1 Einleitung

1.1 Das Leitmotiv: Geburtshilfe neu denken

Der vorliegende «Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens» fordert mit seiner Analyse und seinen Empfehlungen, die derzeitige Ausrichtung der Angebote von Versorgungsleistungen im Bereich der Geburtshilfe zu überdenken.

Im herkömmlichen Verständnis bezeichnet der Begriff *Geburtshilfe* die erforderlichen Unterstützungsleistungen zum Zeitpunkt der Geburt. Der Ansatz, der diesem Bericht zugrunde liegt, ist ein deutlich erweiterter, weil er die *gesamte Lebensphase* im Übergang zur Mutterschaft beziehungsweise Elternschaft umfasst, womit die sowohl für die Frau als auch für ihren Partner beziehungsweise das gesamte familiäre Umfeld bedeutsamen biographisch relevanten Ereignisse – *Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit* – betrachtet werden.

Geburtshilfliche Versorgungsleistungen sind demnach nicht auf das professionelle Handeln bei dem Ereignis Geburt reduziert, sondern alle Ereignisse dieser Lebensphase werden als sich gegenseitig beeinflussend verstanden und entsprechend diesem Verständnis professionell begleitet und betreut.

Das bedeutet zudem, Schwangerschaft und Geburt nicht als etwas Krankhaftes zu betrachten, sondern in ihnen das Potenzial für gesunde Prozesse zu entdecken und diese zu fördern und zu unterstützen – eine Umkehr von einem zunehmend krankheitsorientierten Modell hin zu einem *salutogenetischen* und *ressourcenorientierten* Betreuungsansatz.

Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention wird für den Bereich der Pflege zunehmend herausgestellt (Hurrelmann 2003). Dies spiegelt sich auch in der Gesetzesvorlage zum Präventionsgesetz wider, in der auf den pflegerischen Beitrag verwiesen wird (§ 1, Gesetzesentwurf Präventionsgesetz 2005). Im Bereich der Hebammenarbeit hingegen wird der eigenständige Anteil an der Gesundheitsbeschaffung und -sicherung bisher nicht ausreichend anerkannt oder überhaupt anerkannt. So wird in der Gesetzesvorlage

zum Präventionsgesetz zwar generell der Bereich der Früherkennung angesprochen, doch auch diese Ausrichtung ist in ihrer Anlage krankheitsorientiert. Neben einer medizinischen Vorsorge ist aber ebenso eine gesundheitsfördernde psychosoziale Betreuung erforderlich, die sich an der Lebenswelt «junge Familie» orientiert.

Der Bericht setzt mit seinen Ausführungen einen neuen Akzent, indem er das Potenzial der Stärkung normaler Prozesse in dieser Lebensphase, das heißt im Übergang zur Elternschaft beziehungsweise vom Individuum zur Kernfamilie, beleuchtet. Er liefert eine systematische Begründung für den Handlungsbedarf sowie konkrete Ziele und Empfehlungen. Damit wendet er sich an Expertinnen und Experten aus der Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Familienpolitik sowie an Vertreterinnen und Vertreter von Kostenträgern, Trägern von Einrichtungen, den Berufsverbänden der verschiedenen an der Geburtshilfe beteiligten Gesundheitsberufen und an die berufliche Praxis.

Der Bericht verfolgt vier Thesen:

- Die Frau muss im Kontext ihres sozialen Umfeldes und ihrer Lebenswelt betrachtet werden.
- Die Lebensphase mit ihren Ereignissen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit umfasst primär physiologische und vitale Prozesse im Leben einer Frau.
- Das an dieser Lebensphase ausgerichtete Versorgungsangebot durch Hebammen birgt ungenutztes Potenzial.
- Qualitätsförderung bedingt Reformen in der Hebammenausbildung.

Die Frau muss im Kontext ihres sozialen Umfeldes und ihrer Lebenswelt betrachtet werden.

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit stellen für die Eltern – und insbesondere für die Mutter – eine biographische Übergangssituation dar, die auf ihre zukünftige gesundheitliche Verfassung wie auf ihr gesundheitsrelevantes Verhalten eine initiale Wirkung entfalten kann. Besondere Ereignisse, insbesondere die gelungene Bewältigung der Geburt eines Kindes, eröffnen die Möglichkeit, gesundheitsförderliche Ressourcen zu entdecken und im familiären Leben weiterzuentwickeln.

Die geburtshilflich betreuenden Professionen haben in diesem Prozess eine bedeutende Rolle. Geburt so zu gestalten und zu begleiten, dass Frauen auf diese Lebensphase gestärkt und zufrieden zurückschauen, wirkt sich nicht nur

positiv auf das physische und psychische Wohlbefinden der Frau aus, sondern erweist sich auch als förderlich für die Stillrate und die Mutter-Kind-Bindung (Zhang et al. 1996, Hofmeyr et al. 1991, Hemminki et al. 1990). Ebenso scheint es einen Zusammenhang zwischen der Qualität des Geburterlebnisses einer Frau und einem weiteren Kinderwunsch zu geben: Frauen mit einem negativen ersten Geburtserlebnis bekommen seltener weitere Kinder (Gottvall & Waldenstrøm 2002).

Der Bericht bezieht sich auf diese Phase des Übergangs, die verschiedene physische und psychische Adaptionsleistungen seitens der Eltern voraussetzt.

Das derzeitige geburtshilfliche Versorgungsangebot wird der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als primär physiologische und vitale Prozesse im Leben einer Frau nicht gerecht.

Entwicklungen der Geburtshilfe in Deutschland in den letzten 40 Jahren und das daraus entstandene Versorgungsangebot widersprechen dem Ansatz einer umfassenden Betreuung und der Sichtweise, dass die Lebensphase von *Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit* als vitaler Prozess im Leben einer Frau betrachtet wird.

Durch die Verlagerung des Geburtsgeschehens in die Klinik unterlag die Geburthilfe des 20. Jahrhunderts einem rasanten Umbruch. In einem Zeitraum von 75 Jahren stieg die Rate der Klinikgeburten von 3 Prozent im Jahr 1903 auf 99 Prozent im Jahr 1975. Die Geburt in der Klinik ist zum Regelfall geworden. Auch in der Klinik selbst hat sich die Sichtweise grundlegend geändert. Bis zum Ende der 1950er-Jahre unterschied sich die Praxis der Geburtsleitung in Haus und Klinik in ihren charakteristischen Zügen nicht (Schumann 2006). Zwar standen in der Klinik Wehenmittel, Analgetika und die Möglichkeit des Kaiserschnitts zur Verfügung, doch ein primär *abwartendes Verhalten*, das Prinzip der *gekonnten Nichtintervention*, leitete das Handeln von Hebamme und Arzt. (Der Begriff der *gekonnten Nichtintervention* wurde 1998 durch die Historikerin Barbara Duden geprägt (Duden et al. 1998).) Dieses Denkmodell wurde durch das medizinisch-technische Modell mit der Einrichtung der institutionalisierten ärztlichen Schwangerenvorsorge, der Pränataldiagnostik, der Perinatologie und der aktiv handelnden Geburtsmedizin abgelöst. In Folge vollzog sich durchgängig durch die reproduktive Lebensphase eine Medikalisierung und Technisierung.

Einflussreich war das aus den 1970er-Jahren stammende Risikokonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das auch auf den Bereich der Schwan-

gerenvorsorge übertragen wurde (Backett, Davies & Petros-Barvazian 1984, Epstein 1982, WHO 1978). Die Ziele dieses Konzeptes bestanden darin, die Effizienz der Schwangerenvorsorge im Hinblick auf das Geburtsergebnis zu steigern, präventive Maßnahmen zu fördern und eine angemessene Versorgung gesellschaftlich und wirtschaftlich benachteiligter Personengruppen zu erreichen.

In Deutschland hat dagegen – durch die undifferenzierte Anwendung des Risikokonzeptes – eine andere Entwicklung stattgefunden: Einer *Überversorgung* durch Screening-Verfahren aller Schwangeren steht eine *Unterversorgung* bei Schwangeren mit ungünstigen sozialen Hintergrundbedingungen (Simoes 2004, Knörr 1983) wie Sozialhilfeempfängerinnen, allein erziehende Mütter, Migrantinnen mit Integrationsproblemen und Minderjährige gegenüber (WHO 1987). Dieser Widerspruch unterstreicht die Notwendigkeit zur Erweiterung niedrigschwelliger aufsuchender Angebote in der Gesundheitsversorgung.

Mit Einführung der Perinatologie erfolgte ein verstärkter Fokus auf das kindliche gesundheitliche Wohlbefinden. Die bis dahin geltende Auffassung von «Mutter und Kind» als Einheit geriet in den Hintergrund. Die Risikobetrachtung schwangerer Frauen und die Entwicklung immer umfassenderer Methoden zur Begutachtung des Ungeborenen im Bereich der Perinatalmedizin führten dazu, dass der normale Verlauf der Geburt neu definiert und damit die Grenzen zwischen Normalität und Pathologie verschoben wurden.

Heutzutage werden in Deutschland alle klinischen Geburten – seien sie normal oder kompliziert – medizintechnisch kontrolliert. Etwa 70 Prozent aller Geburten in Deutschland sollten nach den WHO-Kriterien (WHO 1996) als normale Geburten einzustufen sein und bedürften daher keiner routinemäßigen medizinischen Intervention. Dennoch erhielten 90 Prozent der Normalgebärenden, d.h. Frauen, die in der Schwangerschaft kein Risiko zeigten und auch unter der Geburt kein Risiko aufwiesen, wenigstens eine – wenn nicht mehrere – medizinische Interventionen (Schücking & Schwarz 2002). Auch die Kaiserschnittrate ist sowohl in Deutschland als auch weltweit kontinuierlich gestiegen. Deutschland weist im Jahr 2004 eine durchschnittliche Kaiserschnittrate von 24 Prozent auf und bewegt sich hiermit im westeuropäischen Mittelfeld (Schneider et al. 2005).

Das Wochenbett und die Entwicklung der Stillbeziehung stellen oftmals vernachlässigte Bereiche im klinischen Setting dar. So wird aufgrund ablauforganisatorischer und struktureller Gründe das 24-Stunden-Rooming-in nicht immer ermöglicht (Hasseler 2000). Auffallend ist, dass derzeit nur 2 Prozent der zirka 1000 Geburtskliniken in Deutschland der weltweiten – und von

internationalen Gesundheitsbehörden empfohlenen – Initiative *Stillfreundliches Krankenhaus* (seit März 2006 *Babyfreundliches Krankenhaus)* angehören (BFHI 2006). Aktuelle gesundheitspolitische Rahmenbedingungen führen zu frühzeitiger Krankenhausentlassung, zirka am dritten Tag nach der Geburt. Da es sich beim Wochenbett nicht um eine krankhafte Phase handelt, ist dies generell zu befürworten. Für die Hebamme bedeutet eine zeitlich früher beginnende häusliche Wochenbettversorgung auch eine intensivere Betreuung, da zu diesem Zeitpunkt das Stillen noch nicht richtig eingespielt ist. Durch Interventionen während der Geburt, zum Beispiel Dammschnitt oder operative Entbindung, können Komplikationen in der Wundheilung und Rückbildung bestehen, wodurch das Wohlbefinden der Wöchnerin beeinträchtigt sein kann. Hier ist eine einfühlsame und unterstützende Betreuung durch die Hebamme maßgebend. Allerdings gibt es derzeit keine repräsentativen Daten über eine lückenlos vernetzte Struktur zwischen klinischer und ambulanter Versorgung durch Hebammen.

Parallel – und quasi auch «oppositionell» – zur starken Entwicklung der Geburtsmedizin in klinischen Strukturen konnte sich in den letzten 25 Jahren der Bereich der *außerklinischen* Hebammentätigkeit entwickeln, der die vornehmlich medizinische Perspektive der Versorgung erweitert und zentrale Impulse für die Erhaltung von originärer Hebammenarbeit setzt.

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass auch international diese außerklinische Art der Betreuungsleistungen zunächst kritisch hinterfragt wurde. Mittlerweile haben mehrere Studien zur Effizienz der außerklinischen Geburtshilfe die gute Qualität der Betreuung belegt.

Diese Entwicklung weist Parallelen zur bundesdeutschen außerklinischen Situation auf. In diesem für die Berufsgruppe der Hebammen ursprünglichen und zugleich autonomen Handlungsfeld wurde sorgfältig die Effektivität durch die *Dokumentation zur außerklinischen Geburt* evaluiert. Jährlich durchgeführte Untersuchungen zeigen, dass geplante außerklinische Geburten gut in Bezug auf das Geburtsergebnis, die mütterliche und kindliche Morbidität und Mortalität, abschneiden (QUAG 2004, QUAG 2003). Darüber hinaus zielt die Konzeption der Betreuung im außerklinischen Bereich besonders auf Langfristigkeit und Kontinuität von Orten und Personen in der Begleitung von der Schwangerschaft bis in die Elternschaft, die im klinischen Setting oftmals nicht gewährleistet werden kann (Sayn-Wittgenstein, Krahl & Müller-Rockstroh 2004a, Sack 1993).

Parallel zu der beschriebenen Medikalisierung der reproduktiven Lebensphase kam es zur Fragmentierung im Sinne eines nicht durchgängigen Gesundheitsangebotes der verschiedenen Anbieter beziehungsweise zur Spe-

zialisierung der Versorgungsleistungen für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen. Verschiedene Professionen übernehmen unabhängig voneinander – im ambulanten oder stationären Setting – die Betreuung der Frau. Es entsteht eine mangelnde Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen. Die Betreuung von Frauen und jungen Familien liegt dabei oft außerhalb der Sphäre von Hebammen, ist auf verschiedene Berufsgruppen verteilt und daher weder unter medizinischen noch frauen-, patienten- oder familienorientierten Ansätzen betrachtet optimal. Diese Versorgungssituation widerspricht dem Ansatz einer Betreuung, die den Anspruch erhebt, professionelle Unterstützungen für die Adaptionsleistung in dem biographischen Übergang Mutterschaft/Elternschaft zu bieten.

Diese Entwicklungen – Medikalisierung und Fragmentierung der Versorgung – bergen gesundheitsökonomisch betrachtet die Gefahr einer unangemessenen Ressourcenallokation. Der Anspruch, originäre *Geburtshilfe* anstatt Geburtsmedizin zu leisten, die *gekonnte Nichtintervention* zu beherrschen, anstatt bei ärztlichen Interventionen zu assistieren, wird im klinischen Setting marginalisiert (Sayn-Wittgenstein, Kehrbach, Kirchner 2005).

Im Kontext von Technisierung und Medikalisierung der Geburtshilfe sowie der Verknappung finanzieller Mittel gerät die Versorgungssituation zunehmend in ein Spannungsfeld aus klinisch initiierter, kapitalintensiver Geburtsmedizin und erlösorientierter, kostenoptimierender Abteilungsorganisation (Knape 2006). Gesetzliche Veränderungen, zunehmende ökonomische Zwänge und stetig sich vermehrendes evidenzbasiertes Wissen verlangen, neue Formen der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und ihren Kindern zu entwickeln und diese auf ihre Wirksamkeit und ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis zu evaluieren.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklung bleibt es unverständlich, dass das Potenzial der niedrigschwelligen aufsuchenden Angebote in der Gesundheitsversorgung, die bewiesenermaßen effektiv sind, vor dem Hintergrund der derzeitigen demographischen Entwicklung keine hinreichende Beachtung in der Gesundheitspolitik findet. Obschon das Konzept der Familienhebamme als niedrigschwelliges aufsuchendes Angebot für Familien mit multiplen Problemen *familienpolitisch* generell befürwortet wird, konnte sich dieses Betreuungsmodell nicht bundesweit als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen durchsetzen. Gleichwohl zeigen Ergebnisse der Evaluationsforschung, dass das Tätigkeitsspektrum der Familienhebamme von breiten Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen wird und Risikogruppen erreicht sowie effektiv betreut werden konnten (Allhoff 1999, Collatz & Rohde 1986).

Darüber hinaus sollten diese Frauen und ihre jungen Familien bereits in der Schwangerschaft – d.h. frühzeitiger, wirkungsvoller und präventiv – erreicht werden. Damit ist zu konstatieren, dass vor dem Hintergrund einer medizinisch stark befürworteten Schwangerenvorsorge der Umsetzungsstand von einem Defizit gekennzeichnet ist.

Das Versorgungsangebot durch Hebammen birgt ungenutztes Potenzial.

Da es sich in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit um vitale, primär physiologische Lebensprozesse handelt, sind diejenigen Versorgungsleistungen und Handlungsansätze von besonderem Interesse, die auf die Unterstützung und Erhaltung von Gesundheit durch Gesundheitsförderung und Prävention gerichtet sind. Dabei steht das Handeln der in dieser Lebensphase mehrheitlich – und in Deutschland gesetzlich verbindlich – betreuenden Berufsgruppe der Hebammen im Vordergrund.

Die bisherige Entwicklung in der Geburtshilfe in Deutschland ermöglicht jedoch derzeit nicht, das Potenzial von Hebammenarbeit ausreichend zu nutzen. Dieses steht in einem auffallenden Widerspruch zu internationalen Erkenntnissen und Empfehlungen, in denen Hebammen durch ihre umfassende Betreuung eine *Lotsenfunktion* zugeschrieben wird (WHO 1994).

Hebammen stellen zentrale Angebote der Gesundheitsversorgung. Sie tragen zur Versorgung von Frauen, Müttern und ihrer Neugeborenen sowie von jungen Familien durch Förderung physiologischer Lebensprozesse bei. Hebammenarbeit besitzt besondere strukturelle Chancen für eine sozialverträgliche und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung, da sie

- in dem gesamten Betreuungsbogen – Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit – jeweils individuelle Dienstleistungen beinhaltet (siehe **Abbildung 1**)
- «Kunden»- und Gemeinde-bezogen ist
- von einzelnen Hebammen oder Hebammengemeinschaften, -kooperationen, -praxen ebenso wie von angestellten Hebammen (in den geburtshilflichen Abteilungen von Kliniken) ausgeführt wird
- insbesondere die psychosoziale Nähe zu den betreuten Frauen umfasst
- vielfältige Tätigkeitsfelder und Leistungen einschließt.

Die Versorgung durch Hebammen als eine umfassende und durchgängige Betreuung von Frauen im reproduktiven Lebenszyklus bietet an, Gesundheitsförderung, Frauen- und Familiengesundheit mit ökonomischen Aspekten des

Abbildung 1: Der Betreuungsbogen in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

Gesundheitssystems zu verbinden. Damit birgt der Berufsstand ein Potenzial, welches gesellschaftlich wesentlich mehr als bis jetzt genutzt und gefördert werden muss.

Besonders die Diskussion um die Stärken des Konzeptes Familienhebamme verdeutlicht, dass dieses nicht nur im Kontext von Familien mit multiplen Problemen oder sogenannten vulnerablen Bevölkerungsgruppen Beachtung finden sollte. Denn häusliche Gewalt, Teenage-Mütter oder andere stigmatisierende Risikofaktoren sind nicht aussschließlich an einkommensschwache oder bildungsferne Bevölkerungsgruppen gebunden. Vielmehr muss das grundsätzliche Potenzial einer in dieser Lebensphase durchgängigen, oft auch aufsuchenden Betreuung anerkannt und untersucht werden, wie eine entsprechende Umsetzung im Gesundheitssystem gesichert werden kann.

Wenig verständlich ist daher, dass es in Deutschland keine angemessene Datenqualität und Angaben zu den personellen Ressourcen und Versorgungsleistungen durch Hebammen gibt, die die gesundheitliche Versorgung von Frauen und ihren jungen Familien in der Lebensphase widerspiegeln. Diese Daten sind erforderlich, um die Themenfelder *Leistungen der Gesundheitsversorgung* sowie *Beschäftigte im Gesundheitswesen* der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) zu vervollständigen. Sie bieten darüber hinaus dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Möglichkeit im Sinne des § 142 SGB V Wirtschaftlichkeitsreserven zu identifizieren.

Gerade in einer Zeit tiefgreifender Umbrüche durch die Reform des Gesundheitssystems sind solche Gesichtspunkte von besonderer Bedeutung. Die Forderungen und Umsetzung relevanter EU-Richtlinien, der medizinische und medizintechnologische Fortschritt, die Gesundheitsreform und damit einhergehend die Rationalisierung der Arbeit und Arbeitsprozesse in den Kliniken nehmen großen Einfluss auf die Tätigkeit von Hebammen und damit

auf den Berufsstand selbst. Frauenorientierte Versorgungsleistungen können unter diesen veränderten Rahmenbedingungen nur erschwert erfüllt werden.

Qualitätsförderung bedingt Reformen in der Hebammenausbildung.

Um das Potenzial eines umfassenden Gesundheitsangebotes durch Hebammen auch in Deutschland zu sichern, müssen neue Ausbildungsbedingungen etabliert werden, die es ermöglichen, Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Mütter in ihrem jeweiligen lebensweltlichen Kontext unter Berücksichtigung ihrer individuellen sowie kulturellen Bedürfnisse zu betreuen. Generationen von Hebammenschülerinnen sind bereits in einer klinisch-technischen Versorgungskultur sozialisiert worden, die wenig Platz lässt für die praktische Umsetzung theoretisch erlernten hebammenspezifischen Wissens – so wie es eigentlich in der Hebammenausbildungs- und prüfungsordnung (HebAPrV 1987, zuletzt geändert 1993) und in rechtlichen Grundlagen geregelt ist. Seit Jahrzehnten wird bereits auf den Verlust des originären Wissens von der Geburt als einem biographischen Ereignis und einem sozialen Handlungszusammenhang hingewiesen (Böhme 1980).

Um die internationale Anschlussfähigkeit zu erreichen, sind neue Ausbildungsformen erforderlich. Dazu gehören gestufte Abschlüsse sowie der Aufbau eines entsprechenden Lehrgebietes. Hier ist auch langfristig von Interesse, Schnittstellen in der Theorie-, Methoden- und Forschungsentwicklung zu anderen Wissensdisziplinen, der Pflegewissenschaft, den Gesundheitswissenschaften und – dem im Ausland etablierten – Fachgebiet der Perinatologie zu benennen und synergetisch zu nutzen.

1.2 Ausblick

Die Gesundheitsreform birgt Chancen für eine bestmögliche geburtshilfliche Versorgung von Frauen und ihren jungen Familien. Mit den Forderungen nach evidenzbasierter Versorgung, integrierten Versorgungskonzepten, Qualitätssicherung und Patientenpartizipation fordert sie auf zu einer Reflexion über die bisherige Versorgung und die Anpassung aller Dienste, die die Mutterschaft betreffen, an die sozialen und ökonomischen Bedürfnisse der Gesellschaft.

Sinnvoll wäre eine Mutterschafts-Charta als Programm und ethische Verpflichtung, Frauen, ihren Kindern und jungen Familien eine Versorgung bereitzustellen, die ihren Bedürfnissen entspricht.

Dazu ist es einerseits notwendig, Frauen und ihre Partner über die Umsetzung konkreter Betreuungskonzepte zu informieren und sie aktiv an der Versorgung zu beteiligen. Andererseits brauchen Hebammen als eine Berufsgruppe, die spezialisiert ist auf die Erhaltung und Förderung physiologischer Prozesse, veränderte Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung, damit sie einen ihrem Tätigkeitsspektrum angemessenen Platz im Gesundheitswesen ausfüllen können.

Obwohl die Geburt ein so wichtiges und vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung gesellschaftlich relevantes Ereignis darstellt, findet sie in der Wissenschaft als Forschungsgegenstand nicht die entsprechende Würdigung.

Es wäre von Vorteil, den im Ausland bereits dokumentierten Beitrag und ökonomischen Nutzen der Hebammentätigkeit verstärkt in die gesundheits- und familienpolitische Diskussion einzubringen. Dabei geht es nicht darum, berufsständische Auseinandersetzungen zu führen. Vielmehr sollen die vielfältigen Möglichkeiten ergriffen werden, die es gibt, sowohl das originäre als auch neues Wissen weiterzuentwickeln, um Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und ihre jungen Familien umfassender und besser zu unterstützen.

1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht gliedert sich in folgende thematische Abschnitte:

Kapitel 2: Zur Situation des Hebammenwesens beginnt zunächst mit einer kurzen Ausführung zum Berufsverständnis der Hebammen. Da die Hebammenarbeit besonders dadurch gekennzeichnet ist, *auf einer Ebene* mit den Frauen und ihren jungen Familien zu arbeiten, folgt eine Ausführung zum Betreuungs- und Beratungsbedarf aus Nutzerinnenperspektive. Danach werden die Einflussfaktoren auf das Hebammenhandeln dargestellt. Dabei stehen der gesellschaftliche Umgang mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit, politische Rahmenbedingungen und der Einfluss der medizinischen Entwicklung in dieser Lebensphase und deren Auswirkungen auf die Leistungen von Hebammen im Blickpunkt.

In **Kapitel 3: Das Versorgungsangebot von Hebammen** werden Erkenntnisse einer umfassenden Analyse des Versorgungsangebotes von Hebammen dargelegt. Dabei werden die Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett um andere diese Lebensphase betreffende Tätigkeitsbereiche beziehungsweise

Versorgungsleistungen erweitert. Der Betreuungsbogen erstreckt sich von der Gesundheitsbildung in Form von edukativen Angeboten bis hin zu den Aufgaben der Familienhebamme.

Kapitel 4: Die Hebamme im aktuellen deutschen Gesundheitssystem beginnt mit der Ortung der Position der Hebamme im deutschen Gesundheitssystem und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen. In diesem Kapitel wird ferner reflektiert, wie die besonderen Herausforderungen der heutigen ökonomischen, strukturellen und organisatorischen Bedingungen in deutschen Kliniken sowie im außerklinischen Bereich gemeistert werden.

Das Spannungsfeld zwischen einem möglichen umfassenden Versorgungsangebot durch Hebammen einerseits und den Bedingungen der Praxisausübung andererseits wird erneut in der Darstellung der **Hebammenausbildung** in **Kapitel 5** deutlich. In diesem Kapitel wird zudem diskutiert, inwieweit der veränderte Bedarf an die Leistungen der Hebammen eine Neubestimmung beruflicher Ausbildungswege erfordert.

Kapitel 6: Forschung umfasst Fragen des wissenschaftlichen Gegenstandes und der Forschung aus Sicht der Hebammen. Im Mittelpunkt der Diskussion steht, dass Hebammen die Möglichkeit haben sollten, ihre praktische Arbeit wissenschaftlich fundiert betreiben zu können. Dieses Wissen stellt eine zwingende Notwendigkeit dar, um eine inhaltliche Weiterentwicklung der Berufspraxis – im Sinne einer Qualitätssicherung – für Hebammen zu gewähren. Es wird reflektiert, welches neue Wissen durch das wissenschaftliche Arbeiten von Hebammen bisher gewonnen wurde und welche Relevanz es für die Berufspraxis der Hebammen hat. Ferner wird die Entwicklung im inner- und außereuropäischen Vergleich betrachtet.

Das letzte **Kapitel 7: Ziele und Empfehlungen** bietet eine Zusammenfassung des Handlungsbedarfs und der notwendigen Umsetzungsschritte für eine umfassende gesundheitliche Betreuung in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

1.4 Methodische Anlage des Berichtes

Nachdem es der Pflege gelungen ist, sich an deutschen Fachhochschulen und Universitäten zu etablieren, wobei in diesem Prozess besonders der Robert

Bosch Stiftung eine immense Bedeutung zukommt, zielt der vorliegende *Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* darauf ab, an diese erfolgreiche Entwicklung von Gesundheitsberufen anzuknüpfen.

Der Bericht ist das Ergebnis der Zusammenarbeit von Expertinnen aus Berufspraxis und Wissenschaft. Das Projekt *Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* besteht aus zwei Projektphasen:

In der ersten Projektphase wurde eine Analyse des Kontextes und der Ausübung derzeitiger Hebammenarbeit und -ausbildung in Deutschland durchgeführt und als Bericht erstellt. Dieser liefert eine systematische Begründung für den politischen Handlungsbedarf sowie einen Ausgangspunkt für einen Dialog über erforderliche konzeptionelle Entwicklungen mit dem Ziel einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung von Frauen und ihren jungen Familien in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

In der zweiten Projektphase diente eine Vorabversion des vorliegenden Berichtes als Arbeitsdokument für das Fachsymposium zum Thema *Geburtshilfe neu denken – Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*, das am 5. Mai 2006 stattgefunden hat. An diesem Fachsymposium nahmen profilierte Vertreterinnen und Vertreter aus verschiedenen Berufsfeldern und Gesundheitsbereichen teil. Ziele des Symposiums waren einerseits, die Situation der geburtshilflichen Versorgung – im Besonderen die Herausforderungen und Entwicklungspotenziale für eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Frauen und ihren jungen Familien – darzustellen. Hierzu wurden konkrete Empfehlungen, Forderungen und Ziele benannt. Andererseits wurden die Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen zu einer transdisziplinären Diskussion über eben diese Empfehlungen und Ziele eingeladen, um sie somit weiterzuentwickeln.

Die einzelnen Ziele des Berichts sind:

- den Beitrag von Hebammen in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und ihren Kindern in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Gesundheitssystem darzustellen
- zu analysieren, welche Faktoren einen veränderten Bedarf an die Leistungen der Hebammen bewirken
- zu untersuchen, inwiefern dies eine Neubestimmung beruflicher Positionen erfordert
- den Handlungsbedarf für Reformen in der Hebammenausbildung und -praxis aufzuzeigen

- eine Grundlage für einen interdisziplinären Dialog mit Expertinnen verschiedener Berufsgruppen zu schaffen
- Empfehlungen für den Handlungsbedarf auszusprechen.

Ein Antrag auf Förderung wurde im September 2000 von der damaligen Präsidentin des Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH), Frau Magdalene Weiß, und Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein (wissenschaftliche Leitung, Stiftung Fachhochschule Osnabrück) bei der Robert Bosch Stiftung eingereicht. Im Herbst 2001 erfolgte die Sachmittelbewilligung des Projektes und im Mai 2002 wurde das Projekt begonnen.

Methodisches Vorgehen

Im ersten Schritt wurde von den Projektinitiatorinnen eine ehrenamtlich agierende Planungsgruppe mit Expertinnen aus den Bereichen klinische und außerklinische Hebammenarbeit, Professionalisierung und Ausbildung, Forschung, Ökonomie und Gesundheitssystem gebildet. Diese Gruppe übernahm einerseits planerische Aufgaben bezüglich des methodischen Vorgehens, andererseits wurde die inhaltliche Schwerpunktsetzung mit den Projektinitiatorinnen abgestimmt.

Um ein breites Verständnis und Unterstützung von Seiten der berufstätigen Hebammen zu bewirken und zugleich ein transparentes Vorgehen zu gewährleisten, wurde das geplante Vorhaben auf verschiedenen Fachtagungen und Kongressen von und für Hebammen vorgestellt.

In den Bericht sollte das vielschichtige Wissen von Hebammen aus verschiedenen Arbeitsbereichen sowie von Hebammen mit spezifischen Weiterbildungen oder Studium einfließen. Des Weiteren sollten die Erfahrungen in der Arbeitsrealität erfasst werden. Bei dem Versuch, das gegenwärtige Wissen und die Erfahrungen zusammenzutragen, erwies sich der Einsatz verschiedener Datenerhebungsmethoden als erforderlich. Zur Anwendung kamen leitfadengestützte Expertinneninterviews, Gruppenbefragungen und Diskussionen, ein Open-Space-Workshop, das Einholen schriftlicher Expertisen zu spezifischen Fragestellungen, Arbeitsworkshops sowie eine umfassende nationale und internationale Literaturauswertung.

Mündliche und schriftliche Befragungen

Um ein breites Spektrum der Hebammenarbeit und die verschiedenen Perspektiven komplex und facettenreich erfassen zu können, wurden leitfadengestützte Expertinneninterviews mit Hebammen (n = 14) zu ihrem jeweiligen

Betriebs- und Kontextwissen durchgeführt. Die befragten Expertinnen repräsentierten folgende Arbeitsbereiche: angestellte Hebamme in der Klinik, Beleghebamme, Geburtshaushebamme, Hausgeburtshebamme, Hebamme in der freiberuflichen Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung, Familienhebamme, Lehrerin für das Hebammenwesen, Hebamme in einem Entbindungsheim, leitende Hebamme und wissenschaftlich arbeitende Hebamme. Alle Expertinnen wurden gebeten, die Entwicklung ihres Arbeitsbereiches zu skizzieren, darzustellen, welche Faktoren in den letzten Jahren ihren Arbeitsbereich beeinflussten und welche Veränderungen notwendig wären, um ihre Hebammentätigkeit angemessen ausüben zu können.

Die Expertinnenbefragung erfolgte im Zeitraum von Mai 2003 bis November 2005 im Rahmen von leitfadengestützten Gesprächen, die auf Tonband mitgeschnitten und anschließend transkribiert wurden. Die Auswertung erfolgte durch eine protokollarische Zusammenfassung der Kernaussagen. Im Zuge der Expertinneninterviews konnte eine Vielzahl von in Deutschland praktizierten Modellen der Hebammenarbeit und spezifischen Sichtweisen der Akteurinnen gesichtet und gebündelt werden. Die Themen, die durch das Zusammenfassen der Kernaussagen gewonnen wurden, wurden anschließend durch Literaturstudien ergänzt. Im Rahmen studentischer Projekte an der Fachhochschule Osnabrück wurden weitere Expertenbefragungen zum Thema durchgeführt.

Fachliche Stellungnahmen

Darüber hinaus wurden im Zeitraum von November 2002 bis Mai 2003 weitere 34 Expertinnen gebeten, fachliche schriftliche Stellungnahmen zu den Faktoren, die die Hebammentätigkeit heute beeinflussen, zu erstellen. Dazu wurden mit Bezug auf das jeweilige Tätigkeitsfeld individuell ausformulierte Leitfragen gestellt. Insgesamt konnten 30 fachliche Stellungnahmen Eingang in den Bericht finden. Diese Beiträge wurden nach inhaltlichen Themen sortiert, nachrecherchiert und aktualisiert.

Open-Space-Workshop

Zur weiteren Datenerhebung wurde ein zweitägiger Open-Space-Workshop im November 2003 mit über 18 Hebammen aus verschiedenen Bereichen durchgeführt (Ausbildung, berufsständischer Interessensvertretung des BDH und des BfHD, angestellte sowie freiberufliche Hebammen in den verschiedenen Arbeitsfeldern, Hebammen aus den alten und neuen Bundesländern, Hebammen in verschiedenen Projekten). Die Methode des Open-Space als Großgruppenverfahren intendiert, möglichst viele Personen zu mobilisieren,

an einem Thema beziehungsweise einer Problemlösung iterativ zu arbeiten. Dabei sollen nicht nur die Teilnehmerinnen sich aktiv beteiligen, sondern es soll auch ein möglichst breites Committment (gegenseitiges Verständnis) erreicht werden. Die Durchführungsmethode richtet sich nach dem Prinzip der Selbstorganisation. Während des Workshops wurden die Aussagen der Teilnehmerinnen per Tonband aufgezeichnet, anschließend transkribiert und protokollarisch zusammengefasst. Zudem wurden die Kernaussagen der schriftlichen Zusammenfassungen (Flipcharts) der Teilnehmerinnen verschiedener Arbeitseinheiten während des Open-Space-Workshops extrahiert (Böttger 2001).

Arbeitsworkshops mit Gruppendiskussion

Die Ergebnisse aus den mündlichen Interviews, den schriftlichen Stellungnahmen und dem Open-Space-Workshop wurden in einer Textdokumentation zusammengeführt. Das gewonnene Datenvolumen erwies sich als sehr umfangreich und beinhaltete eine große Textvielfalt. Weitere Fördermittel aus dem Forschungspool der Fachhochschule Osnabrück ermöglichten, mit einer halben wissenschaftlichen Mitarbeiterinnenstelle für ein Jahr den endgültigen Bericht zu erstellen.

Dieser Text wurde in weiteren – insgesamt vier – Arbeitsworkshops in Form von Gruppendiskussionen bearbeitet. Zum einen wurden Zwischenergebnisse der Analyse zum Bericht durch die Arbeitsgruppen evaluiert, zum anderen wurden neue Daten zum Thema ermittelt.

Dabei setzte sich eine der Diskussionsforen zum Thema «Analyse und Zukunft der Hebammenausbildung in Deutschland» aus fünf Mitgliedern des Pädagogischen Fachbeirats des Bund Deutscher Hebammen (BDH) zusammen. Bei den weiteren Workshops handelte es sich um ermittelnde Gruppendiskussionen (Lamnek 1995), bestehend aus nach Fachwissen ausgewählten Teilnehmerinnen. Die Arbeitsgruppen befassten sich mit den Themenfeldern «Analyse und Zukunft der außerklinischen Geburtshilfe», «Analyse und Zukunft klinischer Hebammentätigkeit in Deutschland» und «Analyse und Zukunft der Hebammentätigkeit in Deutschland». Der letzte Arbeitsworkshop diente der Benennung von übergeordneten Zielen und Empfehlungen zur Entwicklung verbesserter Versorgungsstrukturen durch Hebammen.

Triangulation

Die Ergebnisse des Berichts resultieren aus der Auswertung vielfältigen Datenmaterials. Es wurden verschiedene Datenerhebungsmethoden angewendet, um ein breites Spektrum an Beschreibungen und Einschätzungen zur Versor-

gungslage in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zu erhalten. Durch die Kombination verschiedener methodischer Vorgehen wurden die Daten trianguliert. Ziel der Triangulation ist es, durch Einsatz mehrerer Methoden sich gegenseitig ergänzende Informationen und Daten zu generieren oder denselben Gegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

Als Validierungsverfahren diente der Einsatz der kommunikativen Validierung, der Daten-, Methoden- und Forschertriangulation (Flick 2002). Im Bericht wurde eine Datentriangulation vorgenommen; hier wurden Daten kombiniert, die verschiedenen Quellen entstammen und zu verschiedenen Zeitpunkten, an unterschiedlichen Orten und bei verschiedenen Personen erhoben wurden (z.B. verbale Daten durch Expertinneninterviews, Gruppendiskussionen und schriftlichen Expertisen); die Forschertriangulation wurde durchgeführt, indem verschiedene Beobachter beziehungsweise Interviewer eingesetzt wurden, um subjektive Einflüsse durch den Einzelnen auszugleichen; die methodische Triangulation «between-methods» besteht darin, dass verschiedene Methoden (z. B. Einzelinterviews der Hebammen und Gruppeninterviews) angewandt und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede ausgewertet wurden (Denzin 1978, 1989).

Symposium

In der 2. Projektphase wurde am 5. Mai 2006 ein Symposium durchgeführt, auf dem der Bericht *Geburtshilfe neu denken – Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* ausgewählten Experten des Gesundheitswesens in Auszügen vorgestellt wurde. Es wurden 90 Expertinnen und Experten aus der Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Familienpolitik als auch den Berufsverbänden der verschiedenen an der Geburtshilfe beteiligten Gesundheitsberufen begrüßt. Zudem haben sich Vertreterinnen und Vertreter von Hochschulen und Wissenschaft, Kostenträgern, Trägern von Einrichtungen sowie aus der beruflichen Praxis beteiligt. Die Schirmherrschaft übernahm die Bundesfamilienministerin Dr. Ursula von der Leyen.

Mit dem Symposium wurde das Ziel verfolgt, die Situation der geburtshilflichen Versorgung – im Besonderen die Herausforderungen und Entwicklungspotentiale für eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Frauen und ihren jungen Familien – darzustellen. Hierzu wurden die konkreten Empfehlungen, Forderungen und Ziele benannt und anschließend diskutiert.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmern erhielten zirka zwei Wochen vor dem Symposium den vorläufigen Bericht als Arbeitspapier und Diskussionsgrundlage.

Die Vorträge, Diskussionen und Statements wurden zeitgleich protokolliert und mitgeschnitten. Ausgewählte Passagen wurden nachträglich transkribiert. Anhand der somit gewonnenen Daten wurde der Bericht nochmals überarbeitet und an relevanten Stellen erweitert.