallvergleich. Es handelt sich nach Kelle und Kluge um eine **systematische Suche nach Vergleichsgruppen** (Kelle & Kluge 2010, S. 47). Glaser und Strauss formulieren dazu konkreter:

„Das Basiskriterium, welches die Auswahl von Vergleichsgruppen zur Entdeckung von Theorie bestimmt, ist deren *theoretische Relevanz* für die Ausarbeitung emergenter Kategorien. Der Forscher wählt so viele Gruppen, wie ihr Vergleich ihm hilft, möglichst viele Eigenschaften von Kategorien zu generieren und diese aufeinander zu beziehen“ (Glaser & Strauss 1998, S. 57; zit. n. Truschkat et al. 2011, S. 366).

Dieses Vorgehen stellt sicher, dass durch die bewusste Auswahl von auf ein Konzept bezogenen Daten, eine möglichst tiefe Erkenntnis dazu möglich wird. Kelle und Kluge wählen auch den Begriff der ‚kriteriengesteuerten Fallauswahl‘ (Kelle & Kluge 2010, S. 47).

Die abwechselnde Datenerhebung und Datenauswertung der GTM verschaffen dieser Art des Samplings eine besondere Bedeutung. Durch die Entscheidung über auszuwertende Daten wird die entstehende Theorie beeinflusst (Truschkat et al. 2011, S. 353).

5.3.1.5. Begleitendes Memo-Schreiben

Der konzeptuelle Prozess der Theoriebildung wird in der GTM durch ein begleitendes Memo-Schreiben (Memoing) unterstützt. Memos sind **theoretische Notizen über die Daten** und über die konzeptuellen Beziehungen zwischen Kategorien. Glaser betont, dass das Schreiben von theoretischen Memos die Schlüsselphase im Prozess der Theoriegenerierung ist (Glaser 2011, S. 155). Memos nehmen dabei unterschiedliche Funktionen ein. Ein Memo kann als ein erstes Orientierungsmemo dazu dienen, eine Vorstellung von der Spannweite des Projektes zu geben, oder eine Zusammenfassung über das eigene Wissen oder die eigenen leitenden Gedanken enthalten. Im weiteren Verlauf werden in Memos alle Ideen und Gedanken, die während der Datenanalyse entstehen, festgehalten (Strauss & Corbin 1996). Glaser und Strauss empfehlen, besser ein Memo zu den entstehenden Ideen zu verfassen, als die Datenanalyse immer weiter fortzuführen (Glaser & Strauss 2010, S. 121). In den so entstehenden theoretischen Memos über Konzepte, sind die Grundzüge der neuen Theorie enthalten. Neben der Konservierung der eigenen Gedankengänge der Forscherin wird somit auch der **Entstehungsprozess der Theorie nachvollziehbar**. Strübing betont beim Memoing den Aspekt der fortlaufenden Ergebnissicherung (Strübing 2008, S. 35).

Die Wahl der GTM als Methodologie ist in dieser Arbeit begleitet von einer Triangulation der Forschung, die im folgenden Abschnitt näher erläutert wird.

5.3.2. Triangulation

In jedem Forschungsvorhaben ist neben der Entscheidung über das methodologische Vorgehen auch zu klären, welche und wie viele Perspektiven auf das interessierende Phänomen eingenommen werden sollen. In der vorliegenden Untersuchung sind die Forschungsperspektiven der subjektiven Sichtweisen der Akteurinnen im geburtshilflichen Feld und auch die Strukturen der Situation zwischen unterschiedlichen Gesundheitsberufen von Bedeutung. Um **mehrere Perspektiven auf einen Untersuchungsgegenstand** einnehmen zu können, benötigt es eine Triangulation der Forschung. Triangulation (lat. = Dreiecksaufnahme) wird von Flick wie folgt definiert:

„Triangulation beinhaltet die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen untersuchten Gegenstand oder allgemeiner: bei der Beantwortung von Forschungsfragen. Diese Perspektiven können in unterschiedlichen Methoden, die angewandt werden, und/oder unterschiedlichen gewählten Zugängen konkretisiert werden, wobei beides wiederum miteinander in Zusammenhang steht bzw. verknüpft werden sollte. Weiterhin bezieht sie sich auf die Kombination unterschiedlicher Datensorten jeweils vor dem Hintergrund der auf die Daten jeweils eingenommenen theoretischen Perspektiven. Diese Perspektiven sollten so weit als möglich gleichberechtigt und gleichermaßen konsequent behandelt und umgesetzt werden. Gleichermaßen sollte durch die Triangulation (etwa verschiedener Methoden oder verschiedener Datensorten) ein prinzipieller Erkenntniszuwachs möglich sein, dass also bspw. Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die damit weiter reichen, als es mit einem Zugang möglich wäre.“ (Flick 2008, S. 10; zit. n. Flick 2010, S. 281)

Triangulation trägt der Erkenntnis Rechnung, dass ein einzelner Zugang (z.B. Theorie, Forscher, Methode) nicht immer ausreicht, um ein Phänomen zu erfassen. Triangulation soll demnach Zugang zu verschiedenen Ebenen und Dimensionen eröffnen. Im vorliegenden Projekt sind es die Dimensionen der subjektiven Bedeutung und sozialen Struktur. Das entscheidende Kriterium für Triangulation ist nach Flick, dass der beabsichtigte **zusätzliche Erkenntnisgewinn** auch benennbar ist (Flick 2010, S. 284). Triangulation kann auf die Validierung von Ergebnissen abzielen, indem sie gleiche Ergebnisse aus unterschiedlichen Erhebungsmethoden produziert. Sie ist darüber hinaus aber in der Lage, ein weiteres und tieferes Verständnis eines Phänomens zu ermöglichen, wenn die jeweils begrenzten Erkenntnismöglichkeiten von Einzelmethoden durch die Triangulation von Forschungsmethoden überwunden werden (ebd., S. 284). Wie beschrieben, kann methodische Triangulation konvergierende Ergebnisse aus mehreren Erhebungsmethoden ergeben, was als eine Bestätigung (Validierung) der Ergebnisse zu sehen ist. Besonders sinnvoll ist Triangulation, wenn sich komplementäre, also zusätzliche Erkenntnisse zu einem Bereich ergeben, oder aber, wenn die Ergebnisse aus der einen und der anderen Methode divergieren. Darin zeigt sich dann ein Mehr an

Erkenntnis, als eine Forschungsmethode ermöglicht hätte (ebd.). Im vorliegenden Projekt erfolgen eine **Perspektiven- und eine methodische Triangulation**. Die Notwendigkeit eines explorativen Vorgehens im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit im klinischen Setting wurde bereits erörtert, da in einem noch wenig erforschten Bereich ein möglichst breites Wissen deutlich werden soll. Die Beschränkung auf eine einzelne Forschungsperspektive wäre somit nicht ausreichend begründbar. Diesem Argument folgend, bilden die gewählten Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit zwei unterschiedliche Perspektiven auf das Phänomen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe ab. Vor dem wissenschaftstheoretischen Hintergrund des Symbolischen Interaktionismus wird die subjektive Sichtweise der Hebammen und der Prozess der Interaktion als gemeinsam hergestellter Sinn beleuchtet, während mit den Annahmen der Ethnomethodologie die Konstitution von sozialer Ordnung betrachtet wird. Die Triangulation von Forschungsperspektiven wird mit methodischer Triangulation mittels zweier unterschiedlicher Datenerhebungsmethoden kombiniert: der teilnehmenden Beobachtung und dem episodischen Interview. Die Beobachtung bietet die Möglichkeit, die Herstellung von sozialer Ordnung zu erkennen, während im Interview durch individuelle Zuschreibungen die subjektive Sichtweise und Bedeutungen untersucht werden. Auch die Kombination von Methoden ermöglicht somit eine Perspektivenvielfalt (Flick 2012, S. 312). Als Besonderheit ist darüber hinaus anzumerken, dass die Interviewform des episodischen Interviews eine Within-Method-Triangulation darstellt (ebd.). Wie im Kapitel 5.4.2. noch näher ausgeführt wird, beinhaltet das episodische Interview sowohl den Zugang der Erzählung als auch den Zugang eines Leitfaden-Interviews. Somit ergibt sich im vorliegenden Projekt eine Triangulation auf mehreren Ebenen.

5.4. Methodische Überlegungen

Die Entscheidung für eine Forschungsmethodologie führt nicht automatisch zu einer passenden Datenerhebungsmethode. In der GTM sind verschiedene Methoden denkbar, da zur Theoriegenerierung jede Art von Daten genutzt werden kann („all is data“) (Glaser 2011, S. 148). Den methodologischen Entscheidungen folgend, müssen die Datenerhebungsmethoden dem Forschungsgegenstand angemessen sein. Das Forschungsinteresse dieser Arbeit liegt sowohl auf den Strukturen der interprofessionellen Arbeitssituation im klinischen Setting, als auch in den subjektiven Zuschreibungen der Hebammen zu dieser Situation. Um die alltägliche Arbeitssituation in ihrem natürlichen Kontext erfassen zu können, wurde im vorliegenden Projekt methodisch auf die teilnehmende Beobachtung zurückgegriffen (Kapitel 5.4.1.). Die Erfassung der subjektiven

Sichtweisen von Hebammen erfolgte im episodischen Interview (Kapitel 5.4.2.). Diese beiden Datenerhebungsmethoden werden detailliert dargestellt.

5.4.1. Teilnehmende Beobachtung

Ausgehend von der Annahme, dass es keine objektive Realität gibt, sondern dass Wirklichkeit fortwährend hergestellt wird, ermöglicht Beobachtung die **Erfassung der sozialen Konstituierung von Wirklichkeit** (Lamnek 2010, S. 499). Faßnacht betrachtet systematische Verhaltensbeobachtung als eine Methode zur Abbildung von Verhaltens-, Wirklichkeiten' (Faßnacht 1995, S. 71).

„Beobachtung richtet sich also immer auf ein Verhalten, dem sowohl ein subjektiver Sinn als auch eine objektive soziale Bedeutung zukommen. Deshalb gehört zum Beobachten notwendigerweise das Verständnis oder die zutreffende Interpretation des subjektiven Sinns und der sozialen Bedeutung einer bestimmten Handlung oder Verhaltenssequenz“ (Mayntz et al. 1974, S. 87; zit. n. Lamnek 2010, S. 500).

Beobachtung kann danach als methodisch kontrolliertes Fremdverstehen gelten (Lamnek 2010, S. 498). Daraus ergibt sich, dass es nicht möglich ist, beobachtetes Verhalten angemessen zu verstehen, wenn das eigene Sinnverständnis unterlegt wird (Ethnozentrismus). Die Gültigkeit der Daten könnte sonst gefährdet sein (Lamnek 2010, S. 501). In den Gesundheitsberufen ist die Wahrnehmungsfähigkeit aus beruflicher Notwendigkeit in besonderer Weise geschult und vorhanden. Jedoch unterscheiden sich Wahrnehmung und wissenschaftliche Beobachtung. Graumann definiert 1966 Beobachtung als:

„Die absichtliche, aufmerksam-selektive Art des Wahrnehmens, die ganz bestimmte Aspekte auf Kosten der Bestimmtheit von anderen beachtet, nennen wir Beobachtung. Gegenüber dem üblichen Wahrnehmen ist das beobachtende Verhalten planvoller, selektiver, von einer Suchhaltung bestimmt und von vorneherein auf die Möglichkeit der Auswertung des Beobachteten im Sinne der übergreifenden Absicht gerichtet. Im alltäglichen Verhalten gehen Wahrnehmen und Beobachten oft unmerklich ineinander über.“ (Graumann 1966, S.86; zit. nach Greve & Wentura 1997, S. 12f).

Scheffer konkretisiert: „Wir können unter Beobachtung vielmehr alle Formen der Wahrnehmung unter Bedingungen der Co-Präsenz verstehen: *also alle Sinneswahrnehmungen, die sich per Teilnahme erschließen*, wobei die Dauer der Teilnehme je nach Forschung variiert (aber nicht ausbleibt).“ (Scheffer 2002, S. 353; Hervorhebungen im Original). Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Wahrnehmung erfordern, dass die Beobachterin „...nicht durch festgeschriebene Regeln eingeengt ist, sondern Beziehungen zwischen verschiedenen Inhalten sehen kann...“ (Faßnacht 1995, S. 87f).

Die Auffassung, dass soziale Wirklichkeit nur entstehen kann wenn sie in ihrer natürlichen Umgebung (Kontext) stattfindet, ermöglicht die Erfassung von Wirklichkeit nur im situativen Kontext. Wissenschaftliche Beobachtung erfordert deshalb die Anwesenheit der Forscherin bei der

Datenerhebung. Diese ‚Teilnahme an der Alltagspraxis‘ (Lüders 2012, S. 384) ist darüber hinaus relevant, weil nur die Anwesenheit der Forscherin eine situationssensitiv gesteuerte und reduzierte Komplexität der Situation herstellen kann. Diese Möglichkeit ist einer technischen Videoaufzeichnung nicht zugänglich.

Ausgehend davon, dass Beobachtung die synchrone Begleitung von Sinnbildungsprozessen ist, eignet sich die Methode der teilnehmenden Beobachtung dazu, in dieser Situation **präreflexive Selbstformulierungen** statt Selbstbeschreibungen als Interpretationen zu beobachten. Das beobachtbare Verhalten lässt dabei eine besondere Perspektive auf die Situation zu, da das Verhalten der Akteurinnen in der Alltagshandlung noch nicht reflektiert und ‚verarbeitet‘ wurde (Hirschauer 2002, S. 37). Scheffer weist darauf hin, dass sowohl Interview als auch Beobachtung sich mit Darstellungen befassen. Es besteht immer die Möglichkeit, dass die Teilnehmerinnen ‚für die Forscherin‘ agieren (Scheffer 2002, S. 363). Die Teilnahme an der alltäglichen Handlungssituation reduziert das Ausmaß der Darstellung, da das alltägliche Handeln auf Routinen basiert, die nicht so einfach zu überwinden sind. Beobachterinnen beschäftigen sich auch mit Aspekten sozialer Wirklichkeit, die nicht sprachlich ausgedrückt werden. Hirschauer spricht von der "Schweigsamkeit des Sozialen" (Hirschauer 2002, S. 42).

Neben dem besonderen Aspekt des präreflexiven Verhaltens eignet sich nach Lamnek die Beobachtung in ansonsten schwer zugänglichen sozialen Feldern oder in relativem Neuland (Lamnek 2010, S. 502). Die mangelnde Kenntnis eines noch nicht oder noch wenig erforschten sozialen Feldes verhindert eine theoriegeleitete Hypothesenbildung (ebd., S. 576). Die Beobachtung im sozialen Feld ermöglicht dann **Erkenntnisse zu weiterführender Hypothesengenerierung**. Die interprofessionelle Zusammenarbeit im geburtshilflichen klinischen Setting ist noch wenig erforscht, daher ist eine ex ante Hypothesenbildung nur schwer durchführbar. In Unkenntnis der alltäglichen Situation ist nicht sicher zu bestimmen, welche Situationen oder Interaktionen von besonderer Bedeutung für das Forschungsinteresse sind. Für das vorliegende Projekt ergibt sich daraus, dass im Rahmen der Feldforschung sowohl die bewusste Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit, als auch alle anderen Wahrnehmungen relevant sein können. Aus diesem Grund geht auch die Wahrnehmung von Geräuschen und Stimmen durch eine geöffnete Tür ebenso in die Daten ein, wie die Beobachtungen in der direkten co-präsenten Situation. Die Forscherin entscheidet situativ, wohin sie ihre Aufmerksamkeit richtet.

Für die Durchführung von Beobachtung ist eine Unterscheidung von Beobachtungsfeld und Beobachtungseinheit hilfreich. Das Beobachtungsfeld ist „...der räumliche und/oder soziale Bereich, in dem beobachtet werden soll...“ (Friedrichs & Lüdtke 1973, S. 42; zit. n. Lamnek 2010, S. 531).

Dieses ist nicht immer einfach zu bestimmen, da die Einfluss- und Wirkungsgrenzen der Situation von Interesse mitbedacht werden müssen (Scheffer 2002, S. 369). Das Beobachtungsfeld kann sich daher im Verlauf der Forschung erweitern oder verengen, was die Offenheit der qualitativen Beobachtung ausdrücklich zulässt. In der vorliegenden Arbeit ist das Forschungsfeld zunächst das örtliche Setting des Kreißsaales und der Wochenbettstation. In einem Setting wird darüber hinaus die Beobachtung von Hebammen und Ärztinnen auf eine gemeinsame Team-Besprechung ausgeweitet. Das Beobachtungsfeld sollte nicht zu offen und zu komplex sein (nicht zu viel Interdependenz mit anderen Bereichen, nicht zu viele Personen), da dies die Wahrnehmungsmöglichkeiten der Forscherin überfordern kann. Kleinere Beobachtungseinheiten erleichtern die genaue Beobachtung. In der qualitativen Beobachtung dienen typischerweise Situationen als Beobachtungseinheit. Im vorliegenden Projekt steht die gemeinsame Arbeit verschiedener Gesundheitsberufe im Fokus. Diese Situation ist klar begrenzt und besteht meist aus höchstens einigen Personen. Dabei ist sowohl der persönliche Kontakt, die telefonische Interaktion als auch jede andere Art der Interaktion der Akteurinnen von Interesse.

Im Rahmen eines explorativen Vorgehens ist von besonderer Bedeutung, zunächst einen Einblick in das Beobachtungsfeld zu bekommen, bevor fokussierte Beobachtungssituationen geplant werden. Ausgehend von relevanten Beobachtungseinheiten, kann weitere Beobachtung Hypothesenbildung und vorläufige Hypothesenprüfung ergeben (Faßnacht 1995, S. 87f). Neben der Festlegung von relevantem Beobachtungsfeld und -einheiten betont Hirschauer, dass das komplexe Erfahrungsfeld bei der Beobachtung angepasste (von der Strukturordnung des Feldes vorgegebene) Verhaltens- und Beobachtungsweisen erfordert (Hirschauer 2002, S. 37). So beginnt in der Durchführung dieses Projektes eine Beobachtung im Kreißsaal-Setting in der Regel erst nach der ärztlichen Morgenbesprechung, wenn die Ärztinnen mit dem normalen Tag-Dienst beginnen. Auch kommt es immer wieder vor, dass die tagesaktuellen Betreuungssituationen keine gemeinsame Interaktion hervorbringen, sodass Beobachtungssituationen auch nicht möglich sind. Bei der teilnehmenden Beobachtung muss die Forscherin für sich entscheiden, ob sie Beobachterin oder Teilnehmerin der Situation sein will. Ein Wechsel zwischen mehr Teilnahme und mehr Beobachtung ist ebenfalls möglich. Bei einer völligen Teilnahme an der Situation ergeben sich ggf. Schwierigkeiten mit der wissenschaftlichen Distanz, während eine klare Positionierung als Beobachterin eine gewisse Art des Ausgeschlossenenseins und damit mangelndes Verstehen der Situation zur Folge haben kann (Lamnek 2010, S. 530). Im vorliegenden Projekt erfuhr die Forscherin ein großes Vertrauen der beobachteten Personen, was mit ihrer Zugehörigkeit zum Hebammenberuf zu erklären ist. Um aber eine notwendige wissenschaftliche Distanz zu wahren, beschränkte sich die Forscherin nahezu auf eine ausschließliche Beobachtung der Arbeitssituation, ohne selbst Teil der Interaktion zu sein.

"Beobachten *ist*, wenn es *anschlussfähige* Operationen erzeugen soll, vor allem ein Schreibprozess." (Hirschauer 2002, S. 40; Hervorhebungen im Original). Diese Feststellung von Hirschauer betont, dass der Aufzeichnung von Beobachtungen eine besondere Bedeutung zukommt. Sandelowski konkretisiert, dass die Daten die 'Fakten' der Beobachtungserfahrung repräsentieren (Sandelowski 1998; zit. n. Montgomery & Bailey 2007, S. 78) und erst die Aufzeichnung der **Feldnotizen** Daten generiert (Condell 2008, S. 325). Dokumentierte Beobachtungen, Unterhaltungen, Gefühle und Interpretationen sind Rohdaten, die der formellen Analyse dienen (Roper & Shapira 2004, S. 97). Die Beobachtungen werden durch Feldnotizen, Beschreibungen, Memos und ein Forschungstagebuch festgehalten und sind somit analysierbar. Als Beschreibungssysteme kommen nach Faßnacht auch Tagebuchaufzeichnungen, Verlaufsprotokoll, die Methode der kritischen Vorfälle und Ereignis-Beschreibung (event sampling) in Betracht (Faßnacht 1995, S. 173). Dabei ist zu beachten, dass die Daten von der Beobachterin aktiv konstruiert und nicht passiv gesammelt werden. Feldnotizen sind damit kein Abbild der Wirklichkeit, sondern immer Texte von Autorinnen (Lüders 2012, S. 396) und eine subjektive Art der Textualisierung von Beobachtungen (Wolfinger 2002, S. 86). Feldnotizen repräsentieren die Beobachtungserfahrungen der Forscherin, sollten nach Montgomery und Bailey neben Angaben zu Beobachtungen aber auch die Sprache der Teilnehmerinnen widerspiegeln (Montgomery & Bailey 2007, S. 76). Scheffer weist darauf hin, dass dabei der „...Diskurs mit Theorie [...] auch notwendig [ist], weil jede Beobachtung immer schon Begriffsbildung und -arbeit ist: Wie benenne ich das, was sich dort abspielt?“ (Scheffer 2002, S. 371; Ergänzung M.K.).

Bei der Erstellung der Feldnotizen spielt eine möglichst genaue Aufzeichnung von Beobachtungen, Eindrücken u. ä. eine wichtige Rolle, da eine direkte Aufzeichnung in der Beobachtungssituation in der Regel nicht möglich ist. Damit bei einer nachträglichen Aufzeichnung nicht zu viele Details verloren gehen, sollte diese möglichst direkt nach der Beobachtungssituation erfolgen (Condell 2008, S. 328, Lamnek 2010, S. 558). Eine zunächst sprachliche Aufzeichnung der Beobachtungen, die dann später transkribiert wird, kann hilfreich sein (Lamnek 2010, S. 561). Lüders weist darauf hin, dass eine ausführliche Darstellung der Beobachtungen besser gelingt, wenn möglichst vorher noch nicht davon erzählt wurde. Er spricht auch von einer ‚rekonstruierenden Konservierung‘ der Daten (Lüders 2012, S. 396). Lamnek empfiehlt, Stichpunkte und Notizen in unbeobachteten Moment innerhalb der Situation oder auf dem Heimweg zu erstellen (Lamnek 2010, S. 560). Feldnotizen verändern sich mit der Zeit. Im Verlauf ergibt sich mehr Konzentration auf das Wesentliche für das Projekt (Condell 2008, S. 332). Die Inhalte der Feldnotizen richten sich nach dem Forschungsinteresse. Ausgehend von der Prämisse, dass sich soziale Situationen situativ konstituieren, sollten die Aufzeichnungen auch Angaben zur Umgebung enthalten. Mulhall konkretisiert die Inhalte von Feldnotizen wie folgt: strukturelle und organisationale Aspekte (wie sieht die Umgebung aus und wie wird sie genutzt),

Menschen (wie verhalten sie sich, interagieren sie, kleiden sie sich, bewegen sie sich), täglicher Ablauf von Aktivitäten, besondere Anlässe, Dialoge, tägliches Tagebuch mit chronologischen Abläufen (Mulhall 2003, S. 311). Darüber hinaus können Feldnotizen dichte Beschreibungen von Interaktionen und Informationen zum jeweils spezifischen Fokus der Beobachtung enthalten. Die eigenen Gefühle der Beobachterin können ebenso wichtige Daten liefern, wenn die ‚befremdete‘ Beobachterin, die Aspekte erkennt, die die Teilnehmerinnen im Alltag nicht mehr sprachlich ausdrücken, weil es etwas Selbstverständliches ist (Hirschauer 2002, S. 45). Im vorliegenden Projekt wurden die Beobachtungen zunächst handschriftlich als Feldnotizen festgehalten. Um die Situation möglichst wenig zu beeinflussen, verzichtete die Forscherin auf Notizen während der teilnehmenden Beobachtung. Sie nutzte bewusste Pausen außerhalb des Beobachtungsfeldes, um die Feldnotizen anzufertigen. Danach kehrte sie in die Beobachtungssituation zurück. Die Feldnotizen wurden spätestens am folgenden Tag nach nochmaliger Durchsicht und Ergänzung in Beobachtungsprotokolle überführt. Sowohl Feldnotizen als auch Beobachtungsprotokolle enthalten Reflexionen der Beobachterin zu der Situation, den Interaktionen, der eigenen Rolle der Forscherin und zu eigenen Irritationen. Diese sind in den Beobachtungsprotokollen durch Unterstreichungen kenntlich gemacht.

5.4.2. Episodisches Interview

Die Datenerhebung erfolgte neben der Beobachtung auch als Befragung. Eine mündliche Befragung mittels Interview ist „...eine Gesprächssituation, die bewusst und gezielt von den Beteiligten hergestellt wird, damit der eine Fragen stellt, die vom anderen beantwortet werden.“ (Lamnek 2010, S. 301). Das Interview als Gesprächs- oder Befragungssituation ist besonders aus dem Journalismus bekannt und findet sich in nahezu allen Lebensbereichen. Die Allgegenwärtigkeit von Interview-situationen hat bereits den Begriff der ‚Interview Society‘ geprägt, da es schon den Anschein von Normalität hat, interviewt zu werden (Flick 2002, S. 203). Dabei können sich die Interviewsituation (am Telefon oder eine vis-à-vis-Situation) und die Interviewform unterscheiden. Helfferich verdeutlicht:

„...qualitative Einzelinterviews [...] [haben eine] Spannweite von einer Interviewform, in der primär eine Person -im wörtlichen Sinne- ununterbrochen erzählt, bis zu einer Interviewform, in der Interviewende durch Nachfragen und Rückfragen mit der Erzählperson in einen Dialog treten und das Interview mehr den Charakter eines Gesprächs bekommt.“ (Helfferich 2011, S. 10; Hervorhebung im Original).

Auch im Bereich der qualitativen Forschung ist die Methode des Interviews weit verbreitet. Ein Interview ist kein Gespräch im Sinne eines Alltagsgesprächs, denn der Fluss der Information erfolgt ausschließlich in Richtung der Forscherin (Lamnek 2010, S. 304). Es ist jedoch nicht so, dass

Interviewende und Interviewte nicht in einem Interaktionsprozess miteinander stehen. Es ist wichtig, dass die Interviewten das Gefühl haben, verstanden zu werden (Helfferich 2011, S. 120). Die Datenerhebungsmethode des Interviews kann eine sehr unterschiedliche Gestalt haben und daraus folgend auch unterschiedliche Informationen liefern. Während ein stark standardisiertes Interview ein festgelegtes inhaltliches Konzept verfolgt und auch Antwortmöglichkeiten vorgibt, besteht für die Interviewte im qualitativen Interview die Möglichkeit, eigene Relevanzen zu setzen und auch das eigene Referenzsystem mit einzubringen (Kruse 2014, S. 150). Das ist in Leitfadeninterviews ebenso möglich, wie in erzählgenerierenden Formen. Die rekonstruktive Sozialforschung ist auf das Verstehen von Phänomenen ausgerichtet und daher an kontextsensitiven Informationen interessiert. Nur wenn die Person die Möglichkeit hat, eigene Schwerpunkte zu setzen, kann die **Sinnkonstruktion der erzählenden Person re-konstruiert** werden. In einem qualitativen Interview stehen daher offene Fragen im Vordergrund, da das Verstehen der Interviewten erreicht werden soll. Dazu ist es nötig, dass die Befragten ihre eigenen Antworten formulieren und damit ihre eigenen Bedeutungen einfließen lassen können. Dabei ist zu beachten, dass ‚Fremdverstehen‘ heißt, andere Menschen aus der Außenperspektive der Anderen zu verstehen. Die Zuhörenden verstehen das Gehörte, indem sie es in ihr eigenes Bezugssystem ‚übersetzen‘, an ihr Vorverständnis anschließen und mit Bedeutung aus ihrer Sicht füllen (Helfferich 2011, S. 85). Verstehensprozesse bestehen so aus Wahrnehmen und Deuten.

Interviews unterscheiden sich danach, ob sie erzählgenerierend (narrativ) oder strukturiert angelegt sind. Bei einem narrativen Interview, soll möglichst nur eine Erzählaufforderung erfolgen, die dann zu einer längeren Erzählung führt (Lamnek 2010, S. 314). Ein strukturiertes Interview richtet sich dagegen nach einem festgelegten Interviewleitfaden. Daneben gibt es auch Kombinationen aus erzählgenerierenden und strukturierten Interviews, wie das **episodische Interview** (Helfferich 2011, S. 43). In allen Interviewsituationen der qualitativen Forschung ist die Person der Interviewten nicht nur ‚Datenlieferantin‘, sondern es handelt sich immer um Kommunikation mit einem Subjekt. Dieser Aspekt ist insbesondere in der Durchführung eines Interviews, aber auch schon in der Planung bedeutsam.

Geleitet durch das Forschungsinteresse wurde im vorliegenden Forschungsprojekt das episodische Interview als Interviewform ausgewählt. Durch diese Art des Interviews sollen sowohl die subjektive Sichtweise der befragten Hebammen als auch kontextgebundene Informationen aus dem beruflichen Arbeitsfeld der geburtshilflichen Versorgung deutlich werden können. Dafür eignet sich das episodische Interview in besonderer Weise. Das episodische Interview beinhaltet sowohl Erzählaufforderungen, als auch konkrete Nachfragen zu immanenten und exmanenten Themen (Lamnek 2010, S. 331). Flick weist darauf hin, dass die regelmäßige Aufforderung zum Erzählen von

Situationen/Episoden evtl. auch Ketten von Situationen, die für das Forschungsinteresse relevant sind, der Kernpunkt dieser Interviewform ist. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf die **realen Erfahrungen der Interviewten** (Flick 2017, S. 239). Phantasien zu erwarteten oder befürchteten Veränderungen können ebenfalls thematisiert werden (ebd., S. 240f). Die Erzählung dient als Zugang zur Erfahrungswelt der Teilnehmerin und ermöglicht somit eine kontextualisierte Version von Ereignissen und Erfahrungen (ebd., S. 227). Ziel ist die soziale Konstruktion von Wirklichkeit in der Darstellung von Erfahrungsweisen (ebd., S. 245). In der Erzählung gestaltet die Befragte die Auswahl und Gestaltung der Episoden frei (Flick 2002, S. 210). Subjektive Erfahrungen werden in Form von narrativ-episodischem und semantischem Wissen erinnert, wobei das narrativ-episodische Wissen die gemachten Erfahrungen und das semantische Wissen Regelmäßigkeiten und Regeln erfasst (Lamnek 2010, S. 332). Fragen zu subjektiven Definitionen und abstrakten Zusammenhängen sind der zweite große Komplex des Interviews. Diese immanenten Nachfragen sollen die subjektiven Bedeutungszusammenhänge und Definitionen der Interviewpartnerin zu Themenbereichen aus ihrer Erzählung sichtbar machen (Lamnek 2010, S. 331). Mittels eines **Interviewleitfadens** können unterschiedliche Bereiche eines konkreten Forschungsinteresses in die Befragung eingebracht werden, zu denen dann jeweils Episoden erzählt werden (Helfferich 2011, S. 182). Ein Interviewleitfaden kann auch exmanente Nachfragen enthalten, die die Erzählung der Teilnehmerin ergänzen. Die spontane Erzählung der Interviewpartnerin sollte jedoch Priorität behalten und das Ausmaß der Nachfragen begrenzt bleiben (Helfferich 2011). Im vorliegenden Projekt werden die befragten Hebammen dazu aufgefordert, selbsterlebte Situationen zum Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Pflegenden zu erzählen. Diese Erzählungen von einzelnen Episoden werden durch konkrete Nachfragen zu den von ihnen selbst verwendeten Begriffen (z.B. Kommunikation) oder auch zu exmanenten Themen ergänzt. Diese orientierten sich zunehmend an den bereits entwickelten theoretischen Konzepten. Nach einem theoretischen Sampling wird der Katalog der möglichen exmanenten Nachfragen konkretisiert und verändert. Bei dieser Interviewvariante ist, ähnlich wie beim narrativen Interview, eine nicht so ausgeprägte Erzählkompetenz der Interviewperson ein Problem in der Datenerhebung, es wird jedoch durch einen Situationsbezug und konkrete Nachfragen relativiert. Die Interviewpartnerin benötigt eine Einführung in das Interviewverfahren, damit es tatsächlich zu Erzählungen zum interessierenden Thema kommen kann und nicht nur Situationen benannt werden. Auch die Interviewerin muss das Prinzip des Interviews verinnerlicht haben, um immer wieder Erzählungen stimulieren oder vertiefende Nachfragen stellen zu können (Flick 2017, S. 244). Im vorliegenden Projekt informiert die Forscherin bereits in den allgemeinen Informationen, insbesondere aber direkt vor dem Interview, über das Vorgehen in einem solchen Interview. Damit konnten ausgeprägte Schwierigkeiten mit der Form des episodischen Interviews vermieden werden.

Nach der Darstellung der methodischen Entscheidungen folgt im nächsten Kapitel die Darstellung der forschungsethischen Überlegungen für das vorliegende Projekt.

5.5. Forschungsethische Überlegungen

Qualitative Sozialforschung findet nicht im ‚Elfenbeinturm‘ der Wissenschaft statt, sondern will „...Lebenswelten <von innen heraus> aus der Sicht der handelnden Menschen [...] beschreiben.“ (Flick et al. 2012, S. 14). Daraus ergibt sich für Forschende eine **Verantwortung den Menschen gegenüber**, die an der Forschung teilnehmen oder sonst von ihr betroffen sind. Ethik ist nach dem DUDEN als allgemeingültige Normen und Maximen der Lebensführung zu verstehen, die sich aus der Verantwortung gegenüber anderen herleiten (DUDEN 2015). Die Ethik ist ein Teil der Philosophie und Forschungsethik als angewandte Ethik zu verstehen (von Unger et al. 2014, S. 18). Sie bezieht sich auf die Gestaltung der Forschungsbeziehungen zwischen Forscherin und Teilnehmerinnen (Hopf 2012, S. 590). Jede Forscherin ist somit vor die Situation gestellt, neben bestehenden rechtlichen Verpflichtungen, auch der sozialen Verantwortung den teilnehmenden Menschen gegenüber gerecht zu werden. Diese Verantwortung, das eigene Handeln kritisch zu reflektieren, ist in allen Phasen der Forschungspraxis relevant, beginnend bei der gewählten Forschungsfrage bis hin zur Darstellung der Ergebnisse (von Unger et al. 2014, S. 16, Flick 2017). Dabei stehen der Schutz der Teilnehmerinnen, eine verantwortungsvolle Durchführung der Forschung und vulnerable Bevölkerungsgruppen im Mittelpunkt (Flick 2017, S. 56). Verschiedene wissenschaftliche Gesellschaften haben allgemeine Regeln im Sinne von ethischen Prinzipien zur Orientierung der Forschenden festgelegt (Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) und Berufsverband deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) 2017; Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. 2016) (Hopf 2012, S. 590). Solche Ethikkodizes geben keine spezifische Position vor, erleichtern aber die Reflexion des eigenen Forschungshandelns (Flick 2017, S. 63, von Unger et al. 2014, S. 18).

Neben ethischen Prinzipien sind innerhalb von Forschungsprojekten auch rechtliche Aspekte zu beachten. In Deutschland gilt seit 2017 das erweiterte Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), das die rechtlichen Verbindlichkeiten klärt. Die Europäische Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) vereinheitlicht zudem seit 2016 Datenschutzregeln in ganz Europa. Beide rechtlichen Regelungen beschäftigen sich auch explizit mit Datenschutz innerhalb von Forschung. Sie verweisen insbesondere auf den Schutz persönlicher Daten, die ausschließlich freiwillige Teilnahme und die Pflicht zu Transparenz in den Informationen über das Forschungsvorhaben (Art. 1 DS-GVO).

Schnell und Heinritz formulierten acht **Forschungsethische Prinzipien**:

- Prinzip 1: Der Forscher muss begründen können, warum sein Thema für Forschung relevant ist. Die bereits bestehenden Erkenntnisse müssen ausgewertet sein. Es sollen keine „Datengräber“ entstehen, weil Daten nicht ausgewertet werden.
- Prinzip 2: Das Ziel der Forschung und die Bedingungen für die Mitwirkung der Teilnehmer müssen klar sein. Der potentielle Teilnehmer muss über Umfang und Ort mitentscheiden können.
- Prinzip 3: Die Forschungsmethode muss klar und ethisch unbedenklich sein.
- Prinzip 4: Der Forscher muss einschätzen können, ob seine Forschung ethisch relevante positive oder negative Folgen für die Teilnehmer haben kann.
- Prinzip 5: Der Forscher muss vor dem Beginn die möglicherweise auftretenden Verletzungen und Schäden abschätzen.
- Prinzip 6: Der Forscher muss für die eingeschätzten Risiken ethische Prävention planen.
- Prinzip 7: Der Forscher darf keine unwahren Angaben zum Nutzen der Forschung machen.
- Prinzip 8: Die geltenden Datenschutzbestimmungen müssen beachtet werden.

(Schnell & Heinritz 2006, S. 21)

Diese ethischen Prinzipien münden in konkrete Fragen der Freiwilligkeit der Teilnahme, der Vermeidung von Schaden für die Befragten, der Absicherung von Anonymitäts- und Vertraulichkeitszusagen und wie ethisches Verhalten von Forschenden in der Interaktion mit den Personen sichergestellt werden kann (Hopf 2012, S. 590). Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf diese ethischen Fragen in Bezug auf das vorliegende Forschungsprojekt.

Die **freiwillige Teilnahme** einer beobachteten oder interviewten Person ist nur mit einer informierten Einwilligung (informed consent) gegeben. Eine solche informierte Einwilligung setzt voraus, dass die Person über alle relevanten Aspekte der Forschung informiert wird (§ 2 Ethik-Kodex DGS und BDS 2017). Dazu zählt neben dem Thema, dem Vorgehen und den Methoden auch die Begründung der Forschung. So wäre eine Forschung, die keine neuen Erkenntnisse hervorbringen kann, auch aus ethischer Sicht problematisch (Flick 2017, S. 62). Die Begründung für das hier dargestellte Forschungsprojekt wird im Kapitel 5.2. näher dargestellt. Die Informationen zum Forschungsprojekt müssen den Teilnehmerinnen leicht zugänglich und auch gut verständlich sein. Die europäische Datenschutzgrundverordnung weist in diesem Zusammenhang auf eine Information in einfacher Sprache hin (Art. 12 DS-GVO). Im vorliegenden Projekt werden aller potenziellen Studienteilnehmerinnen schriftlich und mündlich informiert. Jede Mitarbeiterin der Berufsgruppen der Hebammen, Pflegenden und Ärztinnen einer geburtshilflichen Abteilung erhalten die schriftlichen Informationen

über das geplante Forschungsprojekt zusammen mit den Kontaktdaten der Forscherin. Diese Informationen enthalten Angaben zum Thema, zur Begründung und zu den geplanten Datenerhebungsmethoden. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem geplanten Vorgehen in der Datenerhebung (Informationen zum Projekt liegen im Anhang vor). Zudem wurde der persönliche Kontakt zu möglichst vielen potenziellen Studienteilnehmerinnen im Rahmen von Team-Besprechungen der Hebammen, Pflegenden und Ärztinnen der jeweiligen Kliniken hergestellt und zur ausführlichen Beantwortung von Fragen genutzt. Eine informierte Einwilligung wurde schriftlich fixiert und den Teilnehmerinnen in Kopie ausgehändigt. Damit verbunden war die schriftliche Zusicherung der Forscherin, diese Einwilligung jederzeit widerrufen zu können und seitens der Forscherin die Einhaltung des Datenschutzes zu garantieren (Einverständniserklärung liegt im Anhang vor). Die Durchführung einer geplanten teilnehmenden Beobachtung fand nur mit Einverständnis aller in der jeweiligen Situation anwesenden Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden statt. In einer Forschungsklinik war kein Einverständnis der Pflegenden und Hebammen auf der Wochenbettstation zu erzielen, weshalb hier auf Beobachtungen verzichtet wurde.

Vermeidung von Schaden ist in der Geburtshilfe ein zentrales Thema der Berufsausübung und korrespondiert damit mit dem entsprechenden forschungsethischen Prinzip. Unabhängig von den zu erwartenden Ergebnissen, darf keine Schädigung oder Beeinträchtigung von Teilnehmerinnen hingenommen werden (§ 2 Ethik-Kodex DGS und BDS 2017, Kiegelmann 2010). Hierfür wurden mögliche Nachteile für die teilnehmenden Personen und ggf. auch darüber hinaus für die verschiedenen Berufsgruppen abgewogen. Im Rahmen von soziologischer oder auch gesundheitswissenschaftlicher Forschung ist zwar nicht von einer körperlichen Verletzungsgefahr auszugehen, jedoch betont dieses Prinzip auch, dass emotionale Aspekte oder gesellschaftliche Folgen mit zu bedenken sind (Flick 2017, S. 65). Hebammen, Ärztinnen und Pflegende wurden während ihrer professionellen Berufsausübung beobachtet und einzelne Hebammen zu ihrer Arbeit befragt. Für Angehörige der Gesundheitsberufe scheint es zumutbar, sich bei der Ausübung ihres Berufes beobachten zu lassen, oder darüber Auskunft zu geben. Die Beobachtung der Interaktion und Kommunikation miteinander stellt zudem keine Bewertung dieser Arbeit dar. Angehörige der Gesundheitsberufe werden darüber hinaus nicht als vulnerable Gruppe eingeschätzt. Es war jedoch nicht auszuschließen, dass insbesondere in den Interviewsituationen eine persönliche Betroffenheit durch die Thematisierung schwieriger Arbeitsbeziehungen oder eines starken Machtgefälles zum Ausdruck kommen könnte. Dass eine solche persönliche Betroffenheit Hilfsangebote nötig machen könnte, wurde jedoch als nicht sehr wahrscheinlich eingeschätzt. Um einer besonderen Situationen der persönlichen Betroffenheit den nötigen Raum gegeben zu können, wurde jede Interviewsituation mit ausreichend Zeit geplant. Ein anderer Aspekt der Vermeidung von Nachteilen bezog sich auf die

Adressatinnen der geburtshilflichen Versorgung. Gebärende Frauen und Wöchnerinnen sind eine besonders vulnerable Gruppe im Rahmen der Gesundheitsversorgung eines Krankenhauses. Der Prozess der Geburt benötigt in besonderem Maß vertraute Begleitung, Ruhe und Bewegungsfreiheit und reagiert sehr sensibel auf die Umgebungssituation (Sayn-Wittgenstein 2007, S. 37). Interprofessionelle Zusammenarbeit findet auch ‚patientinnennah‘ statt und es war wichtig sicher zu stellen, dass schwangere Frauen und Wöchnerinnen mit ihren Kindern und Familien keinen Nachteil durch das Forschungsvorhaben erleben. Die fremde und zusätzliche Person der Forscherin in einer Geburtssituation schien deshalb nicht vertretbar und es wurden zunächst nur ‚patientinnenferne‘ Situationen für Beobachtungen eingeplant. Die Beobachtungssituationen waren somit auf die Kommunikation und Interaktion von Hebammen und Ärztinnen oder Pflegenden außerhalb des Geburtsraumes oder des Wöchnerinnenzimmers beschränkt. Eine geplante mögliche Revision dieses Vorgehens stellte sich im Verlauf der Forschung als unnötig heraus. Es konnten viele Interaktionen außerhalb der privaten Situation eines Geburtsraumes beobachtet werden.

Ein besonderer Aspekt der Vermeidung von Schaden ist die Zusage von Vertraulichkeit als Schutz der Persönlichkeitsrechte. Der **Umgang mit den persönlichen Daten** der Teilnehmerinnen ist daher ein besonders sensibler Punkt. Er bezieht sich sowohl auf die Person an sich, ihre eigenen Angaben und auch auf die von der Forscherin erhobenen Daten. Hier steht der Schutz der persönlichen Daten uneingeschränkt im Vordergrund. Um die Anonymität der individuellen Person wahren zu können, dürfen sämtliche Daten nicht für Unbefugte zugänglich sein (Hopf 2012, S. 596). Neben der sicheren Aufbewahrung von Primär-Daten ist auch die Anonymität der Person durch Verfremdung zu schützen (Flick 2017, S. 66). Im vorliegenden Projekt sind alle personenbezogenen Daten zum Schutz der Persönlichkeitsrechte ausschließlich der Forscherin zugänglich. Das bezieht sich sowohl auf elektronische Daten (Audio-Dateien der Interviews, anonymisierte Transkripte der Interviews und Beobachtungsprotokolle), die passwortgeschützt gesichert wurden, als auch auf analoge Feldnotizen, Einwilligungserklärungen und Kontaktdaten, die verschlossen aufbewahrt wurden. Den Teilnehmerinnen wurde zugesichert, alle Daten nach Ende des Projektes zu löschen. Der Aspekt der Löschung der erhobenen Daten steht in einem Spannungsfeld zwischen dem Schutz persönlicher Daten und dem Qualitätsanspruch von Forschung, Ergebnisse nachvollziehbar zu machen. So fordert das BDSG eine Löschung der Daten nach Beendigung der Forschung, während die Arbeitsgruppe Datenschutz und qualitative Sozialforschung rät, erhobene anonymisierte Daten zu speichern und sie ggf. einer Nachnutzung zuzuführen. Sie weisen jedoch darauf hin, dass es sinnvoll ist, die Einwilligungserklärung daraufhin anzupassen (Arbeitsgruppe Datenschutz und qualitative Sozialforschung 2014). In der vorliegenden Arbeit werden die erhobenen Daten gemäß der GTM durch zunehmende Abstraktion zur Entwicklung einer gegenstandsbezogenen Theorie genutzt.

Dieser Umstand erschwert, dass einzelne Informationen individuell zugeordnet werden können. Darüber hinaus verdeutlicht die Darstellung des Prozesses der Theoriegenerierung in dieser Arbeit die Qualität der Ergebnisse, auch ohne auf ursprünglichen Daten zurückgreifen zu müssen. Bei einer Verfremdung werden Namen und Ortsangaben oder andere leicht zu identifizierende Aspekte verändert (Schnell & Heinritz 2006, Kiegelmann 2010). In dieser Arbeit werden die Namen und Ortsangaben durch Ziffern und eine Nummerierung ersetzt (Hebamme1, Ärztin1, Pflegende1). Auch die wissenschaftliche Publikation der Ergebnisse erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form (§ 40 BDSG). Es ist jedoch zu konstatieren, dass die Berufsgruppe der Hebammen mit einer Zahl von rund 20.000 Hebammen bundesweit eine der kleinen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist. Aus diesem Grund ist die Anonymisierung von Informationen ggf. schwieriger, als in anderen Berufsfeldern, da sowohl innerhalb der eigenen Gruppe, aber auch von außen betrachtet, Informationen schneller mit einer Person in Zusammenhang gebracht werden können. Daher wurde eine besondere Sorgfalt bei der Anonymisierung umgesetzt. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass diese Bemühungen nicht vollumfänglich zum Erfolg geführt haben.

Die vorliegende Arbeit fokussiert das Berufsfeld der Geburtshilfe. Dieses ist auch das eigene Berufsfeld der Forscherin, was den Vorteil birgt, dass es für sie leichter ist, sich im klinischen Umfeld zu orientieren und wichtige Abläufe zu erkennen. Es entstand schnell ein engerer Kontakt zwischen Hebammen und Forscherin. Die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe spielte hierbei eine wichtige Rolle, da die Forscherin mehr als Kollegin, denn als Forscherin gesehen wurde, was die **Bedeutung von forschungsethischem Verhalten** noch einmal in den Mittelpunkt rückte. Gleichwohl ist es aus forschungsethischer Sicht unbedingt notwendig, die entstehende Beziehung zu den Hebammen angemessen zu würdigen. In der Interaktion war es wichtig, die Personen nicht als ‚Informationsquelle‘ (Schnell & Heinritz 2006), sondern als Person zu sehen und ihnen wertschätzend zu begegnen. Dazu gehörte in jedem Fall die Einplanung von ausreichend Zeit in jeder Interaktionssituation. Es ergab sich auch meist ein kurzes persönliches Gespräch zur Person der Forscherin und ihren beruflichen Bezügen, das bereitwillig gewährt wurde. Dieser Austausch bildete oft die Basis für eine vertrauensvolle Situation, da die Forscherin daraufhin mehr als Kollegin zu gelten schien, die bereitwillig unterstützt werden sollte. Dieser Vorteil in der Kontaktaufnahme weist gleichzeitig auf den Nachteil hin, dass eine noch deutlichere Abgrenzung als Forscherin notwendig war, um den benötigten Abstand der Forscherinnenrolle zu wahren (Burns et al. 2012). Der Impuls der Forscherin, sich tatsächlich als Kollegin zu fühlen, zeigte sich z. B. darin, in arbeitsintensiven Phasen unterstützend in die Situation eingreifen zu wollen. Dieser Impuls wurde jedoch konsequent unterdrückt, um die Beobachtung nicht zu stören und auch den eigenen Abstand zur Situation zu wahren. Ethisches Verhalten in der Interviewsituation wurde dadurch sichergestellt, dass die

Teilnehmenden Zeit und Ort des Interviews individuell festlegen konnten. Für jede Situation wurde von Seiten der Forscherin ausreichend Zeit eingeplant, um z.B. bei Betroffenheit angemessen Zeit einräumen zu können. Die Wertschätzung der Person stand so im Vordergrund. Es ergaben sich im Anschluss meist noch informelle Gespräche zum Beruf und der Arbeit der Forscherin im Themenbereich der Akademisierung des Hebammenberufes, die sehr von gegenseitiger Wertschätzung geprägt waren. Darüber hinaus sorgte die Forscherin durch die Bereitstellung von Getränken und einer kleinen Süßigkeit für eine möglichst angenehme Atmosphäre.

Nach der Darstellung der ethischen Überlegungen zum Forschungsprojekt folgen im nächsten Kapitel die Ausführungen zu den Kriterien der Qualitätsbestimmung von qualitativer Forschung.

5.6. Qualitätskriterien qualitativer Forschung

Wie im vorhergehenden Kapitel dargestellt wurde, ist allein aus ethischer Sicht eine Begründbarkeit der Forschung notwendig. Darüber hinaus ist auch aus wissenschaftlicher Sicht die Qualität von Forschung von Bedeutung. Es bestehen verschiedene Gütekriterien für Forschung, doch muss dabei jeweils unterschieden werden, in welchem methodischen Zusammenhang die jeweilige Forschung erfolgt. Unterschiedliche Grundannahmen von quantitativer und qualitativer Forschung lassen keine gemeinsamen Gütekriterien zu (Steinke 2012, S. 320). Vielmehr müssen die **jeweiligen Kriterien der Forschungsperspektive** Rechnung tragen. Das Wesen der offenen Herangehensweise von qualitativer Forschung scheint ihre Bewertung zu erschweren. Es gibt verschiedene Lösungswege für dieses Problem, doch scheint insbesondere zielführend, dass die Bewertung von qualitativer Forschung nur unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellung, Methode, Feldspezifik und Spezifik des Gegenstandes erfolgen sollte (ebd., S. 323). Steinke formuliert zentrale, breit angelegte Kernkriterien zur Überprüfung von qualitativer Forschung. Diese sollten jedoch in der Anwendung untersuchungsspezifisch konkretisiert und ggf. weiter ergänzt werden (ebd., S. 323f). Sie formuliert die Kriterien:

- Intersubjektive Nachvollziehbarkeit
- Indikation des Forschungsprozesses
- Empirische Verankerung
- Limitation

(ebd., S. 324ff).

Die Darstellung dieser Qualitätskriterien in Bezug auf die vorliegende Arbeit erfolgt im Kapitel 8 in der Rückschau auf den Forschungsprozess und die ermittelten Ergebnisse.

6. Datenerhebung und Auswertung

Nach der Darstellung und Begründung der methodischen Entscheidungen im vorausgegangenen Kapitel, steht nun die reale Umsetzung des methodischen Vorgehens im Mittelpunkt. Zum Verständnis der Vorgehensweise in der vorliegenden Forschung werden zunächst der iterative Erhebungs- und Analyseprozess (Kapitel 6.1.) sowie der Zugang zum Forschungsfeld (Kapitel 6.2.) und das Vorgehen während der teilnehmenden Beobachtungen erläutert (Kapitel 6.3.). In die Darstellung der Interviewsituationen ist der Prozess der Leitfadententwicklung einbezogen (Kapitel 6.4.). Als Beitrag zur Nachvollziehbarkeit der Theorieentwicklung wird das Vorgehen im Analyseprozess der Daten ausführlich dargestellt (Kapitel 6.5.). Ein Vorgehen gemäß der Grounded-Theory-Methodologie erfordert eine Parallelität von Datenerhebung, Datenauswertung und neuem Zugang zum Feld nach einem theoretischen Sampling. Dieser iterative Prozess kann durch die gewählte Kapitelstruktur nicht verdeutlicht werden. Er ist jedoch mitzudenken.

6.1. Iterativer Erhebungs- und Analyseprozess

Ein Vorgehen gemäß der gewählten Grounded-Theory-Methodologie lässt keine strikte Trennung der Phasen von Datenerhebung und Datenauswertung zu. Genauso wenig ist eine abschließende Sampling-Auswahl zu Beginn des Forschungsprozesses möglich. Die Auswahl des Samplings orientiert sich gemäß der GTM nach dem Forschungsinteresse und den im Verlauf entstehenden theoretischen Konzepten. Erste Ergebnisse der parallel verlaufenden Analyse der Daten bestimmen so das weitere Sampling (Kapitel 5.3.1.4.). Die in Kapitel 2 dargestellten Versorgungsstrukturen der geburtshilflichen Versorgung sind die Basis für die Auswahl des Samplings dieser Arbeit.

Die **Datenerhebung** der vorliegenden Arbeit gliedert sich in **drei Phasen** und erfolgte in der Zeit von September 2014 bis Oktober 2016. Zu Beginn erfolgte die Datenerhebung in zwei unterschiedlichen geburtshilflichen Abteilungen im Status einer Geburtsklinik, die die Einschlusskriterien erfüllten (Kapitel 6.2.). Zunächst wurden teilnehmende Beobachtungen im Kreißsaal durchgeführt, die zeitnah ausgewertet wurden. Diese ersten vorläufigen Ergebnisse konnten so in die folgenden Beobachtungen auf der Wochenbettstation und die anschließenden episodischen Interviews mit Hebammen einfließen. Die weiter parallel verlaufende Datenerhebung und -analyse gemäß den Kodierverfahren der Grounded-Theory-Methodologie erweiterte die vorläufigen Ergebnisse. Sie wurden systematisch an den vorhandenen Daten überprüft und bearbeitet. Eine zweite Phase der

Datenerhebung erfolgte nach einem **theoretischen Sampling**. Die bereits vorliegenden Ergebnisse wurden zur Bestimmung einer angemessenen Vergleichsgruppe genutzt. Die bis zu diesem Zeitpunkt analysierten Beobachtungs- und Interviewdaten wiesen darauf hin, dass die berufliche Position der Hebamme innerhalb einer geburtshilflichen Abteilung von Interesse war. Daraufhin wurde eine geburtshilfliche Abteilung mit dem Angebot von **hebammengeleiteten Geburten als Vergleichsgruppe** für die nächste Datenerhebung ausgewählt. Die hebammengeleitete Geburt ist durch eine autonome Ausübung des Hebammenberufes gekennzeichnet. Die Standardversorgung in geburtshilflichen Abteilungen erfolgt in Zusammenarbeit oder hierarchisch geprägten Beziehungen zwischen Hebammen und Ärztinnen. Somit stellt der Arbeitsbereich der hebammengeleiteten Geburt eine relevante Vergleichsgruppe zu den Arbeitsbedingungen in einem herkömmlichen Kreißaal dar. Die parallele Datenerhebung und Datenauswertung wurde auch in dieser Phase beibehalten. Das Angebot von hebammengeleiteten Geburten im Rahmen eines sogenannten ‚Hebammenkreißaales‘ ist in Deutschland bisher nur in begrenztem Umfang vorhanden. Es impliziert auch keine Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen auf der Wochenbettstation. Im ersten Setting eines Hebammenkreißaales konnten keine Hebammen auf der Wochenbettstation in das Projekt eingebunden werden. Aus diesem Grund erfolgte nach weiterer Recherche in einem dritten Erhebungszeitraum eine erneute Datenerhebung und Datenanalyse in einer geburtshilflichen Abteilung mit hebammengeleiteten Geburten, in der auch eine Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden auf der Wochenbettstation besteht. Im Rahmen dieses iterativen Prozesses wurden die schon bestehenden theoretischen Konzepte während der folgenden Datenerhebung überprüft, verändert und weiterentwickelt. Insgesamt wurden Daten aus **20 Beobachtungen und 14 Interviews** analysiert. Tabelle 4 zeigt eine Übersicht der Verteilung der Beobachtungen und Interviews in den verschiedenen Settings.

Tabelle 4: Übersicht zur Verteilung der Beobachtungen und Interviews

	Beobachtung im KRS	Beobachtung auf der WBS	Interview Hebamme im KRS	Interview Hebamme auf der WBS	Hebammen- kreißaal
Klinik 1	7	2	3	2	
Klinik 2	4	/	2	2	
Klinik 3	3	/	2	/	x
Klinik 4	2	2	2	1	x

6.2. Zugang zum Feld

In der vorliegenden Arbeit steht die interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der geburtshilflichen Versorgung im klinischen Setting im Mittelpunkt. Der Fokus richtet sich dabei sowohl auf die Zusammenarbeit von **Hebammen und Ärztinnen im Kreißaal** als auch auf die Zusammenarbeit von **Hebammen und Pflegenden auf der Wochenbettstation**. Dementsprechend wurden in die Datenerhebung in der Regel nur geburtshilfliche Abteilungen eingeschlossen, in denen diese Zusammenarbeit in beiden Settings auch gegeben war. Während die Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen im Kreißaal in der Regel automatisch gegeben ist, ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen auf der Wochenbettstation nicht selbstverständlich. Sie ist weder flächendeckend vorhanden, noch existieren dazu statistische Angaben. Die relevanten Informationen ergeben sich allein aus den Angaben des krankenhauseigenen Internetauftrittes oder einem persönlichen Kontakt. Die Recherche erfolgte zunächst innerhalb von Nordrhein-Westfalen. Der Kontakt zu den in Frage kommenden geburtshilflichen Abteilungen erfolgte in schriftlicher Form, parallel an die leitende Hebamme des Kreißaales und die Chefärztin der Abteilung. Nach einem weiteren telefonischen Kontakt wurde bei Interesse zur Teilnahme das Forschungsvorhaben bei den Entscheidungsträgerinnen, den leitenden Ärztinnen und der leitenden Hebamme, vorgestellt. Die leitenden Hebammen erwiesen sich in allen geburtshilflichen Abteilungen als ‚Gatekeeperin‘ und sehr engagierte und hilfreiche Unterstützung bei der Vorbereitung der klinikinternen Ablauf-Planung. Die leitende Hebamme bekleidete in der Regel die Position der Bereichsleitung für den Kreißaal und die Wochenbettstation der kooperierenden Abteilungen.

Nach der Zustimmung auf Leitungsebene und, wenn erforderlich, auch der Mitarbeiterinnenvertretung, erfolgte die **Information** aller Hebammen, Pflegenden und Ärztinnen der geburtshilflichen Abteilung über das Forschungsvorhaben. Gemäß den Anforderungen an qualitative Forschung ist die informierte Zustimmung aller Teilnehmerinnen Voraussetzung für die Teilnahme. Die entsprechenden Mitarbeiterinnen wurden zunächst **in schriftlicher Form** und unter Angabe der Kontaktdaten der Forscherin informiert. Darüber hinaus wurde das Forschungsprojekt **persönlich** im Rahmen von turnusmäßigen Teambesprechungen in den einzelnen Berufsgruppen vorgestellt. Die schriftlichen Informationen beziehen sich sowohl auf die teilnehmende Beobachtung als auch auf die geplanten Interviewsituationen. Die Zustimmung zur Teilnahme erfolgte schriftlich und wurde den Teilnehmerinnen ebenfalls ausgehändigt (Informationsschreiben und Einverständniserklärung liegen im Anhang vor). In allen Settings erklärte nur ein Teil der Beschäftigten sein Einverständnis zur Teilnahme. Dies war insbesondere für die

Beobachtungssituationen von Bedeutung, da somit eine Beobachtung nur stattfinden konnte, wenn alle vor Ort anwesenden Hebammen und Pflegenden oder Ärztinnen einverstanden waren. Diese Bedingung schränkte die Beobachtungsmöglichkeiten in jedem Setting ein, konnte jedoch eingehalten werden. In einigen Beobachtungssituationen wurde situativ ausschließlich ein mündliches Einverständnis sichergestellt. In einer Klinik konnte auf der Wochenbettstation trotz gleichen Vorgehens kein Einverständnis der Pflegenden zur Teilnahme erreicht werden, so dass in diesem Setting auf teilnehmende Beobachtung auf der Wochenbettstation verzichtet werden musste.

Teilnehmerinnen für die episodischen Interviews konnten über die schriftlichen Informationen zum Forschungsvorhaben, durch den Aushang von Teilnahmelisten vor Ort im Kreißaal und auf der Wochenbettstation und mittels persönlicher Ansprache akquiriert werden. Auch hier wurde das Einverständnis schriftlich festgehalten und der Hebamme ausgehändigt (Einverständniserklärung liegt im Anhang vor).

Die **Akquise** einer geburtshilflichen Abteilung mit **Hebammenkreißaal** im Zusammenhang mit dem theoretischen Sampling erwies sich als aufwändig. Die benötigten Informationen der hebammengeleiteten Geburt und Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden in der Wochenbettbetreuung konnten nur durch eigene telefonische Recherche eingeholt werden. Die Recherche und Akquise von Kliniken mit hebammengeleiteten Geburten wurde bundesweit ausgedehnt. Da das Angebot der hebammengeleiteten Geburt in Krankenhäusern noch beschränkt ist, wurde auch eine geburtshilfliche Abteilung in das Sampling mit aufgenommen, obwohl keine Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden auf der Wochenbettstation bestand.

6.3. Beobachtungen

Wie bereits dargestellt, waren Beobachtungssituationen abhängig von der Bereitschaft der diensthabenden Personen zur Teilnahme. Erst bei vorliegendem Einverständnis aller in der Situation anwesenden Personen wurden die Beobachtungen durchgeführt. Zunächst erfolgten Beobachtungen im Kreißaal und im Anschluss auf der Wochenbettstation. In beiden Situationen war die Beobachtung unter **Einbeziehung von Frauen und Familien ausgeschlossen**. Wie im Kapitel 5.5. dargestellt, erschien dies aus forschungsethischen Erwägungen nicht angemessen zu sein. Daher erfolgten die Beobachtungen ausschließlich im Dienstzimmer, dem Aufenthaltsraum und auf den Fluren des Kreißaales oder der Wochenbettstation. Die Forscherin trat in privater Kleidung, jedoch mit einem Namensschild kenntlich, auf. Die Kleidung wurde bewusst dezent gehalten. Nach einer

Begrüßung mit den jeweils anwesenden Personen konnte die Forscherin sich in dem geplanten Umfang frei bewegen. Die Aufzeichnung von Feldnotizen erfolgte nicht innerhalb der Situation, um die Arbeitsatmosphäre für Hebammen, Pflegende und Ärztinnen nicht unnötig zu stören. Eine Mitschrift von Notizen kann zu Unbehagen und einem Gefühl der Kontrolle bei den Beobachteten führen und die Interaktionen beeinflussen. Die Beobachtung wurde daher nach einigen Stunden unterbrochen und die Feldnotizen außerhalb der Situation angefertigt. Eindrücke und Beobachtungen konnten dadurch zeitnah festgehalten werden, ohne die Beobachtungssituation zu belasten. In diese Notizen wurden auch die eigene Reflexion zu den beobachteten Situationen und die Reflexion der eigenen Person für die Beobachtungssituation aufgenommen. Im Anschluss wurde die Beobachtung weitergeführt. Die handschriftlichen Feldnotizen wurden spätestens am nächsten Tag in elektronische Beobachtungsprotokolle überführt und, wenn möglich, noch ergänzt.

Eine Herausforderung der teilnehmenden Beobachtung war die Auseinandersetzung mit der Rolle der Forscherin. Einerseits sollte dem persönlichen Kontakt mit den Hebammen, Pflegenden und Ärztinnen der nötigen Raum gegeben werden und andererseits die Rolle der Forscherin gewahrt werden. Daher wurden informelle Gespräche mit den Teilnehmerinnen zur Person der Forscherin und ihres beruflichen Hintergrundes bereitwillig gewährt, jedoch bewusst kurz gehalten.

6.4. Interviews

Die Planung des methodischen Vorgehens sieht eine Triangulation der Datenerhebungsmethoden vor (Kapitel 5.3.2.). Die Daten der teilnehmenden Beobachtungen werden daher durch episodische Interviews mit Hebammen aus dem jeweiligen Setting ergänzt. Es ergibt sich somit die Möglichkeit, die subjektive Perspektive der Hebammen mit einzubeziehen. In jeder geburtshilflichen Abteilung erfolgten mindestens zwei Interviews mit Hebammen aus dem Kreißaal und ebenfalls zwei Interviews mit Hebammen, die auf der Wochenbettstation arbeiten. In episodischen Interviews werden Erzählungen mit konkreten Fragen kombiniert und so situatives und semantisches Wissen der Teilnehmenden sichtbar (Kapitel 5.4.2.). Alle Interviews wurden leitfadengestützt durchgeführt und digital aufgezeichnet.

Der Interviewleitfaden umfasst fünf verschiedene Themenbereiche der interprofessionellen Zusammenarbeit und orientiert sich dabei an der Literatur zu interprofessioneller Zusammenarbeit¹⁸. Zu Beginn steht der Bereich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, gefolgt von den Aspekten hilfreicher Unterstützung und Schwierigkeiten bei der gemeinsamen Arbeit. Die

¹⁸ Siehe Kapitel 3.1.

Sozialisation und eigene Fähigkeiten zur Zusammenarbeit bilden neben einer subjektiven Einschätzung der Interviewperson die abschließenden Themen des Interviewleitfadens. Jeder Themenbereich enthält eine erzählgenerierende Leitfrage und mögliche Aufrechterhaltungsfragen. Dadurch soll eine Erzählung angestoßen und bei Bedarf unterstützt werden. Darüber hinaus beinhaltet der Interviewleitfaden mögliche exmanente Nachfragen zu jedem Themenbereich (Kapitel 5.4.2.). Nach dem theoretischen Sampling wurde für die Vergleichsgruppe der Krankenhäuser mit Hebammengeleiteten Geburten die Liste der möglichen Nachfragen auf die theoretischen Konzepte angepasst, der Leitfaden veränderte sich darüber hinaus nicht (Interviewleitfaden und Liste der veränderten exmanenten Nachfragen nach dem theoretischen Sampling liegen im Anhang vor). Die **Entwicklung des Interviewleitfadens** richtet sich nach dem SPSS-Prinzip nach Helfferich (Helfferich 2011, S. 182ff). Danach erfolgt die Leitfadenentwicklung in den vier Schritten: Sammeln von Fragen (S), Prüfen der Fragen unter dem Aspekt des Vorwissens und der Offenheit (P), Sortieren (S) und schließlich Subsumieren von ähnlichen Themen (S). Dieses Vorgehen wurde in der Leitfadenentwicklung verfolgt. Die daraus generierten Themenbereiche und Leitfragen wurden im Promotionskolloquium an der Universität Bremen mit den Kolleginnen kritisch reflektiert und diskutiert. Daraufhin wurde der Leitfaden nochmals überarbeitet. Die Erzählaufforderungen und Nachfragen des Interviewleitfadens waren in allen Interviewsituationen gleich, es wurde lediglich eine sprachliche Anpassung an die Zusammenarbeit mit Ärztinnen oder Pflegenden vorgenommen.

Jede **Interviewsituation** fand entsprechend den zeitlichen und örtlichen Wünschen der Teilnehmerin statt. In der Regel waren die Krankenhaus-Cafeteria oder ein anderer Raum im Umfeld des Krankenhauses der gewünschte Interview-Ort. Zwei Interviews fanden in einem öffentlichen Café statt und ein Interview erfolgte auf Wunsch bei der Teilnehmerin zu Hause. Um eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu gewährleisten, standen Getränke und von Seiten der Forscherin ein großzügiges Zeitkontingent zur Verfügung. Einige Hebammen waren der Forscherin aus den teilnehmenden Beobachtungen oder vor Beginn der Forschung bekannt. Daher wurde in diesen Situationen die informelle Anrede des ‚Du‘ beibehalten. Der weite Zeitrahmen sollte dem Redebedarf jeder Interviewpartnerin Rechnung tragen und auch eventuell auftretender Betroffenheit Raum geben können. Jede Interviewsituation begann nach einem kurzen informellen Gespräch mit einer Einführung in die Interviewsituation des episodischen Interviews und der Klärung noch bestehender Fragen. Sowohl der zeitliche Umfang als auch die unterschiedlichen Rollen dieser Interview-Variante wurden erläutert. Jedes Gespräch wurde digital aufgezeichnet. Nach Abschluss der Interviewsituation fand meist noch ein informelles Gespräch zwischen der Interviewpartnerin und der Forscherin statt. Diese Gespräche hatten in der Regel die berufliche Situation der Forscherin zum Inhalt und es wurde Wert darauf gelegt, in diesen Gesprächen die Person der Interviewpartnerin angemessen zu

würdigen. Im Anschluss an das Gespräch wurde ein Interviewprotokollbogen erstellt, mit den Grunddaten zur Interviewsituation und der Gesprächsteilnehmerin und etwaigen Besonderheiten (Interview-Protokollbogen liegt im Anhang vor). Jedem Interview wurde ein Interview-Code zugeordnet. Die digital gespeicherten Daten wurden von der Forscherin selbst mit der Software f4 **wörtlich transkribiert**. Zunächst wurde das Gespräch noch einmal ganz abgehört und dann mit Hilfe der Software Satz für Satz transkribiert. Dabei wurden Transkriptionsregeln eingehalten (Dresing & Pehl 2010) (Transkriptionsregeln liegen im Anhang vor) und die personenbezogenen Daten anonymisiert. Nach der vollständigen Transkription der ersten drei Interviews wurden bei den folgenden Transkriptionen nach dem vorgeschalteten Abhören des ganzen Gespräches die nicht relevant erscheinenden Passagen nicht mehr transkribiert. Die erstellten Interview-Transkripte wurden in einem nochmaligen Abhörvorgang abschließend mit den Audio-Daten abgeglichen. Jedes Dokument erhielt eine Kennung aus Setting und Dokumentnummer. Die angefertigten Transkripte gingen dann in die Datenanalyse ein.

6.5. Prozess der Analyse

Im Vorgehen gemäß der Grounded-Theory-Methodologie erfolgt die Datenanalyse von Beginn an in einem parallelen Prozess von Datenerhebung und Datenauswertung. Der Analyseprozess folgt einem dreischrittigen Verfahren aus **offenem, axialen und selektivem Kodieren**. Dabei ist nach Glaser und Strauss nicht das Beschreiben, sondern das Generieren von Theorie das Ziel der Analyse (Glaser & Strauss 2010, S. 116). Nach der Erstellung der Beobachtungsprotokolle und Interview-Transkripte wurden die digitalen Dokumente in die Analyse-Software MAXQDA aufgenommen. Der Kodierprozess begann mit einem offenen Kodieren, in dem Textstellen auf einen Aspekt hin verkürzt werden und so ein Überblick über das Datenmaterial erleichtert wird (Berg & Milmeister 2011, S. 318). Dieses offene Kodieren erfolgte zunächst nicht in den digitalen Dokumenten, sondern mit der Pencil-Paper-Methode. Das sorgfältige und abschnittsweise Lesen erleichterte die Zuordnung von Codes. Ähnliche Textstellen wurden mit dem gleichen Code markiert. Neben der freien Assoziation von Begriffen wurden auch ‚in-vivo-Kodes‘ verwendet, die eine wörtliche Übernahme des Inhaltes darstellen. Die so entstandenen Codes des offenen Kodierens wurden in die Analyse-Software MAXQDA übernommen. Dieses digitale Instrument vereinfacht die Zuweisung von Codes ebenso wie die Verwaltung der immer größer werdenden Anzahl von Kodierungen. Sie erlaubt darüber hinaus, jederzeit einen Überblick über die einem Code zugeordneten Textstellen. Die Zuordnung und auch Zusammenfassung von Codes ist dadurch sehr erleichtert. Die zunächst große Anzahl von Codes im ersten Kodierungsprozess wurde in einem nachfolgenden Schritt zu theoretischen Konzepten

zusammengefasst und damit verkleinert. Theoretische Konzepte verlassen die beschreibende Ebene. Nach der Kodierung einer Reihe von Dokumenten wurden die entstandenen Konzepte durch axiales Kodieren in einen Zusammenhang gebracht. Die Relevanz der Art der Berufsausübung von Hebammen zeigte sich schon früh im Analyseprozess. Jedoch erforderte es einen längeren Auseinandersetzungsprozess, um unterschiedliche Blickwinkel auf dieses Phänomen zu überprüfen und auch in den neu hinzukommenden Daten zu bestätigen. Das Phänomen der Berufsausübung wurde im Verlauf der Analyse aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Sowohl die äußeren Bedingungen und Anforderungen der beruflichen Situation als auch die Perspektive der Sicht der Medizin auf den Hebammenberuf stellten zeitweilig zentrale Blickwinkel dar. Mit zunehmender Theorieentwicklung stellte sich so das berufliche Selbstverständnis der Hebammen als Kernkategorie heraus. Die Technik des **Concept Mappings** erwies sich in diesem Prozess als hilfreich. Eine solche bildliche Zuordnung von Konzepten innerhalb eines Schaubildes verdeutlicht die Zusammenhänge. Hier stellten sich Unklarheiten der Konzepte heraus, die in einer weiteren vergleichenden Analyse bearbeitet und überwunden werden konnten.

Die Benennung der theoretischen Konzepte wurde immer wieder reflektiert und in den neu hinzukommenden Daten überprüft. **Nachschlagewerke zum deutschen Wortschatz** unterstützten diesen Prozess (Dornseiff 2004, DUDEN 2015). Die so generierten theoretischen Konzepte beinhalten jeweils verschiedene Subkategorien, die unterschiedliche Dimensionen des Konzeptes abbilden. Abbildung 12 zeigt beispielhaft das Konzept der ‚Arbeitsorganisation‘ mit den integrierten Subkategorien.

Arbeitsorganisation	
Fragmentierte Aufgabenbereiche	
Formalisierte Informationsweitergabe	
	Übergabe
	wenige Informationen
Standardvorgehen	

Abbildung 12: Konzept ‚Arbeitsorganisation‘ mit Subkategorien

Nach der Festlegung der Kernkategorie wurden alle anderen Konzepte mittels selektiven Kodierens mit dieser Kernkategorie in Beziehung gesetzt. Die anderen Konzepte wurden dabei den Bereichen der Ursachen, intervenierenden Bedingungen, Handlungsstrategien und Konsequenzen zugeordnet (Strübing 2008, S. 20).

Der Analyseprozess wurde von Beginn an von einem intensiven **Memoing** begleitet. Nach Glaser und Strauss ist die Verschriftlichung von Gedanken und Einfällen bei der Generierung einer Grounded-Theory von großer Bedeutung und manchmal höher einzustufen, als die fortwährende Analyse (Glaser & Strauss 2010, S. 121). In den Memos wurden sowohl planerische Gedanken und spontane Einfälle festgehalten, als auch die Konzepte während des Analyseprozesses reflektiert und weiterentwickelt. Die wiederkehrende Verschriftlichung von Gedanken erleichterte den Analyseprozess. Im Lauf der Analyse entstanden so zu den zentralen Konzepten sich immer weiter entwickelnde Gedanken und Texte. Abbildung 13 zeigt beispielhaft ein Memo im Analyseprozess, das die Auseinandersetzung mit aufkommenden Gedanken und Einfällen im Prozess der Analyse veranschaulicht.

Memo zu Gedanken während des Transkribierens – 21.04.2016

Ich transkribiere gerade das letzte Interview und währenddessen kam mir folgender Gedanke bzw. wurde dieser Gedanke noch klarer:

Hebammen sehen sich nicht nur für die normale Geburt kompetent an, sondern auch für davon etwas abweichende Situationen („bisschen pathologisch“). Erst wenn es richtig pathologisch oder dramatisch ist, sehen sie eine Ärztin als notwendig an.

In diesen etwas abweichenden Situationen möchten sie sich aber gerne austauschen und eine zweite Meinung hören. Das gibt ihnen Sicherheit. Sie haben auch immer wieder das Gefühl nicht so richtig zu wissen was sie am besten machen sollen.

Sie holen sich deshalb auch immer wieder mal eine Kollegin dazu und fragen diese um Rat oder Unterstützung – besonders auch im hebammengeleiteten Kreißaal. Mit der Kollegin können sie genau diesen (ebenbürtigen?) Austausch haben. Die Information der Ärztin schiebt sich dann nach hinten raus.

Wenn es keine zweite Hebamme gibt, diese keine Zeit hat, oder die Ärztin „sowieso grad da ist“ sprechen sie in solchen Situationen auch die Ärztin an – eigentlich um sich auszutauschen.

Das gelingt aber nicht immer, da die Ärztin ja eigentlich zum Entscheiden und Handeln dazu kommt. Es kann also gut sein, dass die Hebamme nur Austausch über eine Situation will, aber die Ärztin Handlungsbedarf empfindet, weil die Hebamme nicht sicher erscheint oder die Situation nicht völlig ohne Besonderheiten ist.

Es gibt allerdings auch Situationen, in denen die Hebamme genau diesen Austausch bekommt, den sie eigentlich möchte. Aber das ist nicht sicher vorhersehbar? Das wäre dann eine gelingende Zusammenarbeit, wenn klar ist, welcher Austausch zwischen den beiden Akteurinnen passieren soll und er dann auch wertschätzend geschieht. Die Hebammen scheinen manchmal dem Trugschluss zu erliegen, dass sie mit der Ärztin auf jeden Fall so einen Austausch zu einer Situation haben können, wie sie es eigentlich möchten. Ist ihnen die Dynamik von Hierarchie nicht bewusst??

Abbildung 13: Beispiel-Memo zu Einfällen im Prozess der Analyse

Dieses Memo verdeutlicht, dass in der Beschäftigung mit den Daten immer wieder Ideen zu möglichen Zusammenhängen auftauchen, die nicht immer sofort verifiziert werden können. Im weiteren Verlauf der Analyse und des Memoings ergeben sich daraus jedoch immer wieder Anknüpfungspunkte. Die Verschriftlichung dieser Einfälle verhindert, dass sie vergessen werden und im Prozess der Verschriftlichung erfolgt auch schon eine Reflexion der Gedanken. Die Einbindung von Memos in die Datenanalyse findet ihre Entsprechung in einem Memoing zum Forschungsprozess. So wurde mit der Entscheidung für eine Vergleichsgruppe die Reflexion der Beobachtungsperspektive in einem Kreißaal mit hebammengeleiteten Geburten notwendig. Diese Darstellung der planerischen und reflexiven Gedanken zu einem veränderten Beobachtungsfokus in Abbildung 14 steht stellvertretend für den Memoing-Prozess zur Unterstützung des Forschungsprozesses.

Memo zu verändertem Beobachtungsfokus – 09.01.2016

Bevor ich neue Daten im hebammengeleiteten Kreißaal erhebe, muss ich mir über meinen speziellen Beobachtungsfokus dort klar werden. Ich werde zunächst wieder ‚alles Mögliche‘ aufnehmen müssen, doch dann interessieren mich einige Situationen mehr als andere.

Allgemein interessieren mich natürlich die Abläufe im Kreißaal, sowohl im herkömmlichen System, als auch bei hebammengeleiteten Geburten. Mir ist nicht klar, wie gut sich beobachten lässt, wie die Hebammen bei hebammengeleiteten Geburten agieren. In jedem Fall ist aber interessant, wie und wann sie eine Ärztin mit einbeziehen und wie sich die Interaktion dann gestaltet.

Wenn die Hebamme alleine zuständig ist, ist es auch interessant, wie umfassend ihre Kompetenzen sind und wie sie diesen Spielraum für sich nutzt. Welchen Fokus hat sie für ihre Arbeit und lässt sich ggf. Unsicherheit bemerken?

Wenn es dann zu gemeinsamen Situationen kommt, ist besonders interessant, ob es auch zu einem ‚Umschalten‘ kommt und die Ärztin eine zentrale Rolle bei den Entscheidungen hat. Ist die Hebamme dann auch eher zurückhaltend? Kommt es zu Kompetenzgerangel? Gibt es einen fachlichen Austausch?

Auch wichtig: wie läuft Kommunikation ab? Formalisiert, als Übergabe? Welche Infos werden ausgetauscht? Wie kommt Informationsfluss zu Stande?

Wie ist der Umgang mit Standardsituationen? Gibt es Standardentscheidungen oder eher individuelle Entscheidungen? Gibt es eine gemeinsame Perspektive (Frau – CTG)?

Gibt es gemeinsame Betreuung? Wie gelingt diese? Warum? Wie ist die Herangehensweise der Berufsgruppen?

Wie gestaltet sich die Beziehung zwischen den Berufen? (Respekt, Wertschätzung, ...)

Abbildung 14: Beispiel-Memo zu einem veränderten Beobachtungsfokus

Die Reflexion eines veränderten Beobachtungsfokus vor einer erneuten Datenerhebung ermöglicht, die Spezifität der Vergleichsgruppe mit im Fokus zu behalten. An diesem späteren Zeitpunkt der Datenerhebung sollen die bereits vorliegenden Konzepte der Datenanalyse die Beobachtung ebenfalls steuern. Sie können so überprüft und auch weiterentwickelt werden, etwa indem in einer neuen Vergleichsgruppe eine andere Dimension eines Konzeptes auftaucht. Im weiteren Verlauf der Beobachtungen stellte sich so heraus, dass auch in einem Kreißsaal mit hebammengeleiteten Geburten ein untergeordnetes Verhalten von Hebammen zu erkennen war.

Neben der regelmäßigen Erstellung von Memos erfolgte eine **kritische Auseinandersetzung** mit den Analyseergebnissen im Kolleginnenkreis **mit anderen Forscherinnen**. Zum einem bildete das 5-6 Mal im Jahr stattfindende Doktorandinnenkolloquium von Fr. Prof. Dr. Darmann-Finck an der Universität Bremen einen Rahmen für diese fachliche Auseinandersetzung mit der Analyse der Daten. Die Kolloquien dienten der Präsentation des Arbeitsstandes und ermöglichten die gemeinsame Diskussion der Zwischenergebnisse mit anderen Doktorandinnen. Zum anderen konnten in einer privaten Interpretationsgruppe mit zwei Doktoranden-Kollegen Interviewauszüge analysiert und der Auswertungsprozess intensiv reflektiert werden. Aus beiden Settings entstanden vielfältige Anregungen.

Die Qualität der Analysekompetenzen konnten in zwei interdisziplinären Methodenworkshops zum Thema der qualitativen Forschung mittels der Grounded-Theory-Methodologie gesteigert werden. Insbesondere der Workshop mit Prof. Dr. G. Mey am GESIS-Institut hat das Verständnis der Vorgehensweise in den Kodierverfahren innerhalb der Grounded-Theory-Methodologie erleichtert.

Die Datenanalyse führte zu einer gegenstandsbezogenen Grounded Theory, die im folgenden Kapitel dargestellt wird.

7. Darstellung der Ergebnisse –

Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt

Im vorliegenden Forschungsprojekt zur interprofessionellen Arbeitssituation von Hebammen wurde aus empirischen Daten eine Grounded-Theory generiert. Die Daten wurden an Hand eines Kodierparadigmas analysiert, in dem eine zentrale Kernkategorie mit ihren Ursachen und Kontextbedingungen und den beeinflussenden Faktoren (intervenierende Bedingungen) in Zusammenhang gesetzt wird, woraus sich ein Strukturzusammenhang abzeichnet. Weitere strukturierende Bereiche sind die Handlungsstrategien, die zum Kernphänomen führen, und die Konsequenzen, die sich daraus ergeben. Um die enge Verbindung zu den Daten zu verdeutlichen, werden in die Darstellung vielfältige Auszüge aus Interviews und Beobachtungsprotokollen integriert. Die Quellenangaben beinhalten einen Hinweis auf die jeweilige Datenquelle, das Setting und das Dokument. Beobachtungsprotokolle sind kenntlich an dem Hinweis ‚B‘ und einer Buchstaben-codierung für das Setting (KRS - Beobachtungen im Kreißsaal, WBS - Beobachtungen auf der Wochenbettstation). Die jeweils nachfolgenden Ziffern bezeichnen das einzelne Dokument (z.B. B_WBS_03). Quellenangaben aus Interviewdokumenten enthalten die Kennzeichnung ‚I‘ vor einer Buchstaben- und Ziffernfolge. In der weiteren Darstellung werden integrierte Subkategorien im Text hervorgehoben.

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den unterschiedlichen Bereichen des Kodierparadigmas.

7.1. Kernkategorie: Hebammenidentitäts-Konstruktion

In der Analyse der Daten zur interprofessionellen Arbeitssituation von Hebammen zeigt sich das Kernphänomen einer ‚Hebammenidentitäts-Konstruktion‘. Hebammen zeigen in beruflichen Handlungssituationen mit anderen Berufsgruppen ein sehr heterogenes Verhalten. Sie handeln einerseits selbständig und fachkompetent und betrachten sich selbst auch als kompetent. Es ist andererseits ebenso möglich, dass Hebammen zurückhaltend und unsicher agieren und selbst nicht von ihren Fähigkeiten überzeugt sind. Dabei ist zu betonen, dass diese unterschiedlichen

Handlungsweisen nicht von der Komplexität der Arbeitssituation abhängig sind. Die geburtshilflichen Anforderungen der Situationen sind vergleichbar. Hebammen üben ihre berufliche Tätigkeit somit sehr uneinheitlich aus. Diese Unterschiede im beruflichen Handeln zeigen nicht nur die Hebammen als ganze Berufsgruppe, sondern auch die einzelne Hebamme. Alter und Berufserfahrung sind dabei unabhängige Variablen.

In einer Handlungssituation zeigt eine Person in der Art und Weise ihres Vorgehens auch ihr Selbstverständnis (Kapitel 3.2.). Im Kontext der Arbeit wird in der Handlungsweise deutlich, wie die Hebamme sich in ihrer **beruflichen Rolle** versteht, woran sie die Berufsausübung orientiert und wie sie ihre Position im Bezug zu anderen Berufsgruppen sieht. Die berufliche Identität einer Person wird demnach in der Art und Weise der Berufsausübung sichtbar. Im Setting Krankenhaus ist jedoch kein konsistentes berufliches Selbstverständnis im Sinne einer eindeutigen Hebammenidentität zu erkennen. Hebammen zeigen wechselnde Selbstverständnisse ihrer beruflichen Rolle als Hebamme, die sich sowohl im Selbstkonzept als auch im Selbstwertgefühl unterscheiden. Diese unterschiedlichen Ausdrucksweisen der beruflichen Identität gehen dabei über bloße Varianten hinaus, da sie sich teilweise widersprüchlich gegenüberstehen. Dieses Kernphänomen wird mit einem Bezug zur soziologischen Identitätstheorie als ‚**Identitäts-Konstruktion**‘ aufgefasst und unterschiedliche Teile einer Hebammenidentität angenommen. Diese verschiedenen Anteile der Hebammenidentität werden als Teil-Identitäten aufgefasst. Die Arbeitssituation von Hebammen im Setting Krankenhaus ist geprägt vom Spannungsfeld eines autonomen Berufes mit gesundheitsförderlicher Ausrichtung in einem Arbeitsumfeld mit hierarchischen Strukturen und geburtsmedizinischer Ausrichtung. Daraus entstehen sehr heterogene Anforderungen für Hebammen. Die autonome Berufsausübung ist im Setting Krankenhaus nicht immer gegeben und auch die Ausrichtung der Arbeit kann in der Regel nicht frei von den Hebammen bestimmt werden. Eine kohärente berufliche Tätigkeit ist daher zum Teil schwierig. Die Konstruktion der beruflichen Identität mit unterschiedlichen Teil-Identitäten bietet den Hebammen die Möglichkeit, sich innerhalb der widersprüchlichen Anforderungen eine **lebbare Arbeitssituation** zu schaffen. In Situationen, die herausfordernde Anforderungen an die Berufsausübung der Hebamme stellen, bietet jeweils eine der Teil-Identitäten die Möglichkeit zu einer sinnhaften beruflichen Tätigkeit. Die anderen Teil-Identitäten bleiben dann unberücksichtigt und das Ignorieren dieser Anteile erleichtert den Umgang mit der alltäglichen Arbeitssituation. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen von Hebammen können als alltägliche Identitätsarbeit gewertet werden (Kapitel 3.2.2.).

Die Arbeit im Kreißsaal oder auf der Wochenbettstation gemeinsam mit Ärztinnen oder Pflegenden stellt ganz unterschiedliche Anforderungen an die Hebamme und diese Zusammenarbeit wird von ihr ganz unterschiedlich wahrgenommen. Die Hebamme erlebt sich auch selbst in ihrem Handeln in

unterschiedlicher Weise. Diese Erfahrungen aus den Berufssituationen (Selbsterfahrungen) resultieren in einzelnen Teil-Identitäten, die für sich genommen eine stimmige Berufsausübung und Handlungsfähigkeit ermöglichen. Die unterschiedlichen Teile einer beruflichen Identität schaffen nicht nur die Möglichkeit, sich selbst im eigenen Handeln konsistent zu erleben, sondern auch den Raum, in unterschiedlicher Weise zu agieren und anderen dabei ein Bild von sich als Hebamme zu präsentieren (Selbstthematisierung). Je nachdem, welche Teil-Identität der Hebamme relevant ist, ändert sich somit das berufliche Handeln der Hebamme. Die analysierten Teil-Identitäten stellen verschiedene Dimensionen des Kernphänomens dar und decken in ihrer Gesamtheit ein Spektrum von Selbständigkeit bis Abhängigkeit ab.

In der Datenanalyse der vorliegenden Arbeit zeigen sich drei Dimensionen der Identitäts-Konstruktion. Neben der Teil-Identität der ‚selbständigen Expertin‘ sind auch die Teil-Identitäten ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ und ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘ weitere Anteile der beruflichen Identität von Hebammen. Diese Teil-Identitäten unterscheiden sich in Bezug auf die Kompetenz, den beanspruchten Arbeitsbereich, den Leitgedanken der Arbeit und die Beziehung zur Frau. Sie werden in den folgenden Ausführungen detailliert erläutert.

Die vorliegende Arbeit untersucht die Arbeitssituation von Hebammen im Setting eines Kreißsaales und der Wochenbettstation. Daher können sich die Aussagen zur Identitäts-Konstruktion nur auf die klinische Arbeitssituation beziehen.

Zur besseren Orientierung wird in Abbildung 15 zunächst die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt im Überblick dargestellt.

Kernphänomen: Hebammenidentitäts-Konstruktion	
<ul style="list-style-type: none"> • Teil-Identität als Selbständige Expertin: Eigenständige Hebammenkompetenz, Eigenständiger umfassender Arbeitsbereich, Hebammenphilosophie als Leitmotiv, Exklusive Beziehung zur Frau • Teil-Identität als Teil des geburtshilflichen Teams: Gemeinsame geburtshilfliche Kompetenz im Team, Gemeinsamer Arbeitsbereich mit doppelter Zuständigkeit im Team, Gleichberechtigte Teamarbeit, Team als Ansprechpartnerin der Frau • Teil-Identität als Medizin-orientierte Begleiterin der Frau: Hebammenkompetenz in Abhängigkeit zu anderen, Kein eigenständiger Arbeitsbereich, Übernahme des medizinischen Betreuungsmodells, Frau als Patientin 	
Ursachen und Kontextbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • Formale Autorität der Medizin: Ärztliche Entscheidung über die Anwesenheit, Ärztliche Entscheidung über das geburtshilfliche Vorgehen, Ärztliche Entscheidung über den Handlungsspielraum Anderer • Hierarchische Sozialisation der Gesundheitsberufe: Anerkennung von Hierarchie, Autorität von Berufserfahrung • Gesetzliche Autonomie des Hebammenberufes • Gesellschaftlich akzeptierter Wandel zur Geburtsmedizin 	Intervenierende Bedingungen <p>Organisationsebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsorganisation: Fragmentierte Aufgabenbereiche, Formalisierter Informationsaustausch, Standardvorgehen • Arbeitsbedingungen: Hohes Arbeitsaufkommen, Unklare Abläufe <p>Ebene der Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzverlust • Umgang mit fachlicher Unsicherheit • Vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen • Beruflicher Veränderungsprozess
Handlungsstrategien <ul style="list-style-type: none"> • Autonomes Handeln: Hebammeneinschätzung, Hebammenentscheidung über das Vorgehen, Hebammenaustausch • Konfrontatives Handeln: Unterschiedliche Einschätzung, Eintreten für eigene Überzeugungen, Kompetenzgerangel, Aushandeln von Interventionen, Konflikt • Kooperatives Handeln: Gemeinsame Betreuung, Gemeinsamer Fokus, Fachlicher Austausch, Gegenseitige Unterstützung • Integratives Handeln: Gemeinsame Anforderung, Gleicher Tätigkeitsbereich, Gleiche Kompetenzen • Subordinatives Handeln: Zuarbeit, Passivität, Fehlender Austausch, Resignation 	Konsequenzen <ul style="list-style-type: none"> • In Bezug auf Hebammen • In Bezug auf andere Gesundheitsberufe • In Bezug auf Frauen und Familien

Abbildung 15: Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt

7.1.1. Teil- Identität ‚Selbständige Expertin‘

Eine Dimension der Kernkategorie der Identitäts-Konstruktion ist das Selbstverständnis als ‚selbständige Expertin‘. Eine Expertin ist die Kennerin eines spezifischen Bereiches, die einen besonderen Sachverstand für das Thema mitbringt (DUDEN 2015). Sie ist besonders versiert und handelt auf einem hohen Kompetenzniveau. Die Erweiterung des Begriffs zur selbständigen Expertin betont die autonome Position der Hebamme. Diese Teil-Identität wird aus den Selbsterfahrungen autonomer und kompetenter Berufsausübung konstruiert. Die Hebamme als selbständige Expertin ist von ihrer eigenständigen Fachkompetenz überzeugt (Kapitel 7.1.1.1.) und beansprucht einen eigenständigen Tätigkeitsbereich (Kapitel 7.1.1.2.). Sie lässt sich in ihrer Arbeit von der Hebammenphilosophie leiten (Kapitel 7.1.1.3.) und empfindet eine exklusive Beziehung zur schwangeren Frau (Kapitel 7.1.1.4.). Das Selbstkonzept und das Selbstwertgefühl der Hebamme entsprechen damit einer autonomen Fachexpertin, wie sie auch im berufsgesetzlichen Rahmen des Hebammengesetzes festgeschrieben ist. Die Dimensionen dieser Teil-Identität werden nachfolgend näher erläutert.

7.1.1.1. *Eigenständige Hebammenkompetenz*

Die eigene Kompetenz spielt für Hebammen in dieser Teil- Identität eine große Rolle. Hebammen sind davon überzeugt, dass sie **spezifisches und aktuelles Fachwissen** in eine geburtshilfliche Situation einbringen und sie die eigentlichen Expertinnen für die Phase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind. Sie fühlen sich vollumfänglich in der Lage, alleine in einer geburtshilflichen Situation zu agieren. Hebammen beanspruchen, in Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen, ein eigenständiges Wissen zu dieser Lebensphase, das sich in ihrer Vorstellung mehr an den physiologischen Abläufen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett orientiert, als an medizinischen oder pflegerischen Aspekten. Dieses besondere Wissen ermöglicht ihnen die Einschätzung der Gesamtsituation sowie eine sichere Abgrenzung zur Regelwidrigkeit und ebenso, Verläufe der Geburt und im Wochenbett antizipieren zu können. Die Individualität jedes Geburtsverlaufes ist für Hebammen ebenfalls ein Teil ihres berufsspezifischen Wissens. Ein anderer Anteil der Hebammenkompetenz besteht darin, eine angemessene Betreuung für die schwangere Frau zu leisten. Die **Betreuungsarbeit** beinhaltet vor allem eine eher abwartende Begleitung der Situation im Gegensatz zu intervenierenden Maßnahmen. Diese Aufgabe wird durch die Hebamme als kompetente Fachfrau geleistet und beansprucht einen großen Teil ihrer Arbeitszeit. Wenn äußere Bedingungen die Arbeitsabläufe erschweren, bleibt die Zufriedenheit der Frau mit der Betreuung ein wichtiger Maßstab für die Hebamme. Das Wohlbefinden und das Vertrauen der Frauen sind für die

befragten Hebammen zentrale Maßstäbe einer gelungenen Versorgung. Im Rahmen der Betreuungsarbeit betrachten Hebammen es auch als einen Teil ihrer spezifischen Kompetenz, das **Gefühl als einen angemessenen Parameter** für berufliche Entscheidungen zu nutzen. Da Hebammen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als einen physiologischen Prozess betrachten, der sich zum Teil medizinischen Aspekten entzieht (Kapitel 2.3.1.), nehmen sie ihre Intuition in einer Situation ernst. Dieses Gefühl für eine Situation kann dazu führen, mehr Geduld aufzubringen oder auch, weiterführende Untersuchungen durchzuführen. Die Geburtssituation soll dadurch wieder einen physiologischen Verlauf nehmen oder es sollen Komplikationen verhindert werden. Die Nähe zur Frau ermöglicht dabei ein besonderes Verständnis der Geburtssituation, sodass die Intuition als Kernelement der Urteilsbildung genutzt werden kann. Hebammen grenzen sich mit ihrer spezifischen Kompetenz auch zu anderen Berufsgruppen ab. Sie gehen von einem **eigenen Wissensvorsprung** zur reproduktiven Lebensphase aus und betrachten sich als Bewahrerinnen der physiologischen Geburt, während andere Berufe, insbesondere die Medizin, ausschließlich mit einer pathologischen Sichtweise auf Schwangerschaft und Geburt blickten. Diese Dichotomie zwischen Hebammenwesen und Medizin geht mit **Misstrauen** anderen gegenüber einher. Hebammen zweifeln Befunde und Maßnahmen anderer Berufsgruppen an und bewerten die fachlichen Entscheidungen insbesondere von Ärztinnen. Die Hebammen erleben sich in beruflichen Handlungssituationen kompetent und mit einem spezifischen und relevanten Fachwissen. Daraus resultiert das Selbstverständnis einer eigenständigen Hebammenkompetenz. Wenn Hebammen sich selbst als kompetent betrachten, setzen sie ihr Wissen und ihre Fähigkeiten auch selbstbewusst und eigenständig in Situationen ein. Dieses Selbstverständnis ist auch in geburtshilflichen Situationen erkennbar, die berufsgesetzlich nicht alleine in der Betreuung der Hebamme liegen. Auch in solchen regelwidrigen Situationen geht die Hebamme von nicht verzichtbarem spezifischem Hebammenwissen aus. Im Ausnahmefall sieht sich die Hebamme sogar in der Lage, ärztliche Aufgaben zu übernehmen.

„...weil ich weiss, dass Nähte nicht ´ne Stunde nach Geburt gut aussehen müssen, sondern ´ne Woche nach Geburt gut aussehen sollten. Und dass oft, was ne Stunde nach Geburt gut aussieht gar nicht gut aussieht nach=n paar Tagen.“ (I_KRS_08, Zeile 544- 547).

Dieses Zitat spiegelt das Verständnis einer spezifischen Fachkompetenz wider. Die Hebamme betrachtet sich als kompetente Expertin, die über exklusives Fachwissen verfügt und daraus eine angemessene Einschätzung und Vorgehen ableiten kann.

7.1.1.2. *Eigenständiger umfassender Arbeitsbereich*

Im Selbstverständnis der selbständigen Expertin beanspruchen Hebammen einen **eigenständigen und umfassenden Arbeitsbereich**. Dieser bezieht sich im Setting Krankenhaus in der Regel auf die Geburt und die Wochenbettbetreuung. Hebammen nehmen die schwangeren Frauen im Kreißsaal in Empfang und treffen selbstständig eine Erst-Einschätzung auf Grundlage ihrer erhobenen Befunde. Sie planen auch das weitere Vorgehen und ggf. notwendige Interventionen. Der Arbeitsbereich der Hebamme erstreckt sich nach der Aufnahme in die Klinik auch auf alle weiteren Maßnahmen zur Begleitung und Unterstützung der Geburt. Im Kreißsaalbereich fallen auch die Begleitung der Geburt der Plazenta und die Versorgung des Neugeborenen in ihren Arbeitsbereich. Sie ist dabei **alleine vor Ort** und entscheidet **eigenständig**, ob sie eine weitere Profession **dazu ruft** oder nicht. Hebammen geben zu ihrer Arbeit auch **keine Informationen an andere** weiter und füllen damit ganz selbstverständlich einen eigenverantwortlichen Arbeitsbereich aus. Dieser Arbeitsbereich beinhaltet teilweise einen **erweiterten Tätigkeitsbereich**, in dem die Hebamme Aufgaben übernimmt, die über ihr gesetzlich festgeschriebenes Berufsbild hinausgehen. Hier ist insbesondere die Medikamentengabe unter der Geburt zu nennen (z.B. PDA-Medikation, Wehentropf). Der erweiterte Tätigkeitsbereich wird Hebammen sowohl seitens der Institution in Form von hausinternen Abläufen zugeschrieben, als auch von ihrem eigenen Selbstverständnis gestützt. Neben der Arbeit in der Geburtsbetreuung im Kreißsaal ist im Krankenhaus die integrative Wochenbettbetreuung ein selbständiger Arbeitsbereich von Hebammen, in dem sie ihre Berufskompetenzen vollumfänglich einsetzen können. Sie betreuen das Mutter-Kind-Paar auf der Wochenbettstation und begleiten in den ersten Tagen nach der Geburt die Rückbildungsvorgänge bei der Frau und den Aufbau der Stillbeziehung zwischen Mutter und Kind.

„...morgens mache ich Wochenbettvisite das heißt ich kontrolliere eben halt den Allgemeinzustand der Frau, das heißt also wie ist die allgemeine psychische Verfassung eben halt der Frau und eben halt die körperliche Verfassung. Und ähm die Fragen die sie fachlich an mich richtet eben halt die beantworte ich und ich untersuche sie eben halt in dem ich halt Vitalzeichen kontrolliere, die Brust beurteile eben halt den Fundusstand also den Gebärmutterstand beurteile und eben halt auch den Intimbereich eben halt beurteile dementsprechend, welche Verletzungen vorhanden sind. Wie gesagt, Fachgespräche eben halt hinsichtlich, ne, der psychischen Verfassung der Allgemeinverfassung die allgemeinen Fragen, die sie an mich hat und natürlich die fachlichen Fragen hinsichtlich Handling, das Stillen und eben halt die Fragen zum Stillen. Und natürlich, dass ich mit der Frau gemeinsam im Zimmer ähm nochmal eruiere, wie geht=s dem Kind, worauf muss ich achten auch da nochmal, ne, den Allgemeinzustand des Kindes erfasse ähm das Handling der Frau eben halt nahe bringe, auch noch mal zeige, ne, wie geht's dem Kind auch hier noch mal Vitalzeichen kontrolliere. Auch wie ist die Gewichtszunahme oder Abnahme. Ähm und das ist eben was ich mit der Frau erarbeite...“ (I_WBS_03, Zeile 35- 48).

In dieser Schilderung des Arbeitsalltages ist nicht nur der Umfang der Hebammenbetreuung zu erkennen, sondern ebenso der Anspruch auf einen berufsspezifischen Bereich, der eigenständig und umfassend bearbeitet wird.

Einen selbständigen Arbeitsbereich sehen Hebammen für sich auch in geburtshilflichen Situationen, die die Physiologie verlassen. Sie bringen sich auch bei einer stagnierenden Geburt oder in einer besonderen Situation mit einem Neugeborenen aktiv mit ihrem Wissen ein und entscheiden weiter eigenständig. Nach den gesetzlichen Bestimmungen kommt die Hebammenkompetenz in besonderen Situationen jedoch an ihre Grenze und die Hebamme ist demzufolge verpflichtet, eine Ärztin hinzu zu ziehen. Das berufliche Handeln in diesen regelabweichenden Situationen verdeutlicht noch einmal mehr, dass die Hebamme sich selbst als Expertin sieht und so auch von anderen wahrgenommen werden will.

7.1.1.3. Hebammenphilosophie als Leitmotiv

Das berufliche Selbstverständnis der Hebamme beinhaltet neben den fachlichen Kompetenzen und dem spezifischen Arbeitsbereich auch übergeordnete Wertmaßstäbe der Arbeit. In der Datenanalyse konnte ermittelt werden, dass Hebammen in der Teil-Identität als ‚selbständige Expertin‘ ein klares Leitmotiv für ihre Arbeit haben, obwohl es in Deutschland keine konkreten inhaltlichen Vorgaben für die Hebammenarbeit gibt. Das berufliche Handeln orientiert sich hier an der Hebammenphilosophie des Internationalen Hebammenverbandes (ICM). Hebammen gehen davon aus, dass Schwangerschaft und Geburt normale Lebensereignisse für eine Frau sind und primär keiner medizinischen Betreuung bedürfen (Kapitel 2.3.1.). Demzufolge nehmen sie die **Physiologie dieser Vorgänge als Maßstab** für ihre Betreuung und unterstützen diese Lebensphase, indem sie Störungen von außen möglichst verhindern. Hebammen betrachten die Bestärkung von Frauen in dieser für sie meist neuen Lebenssituation als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung und setzen sich dafür ein, dass die Wünsche der Frauen leitend für die Betreuung sein sollten. Damit einher geht die Überzeugung, dass **Geburten sehr individuell verlaufen** und nicht die Vorstellung eines Standardablaufes erfüllen können. Jede Geburt verläuft anders und ist von den jeweiligen Umständen beeinflusst. Hebammen sind bereit, dies zu akzeptieren, **versuchen** aber auch **alles**, um eine Geburt zu einem normalen Ende zu bringen. Hebammen sind insbesondere bereit, den zeitlichen Rahmen auszudehnen, da die Individualität jeder Geburt sich auch in der Geburtsdauer zeigt. Daher sind Zeitvorgaben für einzelne Geburtsphasen im Verständnis der meisten Hebammen obsolet. Wenn sie überzeugt sind, alle Möglichkeiten der Betreuung und Unterstützung der normalen Geburt ausgeschöpft zu haben, sind sie mit sich und ihrer Betreuung zufrieden, auch unabhängig vom Geburtsmodus des Kindes. In der Hebammenphilosophie nimmt der Aspekt der **Atmosphäre** in der Geburtsbetreuung einen besonderen Stellenwert ein. Ruhe und Ungestörtheit, aber auch die Ausgestaltung der Umgebung, z.B. des Geburtszimmers beeinflussen den Geburtsprozess. Neu hinzukommende Personen oder nicht zurückhaltendes Auftreten der betreuenden Personen in der

Geburtssituation können eine Störung erzeugen. Die Hebamme vermeidet möglichst eine Störung der Geburtsatmosphäre, indem sie die Geburtssituation nach außen abschirmt und auch das eigene Handeln darauf abstimmt. Damit die Geburt möglichst unbeeinflusst verlaufen kann, ist sie zurückhaltend und abwartend und achtet in ihrer körperlichen Präsenz und Wortwahl darauf, die Frau nicht negativ zu beeinflussen. Hebammen wollen daher auch Auseinandersetzung und **Streit** in der Regel vermeiden. Denn auch wenn die Frau nicht Teil der Auseinandersetzung ist, gehen Hebammen davon aus, dass sie die schlechte Atmosphäre spürt und sich in ihrer Geburtsarbeit gestört fühlt. Das Vermeiden von Streit im Geburtszimmer ist für die Hebamme von großer Wichtigkeit.

„Und die Hebamme eher so das Urvertrauen hat und erst mal davon ausgeht, dass wird gut laufen. Während (1) und ich brauch nichts tun. Ich muss also dass ich hier sitz ist eigentlich erst mal tun genug. (1) Und dass ich beobachte und äh mit meinen Maßnahmen begleite...“ (I_KRS_06, Zeile 411- 414).

Die hier ausgedrückten grundsätzlichen Überzeugungen der Arbeit, ergänzen die schon beschriebenen Bereiche der Kompetenz und des Arbeitsbereiches zu einer kohärenten Konstruktion von beruflicher Identität als Hebamme.

7.1.1.4. Exklusive Beziehung zur Frau

Ein weiterer identitätsstiftender Aspekt in der Hebammenarbeit ist die Beziehung zur schwangeren Frau. In der Teil-Identität der ‚selbständigen Expertin‘ beanspruchen Hebammen für sich eine herausgehobene Beziehung zur Frau. Diese entsteht aus dem besonderen Wissen der Hebammen zur sensiblen Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, das eine angemessene Betreuung von Frauen ermöglicht. Diese Beziehungsqualität sehen Hebammen nur für ihre eigene Berufsgruppe gegeben und leiten daraus eine Exklusivität der Beziehung ab. Diese besondere Beziehung zwischen Frau und Hebammen erfordert eine Ausrichtung der Arbeit auf die individuelle Situation der Frau und ihre Familie. Hebammen agieren und entscheiden vor allem **für die Frau** indem sie das Wohlbefinden der Frau zur Maxime erheben. Sie beziehen dabei auch eine langfristige Perspektive der gesundheitlichen Auswirkungen für die Frau mit ein. Die Hebamme sorgt nicht nur für das körperliche und seelische Wohlbefinden der Frau und des Kindes, sondern auch, dass die Frau ihre Rolle als Mutter übernehmen kann. Die exklusive Beziehung zur Frau beinhaltet für Hebammen auch, die Wünsche der Frau zu beachten. Sie antizipieren oder erfragen deren Wünsche und beziehen die Frau aktiv in Entscheidungen mit ein. Das Erleben der Frau und ihr aktiver Anteil im Geburtsprozess bilden damit andere Qualitätsmerkmale ab, als die mehr am messbaren Outcome des Kindes und der Mutter orientierten Kriterien der Geburtsmedizin. Im Alltag stellt sich die Beziehung zwischen Hebamme und Frau so dar, dass die Hebamme die **primäre Ansprechpartnerin**

der Frau ist und viel Zeit mit der Frau verbringt, woraus ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Frau und Hebamme entsteht. Die Hebamme erhält durch diese Nähe zur Frau auch **zusätzliche Informationen**, die für die Betreuung relevant sein können. Diese meist nicht-medizinischen Informationen erleichtern auch einen intuitiven Zugang zur Geburtssituation. Die Hebamme bleibt auch in der weiteren Betreuungssituation auf der Wochenbettstation die erste Ansprechpartnerin der Frau. Aus der exklusiven Beziehung zur Frau resultiert für die Hebamme auch eine **moralische Verpflichtung** der Frau gegenüber. Die Hebamme sieht nicht nur eine fachliche Notwendigkeit, der Frau einen geschützten Raum für die Geburt und die erste Zeit im Wochenbett zu schaffen, sie fühlt sich auch verantwortlich dafür, die Frau und ihr Kind vor unnötigen Störungen oder Interventionen zu **schützen**. Das Spektrum der erwarteten Nachteile reicht von einer unangenehmen Situation, wenn die Intimsphäre nicht beachtet wird, bis hin zu nicht notwendigen geburtshilflichen Interventionen (z. B. Episiotomie).

Das folgende Zitat verdeutlicht die Fokussierung der Hebamme auf die individuelle Situation und Bedürfnisse der Frau. Die Hebamme ist nicht nur in der Lage, die Situation der Frau zu erfassen, sondern kann durch die besondere Beziehung die Frau durch eine herausfordernde Situation geleiten.

„...es ist für mich (2) nicht das Ziel (2) der Frau (3) ähm (1) den Weg ohne (1) möglichst ohne Schmerzen gehen zu lassen. Sondern für mich ich gucke auf die Frau was braucht die und wie kann die mit ihrer Situation umgehen.“ (I_KRS_07, Zeile 303- 305)

Die besondere Beziehung zur Frau kann auch zu einer Identifikation der Hebamme mit der Frau führen, die sich sowohl auf einer sprachlichen als auch einer emotionalen Ebene zeigt. Die professionelle Rolle der Hebamme wird diffus und Hebammen trennen nicht mehr eindeutig zwischen der eigenen Person und der gebärenden Frau. Das kann so weit gehen, dass die Hebamme das Geburtserlebnis der Frau **mitempfindet** und ähnliche Glücksgefühle wie die gebärende Frau erlebt.

Die Teil-Identität der Hebamme als ‚selbständige Expertin‘ ist sowohl im eigenen Kompetenzerleben und beanspruchten Arbeitsbereich als auch im Leitgedanken für die Arbeit und der Beziehung zur Frau ein kohärentes Konstrukt. Die Hebamme erlebt sich selbst und zeigt sich auch nach außen handlungsfähig und kompetent in einem eigenen Bereich. Andere berufliche Erfahrungen werden in dieser Konstruktion des Selbstverständnisses nicht berücksichtigt und in eine andere Teil-Identität integriert. Dieses Selbstverständnis als ‚selbständige Expertin‘ ermöglicht eine eigenständige und selbstbewusste Berufsausübung als Hebamme.

7.1.2. Teil-Identität ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘

Eine weitere Dimension der Kernkategorie ist die Teil-Identität ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘. Hier agieren Hebammen nicht mehr autonom, sondern gemeinsam mit anderen. Der Begriff ‚Team‘ impliziert die Situation, dass Anforderungen gemeinsam und gleichberechtigt mit anderen bearbeitet werden. Teil eines Teams zu sein unterstreicht auch die Zugehörigkeit zu einem Bereich. Die Hebamme versteht sich somit der geburtshilflichen Versorgung im Krankenhaus zugehörig. Diese Teil-Identität unterscheidet sich zum Selbstverständnis der selbständigen Expertin in den schon beschriebenen Dimensionen. Die Hebamme zeigt hier ein Selbstverständnis, in dem statt einer eigenständigen Hebammenkompetenz eine gemeinsame geburtshilfliche Kompetenz im Team von verschiedenen Gesundheitsberufen besteht (Kapitel 7.1.2.1.). In einem gemeinsamen Arbeitsbereich bestimmt eine doppelte Zuständigkeit die geburtshilfliche Situation (Kapitel 7.1.2.2.) und die gleichberechtigte Teamarbeit löst die Hebammenphilosophie als Leitgedanken der Arbeit ab (Kapitel 7.1.2.3.). In der Beziehung zur Frau wird das ganze Team zur Ansprechpartnerin der Frau (Kapitel 7.1.2.4.). Die Hebamme konstruiert hier eine Teil-Identität, die einen anderen Bereich beruflicher Erfahrungen widerspiegelt. In der alltäglichen Arbeitssituation ist die eigenständige und alleinige Arbeit der Hebamme nicht immer gegeben. Viele Arbeitssituationen erfolgen in gemeinsamer Tätigkeit mit anderen. Das Team aus Ärztinnen, Pflegenden und Hebammen wird zum Bezugspunkt der Hebamme und führt zu einer anderen Identitäts-Konstruktion, um diese Arbeitssituation sinnstiftend zu erleben.

7.1.2.1. *Gemeinsame geburtshilfliche Kompetenz im Team*

Geht die Hebamme in der Teil-Identität als ‚selbständige Expertin‘ noch davon aus, dass sie die eigentliche Expertin für die schwangere Frau ist und eine spezifische Fachkompetenz besitzt, umfasst die Hebammenkompetenz in dieser Dimension des Phänomens nur einen Teil der erforderlichen geburtshilflichen Kompetenz. Erst die Gesamtkompetenz eines geburtshilflichen Teams beinhaltet alle benötigten Kompetenzen. Demnach bringen **alle Gesundheitsberufe** ihre eigene Fachexpertise gewinnbringend in die Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind ein und verfügen über **relevantes Wissen für die geburtshilfliche Versorgung**. Die unterschiedlichen Fachexpertisen stehen dabei gleichberechtigt nebeneinander und es gilt, alle Seiten miteinander zu verbinden. Auch der Hebammenberuf bringt danach nur eine Teilkompetenz in die geburtshilfliche Versorgung ein. Das **gemeinsame Wissen** zu geburtshilflichen Sachverhalten ist das angestrebte Ziel. Die Hebamme versteht sich auch hier als Fachfrau mit spezifischem Fachwissen, betrachtet es dem Fachwissen der anderen Professionen aber nicht als überlegen. Dieses Verständnis bezieht sich auch auf

physiologische geburtshilfliche Situationen, in denen der Hebamme gesetzlich Autonomie zusteht. Innerhalb der gemeinsamen geburtshilflichen Kompetenz finden die **jeweiligen Fachexpertisen** gegenseitige **Anerkennung**. Diese Auffassung relativiert nicht nur die Fachexpertise der Hebamme, sondern auch die Überzeugung, dass Schwangerschaft und Geburt normale Lebensereignisse sind, die in der Regel ohne Komplikationen verlaufen. Wenn nicht nur eine Fachfrau, sondern mehrere verschiedene Fachkompetenzen nötig sind, um eine schwangere Frau zu begleiten, kann diese Prämisse nicht mehr uneingeschränkt gelten. Die befragten Hebammen betonen, dass sie immer noch dazu lernen wollen und müssen. Es bleibt unklar, ob sie ihre fachliche Expertise als nicht ausreichend für eine umfassende Begleitung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit erleben oder ob sie ihr Können nicht als Expertise verstehen.

„...kann man von der Zusammenarbeit ähm für sich profitieren und die Frauen auch. Also das ist so'n breites breites Feld was dann dadurch abgedeckt ist.“ (I_KRS_04, Zeile 595- 596).

Hier wird deutlich, dass das Hebammenwissen nicht als umfassendes und den ganzen Bereich der Geburtshilfe umfassendes Wissen verstanden wird und dass andere Berufe relevantes Fachwissen einbringen, das vorher nicht vorhanden war. Gemeinsame Kompetenz wird daneben auch als Kompetenz verstanden, die alle beteiligten Berufsgruppen gleichermaßen besitzen. Dann besteht keine spezifische Hebammenkompetenz mehr, sondern die Fähigkeiten der Medizin und der Pflege eignen sich ebenso, geburtshilfliche Situationen angemessen zu begleiten.

7.1.2.2. *Gemeinsamer Arbeitsbereich mit doppelter Zuständigkeit im Team*

Eine weitere Subkategorie der Teil-Identität als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ ist die Akzeptanz, dass im Setting Krankenhaus kein eigenständiger Arbeitsbereich der Hebamme besteht und in der Regel eine **doppelte Zuständigkeit** von zwei Berufsgruppen vorliegt. Andere Berufe haben damit die gleiche Berechtigung, die Betreuung von geburtshilflichen Situationen für sich zu beanspruchen. Daraus folgt, dass die Anwesenheit und das berufliche Handeln anderer Professionen bei der normalen Geburt und im normalen Wochenbett von Hebammen nicht in Frage gestellt werden, obwohl es der originäre autonome Zuständigkeitsbereich der Hebamme ist. Eine dauernde doppelte Zuständigkeit mehrerer Berufe hebt diesen Grundsatz jedoch auf. Bedeutsam ist dabei, dass die doppelte Zuständigkeit in der Geburtshilfe sich nur auf den Hebammenbereich bezieht und die Professionen der Medizin und der Pflege den Zuständigkeitsbereich von Hebammen mit übernehmen. Hebammen erhalten jedoch nicht ebenso eine Zuständigkeit im medizinischen oder pflegerischen Bereich. Die doppelte Zuständigkeit in der Geburtsbetreuung im Kreißaal gemeinsam mit der Medizin ist eine selbstverständliche Arbeitssituation für Hebammen. Sie wird von Hebammen

auch positiv erlebt. So entspricht es ihren alltäglichen Selbsterfahrungen, in dieser gegebenen Situation zu handeln. Die Handlungsmöglichkeiten in einer gemeinsamen Betreuung mit anderen sind weniger selbständig, als in einer alleinigen Betreuungssituation. Diese Einschränkung der Selbständigkeit wird in dieser Teil-Identität jedoch nicht wahrgenommen und der eigene Arbeitsbereich am Team ausgerichtet. In Verbindung mit der gemeinsamen geburtshilflichen Kompetenz ergibt sich daraus ein kohärentes Konstrukt.

„Das man also äh die Situation einschätzt natürlich beide Seiten, dass beide Seiten gut miteinander (1) kommunizieren...“ (I_KRS_06, Zeile 39- 40).

Die Hebamme verdeutlicht hier, dass die Ärztin bei der Geburt nicht nur in einer schwierigen Situation einbezogen wird, sondern ganz selbstverständlich Teil der Betreuung ist. Dabei übernimmt die Ärztin eine aktive Rolle und füllt einen eigenen Zuständigkeitsbereich aus, wenn sie ebenfalls die Einschätzung einer normalen Geburtssituation übernimmt. Der eigentlich autonome Hebammen-Arbeitsbereich der normalen Geburt besteht in diesem Verständnis nicht mehr.

7.1.2.3. Gleichberechtigte Teamarbeit

Diese Identitäts-Konstruktion beinhaltet auch, dass Hebammen ihre Arbeitssituation, trotz der Beschneidung ihrer Autonomie, dennoch als ein ausgeglichenes Miteinander der **Berufe auf einer Ebene** betrachten. Sie sehen sich selbst auf einer Ebene mit Ärztinnen und Pflegenden und dementsprechend auch Ärztinnen und Pflegende auf einer Ebene mit dem Hebammenberuf. Hebammen schätzen diese Gleichberechtigung, die sich in der gemeinsamen Zuständigkeit mit anderen Berufsgruppen ergibt. Sie ermöglicht einen **ebenbürtigen Austausch** zwischen den Professionen. Die Betonung der Gleichberechtigung zwischen den Professionen zeigt, dass Hebammen in der Regel nicht mit anderen auf ‚Augenhöhe‘ arbeiten, da insbesondere mit Ärztinnen hierarchische Beziehungen alltäglich sind. Einen gleichberechtigten Austausch miteinander verbinden Hebammen mit Respekt ihrem Berufsstand gegenüber und erleben darin **Anerkennung und Wertschätzung ihrer Kompetenz**. Auch Hebammen **schätzen** im Gegenzug **die Fachexpertisen** der anderen Professionen. In der Zusammenarbeit mit Pflegenden in der Wochenbettbetreuung wünschen sich die befragten Hebammen sogar eine Gleichstellung mit den Pflegenden. Bestehende formale Unterschiede (z.B. Farbe der Arbeits-Kleidung) möchten sie abschaffen. Die gleichberechtigte Teamarbeit wird zum Leitgedanken der Hebammenarbeit, wenn Hebammen bereitwillig auf eine Abgrenzung als eigenständige Profession zugunsten einer gleichberechtigten Team-Rolle verzichten.

„...hab ich ´n bisschen alleine noch mit der Frau weiter gemacht und dann hab ich gesagt, nee ich glaube, das geht einfach nicht. Und dann hat sie gesagt: gut, dann müssen wir jetzt ähm müssen wir jetzt die [...] also die Oberärztin anrufen und dann untersucht die noch mal und so. Dann hat sie mir

auch vertraut und es nicht in Frage gestellt, was ich dann da sage, so. Ja. Das war so einfach sehr sehr respektvoll und sehr auf einer Ebene also das fand ich (1) ja.“ (I_KRS_04, Zeile 298- 303).

Diese Äußerung hebt die gleichberechtigte Position der Hebamme und der Ärztin hervor, die sich gemeinsam in die Geburtssituation einbringen und gegenseitig in ihrer Fachexpertise anerkennen. Es besteht keine Hierarchie zwischen den Berufsgruppen und beide Akteurinnen haben eine eigene Position.

7.1.2.4. Team als Ansprechpartnerin der Frau

Neben dem Leitgedanken der Arbeit ändert sich auch die Beziehung zur Frau. Diese Beziehung bleibt für die Hebamme zwar wichtig, jedoch wird das ganze Team zur Ansprechpartnerin der Frau. Alle Berufsgruppen begegnen der Frau auf einer professionellen fachlichen Ebene und es besteht keine Exklusivität mehr zwischen Hebamme und Frau, da auch andere Berufsgruppen eine enge Beziehung zur Frau aufbauen. Das zeigt sich im Kreißaalbereich daran, dass auch **Ärztinnen fürsorglich** sind und eine enge Beziehung zur Frau eingehen. Diese enge Beziehung der anderen Berufsgruppen zur Frau erleben die Hebammen hier positiv, obwohl sie sie im Selbstverständnis der selbständigen Expertin ausschließlich für sich reklamieren. Die fachlichen Aufgaben werden nicht von den Hebammen alleine, sondern gemeinsam mit anderen Berufsgruppen bzw. **im Wechsel** mit anderen erfüllt. Die primäre Ansprechpartnerin der Frau ist nicht mehr ausschließlich die Hebamme, sondern auch Ärztinnen oder Pflegende übernehmen in diesem Selbstverständnis diese Funktion. Es besteht auch weniger moralische Verantwortung und das Bedürfnis, Frauen eine Schutzfunktion zu bieten, da die Hebamme sich mit der Arbeit im Team identifiziert.

„...dass die Ärzte sich hier die Zeit nehmen, vorher rein zu kommen, sich auch ans Bett der Frau zu setzen und sie auch zu betüddeln und dass es nicht nur meine Aufgabe ist, sondern dass es auch schön ist, dass Ärzte da sind, die fürsorglich sind und die Frau auch noch mal fragen, obwohl ich sie schon gefragt hab, und sich=auch noch mal anhören, was die Frau erzählt, ...“ (I_KRS_08, Zeile 165-169).

Die Hebamme verändert hier ihre Sicht auf die Beziehungsgestaltung zur Frau. Indem die Hebamme sich als gleichberechtigtes Mitglied des geburtshilflichen Teams versteht, konstruiert sie für sich ein Selbstverständnis, das der realen Arbeitssituation der interprofessionellen Zusammenarbeit entspricht. Die gleichberechtigte gemeinsame Arbeit im Team wird die sinnstiftende Perspektive der eigenen Handlungsfähigkeit. Im Teamgefüge erhält die Hebamme Anerkennung und auch Sicherheit für die eigene Arbeit.

Die situativen Erfahrungen der interprofessionellen Zusammenarbeit und der eingeschränkten Berufsautonomie werden in der Teil-Identität als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ zu einem

kongruenten Selbstverständnis konstruiert. Mit der Zielsetzung der gemeinsamen gleichberechtigten Arbeit wird die Hebamme auch ohne die Möglichkeit der autonomen Berufsausübung handlungsfähig und erhält eine Möglichkeit, sich ins bestehende Gefüge der Krankenhausbeziehungen einzubetten. In dieser Teil-Identität wird die fehlende Autonomie nicht als Mangel erlebt, sondern die Teamarbeit bietet eine Möglichkeit der Anerkennung der Hebammenkompetenz.

7.1.3. Teil-Identität ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘

In der dritten Dimension der Identitäts-Konstruktion liegt noch eine andere Teil-Identität der Hebammen vor. Die Hebamme handelt hier in einem Selbstverständnis als ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘. Eine Begleiterin ist wesentlich durch ihre Anwesenheit in der Situation gekennzeichnet und vermittelt Sicherheit allein durch ihre Präsenz. Die Begleiterin hat jedoch keine aktive Schutz-Rolle. Die Entscheidungsebene liegt in diesem Selbstverständnis der Hebamme bei anderen Professionen, in der Regel der Medizin, und die Hebammenkompetenz besteht nur in Anhängigkeit zu anderen (Kapitel 7.1.3.1.). Neben organisatorischer Zuarbeit ist die Betreuung der Frau die Hauptaufgabe der Hebamme. Obwohl die Beziehung zur Frau und deren Betreuung bedeutsame Bestandteile der Hebammenarbeit sind, ist in diesem Selbstverständnis das Handlungsfeld der Hebamme sehr auf diesen Bereich reduziert (Kapitel 7.1.3.2.). Sie betreut die Frau, ohne relevante Entscheidungen zu treffen. Die Hebamme als ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘ vertraut nicht mehr auf die physiologischen Abläufe der Geburt, sondern richtet ihre Begleitung an medizinischen Kategorien aus (Kapitel 7.1.3.3.). Trotz einer engen Betreuung entsteht eine Distanz zur Frau und diese erhält in der Sprache der Hebamme den Status der Patientin (Kapitel 7.1.3.4.). Auch hier ist bedeutsam, dass kein Unterschied zwischen einer physiologischen oder besonderen geburtshilflichen Situation besteht.

7.1.3.1. Hebammenkompetenz in Abhängigkeit zu anderen

Im Gegensatz zu der gesetzlich verankerten Autonomie und auch der Teil- Identität der selbständigen Expertin, zeigen Hebammen in der Teil-Identität der ‚Medizin-orientierten Begleiterin der Frau‘ keine eigenständige Hebammenkompetenz. Sie betreuen und verantworten (auch normale) geburtshilfliche Situationen nicht eigenständig. Diese Situation entsteht auch aus der Tatsache, dass Hebammen weder bei der Befunderhebung (z.B. CTG-Beurteilung) noch der Einschätzung der Geburtssituation durchgehend sicher sind (Kapitel 7.3.3.). In nicht eindeutigen Situationen sorgen sie nicht selbst für eine Klärung, sondern vertrauen auf die medizinische Kompetenz der Ärztin, die die

Situation abschließend beurteilen soll. Die Fachkompetenz der selbständig agierenden Hebamme, die eigenständig entscheidet, ist hier nicht zu erkennen. Hebammen scheinen wenig von ihrem Wissen und Können überzeugt zu sein, denn obwohl die Hebamme sich des Vorgehens in einer Situation eigentlich sicher ist, wünscht sie sich Rücksprache mit der Ärztin und eine positive Rückmeldung zu ihrem Vorgehen. Das zeigt sich darin, dass die Hebamme immer wieder von sich aus den Stand der Geburt an die Ärztin weitergibt, ohne dass diese auf Informationen besteht. Die Hebamme nutzt diese ‚**Rapporte**‘, um über den situativen Verlauf zu informieren. Die Einbeziehung einer Ärztin ohne besonderen Anlass steht für eine **Abgabe der Verantwortung** für die Situation. Eine Hebamme, die die Verantwortung für eine Geburt übernimmt, informiert die Ärztin nur bei Besonderheiten, wenn die ärztliche Kompetenz benötigt wird. Andere Situationen entscheidet die Hebamme selbständig und eigenverantwortlich. In diesem Selbstverständnis benötigt die Hebamme jedoch eine **Rückversicherung der eigenen Entscheidungen** bzw. des eigenen Handelns. Die Hebamme **fordert** die **ärztliche Anwesenheit** aktiv ein, um auf diesem Weg das eigene Handeln mit der Ärztin abzustimmen und die Betreuung ‚genehmigen‘ zu lassen. Die Hebamme bezieht die Ärztin zu ihrer eigenen Sicherheit und Unterstützung mit in die Situation ein.

Die Abhängigkeit der eigenen Arbeit durch die Situationseinschätzung anderer Expertinnen prägt hier die Hebammenarbeit. Das Fehlen einer eigenständigen Hebammenkompetenz resultiert in einer Abhängigkeitssituation. Selbst im Bereich der hebammengeleiteten Geburt, der Hebammen Autonomie ermöglicht, ist eine Abhängigkeit zur Medizin erkennbar. Die befragten Hebammen halten es auch in diesen physiologischen Geburtssituationen jederzeit für möglich, dass sie ärztliche Hilfe benötigen könnten. Darum geben sie auch bei hebammengeleiteten Geburten Informationen an die ärztlichen Kolleginnen weiter, indem sie den Stand der Geburt für alle sichtbar an der Kreißaal-Tafel festhalten oder vom Stand der Geburt berichten.

„...zu den meisten Ärzten da hab ich auch das Gefühl, wenn die Dienst haben, dann ist es okay, dann kann mir nix passieren...“ (I_KRS_02, Zeile 111- 113).

Hier wird deutlich, dass die Hebamme sich nicht kompetent in der Einschätzung und Betreuung einer Geburtssituation erlebt und eine Absicherung der eigenen Arbeit durch andere Berufe notwendig ist.

7.1.3.2. Kein eigenständiger Arbeitsbereich

Hebammen befinden sich im Setting Krankenhaus in der Situation, dass es keinen ärztinnenfreien Bereich gibt. In diesem Selbstverständnis beanspruchen Hebammen jedoch auch keinen eigenen Hebammenbereich, was durch die fehlende eigenständige Hebammenkompetenz unterstützt wird. Die Ärztin ist selbstverständlich in jeder Geburtssituation mit anwesend und hat im Verständnis der

Hebamme auch die Leitung der Situation. Die Ärztin entscheidet alleine, ohne dass die fachliche Einschätzung der Hebamme dabei relevant ist. Sie kann auch ein Vorgehen entgegen der Hebammeinschätzung anordnen. Bei der Geburt verlässt sich die **Ärztin** nicht auf die Angaben der Hebamme und **macht sich selbst ein Bild** der Situation. Die Ärztin stützt ihre Einschätzung vor allem auf selbst erhobene Befunde und rückt auch nicht von diesem Vorgehen ab, wenn die letzte Untersuchung noch nicht lange zurückliegt und die Frau doppelt durch eine invasive Untersuchung belastet wird. Obwohl die Ärztin die Angaben der Hebamme nicht in ihre Einschätzung einbeziehen muss, hat sie doch ein **Anrecht auf Informationen** und besteht teilweise auf allen relevanten Informationen zu einer konkreten Geburtssituation. Das **Einfordern von medizinisch relevanten Informationen** betrifft insbesondere die Angaben zum aktuellen Stand und Verlauf einer Geburtssituation. Um die gewünschten Angaben zu bekommen, nutzt die Ärztin ihre formale Autorität und erscheint eigenständig in der Situation und tritt dominant auf (Kapitel 7.2.1.1.). Sie betrachtet, auch ohne das Vorliegen einer Besonderheit oder die Alarmierung durch die Hebamme, die Geburt als ihren medizinischen Tätigkeitsbereich. Ein weiterer Aspekt dieser Subkategorie ist, dass die Arbeit der Hebamme durch ärztliche **Vorgaben** beeinflusst wird. Die Hebamme entscheidet nicht nur nicht selbständig, sondern muss diese Vorgaben beachten. Sie beziehen sich in der Regel auf zeitliche Aspekte der Geburtsleitung (z.B. Dauer der Austreibungsperiode, Zeitlimit für Geburtseinleitung nach VBS). Die Vorgaben prägen den Handlungsbereich der Hebamme, wenn ein Zeitlimit für einzelne Geburtsphasen besteht, nach dem sich medizinische Interventionen richten. Die fachliche Einschätzung der Hebamme zum Geburtsfortschritt in einer individuellen Situation ist damit nicht von Bedeutung. Das Selbstverständnis, keinen eigenständigen Arbeitsbereich zu behaupten, führt zum Teil so weit, dass Hebammen **Interventionen im Gegensatz zur eigenen Expertise** zulassen. Der Einsatz invasiver medizinischer Interventionen wird von den befragten Hebammen zwar kritisch eingeschätzt, in dieser Teil-Identität jedoch nicht dagegen eingeschritten. Die Vorgaben für die Hebammenarbeit beziehen sich auch auf das Dazurufen von anderen Professionen. Hier ist das Dazurufen einer Ärztin zu einer physiologischen Geburt hervorzuheben, da diese nach dem Hebammengesetz alleine in den Händen der Hebamme liegen kann.

„... wenn (2) physiologischer Verlauf da ist also Mutter und Kind geht es soweit gut nach meiner Beurteilung, dann würde ich die Ärztin dazu rufen (2) ähm wenn ich das in der der Schieb in der Phase in der die Frau mitschiebt, wenn das Köpfchen [...] sag ich mal, so sichtbar wird,...“ (I_KRS_07, Zeile 80- 83).

Diese Schilderung stellt den fehlenden eigenständigen Arbeitsbereich der Hebamme in besonderer Weise heraus. Denn obwohl nach der fachlichen Einschätzung der Hebamme alles normal verläuft und das Kind kurz vor der Geburt steht, bezieht die Hebamme die Ärztin mit ein, deren Fachkompetenz in dieser Situation jedoch nicht benötigt wird. Nach dem Hebammengesetz ist hier die Fachkompetenz der Hebamme ausreichend. Die Hebamme versteht die Anwesenheit der Ärztin

jedoch nicht als Einschränkung ihrer Autonomie. In der Teil-Identität der ‚Medizin-orientierten Begleiterin der Frau‘ sehen die Hebammen sich nicht als autonome Berufsgruppe, sondern haben die Abhängigkeit von der Medizin in ihr Selbstverständnis integriert.

Diese Situation wirkt sich in gewissem Ausmaß auch auf die Arbeit im hebammengeleiteten Kreißsaal aus. Denn obwohl dieses Betreuungsmodell die Möglichkeit zur eigenständigen Hebammenarbeit eröffnet, ist es nicht frei von ärztlicher Einflussnahme. Zum einen ist der Zugang zur hebammengeleiteten Geburt reglementiert und besteht nur für physiologische Geburtssituationen. Der Bereich der Physiologie wird jedoch auch von Ärztinnen festgelegt. Darüber hinaus ist auch die Arbeit im hebammengeleiteten Kreißsaal teilweise reglementiert. Hebammen kurz nach der Abschlussprüfung werden zum Teil von diesem Tätigkeitsbereich ausgeschlossen, bis sie mehr Berufserfahrung gesammelt haben. Für eine zum Beruf zugelassene Hebamme, die per Gesetz eigenständig Hausgeburten durchführen kann, ist auch diese Regelung eine deutliche Einschränkung ihres Arbeitsbereiches.

7.1.3.3. Übernahme des medizinischen Betreuungsmodells

Die Reduzierung der Hebammenkompetenz und des Arbeitsbereiches wird davon flankiert, dass Hebammen das medizinische Betreuungsmodell für die eigene Arbeit übernehmen. Die Überzeugung von Schwangerschaft und Geburt als physiologischem Lebensereignis der Frau ist nicht mehr zu erkennen und Hebammen handeln deutlich **risikoorientiert**. Sie gehen davon aus, dass immer etwas passieren kann und dass es deswegen besser ist, die Ärztin eng in den Geburtsverlauf miteinzubeziehen. Es besteht ein Gefühl des ‚**man weiß ja nie**‘ und der Gefahr und fast eine irrationale Angst vor Komplikationen. Die Annahme, das Leben der Frau oder des Kindes könne auch bei einer normalen Geburt jederzeit gefährdet sein, verdeutlicht die Übernahme des Risikodenkens, das das medizinische Betreuungsmodell prägt. Das Fachwissen zu physiologischen (Schutz-) Mechanismen der Geburt verhindert nicht, dass die Angst vor gefährlichen Komplikationen in den Vordergrund rückt. Daraus folgt auch eine **Bereitschaft zu mehr technischer Überwachung und Interventionen**. Die technische Überwachung bei der Geburt ist insbesondere durch die Überwachung der kindlichen Herztöne mittels CTG-Schreibung gegeben. Bei jeder Frau wird in der Regel in intermittierenden Abständen und zum Ende der Geburt auch dauerhaft die kindliche Herzfrequenz registriert. Im Kreißsaalbereich zeigt in der Regel ein zentraler Überwachungsmonitor die Daten aller aktiven CTG-Geräte. Die befragten Hebammen äußern sich kritisch zu diesem CTG-Monitoring, nutzen dieses technische Instrument jedoch auch selbst. Die Analyse der Daten ergab, dass Hebammen im Medizin-orientierten Selbstverständnis nicht nur die Intervention der Ärztin

zulassen, sondern auch selbst aktiv geburtshilflich intervenieren. Sie beschleunigen die Geburt mit invasiven Maßnahmen (z.B. Wehentropf, Amniotomie) und warten dazu nicht immer die Anordnung der Ärztin ab. Für das berufliche Selbstverständnis ist ausschlaggebend, dass die Hebamme von der Richtigkeit und Notwendigkeit der Intervention überzeugt ist. Der Hebammenfokus verschiebt sich mit der Übernahme des medizinischen Modells vom Abwarten zum Intervenieren. Auch in dieser Teil-Identität bilden somit der Leitgedanke der Arbeit und das Verständnis von eigener Kompetenz und des Arbeitsbereiches ein in sich stimmiges Konstrukt, während die Hebammenphilosophie als Leitgedanke in den hier beschriebenen Arbeitssituationen kein kongruentes Handeln ermöglichen würde. Diese Ausrichtung der Arbeit verdeutlicht auch das folgende Zitat:

„...wie wäre es denn, wenn wir an jedes Kind nach sechs Stunden, so kenn ich=s auch aus anderen Kliniken, mal=n Pulsoxy dran machen. Das man zumindest mal einen Wert hat. [...] in dem Fall ist es tatsächlich sehr sehr wäre es gut gewesen, da nen Wert zu haben. Alles was nicht-invasiv ist und sowieso im im Stationsalltag kann man aufnehmen...“ (I_WBS_02, Zeile 426-430).

Das medizinische Modell ist klar als Leitgedanke zu erkennen, da die technische Überwachung positiv eingeschätzt und nicht als Intervention kritisch hinterfragt wird.

7.1.3.4. Frau als Patientin

So wie die bisher dargestellten Dimensionen der Teil-Identität sich kongruent zusammenfügen, verändert sich auch die Beziehung zur Frau. In der Hebammenphilosophie wird die Frau als individuelle Person gesehen, zu der die Hebamme eine enge Beziehung aufnimmt. In der Identitäts-Konstruktion der ‚Medizin-orientierten Begleiterin der Frau‘ besteht zwar eine Betreuungssituation mit der Frau, **die Frau wird** jedoch in diesem Zusammenhang zur **Patientin**. Die Hebamme distanziert sich sprachlich von der Frau, wenn sie sie als Patientin bezeichnet. In anderen Situationen sprechen Hebammen sehr konsequent von der Frau bzw. der Familie. Die Rolle der Patientin passt jedoch ins medizinische Betreuungsmodell und aus aktivem Gebären wird die Entbindung der Frau. In diesem Selbstverständnis verändert sich der Fokus der Hebamme mit der ‚Frau im Mittelpunkt‘. Das Kind, das für die Hebammen bei der Geburt in der Regel eine Einheit mit der Mutter bildet, ist hier mittelbar über die Herzton-Überwachung (CTG) selbst in der Situation präsent. Das Kind steht sogar im Mittelpunkt der Betreuung, da das **CTG wird zum alleinigen Entscheidungskriterium** in einer geburtshilflichen Situation wird. Die enge Beziehung zur Frau wird hier durch eine Beziehung zu Frau und Kind abgelöst, woraus sich ebenfalls eine Distanz zur Frau ergibt.

„...[dann; Ergänzung M.K.] hab ich der Ärztin halt auch übergeben, dass die äh Patientin n=Blasensprung hat, dass der Amni-sure positiv war ähm dann hat die Patientin nen Zugang durch die Ärztin bekommen und auch ne Ultraschalluntersuchung.“ (I_KRS_05, Zeile 46- 48).

Die hier beschriebene geburtshilfliche Situation stellt keine Besonderheit dar. Die Hebamme bezieht sich jedoch nur auf medizinische Kriterien und medizinische Untersuchungen. Die individuelle Situation spielt hier keine Rolle und die Distanz zur Frau wird auch sprachlich deutlich, wenn die schwangere Frau in die Rolle der abhängigen Patientin übertragen wird.

Die Ausrichtung dieser Teil-Identität scheint mit dem autonomen Beruf der Hebamme kaum in Verbindung zu stehen. Sie beinhaltet eine abhängige Hebammenarbeit, die keinen eigenständigen Kompetenzbereich und keinen eigenständigen Arbeitsbereich beansprucht. Die Selbsterfahrungen von Hebammen in einem geburtsmedizinisch geprägten Arbeitsumfeld können in Bezug zum eigentlichen Berufsbild als sehr belastend und identitätsbedrohend erlebt werden. Hebammen konstruieren hier ein Selbstverständnis, das diese Arbeitssituation in eine lebbare Form der Berufsausübung überträgt. Sie schaffen sich im medizinisch geprägten Alltag eine Situation, die ein konsistentes Handeln unter den gegebenen Voraussetzungen möglich macht. Die Konstruktion dieser Teil-Identität ermöglicht es, untergeordnet und ohne eigenständigen Arbeitsbereich als Hebamme zu arbeiten und dies nicht defizitär zu erleben.

Die Identitäts-Konstruktion mit verschiedenen Teil-Identitäten ist die Voraussetzung dafür, dass Hebammen unterschiedliche Anforderungen zwischen Autonomie und Unterordnung jeweils mit einem kongruenten Selbstverständnis bewältigen können. Die folgende Tabelle 5 zeigt die drei Teil-Identitäten der Hebamme mit Vergleichsdimensionen im Überblick.

Tabelle 5: Teil-Identitäten der Hebamme mit Vergleichsdimensionen

Teil-Identität Vergleichs-Dimension	Selbständige Expertin	Teil des geburtshilflichen Teams	Medizin-orientierte Begleiterin der Frau
Kompetenz-erleben	Eigenständige Hebammenkompetenz	Gemeinsame geburtshilfliche Kompetenz im Team	Hebammenkompetenz in Abhängigkeit zu anderen
Arbeitsbereich	Eigenständiger umfassender Arbeitsbereich	Gemeinsamer Arbeitsbereich mit doppelter Zuständigkeit im Team	Kein eigenständiger Arbeitsbereich
Leitgedanke der Arbeit	Hebammenphilosophie als Leitmotiv	Gleichberechtigte Teamarbeit	Übernahme des medizinischen Betreuungsmodells
Beziehung zur Frau	Exklusive Beziehung zur Frau	Team als Ansprechpartnerin der Frau	Frau als Patientin

7.2. Ursachen und Kontextbedingungen

Das Phänomen der Identitäts-Konstruktion von Hebammen steht im Zusammenhang mit ursächlichen Bedingungen und weiteren Kontextbedingungen. Die Ursachen für das ermittelte Phänomen wurden in der Datenanalyse ermittelt, in die Darstellung der bestehenden Kontextbedingungen fließen auch über die eigentliche Datenanalyse hinausgehende Informationen aus dem fachspezifischen Wissen der Forscherin mit ein. Die ermittelten Ursachen fokussieren die Beziehung der unterschiedlichen Gesundheitsberufe zueinander. Im Vordergrund stehen eine formale Autorität der Medizin (Kapitel 7.2.1.) und die hierarchische Sozialisation der Gesundheitsberufe (Kapitel 7.2.2.). Die gesetzliche Autonomie des Hebammenberufes (Kapitel 7.2.3.) stellt gemeinsam mit dem gesellschaftlich akzeptierten Wandel zur Geburtsmedizin (Kapitel 7.2.4.) ein spezifisches Umfeld für das Phänomen der Identitäts-Konstruktion dar. Zur besseren Orientierung werden die Ursachen und Kontextbedingungen in Abbildung 16 dargestellt.

Ursachen und Kontextbedingungen

- **Formale Autorität der Medizin:** Ärztliche Entscheidung über Anwesenheit, Ärztliche Entscheidung über das geburtshilfliche Vorgehen, Ärztliche Entscheidung über den Handlungsspielraum Anderer
- **Hierarchische Sozialisation der Gesundheitsberufe:** Anerkennung von Hierarchie, Autorität von Berufserfahrung
- **Gesetzliche Autonomie des Hebammenberufes**
- **Gesellschaftlich akzeptierter Wandel zur Geburtsmedizin**

Abbildung 16: Ursachen und Kontextbedingungen der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt

7.2.1. Formale Autorität der Medizin

Die Arbeitssituation im Setting Krankenhaus ist davon bestimmt, dass die Medizin im Gesundheitssystem eine zentrale Position einnimmt. Die Gesundheitsversorgung wird nahezu mit dem Zugang zu ärztlicher Versorgung gleichgesetzt, obwohl diverse andere Professionen, die ebenfalls einen wichtigen Anteil an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung haben, existieren. Die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung ist auch von den pflegerischen und therapeutischen Berufen abhängig. Im geburtshilflichen Bereich ist neben der Medizin der Hebammenberuf ein wichtiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung der Frau (Kapitel 2.1.). Doch trotz der Vielfalt der Gesundheitsberufe im klinischen Setting, nimmt die Medizin eine zentrale Position ein. Ihr stehen andere Privilegien zu als allen anderen Berufen. Diese Position ist sowohl als eine historische Entwicklung als auch als eine aktuelle Schwerpunktsetzung im Gesundheitswesen zu betrachten. Medikalisierung und Risikoorientierung ziehen eine Konzentration auf die medizinische Versorgung nach sich und vernachlässigen die pflegerische, therapeutische oder auch hebammenspezifische Versorgung (Kapitel 2.1.). Die Institution des Krankenhauses ist nach medizinischen Fachrichtungen organisiert und der Medizinerin obliegt die Leitung der einzelnen Fachabteilung. Daraus ergibt sich in der Regel eine **medizinische Deutungshoheit** der gesundheitlichen Situation einer Patientin. Dies macht sich z.B. in der alleinigen Zuständigkeit der Ärztin für die Aufnahme oder Entlassung von Patientinnen deutlich. Andere Professionen können

gegen diese Entscheidung meist kein Veto einlegen oder anders entscheiden. Die Ärztin ordnet Untersuchungen, Operationen und Behandlungen an und entscheidet über die Einbeziehung der Fachexpertise anderer Professionen. Die Medizin verfügt damit über eine formale Autorität anderen Gesundheitsberufen gegenüber. Autorität bezeichnet einen maßgeblichen Einfluss und auch Ansehen einer Person oder Institution (DUDEN 2015). Autorität kann danach auf Grund von besonderen Leistungen oder auch auf Tradition begründet sein. Eine formale Autorität bezeichnet einen Einfluss auf einer formalen Ebene und besteht allein durch die Berufszugehörigkeit oder einen Arbeitsplatz. Jede Ärztin kann diese Autorität für sich beanspruchen. Die fachliche Qualifikation oder Berufserfahrung sind davon unabhängig. Damit unterscheidet sich die formale Autorität von einer fachlichen Autorität, die mit den individuellen fachlichen Kompetenzen einer Person verknüpft ist.

Die formale Autorität der Medizin wird im klinischen Setting daran deutlich, dass die Person der Ärztin für die Initiierung verschiedener Abläufe benötigt wird. Die medikamentöse Therapie liegt in der Regel ausschließlich in den Händen der Medizin. Die Schmerzmittelgabe unter der Geburt ist von der Zustimmung bzw. schriftlichen Anordnung der Ärztin abhängig. Was bei der Medikamentengabe nachvollziehbar ist, zeigt sich in der notwendigen ärztlichen Unterschrift für die Apothekenbestellung in einem anderen Licht. Die Bestellung von Desinfektionsmitteln oder krampflösenden Medikamenten, die frei verkäuflich sind, wird im klinischen Setting erst durch die ärztliche Unterschrift möglich. Ein anderes Beispiel ist die Blutgruppenbestimmung bei einem Neugeborenen. Obwohl diese Untersuchung nach standardisierten Aspekten veranlasst wird, ist eine schriftliche ärztliche Anordnung nötig – die Hebammenqualifikation reicht dafür im klinischen Setting nicht aus. Im außerklinischen Setting ist es dagegen problemlos möglich, dass eine Hebamme die medizinisch sinnvolle Blutgruppenbestimmung beim Neugeborenen eigenständig in Auftrag gibt.

Die bisherige höhere Qualifikation der Medizinerinnen durch ein akademisches Studium unterstützt sowohl den besonderen Einfluss, als auch die Anerkennung. Die formale Autorität sichert den Medizinerinnen ein besonderes Maß an Entscheidungsfreiheit zu. Ärztinnen können als einzige Profession im klinischen Setting sowohl über ihre Anwesenheit in einer Situation (Kapitel 7.2.1.1.), das eigentliche fachliche Vorgehen (Kapitel 7.2.1.2.), als auch den Handlungsspielraum anderer Berufe entscheiden (Kapitel 7.2.1.3.). Diese Aspekte werden in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt.

7.2.1.1. *Ärztliche Entscheidung über die Anwesenheit*

Im klinischen Setting haben die unterschiedlichen Berufsgruppen verschiedene Aufgabenbereiche aus denen sich unterschiedliche Zuständigkeiten ergeben. Ein spezifischer Aufgabenbereich impliziert eine Möglichkeit zu selbständiger Tätigkeit. Die berufsspezifischen Arbeitsbereiche werden jedoch durch die formale Autorität der Medizin beeinflusst. Eine Ärztin kann selbst über ihre Anwesenheit oder auch Abwesenheit in einer Situation bestimmen. So ist es auch im geburtshilflichen Bereich möglich, dass eine Ärztin selbst entscheidet, ob und wann sie Teil einer Betreuungssituation ist. Die Ärztin kann darüber hinaus auch bestimmen, ob und wann sie in eine Situation einbezogen wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob in dieser Situation ärztliche Kompetenz benötigt wird, oder nicht. Auch in einer **physiologischen Geburtssituation**, die rechtlich alleine in der Verantwortung der Hebamme liegen kann, hat die Ärztin die Möglichkeit, zu bestimmen, ob sie Teil der Situation sein will oder nicht. In der Analyse der Daten wird deutlich, dass die Ärztin immer wieder ungefragt oder auch zufällig in Situationen hineinkommt. Es scheint ein besonderes Verantwortungsgefühl für die Betreuung im Kreißaal vorhanden zu sein. So betritt die Ärztin z.B. den Geburtsraum, um sich nach der Übernahme des Bereitschaftsdienstes bei der Frau vorzustellen oder sich ein Bild von der Situation zu machen. Hervorzuheben ist, dass die Ärztin weder alarmiert wird, noch ärztliche Kompetenz von Nöten ist. Dieses Vorgehen entspringt keiner fachlichen geburtshilflichen Begründung, sondern dem Organisationsstatut einer Klinik, in dem meist von (fach-)ärztlicher Behandlung als Normalfall ausgegangen wird. Im Extremfall kann sich die Ärztin auch gegen eine Anwesenheit in der Situation entscheiden, obwohl es eine Besonderheit gibt, die die ärztliche Anwesenheit eigentlich notwendig macht. Die **ärztliche Anwesenheit verändert** als Teil der formalen Autorität **die Situation** für die Hebamme (und die Frau). Die **Hebamme** tauscht sich in diesem Fall mit der Ärztin aus bzw. **hält Rücksprache** zu ihren Entscheidungen, obwohl sie von sich aus keinen Kontakt zu einer Ärztin gesucht hätte. So verhindert die ärztliche Entscheidung über die Anwesenheit nicht nur einen ärztinnenfreien Raum im klinischen Setting, sondern kann auch Konsequenzen für die Geburtssituation der Frau nach sich ziehen. Die Anwesenheit einer Ärztin bei einer physiologischen Geburt ist nicht notwendig und kann sogar störend sein.

„Ärzte kommen ganz oft rein, weil sie sich vorstellen wollen, so der erste Punkt. Und auch da sind sie manchmal in ner Situation bisschen störend, weil (1) in der AP weiß ich, jetzt kommt erst mal ne lange Wehenpause, wenn die Ärztin rein kommt und sagt: ja, ich wollt mich noch schnell vorstellen bevor das Kind kommt...“ (I_KRS_08, Zeile 158- 161).

Mit Blick auf die Intimität einer Geburtssituation wird die Auswirkung einer zusätzlichen und aktiven Person besonders markant.

7.2.1.2. *Ärztliche Entscheidung über das geburtshilfliche Vorgehen*

Die Entscheidung über das geburtshilfliche Vorgehen, ob dem physiologischen Ablauf Raum gegeben oder ob begründet interveniert wird, kann in der Regel bei der Hebamme liegen. Im Setting Krankenhaus ist jedoch bei jeder Geburt eine Ärztin mit anwesend. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch deutlich, dass diese Anwesenheit der Ärztin die Arbeitssituation der Hebamme verändert. Die Ärztin hat die **fachliche Entscheidungsgewalt** und daneben einen breiten Ermessensspielraum für ihre Entscheidungen. Auch auf der Entscheidungsebene ist die ärztliche Autorität nicht an die fachliche Expertise gebunden, sondern allein an die formale Position der ärztlichen Tätigkeit. Autorität im geburtshilflichen Vorgehen bedeutet auch, dass die Ärztin entgegen der Fachexpertise der Hebamme entscheiden kann. So kann auch eine unerfahrene Ärztin ein Standardverfahren initiieren, obwohl die Hebamme fachliche Gegenargumente einbringt. Die Hebamme kann kein Veto gegen diese ärztliche Entscheidung einlegen, auch wenn sie die fachliche Auseinandersetzung sucht. Ärztliche Entscheidungen finden teilweise ritualisiert in der morgendlichen und nachmittäglichen Ärztinnenbesprechung statt und die organisatorischen Abläufe im Kreißaal richten sich nach diesen ärztlichen Entscheidungszeitpunkten.

„...also es ist in der Regel dann von fachärztlicher Seite (1) dass dann auch mal angeordnet wird, jetzt äh machen wir nen Wehentropf. (1) Und ähm (2) genau und dann gucken wir noch ne halbe Stunde (2) und dann komm ich und mach also kommt der Facharzt Fachärztin und macht sich wieder ein Bild.“
(I_KRS_07, Zeile 186- 189).

In dieser Schilderung liegt die Entscheidungshoheit allein bei der Medizin. Neben der Entscheidung über die geburtshilfliche Intervention der Wehenmittelgabe bestimmt die Ärztin auch über den zur Verfügung stehenden Zeitrahmen. Auch die Befunderhebung bleibt dem ärztlichen Bereich vorbehalten.

7.2.1.3. *Ärztliche Entscheidung über den Handlungsspielraum Anderer*

Die formale Autorität der Medizin umfasst außerdem, dass Ärztinnen auch über den Handlungsspielraum anderer Berufe entscheiden können, was im geburtshilflichen Feld v.a. die Hebamme ist. Ärztinnen haben, neben den eben schon beschriebenen Aspekten, auch die Freiheit, der Hebamme Vorgaben zu machen oder in hebammenspezifischen Bereichen selbst aktiv zu werden. Im anderen Extrem können sie der Hebamme auch ‚**freie Hand**‘ lassen. Es wird deutlich, dass die Hebammen keinen Einfluss auf dieses Vorgehen für sich sehen, also keinen unabhängigen Handlungsbereich haben. Die Ärztin bestimmt mit dem **Einfordern von Informationen** oder wiederholter Anwesenheit über den Handlungsspielraum von Hebammen. Das Einfordern von

Informationen verdeutlicht, dass der eigentlich autonome Arbeitsbereich der Hebamme nicht gegeben ist. Die Ärztin beansprucht damit eine eigene Zuständigkeit und einen medizinischen Arbeitsbereich auch bei der normalen Geburt. Sie geht davon aus, dass letztlich sie als Ärztin und nicht die Hebamme in einer Situation verantwortlich ist, was juristisch nicht ganz korrekt ist. Die Situation, ‚freie Hand zu haben‘, ist oft kombiniert mit einer selbst gewählten Abwesenheit der Ärztin, was insbesondere in der Nacht vorkommt. Aber auch am Tag **informiert die Ärztin sich nicht** immer, woraus in der Regel ein Handlungsspielraum für die Hebamme entsteht. Sowohl der sehr weite als auch enge Handlungsspielraum ist immer ein zugestandener Handlungsspielraum und kein eigenständiger Hebammenbereich. Ein zugestandener **Spielraum zählt als Anerkennung** und Vertrauen in die Arbeit der individuellen Hebamme. Die berufliche Kompetenz einer examinierten Hebamme müsste jedoch unabhängig von der Person anerkannt und nicht von individuellem Vertrauen abhängig sein. Das folgende Zitat steht sinnbildlich für die Entscheidungshoheit der Medizin über den Tätigkeitsbereich der Hebamme. Die ärztliche Vorgesetzte bestimmt über die Abläufe während der normalen Geburt, ohne den berufsgesetzlichen Tätigkeitsbereich der Hebamme zu respektieren.

„Dann gab es die Anordnung von Frau [Name der Chefärztin; Anm. M.K.], jede Frau die kommt, mit Wehen zur Geburt, da findet die Erstuntersuchung durch einen Arzt statt (1) und jede zweite vaginale Untersuchung.“ (I_KRS_06, Zeile 361- 363).

Die formale Autorität der Medizin mit den beschriebenen Entscheidungsbefugnissen bedingt in der Zusammenarbeit mit Hebammen, dass die Autonomie des Hebammenberufes außer Kraft gesetzt und der umfassende selbständige Handlungsbereich stark begrenzt wird. Hebammen befinden sich dadurch in der Situation, dass ihr berufliches Selbstverständnis herausgefordert ist und sie mit den unterschiedlichen Sinn-Systemen von Hebammenarbeit und Medizin konfrontiert sind. Da sich die Herangehensweisen von Medizin und Hebammenarbeit an die Schwangerschaft in der Regel deutlich unterscheiden, erschwert die Deutungshoheit der Medizin über Schwangerschaft und Geburt eine kongruente Ausübung der Hebammenarbeit.

7.2.2. Hierarchische Sozialisation der Gesundheitsberufe

In einem weiteren ursächlichen Zusammenhang mit der Identitäts-Konstruktion von Hebammen steht die Sozialisation der Gesundheitsberufe in einem hierarchischen Umfeld. Sozialisation beschreibt den Prozess der Einordnung in ein gesellschaftliches System und das Erlernen einer sozialen Rolle. Sie vermittelt die geltenden Regeln zur Teilnahme in der Gesellschaft. Die Sozialisation im Setting Krankenhaus ist demnach eine Einordnung in das interne soziale Beziehungssystem, das

traditionell hierarchisch geprägt ist. Hierarchie bezeichnet im Wortsinn eine Rangordnung mit Über- und Unterordnungsverhältnissen (DUDEN 2015). So ergibt sich für alle Berufsgruppen das Erlernen der Einordnung in ein hierarchisches System. Eine solche hierarchische Prägung ist sowohl zwischen den verschiedenen Berufen, als auch innerhalb der Berufsgruppen zu erkennen. Hebammen und Pflegende erleben von Beginn der Ausbildung an eine untergeordnete Sozialisation, Medizinerinnen eher, dass sie übergeordnet sind und eine Entscheidung oder Handlung von ihnen erwartet wird. Alle Gesundheitsberufe erkennen die bestehende Hierarchie an, die zwischen den Berufsgruppen zu erkennen ist (Kapitel 7.2.2.1.). Darüber hinaus vermittelt Berufserfahrung eine Autorität (Kapitel 7.2.2.2.).

7.2.2.1. *Anerkennung von Hierarchie*

Den Gesundheitsberufen ist gemeinsam, dass sie die Hierarchie im klinischen Setting anerkennen. Das zeigt sich daran, dass die bestehende Situation nur wenig in Frage gestellt wird und die schon in der Ausbildung erlebte Position der Berufe als unverrückbar gesehen wird. Dieser Aspekt spiegelt sich in der eigenen Wahrnehmung der Hebammen als ‚**kleine Hebamme**‘ wider. Diese Formulierung wählen fast wortgleich sowohl Hebammen die in den 1960er und 1970er Jahren sozialisiert wurden, als auch Hebammen, die erst vor wenigen Jahren die Hebammenausbildung durchlaufen haben. Es zeigt sich, dass sich die Erfahrungen im Sozialisationsprozess seit vielen Jahren gleichen. Die **Rolle der Hebamme** wird von Hebammen immer wieder in einer **untergeordneten Position** erlebt. Dieses beständige System perpetuiert sich somit selbst und es können nur schwer andere Rollenmodelle entstehen. So wie Hebammen die eigene untergeordnete Position erleben, steht für sie auch die **übergeordnete Position von Ärztinnen** nicht in Frage. Die Sozialisationserfahrungen erweisen sich als sehr beständig und unabhängig von Alter und Berufserfahrung. Auch nach selbständiger außerklinischer Arbeit sehen Hebammen sich in der Klinik wieder mit ihrer ursprünglichen Sozialisation konfrontiert und ordnen sich gemäß ihrer Berufsgruppe in das Beziehungsgefüge ein. Hebammen trauen sich dann nicht, den fachlichen Austausch zu suchen, obwohl sie sich fachlich kompetent empfinden.

„...Also i seh des scho, das sin die Ärztinne (1) die ich bin Hebamme, die sin mir überstellt äh in gewisser Weise...“ (I_KRS_09, Zeile 73- 74).

Hier zeigt sich, dass an der grundsätzlichen hierarchischen Beziehung zwischen Ärztin und Hebamme nicht gezweifelt wird. Allein die Berufszugehörigkeit bestimmt über den Status der Person und nicht die fachliche Expertise. Es ist zu betonen, dass Hebammen, ebenso wie andere Gesundheitsberufe, der Sozialisation in der Hierarchie der Klinik nicht entgehen können. Die berufliche Qualifikation ist in

den praktischen Anteilen hauptsächlich im klinischen Setting verortet, woraus sich automatisch eine Sozialisation im Krankenhaus ergibt. Eine veränderte Beziehungskultur zwischen den verschiedenen Berufen im klinischen Setting ist Voraussetzung für eine Veränderung dieses bestehenden Systems.

7.2.2.2. *Autorität von Berufserfahrung*

Eine andere Form von Hierarchie ergibt sich aus der Berufserfahrung. In allen Berufsgruppen wird nach jahrelanger Berufserfahrung eine fachliche Autorität angenommen. Sowohl berufserfahrenen Hebammen als auch Ärztinnen und Pflegenden wird eine Fach-Autorität zuerkannt, die mit Anerkennung verbunden ist. Diese Anerkennung zeigt sich darin, dass das Vorgehen der Person nicht in Frage gestellt wird und sie anderen fachlichen Rat und Unterstützung bieten kann. Auch Hebammen selbst betrachten ihre Berufserfahrung als einen entscheidenden Faktor ihrer beruflichen Position. Sie verbinden ihre Erfahrungen im Beruf mit **Ruhe und Sicherheit** in herausfordernden Situationen und einer **größeren Fachkompetenz**. Daraus entsteht in ihrer Wahrnehmung eine verbesserte Handlungs- und Entscheidungskompetenz. Diese setzen sie in der Abgrenzung von besonderen Situationen ein. Hebammen sind mit steigender Berufserfahrung selbstsicherer in ihren Entscheidungen zum Vorgehen und der Einbeziehung einer Ärztin. Sie schätzen ihre fachliche Kompetenz höher ein und setzen sie in einer selbständigen Arbeitsweise ein. Berufserfahrung ist ebenfalls der ausschlaggebende Faktor, wenn Hebammen Unterstützung in einer geburtshilflichen Situation benötigen. Sie schätzen dabei den Rat einer erfahrenen Hebammenkollegin höher ein, als die ärztliche Expertise einer noch nicht so erfahrenen Ärztin. Insbesondere in besonderen Geburtssituationen verhindert die Zuständigkeit einer unerfahrenen Ärztin eine Einbeziehung in die Betreuung zugunsten einer erfahrenen Hebamme. Sie diskutieren mit ihr das fachliche Vorgehen und verzichten teilweise auf die Information der Ärztin.

„Das (1) kann man mit jungen Ärztinnen nich (1) da muss ich dann schon mal sagen ich denke wir holen jetzt mal den Hintergrund geh bitte raus und hol den Hintergrund. (2) Und vielleicht bringst Du auf dem Rückweg, wenn Du wieder reinkommst schon mal das VE-Gerät mit (lacht).“ (I_KRS_06, Zeile 50- 53).

In dieser besonderen Konstellation mit einer unerfahrenen Ärztin trifft die berufserfahrene Hebamme mit ihrer Autorität die Entscheidungen zum weiteren Vorgehen und gibt der fachlich weniger kompetenten Ärztin Anweisungen. In der Regel wird die Sicherheit und Unterstützung durch berufserfahrene Hebammen geschätzt.

7.2.3. Gesetzliche Autonomie des Hebammenberufes

Die Arbeitssituation im Setting Krankenhaus steht darüber hinaus noch in einem größeren Zusammenhang von gesellschaftlichen Kontextbedingungen. In Verbindung mit der vorliegenden Arbeit steht im Mittelpunkt, dass die Arbeit im Krankenhaus neben den konkreten Arbeitsbedingungen auch von den berufsrechtlichen Gegebenheiten bestimmt wird. Neben den gesetzlich festgelegten Aufgabenbereichen und Tätigkeitszuschreibungen ist das Ausmaß der Selbständigkeit maßgeblich für die Berufsausübung. Die ausdrückliche Zuständigkeit für einen Tätigkeitsbereich sichert das Arbeitsfeld, während eine gesetzlich verankerte Autonomie die Berufsausübung unabhängig von anderen Berufen ermöglicht. Für den Hebammenberuf bestehen beide Bedingungen, denn die Hebamme ist im Hebammengesetz sowohl als Fachfrau für die Geburtshilfe benannt, als auch wird ihr eine **autonome Berufsausübung in physiologischen geburtshilflichen Situationen** während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zugesichert. Das Wissen um die gesetzlich gewährte Autonomie in den meisten Berufssituationen eröffnet eine weite Perspektive für die Berufsausübung, was ein enger gesteckter berufsgesetzlicher Rahmen nicht zulassen würde.

Im Rahmen der bestehenden Autonomie ist es Hebammen darüber hinaus möglich, ihre Arbeit inhaltlich so auszugestalten, wie es ihrer beruflichen Expertise entspricht. Die gesetzlichen Vorgaben des Hebammengesetzes und die weiteren Ausführungen dazu im Rahmen von Berufsordnungen bilden einen verbindlichen Rahmen, der einzuhalten ist. Darüber hinaus schafft die Hebammenethik eine übergeordnete Orientierungsmöglichkeit. Es existiert jedoch keine verbindliche berufsständige Vorgabe einer hebammenspezifischen Begleitung. Bei Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben kann diese **inhaltliche Freiheit** auch nicht reglementiert werden. Zwar besteht eine Kontrollfunktion des Hebammenberufes durch die unteren Gesundheitsbehörden (örtliches Gesundheitsamt), jedoch ergibt sich auch dadurch keine Kontrolle der inhaltlichen Ausgestaltung. So ist es jeder Hebamme überlassen, wie sie die Beziehung zu den Frauen und Familien gestaltet und ob und wie sie ihre Autonomie in Anspruch nimmt oder andere Berufsgruppen mit in die Betreuung einbezieht. Ebenso steht es ihr frei, sich an medizinischen Leitlinien oder der Hebammenphilosophie des internationalen Hebammenverbandes (ICM) zu orientieren. Der größte berufliche Zusammenschluss der Hebammen, der Deutsche Hebammenverband e.V., schafft durch Stellungnahmen und Standpunkte zu Fachthemen ebenfalls einen Orientierungsrahmen. Jedoch fehlt auch hier die Möglichkeit zu Sanktionen. Außerdem sind zwar sehr viele, aber nicht alle Hebammen Mitglieder dieses Berufsverbandes, so dass sich auch daraus nur ein beschränkter Einfluss ergibt. Viele Hebammen in Deutschland schätzen und nutzen für sich diesen Orientierungsrahmen, sie sind dazu aber nicht

verpflichtet. Darin zeigt sich eine Kontextbedingung, die unterschiedliche Formen der Berufsausübung ermöglicht und auch verschiedene berufliche Selbstverständnisse nicht ausschließt.

7.2.4. Gesellschaftlich akzeptierter Wandel zur Geburtsmedizin

Ein anderer Aspekt der Kontextbedingungen ist die Veränderung der geburtshilflichen Versorgung in den letzten sechzig Jahren. Wie in Kapitel 2.1. dargestellt, hat sich die zur Mitte des letzten Jahrhunderts noch flächendeckend übliche Geburt zu Hause seit den 1960er Jahren zu einer fast ausschließlichen Klinikgeburt gewandelt. Mit der Hinwendung zur Klinikgeburt erfolgte auch eine Technisierung der Betreuung durch elektronische Überwachung der kindlichen Herztöne und der Wehentätigkeit und eine weite Verbreitung von Anästhesieverfahren gegen den Geburtsschmerz. Die operative Geburt hat in der aktuellen Geburtsbetreuung einen Anteil von über 30%. Ultraschalluntersuchungen und eine immer größere Anzahl von Screeningverfahren prägen die Betreuung in der reproduktiven Lebensphase. Diese **Veränderungen** in der geburtshilflichen Versorgung sind in der Gesamtgesellschaft weitgehend **akzeptiert**. Die Akzeptanz der medizinischen Sichtweise auf die Schwangerschaft und die Geburt resultiert aus einem **verbreiteten Risikodenken** auch innerhalb der Gesamtgesellschaft. Die Vermeidung oder Ausschaltung von Risiken hat einen hohen Stellenwert und die Überwachung der Prozesse von Schwangerschaft und Geburt vermittelt ein Gefühl der Sicherheit. Der unterstützende und begleitende Ansatz der Hebammenarbeit steht dazu scheinbar im Widerspruch. Die Hebamme als Fachfrau für die Geburt wird auch aus der gesellschaftlichen Perspektive immer weniger benötigt, da medizinische Prozeduren im Mittelpunkt stehen. Diese Entwicklung hat die Bedeutung von Hebammenkompetenzen im Arbeitsalltag verändert. Von dieser gesellschaftlich veränderten Perspektive auf Schwangerschaft und Geburt ist auch die Berufsgruppe der Hebammen nicht ausgenommen. Sie sind von diesem Wandel sowohl in ihrer beruflichen Tätigkeit, als auch als Teil der Bevölkerung beeinflusst. Auch Frauen, die den Hebammenberuf ausüben, wollen zunehmend Risiken vermeiden. Die allgemein veränderte Sicht auf die Geburt forciert so auch eine Änderung der beruflichen Perspektive auf die reproduktive Lebensphase. Darüber hinaus ist es für die, gesellschaftlich betrachtet, kleine Berufsgruppe der Hebammen schwierig, diese gesellschaftlichen Entwicklungen aufzuhalten oder rückgängig zu machen. Trotz vielfältigen Engagements zur Förderung und Unterstützung der normalen Geburt ist der Einfluss der Berufsgruppe beschränkt. Die kritische Betrachtung der Entwicklung der Kaiserschnitt-Rate in Deutschland auf der Ebene der Gesundheitsministerien eröffnet hier allerdings eine Einflussmöglichkeit, die Position der Hebamme in Bezug auf die normale Geburt wieder zu festigen.

Diese kontextuellen Bedingungen sind insbesondere im klinischen Setting, dem Untersuchungsfeld dieser Arbeit, von Bedeutung.

7.3. Intervenierende Bedingungen

Das Phänomen der Identitäts-Konstruktion, sichtbar durch unterschiedliche Handlungsstrategien der Akteurinnen, unterliegt verschiedenen beeinflussenden Faktoren. Von Interesse für die vorliegende Arbeit sind Einflussfaktoren auf der Organisationsebene (Mesoebene) (Kapitel 7.3.1.) und der Ebene der Person (Mikroebene) (Kapitel 7.3.2.). Die bestehenden Einflussfaktoren einer gesellschaftlichen Makroebene sind in die Ursachen und Kontextbedingungen (Kapitel 7.2.) einbezogen. In der Datenanalyse konnten verschiedene Aspekte ermittelt werden, die Handlungsstrategien fördern oder hemmen können. Neben organisationspezifischen Abläufen und Arbeitsbedingungen auf der Organisationsebene nehmen die Faktoren Kompetenzverlust und der Umgang mit fachlicher Unsicherheit Einfluss der Ebene der Person. Darüber hinaus sind vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen und ein beruflicher Veränderungsprozess auf dieser Ebene von Einfluss. Zunächst werden die intervenierenden Aspekte auf der Organisationsebene erläutert. Abbildung 17 zeigt die intervenierenden Bedingungen im Überblick.

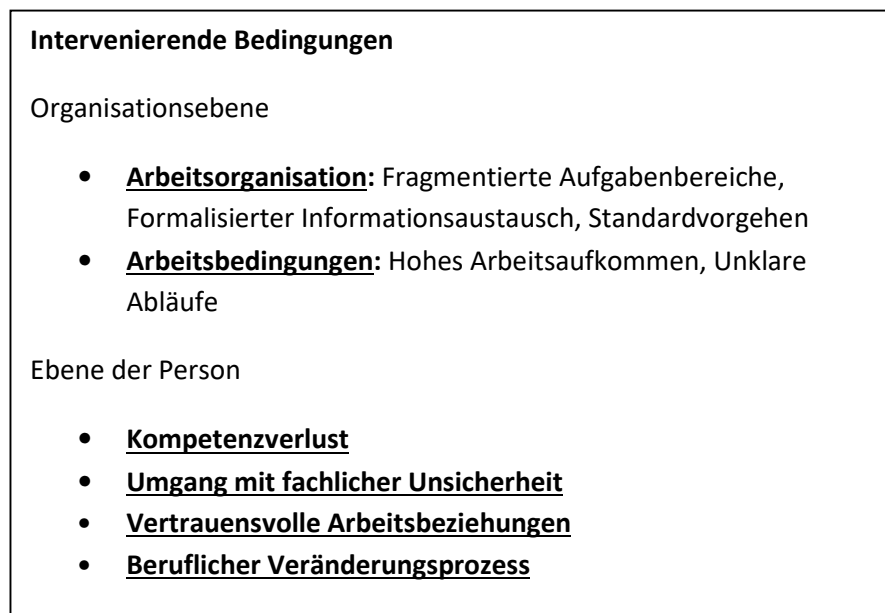


Abbildung 17: intervenierende Bedingungen der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt

7.3.1. Arbeitsorganisation

In jeder Organisation ist es notwendig, Arbeitsprozesse und Abläufe zu steuern und zu organisieren. Dies gilt auch für den Bereich des Gesundheitswesens. Neben gesetzlichen und ökonomischen Aspekten ist die Effizienz der Arbeitsabläufe von Bedeutung. Organisationale Vorgaben für standardisierte Arbeitsabläufe sollen Arbeitsprozesse erleichtern. Solche Routinen entstehen darüber hinaus auch ohne Vorgaben seitens der Organisation. In einem alltäglichen Arbeitsverhältnis zwischen unterschiedlichen Personen entwickeln sich von alleine spezifische Formen von Arbeitsprozessen. Die Art der entstehenden oder vorhandenen Routineabläufe drückt das gemeinsame Verständnis der Arbeit aus. Institutionalisierte Routinen konnten auch in der Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen im Krankenhaus ermittelt werden. Festgelegte Abläufe erleichtern die Arbeit, bergen jedoch auch die Gefahr, dass die Beschäftigten wenig Alternativen zu diesen Routineabläufen kennen, weil mit der Gewohnheit das Wissen um andere Handlungsoptionen verloren geht.

7.3.1.1. *Fragmentierte Aufgabenbereiche*

Eine weit verbreitete arbeitsorganisatorische Maßnahme in Institutionen des Gesundheitswesens ist die Trennung von Aufgabenbereichen. Verschiedene Berufsgruppen übernehmen unterschiedliche Tätigkeiten in einem Handlungsablauf, die unabhängig voneinander bearbeitet werden. Diese Fragmentierung bestimmt auch die geburtshilfliche Versorgung im Krankenhaus. Die **Betreuung** der Frauen und **administrative Aufgaben** liegen in der Regel bei **Hebammen und Pflegenden**. Hebammen nehmen eine schwangere Frau selbständig in Empfang und führen die meist standardisierte Aufnahmeuntersuchung durch. Sie betreuen die Frau während des Aufenthaltes in der Klinik im Kreißaal oder auf der Wochenbettstation als **primäre Ansprechpartnerin** und organisieren ggf. weitere Standarduntersuchungen. Hebammen erledigen daneben administrative Aufgaben für den stationären Aufenthalt der Frau und die Organisation der Kreißaalabläufe. Auf der Wochenbettstation sind Hebammen und Pflegende für die Betreuung der Wöchnerin und des Kindes zuständig, teilweise konzentrieren sich Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen auch auf die Betreuung der Neugeborenen. Ärztinnen haben einen spezifisch **ärztlichen Aufgabenbereich**. Sie übernehmen **medizinische Untersuchungen** (z.B. Ultraschall) und die **Aufklärung** der Frau über medizinische Interventionen oder Eingriffe. Darüber hinaus obliegt ihnen die Entscheidung über das Vorgehen. Dies wird im Kapitel 7.2.1. ausführlich dargestellt. Innerhalb der zugewiesenen Aufgaben ist in der Regel für alle Berufsgruppen eine selbständige Vorgehensweise möglich. Daher wird die Aufteilung und Festlegung von Aufgabenbereichen von den Beschäftigten positiv empfunden.

„Bei den Frauen, die nicht unter der Geburt sind, haben die Hebammen ‚ihren Teil‘ getan (CTG, Orga, ggf. vag. U) und die Ärztin¹⁴ soll jetzt mit ihnen ‚sprechen‘.“ (B_KRS_14, Zeile 48- 49).

Diese Beobachtung unterstreicht die Trennung unterschiedlicher Aufgabenbereiche, denn die Hebammen sind ebenso wie die Assistenzärztin in der Lage, im Gespräch mit der schwangeren Frau, die Befunde und das weitere Vorgehen zu erläutern. Die getrennten Aufgabenbereiche werden jedoch strikt eingehalten und prägen auch die Ablauforganisation. Diese strikte Trennung führt nicht immer zu besseren, sondern im Fall eines hohen Arbeitsaufkommens für eine Berufsgruppe auch zu verzögerten Abläufen.

Getrennte Aufgabenbereiche fördern einerseits die autonome Handlungsmöglichkeit der Hebammen, da die selbständige Bearbeitung fest zugeordneter Aufgaben ein eigenständiges Vorgehen erlaubt. Andererseits unterstützt die Begrenzung des eigentlich umfassenden Tätigkeitsbereiches der Hebamme konfrontatives und subordinatives Handeln im Arbeitsalltag. Einerseits löst diese Beschränkung ein Einfordern des ursprünglich umfassenden Tätigkeitsbereiches aus. Andererseits befördert die Beschränkung auf nur einige Teil-Aspekte der Betreuung untergeordnetes Verhalten im hierarchischen Beziehungssystem des Krankenhauses.

7.3.1.2. Formalisierter Informationsaustausch

Eine andere bedeutsame Form der Arbeitsorganisation ist der formalisierte Informationsaustausch. Die Informationsweitergabe im Setting Krankenhaus verläuft sehr strukturiert und formalisiert und wird von allen Berufsgruppen als ‚**Übergabe**‘ bezeichnet. Die Formalisierung besteht in der Befolgung eines vorgegebenen Schemas, das nur die wichtigsten persönlichen und medizinischen Informationen zu einer Frau umfasst. In der Regel fehlen Informationen zur sozialen Situation oder nicht-medizinischen Aspekten. Diese Form der Informationsweitergabe ist den Berufsgruppen gleichermaßen vertraut und wird auch von allen Berufsgruppen genutzt. Zwar bestehen auch ausführlichere Formen des Austausches (z.B. Fallbesprechung), im Arbeitsalltag überwiegt jedoch die klassische Übergabe. Im Bereich des Kreißsaales beziehen sich die in der Übergabe weitergegebenen Informationen v.a. auf die Parität, das Schwangerschaftsalter, den aktuellen Muttermundbefund und den Grund des Kommens. In der Wochenbettbetreuung variieren die Angaben (v.a. Geburtsmodus, Wochenbetttag, Geburtsverletzungen, Ernährungsform des Kindes), das formale Schema bleibt jedoch bestehen. Den befragten Hebammen ist bewusst, dass die **wenigen Informationen** der klassischen Übergabe in der Regel nicht ausreichen, um eine geburtshilfliche Situation tatsächlich umfassend einschätzen zu können. Sie verfügen durch ihren engen Kontakt zur Frau auch über **mehr und aktuellere Informationen**, als in einer ‚Übergabe‘ vorgesehen sind und somit über

Informationen, die in der Betreuung der Frau sehr relevant sind. Die zur Verfügung stehenden Kommunikationswege mit anderen Professionen priorisieren jedoch andere Schwerpunkte.

„...beklagt die Heb1 sich darüber, dass die Ärzte die Hebammen nicht um eine Übergabe fragen würden, sondern lieber Informationen von Arzt zu Arzt weitergeben würden. Obwohl klar sei, dass diese Infos z.T. schon nicht mehr aktuell seien.“ (B_KRS_10, Zeile 91- 93).

In dieser Beobachtung wird deutlich, dass es klare Kommunikationswege gibt, die auch eingehalten werden. Die Hebamme möchte hier einerseits konkretere Informationen in die Situation einbringen, dies wird von den anderen Berufsgruppen jedoch nicht aufgenommen. Andererseits ist auch für sie die Übergabe der übliche Weg, Informationen weiterzugeben. Die formalisierte Informationsweitergabe mit dem Austausch nur weniger Informationen steht in enger Verbindung zum medizinischen Betreuungsmodell und befördert alle Handlungsoptionen, die durch fehlenden fachlichen Austausch gekennzeichnet sind. Subordinatives Handeln beschränkt sich in der Regel auf Zuarbeit und ist nicht von fachlichem Austausch abhängig. Konfrontatives Handeln dagegen wird befördert, wenn nur wenige Informationen ausgetauscht werden und gleichzeitig Differenzen in der Herangehensweise an die Geburt bestehen (Kapitel 7.5.2.1.).

7.3.1.3. Standardvorgehen

Daneben ist das Standardvorgehen ein fester Bestandteil der Arbeitsorganisation in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Gerade in Verbindung mit der Trennung der Aufgabenbereiche zwischen den verschiedenen Berufen, erleichtert die Standardisierung der medizinischen, pflegerischen oder hebammenspezifischen Betreuung die gemeinsamen Arbeitsabläufe. Standardisierte Abläufe können darüber hinaus auch die Qualität der Betreuung verbessern. Im geburtshilflichen Bereich ist ein Standardvorgehen besonders ausgeprägt bei der Aufnahmeuntersuchung im Kreißsaal, bei der Wochenbettvisite und den Entscheidungen über das Vorgehen **in nicht akuten Situationen** (z.B. Geburtseinleitung bei vorzeitigem Blasensprung) zu erkennen. Die individuellen Besonderheiten einer Frau bzw. Familie spielen dann keine oder nur eine untergeordnete Rolle. In einem standardisierten Vorgehen stehen meist **medizinische Maßnahmen und Befunde** im Mittelpunkt.

„Bei einer anderen Frau soll die Einleitung per Oxy-Tropf erfolgen (BS > 24h). Das aktuelle Befinden der Frau ist noch nicht klar, das Zeitlimit ist aber erreicht.“ (B_KRS_04, Zeile 35- 36).

Die Orientierung des Vorgehens an einem vorgegebenen Zeitlimit erfolgt in der Regel ohne weitere fachliche Einschätzung durch eine Ärztin oder Hebamme. Sowohl für das Personal als auch die Frau ergibt daraus eine verbesserte Planbarkeit des Ablaufes. Darüber hinaus wird in komplexen geburtshilflichen Situationen ebenfalls standardisiert und nicht an Hand der Einschätzung der individuellen Situation einer Frau entschieden. Hebammen empfinden solche Entscheidungen als ein

schematisches Vorgehen und bezeichnen es als ‚Schema X‘, da die fachliche Einschätzung einer geburtshilflichen Situation eigentlich die Auseinandersetzung mit der individuellen Situation der Frau erfordert.

Das Standardvorgehen als Maßnahme der Arbeitsorganisation fördert ebenfalls subordinative Handlungsweisen. Ein Standardvorgehen verhindert den fachlichen Austausch und stellt in der Regel medizinische Maßnahmen in den Mittelpunkt. So wird eine Medizin-orientierte Unterordnung der Hebamme befördert. Nur im fachlichen Austausch kann eine individuelle Betreuung abgestimmt und ggf. ausgehandelt werden, der somit koordinatives oder auch integratives Handeln fördert.

7.3.2. Arbeitsbedingungen

Neben der Arbeitsorganisation nehmen auf der Organisationsebene spezifische Arbeitsbedingungen Einfluss auf die beruflichen Handlungssituationen. Obwohl sich auch knappe personelle Ressourcen zunehmend auf die Arbeitsbedingungen auswirken, sind in der vorliegenden Arbeit Situationen mit einem sehr hohen Arbeitsaufkommen von besonderer Bedeutung. Alle Hebammen berichten von Situationen mit ‚**besonders viel Arbeit**‘ und beschreiben sie sehr drastisch als ‚Horror-Dienste‘ und ‚Chaos Land unter‘. Das Auftreten solcher Situationen ist nachvollziehbar, da in der geburtshilflichen Versorgung Betreuungssituationen **nicht planbar** sind und situativ bearbeitet werden müssen. Dieser Umstand ist umso ausgeprägter, je mehr Schwangerschaft und Geburt ihren eigenen Verlauf nehmen können und je weniger steuernd eingegriffen wird. Es bleibt in diesen Situationen keine Zeit, Arbeitsabläufe geplant durchzuführen oder individuelle Besonderheiten zu beachten. Im Mittelpunkt steht das Bemühen, allen Frauen, die Unterstützung benötigen, Betreuung zu bieten. Hebammen sind in solche Situationen besonders belastet, wenn sie die einzige Hebamme sind. Es existiert nicht in allen Krankenhäusern ein Hebammen-Rufdienst zur Unterstützung in sehr arbeitsintensiven Situationen. Die befragten Hebammen fühlten sich in solchen Situationen sowohl organisatorisch als auch moralisch herausgefordert, trotz des hohen Arbeitsanfalls den Frauen eine angemessene Betreuung zu gewähren. Es besteht darüber hinaus die Gefahr, dass Fehler in der Betreuung geschehen. Alle Professionen sind gleichermaßen davon betroffen.

„...dann klingelte es dann schon wieder, also dann kam dann die Ärztin zur Geburt, zur Nächsten, dann klingelte quasi schon wieder die Nächste und äh äh kam vom Spazieren wieder und war am Schnaufen und am Pusten. Ähm und es ging dann eigentlich immer nur so weiter.“ (I_KRS_01, Zeile 106- 109).

Hier zeigt sich, dass die Arbeitssituation allein von den situativen Anforderungen geprägt und nur als eine Reaktion darauf erfolgen kann. Die Planung und Steuerung von Abläufen ist dann kaum mehr

möglich. Eine gelungene Bewältigung der Situation hängt dann eher von der gegenseitigen, auch unkonventionellen, Unterstützung aller Berufsgruppen ab. Die Hebamme wird entlastet, indem andere Professionen eigenständig Tätigkeiten in ihrem eigentlich hebammenspezifischen Bereich übernehmen. Diese gegenseitige Unterstützung wird im Kapitel 7.5.3.4. näher beschrieben. Die Herausforderung der überbordenden Arbeitsmenge befördert verschiedene Handlungsoptionen. Einerseits kann durch die Masse der Arbeit keine doppelte Zuständigkeit geleistet werden. Die Hebamme erhält einen selbständigen und umfassenden Arbeitsbereich zurück, der sonst nicht zur Verfügung steht. Sie kann in größerem Umfang autonom Handeln. Andererseits aktiviert diese situative Anforderung auch kooperatives Handeln. Es entsteht das Gefühl, Teil eines Teams zu sein, das insgesamt herausgefordert ist und die Situation nur gemeinsam meistern kann.

Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind daneben auch von **unklaren Abläufen** geprägt. Obwohl im klinischen Setting, wie bereits dargestellt, eine ausgeprägte Arbeitsteilung mit festgeschriebenen Tätigkeitsbereichen und auch standardisiertem Vorgehen besteht, sind Abläufe jedoch nicht in allen Situationen klar geregelt. Einerseits fehlen Festlegungen zu bestimmten Situationen (z.B. Einbezug der Anästhesie in die Betreuung des Neugeborenen bei einer Geburt durch Kaiserschnitt). Andererseits werden bestehende Regeln durch informelle Regeln außer Kraft gesetzt. Das zeigt sich daran, dass **in der Nacht andere Regeln** bestehen, als am Tag. In der Regel sind Ärztinnen in der Nacht abwesend, was dazu führt, dass Hebammen weniger Informationen an Ärztinnen weitergeben. Sie entscheiden nachts selbständiger und tauschen sich bei Fragen mit ihren Hebammenkolleginnen aus, ohne die bestehenden Vorgaben zum Dazurufen der Ärztin zu beachten. Die Ärztinnen selbst verhalten sich ebenfalls nicht immer regelkonform, wenn sie die Routineaufgaben, die zu ihrem Arbeitsbereich gehören, in der Nacht nicht übernehmen (z.B. Legen einer Venenverweilkanüle).

„Und nachts würde ich zum Beispiel ich würde jetzt nachts keinen Arzt anrufen um solche Informationen weiter zu geben, ...“ (I_KRS_05, Zeile 126- 127).

Beide Berufsgruppen gehen davon aus, dass die eigentlich vorgegebenen Abläufe in der Nacht nicht zwingend eingehalten werden müssen. Für beide ergibt sich daraus eine Freiheit in der Arbeitssituation.

Eine Unklarheit in den Abläufen entsteht auch im Zusammenhang mit den beteiligten Personen. Die befragten Hebammen betonen, dass Arbeitsabläufe auch dadurch geprägt sind, welche Ärztin oder Pflgende mit in die Situation eingebunden ist. Sie können also nicht auf einen festgelegten Ablauf vertrauen, sondern jede einzelne Person, ebenso wie die Kombination von Personen, bestimmen die Abläufe im Krankenhaus mit. Die befragten Hebammen gehen davon aus, dass **je nach dem wer da ist**, geburtshilfliche Entscheidungen sehr heterogen ausfallen können. Dies wird dadurch verstärkt, dass die Ärztin eine individuelle Ermessensentscheidung treffen kann. So ergeben sich Situationen, in denen die Entscheidung von der jeweiligen Person der Ärztin schon vorgezeichnet oder aber nicht

vorhersehbar ist. Die Hebamme ist damit konfrontiert, dass die geburtshilfliche Entscheidung vor allem von der subjektiven Einschätzung der Ärztin abhängt und sie dagegen keine fachlichen Argumente vorbringen kann. Andererseits kann das ganze Vorgehen unvorhersehbar bleiben, weil der ärztlichen Entscheidung keine transparenten Kriterien zu Grunde liegen.

Die unklaren Abläufe im Arbeitsalltag des Krankenhauses befördern sowohl autonomes als auch subordinatives Handeln der Hebamme. Während die Freiheiten innerhalb unklarer Abläufe autonomes Handeln fördern und der Hebamme eine größere Selbständigkeit ermöglichen, führt die Unvorhersehbarkeit von Entscheidungen bei unklaren Abläufen zu einem abwartenden und untergeordneten Verhalten.

7.3.3. Kompetenzverlust

In der Analyse der Daten zeigt sich, dass auch auf der Ebene der Person intervenierende Bedingungen bestehen. Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist, dass in allen Berufsgruppen **fachliche Unsicherheit** besteht. Diese bezieht sich sowohl auf die Befunderhebung als auch die Einschätzung ganzer Betreuungsverläufe. Die **Erhebung geburtshilflich relevanter Befunde** ist ein Kernbereich der Hebammentätigkeit, da sie die Grundlage der fachlichen Situationseinschätzung darstellt. Hebammen sind nicht durchgehend sicher in der Beurteilung der kindlichen Position im Geburtskanal oder der Einschätzung des Ausmaßes einer Geburtsverletzung bei der Frau. Dies führt dazu, dass sie ihre berufsspezifische Position als selbständig arbeitende Hebamme nicht ausfüllen können. Diese bestehende fachliche Unsicherheit ist daher als Kompetenzverlust zu betrachten, da die mit dem Hebammenberuf verbundenen Kompetenzen nicht durchgehend zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sind Hebammen, aber auch Ärztinnen, in besonderen Situationen nicht immer sicher, **Physiologie von Pathologie abzugrenzen**. Sie sind unsicher bei der Einschätzung eines suspekten CTGs oder der Vergabe des Apgar-Wertes, wenn das Kind nicht eindeutig lebensfrisch ist. In der Regel besteht bei unklaren Befunden noch die Möglichkeit, notwendige Zusatzinformationen durch weitere Untersuchungsmethoden zu erhalten. Diese Möglichkeit wird jedoch nicht selbständig genutzt. Hebammen und Ärztinnen kommunizieren auch **wenig fachsprachlich** zu geburtshilflichen Situationen. Das Ausmaß der Berufserfahrung ist bei der fachlichen Unsicherheit eine unabhängige Variable.

„Die Hebamme¹⁴ kann nicht klar sagen, wie es genau war und sagt, dass sie unsicher bei der Beurteilung des Kindes und der Situation war. Sie „hatte das Gefühl, dass das Kind nicht schlecht war, aber nicht so kam, wie es sollte“. Sie wollte dem Kind aber auch etwas Zeit geben, sich selbst zu ‚berappeln‘. Die Diskussion dreht sich immer wieder darum, dass das Kind zwar geschrien hat, aber nur unregelmäßig und dabei Einziehungen hatte. Auch die Bedeutung des Hautkolorits und wann das Kind blau oder rosig war ist ein Diskussionsthema.“ (B_KRS_11, Zeile 100- 105).

In dieser Beobachtung wird deutlich, dass die fachliche Kompetenz, den Vitalitätszustand des Kindes nach der Geburt zu beurteilen, sowohl bei der Hebamme als auch den beteiligten Ärztinnen nicht angemessen zur Verfügung steht. Die sichere Einschätzung einer berufsspezifischen Situation gehört zu den Grundkompetenzen der Gesundheitsberufe, um das eigene Arbeitsfeld selbständig ausfüllen zu können.

7.3.4. Umgang mit fachlicher Unsicherheit

Im Zusammenhang mit dem Kompetenzverlust ist die Art und Weise, wie die Person der auftretenden Unsicherheit begegnet, eine beeinflussende Variable für die Handlungsoptionen. Bei allen Professionen besteht die **Angst, einen Fehler** zu machen. Die befragten Hebammen gehen davon aus, dass ihnen Fehler passieren können und haben das Bedürfnis nach Sicherheit bzw. sich abgesichert zu fühlen. Aus dieser Erwägung heraus geben sie die abwartende Haltung auf und ein **vorsorgliches Handeln bestimmt** das geburtshilfliche Vorgehen. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf mögliche Komplikationen, unabhängig davon, ob sie realistisch sind oder nicht. Das kann bedeuten, dass schneller interveniert und mehr invasiv untersucht wird. Die **rechtliche Verantwortung** in beruflichen Situationen mit juristischen Konsequenzen im Schadensfall wird nicht offen thematisiert, scheint jedoch hintergründig relevant. Hier besteht eine Verbindung zur Übernahme des medizinischen Risikomodells als Leitgedanken für die eigene Arbeit (Kapitel 7.1.3.3.). In allen Berufsgruppen ist neben dem vorsorglichen Handeln zu beobachten, dass fachliche Unsicherheit **durch Erfahrene ausgeglichen wird**. Anstatt bei Unsicherheit selbst nach einer Lösung zu suchen, beziehen Hebammen eine erfahrene Hebammenkollegin oder eine Ärztin in die Betreuung mit ein. Sie erwarten, dadurch Unterstützung und die schon angesprochene Absicherung zu erhalten. Das Einbeziehen von Erfahrenen ist im klinischen Setting eine übliche Vorgehensweise und wird positiv betrachtet. In der Regel benötigen berufsunerfahrene Hebammen und Ärztinnen mehr Unterstützung durch berufserfahrene Kolleginnen. In der Datenanalyse zeigt sich jedoch, dass im Umgang mit der eigenen Unsicherheit auch berufserfahrene Hebammen Unterstützung durch erfahrene Kolleginnen suchen. Sie schätzen dabei die Hilfe von Hebammen und Ärztinnen gleichwertig ein, wenn sie die fachliche Kompetenz gegeben sehen.

„Oder man ist sich dann nicht mehr so sicher, so geht es mir manchmal. Selten, aber manchmal ist das so, dass ich einfach nicht so genau weiss, ne, und dann hab ich gedacht dann dann ruf ich doch meine Assistentin an und dann untersucht die mit...“ (I_KRS_04, Zeile 264- 267).

In diesem Zitat wird deutlich, dass die Hebamme bei unklaren Befunden kein strukturiertes Vorgehen zur Klärung der Unsicherheit verfolgt, sondern auf die Kompetenz und die Einbeziehung einer

anderen Person vertraut. Diese Option wird gewählt, obwohl diese Vorgehensweise die selbständige Hebammenarbeit beendet und die Zusammenarbeit mit einer Ärztin folgt.

Wenn der Ausgleich der fachlichen Unsicherheit von Hebammen innerhalb der eigenen Berufsgruppe erfolgt, wird autonomes Handeln gefördert. Die eigenständige Hebammenkompetenz bleibt dann gewahrt. Die Einbeziehung von anderen Berufsgruppen kann zu kooperativem oder integrativem Handeln führen, wenn die Hebamme Absicherung im geburtshilflichen Team findet. Der Einbezug von Unterstützung innerhalb des hierarchischen Systems fördert subordinatives Verhalten und triggert die bestehenden hierarchischen Strukturen.

7.3.5. Vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen

Ebenfalls auf der Ebene der Person zeigt sich, dass in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen zwar professionelle Abgrenzungen auftreten, die Zusammenarbeit jedoch auch durch eine **Vertrautheit** zwischen den beteiligten Personen geprägt ist. Sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch auf der interprofessionellen Ebene ist ein persönlicher und vertrauter Umgang miteinander üblich und auch gewünscht. Hebammen, Ärztinnen und Pflegende nutzen in der Regel die informelle Anrede ‚Du‘. In **informellen Gesprächen** tauschen sie auch private Informationen zu privaten Interessen oder der familiären Situation aus. Es gibt zum Teil auch private Kontakte zwischen den Kolleginnen unterschiedlicher Berufe bei gemeinsamen Freizeitunternehmungen. Die befragten Hebammen betonen, wie gut es ist, **sich** untereinander **zu kennen**. Eine vertraute Beziehung erleichtert es, informelle Hilfe zu bekommen und auch selbst zu gewähren. Darüber hinaus eröffnet eine gute Beziehung zu Kolleginnen den Hebammen einen Freiraum für ihre berufliche Tätigkeit. Sie können ihre beruflichen Tätigkeiten in einem größeren Ausmaß selbständig ausüben, als es in der Regel im Krankenhaus möglich ist. Eine vertrauensvolle Beziehung zu Kolleginnen ermöglicht, die eigene Fachkompetenz entweder autonom einzusetzen oder in der gemeinsamen Arbeit eine gleichberechtigte Fachexpertise einzubringen.

„...so=n bisschen die Anderen privat kennen zu lernen. (2) Das das ist dann nicht so anonym, ne, dass man so denkt, äh die ist wieder immer so zickig und dann wenn man aber mit ihr redet und man weiß vielleicht der Vater ist schwer krank oder irgendwie sowas, dann kann man das besser einordnen, [...] und dann äh ist die Zusammenarbeit ja auch wieder leichter...“ (I_KRS_02, Zeile 360- 365).

Die Hebamme betont hier, dass die Beziehung zu den Kolleginnen der anderen Berufsgruppen die interprofessionelle Zusammenarbeit beeinflusst. Das Wissen um die persönliche Situation schafft mehr gegenseitiges Verständnis. Der Einfluss der Beziehungsebene auf die gemeinsame Arbeit wird hier klar benannt.

Damit nehmen vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen Einfluss auf das autonome und kooperative Handeln von Hebammen. Sie erhalten mehr Möglichkeiten, selbstbestimmt zu entscheiden oder sich aktiv und gleichberechtigt in gemeinsame Entscheidungsprozesse einzubringen. Eine wertschätzende Beziehungsebene unterstützt ebenso integratives Handeln, da das Gefühl der Verbundenheit mit den Kolleginnen anderer Berufe ein Teamgefühl stärken kann. Aus dieser Team-Perspektive wird das integrative Handeln befördert.

7.3.6. Beruflicher Veränderungsprozess

Aus der Datenanalyse konnte ermittelt werden, dass Hebammen einen **beruflichen Veränderungsprozess** durchlaufen. Dieser Entwicklungsprozess erstreckt sich über einen langen Zeitraum, meist Jahre. Wie schon beschrieben, fühlen sie sich zunächst auf der unteren Stufe der Hierarchie und fachlich unsicher (Kapitel 7.2.2.1.). Hebammen benötigen auch in ganz alltäglichen Situationen der Zusammenarbeit ein **verändertes Selbstbewusstsein** und nicht nur, um besonders schwierige Situationen meistern zu können (z.B. konflikthafte Gespräche). Auch in der Interaktion mit noch unerfahrenen, aber im klinischen Setting formal überstellten, Ärztinnen ist zu Beginn der Berufstätigkeit kein Austausch auf Augenhöhe gegeben. Das berufliche Selbstverständnis entspricht (noch) wenig dem einer ‚selbständigen Expertin‘. Im Laufe des Veränderungsprozesses gewinnen Hebammen an **Sicherheit und Kompetenz** und werden selbstbewusster in der Interaktion mit anderen Professionen. Dieses Selbstbewusstsein verhilft ihnen zu mehr Durchsetzungsvermögen und Mut, sich aktiv in Situationen einzubringen. Der Veränderungsprozess erstreckt sich ebenso auf das Verständnis der eigenen Persönlichkeit. Auch das eigene Bild, das Hebammen von sich und ihrer Arbeit haben, entsteht über Jahre. Hebammen sehen für sich neben der Zunahme von fachlicher Kompetenz auch einen **persönlichen Entwicklungsprozess**, in dem sich ihre Fähigkeiten zur Betreuung von Frauen bei der Geburt entwickeln. Er wird nicht nur als ein positiver Nebeneffekt betrachtet, sondern als eine notwendige Voraussetzung für die Hebammenarbeit. Mit der Zeit entwickelt sich ein anderes Selbstbild als Hebamme, wie das folgende Zitat verdeutlicht.

„...man ist auf der einen Seite also (2) durchsetzungsfähiger, auch zu sagen mit=ner gewissen mit=nem gewissen Selbstbewusstsein auch gerade dann vielleicht mal=ner jungen Ärztin oder=nem jungen Arzt gegenüber (2) sich mehr zu behaupten...“ (I_WBS_01, Zeile 229- 231).

Hebammen sehen in diesem Veränderungsprozess keine geplante Entwicklungsmöglichkeit, sondern eher eine Art ‚Reifung‘ über einen unbestimmten Zeitraum. Die befragten Hebammen wählen dafür Ausdrücke wie ‚im Lauf der Jahre‘ oder ‚mit der Zeit‘, was diese Unbestimmtheit sprachlich verdeutlicht.

Der berufliche Veränderungsprozess ermöglicht mehr autonomes Handeln, wenn das Selbstbewusstsein und die Sicherheit der Einschätzung mit der Zeit wachsen. Es lässt sich jedoch nicht vorhersagen, wann und wie der Veränderungsprozess bei einer Hebamme voranschreitet. Gleichzeitig befördern Selbstbewusstsein und fachliche Sicherheit auch konfrontatives Handeln, indem Hebammen in der Lage sind, für ihre Überzeugungen einzutreten und geburtshilfliches Vorgehen auszuhandeln (Kapitel 7.5.2.).

7.4. Handlungsstrategien

Das zur Analyse der Daten verwendete Kodierparadigma bestimmt neben ursächlichen und intervenierenden Aspekten für ein Kernphänomen auch Handlungsstrategien, die zum Phänomen führen. Die Identitäts-Konstruktion von Hebammen zeigt sich so in unterschiedlichen Handlungsweisen. Sie zeigen die alltägliche Identitätsarbeit, die von Hebammen geleistet wird. Im Analyseprozess konnten fünf Handlungsstrategien ermittelt werden. Sie bilden ein ganzes Spektrum von Selbständigkeit bis Unterordnung ab. Die Handlungsstrategien, die im Zusammenhang des verwendeten Kodierparadigmas zum Phänomen führen, sind in Bezug auf die Identitäts-Konstruktion als Selbstthematisierungen zu verstehen. Die Hebamme drückt aus, wie sie sich selbst sieht und auch, wie andere sie sehen sollen. In den Selbstthematisierungen können die anderen Berufsgruppen die Hebamme ‚verstehen‘ und mit ihr interagieren. Die Handlungsstrategien sind in Abbildung 18 im Überblick dargestellt.

Handlungsstrategien
• Autonomes Handeln: Hebammeneinschätzung, Hebammenentscheidung über das Vorgehen, Hebammenaustausch
• Konfrontatives Handeln: Unterschiedliche Einschätzung, Eintreten für eigene Überzeugungen, Kompetenzgerangel, Aushandeln von Interventionen, Konflikt
• Kooperatives Handeln: Gemeinsame Betreuung, Gemeinsamer Fokus, Fachlicher Austausch, Gegenseitige Unterstützung
• Integratives Handeln: Gemeinsame Anforderung, Gleicher Tätigkeitsbereich, Gleiche Kompetenzen
• Subordinatives Handeln: Zuarbeit, Passivität, Fehlender Austausch, Resignation

Abbildung 18: Handlungsstrategien der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt

7.4.1. Autonomes Handeln

Hebammen handeln im klinischen Setting immer wieder sehr selbständig und gemäß dem autonomen Berufsbild. Autonomie verkörpert Unabhängigkeit gemeinsam mit Selbstbewusstsein und den benötigten Fähigkeiten, selbständig zu agieren. Hebammen handeln im klinischen Arbeitsalltag mit einem klaren Bewusstsein für ihre Fachexpertise und die daraus entstehende Gestaltungsmöglichkeit ihrer Arbeit. Sie schätzen Situationen eigenständig ein und entscheiden selbst über das Vorgehen. Ihren Bedarf an fachlichem Austausch begleichen sie mit ihren Hebammenkolleginnen und lassen die Ärztin oder Pflegende außen vor. Die Begleitung der Frau und die Gestaltung und Leitung der Situation liegt in diesen Handlungssituationen allein in den Händen der Hebamme. Die Hebamme setzt ihre Fachexpertise selbstbewusst ein und gestaltet ihren Arbeitsbereich selbständig. Das ist in einem Setting ohne einen ärztinnenfreien Raum nicht selbstverständlich, entspricht aber der gesetzlich zugesicherten Autonomie der Hebammenarbeit. Die alleinige Anwesenheit in einer Situation hat dabei maßgeblichen Einfluss auf ihre Handlungsmöglichkeiten. Wie schon im Kapitel 7.2.1.3. dargestellt, wird die mit der alleinigen Zuständigkeit verbundene Selbständigkeit von der formalen Autorität der Medizin eingeschränkt. Das alleine vor Ort sein ist im klinischen Setting von der Hebamme nicht einklagbar. Wenn die Hebamme einen Handlungsspielraum für sich sieht, füllt sie diesen Raum auch aus. Im Arbeitsalltag ist dies aber nur in einer begrenzten Anzahl von Situationen der Fall. Selbständiges Handeln ergibt sich aus einer autonomen Einschätzung der Situation (7.4.1.1.), der daraus folgenden eigenen Entscheidung für das weitere Vorgehen (7.4.1.2.) und dem Austausch innerhalb der eigenen Berufsgruppe (7.4.1.3.). Diese Aspekte werden in den folgenden Kapiteln näher dargestellt.

7.4.1.1. Hebammeneinschätzung

Im beruflichen Alltag der Hebammenarbeit ist die Einschätzung der geburtshilflichen Situation eine Kernaufgabe. Neben der Beziehungsgestaltung zur Frau und ihrer Familie ist die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Frau und des Kindes eine wesentliche Aufgabe der Hebamme. Sie ist die Voraussetzung dafür, eine der Frau und der Situation angemessene Vorgehensweise in der Betreuung zu finden. Die Hebamme übernimmt diese Aufgabe, indem sie eigenständig **Befunde erhebt**, sie bewertet und auch die **Gesamtsituation** daraufhin eigenständig **einschätzt**. Sie bestimmt den Betreuungsbedarf einer Schwangeren bzw. von Mutter und Kind gemeinsam mit der Frau und gestaltet ihre Betreuungsarbeit dementsprechend nach eigenem Ermessen. Die Einschätzung bezieht sich auf die **Abgrenzung von normalen und regelwidrigen geburtshilflichen Situationen**. Dazu zählt, zu entscheiden, ob und wann Interventionen oder ärztliche Unterstützung notwendig sind. Die

Hebamme sieht sich in der Lage, ihre beruflichen Aufgaben vollumfänglich und selbstverantwortlich auszuüben. Darüber hinaus setzt die Hebamme die aktuellen Befunde in den situativen Zusammenhang einer Geburtssituation. Das Wissen zum normalen Geburtsprozess bildet die Grundlage ihrer Bewertung. Dabei überschreitet die Hebamme mitunter sogar die formalen Grenzen ihres selbständigen Berufsfeldes, wenn sie sich auch in regelwidrigen Situationen allein auf ihre Hebammeneinschätzung verlässt.

„Weil ich ganz klar als diejenige, die vaginal untersucht hat gesagt hat, es ist keine Spange, es liegt nicht am Platz, es ist ein mechanisches Problem, dass dieses Kind nicht rumkommt und kein Platzproblem.“
(I_KRS_08, Zeile 591- 593).

Die Hebamme unterstreicht damit ihr Selbstverständnis als Expertin für die Geburt. Sie ist sicher in der Befunderhebung und der daraus folgenden Bewertung. Sie kann die Situation differenziert betrachten. Die Grundhaltung, dass Schwangerschaft und Geburt ein normales Lebensereignis sind und keine primär risikoreiche medizinische Prozedur, ist hier zu erkennen.

7.4.1.2. Hebammenentscheidung über das Vorgehen

Die Situationseinschätzung findet ihre Fortsetzung in der selbständigen Entscheidung der Hebamme über das weitere Vorgehen. Auch das entspricht dem selbständigen Berufsbild der Hebamme. Während der Geburtsbetreuung gemäß der Hebammenphilosophie ergeben sich nicht fortwährend Entscheidungssituationen, da dem physiologischen Ablauf viel Raum gegeben wird. Diese Zurückhaltung ist jedoch ebenfalls eine weitreichende Entscheidung über das Vorgehen. Die Hebamme entscheidet frei über die **Art der Betreuung und wie viel Zeit** sie der Frau und ihrem Geburtsprozess lässt. Auch bei der Wahl der Geburtsposition überlässt die Hebamme eher der Frau die Entscheidung, als standardisiert oder auf Grund von organisatorischen Erwägungen vorzugehen. Neben der Betreuung der Frau beinhaltet die Tätigkeit der Hebamme auch die sonstige Ablauforganisation. Die organisatorischen Abläufe gestaltet sie an den **Bedürfnissen von Mutter und Kind** orientiert. Weder die Frau noch das Kind sollen unnötig von organisatorischen Abläufen im Krankenhausbetrieb beeinträchtigt werden. Das bezieht sich auf die zeitliche Gestaltung des Tages, wenn Mutter und Kind auf der Wochenbettstation nicht mit einem sehr frühen Tagesbeginn konfrontiert werden, sondern selbst darüber bestimmen können. Die Ablauforganisation berücksichtigt die individuellen Bedürfnisse ebenfalls, indem Tätigkeiten zusammengelegt werden und etwa die kinderärztliche Untersuchung mit der allgemeinen Versorgung des Kindes kombiniert wird.

Im klinischen Setting ist die Hebammenentscheidung mitunter jedoch nur eine Vorentscheidung, da die letzte Entscheidung formal bei der Ärztin liegt. Die Vorentscheidung kann jedoch sehr

richtungsweisend sein und damit ähnlich wirksam, wie die formale Entscheidung der Ärztin. Die Hebamme bezieht hier die Ärztin formal mit ein, vermittelt jedoch gleichzeitig, dass sie mit Entscheidungsträgerin ist und das Ergebnis bereits feststeht.

„...hör mal Du, ich hab jetzt geguckt, es ist alles gelaufen, komm mal gucken, wir müssen jetzt hier die Sectioindikation stellen...“ (I_KRS_01, Zeile 177- 178).

Die Hebamme entscheidet meist über das Vorgehen, bevor formal eine Ärztin einbezogen werden muss und im Bereich des hebammengeleiteten Kreißsaales. Wenn eine Geburt als hebammengeleitete Geburt deklariert ist, wird dieser Freiraum für die Hebamme auch beachtet.

7.4.1.3. Hebammenaustausch

Hebammen schätzen den Austausch mit anderen Hebammen. Solche Gespräche mit Hebammenkolleginnen finden als Austausch über die Geburt statt, ohne dass es eine Besonderheit gibt. Hebammen erzählen gerne über ihre **Erlebnisse** in Geburtssituationen und der **fachliche Austausch** soll eine möglichst gute Betreuung für die Frau gewährleisten. Es bestehen jedoch auch fachliche Unsicherheiten in der klinischen Tätigkeit, die in der Regel durch Erfahrene ausgeglichen werden (Kapitel 7.3.4.). Die Hebamme präferiert in solchen Situationen den fachlichen Austausch und die Unterstützung im berufseigenen Kolleginnenkreis. Dazu bitten sie andere Hebammen um Rat zu einer Betreuungssituation oder um **Unterstützung bei Unsicherheit** in der Befunderhebung, bevor sie eine Ärztin hinzuziehen. Selbst in besonderen geburtshilflichen Situationen wird eine erfahrene Hebamme als kompetente Unterstützung eingeschätzt und Hebammen verzichten auf die Hinzuziehung einer Ärztin. Der Austausch mit Hebammen ist auch vom eigenen Lernen der Hebamme geprägt. Die Erfahrungen und Fähigkeiten anderer Kolleginnen dienen der Erweiterung der eigenen Fähigkeiten. Hebammen sehen sich oft ein Leben lang in der Situation, noch dazu lernen zu müssen.

„Die Hebamme¹¹ holt sich Rat bei der Hebammen-Kollegin¹⁰. Diese geht mit in den Geburtsraum und untersucht offensichtlich auch mit. Danach besprechen beide Hebammen vor der Tür das weitere Vorgehen. Die Hebamme¹⁰ gibt der Hebamme¹¹ Ratschläge zu Position, Einstellung des Kindes, etc..“ (B_KRS_09, Zeile 8- 84).

Hier zeigt sich das Selbstverständnis der Hebamme als einer Fachexpertin. Auch wenn die Hebamme selbst unsicher ist, geht sie doch davon aus, dass eine andere Hebamme angemessene Unterstützung bieten kann. Unsicherheiten in der Begleitung der Geburtssituation werden durch eine andere Hebamme ausgeglichen. Wenn Hebammen keine Möglichkeit haben, sich mit anderen Hebammen auszutauschen, weil sie als Hebamme alleine vor Ort sind, suchen sie diesen Austausch mit den Kolleginnen der anderen Professionen. Da im klinischen Setting aber ein sehr formalisierter

Informationsaustausch üblich ist, findet dieses ‚nur mal drüber reden wollen‘ keinen angemessenen Platz. Der Austausch mit einer Ärztin kann dann zu einem ‚Dazurufen‘ und damit zu einer formalen Einbeziehung in die Betreuung werden, ohne dass die Hebamme dies beabsichtigt hat. Hier scheint manchmal ein klassisches Missverständnis vorzuliegen, warum die Hebamme das Gespräch mit der Ärztin sucht.

Den Zusammenhängen des Kodierparadigmas folgend, unterstützt die autonome Handlungsstrategie die Teil-Identität einer ‚selbständigen Expertin‘. Die Hebamme zeigt sich in ihrem beruflichen Handeln selbständig und fachkompetent. Dieser Ausdruck beruflicher Kompetenz geht in die situativen Selbsterfahrungen ein, die die berufliche Identität weiter formen. Es ist jedoch auch möglich, einen umgekehrten Zusammenhang anzunehmen. Dann ermöglicht die Teil-Identität einer ‚selbständigen Expertin‘ eine autonome Handlungsweise. Sie ist geradezu eine zwingende Voraussetzung für selbständiges Handeln im Setting Krankenhaus.

7.4.2. Konfrontatives Handeln

Die beschriebene autonome Handlungsweise kann auch zu konfrontativem Handeln führen. Die Hebamme agiert hier ebenfalls selbständig und gemäß einem autonomen Berufsverständnis. Der bedeutsame Unterschied ist, dass die Hebamme nicht alleine vor Ort und damit auch nicht alleine zuständig ist. Aus der doppelten Zuständigkeit kann Unstimmigkeit in der Betreuung entstehen, die in Konfrontation mündet. Ausgehend von einer unterschiedlichen Einschätzung (Kapitel 7.4.2.1.) tritt die Hebamme für ihre beruflichen Überzeugungen ein (Kapitel 7.4.2.2.). Das gleiche Eintreten aller Professionen für ihre beruflichen Überzeugungen führt zu einer Auseinandersetzung über die angemessene Vorgehensweise in der vorliegenden Situation. Neben fachlichen Argumenten spielt auch die Durchsetzung der eigenen Position eine Rolle, so dass ein Kompetenzgerangel entstehen kann (Kapitel 7.4.2.3.). Daraus kann neben einem Konflikt (Kapitel 7.4.2.4.) auch die Aushandlung eines gemeinsamen Vorgehens entstehen (Kapitel 7.4.2.5).

7.4.2.1. Unterschiedliche Einschätzung

Wenn die Hebamme in einer beruflichen Situation selbständig agiert, aber nicht alleine zuständig ist, erfolgt in der Regel eine doppelte Einschätzung der Situation. Beide Berufsgruppen geben eine Einschätzung ab und diese **Einschätzung** kann **unterschiedlich** ausfallen, wenn jede Berufsgruppe eigene Bewertungsmaßstäbe einbringt. Die Hebamme schätzt die geburtshilfliche Situation gemäß ihrem beruflichen Selbstverständnis als selbständige Expertin ein und orientiert sich dabei an der

Hebammenphilosophie des normalen Lebensereignisses der Geburt. Sie akzeptiert individuelle Verläufe und einen größeren Zeitrahmen für die Geburt oder im Wochenbett. Die anderen Professionen nutzen bei der Situationseinschätzung dagegen ihr eigenes Selbstverständnis und ihre Kompetenz als Ärztin oder Pflegende. Darin kann sich eine **unterschiedliche Herangehensweise** an eine geburtshilfliche Handlungssituation zeigen. Die geburtshilfliche Situation wird in den verschiedenen Herangehensweisen auf verschiedene Weise erlebt und somit unterschiedlich bewertet. Hebammen sehen für sich die Position, alles für eine normale Geburt versuchen zu wollen, auf der anderen Seite jedoch die Ärztin oder Pflegende, die mehr am medizinischen Betreuungsmodell und damit risikoorientiert auf die Situation blickten. Ein weiterer Aspekt der unterschiedlichen Einschätzung zweier Professionen ist, dass die Hebamme ihre Einschätzung mehr in Bezug auf die individuelle Situation einer schwangeren oder gebärenden Frau bezieht, als an Standards oder Routinen orientiert. Das Handeln ‚für die Frau‘ ist eine sehr starke Motivation für die Hebamme, sich auf eine Auseinandersetzung zum Vorgehen einzulassen. Die individuelle Situation der Frau zu beachten und der Frau ein positives Erlebnis zu ermöglichen steht für Hebammen im Mittelpunkt ihrer Arbeit. Sie erleben jedoch eine andere Schwerpunktsetzung der anderen Berufsgruppen.

„Und für mich war ganz klar, dass die Baseline im Normbereich sind und dass es Akzelerationen waren. Und die Ärztin, die dabei war hat gesagt, (1) das sind also die Baseline ist zu hoch und es sind Dezelerationen.“ (I_KRS_02, Zeile 201- 203).

Die Bewertung der kindlichen Herztöne führt hier zu einer gegensätzlichen Einschätzung. Die Hebamme geht von einer normalen Situation aus, während die Ärztin eine negative Situation annimmt. Diese Einschätzungen sind nicht miteinander zu vereinbaren und implizieren ein gegenteiliges weiteres Vorgehen. Es ist zu betonen, dass in der Regel Unstimmigkeiten in der Einschätzung einer geburtshilflichen Situation entstehen, weil mehrere Professionen zuständig sind oder sich zuständig fühlen und nicht, weil die jeweilige Situation eine größere Komplexität aufweist.

7.4.2.2. Eintreten für eigene Überzeugungen

Da die Hebamme sowohl von ihrer Zuständigkeit als auch von ihrer Kompetenz überzeugt ist, tritt sie für die von ihr gewählte Betreuung ein. Sie sucht den fachlichen Diskurs mit anderen Berufsgruppen und **argumentiert für ihr Vorgehen** zur Unterstützung der normalen Geburt oder Wochenbettsituation. Sie versucht dabei, die anderen Berufsgruppen von ihren Argumenten und ihrer Handlungsweise zu überzeugen. Dabei stellt sie auch das sonst übliche Vorgehen in Frage und bemüht sich, eine Vorgehensweise zu etablieren, die eine normale Geburt oder das Stillen als physiologische Ernährung des Neugeborenen ermöglicht. Die Hebamme möchte ihre Sichtweise

einerseits deutlich zu machen und andererseits auch durchzusetzen. Hebammen nutzen in dieser fachlichen Auseinandersetzung neben ihrem Hebammenwissen zum Teil auch spezifisch **medizinische Argumente**. Das ist bedeutsam, da die Hebamme in der Regel nicht aus medizinischen Erwägungen argumentiert. In der Auseinandersetzung mit einer Ärztin setzt sie aber bewusst medizinische Argumente ein, um ein für die Frau angemessenes Vorgehen zu erwirken.

„Und ähm ich hab dann versucht ruhig zu bleiben sozusagen und das sachlich zu oder einfach auf Grund der medizinischen Tatsachen in dem Moment auch ähm zu erklären oder deshalb hab ich auch die Blutung gezeigt oder das irgendwie versucht zu vermitteln.“ (I_KRS_05, Zeile 372- 375).

Die Hebammenposition wird hier argumentativ und gleichberechtigt in die fachliche Auseinandersetzung eingebracht. Die Hebamme nutzt neben der Argumentation auch Erklärungen und situative Befunde, um ihre Position zu unterstützen.

7.4.2.3. Kompetenzgerangel

Argumentationen aus verschiedenen Blickwinkeln führen zu Unstimmigkeiten, wenn alle Professionen ihre jeweilige Herangehensweise durchsetzen möchten. Die unterschiedliche Sichtweise auf die Anforderungen einer Situation verhindert ein gemeinsames Vorgehen, da nur die eigene Einschätzung als fachlich korrekt angesehen wird. Die Argumentation der anderen Berufsgruppen wird nicht zugelassen oder nicht beachtet. Ein solches Vorgehen zeigt einen Anspruch auf die Entscheidungshoheit über das Vorgehen. Eine Auseinandersetzung auf der fachlichen Ebene ist damit sehr erschwert. Statt Sachargumente auszutauschen und unterschiedliche Handlungsoptionen zu diskutieren, dreht sich die **Auseinandersetzung um** den **Einfluss** der jeweiligen Berufsgruppe. Denn die Auseinandersetzung um das Vorgehen zeigt auch eine Auseinandersetzung um die Anerkennung von Fachkompetenz. Durch die formale Autorität der Medizin (Kapitel 7.2.1.) gerät die Hebamme in einer solchen Situation unter **Rechtfertigungsdruck**. Ihr Handeln und ihre fachlichen Fähigkeiten werden mehr oder weniger offen in Frage gestellt. Die fachliche Expertise wird dabei nicht berücksichtigt und es ist möglich, dass berufsunerfahrene Ärztinnen die Entscheidungen berufserfahrener Hebammen anzweifeln.

„Da gibt=s manchmal schon Gerangel (1) wenn ich sage ich denke der Facharzt muss kommen dass MOMENT, jetzt entscheide ich erst mal und guck erst mal [entgegnet wird; Ergänzung M.K.]...“ (I_KRS_06, Zeile 76- 77).

In diesem Zitat wird deutlich, dass die fachliche Einschätzung der Hebamme zugunsten der eigenen Einschätzung der Ärztin in der Situation zurückgewiesen wird. Dabei steht nicht die fachliche Einschätzung im Mittelpunkt, sondern es entsteht ein Kompetenzgerangel um den Einfluss in der Situation.

7.4.2.4. *Aushandeln von Interventionen*

Wenn es nicht zu einer Auseinandersetzung um Einfluss kommt, oder diese überwunden ist, gehen die verschiedenen Professionen aufeinander zu und beraten gemeinsam über das weitere Vorgehen. Es wird selten entweder gemäß der einen oder der anderen Einschätzung agiert, sondern es wird ein **Kompromiss** gefunden. Dabei kommt es zu einem Aushandeln des weiteren Vorgehens und der damit ggf. verbundenen Interventionen. Standardisierte Entscheidungen oder Zeitlimitierungen werden in Frage gestellt und der bestehende Handlungsspielraum bei der geplanten Vorgehensweise ausgelotet. Dabei steht eine alternative Vorgehensweise, im Sinne einer Kompromisslösung, im Vordergrund, bei der beide Einschätzungen beachtet werden. Die individuelle Situation der Frau gelangt dadurch in der Regel mehr in den Fokus des weiteren Vorgehens und die Frau profitiert von einer Aushandlung der Interventionen.

„...ich versuche dann, ähm bis ins kleinste Detail zu klären, wo steht sie (1) wo stehe ich was haben wir beide für einen Befund erhoben. Ist der identisch ist der nicht identisch so geht's ja schon mal los. (2) Ähm und dann schlage ich verschiedene Wege vor, wie wir weiter vorgehen können zum Beispiel bei einem Geburtsstillstand (2) hör mir auch ihre Version dazu an und ähm guck welches ist weniger invasiv...“ (I_KRS_06, Zeile 237- 241).

Die Hebamme klärt in dieser Situation die unterschiedlichen Positionen der Ärztin und der Hebamme ab und orientiert ihr weiteres Vorgehen an den sich bietenden Optionen. Sie wählt, wenn möglich, die Vorgehensweise, die zu ihrer eigenen Vorstellung passt. Beim Aushandeln des Vorgehens und von Interventionen ist das Selbstbewusstsein der Hebamme sehr bedeutsam. Je mehr sie einem Rechtfertigungsdruck standhalten kann, desto mehr hat sie die Möglichkeit, ihre eigene Vorstellung zum weiteren Vorgehen umzusetzen.

7.4.2.5. *Konflikt*

Gelingt keine Aushandlung des weiteren Vorgehens, kann es auch zum Konflikt zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen kommen. Dabei tritt der Konflikt mehr oder weniger offen zu Tage und das Spektrum reicht dabei von einem ‚Wortwechsel‘ bis hin zu ‚regelrechten Grabenkämpfen‘, wie es die befragten Hebammen ausdrücken. Fast alle Hebammen verwenden die Assoziation des **Kämpfens** für Auseinandersetzungen in ihrer Arbeitssituation. Insbesondere in der Beziehung zwischen Hebammen und Ärztinnen sehen sie eine kampffgeprägte Situation. Diese begegnet ihnen in der Regel schon in der frühen Sozialisation der Ausbildungszeit. Hebammen empfinden die Austragung eines Konfliktes in einer Geburtssituation jedoch als unangemessen und störend und möchten die Auseinandersetzung in dieser Situation im besten Fall verhindern. Hier besteht eine Verbindung zur Hebammenphilosophie und der Überzeugung, dass eine gelingende Geburt in

positiver Atmosphäre stattfinden muss. Diese Auseinandersetzungen und **Diskussionen** im Rahmen der Zusammenarbeit **führen zu Spannungen** zwischen den beteiligten Personen und beeinflussen so die Arbeitssituation für alle Berufsgruppen. Das Vertrauensverhältnis untereinander wird belastet. Fachlicher Dissens kann nicht konstruktiv gelöst werden, sondern führt zu Problemen auf der Beziehungsebene, die sich in negativen Emotionen und teilweise lauten Unmutsäußerungen zeigen.

„...dass ähm ich als Hebamme jetzt sag ähm (4) ich ich glaube, dass das Kind kommt, wir müssen' s vielleicht nur n' bisschen stimulieren und die junge Ärztin sagt: nein, die Sättigung ist äh (1) weiß ich was 85 und bevor sie noch weiter runter geht (3) muss ich jetzt das machen. (deutet mit der Hand 'bebeuteln' an) (1) Mmhmm das geht auch manchmal so, dass man sich äh sag ich mal es ist wird ja ne Kritik geübt dann irgendwo auch und dass man das auch als Kritik auffasst auch Kinderärzte und äh (1) dass dann auch mal ein beleidigt sein da ist ja.“ (I_KRS_07, Zeile 508- 513).

In dieser Situation setzt sich die Ärztin über die Einschätzung der Hebamme hinweg und übernimmt die Führung im weiteren Vorgehen. Die Hebamme akzeptiert dies nicht und behauptet in der Kritik am ärztlichen Vorgehen die eigene Position. Dieses Vorgehen resultiert in einer konflikthaften Beziehung zwischen Hebamme und Ärztin.

Die konfrontative Handlungsstrategie unterstützt die berufliche Teil-Identität der ‚selbständigen Expertin‘. Die Behauptung der eigenen fachlichen Position und die Einflussnahme auf das weitere Vorgehen bilden situative Selbsterfahrungen, die die Konstruktion von beruflicher Identität beeinflussen. Gleichzeitig ermöglicht erst die Teil-Identität als ‚selbständige Expertin‘, fachliche Auseinandersetzungen zu führen.

7.4.3. Kooperatives Handeln

Die Handlungsstrategie der Kooperation zeichnet sich zwar ebenfalls durch eine doppelte Zuständigkeit mehrerer Berufe aus, sie ist aber nicht durch Abgrenzung und Kompetenzgerangel geprägt, sondern durch eine gemeinsame Betreuung (Kapitel 7.4.3.1.) und eine gemeinsam geteilte Sichtweise der Arbeit (Kapitel 7.4.3.2.). Kooperation bezeichnet die gemeinsame Arbeit verschiedener Parteien. Der gemeinsame Fokus auf eine Betreuungssituation ermöglicht einen angemessenen fachlichen Austausch (Kapitel 7.4.3.3.) und die unterschiedlichen Kompetenzen werden anerkannt. Hebammen sehen sich hier in ihrer Kompetenz wertgeschätzt. Die gegenseitige Anerkennung führt zu einer Unterstützung in beruflichen Situationen (Kapitel 7.4.3.4.). Diese kooperative Handlungsstrategie, gemeinsam zu arbeiten, sich aber mit der spezifischen Eigenheit einzubringen, tritt besonders in der Zusammenarbeit von Hebammen mit Pflegenden auf der integrativen Wochenbettstation hervor.

7.4.3.1. *Gemeinsame Betreuung*

Wenn Hebammen mit Pflegenden oder Ärztinnen kooperieren, kommt es zu einer gemeinsamen Betreuung der Frau. Diese gemeinsame Betreuung zeichnet sich dadurch aus, dass mehrere Professionen gleichermaßen in die Betreuung einer schwangeren Frau oder eines Mutter-Kind-Paares einbezogen sind. Dabei wird die **Verantwortung** für die Situation **geteilt**. In der gemeinsamen Betreuung agieren nicht immer mehrere Professionen nebeneinander, aber das Vorgehen wird gemeinsam abgestimmt. Die Hebamme trifft in der gemeinsamen Betreuung die Entscheidungen nicht alleine, auch wenn die Situation es zulassen würde, sie ist aber **in die Entscheidungsfindung mit eingebunden**. Die Hebamme macht ihren Einfluss dabei nicht immer gleichermaßen geltend. In einigen Situationen setzen Hebammen sich selbstbewusst ein, in anderen üben sie mehr unterschwellig Einfluss aus. Es kommt auch vor, dass die Hebamme in der gemeinsamen Betreuung nur **Empfehlungen** zum weiteren Vorgehen aus ihrer Sicht abgibt und nur einen begrenzten Einfluss nimmt. Die Hebamme betrachtet die gemeinsame Arbeit als die gemeinschaftliche Aufgabe der unterschiedlichen Berufsgruppen. Sie identifiziert sich mit dem Team und spricht von einem ‚wir‘ in der Betreuung. Die Hebamme hat Anteil an der gemeinsamen Betreuung, handelt aber nicht als selbständige Expertin.

„...Sachen gemeinsam tragen, würd ich beschreiben, würd ich das so beschreiben. Also auch also (1) mit mit Sachen also zusammen Sachen irgendwie tragen und für die Frau (1) gucken, was das Beste ist auch in Absprache mit der Frau natürlich...“ (I_KRS_04, Zeile 238- 240).

Das gemeinsame Vorgehen und die geteilte Verantwortung in einer Situation stehen hier im Mittelpunkt. Dabei geht es der Hebamme nicht nur darum, Verantwortung abzugeben, sondern gemeinsam eine möglichst optimale Versorgung der Frau sicherstellen zu können.

7.4.3.2. *Gemeinsamer Fokus*

Die gemeinsame Betreuung ist mit einer gemeinsamen Sichtweise aller Akteurinnen der Handlungssituation verbunden. Der jeweilige Fokus bestimmt, was im Mittelpunkt des Interesses steht (DUDEN 2015). Hebammen, Ärztinnen und Pflegende haben demzufolge eine gleiche Schwerpunktsetzung ihrer beruflichen Tätigkeit. Der gemeinsame Fokus weist auf ein **gemeinsames Ziel** und eine **gleiche Einschätzung** der Situation hin. Alle Professionen können unter einer gemeinsamen Zielvorgabe gleichberechtigt ihre Vorstellungen und Kompetenzen in die Betreuungssituation einbringen. Wenn die Hebamme kooperativ handelt, steht in der Regel die individuelle Betreuung einer Schwangeren oder eines Mutter-Kind-Paares im Vordergrund. Der spezifische **Fokus auf die einzelne Frau** erleichtert es, die Gesamtsituation der Frau zum Maßstab der

Betreuung zu nehmen und die rigide Einhaltung von Standardvorgaben aufzugeben. Zeitvorgaben können so erweitert oder ganz ignoriert werden. Jeder Frau kann individuell Zeit während der Wehen eingeräumt werden, so wie es die aktuelle Situation erfordert. In anderen Situationen bekommt die gesamte Familiensituation mehr Bedeutung, als es sonst in der klinischen Betreuung üblich ist. Die Kooperation mit einem gemeinsamen Fokus der Arbeit ist jedoch auch in anderen Situationen, unabhängig vom Fokus der Frau-Zentrierung, gegeben. In der Notfallversorgung stehen die optimalen und zügigen Abläufe im Mittelpunkt des beruflichen Handelns.

Der gemeinsame Fokus der Arbeit ist bedeutsam, da es in der alltäglichen Arbeit nicht immer eine gemeinsame Sichtweise gibt. Wie in den Erläuterungen zur konfrontativen Handlungsstrategie bereits dargestellt, ist die unterschiedliche Herangehensweise an eine geburtshilfliche Situation eine Hürde für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe. Ein gemeinsamer Fokus der beruflichen Tätigkeit erleichtert dagegen die Kooperation für alle Berufe, da eine gleiche Herangehensweise an die Situation die Auseinandersetzungen über die angemessene Einschätzung überflüssig macht.

„Weil wir ruhig kommuniziert haben, ganz ganz ruhig und ähm (2) einer Meinung waren vielleicht auch, also da gab's irgendwie keine (3) ja Meinungsverschiedenheiten über den Verlauf. Also die hat das einfach das war so selbstverständlich für sie, dass wir dass wir dieser Frau noch noch noch Zeit geben. Auch wenn der Muttermund jetzt schon drei Stunden acht neun Zentimeter war, oder ich weiß gar nicht wie lange. Vielleicht auch noch länger, oder keine Ahnung. Aber das war für uns einfach (2) einfach tragbar...“ (I_KRS_04, Zeile 287- 292).

Die gemeinsame Schwerpunktsetzung der Arbeit und das daraus resultierende Vorgehen führen dazu, dass alle Professionen sich konstruktiv an der gemeinsam abgestimmten und von der Frau gewünschten Betreuung beteiligen.

7.4.3.3. Fachlicher Austausch

Kooperatives Handeln unterschiedlicher Berufsgruppen ist in der Regel mit einem fachlichen Austausch verbunden. Hebammen und Ärztinnen bzw. Pflegende tauschen sich zur Betreuungssituation aus und wägen Argumente und Gegenargumente ab, um zu einem möglichst guten Vorgehen für Mutter und Kind zu kommen. In diesen interprofessionellen Gesprächen erfolgt eine ernsthafte **fachliche Auseinandersetzung** zum besten Vorgehen und nicht nur die Weitergabe von Informationen. Die beteiligten Professionen erwägen unterschiedliche Vorgehensweisen oder diskutieren verschiedene Maßnahmen innerhalb der Betreuung. Der Austausch erstreckt sich dabei auch auf das Befinden der Frau, jenseits von rein medizinischen oder pflegerischen Aspekten. Alle unterschiedlichen Aspekte werden ernst genommen und ihre Bedeutung in der spezifischen Situation

erwogen. Wie in Kapitel 7.3.1. dargestellt wird, ist die Informationsweitergabe im klinischen Setting üblicherweise sehr formalisiert und auf wenige Informationen begrenzt. Der fachliche Austausch in der kooperativen Handlungsstrategie geht deutlich darüber hinaus. Er erstreckt sich neben der Diskussion über das aktuelle Vorgehen auch auf die Evaluation und Reflexion von Betreuungssituationen. Hebammen und Ärztinnen besprechen im Anschluss an eine Geburt, wie sie im Nachhinein das gemeinsame Vorgehen einschätzen. Eine andere Form der Evaluation von Geburts- oder Betreuungssituationen findet in **Fallbesprechungen** statt. Hebammen und Ärztinnen oder Pflegende sind dabei gleichberechtigt und bringen gleichermaßen Fälle in die Fallbesprechung ein. Es geht in dieser Reflexion um die fachliche Auseinandersetzung und den Austausch miteinander und nicht darum, das Vorgehen zu kritisieren oder Schuldzuweisungen zu treffen. Der tatsächliche Ablauf soll kritisch betrachtet und gemeinsam mögliche Handlungsalternativen diskutiert werden. Fachlicher Austausch geschieht außerdem im Rahmen gemeinsamer Fortbildung. In der interprofessionellen Gruppe soll gemeinsames Fachwissen aufgebaut werden und damit eine Grundlage für die gemeinsame Entwicklung von fachlichen Vorgehensweisen bilden. Daneben steht auch, dass die gemeinsame Auseinandersetzung mit fachlichen Themen die Möglichkeit bietet, eine Verbundenheit zu signalisieren und damit ein Teamgefühl zu stärken. In diesem Klima der fachlichen Auseinandersetzung mit einer Situation gelingt auch die Kommunikation in anderen Situationen besser. Das **gemeinsame Gespräch im Nachhinein** zu problematischen Situationen ist für alle Berufsgruppen eine Herausforderung und findet daher nicht so oft statt. Es ist jedoch sinnvoll, gerade schwierige Situationen in die Reflexion einzubeziehen. Diese Form des Austausches ist von der gegenseitigen Anerkennung der fachlichen Expertise abhängig.

„...es kommt immer ein bisschen drauf an, wie akut die Situation ist, wenn jetzt so das CTG über längere Zeit, kommt auch darauf an wo man sich bespricht, ne, im äh ob man das am Bett der Frau macht, weil akut ne Entscheidung getroffen werden muss, oder ob man so sagt na ja, das CTG verschlechtert sich jetzt so langsam, wir müssen mal überlegen, dann machen wir das im Büro und dann kann man natürlich auch ausführlicher überlegen und (2) Argumente Pro und Contra (1) abwägen.“ (I_KRS_02, Zeile 142-147.)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass die beteiligten Berufsgruppen sich gemeinsam um eine angemessene Vorgehensweise bemühen und alle Professionen in den fachlichen Austausch einbezogen sind. Keine Fachexpertise ist einer anderen übergeordnet, sondern die Berufsgruppen begegnen sich gleichberechtigt auf der fachlichen Ebene.

7.4.3.4. Gegenseitige Unterstützung

Die Anwesenheit von und gemeinsame Arbeit mit anderen wird von den Hebammen als Unterstützung erlebt. Es geht dabei ganz pragmatisch um Hilfe in der alltäglichen Arbeit bei einem

kurzfristigen hohen Arbeitsaufkommen oder auch Unterstützung bei technischen Dingen. Die gegenseitige Unterstützung beinhaltet das **Vertrauen**, dass andere Berufsgruppen ihre Arbeit gut machen oder Aufgaben der Hebamme verlässlich übernehmen. Hebammen und Ärztinnen bzw. Pflegende arbeiten dann ‚Hand in Hand‘.

Fachliche Unsicherheit wird durch die Unterstützung von anderen Professionen ausgeglichen. Hebammen betonen, dass dies auf sehr wertschätzende Weise geschieht und damit als Unterstützung erlebt wird. Die Hebamme erhält gleichermaßen fachliche Unterstützung von anderen, als sie auch selbst die anderen Berufe mit ihrer spezifischen Fachexpertise unterstützt. Die Beibehaltung der unterschiedlichen Fachexpertisen steht damit im Vordergrund. Ebenfalls unterstützend wird von Hebammen die gemeinsame Verantwortung in beruflichen Situationen erlebt. Auch wenn Hebammen sich in der Lage sehen, Geburten selbständig zu begleiten, empfinden sie es auch erleichternd, wenn sie die Verantwortung nicht alleine tragen.

„Also oftmals ist es auch, finde ich, ganz häufig, dass (2) wenn die Kolleginnen schwimmen und sie wissen, jemand ist noch im Hintergrund, den man noch fragen kann, und dieses Fragen ist auf ´ner kollegialen Ebene und nicht nach dem Motto ja das musst Du doch wissen, dann nimmt das ganz viel Angst weg auch. Ne, das man sich blamieren könnte, es sind ja erfahrene Kolleginnen, die seit über dreißig Jahren im Haus ist, ne.“ (I_WBS_02, Zeile 138- 142).

Auch diese kooperative Handlungsstrategie unterstützt die Teil-Identität der ‚selbständigen Expertin‘, wenn die Hebamme sich mit ihren Fähigkeiten in die fachliche Auseinandersetzung einbringt. Andererseits befördert die Einbeziehung von anderen Berufsgruppen in physiologischen Situationen die Teil-Identität als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘. Es kann auch gelten, dass die berufliche Identität, Teil eines Teams zu sein, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen erleichtert und auch die Teil-Identität der ‚selbständigen Expertin‘ die Kooperation mit anderen ermöglicht, indem die eigene Fachexpertise selbstbewusst eingebracht wird.

7.4.4. Integratives Handeln

In einer weiteren Handlungsstrategie des integrativen Handelns liegt der Fokus darauf, die berufliche Handlungssituation als gemeinsame Anforderung für alle Professionen im geburtshilflichen Feld zu betrachten und dabei nicht mehr zwischen unterschiedlichen Berufen und unterschiedlichen Fachexpertisen zu unterscheiden. Integration steht für die Einbeziehung in ein größeres Ganzes (DUDEN 2015). Der Hebammenberuf ist in diesem Zusammenhang ein integraler Bestandteil der gesamten klinischen Gesundheitsversorgung, aber kein autonomer Beruf. Die geburtshilfliche Versorgung ist eine gemeinsame Anforderung an Hebammen, Ärztinnen und Pflegende (Kapitel 7.4.4.1.). Im Berufsalltag haben alle Akteurinnen die gleichen Aufgaben (Kapitel 7.4.4.2.) und allen

wird auch die nötige Kompetenz dafür zuerkannt (Kapitel 7.4.4.3.). Das integrative Handeln tritt insbesondere in der Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden auf der Wochenbettstation auf. Die ärztlichen Tätigkeiten sind hierbei meist ausgenommen, andererseits übernehmen Ärztinnen auch spezifische Hebammentätigkeiten.

7.4.4.1. Gemeinsame Anforderung

Wie im Kapitel 7.3.1. dargestellt wird, erleichtert die Trennung von Aufgabenbereichen zwischen unterschiedlichen Berufen die Abläufe in einem Krankenhaus, wenn jede Profession einen festgelegten Umfang der Betreuung übernimmt. In der integrativen Handlungsstrategie ist diese klare Unterscheidung aufgehoben und alle Beteiligten betrachten die geburtshilfliche Situation als **gemeinsame Anforderung aller Professionen**. Jede der Akteurinnen übernimmt die Aufgabe, die gerade ansteht oder die sie übernehmen kann und trägt damit zum Gelingen der Betreuungssituation bei. Hebammen beschreiben das auch als ‚reibungslosen Ablauf‘. Klar abgegrenzte Zuständigkeiten sind aufgehoben. Es gibt jedoch organisationsspezifische Abläufe, die von allen Berufsgruppen befolgt werden, wie etwa der Umfang der Aufnahmeuntersuchung in den Kreißaal oder der Wochenbettbetreuung. Diese **festen Regeln tragen** zum Gelingen bei. Sie stellen demnach keine Vorgaben im Sinne einer Einschränkung dar, sondern gelten als Vorgaben für alle Berufe. Keine Berufsgruppe erfährt eine spezielle Beschränkung, sondern feste Regeln haben die Funktion eines verbindlichen gemeinsamen Vorgehens.

Während im kooperativen Vorgehen die einzelnen Berufe ihre spezifische Expertise in die Zusammenarbeit einbringen, bestehen beim integrativen Handeln **wenige Unterschiede** zwischen den Professionen. Die Arbeitsaufgaben werden nicht nach spezifischen Tätigkeitsbereichen, sondern nach Quantität verteilt. Hebammen und Pflegende auf der Wochenbettstation teilen sich die Masse der Arbeit und übernehmen eine Gruppe von Mutter-Kind-Paaren im Sinne einer Gruppenpflege, sie unterscheiden jedoch nicht die Art der Tätigkeit. Aus der gemeinsamen Anforderung entsteht ein Wir-Gefühl, das die Betreuung der Frauen und Kinder leitet. Für Hebammen ist dabei die Ausrichtung der Betreuung an der individuellen Situation einer Frau ausschlaggebend. Der Aspekt der individuellen und qualitativ guten Betreuung der Frauen und Kinder ist für Hebammen so zentral, dass sie dafür auch ihre Eigenständigkeit als Hebamme vernachlässigen.

„...dass wir auch nicht sagen ich bin ich bin Hebamme ich arbeite als Hebamme, sondern dass es eigentlich darum geht, ich arbeite auf der Wochenstation.“ (I_WBS_04, Zeile 172- 174).

Die Hebamme orientiert sich hier mehr an der Aufgabe der Wochenbettbetreuung, als an ihrer eigenständigen beruflichen Expertise als Hebamme. Hebammen grenzen sich nicht berufsspezifisch ab, sondern sie betrachten die Aufgabe der Wochenbettbetreuung auf andere Professionen

ausgeweitet. Nicht nur die Hebamme kann fachlich angemessene Begleitung in der Wochenbettzeit leisten, sondern andere Berufe, insbesondere die Pflege, sind ebenso in diesem klinischen Tätigkeitsfeld zuständig.

7.4.4.2. Gleicher Tätigkeitsbereich

Innerhalb dieser Handlungsoption der Integration besteht nicht nur die gemeinsame Anforderung, sondern auch die Tätigkeiten sind für alle Berufsgruppen gleich. Somit arbeiten Pflegende in der hebammenspezifischen Domäne der Wochenbettbetreuung und genießen dabei die gleiche Handlungsfreiheit wie Hebammen. Das ist bedeutsam, da die Wochenbettbetreuung im Hebammengesetz als der Hebamme vorbehaltene Tätigkeit gilt. Im klinischen Setting ist jedoch seit Jahrzehnten statt einer ausschließlichen Hebammenbetreuung die medizinische und pflegerische Betreuung von Wöchnerinnen Standard. Auch im Bereich der Geburtsbetreuung im Kreißaal kommt es zeitweise zu einer Auflösung der klassischen Tätigkeitsbereiche. Die Ärztin übernimmt dann mit der Betreuung der Frau eine Hebammentätigkeit, die für Hebammen von besonderem Stellenwert ist. Die besondere Beziehung zur Frau, die Hebammen für sich reklamieren, ist hier für andere freigegeben. Das Gefühl, als Team gefordert zu sein, erleichtert diese Gleichstellung. Auch in der Organisation von Arbeitsabläufen ist die **klare Aufgabenteilung aufgehoben**. Alle Professionen beteiligen sich am Gelingen der Ablauforganisation und auf die sonst spürbare Hierarchie wird verzichtet. Es kommt zu einer **Übernahme von Aufgaben**, ebenso wie zu wechselnden Aufgaben. Die Ärztin konzentriert sich nicht nur auf ihre medizinischen Aufgaben, sondern bringt sich in die Betreuung der normalen Geburt ein, indem sie die Unterstützung der Frau in der Schlussphase der Geburt abwechselnd mit der Hebamme übernimmt. Die Ermunterung der Frau zum Mitschieben wird so von beiden Akteurinnen geleistet. Dies wird von der Hebamme nicht als Einmischung in ihren spezifischen Bereich betrachtet, sondern als Handeln im gleichen Tätigkeitsbereich.

„[es; Ergänzung M.K.] bedeutet für mich, wenn=s optimal läuft eigentlich=n reibungslosen Ablauf. Dass man eben ohne viel zu sprechen (1) eben wirklich das macht, was gerade ansteht, ne. Und nicht einer sagt, das ist nicht mein Bereich oder dafür bin ich nicht zuständig...“ (I_WBS_01, Zeile 52- 54).

Die Hebamme beansprucht hier weder einen spezifischen noch einen alleinigen Tätigkeitsbereich. Die schon beschriebene gemeinsame Anforderung wird mit einem gleichen Arbeitsbereich aller Professionen in ein kohärentes Verhältnis gebracht. Vorbehaltene Tätigkeiten der Hebamme spielen hier keine Rolle, was der alltäglichen Arbeit auf der Wochenbettstation entspricht.

7.4.4.3. *Gleiche Kompetenzen*

In enger Verbindung mit den gleichen Tätigkeiten steht die Zuschreibung, dass es **kaum Unterschiede in den Kompetenzen** der verschiedenen Professionen gibt. Zwar erscheint eine Schulung in spezifischen Bereichen notwendig zu sein, die Grundkompetenzen werden jedoch als gegeben vorausgesetzt. Hebammen betrachten die Pflegenden, die schon länger im Bereich der Wochenbettpflege arbeiten, als ebenbürtig in der Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt. Mit der Annahme, andere Gesundheitsberufe haben die gleichen Kompetenzen wie Hebammen, geben die Hebammen einen originären Bereich ihres Arbeitsfeldes frei. Diese Zuschreibung kumuliert insbesondere auf der Wochenbettstation in dem Anspruch, dass alle **alles können und machen** sollen. Die Hebammen gehen somit nicht mehr davon aus, dass auch die Begleitung von physiologischen Situationen im Wochenbett eine spezifische Expertise benötigt und es erfolgt keine fachliche Abgrenzung als Hebamme. Es zeigt sich dagegen ein grundsätzliches Dilemma des Hebammenberufes. Der spezifische Bereich der Hebammenarbeit ist zum großen Teil die Begleitung eines physiologischen Prozesses. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nehmen in den meisten Fällen einen unproblematischen Verlauf, der wenig Unterstützung erfordert. Daraus ließe sich ableiten, dass grundsätzliche gesundheitsfördernde Kompetenzen für die Begleitung dieser Lebensphase ausreichend seien. Dass die Begleitung der reproduktiven Lebensphase jedoch ein tieferes Verständnis der Lebenssituation der Frau auch aus psychologischer und soziologischer Perspektive erfordert kommt dabei zu kurz.

„Ja, das heisst ist egal ob das ne Kinderkrankenschwester ist oder ne Hebamme ist einfach. Und so ist sind die Kolleginnen auch zu sehen, ich von meiner Seite seh die Kollegen auch so ich mach da keine Unterschiede in der Wertigkeit und alle können alles und alle machen auch alles.“ (I_WBS_03, Zeile 26-29).

In dieser Handlungsstrategie grenzt die Hebamme sich nicht mit ihrer Fachexpertise ab und beansprucht auch keinen spezifischen Bereich. Sie orientiert sich ganz an einer einheitlichen geburtshilflichen Versorgung für die Frau, die auch durch andere, in diesem Fall Pflegende, vollumfänglich und angemessen erbracht wird. Dieses Vorgehen stärkt die berufliche Teil-Identität als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘. Genauso kann diese Teil-Identität als Voraussetzung für die Integration der Hebamme in ein interprofessionelles Team gelten.

7.4.5. Subordinatives Handeln

In der Analyse der Daten zeigt sich noch eine weitere Handlungsstrategie. Beim subordinativen Handeln stehen mehrere Einflussebenen und eine Rangordnung im Mittelpunkt. Subordination impliziert die Zuweisung einer unteren und abhängigen Einflussebene. Im vorliegenden Zusammenhang handeln Hebammen an der Medizin als einem übergeordneten System orientiert, was die eigene Unterordnung hervorruft. In der interprofessionellen Arbeitssituation, insbesondere mit Ärztinnen, bezieht sich die Subordination der Hebammen auf ihre Einflussmöglichkeiten in der Arbeitssituation. Hebammen gehen hier nicht von einer eigenen Hebammenexpertise aus, sondern überlassen die Deutungshoheit einer geburtshilflichen Situation der Medizin. Sie treten auch nicht als selbständiger Berufsstand in Erscheinung, der zur autonomen Berufsausübung in der Lage ist. Hebammen geben sich mit einer Zuarbeit in der Geburtshilfe zufrieden (Kapitel 7.4.5.1.). Hebammen ordnen sich teilweise nur ungewollt unter. Eine Alternative dazu ergibt sich jedoch nicht und das Handeln bleibt gleich. Im subordinativen Handeln erscheinen Hebammen passiv (Kapitel 7.4.5.2.). Insbesondere im Kreißaal zeigen sie ihre Hebammenkompetenz nicht aktiv und es erfolgt auch kein fachlicher Austausch (Kapitel 7.4.5.3.). Die Medizinerinnen erhalten die alleinige Führungsrolle. In der Subordination zeigen Hebammen ihrer Arbeitssituation gegenüber eine resignative Haltung (Kapitel 7.4.5.4.).

7.4.5.1. Zuarbeit

In der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen übernimmt die Hebamme vor allem organisatorische Aufgaben und arbeitet anderen Berufen, insbesondere der Medizin, zu. Sie zeigt damit eine subordinierte Handlungsweise. In einem sonst selbständigen Arbeitsbereich übernimmt die Hebamme ausschließlich die Betreuung der Frau und die **Organisation von Abläufen**. Die Hebamme nimmt die Frau im Kreißaal in Empfang und organisiert nach ihrer eigenen Vorarbeit die weitere ärztliche Versorgung der Frau. Sie trifft jedoch keine Entscheidungen, sondern beschränkt sich auf die standardisierte Befunderhebung, da die Ärztin die Entscheidung über das weitere Vorgehen alleine trifft. Sie übernimmt auch die Organisation von Abläufen und trifft die Vorbereitungen für die ärztlichen Tätigkeiten. Ihre Tätigkeit ist damit teilweise auf **Hilfstätigkeiten** beschränkt. Hier sind insbesondere Tätigkeiten relevant, die die ärztliche Tätigkeit unterstützen und keine geburtshilflichen Fachkenntnisse erfordern (z.B. Botengänge, Datenverarbeitung in der Krankenhausorganisation). Sie übernimmt dabei auch fachfremde Aufgaben, wenn sie außerhalb der Kernarbeitszeiten Aufgaben in der gynäkologischen Ambulanz übernimmt. Die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen ist auf **organisatorische Absprachen** reduziert und es kommt in der Regel

nur zu einem Austausch über standardisierte Abläufe, aber nicht zu einem fachlichen Austausch auf Grund einer eigenständigen Einschätzung. Die Hebamme bleibt zwar die Ansprechpartnerin der Frau, jedoch verändert sich auch diese Beziehung in der untergeordneten Handlungsweise. In der Begrenzung der Hebammenarbeit auf Zuarbeiten bleiben auch Gesprächs- und Interaktionssituationen mit der Frau der Ärztin vorbehalten, die alleine das weitere Vorgehen mit der Frau bespricht.

„Sie nehmen die Frauen in Empfang und informieren den Arzt. Bei Schwangeren machen sie selbständig auch einen üblichen Aufnahmezustand mit CTG etc. Sie sollen nun auch bei gynäkologischen Patientinnen so vorgehen und den Arzt erst rufen, „wenn die Befunde von Labor und Urin vorliegen“.“ (B_KRS_03, Zeile 57- 60).

Die Arbeit der Hebamme ist hier auf Tätigkeiten reduziert, die auch von Berufsgruppen ohne eigenständige geburtshilfliche Expertise übernommen werden können. Die eigentlichen Kernaufgaben der fachlichen Einschätzung und der Leitung der geburtshilflichen Situation sind hier ausgeschlossen.

7.4.5.2. Passivität

Wie schon gezeigt wurde, bringen Hebammen sich auf unterschiedliche Weise in die Betreuungssituation ein. In dieser Handlungsstrategie ist das nicht der Fall. Das subordinative Handeln ist in besonderer Weise von einer Passivität der Hebamme gekennzeichnet. Sie verhält sich abwartend und **zurückhaltend** und entscheidet nicht selbst, sondern führt die Anordnungen und Entscheidungen anderer, meist der Ärztinnen, aus. Es kommt von Seiten der Hebamme weder zu einer fachlichen Einschätzung, noch zu einem fachlichen Austausch. Sie kommuniziert teilweise gar nicht mit den Kolleginnen der anderen Berufe. Medizinische Anordnungen werden von ihr ohne Vorbehalte akzeptiert und sie überlässt die Entscheidungen anderen Professionen, auch wenn sie eine eigene Einschätzung in der Situation getroffen hat. Sie **agiert jedoch nicht selbst**, sondern ist passiv. Diese Zurückhaltung der Hebamme wird nicht von anderen Akteurinnen eingefordert, sie scheint dieses Verhalten selbst zu wählen. Durch ihre Passivität kann die Hebamme eine Auseinandersetzung mit anderen Berufsgruppen und einen möglichen Rechtfertigungsdruck vermeiden. Die Arbeitssituation scheint unter diesen Aspekten für Hebammen einfacher zu sein und die Passivität wird so auch erlernt. Die befragten Hebammen machen auch deutlich, dass sie es teilweise angenehm finden, nicht verantwortlich handeln zu müssen, sondern ‚**an die Hand genommen**‘ werden. Im Lernprozess der Geburtshilfe scheint ihnen das ein angemessenes Vorgehen zu sein.

„Die Hebamme¹⁵ steht mit dabei, wird aber nicht mit einbezogen und äußert sich auch nicht dazu. Es wirkt, als fühle sie sich nicht direkt zuständig für diese Frau.“ (B_KRS_12, Zeile 41- 43).

Diese Beobachtung veranschaulicht die Zurückhaltung der Hebamme. Sie ist aber nicht nur in ihren sprachlichen Äußerungen zurückhaltend, sondern sie beansprucht auch nicht aktiv einen Arbeitsbereich. Die Passivität der Hebamme wird von den anderen Berufsgruppen mit Nicht-Beachten beantwortet. Es spielt jedoch auch eine Rolle, dass die Hebamme die Situation für die Frau nicht ‚stören‘ möchte, wenn sie die Auseinandersetzung mit der anderen Berufsgruppe sucht. Der Bezug zur Frau, der in anderen Situationen zum Engagement und Kämpfen für eine angemessene Betreuung führt, kann auch die Begründung für die Zurückhaltung der Hebamme sein.

7.4.5.3. *Fehlender Austausch*

Die Hebamme ist zu unterschiedlichem Austausch mit anderen Berufsgruppen in der Lage, er wird jedoch in dieser Handlungsoption nicht genutzt. Dazu trägt die Passivität der Hebammen bei, aber auch andere Professionen suchen keinen interprofessionellen Austausch. Die **Nicht-Kommunikation** ist hier ein wesentlicher Aspekt. Nicht nur die Hebammen schweigen, sondern auch die Angehörigen der anderen Professionen kommunizieren wenig. Der Austausch scheitert also nicht, sondern er wird gar nicht initiiert. In der alltäglichen Arbeit geben weder die Hebamme noch die Ärztin eine fachliche Einschätzung der Situation oder eine begründete Planung des weiteren Vorgehens. Der Austausch beschränkt sich auf die Weitergabe von Informationen im Rahmen einer formalisierten ‚Übergabe‘ (siehe Kapitel 7.3.1.1.). Die Hebamme sieht zwar die Notwendigkeit für fachlichen Austausch in der Geburtsbetreuung, verhält sich jedoch selbst nicht danach. Es fehlt auch von ihrer Seite die Initiative, sich mit anderen Professionen auseinanderzusetzen. Das Nicht-Sprechen bezieht sich sowohl auf den fachlichen Austausch als auch auf informelle Kontakte, die nur eingeschränkt stattfinden. Auch der persönliche Kontakt zueinander wird in dieser Handlungsstrategie vermieden. Die unterschiedlichen Berufsgruppen **ignorieren** sich gegenseitig und kommunizieren und interagieren nur innerhalb der eigenen Profession.

„...Übergaben an der CTG-Tafel aber äh was die stationären schwangeren Frauen angeht, da würd ich mir doch wünschen, mehr (1) mehr noch eingebunden zu sein vielleicht auch in Entscheidungen was machen wir mit denen. Ähm das finde ich, ist so sehr in der Routine der Ärzte vielleicht noch nicht mal, wie gesagt ich bin ja so (1) reflektierend dann immer, weil sie das jetzt aus hierarchischen Gründen nicht wollen, sondern weil ähm (2) joa weil es einfach so ist. Das ist unser Job, aber eigentlich sprechen wir halt nich soo drüber, was können wir für die Frau (2) jetzt da und da noch Gutes tun...“ (I_KRS_07, Zeile 644- 650).

In dieser Äußerung zeigt sich zwar der Wunsch der Hebamme nach fachlichem Austausch, es wird aber auch deutlich, dass sie keine Initiative dazu ergreift. Sie fordert auch keinen Austausch ein, was das subordinative Handeln im Besonderen verdeutlicht. Sie nimmt die gegebene Situation hin und akzeptiert die traditionellen Rollen in der Zuständigkeit.

7.4.5.4. *Resignation*

Ein anderer Aspekt des subordinativen Handelns ist die Haltung der Hebammen zu ihrer beruflichen Arbeitssituation. Diese ist von Resignation bestimmt. Resignation versinnbildlicht das Sichfügen in eine nicht zu ändernde Situation (DUDEN 2015). Hebammen erleben ihre Situation im hierarchischen klinischen Umfeld nicht als gleichberechtigt und wissen um ihren fehlenden Einfluss. Diese Erfahrungen reichen bis in die Anfänge ihrer beruflichen Tätigkeit im Rahmen der Berufsausbildung zurück. Der fehlende Einfluss wird so zur wiederkehrenden und fast alltäglichen Erfahrung der **Machtlosigkeit**. Hebammen **nehmen es als gegeben hin** und sehen für sich keine Möglichkeit, die bestehende Arbeitssituation zu verändern. Es besteht bereits seit so vielen Jahrzehnten eine klinische und hierarchische Sozialisation, dass es keine anders sozialisierten berufstätigen Hebammen mehr gibt, die eine Orientierung für nachfolgende Hebammen sein könnten. So erscheint eine Veränderung der Verhältnisse umso unwahrscheinlicher, als auch berufserfahrene Hebammen keinen Einfluss geltend machen können. Die Hebamme, die in der Handlungsoption der Auseinandersetzung die Entscheidungen anderer Professionen kritisiert, macht hier keine Anmerkungen zum geplanten Vorgehen. Sie lässt selbst ein Vorgehen entgegen ihrer eigenen Expertise zu. Die Hebamme reflektiert das geburtshilfliche Vorgehen für sich selbst, daraus resultiert jedoch keine Intervention in der Situation. Ein anderer Aspekt der Resignation ist die **ungewollte Unterordnung**. Hebammen können ihren fachlichen Einfluss nicht geltend machen und sehen für sich keine Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit anderen Berufsgruppen. Einige Hebammen finden zum Teil andere Formen der Auseinandersetzung mit der ungewollten Unterordnung. Sie halten sich bewusst nicht an bestehende Regeln oder verhalten sich absichtlich falsch. Mit diesem subversiven Verhalten stören sie die Handlungsabläufe, wenn sie etwa mit der Entscheidung der Ärztin, eine Episiotomie zur schnelleren Geburt des Kindes zu schneiden, nicht einverstanden sind. Die Hebamme scheut die fachliche Auseinandersetzung, nimmt aber durchaus Einfluss auf die Situation.

„Und das ist schon auch was, was ich jetzt hier (3) sehr viel mehr sehe, dass es Entscheidungen gibt, da ist nicht dran zu rütteln (1) da brauch ich auch gar nicht anfangen.“ (I_KRS_08, Zeile 563- 565).

Die sonst selbstbewusst vorgebrachte Auseinandersetzung der Hebamme mit fachlichen Entscheidungen anderer Berufsgruppen wird hier nicht in die Situation eingebracht. Darüber hinaus

ist diese Zurückhaltung mit der Einstellung verbunden, dass es auch keine Möglichkeit zur Auseinandersetzung gibt; die Hebamme besitzt weder den nötigen Einfluss, noch wird er ihr zugestanden.

Die Handlungsoption des subordinativen Verhaltens unterstützt die Teil-Identität der ‚Medizinorientierten Begleiterin der Frau‘. Ebenso kann gelten, dass die Teil-Identität der ‚Medizinorientierten Begleiterin der Frau‘ ein untergeordnetes berufliches Handeln befördert.

In der Darstellung der fünf ermittelten Handlungsstrategien konnten Bezüge zur geteilten Hebammenidentität aufgezeigt werden. Diese Handlungsstrategien wirken sich jedoch nicht nur auf das Kernphänomen aus, sondern erzeugen auch Konsequenzen. Diese werden im folgenden Kapitel dargestellt.

7.5. Konsequenzen

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich das Kernphänomen der Identitäts-Konstruktion von Hebammen in fünf verschiedenen Handlungsstrategien. Neben den Ursachen und beeinflussenden Faktoren des Phänomens sind auch die Konsequenzen aus den Handlungsoptionen von Bedeutung. Das Spektrum der beruflichen Handlungsweisen von Hebammen von autonomem bis subordinativem Handeln, das verschiedene Anteile von beruflicher Identität verdeutlicht, mündet in Konsequenzen für unterschiedliche Personengruppen. Zunächst entstehen Auswirkungen für den Berufsstand der Hebammen selbst (Kapitel 7.5.1.). Da das Phänomen der Identitäts-Konstruktion sich insbesondere in einer interprofessionellen Arbeitssituation ergibt, sind neben den Hebammen auch die Professionen der Medizin und der Pflege von den Auswirkungen betroffen (Kapitel 7.5.2.). Und schließlich entstehen durch die unterschiedlichen Vorgehensweisen der Hebammen in realen Betreuungssituationen Konsequenzen für die Frauen und Familien, die dabei auch stellvertretend für die Gesamtgesellschaft stehen (7.5.3.). Die Ausführungen zu den Konsequenzen werden durch Informationen ergänzt, die nicht aus den Daten analysiert wurden und sich aus der eigenen Fachkenntnis der Forscherin ergeben.

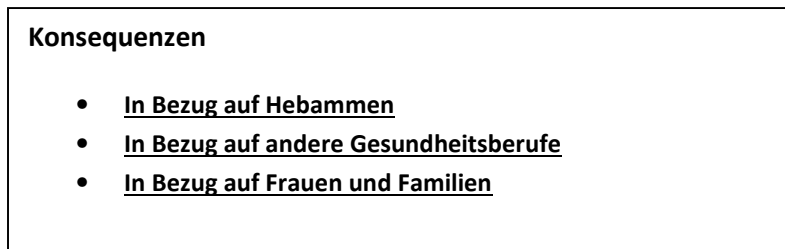


Abbildung 19: Konsequenzen der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt

7.5.1. In Bezug auf Hebammen

Die im vorherigen Kapitel vorgestellten Handlungsoptionen von Hebammen bleiben nicht ohne Auswirkungen auf den Hebammenberuf. Die beobachtbaren Handlungsweisen übernehmen die Funktion von Selbstthematisierungen der Hebammen. Sie zeigen darin, wie sie sich selbst verstehen und wie sie von anderen gesehen werden wollen. Dadurch erhalten Hebammen die Möglichkeit, ihr berufliches Handeln in unterschiedlichen Arbeitssituationen kongruent zu erleben. Dies bildet die Grundlage für eine sinnhafte Berufsausübung. Gleichzeitig unterstützen diese Erfahrungen den weiteren Prozess der Identitäts-Konstruktion, der in der alltäglichen Identitätsarbeit fortwährend geschieht. So können Handlungsweisen in denen Hebammen ihre **selbständige berufliche Position behaupten**, die Teil-Identität als ‚selbständige Expertin‘ stärken. Die ist sowohl in autonomem als auch konfrontativem und kooperativem Handeln der Fall. Die Hebamme vertritt darin in der Zusammenarbeit mit anderen Berufen einen eigenen fachlichen Standpunkt. Durch dieses selbständige und selbstbewusste Auftreten kann der hebammenspezifische **Arbeitsbereich im klinischen Setting gesichert werden**. Das aktive Einbringen sowohl der Hebammenperspektive als auch von fachspezifischem Wissen zur reproduktiven Lebensphase macht den Hebammenberuf im Setting Krankenhaus sichtbar. Insbesondere die autonome und auch konfrontative Handlungsweise unterstützen die Hebammenperspektive auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im klinischen Arbeitsfeld. Hebammen erleben sich selbst als selbständig agierende Expertin und können eine **Kohärenz** von Hebammenphilosophie und beruflicher Tätigkeit zu entwickeln. Einige andere Handlungsoptionen stehen einem autonomen Selbstverständnis jedoch auch entgegen, wenn die gemeinsame Aufgabe der geburtshilflichen Versorgung die berufsspezifischen Fähigkeiten überdeckt. Hier ist die Situation der normalen Schwangerschaft und Geburt hervorzuheben. Die gemeinsame Arbeit mit anderen Berufsgruppen schwächt hier die Hebammenposition, da dieses Arbeitsfeld eigentlich ein autonomer Bereich des Hebammenberufes ist. Zwar stehen in der Kooperation mit Ärztinnen und Pflegenden die Fachexpertisen im Mittelpunkt, nicht aber die eigenständige

Berufsausübung der Hebamme. Somit geben Hebammen in dieser Handlungsstrategie ihren autonomen Status bei der normalen Geburt auf. Gleichzeitig stärken sie jedoch ihre Position durch den fachlichen Austausch zwischen verschiedenen Professionen in regelwidrigen Geburtssituationen. Die Kooperation hat damit trotz der Einschränkung der Autonomie auch eine stärkende Funktion. Sie stärkt die Position der Hebamme im realen hierarchie-orientierten Arbeitsalltag, da die Kooperation zwischen Berufsgruppen mit fachlichem Austausch, Anerkennung der unterschiedlichen Fachexpertisen und einer gemeinsamen Ausrichtung der Arbeit in der Regel eher die Ausnahme in regelwidrigen Geburtssituationen ist. Auch bei einer differenzierten Betrachtungsweise bleibt der Umstand bestehen, dass kooperatives Handeln gemeinsam mit anderen Berufsgruppen das Erlernen und Trainieren einer selbständigen Hebammenarbeit erschwert oder sogar verhindert. Der schon bestehende **Verlust autonomer beruflicher Fähigkeiten** wird weiter fortgesetzt. Kooperativ handelnde Hebammen können nur bedingt eine Vorbildfunktion für eine autonome Hebammenarbeit übernehmen. Im Bezug zur hauptsächlich klinischen praktischen Qualifikation von Hebammen erhält dieser Aspekt eine besondere Bedeutung für den Hebammenberuf. Das Erlernen der Kooperation mit anderen Berufen gefährdet gleichzeitig die Fähigkeit zu autonomer Berufsausübung. Aus der berufsständigen Perspektive der Hebammen führen die Handlungsoptionen des integrativen und subordinativen Handelns zu einer Schwächung der Hebammenposition im Gefüge der Gesundheitsberufe. Das Unsichtbarsein der spezifischen Hebammenarbeit in beiden Handlungsoptionen verhindert eine fachliche Auseinandersetzung mit der hebammenspezifischen Gesundheitsversorgung von Frauen. Zurückhaltung und Unterordnung triggern die Hierarchie, die die bestehenden Strukturen bestätigt und eine Fortentwicklung der geburtsmedizinisch geprägten Gesundheitsversorgung im Krankenhaus erleichtert. Die Dominanz der Geburtsmedizin wird weiter gestärkt, wenn Hebammen keinen eigenen überzeugenden Standpunkt in der alltäglichen Arbeit vertreten. Andere Berufsgruppen sehen die Hebammen so, wie sie sich zeigen und wenn sie nicht kompetent und selbstbewusst erlebt werden, ist auch ihr Handlungsspielraum gefährdet. Der schon bestehende Autonomieverlust kann durch eine integrative oder subordinative Arbeitsweise weiter fortschreiten. Die Integration in das geburtshilfliche Team birgt ähnlich negative Konsequenzen, wenn der hebammenspezifische Bereich durch andere Professionen übernommen oder nicht als spezifischer Bereich anerkannt wird. Die Übernahme von Hebammentätigkeiten verhindert ebenfalls die Sichtbarkeit hebammenspezifischer Kompetenzen. Integratives Agieren verwischt die fachlichen Bereiche der Berufe und ebnet den Weg zu einer generalistischen Ausbildung aller Gesundheitsberufe. Der Hebammenberuf wäre dann endgültig einem pflegerischen Bereich zugeordnet, dem das gesetzliche Berufsbild jedoch nicht entspricht. In Verbindung mit der Medikalisierung der Geburtshilfe wird der auf die Physiologie ausgerichtete Hebammenberuf weiter verdrängt, wenn die Hebamme nicht als eigener Berufsstand sichtbar ist. Je weniger Autonomie

Hebammen im beruflichen Alltag leben können, desto mehr bestehen situative Selbsterfahrungen, die die Teil-Identitäten als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ oder der ‚Medizin-orientierten Begleiterin der Frau‘ befördern. Ebenso bleiben die bisherigen Sozialisierungserfahrungen für die nachfolgenden Hebammen bestehen, da keine Rollenvorbilder selbständiger Hebammenarbeit im Krankenhaus vorhanden sind. Darüber hinaus kann eine Hebammenprofession, die im klinischen Setting nicht als solche in Erscheinung tritt, ihre Daseinsberechtigung in der Klinik verlieren. Es ergibt sich eine negative Spirale von beschränkter Hebammentätigkeit, nicht Sichtbarsein, Kompetenzverlust und subordinativem Handeln.

Die Tatsache, dass Hebammen ein sehr weites Spektrum an Interaktionsmöglichkeiten haben, hat im alltäglichen Handeln den positiven Effekt, dass sie in Situationen mit **ganz unterschiedlichen Anforderungen erfolgreich interagieren** können. Hebammen beherrschen die ganze Bandbreite von selbständiger Arbeit bis Zuarbeit und können sich so sehr flexibel auf die jeweilige Situation einstellen. Das selbständige Handeln oder die auf Konfrontation ausgerichtete Interaktion stoßen in einem beständigen hierarchischen System immer wieder an ihre Grenzen und verhindern dann eine erfolgreiche Interaktion. Ein dauerhaft untergeordnetes Verhalten zieht jedoch ebenso negative Konsequenzen des fehlenden Einflusses nach sich. Eine **Flexibilität der Handlungsweisen** eröffnet die Möglichkeit, einen Handlungsspielraum kompetent zu nutzen, sobald er sich bietet.

Hervorzuheben ist, dass die verschiedenen Handlungsoptionen nicht immer aus eigenen Erwägungen gewählt werden. Die befragten Hebammen gaben an, dass ihre **Arbeitszufriedenheit** mit ihren Handlungsmöglichkeiten in Beziehung steht. Die Möglichkeit, offene Handlungsspielräume für selbständige Hebammenarbeit nutzen zu können und auch gelingende Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen empfinden Hebammen als sehr positiv. Diese Arbeitsbedingungen stärken eine Zufriedenheit mit der beruflichen Arbeit. Ungewollte Unterordnung und dauerhafte Auseinandersetzungen führen dagegen zu Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. Hieran zeigt sich die Bedeutung von sinn-stiftender Arbeit, die ein Kohärenzgefühl und damit Wohlbefinden ermöglicht.

7.5.2. In Bezug auf andere Gesundheitsberufe

Aus der Position der anderen Berufsgruppen ergibt sich ein anderes Bild der Konsequenzen. Hier ist hervorzuheben, dass die sehr unterschiedlichen Handlungsweisen von Hebammen das spezifische **Berufsbild** der Hebamme **nicht mehr eindeutig** erkennen lässt. Dauernd sich ändernde Handlungsweisen können Hebammen in den Augen der andern Berufsgruppen unzuverlässig oder

beliebig erscheinen lassen und die beruflichen Beziehungen belasten. In Unkenntnis der verschiedenen Teil-Identitäten der Hebammen sind deren Handlungen für Ärztinnen und Pflegende nicht vorhersehbar und können zu Abstimmungsschwierigkeiten führen.

Handlungsstrategien die nicht auf einer selbständigen Hebammenarbeit basieren, führen dazu, dass Hebammen sich im klinischen Setting nur teilweise als eigenständigen Beruf abgrenzen. Aus der Perspektive von Pflegenden und Ärztinnen kommt es beim integrativen und subordinativen Handeln der Hebamme zu einer selbstverständlichen Übernahme von Hebammentätigkeiten. Andere Berufe haben dadurch die Möglichkeit, sich **im eigentlich originären Hebammenbereich zu etablieren** und Hebammenaufgaben dauerhaft zu übernehmen. Die Grenzen zwischen den Berufen und den berufsspezifischen Eigenheiten lösen sich auf. Diese Auflösung berufsspezifischer Grenzen, das sogenannte ‚role blurring‘, wird im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit eher positiv gesehen. Allerdings geht es bei der Übernahme von Aufgaben in der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht darum, einen Beruf überflüssig zu machen. Im Gegenteil sollen spezifische Fachexpertisen flexibel von allen Berufsgruppen genutzt werden können. Hebammen müssen also ebenso die Möglichkeit haben, Anteile von anderen beruflichen Tätigkeiten zu übernehmen. Es scheint auch möglich, dass die Übernahme von Hebammentätigkeiten von anderen Berufsgruppen nicht als Chance zur Erweiterung des eigenen Tätigkeitsbereiches, sondern eher als Belastung für die eigene Profession empfunden wird.

Ebenso wie für die Hebammen, entstehen durch die heterogenen Handlungsstrategien der Hebammen auch für die anderen Gesundheitsberufe **flexible Möglichkeiten der Zusammenarbeit**. Sie erhalten ebenso unterschiedliche Handlungsoptionen in der Zusammenarbeit. Wenn Hebammen subordinativ vorgehen, besteht die Möglichkeit für Ärztinnen und Pflegende die fachliche Führung in der Situation zu übernehmen. Andererseits besteht im kooperativen Handeln der Hebamme die Möglichkeit zu gleichberechtigter Teamarbeit. Ob diese Optionen von Ärztinnen und Pflegenden als positive Entwicklung gesehen werden kann, hängt davon ab, ob das Verhalten der anderen Professionen in der Zusammenarbeit eine bestimmte Handlungsweise von Hebammen hervorrufen kann oder nicht.

7.5.3. In Bezug auf Frauen und Familien

Neben den Konsequenzen für die Arbeitsbeziehungen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen wirken sich die heterogenen Handlungsweisen auf der Grundlage verschiedener beruflicher Teil-Identitäten auch auf die Adressatinnen der Hebammenarbeit, Frauen und Familien,

aus. Hebammen stellen mit der Betreuung gemäß der Hebammenphilosophie ein alternatives Betreuungsmodell in der in der Regel medizinisch orientierten Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Die spezifische Hebammensichtweise mit gesundheitsförderlicher Perspektive nutzt in vielen Bereichen gegensätzliche Überzeugungen als die Geburtsmedizin. Selbständige Hebammenarbeit eröffnet Frauen im Setting Krankenhaus eine **Wahloption für ein Betreuungsmodell**. Dabei ist die Medizin nicht ausgeschlossen, sondern steht in regelwidrigen Situationen zur Verfügung. Das Nicht-in-Erscheinung-Treten der Hebammenexpertise in integrativem oder subordinativem Handeln lässt eine solche Wahl jedoch nicht zu. Erst durch autonomes oder auch kooperatives Handeln der Hebamme ist für Frauen die spezifische Hebammenperspektive wirksam. Auch das Modell der hebammengeleiteten Geburt wird durch das Selbstverständnis und die Handlungsweisen der Hebammen beeinflusst. Die selbständigen Handlungsoptionen des autonomen oder konfrontativen Handelns beanspruchen einen eigenständigen Handlungsbereich der Hebamme, der das Modell der hebammengeleiteten Geburt stärkt. Vermehrtes integratives oder subordinatives Agieren der Hebamme gefährdet dagegen dieses Betreuungsmodell und seine Existenz. Neben den Wahlmöglichkeiten von Betreuungsoptionen beeinflusst das berufliche Verhalten der Hebammen auch die **Betreuungsqualität** für Mutter und Kind. Wenn die Hebamme für die Frau nicht als kompetente Fachperson in Erscheinung tritt, fällt eine bestärkende Begleitung aus einer nicht-medizinischen Perspektive aus. Die Frau ist dann auf die Unterstützung von anderen Berufsgruppen angewiesen, die jedoch nicht immer einen geburtsförderlichen Blickwinkel auf die Geburt einnehmen. Es fehlt ggf. ein Gegengewicht zum risikoorientierten geburtsmedizinischen Vorgehen. Die Passivität der Hebamme überlässt anderen Berufsgruppen und deren fachspezifischem Vorgehen die Deutungshoheit über die geburtshilfliche Situation. Eine andere Konsequenz aus den unterschiedlichen Handlungsweisen von Hebammen können gesundheitliche Auswirkungen für die Frau und das Kind sein. Eine selbständige und an der Hebammenphilosophie orientierte Hebammenarbeit kann die Gesundheit von Mutter und Kind fördern und sie vor unnötigen Interventionen bewahren. Eine bestärkende Begleitung kann der Frau und auch ihrer Familie Angst nehmen und so den Prozess von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erleichtern. Die Kooperation verschiedener Berufsgruppen kann sich insbesondere für Frauen in besonderen Situationen während Schwangerschaft und Geburt positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Die Kombination allen verfügbaren Fachwissens in der Betreuung der regelwidrigen Situation ermöglicht ein breites Spektrum an Vorgehensweisen, die der individuellen Situation der Frau angemessen sind. Andererseits sind kooperative Lösungen auch als Kompromiss zu sehen, der die optimalen Varianten des jeweiligen berufsspezifischen Vorgehens nicht ermöglicht. Die risikoorientierte Geburtsmedizin ist in der Regel mit höheren Interventionsraten verbunden. Das subordinative Verhalten der Hebamme verhindert eine kritische Reflexion dieses Vorgehens in der individuellen Situation einer

Frau. Die ausschließliche Konzentration auf aktuelle medizinische Outcome-Parameter kann die Gesundheit von Mutter und Kind langfristig belasten. Die Verunsicherung der Frau und ihrer Begleitpersonen durch invasives Vorgehen stehen hier an erster Stelle. Die Zurückhaltung der Hebamme und Unterstützung des medizinischen Modells bergen die Gefahr, dass häufige und unkritisch eingesetzte Interventionen die Gesundheit von Mutter und Kind mehr beeinträchtigen, als es notwendig wäre.

7.6. Zusammenfassung der Ergebnisse - Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt

In der Analyse der empirischen Daten aus Beobachtungen und Interviews mit Hebammen im Setting des Kreißsaales und der Wochenbettstation konnte die Identitäts-Konstruktion als zentrales Phänomen ermittelt werden. Im Zusammenhang mit den beschriebenen kausalen und handlungsorientierten Bereichen wurde daraus die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt generiert. Das Phänomen der Identitäts-Konstruktion zeigt sich in drei unterschiedlichen Dimensionen, die jeweils eine andere Teil-Identität der Hebammen verdeutlichen. Die Identitäts-Konstruktion ist eingebettet in ein Spannungsfeld aus ursächlichen und intervenierenden Bedingungen der realen Arbeitssituation. Die berufliche Autonomie von Hebammen ist durch die Entwicklungen im geburtshilflichen Feld, dass Geburtshilfe immer mehr zur Geburtsmedizin und die berufsspezifische Arbeit von Hebammen dadurch immer mehr an den Rand gedrängt wird, herausgefordert. Die eigentlich bestehende berufliche Unabhängigkeit steht im Widerspruch zu den realen Arbeitsbedingungen in der Hierarchie des Krankenhauses. Diese Situation wird dadurch verschärft, dass die Medizin im klinischen Setting eine übergeordnete Position in der Hierarchie der Klinik innehat. Die in der Regel die Medizin unterstützende Arbeitsorganisation des Krankenhauses mit einer Fragmentierung der Arbeitsbereiche und einer formalisierten Informationsweitergabe medizinischer Aspekte beeinflusst die Identitäts-Konstruktion von Hebammen auf der Organisationsebene. Daneben bestehen beeinflussende Faktoren auf der Ebene der Person, die einen Kompetenzverlust, den Umgang mit fachlicher Unsicherheit und einen beruflichen Veränderungsprozess betreffen. Sie nehmen ebenfalls Einfluss auf das Kernphänomen der Identitäts-Konstruktion. Das berufliche Selbstverständnis von Hebammen zeigt sich in den fünf ermittelten Handlungsstrategien von Hebammen, die mit unterschiedlichen Teil-Identitäten im Zusammenhang

stehen. Diese Handlungs- und Interaktionsstrategien bilden ein Spektrum von autonomer bis untergeordneter Arbeitsweise ab. Hebammen zeigen sich einerseits selbständig und fachkompetent, ebenso wie andererseits abhängig von der Medizin und passiv. Hebammen sind außerdem in der Lage, kooperativ und integrativ in einem Team zu agieren. Die aus diesen Handlungsoptionen entstehenden Konsequenzen wirken sich auf alle beteiligten Personen in der klinischen interprofessionellen Arbeitssituation in der Geburtshilfe aus. Hebammen bestärken oder beschneiden durch ihr Handeln selbst ihren Einfluss im Setting Krankenhaus. Die Gesundheitsberufe der Pflege und der Medizin können sich durch das Verhalten der Hebammen in hebammenspezifischen Arbeitsbereichen etablieren und so mehr Einfluss gewinnen. Andererseits erschwert das heterogene Verhalten von Hebammen die alltägliche Zusammenarbeit, da sie unberechenbar wird. Darüber hinaus ergeben sich auch Konsequenzen für die geburtshilfliche Versorgung von Frauen und ihren Familien. Die Wahlmöglichkeit unterschiedlicher Betreuungsmodelle entfällt, wenn Hebammen nicht aus einem autonomen Selbstverständnis heraus agieren. Für Frau und Kind sind auch gesundheitliche Auswirkungen nicht auszuschließen, wenn in der Betreuung die interventionsreichere Geburtsmedizin überwiegt.

Teil III – Schlussbetrachtung und Ausblick

8. Kritische Diskussion der Analyseergebnisse und des Forschungsprozesses

In der vorliegenden Arbeit wurde aus empirischen Daten eine gegenstandsbezogene Grounded-Theory entwickelt. Das Forschungsinteresse bezog sich auf die bestehende interprofessionelle Arbeitssituation von Hebammen im Setting Krankenhaus. Dabei standen die strukturellen Bedingungen und die Sichtweise der Hebammen auf die Zusammenarbeit im Vordergrund. Die vorliegenden Ergebnisse stellen das berufliche Selbstverständnis von Hebammen in den Mittelpunkt. Daraus wurde die ‚Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt‘ generiert. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund theoretischer Ansätze und bestehender Forschungsergebnisse diskutiert.

8.1. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Hebammenidentitäts-Konstruktion

Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion verdeutlicht einen Strukturzusammenhang zwischen beobachtbaren Handlungsstrategien, beeinflussenden Faktoren und den Konsequenzen aus den Handlungsweisen. Den Mittelpunkt bildet die Konstruktion von Teil-Identitäten des Hebammen-Selbstverständnisses. Der Schwerpunkt der Forschung in dem noch relativ wenig erforschten Gebiet der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe liegt bisher in der Exploration und Beschreibung dieses Forschungsbereiches. Ein tieferes Verständnis der gemeinsamen Arbeitssituation von Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden ist jedoch davon abhängig, dass auch umfassendere theoretische Konzepte entwickelt werden. Die vorgelegte Theorie kann zu diesem Verständnis beitragen.

8.1.1. Erkenntnisgewinn durch die vorliegende Untersuchung

Die Zusammenarbeit von Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden im Krankenhaus ist noch wenig erforscht, es ist jedoch eine Variabilität der Verhaltensweisen zu beobachten. Dieses Phänomen des Hebammenhandelns wurde schon mehrfach beschrieben (Zhang et al. 2015, Pollard 2011, O´Connell & Downe 2009). Das ist insofern bedeutsam, als das autonome Berufsbild der Hebamme

eine ebenso autonome Hebammenarbeit impliziert. Im Setting Krankenhaus findet sich jedoch nicht nur selbständige Hebammentätigkeit, die einem autonomen Selbstverständnis entspricht. Andere berufliche Handlungsweisen von Hebammen sind jedoch nicht mit einem autonomen Selbstverständnis erklärbar. Die Annahme eines aktiven Konstruktionsprozesses von Hebammenidentität bietet einen **Erklärungsansatz** für das heterogene Verhalten von Hebammen im Setting Krankenhaus.

Jede Person, hier jede Hebamme, handelt in ihrem Lebensumfeld innerhalb von ganz spezifischen Bedingungen und erlebt sich damit selbst als Person innerhalb dieser spezifischen Bedingungen. Eine Handlung drückt eine identitäre Definition der Person aus. Je nachdem wie die Person sich selbst sieht und im Kontakt mit anderen erlebt, unterscheidet sich ihr konkretes Handeln. Die Hebamme zeigt durch ihre Handlungsweise ein Bild von sich gemäß **ihrer eigenen Vorstellung und wie sie von anderen gesehen werden will**. Keupp bezeichnet dies als Selbstthematisierung (Keupp et al. 2013). Damit sind auch die Handlungen der Hebamme eine Ausdrucksform ihres beruflichen Selbstverständnisses. Gleichzeitig erlebt die Hebamme sich in einer Handlungssituation auch selbst in ihrem Handeln und als Person. Sie ist bestrebt, ein kongruentes Verständnis von sich selbst nicht nur in einer Situation, sondern auch über die Zeit, zu erhalten. Gleiche situative Selbsterfahrungen verdichten sich und erhalten einen identitären Charakter, wodurch das Selbstverständnis der Hebamme beeinflusst wird. Erlebt die Hebamme sich und ihr Handeln im zeitlichen Verlauf immer wieder selbständig und an der Hebammenphilosophie orientiert, entsteht auch ein Selbstverständnis einer selbständigen und nach dem Hebammenbetreuungsmodell arbeitenden Hebamme. Dieses Selbstverständnis wird ein Teil der Identität der Hebamme. Die realen Arbeitsbedingungen im Umfeld eines Krankenhauses bieten jedoch auch Situationen, in denen Hebammen andere situative Erfahrungen machen, in denen sie nicht selbständig handeln. Die Ausführungen in Kapitel 2 zur geburtshilflichen Versorgung zeigen, dass eine Ausrichtung der geburtshilflichen Arbeit an der Geburtsmedizin erfolgt und die Hebamme weder alleine zuständig ist, noch selbständig als Hebamme entscheiden kann. Es ist in der Regel für die Hebamme nicht möglich, das zuvor beschriebene autonome Selbstverständnis in eine berufliche Situation einzubringen. Damit kann die berufliche Tätigkeit von der Hebamme nicht kohärent erlebt werden. Immer wieder auftretende Situationen von nicht autonomer Arbeit stellen ebenfalls situative Erfahrungen dar. Indem Hebammen in diesen Situationen anders agieren, erleben sie sich selbst auch auf eine andere Weise. Diese veränderten Selbsterfahrungen gehen ebenfalls in das Selbstverständnis der Hebamme mit ein. Sie können jedoch nicht in das autonome Selbstverständnis integriert werden, da die Hebamme sich selbst nicht als autonom erlebt. Um auch diese Situationen der nicht-selbständigen Hebammenarbeit bewältigen zu können, ist es für Hebammen notwendig, eine für sie sinnhafte Hebammenarbeit zu leisten. Die Bewältigung der beruflichen Situation ist davon abhängig, eine Kohärenz in der beruflichen Arbeit zu

erleben. Die berufliche Identität wird herausgefordert oder sogar bedroht, wenn situative Selbsterfahrungen dauerhaft nicht in ein bestehendes berufliches Selbstverständnis integriert werden können (Baitsch & Schilling 1990). Eine Identitätskrise kann die Folge sein. Die Konstruktion von Identität ermöglicht dagegen, wiederkehrende **heterogene situative Selbsterfahrungen in unterschiedliche Teil-Identitäten zu integrieren**. Jede Teil-Identität ist für sich genommen kohärent. Auf diese Weise kann auch Unvereinbares der beruflichen Lebenssituation in das eigene berufliche Selbstverständnis integriert werden. Die Beschränkung der beruflichen Tätigkeit im Krankenhaus ist in einer Teil-Identität trotzdem sinnhaft zu erleben. Die alltäglichen situativen Erfahrungen entsprechen dann dieser Teil-Identität. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen für Hebammen im Setting Krankenhaus die unterschiedlichen Teil-Identitäten als ‚selbständige Expertin‘, ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ und ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘. Hebammen konstruieren somit verschiedene Teile eines Selbstverständnisses, die es ihnen ermöglichen, ihre Hebammenarbeit sowohl selbständig und an der normalen Geburt orientiert auszuüben, als auch gemeinsam mit anderen Berufen an der Teamarbeit orientiert und ebenfalls als Zuarbeit mit einem medizinischen Verständnis der Geburt zu leisten. Jede dieser Möglichkeiten erlebt die Hebamme dann als sinnvolle Hebammenarbeit. Diese Argumentation ist insbesondere in Bezug auf das Selbstverständnis in einer abhängigen Zuarbeit als ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘ erhellend. Diese Teil-Identität steht im Gegensatz zum autonomen Berufsbild der Hebamme. Hebammen betrachten jedoch auch ihre Zuarbeit zur Medizin als sinnstiftend. Die reale Arbeitssituation im Krankenhaus fordert das Selbstverständnis von Hebammen jedoch auch in anderen Situationen heraus. Die gemeinsame Arbeit mit Ärztinnen und Pflegenden in normalen geburtshilflichen Situationen entspricht ebenfalls nicht dem autonomen Berufsbild der Hebamme. In der Teil-Identität als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ wird diese interprofessionelle Zusammenarbeit jedoch widerspruchsfrei erlebt. Die Hebamme betrachtet sich hier als etablierten Bestandteil der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung. Die bestehende Situation der interprofessionellen Zusammenarbeit sowohl im Kreißsaal als auch auf der Wochenbettstation kann so sinnhaft erlebt werden, weil die Position der Hebamme im Setting Krankenhaus gefestigt wird (Knudsen 2016).

8.1.2. Hebammenidentitäts-Konstruktion und berufliche Identität

Die Theorie der Identitäts-Konstruktion als Erklärungsansatz der Hebammenarbeit im Krankenhaus bietet eine neue Perspektive auf das Selbstverständnis von Hebammen. Die aktive Konstruktion der Hebammenidentität innerhalb der realen beruflichen Arbeitsbedingungen kann nicht nur die Heterogenität der Hebammenarbeit im Setting Krankenhaus erklären, sondern ist darüber hinaus auch für die Professionalisierung des Hebammenberufes von Bedeutung. Die bestehenden

Arbeitsbedingungen beeinflussen die Identität in einem Ausmaß, dass ausschließlich eine Repetition der berufsgesetzlichen Grundlagen ein autonomes berufliches Selbstverständnis von Hebammen nicht ausreichend unterstützen kann. Hebammen sind darauf angewiesen, ein Selbstverständnis zu konstruieren, das ihnen Kohärenz in allen Situationen der Hebammenarbeit im Setting Krankenhaus ermöglicht. Dies steht im Gegensatz zu der Annahme im Sinne Eriksons, dass sich berufliche Identität, beginnend mit der beruflichen Ausbildung, über die Zeit entwickelt (Crigger & Godfrey 2014). Diese Vorstellung einer automatischen **Entwicklung der Hebammenidentität** impliziert eine Entwicklung in verschiedenen Stadien. Die Endstufe der Entwicklung bestünde in einer gelungenen Hebammenidentität als ‚selbständige Expertin‘. Die Selbstverständnisse als ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘ und als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ könnten in dieser Vorstellung lediglich als Entwicklungsstufen betrachtet werden, die auf dem Weg zur selbständigen Expertin durchlaufen werden. Damit wäre das Selbstverständnis der ‚Medizin-orientierten Begleiterin der Frau‘ eher auf Hebammen zu Beginn der Berufstätigkeit beschränkt. Sie nehmen eine untergeordnete Position ein, da sie erst noch Fachkompetenz aufbauen müssen. Das Selbstverständnis als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ wäre dann als Zwischen-Stadium nach einiger Zeit der Berufsausübung zu betrachten, in dem die Hebamme schon mehr Selbständigkeit und Selbstbewusstsein erlangt hat. Ein autonomes Selbstverständnis ist aber noch nicht erreicht. Erst nach Jahren der Berufserfahrung könnte eine Hebammenidentität als ‚selbständige Expertin‘ erreicht werden. Die Analyse der Daten zeigt jedoch keine stadienförmige Zuordnung von Teil-Identitäten. Auch noch berufsunerfahrene Hebammen zeigen ein Selbstverständnis als ‚selbständige Expertin‘, ebenso wie berufserfahrene und fachlich souveräne Hebammen eine untergeordnete Teil-Identität als ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘ zeigen.

Ebenso geht eine Vorstellung der Veränderung von beruflicher Identität im Sinne der Marcia'schen **veränderbaren Identitätszustände** von einer gelingenden Identität aus (Kapitel 3.2.1.). Krisenhafte Ereignisse erfordern ein Überdenken des Selbstverständnisses und ermöglichen so eine Veränderung der beruflichen Identität. Das berufliche Selbstverständnis kann sich demnach in unterschiedlichen Identitätszuständen darstellen, die unterschiedliche Verbindlichkeiten aufweisen. Diese Identitätszustände können sich jederzeit verändern und ein Wechsel hin-und-her zwischen den Zuständen ist ebenfalls möglich. Die unterschiedlichen Handlungsweisen von Hebammen könnten so mit verschiedenen Identitätszuständen erklärt werden. Jede Hebamme befände sich in einem anderen Identitätszustand der Hebammenidentität und auch die einzelne Hebamme wechselte zwischen den Identitätszuständen. Plausibel ließe sich die beobachtbare Situation der heterogenen Berufsausübung jedoch insbesondere mit dem Identitätszustand der Identitätsdiffusion erklären. Damit wären aber nicht nur einzelne Hebammen, sondern der gesamte Berufsstand der Hebammen

in einem Zustand der Identitätsverwirrung. Diese Zuschreibung der Orientierungslosigkeit steht jedoch im Widerspruch zu den sichtbaren Überzeugungen von Hebammen im Berufsalltag.

Der Ansatz einer Konstruktion von Hebammenidentität vermeidet im Gegensatz dazu eine Zuschreibung von Identitätsverwirrung, da die unterschiedlichen Teil-Identitäten Kohärenz ermöglichen und Verwirrung verhindert wird. Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion verdeutlicht außerdem, dass das Selbstverständnis einer Berufsgruppe eine Anpassungsleistung des Berufes an die realen Arbeitsbedingungen ist. Es ist daher Heterogenität zu erwarten. Jede Hebamme konstruiert eigene Selbstverständnisse der beruflichen Rolle in einem spezifischen Arbeitsumfeld.

Damit leistet die ‚Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt‘ einen Beitrag zur Theoriegenerierung im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit und der beruflichen Identität.

8.1.3. Hebammenidentitäts-Konstruktion und interprofessionelle Zusammenarbeit

Hebammenarbeit variiert in der Zusammenarbeit mit anderen Berufen. Es findet sich sowohl eine enge, kooperative Vorgehensweise, als auch eine lose Verbindung im autonomen Handeln bzw. im Hebammengeleiteten Kreißaal. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, dass erfolgreiche Zusammenarbeit weder konzeptuell näher bestimmt ist, noch bestimmte Formen von Zusammenarbeit anderen überlegen zu sein scheinen. In der Betrachtung der vorgelegten Ergebnisse vor dem Hintergrund **unterschiedlicher Arbeitsformen von interprofessioneller Zusammenarbeit** (Kapitel 3.1.2.) zeigt sich ein Zusammenhang. Die unterschiedlichen Handlungsstrategien von Hebammen im Alltag der Arbeit im Krankenhaus entsprechen unterschiedlichen Arbeitsformen. Während die autonome Handlungsweise mit einer netzwerkartigen Verbindung (Xyrichis et al. 2018) oder auch ko-kreativen Verdichtung (Schweizerische Akademie der Wissenschaften 2017) in Verbindung gebracht werden kann, entspricht das Vorgehen der Hebammen im kooperativen oder integrativen Handeln eher einer gleichberechtigten gemeinsamen Arbeit (Xyrichis et al. 2018). Sie stellen in der Perspektive der interprofessionellen Zusammenarbeit allesamt erfolgreiche Zusammenarbeit dar. Diese Sichtweise ist von besonderem Interesse für die Zusammenarbeit von autonomen Berufsgruppen, zu denen auch der Hebammenberuf zählt. Die Argumentation, dass die Anforderung der Arbeitsaufgabe die Form der Zusammenarbeit bestimmen sollte, ermöglicht auch im Setting Krankenhaus eine selbständige Hebammenarbeit. Nicht alle Geburten im Krankenhaus sind risikobehaftet und können daher in der alleinigen Betreuung der Hebamme bleiben, mit einer netzwerkartigen Verbindung zur Ärztin, die im Falle von Besonderheiten bereit steht.

Eine besondere Perspektive auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe nehmen Hansson et al. ein, die die Arbeit der Hebamme im Krankenhaus **aus der Sicht der anderen Professionen** betrachten. Fokusgruppen, bestehend aus Ärztinnen, Pflegenden und Pflegedienstmanagern, dienen der Datenerhebung. Die Hebammenperspektive wird nicht einbezogen. Die Analyse der Daten erfolgt nach der Grounded-Theory-Methodologie. Das Ergebnis ist eine Theorie der ‚verschleierte Hebammenarbeit‘ (veiled midwifery), die die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe prägt. Die Arbeit der Hebamme erscheint wenig nachvollziehbar und abgeschirmt. Hebammen zeigen ein sehr selbständiges Vorgehen, indem sie nach ihren eigenen Vorstellungen agieren und andere Berufsgruppen nicht einbeziehen (marching to their own drum). Aus der Sicht der anderen Professionen ist jedoch auch hier ein anderes Verhalten zu beobachten und die Hebamme orientiert sich mehr an den Erfordernissen der geburtshilflichen Abteilung. Dadurch erscheint das Verhalten der Hebamme nicht vorhersehbar und die Angehörigen der anderen Berufsgruppen fühlen sich dadurch ausgeschlossen. Sie reagieren darauf mit dem Wunsch, die Hebammen zu kontrollieren (Hansson et al. 2019). Hier zeigt sich, dass unterschiedliche Verhaltensweisen von Hebammen die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe beeinflussen und zu einer Reglementierung von Hebammen führen, wenn die Beziehung zu den anderen Berufen belastet ist. Dies unterstützt die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion, da auch aus der Außenperspektive der anderen Gesundheitsberufe eine nicht-einheitliche Orientierung der Hebammenarbeit zu erkennen ist.

8.1.4. Hebammenidentitäts-Konstruktion und Hebammenarbeit

Diese Arbeit untersucht die interprofessionelle Arbeitssituation von Hebammen im Setting Krankenhaus. Die vorliegenden Ergebnisse ergänzen die berufliche Identität von Hebammen als einen beeinflussenden Faktor der interprofessionellen Arbeitssituation.

In der Forschungsliteratur liegen verschiedene Ergebnisse zur beruflichen Identität von Hebammen vor. Sie beziehen sich in der Regel auf die Entstehung des beruflichen Selbstverständnisses und nur implizit auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufen. Darüber hinaus sind verschiedene Forschungsarbeiten von Interesse, die das sehr heterogene berufliche Handeln der Hebamme untersuchen und den Aspekt der unklaren und inkonsistenten Identität in den Mittelpunkt stellen (Zhang et al. 2015, O’Connell & Downe 2009, Pollard 2011, Foley & Faircloth 2003). Die Hebammenarbeit wird in allen Arbeiten als nicht gleichbleibend beschrieben. Es wird in der Regel eine Handlungsweise beschrieben, die sich am Hebammenbetreuungsmodell orientiert, und eine weitere, die im Kontrast dazu steht.

In einer Studie zur **Arbeitssituation von Hebammen im Krankenhaus** untersuchen Zhang et al., wie Hebammen ihr Selbstverständnis in diesem Setting umsetzen (Zhang et al. 2015). Sie nutzen Interviews mit Hebammen und fakultative Arbeitsberichte der Hebammen als Datengrundlage. Einer konstruktivistischen Grounded-Theory-Methodologie folgend, entwickeln sie eine Theorie der ‚**hybriden Identität**‘ von Hebammen (hybrid identity), die eine dynamische Natur der Hebammenidentität verdeutlicht. Die chinesischen Hebammen bewegen sich mit ihrem Selbstverständnis zwischen zwei entgegengesetzten Polen von beruflichem Selbstverständnis. Einerseits agieren sie aus einer inneren Definition als professionelle Hebamme (professional midwife), die sich an Schwangerschaft und Geburt als normalem Lebensereignis orientiert. Andererseits ist ein Handeln gemäß einer äußeren Definition als geburtshilflich Pflegende (obstetric nurse) zu beobachten, in dem sie an der Medizin orientiert und untergeordnet handeln. Im Kontext der klinischen Geburtshilfe, die sich auch in China an der Medizin und technischer Überwachung orientiert, agieren Hebammen jeweils wechselnd in beide Richtungen des beruflichen Selbstverständnisses. Wann immer es möglich ist, engagieren sie sich für die Betreuung der Frau gemäß ihrem Selbstverständnis als professionelle Hebamme und verbünden sich dabei mit der Frau. In anderen Situationen agieren die Hebammen im Sinne eines Kompromisses an der vorgegebenen Berufsrolle orientiert und entfernen sich dabei von ihren inneren Überzeugungen zu Schwangerschaft und Geburt (Zhang et al. 2015). Hier besteht eine Nähe zu den vorgelegten Ergebnissen dieser Arbeit. Die beiden unterschiedlichen Pole des hier beschriebenen Selbstverständnisses können auch als Teil-Identitäten aufgefasst werden.

Die **Hebammenarbeit im Krankenhaus** ist auch das Thema eines Literaturreviews von O’Connell & Downe. Sie analysieren ein dreigeteiltes Verständnis zu diesem Thema. Aus dem 14 Studien umfassenden Review ermitteln sie drei Hauptthemen. Sie finden eine ähnliche Teilung, wie in der vorliegenden Theorie der Identitäts-Konstruktion. Nach dieser Metasynthese verstehen Hebammen ihre Arbeit im Krankenhaus als ‚Versuch, die Geburt normal zu halten‘, als ‚eine Erfüllung der kulturellen Normen des Krankenhauses‘ und als ‚Macht und Kontrolle‘ (O’Connell & Downe 2009). Auch hier wird ein Spannungsfeld zwischen der Hebamme als Begleiterin der normalen Geburt und einer medizinischen und auch Krankenhaus-orientierten Arbeit deutlich.

Ähnliches fand auch Pollard 2011, die das **weitgefächerte berufliche Handeln von Hebammen** im Zusammenhang mit der aktuellen Situation in der klinischen Geburtshilfe untersucht. Sie geht davon aus, dass die Situation in britischen Kreißsälen durch schlechte Beziehungen zwischen den Berufsgruppen, Macht- und Genderfragen und die Medikalisierung von Geburt geprägt ist. Die Arbeitssituation von Hebammen im Rahmen der britischen Gesundheitsversorgung des National Health Service (NHS) ist darüber hinaus durch hierarchische Strukturen und Ausrichtung der Arbeit

nach Leitlinien beeinflusst. Gleichzeitig sind die Hebammen gesetzlich dazu verpflichtet, der Frau Wahlmöglichkeiten in der Betreuung zu eröffnen, das Hebammenbetreuungsmodell zu unterstützen und den Hebammenberuf zu professionalisieren. In dieser Situation ermittelt Pollard zwei Positionen von Hebammen in Bezug zu anderen Berufen: einerseits betrachten Hebammen andere Berufsgruppen als gleichberechtigte Kolleginnen und andererseits streben Hebammen nach einem eigenen professionellen Status, der sie als Expertinnen für die Geburt hervorhebt. Daneben stehen Hebammen, die die Kompetenz, technische Überwachung und medizinische Maßnahmen in der Geburtsbetreuung einzusetzen, höher einschätzen als die Hebammenkompetenzen zur Betreuung einer normalen Geburt (Pollard 2011). Auch hier ergeben sich Parallelen zur Identitäts-Konstruktion. Die beschriebenen Positionen der Hebammen haben Ähnlichkeit mit den drei Teil-Identitäten.

Die **Sinn-Konstruktion von Hebammenarbeit** wird auch von Foley & Faircloth beschrieben. Sie analysieren in einer Interviewstudie mit Hebammen die Auseinandersetzung mit der Medizin als Sinn-Konstruktion von Hebammenarbeit. Dabei finden sie unterschiedliche Sinn-Konstruktionen in Bezug zur Medizin. Einerseits stellt die Hebammenarbeit einen Gegensatz zur medizinischen Betreuung dar. In anderen Ausprägungen dagegen wird die Medizin als nützlicher Anteil der Hebammenarbeit betrachtet oder aber eine enge Zusammenarbeit von gleichberechtigter Hebammenarbeit und medizinischer Betreuung in das eigene Berufsverständnis integriert. Es gibt einen fließenden Wechsel, wie der Zusammenhang von Hebammenarbeit und Medizin verstanden wird, und dieser ist pragmatisch an den Erfordernissen der Alltagsarbeit ausgerichtet (Foley & Faircloth 2003). Die Sinn-Konstruktion im Sinne einer beruflichen Kohärenz findet sich hier in der spezifischen Perspektive auf den Zusammenhang von Medizin und Hebammenarbeit.

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten stehen mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit in engem Zusammenhang. Ebenso wie in der ‚Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt‘ wird das berufliche Handeln von Hebammen heterogen und an unterschiedlichen Bezügen orientiert beschrieben. Es bestehen jeweils unterschiedliche Ausprägungen eines Selbstverständnisses. In der Regel wird in Abgrenzung zum Selbstverständnis als selbständige Expertin eine weitere Ausprägung des Selbstverständnisses thematisiert. Alle Autorinnen beschreiben ein Selbstverständnis der Hebamme als Expertin für die Geburt, das sich an der Normalität von Schwangerschaft und Geburt orientiert. Hier besteht eine Verbindung zur analysierten Teil-Identität der ‚selbständigen Expertin‘, die eine ähnliche Ausrichtung in Bezug auf die Kompetenz und die Leitgedanken der Hebammenarbeit aufweist. Andere Ausprägungen des Hebammen selbstverständnisses werden mit einer Ausrichtung auf die gemeinsame Arbeit verschiedener Berufe oder die Medizin-orientierte und auch untergeordnete Arbeit als Hebamme beschrieben. Sie finden Anschluss an die Teil-Identitäten

‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ und ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘. Trotz sprachlicher Unterschiede wird eine konzeptuelle Ähnlichkeit deutlich. Die Position der Hebammen, andere Berufsgruppen als gleichberechtigte Kollegen zu betrachten (Pollard 2011) oder die Sinnkonstruktion der gleichberechtigten engen Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin (Foley & Faircloth 2003) stehen der Teilidentität ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ nahe, die sich durch die gemeinsame Kompetenz in der Geburtshilfe und die Gleichberechtigung der Berufe konstituiert. Das Konzept der Position als ‚Pflegerin in der Geburtshilfe‘ (obstetrical nurse) (Zhang et al. 2015), ebenso wie die Höherschätzung medizinischer Maßnahmen und technischer Überwachung (Pollard 2011), korrespondieren mit der Teilidentität ‚Medizin-orientierte Begleiterin der Frau‘. Alle weisen eine Medizin-Orientierung und ein untergeordnetes Verständnis der Hebamme auf. Die internationale Verbreitung dieser Konzeptionen, als Ergebnisse aus Deutschland, Großbritannien, den USA und China, unterstreicht ihre Bedeutung für die Hebammenarbeit. Die weite Verbreitung dieser Konzepte des Hebammenselbstverständnisses unterstützt die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Arbeit. Ähnlich der Situation in Deutschland, ist auch weltweit eine Dominanz der Medizin und eine Medikalisierung der Geburt zu erkennen.

Neben der Heterogenität der Hebammenidentität weisen Forschungsergebnisse auch auf die **Konstruktion von Hebammenidentität** hin. Neben den schon vorgestellten Arbeiten findet sich bei Knudsen die Konstruktion von Identität zur Erklärung der Entstehung des Hebammenselbstverständnisses (Knudsen 2016). Sie fokussiert in einer qualitativen Studie mit Hebammen die Vorstellung und Entstehung von Hebammenidentität. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen von Fokusgruppen und die Auswertung der Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Die ermittelten Hauptkategorien zeigen ein Selbstverständnis als ‚Hebamme in einer biomedizinischen Welt‘, ein ‚Gefühl Hebamme zu sein‘ und das Verständnis ‚mit der Frau zu sein‘ (being with woman). Dabei steht die Überzeugung von eigener Hebammenkompetenz neben dem Bedürfnis von Hebammen, dass die Hebammenkompetenz anerkannt wird. Auch wenn diese Selbstverständnisse nicht konkretisiert werden, zielt die Erklärung auf die Konstruktion von Identität. Die Identitäts-Konstruktion ist nach Knudsen durch die Beziehung zur Frau und die Rechtfertigung der Rolle der Hebamme im Gesundheitssystem beeinflusst. Es fehlt jedoch eine differenzierte theoretische Rahmung der Identitäts-Konstruktion. Knudsen gibt nur der Hinweis auf Identität, mit der der Alltag bewältigt wird (‚self we live by‘¹⁹). Auch andere Autorinnen bezeichnen den Umgang mit unterschiedlichen Selbstverständnissen als Konstruktion von Identität (Zhang et al. 2015, Pollard 2011, Foley & Faircloth 2003). Dieser Konstruktionsprozess wird jedoch nicht näher ausgeführt.

¹⁹ Dieser Ansatz der Identitäts-Konstruktion bezieht sich auf Gubrium & Holstein. Z.B. Gubrium & Holstein 2000.

Eine Parallele zu den **Handlungsstrategien der Identitäts-Konstruktion** von Hebammen ist bei Zhang et al. zu erkennen, die Handlungsstrategien in der Arbeit von Hebammen benennen. Sie analysieren die Strategien ‚Kompromiss‘ und ‚Engagement‘, die jeweils Subkategorien beinhalten. Die Strategie des Kompromisses mit den Subkategorien ‚sich auf die Berufsrolle der obstetrical nurse begrenzen‘, ‚sich von der Hebammenphilosophie entfernen‘ und ‚die Leitgedanken des geburtshilflichen Settings zu übernehmen‘ zeigt Parallelen zur Handlungsstrategie des ‚subordinativen Handelns‘. Engagement in Richtung einer ‚Ausübung des Hebammenberufes als Expertin für die Geburt‘ ist in der Subkategorie ‚den organisatorischen Kontext als Hebamme zu bestimmen‘ ähnlich der ‚autonomen Handlungsweise‘ bei der Hebammenidentitäts-Konstruktion der vorliegenden Arbeit.

8.1.5. Limitationen der Theorie

Die Betrachtung der beruflichen Identität von Hebammen aus einer soziologischen Perspektive eröffnet einen anderen Blick auf das Selbstverständnis von Hebammen. Die Auswirkungen des Arbeitsumfeldes sowohl auf die Arbeitszufriedenheit als auch auf das berufliche Selbstverständnis von Hebammen können die kritische Auseinandersetzung mit der bestehenden Medizin-orientierten Geburtshilfe im Setting Krankenhaus erleichtern. Diese Perspektive ergibt sich auch aus den anderen vorgestellten Erkenntnissen.

Dennoch muss mit einem kritischen Blickwinkel angemerkt werden, dass die vorgestellten Ergebnisse nicht ohne Einschränkungen sind. Zunächst ist zu konstatieren, dass die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion **nur das Phänomen der Hebammenarbeit im Krankenhaus** erklärt. Diese Spezifität der Theorie ist jedoch gleichzeitig eine Schwäche, da andere Arbeitsfelder der Hebamme nicht berücksichtigt sind. Das Hebammenselbstverständnis im außerklinischen Setting ist von der vorliegenden Theorie nicht berührt. Daneben ist zu bemerken, dass die Identitäts-Konstruktion zwar in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erfolgt, die **Perspektive der anderen Professionen** jedoch nicht umfassend berücksichtigt wurde. Das berufliche Handeln von Ärztinnen und Pflegenden wurde zwar während der Beobachtungen in die Daten einbezogen, die subjektive Sichtweise blieb jedoch unberücksichtigt. Die individuellen Zuschreibungen der anderen Gesundheitsberufe könnten eine weitergehende Perspektive auf das ermittelte Phänomen eröffnen. Die entwickelten Teil-Identitäten stehen in Beziehung mit einer medizinischen Dominanz im Krankenhaus. Die **geringe Anzahl** an geburtshilflichen Abteilungen, die an dem Forschungsvorhaben dieser Arbeit teilgenommen haben, kann jedoch nicht das ganze Spektrum geburtshilflicher Abteilungen von der Beleg-Klinik bis zum Perinatalzentrum abbilden. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Pflegenden konnte weder in den teilnehmenden

Beobachtungen noch in den Interviewsituationen in ähnlichem Umfang erfolgen, wie die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärztinnen. Die **Perspektive auf die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden** ist ggf. nicht erschöpfend berücksichtigt. Daher ist auch dieser Aspekt als Limitation der Ergebnisse zu sehen. Abschließend ist anzumerken, dass die Beobachtungssituationen der Interaktion zwischen den Berufsgruppen und des beruflichen Handelns der Hebammen nicht während einer Interaktionssituation mit einer schwangeren Frau stattfanden. Dies war aus ethischen Erwägungen ausgeschlossen (Kapitel 5.5.). Es ist nicht auszuschließen, dass die Beobachtung der Interaktion mit der und die Beziehung zur Frau weitergehende aufschlussreiche Informationen enthalten könnten.

8.2. Kritische Diskussion des Forschungsprozesses

Die kritische Reflexion der eigenen Forschungsarbeit begleitet den gesamten Forschungsprozess von der Planung bis zum Abschluss. Dennoch kommt der Reflexion zum Ende des Forschungsprozesses eine besondere Bedeutung zu. Zu diesem Zeitpunkt ist es möglich, sowohl die Ergebnisse kritisch zu betrachten, als auch den gesamten Prozess und die gewählten Methoden zu reflektieren. Bereits im Rahmen der methodischen Entscheidungen (Kapitel 5.6.) wurden relevante Qualitätskriterien qualitativer Forschung vorgestellt. Diese werden nun in Bezug auf die vorliegende Arbeit kritisch reflektiert.

Hopf definiert als erstes Qualitätskriterium qualitativer Forschung die **intersubjektive Nachvollziehbarkeit** des Forschungsprozesses und der Ergebnisse (Hopf 2012, S. 324- 331). In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Anstrengungen unternommen, diese Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Zunächst wurde das geplante Forschungsvorhaben sowohl in einen erkenntnistheoretischen als auch methodologischen Zusammenhang eingeordnet. Ebenso wurde die Triangulation der Datenerhebungsmethoden des episodischen Interviews und der teilnehmenden Beobachtung begründet. Im Zusammenhang mit den Erläuterungen zur Datenerhebung in Kapitel 6 ist so eine Nachvollziehbarkeit des Vorgehens gegeben. Die Nachvollziehbarkeit der Theoriegenerierung und der ermittelten Ergebnisse wird durch die Dokumentation der eigenen Gedanken sichergestellt. Der intensive Prozess des Memo-Schreibens wurde beispielhaft dargestellt. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung wurde darüber hinaus die eigene Reflexion zu den beobachteten Situationen in die Beobachtungsprotokolle aufgenommen. Sie liegen im Ergänzungsband vor. Diese Dokumentation der eigenen Gedanken stellt ebenso wie der fachliche Austausch mit Forscher-Kolleginnen eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit dar. Die schon beschriebene fachliche Auseinandersetzung über den Analyseprozess und die Ergebnisse (Kapitel

6.5.) sichert ebenfalls die Nachvollziehbarkeit sowohl des Vorgehens als auch der Ergebnisse der Analyse.

Ein zweites Qualitätskriterium ist als **Indikation des Forschungsprozesses** benannt. Dieser Aspekt bezieht sich auf das forschungsethische Prinzip, dass Forschung neue Erkenntnisse erbringen soll und nicht nur bereits bekannte Ergebnisse bestätigen soll. Wie in Kapitel 4 dargestellt wurde, existiert in Deutschland noch wenig Forschung zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Hebammen. Diese Arbeit ist danach von Relevanz, da der noch wenig erforschte Bereich der Zusammenarbeit in der Geburtshilfe im klinischen Setting in einem weiteren Teil exploriert werden konnte. Die Forschung zu interprofessionellen Themen ist darüber hinaus noch wenig theoriegenerierend. Auch hier schließt die vorliegende Forschung eine Lücke, indem eine gegenstandsbezogene Theorie vorgelegt wird. Bereits bei den methodischen Überlegungen zu den Forschungsfragen konnten die Auswirkungen von interprofessioneller Zusammenarbeit als relevant eingeschätzt werden.

Die **empirische Verankerung** qualitativer Forschung ist ein weiteres Qualitätsmerkmal. Hier steht das methodische Vorgehen im Vordergrund. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der Methodologie der Grounded-Theory (GTM), die eine gegenstandsbezogene Theoriegenerierung ermöglicht. Die zentralen Konzepte der GTM wurden beachtet. Das Forschungsprojekt erfolgte als iterativer Prozess in dem die Datenerhebung und -auswertung parallel verlief. So konnten sukzessiv theoretische Konzepte entstehen. In diesem Rahmen wurde auch ein theoretisches Sampling durchgeführt. Als Vergleichsgruppe wurden zwei geburtshilfliche Abteilungen mit integriertem Hebammenkreißsaal gewählt. Die Datenanalyse erfolgte gemäß den von Strauss und Corbin eingeführten Kodierprozessen des offenen, axialen und theoretischen Kodierens (Strübing 2008, S. 20).

Das letzte von Hopf benannte Kriterium zur kritischen Reflexion von qualitativer Forschung ist die **Limitation der Forschung**. Wie bereits auf der inhaltlichen Ebene der Ergebnisse diskutiert (Kapitel 8.1.), bestehen auch Begrenzungen des Forschungsprozesses. An erster Stelle ist hier zu nennen, dass der Forschungsprozess durch die Fähigkeiten der Forscherin begrenzt ist. Die zunächst bestehenden Unsicherheiten wurden durch methodische Schulung im Rahmen von Methodenworkshops verringert. Die methodische Auseinandersetzung mit qualitativer Forschung und insbesondere der Grounded-Theory-Methodologie bei Prof. Dr. Günter Mey resultierten in einer zunehmenden Sicherheit im Vorgehen und zu methodischen Entscheidungen. Eine weitere Limitation ergibt sich aus dem limitierten Zeitrahmen und Ressourcen einer Qualifikationsarbeit. Die Durchführung dieses Forschungsprojektes ohne wesentliche strukturelle oder finanzielle Unterstützung kann als negativer Einfluss gewertet werden. Wie bereits im Kapitel 1.1. beschrieben, liegt die Hauptperspektive der Forschung beim Hebammenberuf. Die Perspektiven anderer Berufsgruppen wurden weitgehend

ausgespart. Auch dieser Aspekt limitiert die Qualität der Forschung. Die im methodischen Vorgehen geplante Methoden-Triangulation wurde umgesetzt, jedoch muss kritisch angemerkt werden, dass die Beobachtungen im Krankenhaus nicht nur zeitaufwändig, sondern auch organisatorisch herausfordernd waren. Neben der Tatsache, dass nicht in allen geburtshilflichen Abteilungen eine Zustimmung zu Beobachtungen auf der Wochenbettstation zu erreichen war, hing der Umfang der Beobachtungen auch vom jeweiligen Arbeitsaufkommen in der Situation ab. Aus diesem Umstand resultiert ein relatives Übergewicht von Daten aus Interviewsituationen im Gegensatz zu Beobachtungsdaten. Mit Bezug zur Triangulation stellt dies eine Limitation dar, da die geplante Verschränkung der Perspektive auf die soziale Struktur in den Interaktionssituationen und der subjektiven Perspektive in der Erzählung nicht in höchstem Ausmaß gegeben ist. Die Erkenntnismöglichkeiten aus den Beobachtungen könnten begrenzt sein. Daneben ist die Datenerhebungsmethode des episodischen Interviews kritisch zu beleuchten. Zwar konnten in allen Interviewsituationen Erzählungen zu den interessierenden Aspekten generiert werden, jedoch war die Wahl des Interviewortes nicht immer zufriedenstellend. Mehrere Interviews fanden in Absprache mit der Befragten in einem öffentlichen Café oder einer Krankenhauscaterina statt. Die umgebende Geräuschkulisse war teilweise störend. Auch in diesen Situationen entstanden angemessene Erzählungen und die Tonqualität der digitalen Aufzeichnung war zufriedenstellend. Ein ruhigerer Interviewort hätte jedoch eine noch bessere Beziehungsebene zwischen der Forscherin und der Befragten ermöglicht. Positiv ist zu werten, dass der geplante Zugang zu realen Berufssituationen als gelungen betrachtet werden kann. Beobachtungen konnten in sechs unterschiedlichen Settings erfolgen. Die Forscherin hatte freien Zugang zu allen Situationen im geplanten Umfang. Es konnten sowohl ruhige als auch arbeitsintensive Berufssituationen beobachtet werden und die Beziehung zu den beobachteten Personen war durch Offenheit geprägt. Die Begrenzung der Beobachtungssituationen auf Situationen ohne Kontakt zu schwangeren Frauen und Wöchnerinnen mit ihren Kindern erwies sich als nicht sehr einschränkend. Auch in den verbleibenden Situationen im Dienstzimmer oder auf den öffentlichen Krankenhausfluren konnten umfassende Beobachtungen durchgeführt werden.

Resümierend kann festgehalten werden, dass das offene qualitative Vorgehen im Forschungsprozess angemessen war, das Vorgehen situativ anzupassen. Die vorgelegten Ergebnisse repräsentieren die geplanten erkenntnistheoretischen Zugänge der Ethnomethodologie und des symbolischen Interaktionismus. Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt weist sowohl auf die soziale Struktur in der interprofessionellen Zusammenarbeit, als auch auf den gemeinsam hergestellten Sinn in dieser Situation hin. Die formulierten Forschungsfragen nach den Strukturen der

interprofessionellen Arbeitssituation und Sichtweise der Hebammen auf die Zusammenarbeit werden durch die vorgelegten Ergebnisse beantwortet. Die Ergebnisse heben die Hebammenidentitäts-Konstruktion als wichtige strukturelle Bedingung der interprofessionellen Zusammenarbeit hervor. In diesen Konstruktionen der verschiedenen Teil-Identitäten zeigt sich gleichzeitig die Hebammensicht auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

9. Implikationen für die Praxis und die Forschung

In diesem Kapitel werden aus der kritischen Betrachtung der vorliegenden Ergebnisse im vorhergehenden Kapitel mögliche Schlussfolgerungen für die Verwendung der Ergebnisse in der beruflichen Praxis der Hebammenarbeit und der hebammenwissenschaftlichen Forschung gezogen. Anlass von Forschung ist der Anspruch, relevante Erkenntnisse für einen spezifischen Bereich zu generieren. Diesen Anspruch verfolgt auch das vorliegende Projekt, sodass die Folgerungen in diesem Kapitel den Endpunkt zu den ersten Überlegungen zu diesem Forschungsprojekt bilden.

9.1. Implikationen für die berufliche Praxis

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass die interprofessionelle Arbeitssituation von Hebammen im Setting Krankenhaus sehr durch das berufliche Selbstverständnis von Hebammen geprägt ist. Darüber hinaus ist die Hebammenidentität keinem Entwicklungsprozess über die Zeit unterworfen, sondern eine aktive Konstruktion jeder Person. Den Ausgangspunkt bilden heterogene komplexe Anforderungen, die einen Umgang mit den sich auch widersprechenden Anforderungen erschweren. Die Hebammenidentitäts-Konstruktion zeigt neben einer Bewältigung der Arbeitssituation auch die **Einflussnahme des Settings Krankenhaus auf den Hebammenberuf**. Wie gezeigt werden konnte, hat bereits ein tiefgreifender Einfluss auf das Selbstverständnis von Hebammen stattgefunden. Diesen gilt es wahrzunehmen und zu reflektieren. Der größte Teil der Hebammen arbeitet, zumindest teilweise, im Setting Krankenhaus und ist demzufolge auch mit den besonderen Anforderungen und Herausforderungen konfrontiert. Die Anerkennung, dass im Hebammenberuf selten eine selbständige oder noch weiterreichende autonome Berufsausübung im Setting Krankenhaus möglich ist, ist die Voraussetzung für eine kritische Auseinandersetzung mit der realen Arbeitssituation. Erst daraus kann sich schließlich eine Veränderung ergeben. Das Beharren auf den bestehenden gesetzlichen Grundlagen für den Hebammenberuf kann den Einfluss des Arbeitsumfeldes auf die einzelne Hebamme und den ganzen Berufsstand nicht begrenzen.

Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion ermöglicht die kritische Reflexion des bestehenden Hebammenselbstverständnisses. Dabei ist die Arbeitssituation von Hebammenarbeit im Krankenhaus von besonderer Bedeutung. Die vorgelegte Theorie versetzt Hebammen in die Lage, ein **professionelles Verständnis von Hebammenarbeit im Krankenhaus** entwickeln. Das gesetzliche autonome Berufsbild führt in dieser Situation in der Regel nicht weiter. Eine professionelle

Hebammenidentität in der Zusammenarbeit mit anderen Berufen kann die Teil-Identität der ‚selbständigen Expertin‘, aber auch die Teil-Identität als ‚Teil des geburtshilflichen Teams‘ darstellen, da beide eine selbständige Perspektive der Hebammenarbeit beinhalten. Die ausschließliche Forderung einer autonomen Position der Hebamme in einem komplexen Gesundheitssystem und insbesondere im Setting Krankenhaus ist nicht erfolgversprechend, um die Position der Hebamme zu stärken. Die Eigenständigkeit des Berufes kann jedoch durch die Verteidigung und den Ausbau eines **spezifischen Hebammen(wissenschaftlichen)wissens** unterstrichen und gesichert werden. Das Sichtbarmachen von Hebammenkompetenzen ist dabei von entscheidender Bedeutung, da der in dieser Arbeit beschriebene Kompetenzverlust und der Umgang mit fachlicher Unsicherheit von Hebammen den Berufsstand im Beziehungsgefüge des Krankenhauses schwächen. Berufsspezifisches Wissen und die Entwicklung eines eigenständigen wissenschaftlichen Wissens zur peripartalen Versorgung bilden die Basis, um Wissen und Kompetenzen selbständig und souverän in die geburtshilfliche Arbeit einzubringen. Dazu gehört eine Ausweitung des Fachwissens zu physiologischen Prozessen während der reproduktiven Lebensphase und der methodischen Kompetenz zur Situations- und Fallanalyse. Darüber hinaus sollten die spezifischen diagnostischen Fähigkeiten der Hebamme in Form von manuellen Fähigkeiten bewahrt werden. Das erfordert eine Veränderung der Strukturen in der alltäglichen Arbeit. Hebammen müssen einen **festen Platz in der fachlichen Auseinandersetzung einfordern** und erhalten. Ebenso müssen Hebammen einen Platz in interdisziplinären Fallbesprechungen einnehmen. Darüber hinaus benötigen Hebammen einen eigenverantwortlichen Arbeitsbereich im Krankenhaus, der dem autonomen Berufsbild entspricht und das Erlernen und Ausüben der berufsspezifischen Kompetenzen ermöglicht.

Neben den strukturellen Veränderungen im Arbeitsumfeld ist eine Auseinandersetzung mit der beruflichen Identität innerhalb des Berufsstandes von Bedeutung. Aus den gesetzlichen Bestimmungen kann kein berufliches Selbstverständnis für die Arbeit im Krankenhaus abgeleitet werden. Es obliegt den Hebammen, die Hebammenarbeit im Krankenhaus unter den aktuellen Gegebenheiten zu gestalten. Dazu ist es sinnvoll, die **theoretische Grundlegung der Hebammenarbeit** weiter voranzutreiben und mit Theorien und Modellen zu unterstützen. Aus der Zusammenführung von relevanten Theorien und Modellen aus den Bezugswissenschaften kann ein identitätsstiftender Theorie-Rahmen von Hebammenarbeit entstehen. Dies beinhaltet die Auseinandersetzung mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als normalem Lebensereignis und dem Stellenwert einer theoretischen Fundierung und Evidenzbasierung der Hebammenarbeit. Daraus kann ein verbindlicher Theorierahmen entstehen, der in die akademische Qualifikation von Hebammen aufgenommen und über Fortbildungsmaßnahmen in der Berufsgruppe implementiert werden kann. Insbesondere in Studiengängen, die den nachqualifizierenden Bachelor-Abschluss beinhalten, sollte eine intensive **Auseinandersetzung mit dem eigenen beruflichen**

Selbstverständnis und einer dem autonomen Anspruch des Berufes angemessenen Hebammenarbeit im Setting Krankenhaus erfolgen. Damit kann die Bildung eines beruflichen Selbstverständnisses erleichtert werden. Anknüpfend an die Identitäts-Konstruktion ist in der Berufsgruppe der Hebammen jedoch auch anzuerkennen, dass es kein richtiges oder falsches berufliches Selbstverständnis als Hebamme gibt. Das **Selbstverständnis kann sich je nach Arbeitsumfeld unterscheiden** und dennoch an den gleichen theoretischen Grundsätzen orientieren. Eine selbständige Hebammenarbeit im außerklinischen Bereich unterscheidet sich demzufolge von selbständiger Hebammenarbeit im Krankenhaus, beide stellen aber eine angemessene berufliche Tätigkeit dar. Eine sinnhaft erlebte Hebammenarbeit in vielfältigen Zusammenhängen, die sich an grundlegenden beruflichen Kennzeichen orientiert, ist erstrebenswert. Im Hebammen-Studium sollte die Auseinandersetzung mit beruflicher Identität einen festen Platz bekommen und die **Entstehung einer Identität gefördert werden**. Die Identitäts-Konstruktion bietet dabei die Möglichkeit, die bestehenden herausfordernden Arbeitsbedingungen konstituierend in die Identitätsbildung einzubeziehen und nicht nur als limitierende Variable zu kritisieren. Die Einbeziehung von spezifischem Fachwissen in die Hebammenarbeit, auch wenn diese nicht autonom erfolgt, und das Einfordern von fachlichem Austausch können dabei wichtige Aspekte sein.

Neben dem Erfordernis eines Reflexionsprozesses der beruflichen Rolle ist auch die Auseinandersetzung mit den **Auswirkungen der Hebammenidentität auf die interprofessionelle Zusammenarbeit** von Bedeutung. Sie ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit nicht nur von den Beziehungen zwischen den Gesundheitsberufen, sondern auch vom jeweiligen beruflichen Selbstverständnis abhängig. So wie autonome Hebammenarbeit die Zusammenarbeit beeinflusst, geschieht dies auch mit einem untergeordneten Verhalten. Ärztinnen und Pflegende sind von dem wechselnden Verhalten von Hebammen betroffen und müssen in dieser unklaren Situation interagieren. Ihr Verhalten ist damit auch eine Reaktion auf die eigene Darstellung der Hebamme. Voraussetzung für eine Veränderung der interprofessionellen Arbeitssituation von Hebammen im Setting Krankenhaus ist eine selbständige und fachlich kompetente Berufsausübung. Das selbständige oder untergeordnete Verhalten der Hebamme ist als intervenierende Bedingung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu betrachten.

9.2. Implikationen für die Forschung

Die Ergebnisse dieser Arbeit können auch Auswirkungen auf den Bereich der hebammenwissenschaftlichen Forschung haben. Zunächst besteht Bedarf, die tatsächlichen **Arbeitsbedingungen im Setting Krankenhaus** für den Hebammenberuf, ebenso wie für alle anderen

Gesundheitsberufe, zu untersuchen und zu evaluieren. Daraus können sich protektive und gefährdende Aspekte für den Hebammenberuf ergeben und darüber hinaus Klarheit, ob das bestehende Arbeitsumfeld im Krankenhaus das Erlernen hebammenspezifischer Kompetenzen ermöglicht. Dies gilt in gleicher Weise für die **interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe** im Krankenhaus. Da in Deutschland noch kaum Daten zur gemeinsamen Arbeit von Hebammen, Ärztinnen und Pflegenden vorliegen, wird eine Verbesserung der Zusammenarbeit durch konkrete Interventionen weitgehend verhindert. Aufbauend auf einer Analyse der bestehenden Arbeitsbedingungen können in einem nächsten Schritt die Auswirkungen dieser Zusammenarbeit fokussiert werden. Aus den Erkenntnissen der bestehenden Zusammenarbeit können förderliche und hemmende Faktoren abgeleitet werden und auch mit den Daten zum **gesundheitlichen Outcome von Mutter und Kind** in Zusammenhang gesetzt werden. In Forschungsvorhaben zur bestehenden interprofessionellen Zusammenarbeit sollte die Sichtweise aller beteiligten Gesundheitsberufe mit einbezogen werden, die in dieser vorliegenden Arbeit ausgeklammert werden. Auch aus solchen Daten sind reiche Erkenntnisse zu erwarten.

Ein anderer Forschungsbereich entsteht in der Beschäftigung mit dem beruflichen Selbstverständnis von Gesundheitsberufen. Eine Untersuchung der **beruflichen Überzeugungen und Wertmaßstäbe** könnte einen weiteren Einblick in dieses prägende Element der Gesundheitsversorgung bieten. Die berufliche Identität der Hebammen, ebenso wie die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Geburtshilfe, steht dabei nicht nur für sich selbst, sondern ist immer **im Zusammenhang mit den schwangeren Frauen und Wöchnerinnen** zu betrachten. Daraus folgt, dass die beiden Themenbereiche der beruflichen Identität der Gesundheitsberufe und der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe mit den Bedürfnissen und Erwartungen der Frauen in Beziehung gesetzt werden sollten. Dies könnte ein kritischer Punkt in der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Familien sein.

10. Ausblick

Die geburtshilfliche Versorgung im Setting Krankenhaus ist von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Die vorliegende Arbeit hat ein Schlaglicht auf das berufliche Selbstverständnis von Hebammen geworfen. Sowohl die Konstruktion von Teil-Identitäten als auch die Auswirkungen der unterschiedlichen Handlungsweisen von Hebammen ermöglichen ein besseres Verständnis von Hebammenarbeit im Krankenhaus. Die Arbeitsbedingungen in diesem Setting stellen nicht nur eine Herausforderung für die alltägliche Arbeit dar, sondern nehmen Einfluss auf das Selbstverständnis der Berufsgruppe der Hebammen. Der Hebammenberuf hat sich danach in den vergangenen Jahrzehnten schon deutlich verändert und dies wird sich mit zukünftigen Veränderungen in der Arbeitswelt weiter fortsetzen. Wenn es einen schützenswerten Kern des Hebammenberufes gibt, muss dieser klar benannt und in einer inhaltlichen Auseinandersetzung innerhalb der Berufsgruppe konkretisiert werden. Dann kann er ein Teil der Identitäts-Konstruktion bleiben und seine Bedeutung behalten. Angesichts der teilweise prekären Arbeitssituation in der Geburtshilfe und der aktuellen Akademisierung der Hebammenqualifizierung ist es an der Zeit, das Selbstverständnis des Hebammenberufes zukunftsorientiert zu diskutieren. Dazu gehört, in einer gesellschaftlichen Perspektive den Hebammenberuf im Gesundheitssystem zu positionieren und dabei die individuelle Perspektive der Einzigartigkeit jeder Geburt im Fokus der Hebammenarbeit zu behalten. Es ist hilfreich, den eigenen Einfluss der Hebammen auf das geburtshilfliche Feld zu bedenken. Der institutionelle und gesellschaftliche Kontext ist nur ein Faktor der Arbeitssituation. Die Handlungsweise der Hebammen beeinflusst die Arbeitssituation in ähnlichem Ausmaß. Ein selbstbewusstes, fachkompetentes Handeln erzeugt eine andere Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Pflegenden als die eigene Subordination. Eine umfangreiche Vermittlung von hebammenspezifischen Kompetenzen und die Unterstützung eines autonomen Selbstverständnisses, das auch den realen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus angemessen ist, sind Voraussetzung einer gleichberechtigten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und auch eines selbständigen Tätigkeitsbereiches. Ausgehend von der Identitäts-Konstruktion beruflicher Identität ist angesichts der bevorstehenden Akademisierung des Hebammenberufes die Konstruktion eines akademischen Hebammen-selbstverständnisses notwendig. Wie verstehen Hebammen sich als wissenschaftlich ausgebildete Fachexpertin in der Begleitung eines normalen Lebensereignisses? Das ist der Kristallisationspunkt aller zukünftigen Veränderungsprozesse innerhalb des Berufsstandes und der institutionellen Arbeitsbedingungen.

Literatur

Abels, H. (2010a). *Identität*. Wiesbaden: VS Verlag.

Abels, H. (2010b). *Interaktion, Identität, Präsentation*. Wiesbaden: VS Verlag.

Achterfeld, C. (2014). *Aufgabenteilung im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.

Anselm, Sigrun (1997). Identifizierung und Selbstbehauptung. Überlegungen zu einer aktuellen Dimension des Anerkennungskonfliktes. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg), *Identitätsarbeit heute* (S. 135-148). Frankfurt: suhrkamp.

Aquino, M. R., Olander, e. K., Needle, J. J., Bryar, R. M. (2016). Midwives' and health visitors' collaborative relationships: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 193- 206.

Arbeitsgruppe Datenschutz und qualitative Sozialforschung (2014). *Datenschutzrechtliche Anforderungen bei der Generierung und Archivierung qualitativer Interviewdaten*, RatSWD Working Paper, No. 238, Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten(RatSWD), Berlin. Verfügbar unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/97181/1/785263330.pdf> Zugriff am 01.03.2019.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (2016). *Von Vielem zu viel, von Wichtigem zu wenig- Versorgungsprobleme während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Folgen für die Frauengesundheit in Deutschland*. Berlin.

Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International Journal of Health Planning And Management*, 21, 75- 88.

Baitsch, C. & Schilling, A. (1990). Zum Umgang mit identitätsbedrohender Arbeit. *Psychosozial*, 13(3), 26-39.

Barr, H. (1998). Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181- 187.

Beasley, S., Ford, N., Tracy, S. K. & Welsh, A. W. (2012). Collaboration in Maternity Care is achievable and practical. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 52, 576- 581.

BDH- Bund Deutscher Hebammen e.V. (2003). *Hebammenstandpunkt Schwangerenvorsorge*. Karlsruhe.

BDH- Bund Deutscher Hebammen e.V. (2006). *Zwischen Bevormundung und Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen*. Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen e.V.

BDH- Bund Deutscher Hebammen e.V. (2007). *Hebammen-Standpunkte – Kaiserschnitt ohne strenge medizinische Indikation*. Karlsruhe.

Berg, C. & Milmeister, M. (2011). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden: über Kodierverfahren der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 303- 332). Wiesbaden: VS Verlag.

- Bergmann, J. R. (2012). Ethnomethodologie. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 118- 135). Reinbek: rowohlts enzyklopädie.
- Bernloehr, A., Smith, P., Vydelingum, V. (2005). Antenatal care in the European Union: A survey on guidelines in all 25 member states of the Community. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 122, 22-23.
- Bertelsmann Stiftung (2012). *Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Faktencheck Gesundheit*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bertelsmann Stiftung (2017). *Faktencheck – Pflegepersonal im Krankenhaus*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bilden, H. (1997). Das Individuum – ein dynamisches System vielfältiger Teil-Selbste. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute* (S. 227- 249). Frankfurt: suhrkamp.
- Blumer, H. (2004). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In J. Strübing & B. Schnettler (Hrsg.), *Methodologie interpretativer Sozialforschung* (S. 321- 385). Konstanz: UKV.
- Breidenstein, G., Hirschauer, S., Kalthoff, H. & Nieswand, B. (2013). *Ethnographie*. Konstanz: UVK.
- Bundesärztekammer (2017). *Stationär tätige Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen*. Stand: 31.12.2017.
Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf Zugriff am: 23.03.2019.
- BMG- Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt*. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Br oschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf Zugriff am 01.03.2019.
- BMG- Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz– HebRefG)*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammenreformgesetz.html>. Zugriff am: 20.11.2019.
- Burns, E., Fenwick, J., Schmied, V. & Sheehan, A. (2012). Reflexivity in Midwifery Research: The insider/outsider debate. *Midwifery*, 28, 52- 60.
- Burtscher, M. J., Kolbe, M., Wacker, J. & Manser, T. (2011). Interactions of Team Mental Models and Monitoring Behaviors Predict Team Performance in Simulated Anesthesia Inductions. *Journal of Experimental Psychology*, 17, 257- 269.
- CIHC- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver BC: Canadian Interprofessional Health Collaborative.
- Chalubinski, K. M. (2016). Normale Geburt. In H. Schneider, P. Husslein, K.T.M. Schneider, *Die Geburtshilfe* (S. 663- 686). 5. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Charmaz, K. C. (2011). Den Standpunkt verändern: Methoden der konstruktivistischen Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 181- 205). Wiesbaden: VS.

Clarke, A. E. (2011). Von der Grounded-Theory-Methodologie zur Situationsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 207- 229). Wiesbaden: VS Verlag.

Condell, S. L. (2008). Writing fieldnotes in an ethnographic study of peers - collaborative experiences from the field. *Journal of Research in Nursing*, 13(4), 325- 335.

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Corbin, J. M. (2011). Eine analytische Reise unternehmen. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 163- 180). Wiesbaden: VS Verlag.

Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research*. Los Angeles: SAGE.

Cronie, D., Rijnders, M., Verhoeven, C. J. & de Vries, R. (2019). How good is collaboration between maternity service providers in the Netherlands? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 21- 30.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 116- 131.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martín-Rodriguez, L. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Service Research*, 8, 188.

Darmstädter, T. & Mey, G. (1998). Identität im Selbstwiderspruch oder "Die Schizophrenie des Lebens": theoretische Einwände gegen "postmoderne" Konzeptualisierungsversuche von Identität. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 22, 65- 94.

DGGG- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AGMedR) (2012). Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe- Aus ärztlicher Sicht. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-030.htm>
Zugriff am: 16.07.2018.

DGHWI- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (2016). Über die DGHWI. Verfügbar unter: <https://www.dghwi.de/index.php/ueber-die-dghwi> Zugriff am: 02.12.2019.

DGP- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) (2016). Ethikkodex Pflegeforschung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Verfügbar unter: <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/Ethikkodex-Pflegeforschung-DGP-Logo-2017-05-25.pdf> Zugriff am: 01.03.2019.

DGPM- Deutsche Gesellschaft für perinatale Medizin (DGPM) (2015). S1-Leitlinie 087-001: Leitlinie für die strukturellen Voraussetzungen in der perinatologischen Versorgung. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001I_S1_Perinatologische_Versorgung_2015-05.pdf Zugriff am: 19.02.2019.

DGS- Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) & Bundesverband Deutscher Soziologen (BDS) (2017). Ethik-Kodex der deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Bundesverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen. Stand 10.Juni 2017. Verfügbar unter: https://soziologie.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Ethik-Kodex_2017-06-10.pdf
Zugriff: 01.03.2019.

DHV- Deutscher Hebammenverband e.V. (2012). Positionspapier Hebammenkreißaal. Karlsruhe.

DHV- Deutscher Hebammenverband e.V. (2017). Eine Ethik für Hebammen. Karlsruhe. Den Delegierten zur Bundesdelegiertenversammlung 2017 durch die AG Ethik vorgelegt und beschlossen in Berlin im November 2017.

DKG- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018). DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung vom 29.09.2015, geändert am 17.09.2018. Verfügbar unter:
https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.11_Aus- und Weiterbildung von Pflegeberufen/DKG-Empfehlung_zur_pflegerischen_Weiterbildung_vom_29.09.2015/2019_06_18_DKG-Empfehlung_Weiterbildung_Pflege.pdf Zugriff am: 26.03.2019.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2019). Definitionen. Verfügbar unter:
<https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/> Zugriff am: 26.03.2019.

Dornseiff, F. (2004). Der deutsche Wortschatz nach Sprachgruppen. 8., völlig neu bearbeitete und mit einem vollständigen alphabetischen Zugriffsregister versehene Auflage von Uwe Quasthoff. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Dresing, T. & Pehl, T. (2010). Transkription. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 723- 733). Wiesbaden: VS Verlag.

Duden (2015). Das Fremdwörterbuch. Berlin: Dudenverlag.

Erikson, E. H. (1966). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.

Faßnacht, G. (1995). Systematische Verhaltensbeobachtung. München: Ernst Reinhardt.

Flick, U. (2002). Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten. In D. Schaeffer & G. Müller- Mundt (Hrsg.), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (S. 203- 220). Bern: Hans Huber.

Flick, U. (2010). Triangulation. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 278- 289). Wiesbaden: VS Verlag.

Flick, U. (2012). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 309- 318). Reinbek: rowohlt's enzyklopädie.

Flick, U. (2017). Qualitative Sozialforschung. Reinbek: rowohlt's enzyklopädie.

Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2012). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 13- 29). Reinbek: rowohlt's enzyklopädie.

Foley, L. & Faircloth, C. A. (2003). Medicine as discursive resource: legitimation in the work narratives of midwives. *Sociology of Health & Illness*, 25(2), 165- 184.

Fox, A. & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centered care: critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 113- 118.

Frank, J., Snel, L., Sherbino, J. (Hrsg.) (2015). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Franke, A. (2012). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2010). Grounded Theory. Bern: Hans Huber.

Glaser, B. G. unter Mitarbeit von Holton, J. A. (2011). Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Grounded Theory Reader (S. 137- 161). Wiesbaden: VS Verlag.

Gnirs, J., Schneider, K.T.M., Schiermeier, S. (2016). Geburtsüberwachung. In H. Schneider, P. Husslein, K.T.M. Schneider, Die Geburtshilfe (S. 693- 747). 5. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Goffman, E. (2013). Wir spielen alle Theater. München: Piper.

Greve, W. & Wentura, D. (1997). Wissenschaftliche Beobachtung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Grzanna, C. (2011). Die subjektiven Theorien von Absolventen der Wirtschaftspädagogik über ihre Berufsidentität - Ergebnisse einer explorativen Studie. In U. Faßhauer, B. Fürstman & E. Wuttke (Hrsg.), Grundlagenforschung zum Dualen System und Kompetenzentwicklung (S. 9- 20). Opladen: Budrich.

Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (2000). The Self in a World of Going Concerns. Symbolic Interaction, 23, 95- 115.

Haddara, W. & Lingard, L. (2013). Are we all on the same page? A Discourse Analysis of Interprofessional Collaboration. Academic Medicine, 88(10), 1509- 1515.

Haller, G., Garnerin, P., Morales, M. A., Pfister, R. B. M., Irion, O., Clergue, F. & Kern, C. (2008). Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. International Journal for Quality in Health Care, 20(4), 254- 263.

Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G. & Carlsson, I. (2019). Veiled midwifery in the baby factory - A grounded theory study. Women and Birth, 32, 80- 86.

Harris, S. J., Janssen, P. A., Saxell, L., Carty, E. A., MacRea, G. S. & Petersen, K. L. (2012). Effect of collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal outcomes. CMAJ, 20, 1885- 1892.

Hastie, C. & Fahy, K. (2011). Inter-professional collaboration in delivery suite: a qualitative study. Women and Birth, 24(2), 72-9.

Hauke, K. & Dippong, N. (2012). Legitimationsprobleme moderner Geburtsmedizin. Ethik der Medizin, 24, 43- 55.

Haußer, K. (1997). Identitätsentwicklung – vom Phasenuniversalismus zur Erfahrungsverarbeitung. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), Identitätsarbeit heute (S. 120- 134). Frankfurt: suhrkamp.

Heatley, M. & Kruske, S. (2011). Defining collaboration in Australian maternity care. Women und Birth, 24(2), 53 - 57.

- Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag.
- Henneman, E. A., Lee, J. L. & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103- 109.
- Hiersche, F. (2003). Die rechtliche Position der Hebamme bei der Geburt. Frankfurt: Peter Lang.
- Hirschauer, S. (2002). Grundzüge der Ethnographie und die Grenzen verbaler Daten. In D. Schaeffer & G. Müller- Mundt (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 35- 46). Bern: Hans Huber.
- Hochschule Osnabrück (2018, 20. Dezember). Hochschule Osnabrück feiert Pionierleistung mit Festveranstaltung. [Pressemeldung]. Verfügbar unter: <https://www.hs-osnabrueck.de/de/nachrichten/2018/12/bundesweit-erster-studiengang-fuer-hebammen-wird-zehn-jahre-alt/> Zugriff am 09.12.2019.
- Hoff, E. (1990). Identität und Arbeit. *Psychosozial*, 13(3), 7- 25.
- Holland, J. L., Johnston, J. A., Asama, N. F. (1993). The Vocational Identity Scale: A Diagnostic and Treatment Tool. *Journal of Career Assessment*, 1, 1-12.
- Hopf, C. (2012). Forschungsethik und qualitative Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 589- 600). Reinbek: rowohlt's enzyklopädie.
- Howard, J. A. (2000). Social Psychology of Identities. *Annu. Rev. Sociol*, 26, 367- 393.
- Hunter, B. & Segrott, J. (2014). Renegotiating inter-professional boundaries in maternity care: implementing a clinical pathway for normal labour. *Sociology of Health & Illness*, 36, 1-19.
- Illich, I. (1995). Die Nemesis der Medizin. München: C.H. Beck.
- ICM- International Confederation of Midwives (2014a). Core document. International Code of Ethics for Midwives. Adopted at Glasgow International Council meeting, 2008, Reviewed and adopted at Prague Council meeting, 2014. Verfügbar unter: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf> Zugriff am: 26.03.2019.
- ICM- International Confederation of Midwives (2014b). Core document. Philosophy and Model of Midwifery care. Adopted at Brisbane Council meeting, 2005. Reviewed and adopted at Prague Council meeting, 2014. Verfügbar unter: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf> Zugriff am: 26.03.2019.
- ICM- International Confederation of Midwives (2017a). Core document. International Definition of the Midwife. Revised and adopted by ICM Council June 15, 2011, Revised and adopted at Toronto Council meeting, 2017. Verfügbar unter: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition-of-the-midwife-2017.pdf> Zugriff am: 26.03.2019.

ICM- International Confederation of Midwives (2017b). Position Statement. Midwifery: An Autonomous Profession. Adopted at Brisbane International Council meeting, 2005, Revised at Toronto International Council meeting, 2017. Verfügbar unter: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/midwifery-an-autonomous-profession.pdf> Zugriff am: 29.03.2019.

ICM- International Confederation of Midwives (2018). Essential Competencies for Midwifery Practice. 2018 Update. Verfügbar unter: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-en-screens.pdf> Zugriff am: 26.03.2019.

IQTIG- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2018). Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. Berlin. Verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_VO2_2018-08-01.pdf Zugriff am: 20.03.2019

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011). Core Competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.

Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I. & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59, 562- 569.

Kelle, U. & Kluge, S. (2010). Vom Einzelfall zum Typus. Wiesbaden: VS Verlag.

Kennedy, H. P. & Lyndon, A. (2008). Tension and Teamwork in Nursing and Midwifery Relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(4), 426- 435.

Keupp, H. (1997). Diskursarena Identität: Lernprozesse in der Identitätsforschung. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute* (S. 11- 39). Frankfurt: suhrkamp.

Keupp, H. (2005). Patchworkidentität - Riskante Chancen bei prekären Ressourcen. Vortrag in Dortmund. 20.05.2005

Keupp, H. (2008). Identitätskonstruktionen in der spätmodernen Gesellschaft. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 7(2), 291- 308.

Keupp, H. (2012). Identitäten – befreit von Identitätszwängen, aber nicht von Identitätsarbeit. *Zeitschrift für Pädagogik und Theologie*, (2), 100- 111.

Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W. & Straus, F. (2013). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. 5. Auflage. Reinbek: rororo.

Kiegelmann, M. (2010). Ethik. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 382- 394). Wiesbaden: VS Verlag.

Klein, M. C., Kaczorowski, J., Hall, W. A., Fraser, W., Liston, R. M., Eftekhary, S., Brant, R., Masse, L. C., Rosinski, J., Mehrabadi, A., Baradaran, N., Tomkinson, J., Dore, S., McNiven, P. C., Saxell, L., Lindstrom, K., Grant, J. & Chamberlaine, A. (2009). The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: many differences but important similarities. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 31(9), 827-40.

- Knehe, H. M. (2016). Die Haftung der Hebamme. Berlin: Springer.
- Knudsen, M. L. M. (2016). An investigation into Danish midwives' perception of their own professional identity and the care they provide to women. In Royal College of Midwives and the European Midwives Association (Hrsg.), EMA 5th educational conference.
- Kraft, U. & Udris, I. (1990). Aspekte beruflicher Identität bei Frauen. *Psychosozial*, 13(3), 40- 55.
- Krappmann, L. (1997). Die Identitätsproblematik nach Erikson aus einer interaktionistischen Sicht. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute* (S. 66- 92). Frankfurt: suhrkamp.
- Krappmann, L. (2016). *Soziologische Dimensionen der Identität*. 12. Auflag. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kraus, W. & Mitzscherlich, B. (1997). Abschied vom Großprojekt. Normative Grundlagen der empirischen Identitätsforschung in der Tradition von James E. Marcia und die Notwendigkeit ihrer Reformulierung. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute* (S. 149- 173). Frankfurt: suhrkamp.
- Krohwinkel, M. (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. *Forschung, Theorie und Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Louwen, F. (2016). Die Zukunftsperspektiven der Subdisziplinen - Perinatologie. *Der Gynäkologe*, DOI 10.1007/s00129-016-3945-7.
- Lüders, C. (2012). Beobachten im Feld und Ethnografie. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 384- 401). Reinbek: rowohlt's enzyklopädie.
- Lyndon, A., Zlatnik, M. G., Maxfield, D. G., Lewis, A., McMillan, C. & Powell Kennedy, H. (2013). Contributions of Clinical Disconnections and Unresolved Conflict to Failures in Intrapartum Safety. *JOGNN*, 43, 2- 12.
- Macdonald, D., Snelgrove- Clarke, E., Campbell- Yeo, M., Aston, M., Helwig, M., Baker, K. A. (2015). The experience of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(11), 74- 127.
- MacIntosh, J. (2003). Reworking Professional Nursing Identity. *Western Journal of Nursing Research*, 2003, 25(6), 725-741.
- Mackintosh, N., Berridge, E. & Freeth, D. (2009). Supporting structures for team situation awareness and decision making: insights from four delivery suites. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 46- 54.
- Mahler, C., Karstens, S., Roos, M. & Szecsenyi, J. (2012). Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang "Interprofessionelle Gesundheitsversorgung". *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106, 523- 532.

- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen - Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 31(4) DOI:10.3205/zma000932
- Maxfield, D., Lyndon, A., Powell Kennedy, H., O'Keeffe, D. & Zlatnik, M. (2013). Confronting safety gaps across labor and delivery teams. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, (11), 402- 408.
- McIntyre, M., Francis, K., Chapman, Y. (2012). The struggle for contested boundaries in the move to collaborative care teams in Australian maternity care. *Midwifery*, 28, 298- 305.
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 614- 626). Wiesbaden: VS Verlag.
- MGEPA- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013). Gesundheitsberichte Spezial. Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen: Gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen in Nordrhein-Westfalen während der Schwangerschaft und rund um die Geburt. VNr. 145. Verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/gesundheitsberichte-nrw-spezial/gesundheit_spezial_schwangerschaft_und_geburt.pdf. Zugriff am: 01.03.2019.
- MGEPA- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015). Der runde Tisch Geburtshilfe- Abschlussbericht. VNr. 165. Verfügbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/finale_fassung_abschlussbericht_rt_-_pdf.pdf. Zugriff am: 27.03.2019.
- Mieg, H. & Woschnack, U. (2002). Die berufliche Identität von Umweltdienstleistern: Altes, neues oder ohne Berufsbild? *Arbeit*, 11(3), 185- 198.
- Montgomery, P. & Bailey, P. H. (2007). Field Notes and Theoretical Memos in Grounded Theory. *Western Journal of Nursing Research*, 29(1), 65- 79.
- Mulhall, A. (2003). In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 306- 313.
- Munro, S., Kornelsen, J. & Grzybowski, S. (2013). Models of maternity care in rural environments: Barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*, 29, 646- 652.
- Murray-Davis, B. (2008). Women's Experiences of Consultation: Negotiating Conflicting Models of Birth. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 7(2), 22- 30.
- Murray-Davis, B., Marshall, M. & Gordon, F. (2011). What do midwives think about interprofessional working and learning? *Midwifery*, 27(3), 376 - 381.
- Olander, E., Coates, R., Brook, J., Ayers, S. & Salmon D, (2018). A multi-method evaluation of interprofessional education for healthcare professionals caring for women during and after pregnancy. *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 509- 512.
- O'Connell, R. & Downe, S. (2009). A metasynthesis of midwives' experience of hospital practice in publicly founded settings: compliance, resistance, authenticity. *Health*, 13(5), 1-21.

- Perdok, H., Jans, S., Verhoeven, C., van Dillen, J., Batenburg, R., Mol, B. W., Schellevis, F. & de Jonge, A. (2016). Opinions of professionals about integrating midwife- and obstetrician-led care in The Netherlands. *Midwifery*, 37, 9- 18.
- Pollard, K. C. (2011). How midwives' discursive practices contribute to the maintenance of the status quo in English maternity care. *Midwifery*, 27, 612- 619.
- Przyborski, A. & Wohlrab- Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- QUAG- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.) (2018). *Qualitätsbericht 2017. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Auerbach/V.: Verlag Wissenschaftliche Skripten.
- Raeder, S. & Grote, G. (2005). Berufliche Identität. In F. Rauner (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung* (S. 337- 342). Bielefeld: Bertelsmann.
- Reeves, S., Suter, E., Goldman, J., Martimianakis, T., Chatalalsingh, C. & Dematteo, D. (2007). A scoping review to identify organizational and education theories relevant for interprofessional practice and education. *Calgary Health Region: Queen's University Inter-Professional Patient-Centred Education Direction*.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D.; Koppel, I & Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230- 241.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E. & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167 - 174.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.
- Reeves, S., Xyrichis, A. & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1-3.
- Reiger, K. & Lane, K. (2009). Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Australian Health Review*, 33, 315- 324.
- Rice Simpson, K., James, D. C. & Knox, G. E. (2006). Nurse-Physician Communication during Labor and Birth: Implications for Patient safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* , 35(4), 547- 556.
- Rice Simpson, K. & Lyndon, A. (2009). Clinical Disagreements During Labor and Birth: How does Real Life Compare to Best Practice? *MCN*, 34(1), 31- 39.
- RKI- Robert Koch-Institut (2009). *Beschäftigte im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 46*. Berlin. Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/pdf/beschaeftigte.pdf>
Zugriff am: 01.03.2019.

Rodríguez, C. & des Rivières-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care*, 7(7), 1-15.

Roper, J. M. & Shapira, J. (2004). *Ethnographische Pflegeforschung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> Zugriff am: 01.03.2019.

Sayn-Wittgenstein, F. (Hrsg.) (2007). *Geburtshilfe neu denken*. Bern: Huber.

Schabram, P. (2010). Delegation und Substitution: Vertragsärztliche Sicht. In *Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwältinnen im Medizinrecht e.V. (Hrsg.), Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Arzt ersetzt...* (S. 1- 15). Heidelberg: Springer.

Schäfers, R. (2011). *Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes*. Universität Osnabrück.

Scheffer, T. (2002). Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode - von den Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen Bearbeitung. In D. Schaeffer & G. Müller- Mundt (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 351- 374). Bern: Hans Huber.

Schlüter-Kruse, M., Schnepf, W. & zu Sayn Wittgenstein, F. (2016). Interprofessional cooperation by midwives in the field of out-of-hospital obstetrical care: an integrative review. *International Journal of Health Professions*, 3(2). DOI: 10.1515/ijhp-2016-0025.

Schmied, V., Mills, A., Kruske, S., Kemp, L., Fowler, C. & Homer, C. (2010). The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3516-26.

Schnell, M. W. & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik*. Bern: Huber.

Schölmerich, V. L., Posthumus, A. G., Ghorashi, H., Waelput, A. J., Groenewegen, P. & Denktas, S. (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 145.

Schwarz, C. M. (2008). *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen*. Technische Universität Berlin.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. *Swiss Academies Reports*, 12(2).

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin (2017). *Entwicklung und aktuelle Situation in der Geburtshilfe. Ergebnisse der Umfrage vom August 2017 in Berliner Krankenhäusern mit Geburtshilfe*. Berlin.

Smith, C., Brown, J., Stewart, M., Trim, K., Freeman, T., Beckhoff, C. & Kasperski, M. J. (2009). Ontario Care Providers' Considerations Regarding Models of Maternity Care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(5), 401- 408.

Smith, D. C. (2015). Midwife-Physician Collaboration: A Conceptual Framework for Interprofessional Collaborative Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(2), 128-139. DOI: 10.1111/jmwh.12204.

Smith, D. C. (2016). Interprofessional Collaboration in Perinatal Care. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 30(3), 167- 173.

Sottas, B. (2011). Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28(1), doc11. DOI: 10.3205/zma000723.

Stahl, K. (2016). Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen - Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)* <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.07.005>.

Statistisches Bundesamt (2018). Pressemitteilung Nr. 349 vom 17. September 2018. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_349_231.html Zugriff am: 01.03.2019.

Statistisches Bundesamt (2019a). Entbindungen in Krankenhäusern (Anzahl und in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Entbindung. Abgerufen am 21.02.2019 unter: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=480:35782813D>.

Statistisches Bundesamt (2019b). Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Abgerufen am 19.02.2019 unter: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=322:35723699D>.

Statistisches Bundesamt (2019c). Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht. Abgerufen am 27.03.2019 unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=236210001&zeiten=2000,2005,2010&zeitscheiben=3>.

Statistisches Bundesamt (2019d). Krankenhäuser nach Fachabteilungen 2017. Abgerufen am 23.03.2019 unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html>

Statistisches Bundesamt (2019e). Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Geschlecht. Abgerufen am 20.03.2019 unter: https://www.destatis.de/genesis/online/data:sid=0973F0B8CDB9B0D00EB748E4370435C3.GO_1_1?operation.

Steinke, I. (2012). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319- 331). Reinbek: rowohlt's enzyklopädie.

Straub, J. (2018). Multiple Identitäten in modernen Gesellschaften. *Zeitschrift für Politikwissenschaft*, 28, 205- 216.

Straus, F. & Höfer, R. (1997). Entwicklungslinien alltäglicher Identitätsarbeit. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute* (S. 270- 307). Frankfurt: suhrkamp.

Strauss, A. L. & Corbin J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Strübing, J. (2008). *Grounded Theory*. Wiesbaden: VS Verlag der Sozialwissenschaften.

Taylor, C. (2016). *Quellen des Selbst*. Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch wissenschaft.

Taylor, S. G. & Renpenning, K. (Bekel, G. dt. Hrsg.) (2011). *Selbstpflege. Wissenschaft, Pflege-theorie und evidenzbasierte Praxis*. Bern: Huber.

Truschkat, I., Kaiser-Belz, M. & Volkmann, V. (2011). Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten: Die Grounded-Theory-Methodology zwischen Programmatik und Forschungspraxis. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 353- 379). Wiesbaden: VS Verlag.

Verbund Hebammenforschung (Hrsg.) (2007). *Handbuch Hebammenkreißaal*. Osnabrück: Eigenverlag.

von Tewes, U. & Wildgrube, K. H. (2016). *Psychologie-Lexikon*. München Wien: R. Oldenbourg.

von Unger, H., Narimani, P. & M´Bayo, R. (2014). *Forschungsethik in der qualitativen Forschung*. Wiesbaden: Springer VS.

Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455- 473.

WHO- World Health Organisation (WHO) (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization.

Wieczorek, C., Marent, B., Dorner, T. & Dür, W. (2016). The struggle for inter-professional teamwork and collaboration in maternity care: Austrian health professionals' perspectives on the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *BMC Health Service Research*, 16, 91.

Wilhelmsson, M., Pelling, S., Uhlin, L., Dahlgren, L. O., Faresjö, T. & Forslund, K. (2012). How to think about interprofessional competence: A metacognitive model. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 85- 91.

Wiswede, G. (2004). *Sozialpsychologie-Lexikon*. München Wien: R. Oldenbourg.

Wolfinger, N. H. (2002). On writing fieldnotes: collection strategies and background expectancies. *Qualitative Research*, 2(1), 85- 95.

Xyrichis, A., Reeves, S. & Zwarenstein, M. (2018). Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 416- 425.

Zemp, E., Signorell, A., Kurth, E. & Reich, O. (2017). Does coordinated postpartum care influence costs? *International Journal of Integrated Care*, 17(1), 1- 11.

Zhang, J., Haycock-Stuart, E., Mander, R. & Hamilton, L. (2015). Navigating the self in maternity care: How Chinese midwives work on their professional identity in hospital setting. *Midwifery*, 31, 388- 394.

Zoege, M. (2004). *Die Professionalisierung des Hebammenberufes*. Bern: Hans Huber.

Rechtliche Quellen

ÄApprO- Approbationsordnung für Ärzte (2002). Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.

BDSG- Bundesdatenschutzgesetz (2017). Bundesdatenschutzgesetz vom 30. Juni 2017 (BGBl. I S. 2097). Ersetzt G 204-3 v. 20.12.1990 I 2954, 2955 (BDSG 1990). Ausfertigungsdatum: 30.06.2017.

BMG- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG). Bearbeitungsstand 20.03.2019. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Referentenentwurf_Hebammenreformgesetz_HebRefG.pdf Zugriff am: 20.11.2019.

BO- Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte (2015). Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 14.11.1998 in der Fassung vom 21.11.2015 (in Kraft getreten am 17.03.2016).

DSGV- VERORDNUNG (EU) 2016/679 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=DE> Zugriff am: 01.03.2019.

G-BA- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 19. Februar 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 04.05.2015 B3 in Kraft getreten am 5. Mai 2015.

Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (2009). Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25.09.2009. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009 Teil I Nr. 64, ausgegeben zu Bonn am 02. Oktober 2009.

Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts (2017). Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts vom 23. Mai 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 30, ausgegeben zu Bonn am 29. Mai 2017.

HebG- Hebammengesetz (1985). Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 17b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191). Abgerufen am 30.08.2017 unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/HebG.pdf.

HebAPrV- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (1987). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist. Abgerufen am 24.09.2017 unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebapro/HebAPrV.pdf>.

HebBO NW- Hebammenberufsordnung Nordrhein-Westfalen (2017). Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger Nordrhein-Westfalen (HebBO NRW) vom 06. Juni 2017. Verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=71520170628110740035. Zugriff am: 23.09.2017.

Landesärztekammer BW (2018). Weiterbildungsordnung Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2006) (2018). Eingearbeitet sind die seit der Neufassung vom 15. März 2006 beschlossenen Änderungen der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Im Einzelnen handelt es sich um die Satzungen zur Änderung der Weiterbildungsordnung vom 20. Dezember 2006 (ÄBW 2007, S. 63), vom 19. September 2007 (ÄBW 2007, S. 526), vom 20. Februar 2008 (ÄBW 2008, S. 142), vom 26. August 2009 (ÄBW 2009, S. 386), vom 19. Januar 2011 (ÄBW 2011, S. 179), vom 21. September 2011 (ÄBW 2011, S. 532), vom 24. Oktober 2012 (ÄBW 2012, S. 500), vom 18. Dezember 2013 (ÄBW 2014, S. 21), vom 16. Dezember 2015 (ÄBW 2016, S. 30) und vom 12. März 2018 (ÄBW 2018, S. 193).- Stand: 01.05.2018 – Verfügbar unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/gebiete/wbo08.pdf>. Zugriff am: 01.03.2019.

PfIBRefG- Pflegeberufereformgesetz (2017). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz -PfIBRefG). Vom 17. Juli 2017. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017, Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24.Juli 2017.

PfIAPrV- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PfIAPrV). Vom 02. Oktober 2018. Bundesgesetzblatt 2018, Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018.

RICHTLINIE 2005/36/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Amtsblatt der Europäischen Union, L 255/22 -142.

SGB V. Sozialgesetzbuch fünftes Buch. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S.1254) geändert worden ist.

Anhang

Anhang Übersicht

Anhang 1	Projektinformationen
Anhang 2	Einverständniserklärung Interview
Anhang 3	Einverständniserklärung Beobachtung
Anhang 4	Interviewleitfaden
Anhang 5	Vertiefende Nachfragen im Interview im Hebammenkreißsaal
Anhang 6	Interviewprotokollbogen
Anhang 7	Transkriptionsregeln

Anhang 1: Projektinformationen

Monika Kraienhemke, Dipl. Berufspädagogin (FH), Mail: *** , Tel: ***

Information

Bitte zur Teilnahme an Beobachtungen und einem Interview im Rahmen eines Promotionsprojektes zum Thema:

Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen

Sehr geehrte Kolleginnen,

ich möchte Sie einladen, an einem Projekt teilzunehmen, das im Rahmen einer Promotion an der Universität Bremen durchgeführt wird. Das Projekt würde im Zeitraum von *** bis *** in Ihrer Klinik stattfinden und von mir persönlich durchgeführt. Es trägt den Titel „Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen in Deutschland“.

Ziel dieses Projektes ist es, die Zusammenarbeit von Hebammen mit Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden besser kennen zu lernen und zu verstehen, welche Bedingungen dafür gegeben und welche Abläufe und Besonderheiten zu erkennen sind. Im Rahmen von qualitativer Forschung möchte ich Hebammen, Ärztinnen/Ärzte und Pflegende während der gemeinsamen Arbeit im Kreißsaal oder auf der Wochenstation beobachten und Interviews mit einigen Hebammen führen. Dabei möchte ich folgende Fragen beantworten:

1. Welche Strukturen prägen die interprofessionelle Arbeitssituation für Hebammen im klinischen Setting?
2. Welche subjektiven Sichtweisen haben Hebammen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten/-innen und Pflegenden?

Die Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig!

Sie können sich frei entscheiden, ob Sie an diesem Projekt teilnehmen möchten oder nicht. Wenn Sie Ihre Meinung ändern, können Sie Ihre Teilnahme im Verlauf der Datenerhebung ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen Nachteile entstehen. In diesem Fall werden alle erhobenen Daten, die sich auf Ihre Person beziehen, gelöscht.

Nachfolgend gehe ich auf Fragen ein, die im Zusammenhang mit einem wissenschaftlichen Projekt immer wieder gestellt werden, damit Sie eine informierte Entscheidung bezüglich der Teilnahme an diesem Projekt treffen können.

Wie ist das Vorgehen, wenn Sie an dem Projekt teilnehmen möchten?

Beobachtung: Sie werden durch mich kontaktiert und darum gebeten, sich bei der Arbeit im Kreißsaal/auf der Wochenstation beobachten zu lassen.

Interview: Ich werde auf Sie als Hebamme zukommen und Sie bitten, mit mir ein Interview von ca. 1 - 1,5 Stunden zu diesem Thema zu führen.

Was sollten Sie über den Ablauf des Projektes wissen?

B: Ich werde für mehrere Tage im Kreißaal/auf der Wochenstation anwesend sein und Sie bei der Arbeit beobachten. Besonders interessieren mich Situationen, in denen Sie mit Kolleginnen/Kollegen aus anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten. Ich plane nicht, in Betreuungssituationen während Geburten o.ä. anwesend zu sein. Während meiner Anwesenheit im Kreißaal/auf der Wochenstation werde ich mir Notizen machen.

I: Beim Interview werde ich Sie bitten, mir Situationen aus Ihrem Arbeitsalltag zu erzählen. Dabei wird eine digitale Aufnahme des Gesprächs angefertigt, die später in Text übertragen und ausgewertet wird.

Wie viel Zeit müssen Sie für die Teilnahme an dem Projekt einplanen?

B: Die Beobachtung bei der Arbeit im Kreißaal/auf der Wochenstation wird Sie keine zusätzliche Zeit kosten, außer evtl. die Beantwortung von Fragen zu den Abläufen.

I: Ein Interview wird ca. 1- 1,5 Stunden dauern. Sie können den Termin und auch den Ort dafür selbst bestimmen.

Welche Vorteile erwachsen Ihnen aus der Teilnahme an dem Projekt?

Möglicherweise können Sie nicht direkt von dem Projekt profitieren. Wahrscheinlich hilft Ihre Teilnahme aber, neue Erkenntnisse über die Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten /Pflegerinnen zu bekommen, die dann in der Hebammen-Aus-, Fort- und Weiterbildung hilfreich sein können.

Müssen Sie auf Grund Ihrer Teilnahme mit Nachteilen rechnen?

Bei einer Teilnahme müssen Sie nach meinem Ermessen nicht mit Nachteilen rechnen. Die Teilnahme wird, wie oben angeführt, jedoch etwas Zeit in Anspruch nehmen.

Was passiert mit Ihren Angaben?

Alle Angaben die Sie im Interview machen und Informationen, die ich während der Beobachtung erhalte, werden absolut vertraulich behandelt. Das heißt:

- nur ich habe Einsicht in die von Ihnen gemachten Angaben oder Informationen über Sie.
- alle Angaben werden verfremdet, d.h. Ihr richtiger Name wird gelöscht und Ihre Angaben mit einer Kodierungsnummer oder einem willkürlich gewählten Decknamen versehen, um die Identifizierung Ihrer Person auszuschließen. Auch sämtliche identifizierende Angaben zu Einrichtungen oder bestimmten Orten werden unkenntlich gemacht. Ihre Angaben werden im Rahmen wissenschaftlicher Bearbeitung ausschließlich verfremdet verwendet.
- alle Angaben werden sicher verschlossen bzw. mit Passwort gesichert aufbewahrt und nach Abschluss des Projektes gelöscht.

- nach Abschluss der Auswertung und vor der Veröffentlichung wird die „Schlüsselliste“ (Liste mit Namen und Kodierung der Teilnehmer/-innen) vernichtet, danach ist ein Bezug zu Personen nicht mehr möglich.
- die Ergebnisse des Projektes werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zur Ihrer Person ist nicht mehr möglich) bzw. mit anderen Ergebnissen zusammengefasst und als Gruppenergebnisse dargestellt, so dass niemand erkennen kann, von wem die Angaben stammen.

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie weitere Fragen haben?

Sie können sich gerne an mich unter den folgenden Kontaktdaten wenden:

Mail:***, Tel: ***

Ich bitte Sie, dieses Projekt durch Ihre Teilnahme zu unterstützen!

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang 2: Einverständniserklärung Interview

Einverständniserklärung Interview

Ansprechpartnerin bei Fragen: Monika Kraienhemke

Mail: ***, Tel: ***

Forschungsvorhaben: „Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen in Deutschland“

Ich bin über Bedeutung, Zweck und Ablauf des Forschungsvorhabens ausreichend aufgeklärt worden.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten. Im Augenblick habe ich keine weiteren Fragen.

Meine Teilnahme ist freiwillig.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entschließen und weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Falls ich meine Teilnahme widerrufe, werden alle Daten, die sich auf meine Person beziehen, gelöscht.

Ich bin einverstanden, dass die verfremdete Version des Interviews im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden kann.

Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Name, Vorname (Blockschrift)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Erklärung der Projektleitung

Hiermit erklärt die Projektleiterin, Frau Monika Kraienhemke,

- dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig verfremdet werden, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird und
- dass personenbezogene Daten (Audiodateien und deren schriftliche Version) nur in passwortgesicherter Form und getrennt von den Kontaktdaten (Namen und Adressen) aufbewahrt werden und nur die Projektleiterin Zugang zu diesen Daten hat und
- dass die personenbezogenen Daten nach Abschluss des Projektes gelöscht werden.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Anhang 3: Einverständniserklärung Beobachtung

Einverständniserklärung zu Beobachtungen

Ansprechpartnerin bei Fragen: Monika Kraienhemke

Mail: ***, Tel: ***

Forschungsvorhaben: „Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen in Deutschland“

Ich bin über Bedeutung, Zweck und Ablauf des Forschungsvorhabens ausreichend aufgeklärt worden.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten. Im Augenblick habe ich keine weiteren Fragen.

Meine Teilnahme ist freiwillig.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entschließen und weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Falls ich meine Teilnahme widerrufe, werden alle Daten, die sich auf meine Person beziehen, gelöscht.

Ich bin einverstanden, dass die Informationen aus den Beobachtungen im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden können.

Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Name, Vorname (Blockschrift)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Erklärung der Projektleitung

Hiermit erklärt die Projektleiterin, Frau Monika Kraienhemke,

- dass alle personenbezogenen Informationen aus Beobachtungen bzw. von Ihnen gemachten Angaben vollständig verfremdet werden, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird und
- dass personenbezogene Daten (Beobachtungsprotokolle) nur in passwortgesicherter Form und getrennt von den Kontaktdaten (Namen und Adressen) aufbewahrt werden und nur die Projektleiterin Zugang zu diesen Daten hat und
- dass die personenbezogenen Daten nach Abschluss des Projektes gelöscht werden.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Anhang 4: Interview-Leitfaden

Interview –Leitfaden „Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen in Deutschland“**Einführung in das Interview**

Vielen Dank, dass Sie sich für dieses Interview Zeit nehmen. Wenn Sie einverstanden sind, werde ich unser Gespräch aufnehmen. Sie haben ja schon ein Informationsschreiben erhalten. Haben Sie noch Fragen zu diesem Projekt?

ggf:

Ich werde Sie im Laufe des Interviews bitten, aus Ihrem beruflichen Alltag zu erzählen, selbst aber wenig sprechen. Dieses Gespräch wird verschriftlicht und wissenschaftlich ausgewertet. Dabei werden Ihre persönlichen Daten so verfremdet (pseudonymisiert), so dass kein Rückschluss auf Ihre Person mehr möglich ist. Ich verpflichte mich zu Verschwiegenheit und werde die Informationen nur im Rahmen wissenschaftlicher Bearbeitung nutzen. Es geht in diesem Forschungsprojekt ja um die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztinnen²⁰ im Kreißaal. Fühlen Sie sich zu diesem Projekt ausreichend informiert, oder haben Sie noch Fragen?

Ich werde Sie in diesem Interview immer wieder bitten, mir von Situationen aus Ihrem Arbeitsalltag zu erzählen. Welche Situation Sie auswählen und was Sie mir erzählen entscheiden Sie selbst. Erzählen Sie mir alles, was für Sie zu dieser Situation gehörte. Ich werde ab und zu eine Nachfrage stellen, aber vor allem sollen Sie mir von Ihren Erfahrungen berichten. Das Gespräch wird ca. 1 Stunde dauern.

Dann beginne ich jetzt mit meiner ersten Frage: ...

Thema 1: Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen

Erzählen Sie mir doch bitte Ihren letzten Arbeitstag im Kreißaal und wann und wie Sie mit Ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen Berührungspunkte hatten.

Bitte kennzeichnen Sie die Stellen, an denen Sie und Ärztinnen in der Betreuung von Schwangeren/ Gebärenden zusammenarbeiten.

Was ist für Sie „Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen“?

Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	mögliche Nachfragen
-Situationen der Zusammenarbeit -Anlässe -Inhalte -Kennzeichen	Gibt es noch andere Situationen? Können Sie den Arbeitsalltag noch genauer schildern?	Wie läuft die Zusammenarbeit von Hebammen und Ärztin/Arzt ab? Können Sie mir bitte eine Situation erzählen, an der das deutlich wird? Wie läuft die Zusammenarbeit bei besonderen Ereignissen ab? Können Sie mir bitte eine Situation erzählen, in der das deutlich wird?

²⁰ Für die Interviewsituation mit einer Hebamme aus dem Kreißaal; in der Situation mit einer Hebamme von der Wochenbettstation: Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegenden auf der Wochenbettstation.

Thema 2: Hilfreiches für die Zusammenarbeit

Können Sie mir bitte eine Situation erzählen, in der die Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Hebamme und der Ärztin/dem Arzt gut funktioniert hat?

Warum ist Ihrer Meinung in dieser Situation die Zusammenarbeit gut gelungen?

Was waren Ihrer Meinung nach die Auswirkungen in dieser Situation, weil die Zusammenarbeit gut funktioniert hat?

Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	mögliche Nachfragen
-gelingende Situation -Hilfreiches -Hintergründe -Auswirkungen	Gibt es noch andere Situationen? Erzählen Sie bitte noch mal genauer, was in der Situation passiert ist.	Wenn es angesprochen wird als Nachfrage: z. B. „was verstehen Sie unter... “ -gute Kommunikation -Wertschätzung von Kollegen -Team Bitte schildern Sie anhand eines Beispiels, wie im optimalen Falle Entscheidungen im Rahmen von Betreuungssituationen in der Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin/ Arzt gefällt werden. Woran machen Sie fest, dass Sie und die Ärztin/ der Arzt auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten?

Thema 3: Schwierigkeiten/Hindernisse in der Zusammenarbeit

Können Sie mir bitte eine Situation erzählen, in der die Zusammenarbeit mit der Ärztin/dem Arzt nicht gut verlaufen ist?

Warum ist Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit in dieser Situation nicht gelungen?

Was hatte es ihrer Meinung nach für Auswirkungen in dieser Situation, dass die Zusammenarbeit nicht gut funktioniert hat?

Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	mögliche Nachfragen
-schwierige Situation -Schwierigkeiten/ Hindernisse -Hintergründe -Auswirkungen	Gab es noch andere Situationen? Erzählen Sie bitte noch mal genauer, was in der Situation passiert ist.	Welche weiteren Situationen fallen Ihnen ein, in denen Sie Erfahrung von nicht gelingender Kommunikation gemacht haben? Wie sind Sie mit diesem Konflikt umgegangen? <u>oder</u> Wie gehen Sie mit solchen Konflikten um?

Thema 4: Sozialisation und Fähigkeiten

Wenn Sie auf Ihre bisherige Berufstätigkeit zurückblicken: Gab es Schlüsselsituationen, die Ihre Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten geprägt hat? Können Sie mir bitte eine dieser Situationen erzählen?

Welche Fähigkeiten haben Sie heute, die Ihnen bei der Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten hilfreich sind?

Können Sie mir bitte eine Situation erzählen, die das deutlich macht?

Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	mögliche Nachfragen
- (Lernprozess) - Sozialisation - Fähigkeiten - Teamarbeit/- entwicklung	Gab es noch andere Situationen? Erzählen Sie bitte noch mal genauer, was in der Situation passiert ist.	Haben Sie in der Ausbildung dazu etwas gelernt? Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten gelernt? Können Sie mir bitte eine Situation erzählen, die das deutlich macht?

Thema 5: Subjektive Einschätzung/ Meinung

Wenn Sie in die Zukunft blicken: was wünschen Sie sich dann für die Zusammenarbeit mit Ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen?

Welche Voraussetzungen braucht es Ihrer Meinung nach für gute Zusammenarbeit?

Wie kann man Ihrer Meinung nach Zusammenarbeit in einem Team fördern?

Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	mögliche Nachfragen
- Meinung - Einschätzung - Voraussetzungen		Was können Sie als Hebamme und Ärztinnen/Ärzte einbringen, damit die Zusammenarbeit gut gelingen kann?

Abschluss:

Wir haben jetzt über unterschiedliche Themen der Zusammenarbeit gesprochen.

- **Fällt Ihnen noch ein anderer Bereich ein, zu dem Sie gerne etwas erzählen möchten?**
- Möchten Sie sonst noch etwas hinzufügen?

Anhang 5: Vertiefende Nachfragen im Interview im Hebammenkreißsaal

Vertiefende Fragen zum Interview im HebammenkreißsaalZusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen

Erzählen Sie mir doch bitte von Ihrem letzten Arbeitstag im Kreißsaal und wann und wie Sie Berührungspunkte mit ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen hatten.

- Können Sie mir Ihr Vorgehen bei einer Geburt noch genauer schildern?
- Was ist Ihnen besonders wichtig bei einer Geburtsbetreuung?
- Spielt das Gefühl bei der Arbeit im KRS eine Rolle?
- Gibt es Bereiche, in denen Sie besonders selbständig als Hebamme arbeiten können?
- Wie läuft es ab bei einer hebammengeleiteten Geburt? Können Sie das noch genauer schildern?

- Wie funktioniert die Zusammenarbeit bei einer Geburt? Wie läuft das ab?
- Wie läuft der Informationsaustausch zwischen Hebamme und Ärztin/Arzt ab? Können Sie das noch genauer schildern?
- Und wie ist das bei einer hebammengeleiteten Geburt?
- Wann kommt es zu einem fachlichen Austausch mit dem Arzt über die Situation der Frau?
- Wie bringen Sie sich in Entscheidungen im Geburtsverlauf ein?
- Haben Sie noch andere Möglichkeiten der Einflussnahme auf die geburtshilflichen Entscheidungen?
- Welchen Einfluss hat die Klinikroutine auf Ihre Arbeit im Kreißsaal?
- Welchen Einfluss hat es für Sie, wenn eine Ärztin/ein Arzt mit zur Geburt dazu kommt?
- Ändert sich dann etwas an Ihrer Arbeit? (mehr Zuarbeit?)
- Gibt es in Ihrem Haus in bestimmten Bereichen ein ‚Standard-Vorgehen‘ oder Standard-Entscheidungen (z.B. bei TÜ oder Diabetes)?
- Würden Sie zustimmen, dass man ‚in der Geburtshilfe ja nie so genau weiß‘ was passiert?

- Wenn Sie sich mal nicht so recht wissen, was bei einer Geburt der bessere/passendere Weg ist, was machen Sie dann?
- Wie ist das bei einer hebammengeleiteten Geburt?
- Wie ist das für Sie, wenn Sie eine Frau in einer hebammengeleiteten Geburt betreuen und kurz danach eine herkömmliche Geburtsbetreuung ansteht?

Hilfreiches für die Zusammenarbeit

Können Sie mir bitte eine Situation erzählen, in der die Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Hebamme und der Ärztin/dem Arzt gut funktioniert hat?

- Arbeiten Sie mit den Ärztinnen und Ärzten auf ein gemeinsames Ziel hin?
- Warum funktioniert es im Notfall so gut?

Schwierigkeiten/Hindernisse in der Zusammenarbeit

Können Sie mir bitte eine Situation erzählen, in der die Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Hebamme und der Ärztin/dem Arzt nicht gut funktioniert hat?

- Gibt es manchmal Auseinandersetzungen über ärztliche Entscheidungen?
- Ist es manchmal gut, dass die Ärztin/der Arzt die letzte Entscheidung hat?

Sozialisation und Fähigkeiten

Wenn Sie auf Ihre bisherige Berufstätigkeit zurückblicken: Gab es Schlüsselsituationen, die Ihre Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten geprägt hat? Können Sie mir eine diese Situationen erzählen?

- Gab es für Sie einen Entwicklungsprozess als Hebamme?
- Hat das Ihre Arbeit als Hebamme verändert?
- Hat sich Ihre Position zu den Ärzten mit der Zeit verändert?

Subjektive Einschätzung/Meinung

Wenn Sie in die Zukunft blicken: was wünschen Sie sich dann für die Zusammenarbeit mit Ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen?

- Wie würde die Zusammenarbeit aussehen, wenn die selbständige Position der Hebamme mehr anerkannt würde?
- Was sind Ihre besonderen Fähigkeiten als Hebamme, die Sie auch in die Zusammenarbeit einbringen können?
- Was sind die besonderen Fähigkeiten von Hebammen, im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen, in der Geburtshilfe?
- Sind diese Fähigkeiten förderlich für die Zusammenarbeit?

Anhang 6: Interviewprotokollbogen

Interviewprotokollbogen

Interview Code Nr. _____

Datum _____

Dauer _____

Ort/Räumlichkeit _____

Teilnahmemotivation:

Befragte _____

Alter: _____

Berufsjahre: _____

Teammitglied seit: _____

Zusätzliche Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung oder im Interview:

Interviewatmosphäre, Stichworte zur personalen Beziehung

Interaktion im Interview, schwierige Passagen

Check:

Einverständniserklärung unterschrieben?

Karte mit Kontaktdaten (E-Mail, Telefon)?

Anhang 7: Transkriptionsregeln

Kopf mit Angaben zu Interviewsituation und Sprecherin	Interview_WBS_05
Sprecherin muss identifiziert sein	I: Interviewerin Heb_KRS_01: Interviewpartnerin
Sprecherinnenbeitragsüberlappungen müssen deutlich sein	Im Text [I:...] Text
Wortabbrüche	
Pausen	Länge der Pause in Sekunden (1, 5, 12)
Akzente, Dehnung von Lauten	Betonung: <u>Unterstreich</u> ung Starke Betonung: in GROSSBUCHSTABEN Dehnung: ffforscher, daa
Sprechbegleitende Verhaltensweisen (spricht lachend)	(spricht lachend)
Parasprachliche Phänomene (hörbar Ein- und Ausatmen, Husten, Lachen)	(atmet hörbar aus)
Geräusche in der Umgebung	[laute Geräusche im Hintergrund]
Veränderungen im Stimmregister (laut- leise; schnell- langsam)	(spricht leise)
Schwer verständliche und unverständliche Ausdrücke markieren	[unverständlich]
Literarische Umschrift/Transkription: von der Orthografie wird lautsprachlich abgewichen	(ganz oifach: ganz einfach)
Lexikalische Verschleifung	ans: an das n=bisschen: ein bisschen
Zusammenziehungen werden so geschrieben, wie man sie hört	ham : haben wir
Anonymisierung	Namen: [Name der Hebamme] Orte: [Name einer mittelgroßen Stadt, Name einer Kleinstadt]

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, dass ich die zur Erlangung des Doktorgrades Public Health vorgelegte Dissertation mit dem Thema

„Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt “

selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und die in der Arbeit verwendete Literatur vollständig zitiert habe.

Ich habe diese Dissertation weder in dieser noch in einer ähnlichen Form an einer anderen Hochschule eingereicht.

Köln, den 09. April 2019



Monika Kraienhemke