

Barbara Fillenberg

Akademisierung des Hebammenwesens

Eine empirische Studie
am Beispiel Bayerns

L'AGENda, Band 12
herausgegeben von
Corinna Onnen und Andrea Dorothea Bührmann

Barbara Fillenberg
Akademisierung des Hebammenwesens

L'AGENda

Bd.12

hrsg. von der Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen
für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen
(LAGEN)

Die Reihenherausgabe erfolgt durch die Sprecherinnen der LAGEN
Prof. Dr. Andrea D. Bührmann (Universität Göttingen) und
Prof. Dr. Corinna Onnen (Universität Vechta).

Die Organisation und die inhaltliche Ausrichtung der Publikationsreihe
erfolgten durch die Mitglieder des Editorial Boards:

Prof. Dr. Joana Grow (Hochschule für Musik, Theater und Medien
Hannover)

Prof. Dr. Melanie Kubandt (Universität Vechta)

Dr. Tanja Kubes (TU Berlin)

Dr. Dominik Merdes (TU Braunschweig)

Dr. Anna Orlikowski (Universität Vechta)

apl. Prof. Dr. Rita Stein-Redent (Universität Vechta)

Dr. Ben Trott (Leuphana Universität Lüneburg)

Prof. Dr. Bettina Wahrig (TU Braunschweig)

Das Editorial Board und die Reihenherausgeberinnen werden durch
Lisa Kalkowski, M.A. (Koordinatorin der LAGEN) unterstützt.

Der vorliegende Band ist einem wissenschaftlichen Begutachtungs-
verfahren (Peer Review) zur Qualitätssicherung unterzogen worden, wie
es bei wissenschaftlichen Fachzeitschriften üblich ist. Ein großer Dank
gilt daher allen Gutachter_innen. Sie haben mit ihren Kommentierungen
einen wichtigen Beitrag zu diesem Buch geliefert.

Die vorliegende Publikation wird durch das Publikationsstipendium der
LAGEN 2022 unterstützt.

Barbara Fillenberg

Akademisierung des Hebammenwesens

Eine empirische Studie am Beispiel
Bayerns

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2023

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

© 2023 Dieses Werk ist bei der Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung unter Angabe der UrheberInnen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.
www.budrich.de



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (<https://doi.org/10.3224/84742668>).
Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-8474-2668-4 (Paperback)
eISBN 978-3-8474-1835-1 (PDF)
DOI 10.3224/84742668

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Lektorat: Anja Borkam, Jena – kontakt@lektorat-borkam.de
Satz: Angelika Schulz, Zülpich

Vorwort und Danksagung

Das vorliegende Buch basiert auf der Dissertationsschrift „HebSzen: Von der Frauenkunst zur Wissenschaft – die Entwicklung von außerklinischen Szenarien für einen grundständigen Studiengang zur Hebamme in Bayern auf der Basis einer empirischen Studie des Hebammenwesens“, die von der Universität Vechta im Jahr 2021 angenommen wurde. Erstgutachterin war Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Corinna Onnen.

„HebSzen“ entstand inmitten der Coronavirus-Pandemie und stellte alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen; von der Veröffentlichung der Dissertationsschrift bis zur Erscheinung dieses Buches vergingen einige Monate. Inzwischen schritt die Akademisierung voran, deutschlandweit wurden Hebammenschulen geschlossen und zugleich Hebammenstudiengänge auch in Städten etabliert, in denen zuvor keine Schulen angesiedelt gewesen waren. Allorts ist zu beobachten, dass die in „HebSzen“ beschriebene Umbruchphase in vollem Gange ist und die Kernthemen der vorliegenden Arbeit daher noch immer aktuell sind. In diesem Buch werden sie in geringfügig verkürzter und stellenweise aktualisierter Form dargestellt.

Die Studie „HebSzen“ konnte nur entstehen, weil so viele Menschen geduldig, bereitwillig und tatkräftig an der Entstehung mitwirkten. Alle Beteiligten investierten viel Zeit, teilten ihr Wissen und ihre Expertise. Deshalb möchte ich an dieser Stelle meinen Dank erneuern. Er gebührt besonders meiner Doktormutter Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Corinna Onnen, die mir immer Vorbild, Unterstützerin und zugleich konstruktive Kritikerin war, den weiteren Prüfer*innen¹, allen befragten Hebammen, die ihr Expertenwissen so bereitwillig und umfangreich teilten, allen werdenden Hebammen, die über ihre Erfahrungen im Unterricht Auskunft gaben, meiner Familie und meinen geliebten Kindern, dass sie die Promotionszeit mit mir durchgestanden haben, all meinen treuen Freund*innen und unermüdlichen Wegbegleiter*innen sowie für die finanzielle Unterstützung in Form von Stipendien der Hebammengemeinschaftshilfe e.V., der Landeskongress der Gleichstellungsbeauftragten an Bayerischen Hochschulen (LaKoF) und der Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen (LAGEN).

Allen an dieser Arbeit Beteiligten: vielen herzlichen Dank!

1 In der hier vorgelegten Arbeit wird großer Wert auf die Nennung aller Geschlechter gelegt; die Einbeziehung aller ist in der Regel mit einem * gekennzeichnet. Bei Originalzitaten oder Vergleichen wurde das im Originaltext genannte Geschlecht beibehalten.

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Thematische Einführung.....	13
1 Zielsetzung.....	14
1.1 Stand der Forschung.....	18
1.2 Vorgehen und Methode	19
 Teil II: Geburtshilfe und Hebammenberuf im Wandel.....	21
2 Die Entwicklung des Hebammenberufs.....	22
3 Wesentliche Rahmenbedingungen des Hebammenberufs in Deutschland.....	27
3.1 Rechtlicher Rahmen.....	27
3.2 Relevante Berufsverbände und Netzwerke	29
3.3 Arbeitsformen und Arbeitsbereiche von Hebammen.....	30
4 Individualisierung und Technisierung: Beispiele gesellschaftlicher Trends in Zusammenhang mit Mutterschaft.....	32
4.1 Individualisierung	33
4.2 Technisierung	38
4.3 Vertrauen als Brücke	40
5 Entwicklungen in der Geburtshilfe in Deutschland.....	43
5.1 Ambivalente Dialektik der Versorgung während Schwangerschaft und Geburt	47
5.2 Evidenzbasierung als Reaktion auf die Medikalisierung der Geburtshilfe	60
5.3 Stärkung der physiologischen Geburt.....	62

Teil III: Zur aktuellen Situation in der Geburtshilfe und Wissensvermittlung.....	67
6 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland	68
6.1 Qualitätssicherung in der Geburtshilfe – ein Exkurs	73
6.2 Hebammenmangel in der außerklinischen Geburtshilfe	80
7 Die Struktur der aktuellen Hebammenversorgung in Bayern	83
7.1 Entwicklung der Geburtenzahl in Bayern und der Bedarf an Hebammenleistungen.....	83
7.2 Hebammenausbildung in Bayern.....	86
7.3 Beispiele funktionierender interdisziplinärer Zusammenarbeit	89
Teil IV: Akademisierung, Wissen und Wissensweitergabe	91
8 Akademisierung von Ausbildungsberufen	92
8.1 Akademisierung von Gesundheitsberufen in Deutschland	93
8.2 Akademisierung und Professionalisierung von frauendominierten Gesundheitsberufen.....	97
8.3 Die Akademisierung des Hebammenberufs aus soziologischer Perspektive: Ein mögliches Modell	113
9 Was ist Wissen?	119
9.1 Wahres Wissen – Wissen in der Medizin	122
9.2 Wissenschaftliches Wissen.....	123
9.3 Nichtwissen	124
10 Was ist „Hebammenwissen“?	128
10.1 Unstrukturiertes und strukturiertes Hebammenwissen	133
10.2 Leibphänomenologie in der Hebammenarbeit.....	143
11 Möglichkeiten zur Weitergabe von Hebammenwissen.....	147
11.1 Weitergabe von Hebammenwissen am Modell	148
11.2 Lehr- und Lernmöglichkeiten	151

Teil V: Die Studie.....	177
12 Empirische Untersuchung	178
12.1 Forschungsleitende Fragestellungen.....	178
12.2 Studiendesign.....	179
12.3 Explikation der Durchführung	180
13 Quantitativer Forschungsteil	183
13.1 Stichprobe.....	183
13.2 Methodik.....	184
13.3 Auswertung der quantitativen Erhebung	185
14 Qualitativer Forschungsteil	194
14.1 Sampling und Stichprobe.....	196
14.2 Explikation der Durchführung und Methodik.....	200
14.3 Auswertung der qualitativen Interviews	203
15 Zusammenführung und Diskussion der qualitativen und quantitativen Daten	268
16 Ausblick	284
Literatur	286

Der Anhang steht auf der Webseite des Verlags zum kostenlosen Download zur Verfügung: <https://doi.org/10.3224/84742668A>

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
a.a.O.	am angegebenen Ort (gleiche Fundstelle, andere Seite)
Abb.	Abbildung
Apgar/APGAR	Score zur Beurteilung der postnatalen Adaption des Neugeborenen
AR	Augmented Reality
AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften
BayHebBO	Bayerische Hebammenberufsordnung vom 28. Mai 2013 (GVBl. S. 360, BayRS 2124–1-2-G)
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
BHLV	Bayerischer Hebammen Landesverband e.V.
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CRM	Crew-Ressource-Management
CTG	Cardiotokografie
DFH	Deutscher Fachverband für Hausgeburtshilfe e.V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburts- hilfe e.V.
DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflegeforschung
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen

DR	Dammriss; Einteilung in unterschiedliche Schweregrade durch Nummerierung und Kennzeichnung mit °; z. B. DR I°: Dammriss ersten Grades
DRG	Diagnoses Related Groups/Diagnosebezogene Fallgruppen
EBM	Evidence Based Medicine
ebd.	ebenda
EDTA	Ethylendiamintetraessigsäure
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPVG	Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz
GUG	Gynäkologie und Geburtshilfe
HAW	Hochschule für angewandte Wissenschaften/University of Applied Sciences
HAW Landshut	Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen- und Entbindungspfleger (HebAPrV) vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929)
HebG	Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759)
HebRefG	Hebammenreformgesetz vom 28. November 2019 (BGBl. I S. 1759)
HebStPrV	Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen vom 8. Januar 2020 (BGBl. I S. 39)
HgE	Hebammengeleitete Einrichtung (z. B. Geburtshaus, Praxis)
H.i.O.	Hervorhebung im Original (hier eingeschlossen: Anführungszeichen/Signum citationis; Kursiv- und Fettdruck, Unterstreichungen, farbige und/oder weitere Hervorhebungen)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICM	International Confederation of Midwives
IGES	IGES Gruppe: europaweiter Verbund von Forschungs- und Beratungsunternehmen.
i.O.m.H.	im Original mit Hervorhebung
Kap.	Kapitel
KSH	Katholischen Stiftungshochschule in München
LAGEN	Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen
LaKoF	Landeskonzferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an bayerischen Hochschulen
MM	Muttermund
MRL	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 16. September 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 26.11.2021 B4 in Kraft getreten am 1. Januar 2022.
NC	Numerus clausus (Zulassungsbeschränkung an Hochschulen)
OTH Regensburg	Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
PBL	Problem-based Learning
PDA	Periduralanästhesie
PDCA	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
p.p.	post partum (nach der Geburt)
QM	Qualitätsmanagement
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
RCT	Randomized Controlled Trial
SBAR	SBAR- Schema: Situation, Background, Assessment, Recommendation response

SGB V	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I: 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I: 1018) geändert worden ist.
SimLab	Simulationslabor: Räumlichkeiten, die zu Simulations- und Übungszwecken genutzt werden
SkillsLab	Übungsräume, die zu Übungs- und gegebenenfalls Simulationszwecken genutzt werden
SSW	Schwangerschaftswoche
s.p.	sub partu (unter der Geburt)
Tab.	Tabelle
THK	Traditionelle Hebammenkunst
UE	Unterrichtseinheit(en); bezogen auf 45 min.
US	Ultraschall, Ultraschallgerät oder Ultraschalluntersuchung
VR	Virtual Reality/Virtuelle Realität
WeHen	werdende Hebammen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z.n.	Zustand nach

Teil I: Thematische Einführung

1 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die Umbruchsituation aus berufssoziologischer Perspektive zu beleuchten und zugleich auf der Handlungsebene Möglichkeiten des Wissenstransfers aufzuzeigen. Hierfür soll anhand des zuletzt akademisierten Bundeslandes Bayern beschrieben werden, inwieweit in der bisherigen (berufsfachschulischen) Hebammenausbildung bis 2019 Kenntnisse zur außerklinischen Geburtshilfe erworben werden konnten und wie die zukünftige hochschulische Qualifikation von Hebammen auch in der außerklinischen Geburtshilfe,² unter Einbeziehung der Kompetenzen von auf diesem Feld tätigen Hebammen, gestaltet werden kann. Hierbei ist aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive von Interesse, inwieweit das Erfahrungswissen der außerklinisch tätigen Hebammen über Szenarien (HebSzen) in die Lehre im Simulationslabor an Hochschulen eingebunden werden kann.

Veränderungen in der Begleitung der Frau und der damit verbundenen Generierung von Hebammenwissen³ und dessen Vermittlung gab es historisch betrachtet schon immer: War es bis zum Mittelalter eine reine *Frauenkunst*, Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen zu begleiten, führten wesentliche gesellschaftliche Veränderungen im Mittelalter dazu, dass aus dieser Begleitung ein Berufsstand – das Hebammenwesen – wurde (s. Kap. 2).

Als eines der ältesten von Hebammen geschriebenen Lehrbücher, ein „Hebammenanleitungsbuch“, gilt nach Pulz „Die Chur-Brandenburgische Hoff-Wehe-Mutter“, verfasst 1690 von der Hebamme Justina Siegemund. (vgl. Pulz 1994: 16). Bereits Siegemund beschrieb, dass es Hebammenwissen gebe, das nicht verschriftlicht werden könne. Dieses Wissen nannte Siegemund „Kontaktwissen“ (Z. n. Pulz 1994: 153). Dieser Begriff hat eine zentrale Bedeutung, denn er weist auf einen Bereich des Hebammenwissens hin, der nur im engen und kontinuierlichen Betreuungsprozess erschlossen werden kann, nämlich dann, wenn die Hebamme *mit der Frau und ihrem Kind ist*, wie der englische Begriff *midwife* deutlich macht – damals wie heute. *Kontaktwissen* wird simultan auf mehreren Ebenen – wie beispielsweise der Beziehungsebene, der Ebene des leiblichen Spürens, aber auch der fachlichen

- 2 Außerklinische Geburtshilfe meint hier hebammengeleitete Geburtshilfe in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE) wie Praxen oder Geburtshäusern sowie die Hausgeburtshilfe.
- 3 Unter Hebammenwissen wird hier das Wissen verstanden, das aus allen Tätigkeitsbereichen, die Hebammen zugeschrieben werden, und ihren daraus hervorgegangenen Erfahrungen sowie den hebammen- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen, die in ihre Arbeit einfließen, kumuliert wurde und wird.

und handwerklichen Ebene – generiert und abgeglichen. Diese Ebenen sind eng miteinander verwoben, aber nicht alle gewonnenen Informationen können expliziert werden. Das Kontaktwissen hat daher stets eine ihm eigene Qualität. Je länger und intensiver der Kontakt zwischen den Hebammen und Frauen ist, desto mehr Kontaktwissen kann generiert werden, welches sich zwangsläufig auf die Betreuungsqualität auswirkt. Insbesondere im außerklinischen Kontext ist der Kontakt bis heute ein wesentliches Merkmal der Betreuung.

Mit Einsetzen der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, der Etablierung von Gebäranstalten, die auch der Hebammenausbildung dienen sollten, und dem sich steigernden Interesse an anatomischen Kenntnissen durch die Ärzteschaft im 18. und 19. Jahrhundert veränderten sich die Arbeitswelten der Hebammen und Ärzte und auch die Art der Wissensproduktion (vgl. Stadlober-Degwerth 2008: 1f.). Die Konkurrenz der beiden Berufsgruppen wurde desto schärfer, je mehr die häusliche, hebammengeleitete und frauenzentrierte Geburtshilfe von Strukturen beeinflusst wurde, die zur Folge hatten, dass die Rechte der Hebammen geschmälert und ihre Kompetenzen untergraben wurden. Je populärer der Einsatz der Technik wurde, desto rückschrittlicher wirkten die Hebammen (s. Kap. 2).

Im Zuge des Modernisierungsprozesses fand eine gesellschaftliche Verschiebung zugunsten einer technisierten, medikalisierten Geburtshilfe statt, der Risikoansatz nahm Einzug in die Betreuung. Das hatte zur Folge, dass in der Wahrnehmung der Gesellschaft Geburt fortan nicht mehr nur etwas Natürliches, Normales im Leben einer Frau, sondern etwas (potenziell) Gefährliches war (siehe Kap. 4 u. 5). Mit Ende des Zweiten Weltkriegs etablierte sich die klinische Geburtshilfe in Deutschland und verdrängte so die bis dahin übliche außerklinische, hebammengeleitete Geburtshilfe (siehe Kap. 2). Außerdem wurden nach den geburtenstarken Jahrgängen, die im Schnitt rund vier Kinder bekamen, insgesamt weniger Kinder geboren – ab den 1980er Jahren nur noch 1,5 Kinder pro Frau.⁴ Die bewusste Entscheidung für ein Kind verstärkte aber auch die Einzigartigkeit der Geburt und brachte den Anspruch hervor, dass mit diesem Kind nichts passieren dürfe. Der klinische Betreuungsansatz mit seinem Versprechen auf Hilfe im Notfall erschien daher vielen Frauen als sichere Variante. Diese Entwicklung hatte und hat zur Folge, dass das Kollektiv der Frauen, aber auch die Hebammen selbst zunehmend klinisch sozialisiert wurden.

Mit Einführung des Hebammengesetzes von 1985⁵ fand erneut ein Umbruch statt: Auch Männer konnten nun den Beruf der Hebamme ergreifen.

4 Die genauen Zahlen zur Fertilität können beim Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2021) nachgelesen werden.

5 **Hebammengesetz** vom 4. Juni 1985 (BGBl. I: 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I: 2515) geändert worden ist. Zuletzt geändert durch Art. 39 G v. 6.12.2011 I 2515.

Sie wurden vom Gesetzgeber mit der Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ belegt, auch wenn der Hebammenberuf kein Pflegeberuf ist.

Zeitgleich bemühten sich Hebammen um eine eigene *Wissenschaft*: Seit den „1980er Jahren [...] beschäftigen sich u.a. Hebammen, Hebammenforscherinnen [sic], Soziologinnen [sic] und Pädagoginnen [sic] vermehrt mit den Anforderungen an den Beruf der Hebamme und den daraus resultierenden Professionalisierungstendenzen bzw. der Professionalisierung und den Konsequenzen für Ausbildung, Praxis, Wissenschaft und Forschung“ (Brendel 2020a: 55). Der Professionalisierungsbedarf des Hebammenwesens wird umso deutlicher, je mehr nicht nur die Vorteile der heutigen, überwiegend klinischen Geburtshilfe, sondern auch ihre Nachteile diskutiert werden. Hierzu zählt beispielsweise der kontinuierliche Anstieg an medizinischen Interventionen und Kaiserschnitten (siehe Kap. 4 u. 5).

Die Professionalisierung des Hebammenwesens untermauert einen klaren Umbruch, der mit Machtverschiebungen einhergeht. Bourdieu beschreibt Machtverschiebungen anhand des Beispiels der Haute Couture, indem er von einem „Feld objektiver Beziehungen zwischen Individuen oder Institutionen, die miteinander um ein und dieselbe Sache konkurrieren“ spricht. Demnach besitzen diejenigen, die das Feld beherrschen, die meiste Macht. Ihr Ziel ist es, die vorhandenen Strukturen zu konservieren und ihre Macht zu erhalten. Das Ziel der anderen Seite ist es, diese Strukturen zu aufzubrechen. Taktisch werden hierfür Inkonsistenzen oder Schwachstellen der vorherrschenden Strukturen aufgespürt, dargestellt und hierfür Gegenangebote entwickelt, die dann wiederum zu „Umwälzungen“ führen können (vgl. Bourdieu 2018: 188). In der Betreuung von Schwangeren und Gebären ist dies eklatant, wann immer die Professionalisierung des Hebammenwesens mit seiner frauenzentrierten Einstellung sich mit ärztlich-klinisch zementierten Strukturen überschneidet und dort Verkrustungen, die sich zu dessen Nachteil manifestiert haben, aufzubrechen versucht. Dies wird seitens der Ärzteschaft als „wachsende Konkurrenz nicht ärztlicher Gesundheitsberufe [i.O.m.H.]“ gewertet (Siegrist 2005: 234).

Hebammen in Deutschland dürfen physiologische Geburten eigenständig betreuen und außerklinische Geburtshilfe anbieten (s. Kap. 3). Frauen haben seit 2012 das Recht auf die freie Wahl des Geburtsorts, festgeschrieben in § 24f des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V).⁶ Auch wenn heute nur noch rund 2 Prozent der Kinder in Deutschland außerhalb einer Klinik geboren werden (s. Kap. 6), müssen WeHen hierfür qualifiziert werden, um später als Hebammen Angebote schaffen zu können, so dass Frauen von ihrem Recht, den Geburtsort frei wählen zu können, Gebrauch machen können. Die wenigen Hebammen, die noch in diesem Bereich tätig sind, konservieren Spezi-

6 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I: 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 18 Absatz 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I: 1018) geändert worden ist.

alwissen, das in Teilen mit dem Begriff des von Siegemund beschriebenen Kontaktwissens belegt werden kann und das sich teils erheblich von dem Wissen unterscheidet, das in der klinischen Betreuung relevant ist. Damit geht einher, dass im außerklinischen Setting auch ein darauf angepasstes Handeln erforderlich ist. Im Klinikalltag unterbinden die organisatorischen Strukturen häufig kontinuierliche, hebammengeleitete Betreuungsprozesse. Hebammen und Frauen lernen sich oft erst zur Geburt kennen. Während Kontaktwissen im klinischen Kontext daher nicht alle Ebenen umfassen kann und somit häufig durch technische Überwachung ersetzt wird, gilt es im außerklinischen Kontext als wesentliches Element, das den Hebammen auch Sicherheit gibt.⁷ Wenn sie die Frau und deren Kind kennen, können sie auch sehen, falls etwas *anders* ist als sonst. Dieses Gewährwerden einer Situation, die anders ist als sonst als eine Abweichung vom Bisherigen ist eine wesentliche Erkenntnis, um die bisherige Art der Betreuung anpassen zu können und gegebenenfalls weitere Schritte einleiten zu können. Um diese Unterschiede zu verdeutlichen, wird für die vorliegende Arbeit ein Vergleichshorizont von der außerklinischen Geburtshilfe in Bayern zu der in bayerischen Kliniken angelegt und zugleich der Klinikalltag auch immer wieder als Teil dessen Problems, das zum Umbruch im Hebammenwesen geführt hat, vorausgesetzt.

Des Weiteren werden folgende Probleme adressiert: Das Studium zur Hebamme schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. In Anlage I der Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV)⁸ werden Kompetenzen genannt, die zwingend vorzuweisen sind, um die Prüfung bestehen zu können. Diese Kompetenzen dienen der Förderung der physiologischen Geburt sowie der umfassenden, hebammengeleiteten Betreuung der Frau über den gesamten Zeitraum der Familienbildung, der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbetts und der Stillzeit. Dies erfordert die Einbindung der Kenntnisse aller freiberuflich tätigen Hebammen, auch und im Besonderen derjenigen, die außerklinisch tätig sind. An staatlichen Hochschulen in Bayern können jedoch, mit nur wenigen Ausnahmen, in der Regel nur Personen unterrichten, die neben einschlägiger Berufserfahrung auch einen Hochschulabschluss und eine pädagogische Eignung vorweisen können (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst 9. März 2020). Sander et al. (2018) merken an, dass die in Bayern tätigen Hebammen ihr Hebammenexamen überwiegend auch in Bayern abgelegt hätten. Daraus kann abgeleitet werden, dass die in Bayern tätigen Hebammen überwiegend klinisch sozialisiert wurden und mehrheitlich die außerklinische Hebammentätigkeit nicht vermitteln können. Zudem haben weniger als 10 Prozent der Hebammen ein Studium im Bereich der Hebammenkunde abgeschlossen (vgl. San-

7 Zur außerklinischen Geburtshilfe werden Hausgeburten oder Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen, wie etwa Geburtshäusern, gezählt (s. Kap. 6).

8 Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen vom 8. Januar 2020 (BGBl. I: 39).

der et al. 2018: 75, 83). Außerklinisch tätige Hebammen, die ihre Hebamentätigkeit einstellen oder deutlich einschränken, um in die Lehre zu gehen, fehlen auf dem Markt und können dort keine Geburtshilfe anbieten. Da nur rund 2 Prozent der Kinder in Deutschland außerklinisch geboren werden, besteht auch für die berufspraktische Qualifikation von werdenden Hebammen ein Lücke: Es ist unwahrscheinlich, dass in naher Zukunft allen WeHen die Möglichkeit angeboten werden kann, eine außerklinisch tätige Hebamme zu begleiten.

Mit der vorliegenden Arbeit sollen daher einerseits Szenarien (HebSzen) beschrieben werden, die durch die Entwicklung des Hebammenwesens von einer auf Kontakt basierenden Frauenkunst hin zu einer Wissenschaft deutlich wurden, sowie jenen zu Übungszwecken, wie sie im Unterricht im Simulationslabor an Hochschulen Anwendung finden können, um den Mangel an Praxisplätzen zu überbrücken. All diese Szenen können wie die Einzelteile eines großen Mosaiks nur im Ganzen betrachtet ein Gesamtbild ergeben. Insbesondere aus berufssoziologischer Perspektive soll die aktuelle Umbruchphase im Hebammenwesen nachvollzogen und verstanden werden.

1.1 Stand der Forschung

Während die Entwicklung der Geburtshilfe und der damit verbundenen Wissensentwicklung in Deutschland in der Literatur sowohl aus soziologischer, (medizin-)historischer, hebammenwissenschaftlicher, anthropologischer, ethnologischer, philosophischer oder kulturwissenschaftlicher Perspektive umfangreich beschrieben worden ist, konnten trotz eingehender Recherche zur Vermittlung des außerklinischen Hebammenwissens an Hebammenschulen in Bayern nach 1985 keine einschlägigen berufssoziologischen Arbeiten gefunden werden.

Maßgeblich für die vorliegende Arbeit waren daher Quellen, die entweder durch die Beschreibung der Wissensvermittlung aus einem früheren Kontext einen Rückschluss auf die Wissensvermittlung nach 1985 zuließen oder die damit verbundenen gesellschaftlichen Entwicklungen in der Geburtshilfe beschrieben.

Besonders hervorzuheben sind dabei folgende Werke:

- „Soziologie der Geburt“ von Paula-Irene Villa et al. (2011), die sich soziologisch mit der Geburt und ihren Ritualen, mit der Geburt als Projekt sowie mit der Geburt, Frauen und Wahl(freiheit) auseinandergesetzt haben;
- „(Un)Heimliche Niederkunften“ von Marion Stadlober-Degwerth (2008), die sich im wissenschaftshistorischen Kontext mit den Arbeitswelten der

Hebammen und Hebärzte am Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts am Beispiel der Stadt Regensburg befasst hat;

- „Geburtshilfe neu denken“ von Friederike zu Sayn-Wittgenstein (2007), die die Entwicklungen der Geburtshilfe in Deutschland erstmals hebammenwissenschaftlich beschrieben hat;
- „Außerklinische Geburt in Deutschland“ von Christine Loytved und Paul Wenzlaff (2007), die sich auf Basis einer retrospektiven Kohortenstudie mit der Qualität der außerklinischen Geburtshilfe befasst haben;
- „Hebammen in Münster“ von Britta Schmitz (1994), die aus volkswundlicher Perspektive die historische Entwicklung des Lebens- und Arbeitsumfelds sowie das berufliche Selbstverständnis von Hebammen untersucht hat;
- „Nicht alles nach der Gelahrten Sinn geschrieben – Das Hebammenanleitungsbuch von Justina Siegemund“ von Waltraud Pulz (1994), die ebenfalls aus volkswundlicher Sicht untersucht hat, wie sich auf Basis des geburtshilflichen Überlieferungswissens frühneuzeitlicher Hebammen die moderne Geburtshilfe herausbilden konnte;
- „Verlauf von 855 Hausgeburten im Münchner Raum von 1981 bis 1987“ von Andrea Sack (1993), die sich medizin-institutionell mit der Hausgeburtshilfe befasst hat.

Des Weiteren wurden schwerpunktmäßig wissens- und berufssoziologische Quellen wie auch Veröffentlichungen aus dem medizinischen Bereich für diese Arbeit gesichtet und verwendet.

1.2 Vorgehen und Methode

Während auf Basis der Literatur geschildert wird, welche Aspekte zum aktuellen Umbruch im Hebammenwesen führten, war es aufgrund fehlender Quellen zur Wissensvermittlung und zum Wissensstand von Wehen in der außerklinischen Geburtshilfe in Bayern erforderlich, empirisch zu forschen. Hierfür galt es, eine Methode der Datenerhebung zu wählen, mittels derer einerseits ein Lückenschluss der fehlenden Daten möglich wurde, andererseits aber auch das Kontaktwissen der außerklinisch tätigen Hebammen herausgearbeitet werden konnte.

Für die vorliegende Arbeit wurden daher Daten im Mixed-Method-Verfahren erhoben und analysiert (Schreier 2013: 290). Das Verfahren wurde zweistufig angelegt. Quantitativ erhoben wurde, inwiefern in der bisherigen (berufsfachschulischen) Hebammenausbildung in Bayern Kenntnisse zur außerklinischen Geburtshilfe erworben werden konnten. Mit qualitativen Erhebungsmethoden wurde erfasst, welche gesellschaftlichen Strukturen und

welche persönlichen Strukturen, Erfahrungen, Haltungen und Kenntnisse der Hebammen die Wissensentwicklung beeinflussen. Zudem wurde untersucht, wie personengebundenes, außerklinisches Hebammenwissen systematisiert werden kann, um es in der Hochschullehre vermitteln zu können. Hierfür wurden retrospektive leitfadenorientierte narrative (Expert*innen-)Interviews geführt (vgl. Onnen-Iseman 2000: 67). Über den qualitativen Forschungszugang soll beschrieben werden, was die Qualität von Hebammenwissen in der Arbeit von Hebammen, die in der außerklinischen Geburtshilfe tätig sind, ausmacht, wie sie dieses Wissen aufbauen und an WeHen weitergeben können.

Teil II:
Geburtshilfe und Hebammenberuf
im Wandel

2 Die Entwicklung des Hebammenberufs

Mutter und Kind sind während und nach der Geburt besonders verletzlich und schutzbedürftig, da sie sich nicht oder nur bedingt selbst gegen mögliche Gefahren zur Wehr setzen können. Vermutet wird, dass sich Frauen bereits seit der Entwicklung des aufrechten Ganges Hilfe während der Niederkunft holten, die sich in vielerlei Hinsicht als vorteilhaft erwies: Trevathan (2011: 29) führt an, dass die Unterstützung den Müttern jedoch nicht nur zur Abwehr möglicher Gefahren diene, sondern auch emotional eine Hilfe war und *midwifery*⁹ somit für nahezu alle werdenden Mütter zur Notwendigkeit geworden sei. Diese Unterstützung war zunächst eine Hilfe von Frauen untereinander: „In den meisten [...] Kulturen haben Frauen immer versucht, sich zumindest vor der Anwesenheit ihrer Männer zu schützen. Geburt war Frauensache“ (Odent 1994b: 35). Historisch betrachtet entstand aus diesem zunächst weiblichen Beistand einer der ältesten beschriebenen Berufe – der Beruf der Hebamme.

Im frühen Mittelalter verlor sich im Gebiet des heutigen Deutschland die bis dahin rein weibliche Kunst der Geburtshilfe zunehmend, da eine „übermächtige Kirche“ die „Geburt in die Sphäre abergläubischer Handlungen und Riten“ verbannt habe (Rockenschaub 2001: 26). Im 13. Jahrhundert erlernten Hebammen in den Entbindungsspitalern für Bedürftige den Kaiserschnitt (vgl. Gubalke 1985: 16). Nach Schmitz (1994) begannen parallel die gelehrten (männlichen) Ärzte, sich für die Geburt zu interessieren. Ärzte waren damals zugleich Geistliche. Ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse, die sie in Klöstern gewannen, waren von der religiösen Lehre geprägt. Blutige Operationen mussten sie unterlassen, da diese Behandlungen den Ärzten nicht würdig erschienen. Diese wurden deshalb von den handwerklich ausgebildeten Barbieren oder Badern ausgeübt, die später von Wundärzten oder Chirurgen abgelöst wurden. Es war üblich, dass Hebammen Wundärzte bei geburts-hilflichen Komplikationen hinzuzogen. Diese handelten jedoch nur dann, wenn sich die Hebammen selbst einen nötigen Eingriff nicht zutrauten. Die Geburt verantwortete die Hebamme. In der Frühen Neuzeit löste sich die medizinische Wissenschaft von der Kirche, die Ärzte erwarben ihr Wissen nun an Universitäten. Ihre Tätigkeiten beschränkten sich noch immer auf unblutige Behandlungen wie die von inneren Erkrankungen und auf medikamentöse Therapien. Da ihre Kenntnisse ausschließlich theoretisch waren, blieben ihnen die praktischen Tätigkeiten der handwerklich versierten Chirurgen und

die der Hebammen verborgen. So entstanden erste schwere Unstimmigkeiten zwischen den Berufsgruppen (vgl. Schmitz 1994: 22ff.). Hygienische Probleme, Pestausbrüche, Kriege und Wirtschaftskrisen zwangen die Obrigkeiten dazu, „Medizinalgesetze“ zu erlassen, und im Zuge dessen wurde auch die Geburtshilfe neu geregelt (vgl. Szász 2020c: 35). Um die Tätigkeitsfelder zu definieren, wurde so im Laufe der Zeit aus der traditionellen und individuellen Begleitung von Gebärenden ein Beruf mit Grundregeln. Diese Regeln wurden im ausgehenden Mittelalter verschriftlicht. Als eine der ersten Hebammenordnungen gilt die Regensburger Ordnung von 1452. „Sie schuf mit einer Vereidigung auch den Stand einer geschworenen Hebamme, die gegenüber anderen Lehrmägden den Rang einer Oberhebamme bekam, auf daß keine Frau, die nicht dazu eingesetzt und geschworen ist, sich einer gebärenden Frau unterwindet“ (Gubalke 1985: 68). Um die Lehre gewährleisten zu können, mussten Ausbildungsstrukturen aufgebaut werden.

Die erste Gebäranstalt, die der Hebammenausbildung diene, wurde 1589 in München gegründet (vgl. a.a.O.: 74; Stadlober-Degwerth 2008: 28). Im ausgehenden 17. Jahrhundert verschriftlichte die Hebamme Justine Siegemund ihr Hebammenwissen und stellte dabei eine Verbindung zum Gelehrtenwissen der Ärzteschaft her, die wiederum auch ihr Wissen nutzten und rezipierten. 1994 waren 13 Hebammenlehrbücher aus dem 17. und 18. Jahrhundert bekannt (vgl. Stadlober-Degwerth 2008: 7). Jedoch machte sich die Prägung der Rolle der Frau in der Gesellschaft ab dem 17. Jahrhundert auch in der Geburtshilfe und den Veröffentlichungen bemerkbar, die sich unter einem männlich dominierten Einfluss weiterentwickelten (Odent 1994b: 36). Im 18. Jahrhundert bestand das Ziel des Staates darin, die Säuglingssterblichkeit gesenkt werden. Dies führte zu einer weiteren Begrenzung des Hebammenberufs in Form einer Verstärkung der Reglementierung durch Ärzte. Diese artikulierten zunehmend ihre Aversionen gegen die Art und Weise, wie Hebammen Entbindungen begleiteten. Schließlich unterstellten sie den Hebammen, den Tod von Müttern und Kindern vor, während oder nach Geburten zu verschulden (vgl. Schmitz, 1994: 27). Die ersten Hebammenschulen entstanden Mitte des 18. Jahrhunderts (vgl. Szász 2020a: 36) – Hebammenschülerinnen wurden fortan nur noch für die komplikationslose Geburt ausgebildet, Ärzten oblag nun die Durchführung operativer Eingriffe. Diese „Arbeits- teilung“ ist bis heute gültig (ebd.).

Stadlober-Degwerth (2008) beschreibt die Entwicklung des Hebammenberufs anhand zahlreicher historischer Quellen und aktueller Forschungsarbeiten. Sie konstatiert, dass sich für das 19. Jahrhundert keine Lehrbücher oder Journale fänden, die von Hebammen verfasst wurden. Sie schließt daraus: „Reduktion und Verbot von Tätigkeiten aus der Hebammenpraxis wie ärztliche Verbote zu Wendung, Zunge lösen und Arzneimittelverabreichung trugen vermutlich zu diesem Phänomen bei“ (a.a.O.: 8). Metz-Becker (2011: 232) argumentiert, dass bereits mit der akademisch-ärztlichen Geburtshilfe

des 19. Jahrhunderts in Deutschland die Weichen für die heutige Krankenhausentbindung gestellt worden seien. Durch die Definition der Geburt als „pathologischer Akt“ sei der Einsatz operativer Techniken gerechtfertigt worden (vgl. ebd.). Diese führten Hebammen aber nicht mehr aus, und Frauen entschieden sich für die Klinik. Zudem führte die Pauperisierung während der Industrialisierung im 19. Jahrhundert dazu, dass auch die selbstständigen Hebammen verarmten, da sich die Frauen die selbst zu bezahlenden Hebammenleistungen nicht leisten konnten (vgl. Szász 2020b: 37f.). Aufgrund der sich zuspitzenden Not rief 1885 die freie Hebamme Rosina Neumann zum ersten Treffen der Berliner Hebammen auf. 300 Hebammen gründeten damals den ersten, jedoch noch nicht schlagkräftigen, Hebammenverband, dem Olga Gebauer bis 1920 vorsah (Deutscher Hebammenverband 2019c). Obendrein mussten sich die Hebammen mit Diffamierungen auseinandersetzen: Obwohl zunächst die Universitätskliniken als Ursache für das grassierende Kindbettfieber erkannt worden waren, sollten für die Verbreitung des Fiebers nun die Hebammen verantwortlich gemacht werden. Hierfür wurde die Puerperalfieberstatistik für Preußen veröffentlicht. Zugleich wurde die Reform des Hebammenwesens forciert und die Hausgeburtschilfe als veraltet dargestellt (vgl. Szász 2020b: 37). Im 20. Jahrhundert versuchten Hebammen vergeblich für ihre Rechte und ihren Berufsstand zu kämpfen. In der Zeit der Weimarer Republik traten die Hebammen in die Gewerkschaft ein (vgl. a.a.O.: 41).

Da ihre Bemühungen um Verbesserungen für ihren Berufsstand aussichtslos geblieben blieben, waren Hebammen empfänglich für die Versprechungen der Nationalsozialisten, denn mit der Glorifizierung von Familie und Mutterschaft im Nationalsozialismus erfuhren die Hebammen eine soziale Aufwertung. Im Rahmen der Programme zur „Volksgesundheit“ wurde die Pflege der Familie propagiert und erstmals die Hinzuziehungspflicht einer Hebamme zur Geburt gesetzlich festgeschrieben. Reichsgesundheitsführer Conti, dessen Mutter Hebamme war, befürwortete die Hausgeburtschilfe und verkündete öffentlich sein Unbehagen gegenüber Anstaltsentbindungen. Nach Protesten der Ärzteschaft schwächte er seine Aussagen ab und hob die Leistungen der Ärzte in der Geburtshilfe hervor. Die positiven Entwicklungen für ihren Berufsstand bezahlten die Hebammen wiederum mit Freiheit, beispielsweise mit der Auflösung ihrer Hebammenvereinigungen, die durch den nationalsozialistischen Zweckverband, der Reichshebammenschaft, abgelöst wurden, sowie mit der Verpflichtung zur Durchführung sogenannter rassehygienischer Maßnahmen (vgl. Schmitz 1994: 24f.). Mit dem Reichshebammengesetz vom 21. Dezember 1938 wurde ein „Kompromiss zwischen einer generellen Festanstellung und einer völligen Selbständigkeit“ gefunden. Zudem wurde die Pflicht verankert, „zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen“ (vgl. a.a.O.: 43). Trotz alledem blieben Hebammen in einer der Ärzteschaft untergeordneten Position (ebd.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg veränderte sich die Geburtshilfe erneut. Medizinisch-technischer Fortschritt, aber insbesondere eine Veränderung der Abrechnungsmodalitäten mit den Krankenkassen bewirkten, dass sich die Hebammen wieder aus der freien Praxis zurückzogen. Die Kosten für Geburten, die in der Klinik stattfanden, wurden bis 1968 nur dann von den Krankenkassen getragen, wenn ein Risiko vorlag und die Frau deshalb nicht zu Hause entbinden konnte. Die Krankenhäuser stellten nun Hebammen ein. Insbesondere junge Hebammen fanden so einen sicheren Arbeitsplatz. Das führte zu einer grundlegenden Umstrukturierung des Hebammenberufs (vgl. Schmitz 1994: 25). Dennoch wurden bis in die 1950er Jahre rund 98 Prozent der Kinder in Deutschland zu Hause geboren (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 53). Ab den 1960er Jahren entschieden sich zunehmend mehr Frauen für die Klinikgeburtshilfe, vor allem weil die Kosten hierfür ab 1968 von den Krankenkassen übernommen wurden, auch wenn kein Geburtsrisiko vorlag (vgl. Schmitz 1994: 25). Durch die zunehmende Verlagerung der Geburt in die Klinik kam es zudem zu einer weiteren Übertragung von Hebammenkompetenzen an den Arzt (vgl. a.a.O.: 28). Die Anzahl selbstständiger Hebammen verringerte sich deutlich (ebd.: 25). Zum Vergleich: Heute werden nur rund 2 Prozent der Kinder zu Hause geboren (vgl. Ramsayer 2020: 29).

1985 wurde das Hebammengesetz dahingehend verändert, dass in einem vormals reinen Frauenberuf nun auch Männer tätig werden durften.¹⁰ Obwohl sich das Hebammenwesen nicht als Pflegeberuf verstand, wurden männliche Hebammen mit der Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ belegt. Dies verdeutlichte die zunehmende Assistenzrolle der Hebammen in den Kliniken. Trotz der Öffnung des Hebammenwesens für Männer blieb der Beruf für sie eher uninteressant. In Deutschland entschieden sich nur sehr wenige, Entbindungspfleger zu werden, die Angaben schwanken zwischen fünf und zehn ausgebildeten Hebammen (s. Kap. 7). Mit Einsetzen der Frauenbewegung bemühten sich Hebammen ab den 1970er Jahren, das Hebammenwesen zu stärken (s. Kap. 5).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Entwicklung des Hebammenwesens durch die gesellschaftliche Notwendigkeit einer Strukturierung von geburtshilflichen Unterstützungsmaßnahmen unter Frauen entwickelte, die sich einerseits durch Notlagen ergab, andererseits aber auch durch den zunehmenden Anspruch einer männlich dominierten Wissenschaft, welche die Idee verfolgte, lebensweltliche Prozesse einem medizinischen System unterzuordnen. Die Strukturen des (weiblichen) Hebammenwesens wurden zudem zu einer Zeit fixiert, da das weibliche Wissen sowie der weibliche Intellekt nach der herrschenden gesellschaftlichen Doktrin überwiegend geringgeschätzt wurden und Frauen der Zugang zur Wissenschaft in der Regel

10 **Hebammengesetz** vom 4. Juni 1985 (BGBl. I: 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist. Zuletzt geändert durch Art. 39 G v. 6.12.2011 I 2515 (= HebG (alt)).

gänzlich verwehrt war. Die Professionalisierung des Hebammenwesens war somit unmöglich und Hebammen stets mit der Herausforderung konfrontiert, ihren Beruf zu schützen. Eine Weiterentwicklung des Berufsstandes wird erst ab 2019 durch das neue Hebammengesetz möglich: 2019 wurde das Hebammenreformgesetz¹¹ eingeführt, das zu sehr deutlichen Umbrüchen im Hebammenwesen führt (s. Kap. 8).

11 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG vom 22.11.2019).

3 Wesentliche Rahmenbedingungen des Hebammenberufs in Deutschland

Nach Reckwitz (2021: 34f.) sei die moderne Gesellschaft geprägt durch „Standardisierung, Formalisierung und Generalisierung“ in Form von technischen, kognitiven und normativen Rationalisierungen. Diese Strukturen wirken sich, wie in allen gesellschaftlichen Bereichen, auch auf das Hebammenwesen aus.

Die Arbeit der Hebammen umfasst die Betreuung von Frauen und ihren Familien während der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, der Stillzeit, aber auch in der weiteren Familienplanung (Schwager 2020a: 90). Der Hebammenberuf war jahrhundertlang ein klassischer Frauenberuf (vgl. Kap. 2), der vom Mittelalter bis in die Moderne insbesondere auch aufgrund der gesellschaftlichen Stellung der Frau von außen, durch männliche Beeinflussung, geformt wurde.

Heute finden wir rechtliche Rahmenbedingungen, aber auch Strukturen durch die Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu den Hebammenleistungen und Abrechnungsverfahren (GKV-Spitzenverband 2021) vor, in deren Gestaltung Hebammen über Verbandsvertretungen gehört werden. Zudem gelten die Selbstvorgaben der Berufsgruppe, beispielsweise zur Ethik oder Qualitätssicherung, die durch die Berufsverbände oder entsprechende Netzwerke erarbeitet werden. Die für die vorliegende Arbeit wesentlichen Rahmenbedingungen werden nachfolgend beschrieben.

3.1 Rechtlicher Rahmen

Eine zentrale Vorschrift im alten Hebammengesetz von 1985, die den Berufsstand der Hebamme noch bis heute in seiner heutigen Form schützt, ist § 4 HebG (alt).¹² Sie beschreibt die Hinzuziehungspflicht, die noch auf den Einfluss der Nationalsozialisten (vgl. Kap. 2) auf die Geburtshilfe zurückzuführen ist: „(1) Zur Leistung von Geburtshilfe sind, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ oder ‚Entbindungspfleger‘ sowie Dienst-

12 **Hebammengesetz** vom 4. Juni 1985 (BGBl. I: 902), das zuletzt durch Artikel 39 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I: 2515) geändert worden ist. Zuletzt geändert durch Art. 39 G v. 6.12.2011 I 2515. (= HebG (alt)).

leistungserbringer im Sinne des § 1 Abs. 2 berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird“. Implizit schützt diese Hinzuziehungspflicht den Beruf der Hebamme oder des Entbindungspflegers vor der Abschaffung zugunsten einer rein ärztlich geleiteten Geburtshilfe. In § 5 HebG (alt) wurde auch das Ausbildungsziel geregelt: „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 (Ausbildungsziel)“. Die Kompetenz der Hebamme in der Geburtshilfe ist darauf beschränkt, eine normale, das heißt eine regelrecht und ohne Pathologien verlaufende Geburt, verantwortlich zu leiten. Treten Pathologien auf, zieht die Hebamme Gynäkolog*innen hinzu.

Die Kompetenzen der Hebammen und somit die Hebammenausbildung wird heute europaweit geregelt. Die rechtliche Grundlage hierfür ist in der EU-Richtlinie 2013/55/EU¹³ mit Umsetzungsstichtag zum 18. Januar 2020 zu finden. Im darauf basierenden Gesetzesentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches (Hebammenreformgesetz – HebRefG vom 22.11.2019) hin zur Akademisierung des Berufs wurde an dem Hinzuziehungsgrundsatz nichts geändert. § 4 HebRefG beschreibt weiterhin die Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeiten (Bundesministerium für Gesundheit 2019; Bundesregierung 2019: 10).

Das HebG (alt) wurde mit Einführung des Hebammengesetzes vom 22. November 2019 ungültig.¹⁴ In Bayern wird die Berufsausübung von Hebammen auch durch die Bayerische Hebammenberufsordnung (BayHebBO) vom 28. Mai 2013 geregelt. Sie legt unter anderem die Aufgaben (§ 2 BayHebBO), die Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit (§ 3 BayHebBO), den Umgang mit und die Anwendung von (verschreibungspflichtigen) Arzneimitteln (§ 4 BayHebBO), die Dokumentationspflicht (§ 5 BayHebBO), die Schweigepflicht (§ 6 BayHebBO) und die Fortbildungspflicht (§ 7 BayHebBO) fest.

13 Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt- Informationssystems (IMI-Verordnung).

14 Hebammengesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I: 1759). Ersetzt G 2124-14 v. 4.6.1985 1 902 (HebG 1985).

3.2 Relevante Berufsverbände und Netzwerke

Deutschlandweit sind insbesondere nachfolgende Berufsverbände für Hebammen relevant:

- Die International Confederation of Midwives (ICM) vernetzt Hebammen weltweit und setzt sich global für ihre Interessen ein. Von ihr entwickelte Definitionen, zum Beispiel zur Berufsethik oder von im Studium zu erwerbenden berufsspezifischen Kompetenzen, haben Strahlkraft und/oder Verbindlichkeit für alle Berufsverbände weltweit (ICM 2018).
- Der Deutsche Hebammenverband (DHV) ist mit über 20.000 Mitgliedern der größte Berufsverband in Deutschland, vertritt sämtliche berufspolitischen Interessen von Hebammen in Deutschland und organisiert Fort- und Weiterbildungen (DHV 2019). Der Verband setzt sich zudem für eine „menschenwürdige Geburtskultur“ ein. Hierzu zählt eine „normale Geburt ohne technische Interventionen, aber mit viel menschlicher Zuwendung“ (DHV 2020c).
- Im Dachverband DHV werden die einzelnen Bundesländer über ihren jeweiligen Landesverband repräsentiert (DHV 2018). Die Landesverbände setzen sich für die berufspolitischen Ziele der Bundesländer ein. Darüber hinaus organisieren sie beispielsweise Fort- und Weiterbildungen für Hebammen und unterstützen Zirkel zur Qualitätssicherung der Hebammenarbeit.
- Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) stellt die Interessensvertretung von rund 1000 freiberuflichen Hebammen in Deutschland (BfHD 2021).
- Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) ist eine international und interdisziplinär vernetzte wissenschaftliche Fachgesellschaft für Hebammen. Sie fördert unter anderem die Professionsentwicklung, die „hebammenwissenschaftliche Forschung, Lehre und Praxis“, auch um zu einer „bedürfnis- und bedarfsgerechten sowie effizienten Versorgung von Frauen und Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Still-/Säuglingszeit beizutragen“. Für das Hebammenwesen ist die Mitgliedschaft der DGHWi in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. als ein wesentliches Kriterium an der Etablierung hebammenwissenschaftlicher Evidenz zu werten, dann die DGHWi kann so an der Erstellung medizinischer Leitlinien mitwirken (DGHWi 2020a, 2020b, 2021).
- Der Deutsche Fachverband des Hebammenhandwerks e.V. (DFH) vertritt Mitglieder, die eine „rein hebammengeleitete Geburtshilfe“ auf der Basis „der traditionellen Hebammenkunst“ (THK) ermöglichen. Zudem setzt er sich für die Stärkung der Hausgeburtshilfe ein (DFH 2020).

Des Weiteren organisieren sich Hebammen in Netzwerken und Qualitätszirkeln. Hierzu gehören unter vielen anderen:

- Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) dokumentiert seit 1999 zur Qualitätssicherung „durch Hebammen begleitete außerklinische Geburten – das sind Geburten im häuslichen Umfeld und in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (Geburts Häuser, Entbindungsheime oder Hebammenpraxen mit Geburtshilfe)“. QUAG wird vom DHV und BfHD getragen (QUAG 2020).
- Das Netzwerk der Geburtshäuser – Verein zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Deutschland e.V. ist die Interessenvertretung der Geburtshäuser (Netzwerk der Geburtshäuser 2021b).

3.3 Arbeitsformen und Arbeitsbereiche von Hebammen

Die Berufsgruppe der Hebammen wird als Hebammenwesen bezeichnet: „Das Selbstverständnis des modernen Hebammenwesens basiert auf dem geschichtlich ableitbaren Verständnis von einer weisen (auf Wissen basierenden), partnerschaftlichen, von Frauen für Frauen angebotenen Hilfe rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit – abseits des von der Naturwissenschaft geprägten Denkstils der Medizin“ (Kahl 2013: 14). Hebammen sind heute in unterschiedlichen Arbeitsformen organisiert und in verschiedenen Arbeitsbereichen tätig. Sie können sowohl im Angestelltenverhältnis als auch freiberuflich arbeiten, sich berufspolitisch in Berufsverbänden, in sozialen Bereichen oder in Forschung und Lehre engagieren. Angestellte Hebammen arbeiten in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung im Krankenhaus, können aber zudem freiberufliche Tätigkeiten anbieten, beispielsweise in Form von Kursen, Schwangerenvorsorgen oder Wochenbettbetreuung (vgl. Stiefel 2020a: 73f.).

Jacobi und Hausen (2020: 26f.) identifizierten 19 Versorgungsstrukturen und Konzepte, in denen Hebammen tätig sind. Etabliert seien „der Hebammenkreißaal, die Familienhebamme, die Familiengesundheitshebamme, die Family Nurse Partnership, ein Projekt zur Integrierten Versorgung. Außerdem sind neue Versorgungsangebote in Form von Online-Beratungsportalen, Hebammenzentralen, Wochenbettambulanzen und Praxen mit angestellten Hebammen/anderen Professionen entstanden. Zunehmend entstehen außerdem finanzielle Unterstützungsmodelle der Hebammen durch staatliche Stellen und Online-Hebammensuchmaschinen. Eher vereinzelt kann man die Entwicklung familienfreundlicher Schichtmodelle, Hebammen als Teil eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder die Organisation eines

Hebammen-Notrufs finden. Als hilfreiche Konzepte für die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen wurden das Hebammenzentrum, das Konzept Hebammengeleitete Betreuung sowie die beziehungsgeleitete Geburtskultur identifiziert¹⁵. Die Angebote und Konzepte variieren deutschlandweit deutlich (vgl. ebd.).

Nach Stiefel (2020) stehen freiberuflichen Hebammen verschiedene Tätigkeitsbereiche offen und diese können, in unterschiedliche Gruppen eingeteilt werden. Hebammen arbeiten „mit“ und „ohne“ Geburtshilfe. Außer-klinisch (ambulant) können sie sowohl in der Geburtshilfe in hebammengeleiteten Einrichtungen oder zu Hause tätig sein und/oder hierfür auch Verträge mit Krankenhäusern schließen, um (zusätzlich) als Beleghebammen zu arbeiten. Ferner besteht die Möglichkeit, Schwangerenvorsorge, Wochenbettbetreuung oder Kurse anzubieten. Hebammen können sich beruflich nur in einzelnen Tätigkeitsfeldern verorten oder die kombinieren. Auch interdisziplinäre Kombinationen sind möglich, beispielsweise in Form von Gemeinschaftspraxen (vgl. Stiefel 2020a: 73–76).

Freiberufliche Hebammen mit Geburtshilfe können auch im Belegsysteem arbeiten. Nach Anlage 1.1 Hebammen-Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V (3)¹⁵ sind „Beleghebammen [...] Hebammen, die einen Belegvertrag mit einem Krankenhaus abgeschlossen haben und während des Krankenhausaufenthaltes der Versicherten Leistungen erbringen. Damit umfasst sind auch Geburten, bei denen die Versicherte das Krankenhaus nach der Geburt zeitnah wieder verlässt“.

In der Vergütungsvereinbarung wird ferner zwischen Dienst-Beleghebammen und Begleit-Beleghebammen unterschieden. Nach § 134a SGB V (4) sind Dienst-Beleghebammen „in einem Dienst- oder Schichtsystem oder im Bereitschaftsdienst im Krankenhaus tätig. [...] Die Dienst-Beleghebamme soll Leistungen bei höchstens einer weiteren Versicherten zur gleichen Zeit erbringen“. Begleit-Beleghebammen sind nach § 134a SGB V (5) Hebammen, „die ihre Leistung nicht in einem Dienst- oder Schichtsystem oder im Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses erbringen, sondern die ihr bekannte Schwangere zur geplanten Geburt ins Krankenhaus begleitet“. Dabei bestimmt die Schwangere „eine ihr persönlich bekannte Hebamme für eine geplante Begleit-Beleggeburt“ (ebd.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich für Hebammen eine Vielfalt an Möglichkeiten der Berufsausübung bietet. Die Art und Weise der Berufsausübung beeinflusst dabei auch die Betreuung der Frau. Durch die rechtlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben der GKV sind die Handlungsspielräume von Hebammen klar umgrenzt.

15 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I: 2477) § 134a Versorgung mit Hebammenhilfe.