

# **Hebammenausbildung**

**Eine Untersuchung zur Qualifizierung von Hebammen  
vor dem Hintergrund  
der soziologischen Professionalisierungsdebatte**

**Von der Gemeinsamen Fakultät  
für Geistes- und Sozialwissenschaften der Universität Hannover zur Erlangung  
des Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte Dissertation**

**von Dipl. Sozialwiss. Monika Zoege von Manteuffel  
geboren am 1. Februar 1955 in Nürnberg**

**2002**

**Referent:** Prof. Dr. Otfried Mickler, Universität Hannover

**Korreferentin:** Prof. Dr. med. Beate Schücking, Universität Osnabrück

**Tag der mündlichen Prüfung:** 13. Dezember 2002

## **Abstract**

Die vorliegende berufssoziologische Untersuchung hat die Hebammenausbildung in Deutschland zum Gegenstand. Sie basiert auf einer empirischen Bestandsaufnahme der heutigen Hebammenausbildung. Vor dem Hintergrund soziologischer Professionalisierungstheorien werden Anforderungen an eine zukünftige Hebammenausbildung entwickelt.

Den Ausgangspunkt bildete eine flächendeckende schriftliche Befragung aller 56 Hebammenschulen zu den Ausbildungsbedingungen, die durch ExpertInneninterviews ergänzt wurde. Hierbei wurden zum einen Ausbildungsmängel deutlich, die auf der strukturellen Ebene liegen und die die Hebammenausbildung mit den Ausbildungen anderer Gesundheitsfachberufe teilt, zum anderen Ausbildungsmängel, die daraus resultieren, dass sich die Anforderungen an den Hebammenberuf in den vergangenen Jahrzehnten verändert haben.

Die veränderten Anforderungen an den Hebammenberuf ergeben sich aus den Lebensumständen, in denen Frauen heute Kinder bekommen, aus Veränderungen in der Versorgungsstruktur (u.a. Verkürzung der Krankenhausliegezeiten) sowie aus der Tatsache, dass eine Kluft besteht zwischen dem Bedarf jeder schwangeren Frau nach einer sachkundigen und menschlich zugewandten Begleitung von Schwangerschaft und Geburt und der am Risikokonzept orientierten ärztlichen Mutterschaftsvorsorge und Geburtsmedizin, die viele Frauen eher verunsichern als sie zu unterstützen. Adäquat ausgebildete Hebammen können diese Versorgungslücke füllen und die Rolle von Übergangsmentorinnen einnehmen.

Hebammen müssen, wollen sie den hier skizzierten Anforderungen gerecht werden, ein umfangreiches geburtshilfliches Fachwissen haben, ihr Handeln begründen und geschickt Hand anlegen können und von ihrer Persönlichkeitsbildung in der Lage sein, einführend auf ihre Klientinnen einzugehen und diese gleichzeitig als Partnerinnen zu begreifen. Neuere Professionalisierungstheorien, die nicht die gesellschaftliche Stellung von Professionen und deren Merkmale, sondern die Inhalte von professioneller Tätigkeit in der Vordergrund stellen, bezeichnen diese Art des beruflichen Handelns als professionelles Handeln.

Mit der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass der Hebammenberuf der Professionalisierung bedarf, das heißt, dass auf Grund der hohen Berufsanforderungen und der damit verbundenen Begründungsverpflichtung eine Anhebung der Ausbildung in den tertiären Bildungsbereich gerechtfertigt erscheint, unter der Voraussetzung, dass die praktische Ausbildung nicht vernachlässigt, sondern ebenfalls entscheidend verbessert und den veränderten Erfordernissen angepasst wird.

## **Schlagworte:**

Hebammenausbildung in Deutschland, Professionalisierung, Arbeitsbündnis mit Klientinnen

## **Abstract**

This doctoral thesis presents a sociological analysis of midwifery education in Germany based on a detailed investigation of current midwifery training in that country. Against the background of sociological theories of professionalisation, the current situation is evaluated in the context of the challenges that confront midwifery training now and in the near future.

The basic data consisted of semi-structured questionnaires on infrastructures, content and conditions of midwifery education completed by all 56 midwifery schools in Germany. These data were complemented with interviews of experts. The data revealed a number of educational shortcomings that basically fell into two categories. Some were of a structural nature and similar to these seen in training programmes in other health care professions. Others related predominantly to the changing needs that have characterized the midwifery profession over the past few decades.

The changed demands on the midwifery profession relate to changes in the way of life and in the expectations of the pregnant population, and to changes in the provision of health care (e.g. shorter hospitalisation, etc.). They also relate to an increasing gap between the need for competent and personal care during pregnancy and childbirth and the emphasis on risk and risk reduction which many women perceive as threatening rather than caring. Adequately trained midwives can fill that gap in care provision and develop into mentors for the women during their transition phase from pregnancy to motherhood.

To respond effectively to the challenges outlined in this study, midwives need to be able to substantiate their actions, need to be adequately skilled, and have extensive obstetric knowledge. Their personal and professional development needs to promote effective communication and empathy with the pregnant women under their care as well as respect for their autonomy. Recent theories of professionalisation, which emphasize the content of professional activity rather than the status and characteristics of a profession in society, refer to this as professional conduct.

The present study has demonstrated a need for professionalisation of the midwifery profession in Germany. The increased demands on the profession and the increased responsibilities associated there with appear to warrant a tertiary level of education, provided that this does not occur at the expense of the practical training in midwifery. Indeed, the latter too requires upgrading and adaptation to the changing requirements of this era.

## **Keywords**

German midwifery education, professionalisation, working partnership with clients



## Danksagung

Auch wenn die vorliegende Arbeit nur *eine* Autorin hat, so wäre sie doch ohne das Zutun einer ganzen Reihe von Menschen, denen ich an dieser Stelle sehr herzlich danken möchte, nie zu Stande gekommen.

Zuerst möchte ich meinen MitarbeiterInnen danken: Stefanie Lüpke und Gabriele Stenz, die im Rahmen der Schulbefragung einen Teil der Interviews durchführten, und Matthias Römer, der die EDV-gestützte Auswertung der Fragebögen vornahm. Ruth Mannes, Anja Grau und Stefan Schlagowski danke ich für die Transkription der Interviews und Andreas Walter für die sorgfältige Endkorrektur der gesamten Arbeit.

Finanziell wurde diese Forschungsarbeit zum überwiegenden Teil durch ein zweieinhalbjähriges Promotionsstipendium und einen Sachmittelzuschuss der Robert Bosch Stiftung ermöglicht. Weitere Sachkosten teilten sich der Bund Deutscher Hebammen e.V. und die Hebammengemeinschaftshilfe e.V.. Die Kosten für die Publikation der Bestandsaufnahme zur Hebammenausbildung (Zoege 1997) trug der Bund Deutscher Hebammen. Ein weiteres einjähriges Stipendium wurde mir von der Universität Hannover aus Mitteln des Hochschulsonderprogramms III („Spezielle Frauen fördernde Maßnahmen“) gewährt. Den hier genannten Institutionen sei für ihre finanzielle Unterstützung, ohne die diese Forschung nicht hätte geleistet werden können, ganz ausdrücklich gedankt.

Mein herzlicher Dank gilt den Lehrerinnen für Hebammenwesen, die sich die Mühe machten, den ausführlichen Schulfragebogen auszufüllen, und den vielen Interviewpartnerinnen und -partnern, die mir für Gespräche zur Verfügung standen und mich an ihren beruflichen Erfahrungen Teil haben ließen.

Im Bund Deutscher Hebammen (BDH) fand ich immer wieder kompetente Ansprechpartnerinnen, die mir teils mit umfangreichen Informationen und Erläuterungen weiterhalfen, teils einzelne Fragen beantworteten oder mir hilfreiche Tipps für die weitere Recherche gaben. Stellvertretend möchte ich hier die Präsidentinnen Lilo Edelmann und Magdalene Weiß nennen, außerdem die Beirätinnen für den Bildungsbereich Friederike Barre und Antje Kkehrbach und vor allem auch Henriette Thomas, die als Hebamme in der Geschäftsstelle des BDH auf nahezu alle Fragen, die ich an sie richtete, Antwort wusste.

Verbandsfrauen des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) sowie einzelne freiberufliche Hebammen ließen mich die Belange der freiberuflichen Hebammen verstehen und gaben mir Einblicke in ihre Arbeit mit den Frauen und Familien. Für aufschlussreiche Gespräche danke ich der BfHD-Vorsitzenden Viola Schilling, der Redakteurin des Hebammen-Info Jutta Ott-Gmelch und besonders Anna Rockel-Loenhoff.

Im Kreis der in Deutschland forschenden Hebammen lernte ich immer wieder Hebammen kennen, mit denen ich mich über meine Forschungsfragen austauschen konnte; gerade in Bezug auf die Auseinandersetzung mit dem Hebammenwissen waren mir die Arbeiten von Christine Loytved zur Geschichte der Ausbildung und von Cornelia Fuhr zur Hebammenforschung unverzichtbar und die Diskussionen mit ihnen anregend und hilfreich, ebenso wie der fruchtbare Austausch mit Jessica Milde zur Zukunft der Ausbildung.

Mit Fragen zu den therapeutischen Gesundheitsfachberufen konnte ich mich immer an die Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG), Frau Meinecke-Noot wenden; mit der Physiotherapeutin und Dipl. Pädagogin Diemut Kostrzewa verbindet mich die Auseinandersetzung mit der Professionalisierung des therapeutischen Handelns sowie mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden der verschiedenen Gesundheitsfachberufe. Den Begleitkollegs der Robert Bosch Stiftung verdanke ich wertvolle Hinweise und einen anregenden wissenschaftlichen Austausch mit Stipendiatinnen und Stipendiaten aus dem Bereich der Pflegewissenschaften.

Ganz besonders möchte ich zum Schluss meinem Erstgutachter Prof. Dr. Otfried Mickler und meiner Zweitgutachterin Prof. Dr. med. Beate Schücking für die wissenschaftliche Betreuung der Doktorarbeit und für die fruchtbaren Diskussionen mit ihnen danken.

## Zum Sprachgebrauch

Wenn im Rahmen der vorliegenden Arbeit von Hebammen die Rede ist, sind Entbindungspfleger immer mit gemeint. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2000 nur 22 Entbindungspfleger, jedoch 9390 Hebammen an deutschen Kliniken beschäftigt. Unter den Lehrerinnen für Hebammenwesen gibt es zur Zeit keinen einzigen Lehrentbindungspfleger und unter den Hebammenschülerinnen auch keinen Schüler; deshalb werden im folgenden Text ausschließlich die Begriffe „Lehrerin für Hebammenwesen“ und „Hebammenschülerin“ benutzt.

Die 1985 ins Hebammenengesetz aufgenommene Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ ist zudem irreführend, weil zum einen pflegerische Tätigkeiten nur einen geringen Teil des hebammenhilflichen Tuns ausmachen und weil zum anderen Hebammenarbeit nicht nur im Rahmen von Entbindungen geleistet wird. Aus diesem Grund wird auch das Wort „Entbindungspflege“ im Rahmen dieser Arbeit nicht verwendet, sondern je nach Kontext von Hebammenhilfe und Hebammenbetreuung oder jeweils von den spezifischen Teilgebieten (wie Schwangerenberatung, Mutterschaftsvorsorge, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung usw.) gesprochen.

Die an Hebammenschulen tätigen „Lehrhebammen“ haben sich auf ihrer Jahrestagung 1996 die Berufsbezeichnung „Lehrerin für Hebammenwesen“ gegeben. Da *beide* Begriffe gesetzlich nicht geschützt sind, wird im vorliegenden Text dem von der Berufsgruppe favorisierten Terminus der Vorzug gegeben. Bei den Lehrerinnen für Hebammenwesen handelt es sich um Hebammen mit sehr unterschiedlichen Qualifikationen: um Berufsangehörige mit einer Fachweiterbildung zur Unterrichtskraft, um Diplom-Medizinpädagoginnen und in zunehmender Zahl auch um Absolventinnen verschiedener anderer pädagogischer Studiengänge.

Die Bezeichnungen „alte und neue Bundesländer“ und „Ost- und Westdeutschland“ werden parallel verwendet und sind wertfrei zu verstehen.

Der Einfachheit halber wurden bei der Wiedergabe der Ergebnisse der Schulbefragung (Kapitel 4) Formulierungen wie „*die Hälfte der Schulen gab an...*“ gewählt; gemeint sind hier stets die *Lehrerinnen für Hebammenwesen der jeweiligen Schulen*, da diese den Schulfragebogen (in der Regel gemeinsam im Team) ausgefüllt haben.

Beim Umgang mit weiblichen und männlichen Wortendungen (vor allem bei Berufsbezeichnungen) habe ich mich notgedrungen für eine uneinheitliche Lösung entschieden, die zum einem dem Sprachfluss, zum anderen den von mir wiedergegebenen Autorinnen und Autoren angepasst ist. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Wenn es den Text nicht zu sehr belastet, wurden beide Worte ausgeschrieben, z.B. Ärztinnen und Ärzte oder Krankenschwestern und -pfleger.
- Als Notlösung wurde auch manchmal das große „I“ verwendet, z.B. bei längeren Aufzählungen verschiedener Berufsgruppen.
- Bei zusammengesetzten Wörtern (z.B. Ärzteschaft) wurde auf grammatikalische Neuschöpfungen verzichtet; gleichwohl sind auch bei diesen Begriffen stets beide Geschlechter gemeint.
- Bei der Wiedergabe der soziologischen Beiträge zur Professionalisierungsdebatte (Kapitel 6) habe ich bei Autoren, die ihrerseits bei Verallgemeinerungen *immer* die männliche Endung verwenden, bewusst auf ein „Umschreiben“ in Richtung geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet, weil dies den Charakter der Quellen verfälscht hätte. Dies stellt zwar für den Sprachfluss meiner Arbeit einen Bruch dar, es wäre jedoch nicht korrekt gewesen, Autoren wie beispielsweise Carr-Saunders und Wilson, Goode oder auch Oevermann eine Sprache zu unterstellen, die beide Geschlechter berücksichtigt.

Die Silbentrennung wurde größten Teils automatisch mit Hilfe von WORD vorgenommen. Dies führte leider an einzelnen Stellen zu unschönen, aber nach der neuen Rechtschreibung korrekten Trennungen, z.B. der Abtrennung einzelner Buchstaben. Von WORD falsch vorgenommene Silbentrennungen (z.B. He-bamme) wurden nach Möglichkeit von Hand nachkorrigiert.

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	X
Abbildungsverzeichnis .....	XII
Abkürzungsverzeichnis .....	XIII
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Fragestellung und Forschungsweg.....	1
1.2 Methoden und Erhebungsinstrumente.....	4
1.3 Aufbau der Arbeit .....	9
<b>2 Der Hebammenberuf .....</b>	<b>10</b>
2.1 Aufgabenspektrum und Rahmenbedingungen.....	10
2.1.1 Vorbehaltene Tätigkeiten und Überschneidungen mit den Tätigkeitsbereichen anderer Berufsgruppen.....	10
2.1.2 Formen der Berufsausübung, Anzahl der Hebammen in Deutschland und Organisationsgrad, Geburtenzahlen .....	14
2.2 Gesetzliche Grundlagen der Hebammentätigkeit.....	18
2.2.1 Die EU-Richtlinien .....	18
2.2.2 Die Bundesebene.....	19
2.2.3 Die Landesebene .....	21
2.3 Anforderungen an den Hebammenberuf – Neuere Entwicklungen .....	24
<b>3 Berufsbildung im Berufsfeld Gesundheit.....</b>	<b>29</b>
3.1 Das deutsche Berufsbildungssystem und die Gesundheitsberufe - Einführung, Begriffsklärungen und gesetzliche Grundlagen - .....	29
3.2 Rahmenbedingungen für die Ausbildung von Hebammen, der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und in der Krankenpflege: Zwei Sonderwege.....	34
3.2.1 Sonderweg I: Ausbildung von Hebammen und Krankenschwestern/ Krankenpflegern .....	37
3.2.2 Sonderweg II: Ausbildung von Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen und OrthoptistInnen.....	39
3.3 Anerkennung der Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe innerhalb der Europäischen Union .....	41

<b>4</b>	<b>Qualifizierung von Hebammen in den bestehenden Strukturen von Aus-, Fort- und Weiterbildung .....</b>	<b>43</b>
4.1	Bestandsaufnahme der Ausbildungsrealität an den Hebammenschulen in Deutschland.....	43
4.1.1	Strukturdaten der Hebammenschulen.....	44
4.1.2	Theoretische Ausbildung.....	49
4.1.2.1	Fächeraufteilung und Lehrkräfte.....	49
4.1.2.2	Gesamtkonzeption der theoretischen Ausbildung, Unterrichtsformen und Unterrichtsqualität, Lehrbücher.....	57
4.1.3	Praktische Ausbildung.....	62
4.1.3.1	Umfang der praktische Ausbildung und Lernorte.....	62
4.1.3.2	Praxisanleitung in der Klinik: Organisation und Methoden.....	70
4.1.3.3	Ausbildung für die ambulante (freiberufliche) Hebammentätigkeit .....	81
4.1.4	Vermittlung psychosozialer Kompetenzen und Persönlichkeitsbildung.....	83
4.1.5	Leistungskontrollen während der Ausbildung und Standards für das Abschlussexamen.....	86
4.1.6	Zusammenfassung: Bestandsaufnahme der Hebammenausbildung.....	88
4.2	Fort- und Weiterbildung.....	90
4.2.1	Fachliteratur.....	91
4.2.2	Der Fortbildungsmarkt.....	95
4.2.3	Weiterbildungsmöglichkeiten für Hebammen .....	101
<b>5</b>	<b>Die Suche der Gesundheitsfachberufe nach neuen (Aus-) Bildungsstrukturen .....</b>	<b>106</b>
5.1	Der von der Kultusministerkonferenz abgesteckte Rahmen.....	106
5.2	Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates .....	108
5.3	Reformvorschläge und Studiengänge im Bereich Pflege.....	110
5.4	Reformvorschläge und erste Studienmöglichkeiten im Bereich des Hebammenwesens und der therapeutischen Gesundheitsfachberufe .....	115
5.4.1	Die gemeinsame Position der Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG) .....	115
5.4.2	Studienmöglichkeiten für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe.....	116
5.4.3	Das gesonderte Bildungskonzept des Bundes Deutscher Hebammen.....	119
5.4.4	Studienmöglichkeiten für Hebammen.....	123

5.5	Bildungskonzepte des Bundesinstitut für Berufsbildung und der Gewerkschaft ÖTV: Favorisierung des Dualen Systems .....	125
5.6	Zwischenbilanz zur Strukturreform der Hebammenausbildung .....	127
<b>6</b>	<b>Die soziologische Professionalisierungsdebatte .....</b>	<b>130</b>
6.1	Einleitung und Begriffsklärungen .....	130
6.2	Die Vorläufer der bundesdeutschen Professionalisierungsdiskussion - Ausgewählte Beiträge aus der angloamerikanischen Berufssoziologie.....	133
6.2.1	Systemtheoretische Ansätze .....	133
6.2.2	Die Anwendung der Merkmalskataloge .....	138
6.2.3	Das Konzept der Semi-Professions bei Etzioni.....	142
6.3	Die soziologische Professionalisierungsdebatte in der Bundesrepublik Deutschland .....	144
6.4	Ivan Illich: Entmündigung durch Experten.....	150
6.5	Die feministische Debatte um Professionalisierung und Geschlechterhierar- chie .....	152
6.6	Oevermanns Theorie des professionalisierten Handelns im Arbeitsbündnis.....	158
6.6.1	Theoretische Herleitung .....	158
6.6.2	Definition des Arbeitsbündnisses.....	159
6.6.3	Das Konzept der doppelten Professionalisierung .....	162
6.6.4	Welche Berufe bedürfen der Fundierung im Arbeitsbündnis? .....	165
<b>7</b>	<b>Zum Professionalisierungsbedarf des Hebammenberufs .....</b>	<b>168</b>
7.1	Diskussionsbeiträge zur Professionalisierung des Hebammenberufs vor dem Hintergrund seiner Entwicklung in Deutschland seit den 1980er Jahren.....	168
7.2	Das therapeutische Arbeitsbündnis als Kern des professionellen Handelns von Hebammen.....	171
7.3	Welches Wissen brauchen Hebammen? Konsequenzen für die Ausbildung .....	174
7.4	Strukturreform der Hebammenausbildung .....	177
7.5	Ausblick.....	182
	Literaturverzeichnis .....	185
	Verzeichnis der Gesetze, Verordnungen und Richtlinien.....	212
	Anhang .....	217
	Wissenschaftlicher Lebenslauf.....	337

## Tabellenverzeichnis

### *Tabellen im Text*

Tabelle 1:	Außerklinisch geborene Kinder .....	17
Tabelle 2:	Mindest-Stundenumfang der Ausbildung für Hebammen, für die Krankenpflegeberufe und die therapeutischen Gesundheitsfachberufe.....	36
Tabelle 3:	Anzahl der Hebammenschulen pro Bundesland und zuständige Landesbehörden .....	45
Tabelle 4:	Lehrerinnen-Planstellen und Anzahl der Kurse 1996.....	47
Tabelle 5a:	Wer unterrichtet welches Fach? Schulen Ost.....	50
Tabelle 5b:	Wer unterrichtet welches Fach? Schulen West .....	51
Tabelle 6:	Zusätzliche Unterrichtsstunden .....	52
Tabelle 7:	Pädiatrie-Unterricht .....	53
Tabelle 8:	Theoretischer Unterricht durch Lehrerinnen für Hebammenwesen.....	54
Tabelle 9:	Ausfall von ärztlichem Unterricht .....	55
Tabelle 10:	Nebenamtliche DozentInnen an Hebammenschulen.....	56
Tabelle 11:	Ausstattung der Bibliotheken 1996 mit weiterführender Literatur zu Themenbereichen der Hebammenhilfe.....	61
Tabelle 12:	Verteilung der zusätzlichen Praxiseinsätze .....	64
Tabelle 13:	Schwangerenbetreuung in der Hebammenausbildung: Lernorte .....	68
Tabelle 14:	Ausbildung zur häuslichen Wochenbettbetreuung: Lernorte.....	69
Tabelle 15:	Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik: Kurse in der Hebammenausbildung .....	69
Tabelle 16:	Praxisanleitung in den Ausbildungskrankenhäusern .....	71
Tabelle 17:	Umfang der Praxisanleitung durch die Lehrerinnen für Hebammen- wesen .....	73
Tabelle 18:	Fortbildungsangebote in der DHZ - Gesamtangebot 1988-1998 .....	97

## **Tabellen im Anhang**

Tabelle 19:	Schulträger .....	315
Tabelle 20:	Ausbildungsplätze und Schülerinnenzahlen pro Schule 1996 .....	315
Tabelle 21:	Kursgrößen: Ausbildungsangebot und Ist-Zustand 1996 .....	316
Tabelle 22:	Lehrerinnen-Schülerinnen-Relation 1996.....	316
Tabelle 23:	Aufgaben der ärztlichen Schulleitung (nur West-Schulen) .....	317
Tabelle 24:	Räumliche und materielle Ausstattung.....	317
Tabelle 25:	Geburtenzahlen im Verhältnis zu Ausbildungsplätzen 1996 .....	318
Tabelle 26:	Verhältnis von Geburten zu Ausbildungsplätzen 1996 .....	319
Tabelle 27:	Verteilung der Geburtsmodi an den Ausbildungskliniken 1995 .....	319
Tabelle 28:	Geburtsmodi im Verhältnis zu Geburtenzahlen am eigenen Haus und Ausbildungsverbund mit anderen Häusern .....	320
Tabelle 29:	Tätigkeiten der Lehrerinnen für Hebammenwesen .....	321
Tabelle 30:	Gruppen von Tätigkeiten der Lehrerinnen für Hebammenwesen.....	322
Tabelle 31:	Tätigkeitsgruppe „Unterricht und Vorbereitung“ .....	322
Tabelle 32:	Tätigkeitsgruppe „Praxisanleitung“ .....	323
Tabelle 33:	Tätigkeitsgruppe „Schülerinnenbetreuung“ .....	323
Tabelle 34:	Tätigkeitsgruppe „Organisation“.....	324
Tabelle 35 :	Sekretärinnen / Verwaltungskräfte 1996 .....	324
Tabelle 36:	Fortbildungsinserate in der DHZ – Schwangerschaft .....	330
Tabelle 37:	Fortbildungsinserate in der DHZ – Geburtshilfe .....	331
Tabelle 38:	Fortbildungsinserate in der DHZ – Wochenbett .....	332
Tabelle 39:	Fortbildungsinserate in der DHZ - Ernährung, Stillen, Allergien .....	332
Tabelle 40:	Fortbildungsinserate in der DHZ - Das Neugeborene .....	332
Tabelle 41:	Fortbildungsinserate in der DHZ – Körperarbeit.....	333
Tabelle 42:	Fortbildungsinserate in der DHZ - Alternative Heilverfahren .....	333
Tabelle 43:	Fortbildungsinserate in der DHZ - Psychologie und Kommunikation, Soziale Fragen .....	334
Tabelle 44:	Fortbildungsinserate in der DHZ - Hebammenarbeit, Arbeitsorganisati- on und Rechtsfragen .....	335
Tabelle 45:	Fortbildungsangebote der Hebammen-Landesverbände in der DHZ in den Jahren 1983-1990 (nach Neuscheler 1991) .....	336

## **Abbildungsverzeichnis**

### ***Abbildungen im Text***

Abbildung 1:	Stellung des Hebammenberufs im Berufsfeld Gesundheit.....	33
Abbildung 2:	Stundenumfang der Hebammenausbildung .....	48
Abbildung 3:	Externatsmöglichkeiten 1996 .....	67
Abbildung 4:	Kommunikationsstrukturen zwischen Schule und Klinik .....	78
Abbildung 5:	Supervision .....	85
Abbildung 6:	Weiterbildung zur Lehrerin für Hebammenwesen.....	103
Abbildung 7:	Studium Medizinpädagogik .....	104
Abbildung 8:	Bildungskonzept 1997 des Bundes Deutscher Hebammen .....	121

### **Abbildungen im Anhang**

Abbildung 9:	Lehrerinnen-Planstellen an Hebammenschulen 1996 .....	317
Abbildung 10:	Kritikpunkte und Wünsche von Hebammenschülerinnen.....	325



## Abkürzungsverzeichnis

ADS	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V.
AG MTG	Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe
APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
ASG	Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
ASMK	Konferenz der Arbeits- und Sozialminister
BA	Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V.
BALK	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Krankenpflegepersonen e.V.
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDH	Bund Deutscher Hebammen e.V.
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BHSR	Bundeshebammschülerinnenrat
BiBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BKK	Bundesverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger e.V.
BMBF	Bundesministerium für Forschung und Bildung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesgesundheitsministerium
BOD	Berufsverband der Orthoptistinnen e.V.
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DHZ	Deutsche Hebammenzeitschrift
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPV	Deutscher Pflegeverband e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
DZV	Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege
EL	Ergänzungslieferung (z.B.: Erdle 37. EL)
EU	Europäische Union
FH	Fachhochschule
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
GG	Grundgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVBl.	Gesetzes- und Verordnungsblatt
HAA	Hebammen Akupunktur Ausbildungsrichtlinie
HebAPrV	Hebammen - Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
HebG	Hebammengesetz
HebGV	Hebammenhilfe-Gebührenverordnung
HGH	Hebammengemeinschaftshilfe e.V.
HSFG	Hamburger Sozialforschungsgesellschaft e.V.
ICM	International Confederation of Midwives

## XIV

IFK	Bundesverband selbständiger PhysiotherapeutInnen e.V.
IWK	Institut für Weiterbildung in der Krankenpflege der DAG in Darmstadt
KMK	Kultusministerkonferenz
ÖTV	Gewerkschaft öffentliche Dienst, Transport und Verkehr
PEKiP	Prager Eltern-Kind-Konzept
RBS	Robert Bosch Stiftung
RVO	Reichversicherungsordnung
ver.di	Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V.

# 1 Einleitung

## 1.1 Fragestellung und Forschungsweg

Im Mittelpunkt der vorliegenden berufssoziologischen Untersuchung stand die Frage: Wie muss sich die Hebammenausbildung in Deutschland verändern, um den heutigen Anforderungen an den Beruf gerecht zu werden? Ich habe diese Fragestellung bearbeitet, indem ich sowohl die heutige Ausbildung als auch die beruflichen Anforderungen empirisch untersucht und anschließend die Ergebnisse dieser Untersuchung mit Hilfe soziologischer Professionalisierungstheorien analysiert habe.

Die Hypothese, dass die heutige Ausbildung den Anforderungen an den Hebammenberuf nicht (oder nicht mehr) genügt, stützte sich zu Beginn meiner Forschung ausschließlich auf Stellungnahmen aus den Reihen des Berufsstandes selbst. Auf den Delegiertentagungen des Berufsverbandes Bund Deutscher Hebammen (BDH) wurden seit Anfang der 1990er Jahre zunehmend Klagen von Hebammschülerinnen und Lehrerinnen über Ausbildungsmängel vorgetragen, und zwar über Mängel, die sich einerseits auf die Ausbildungsbedingungen selbst bezogen, andererseits auf die beruflichen Anforderungen.<sup>1</sup> Die Hebammengemeinschaftshilfe (HGH), seinerzeit hauptverantwortlich für den Fortbildungssektor des Berufsverbandes, stellte (nach Aussagen ihrer damaligen Vorsitzenden) zudem einen erheblichen Fortbildungsbedarf von Hebammen in Bereichen fest, die zum originären Tätigkeitsspektrum gehören, jedoch unter den Bedingungen der derzeitigen Hebammenausbildung offensichtlich zu kurz kommen. Mit dem EU-weiten Arbeitsmarkt und Ausbildungswesen vertraute Hebammen verwiesen außerdem kritisch auf Diskrepanzen zwischen den EU-Richtlinien und der deutschen Ausbildung (Frank 1995).

Zur gegenwärtigen Hebammenausbildung in Deutschland existierten bis dato keine wissenschaftlichen Untersuchungen. Die komplexe Problemstellung machte daher ein *mehrstufiges Vorgehen* erforderlich: Als erstes habe ich eine empirische Bestandsaufnahme der Ausbildungsbedingungen an allen deutschen Hebammschulen in Angriff genommen. Von den folgenden Rahmenbedingungen konnte ich hierbei ausgehen:

Die dreijährige, 4600 Stunden umfassende Hebammenausbildung ist bundeseinheitlich im Hebammenengesetz von 1985 und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen von 1987 geregelt. Die Schulen in den alten Bundesländern sind an Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen angeschlossen, manche sogar direkt in der Frauenklinik untergebracht. Die Schulen in den neuen Bundesländern sind Bestandteil von Medizinischen Berufsfachschulen; sie sind jedoch ebenfalls Frauenkliniken im direkten Umkreis der Schule zugeordnet. Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung liegt bei den Schulen; sie sind verpflichtet, zwecks Verknüpfung von Theorie und Praxis mit den jeweiligen Krankenhäusern einen Ausbildungsverbund einzugehen. Die Ausbildung wird weitgehend über die Pflegesätze finanziert. Die Lehrerinnen für Hebammenwesen sollten eine Weiterbildung zur Lehrkraft absolviert haben, sie sind jedoch keine studierten Berufsschullehrerinnen. Die Auszubildenden müssen einen Realschulabschluss (oder einen Hauptschulabschluss mit Berufsausbildung) vorweisen, können mit dem Berufsabschluss Hebamme jedoch keinen weiterführenden Schulabschluss (im Sinne des zweiten Bildungswegs) erwerben. Das Berufsbildungsgesetz findet auf die Hebammenausbildung keine Anwendung.

Die Bestandsaufnahme der unterschiedlichen Ausbildungsbedingungen an den verschiedenen Hebammschulen wurde 1996 unter meiner Projektleitung im Auftrag der Hebammengemeinschaftshilfe durchgeführt,<sup>2</sup> und zwar in Form einer Fragebogen-Erhebung an den sei-

<sup>1</sup> Vgl. hierzu die Protokolle der Delegiertentagungen, der Lehrhebammentagungen und der Bundeshebammenschülerinnentreffen sowie mündliche Berichte; siehe auch die sog. Mängellisten und kritischen Artikel des Bundeshebammenschülerinnenrates (1983 – 1996) und Artikel der damaligen Beirätin des BDH für den Bildungsbereich (Reitz 1989, 1991, 1994).

<sup>2</sup> Die Projektplanungsgruppe bestand aus Ursula Schroth (der damaligen Vorsitzenden der HGH), Gabriele Stenz (Lehrerin für Hebammenwesen), Mechthild Groß (Hebamme und Psychologin) und mir. Im Rahmen der Befragung selbst unterstützten mich Gabriele Stenz und Stefanie Lüpke bei der Durchführung und ersten Auswertung der Interviews und Matthias Römmer bei der EDV-ge-

nerzeit 56 Hebammenschulen (Rücklauf 82%) und mit Hilfe von ExpertInneninterviews an 17 Schulen und 8 Kliniken. Die erhobenen Daten bilden die Grundlage für die vorliegende Dissertationsschrift; sie sind auch 6 Jahre nach ihrer Erhebung noch aktuell, weil die grundlegende Struktur der Hebammenausbildung in den vergangenen Jahren unverändert geblieben ist.<sup>3</sup>

Meine weitergehende Forschungsarbeit baute auf den folgenden Ergebnissen der Bestandsaufnahme auf (siehe ausführlich Abschnitt 4.1): Die heutige Hebammenausbildung ist einseitig klinikorientiert, obwohl Hebammenhilfe zunehmend auch im ambulanten Sektor erbracht wird. Die Ausbildung findet größten Teils an Krankenhäusern der Maximalversorgung statt und ist daher pathologielastig, obwohl Schwangerschaft und Geburt gesunde Vorgänge sind und bei den meisten Frauen auch komplikationslos verlaufen. Es gibt keine Gesamtkonzeption für die theoretische Ausbildung und keinen allgemeinverbindlichen Lehrplan; im ungünstigsten Fall stehen die einzelnen Fächer der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung völlig unverbunden nebeneinander. Der theoretische Unterricht liegt nicht vorrangig in den Händen der Berufsgruppe der Hebammen; die meisten Fächer werden von ÄrztInnen und anderen nebenamtlichen DozentInnen unterrichtet. Die praktische Ausbildung erfolgt weitgehend unregelmäßig und leidet vielerorts erheblich unter den hierarchischen Strukturen im Krankenhaus, die zum Teil sogar verhindern, dass die Hebammenschülerinnen an bestimmte Tätigkeiten herangeführt werden, die sie im späteren Berufsleben selbständig ausführen dürfen oder zumindest im geburtshilflichen Notfall beherrschen müssen. Darüber hinaus mangelt es in den Kliniken an ausgebildeten und freigestellten Anleiterinnen (Praxislehrerinnen). Hebammenarbeit ist zu einem Großteil Beziehungsarbeit - die Ausbildung berücksichtigt dies viel zu wenig. Die geschilderten Mängel schließen keineswegs aus, dass vielerorts eine gute Ausbildung realisiert wird: Diese ist dann jedoch nicht das Ergebnis von verlässlichen Ausbildungsstandards, sondern vielmehr das Resultat glücklicher Bedingungen, engagierter Personen und guter Kooperationsbeziehungen vor Ort.

Mein nächster Forschungsschritt bestand darin, die Hebammenausbildung mit der Ausbildung in anderen Gesundheitsfachberufen zu vergleichen und Reformvorschläge sowohl der Berufsgruppen selbst als auch berufsübergreifender bzw. berufsunabhängiger Institutionen in die Überlegungen zu einer Reform der Hebammenausbildung einzubeziehen (Kapitel 3 und 5). Als Ergebnis dieser durch Interviews und ExpertInnengespräche angereicherten Literaturrecherche stellte sich heraus, dass bestimmte offensichtliche Mängel der Hebammenausbildung strukturell bedingt sind und andere Berufe (wie z.B. Pflegende oder PhysiotherapeutInnen) ebenso betreffen wie die Hebammen. Darüber hinaus sind allerdings die *Anforderungen an den Hebammenberuf selbst* bislang noch zu unklar. Die Frage, durch welche Strukturreform - durch eine qualitative Verbesserung der dreijährigen Ausbildung auf mittlerem Bildungsniveau oder durch eine Anhebung auf (Fach-) Hochschulniveau - die derzeitigen Qualifikationsprobleme zu lösen sind, kann jedoch nur über die *Inhalte* der zukünftigen Ausbildung geklärt werden.

Dieser Frage bin ich dann auf zwei parallelen Wegen nachgegangen: Einerseits habe ich mich damit auseinandergesetzt, *welche Art von Wissen* Hebammen brauchen, um gute Arbeit leisten und den Frauen gerecht werden zu können (Abschnitt 2.3 und 7.3), andererseits eröffneten mir soziologische Professionalisierungstheorien die Möglichkeit, die Problematik der beruflichen Qualifikation in einen gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen (Kapitel 6). Hierbei kam der Theorie von Oevermann (1997) ein zentraler Stellenwert zu: Er definiert die Beziehung zwischen therapeutisch Handelnden und ihren KlientInnen als gleichberechtigtes Arbeitsbündnis und rückt damit die Beziehungspraxis des professionellen Handelns in den Mittelpunkt der Betrachtung. Zentrale Voraussetzungen für die Befähigung,

---

stützten Auswertung der per Fragebogen erhobenen Daten (zur Methodik und den Erhebungsinstrumenten ausführlich: Abschnitt 1.2).

<sup>3</sup> Auf Veränderungen im Detail wird in Abschnitt 4.1 jeweils themenbezogen hingewiesen. Um die Befragungsergebnisse den beteiligten Schulen, dem Berufsverband und der interessierten Fachöffentlichkeit so bald wie möglich zugänglich zu machen, wurden sie zeitnah vorveröffentlicht (Zoege 1997).

therapeutische Arbeitsbündnisse einzugehen, sind für Oevermann das fundierte Fachwissen, das auch auf den Einzelfall angewandt werden kann, die Beherrschung der für den jeweiligen Beruf erforderlichen Handfertigkeiten, die Fähigkeit, das eigene Handeln wissenschaftlich fundiert begründen zu können, Persönlichkeitsbildung und Selbsterfahrung, die Fähigkeit, berufliche Erfahrungen zu reflektieren und diese in den eigenen Wissenskorpus zu integrieren sowie vor allem auch das Vermögen, die Person, die der Hilfe bedarf, nicht als abhängigen Menschen, sondern als PartnerIn in einem gemeinsam zu gestaltenden Prozess zu verstehen und dementsprechend zu behandeln.

Die kontroverse Auseinandersetzung einer Reihe englischer Hebammenforscherinnen mit der Frage, ob eine *Professionalisierung des Hebammenberufs* überhaupt *im Sinne der Frauen* gelingen kann (Kirkham 1996, Silverton 1996, Symonds/Hunt 1996),<sup>4</sup> bestärkte mich in der Erkenntnis, dass sich der Hebammenberuf tatsächlich professionalisieren muss, jedoch nicht im traditionellen Sinne der Anhäufung von Privilegien und der Abgrenzung von der eigenen Klientel (Goode 1957/1972), sondern im Einvernehmen mit den Frauen und bezogen auf deren Betreuungsbedarf (Abschnitt 7.2). In England ging der Impuls zur Professionalisierung des Hebammenberufs und zur Akademisierung der Ausbildung von einer einflussreichen Frauenbewegung, dem *National Childbirth Trust* (einer sog. *Consumer Organisation*) aus,<sup>5</sup> die bereits in den 1970er Jahren Kritik an der gängigen geburtshilflichen Praxis übte und von Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern wissenschaftlich begründetes Handeln einforderte: „We stopped saying *We don't like it*. We started saying *Why are you doing it?*“ (Beech in Newburn/Hutton 1996: 221). Im Jahr 1992 schließlich legte der Gesundheitsausschuss des britischen Unterhauses einen ausführlichen Untersuchungsbericht zur Lage der Geburtshilfe in England vor, der in seinen Kernaussagen Gültigkeit über die Grenzen Englands hinaus besitzt: In diesem *Winterton Report* wird u.a. die zentrale Bedeutung der Kontinuität der Betreuung betont sowie außerdem mit großem Nachdruck darauf verwiesen, dass in der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe nur Maßnahmen ergriffen werden sollten, deren Wirksamkeit und Nutzen wissenschaftlich belegt sind. Diese Forderung wurde im *Changing Childbirth Report* der britischen Regierung dahingehend aufgegriffen, dass auch von Hebammen forschungsbegründetes Handeln erwartet wird.<sup>6</sup>

„In order to improve the service provided to women, current practice must be evaluated and midwives should be encouraged to undertake research into their own practice. While not all midwives will be involved in the research process every practising midwife must be capable of evaluating her own practice in the light of current research. Midwives must also be equipped to give care which is based on knowledge of the many factors which affect woman and their lives.“ (Walton/Hamilton 1995: 87)

Eine Anhebung der englischen Hebammenausbildung auf Hochschulniveau war die Folge.<sup>7</sup> Die Darstellung der britischen Verhältnisse soll an dieser Stelle nicht vertieft werden, es bleibt jedoch festzuhalten, dass die Verbesserung der Hebammenausbildung und die Initiative zur Hebammenforschung in England - und dies ist von zentraler Bedeutung für die deutsche Diskussion - von *Frauen* (Klientinnen) angestoßen wurde, die sich kritisch gegen die etablierte, interventionsfreudige und medikalisierte geburtshilfliche Praxis wandten.

Für Deutschland ist in Bezug auf die geburtshilfliche Versorgung festzustellen, dass hierzulande *Geburtshilfe* und *Geburtsmedizin* nicht getrennt sind und auch die komplikationslose

<sup>4</sup> Siehe hierzu auch Donley 1989, Pairman 1997 (Neuseeland) sowie Pettingill 1990 (Australien).

<sup>5</sup> Die Anfänge dieser Bewegung gehen in die 1960er Jahre zurück; seinerzeit wurde der *National Childbirth Trust (NCT)* gegründet, dessen Forderungen nach einer frauenzentrierten und gut begründeten Mutterschaftsvorsorge und Geburtshilfe (*evidence based practice*) in den 1980er Jahren von radikalen Hebammen (*Association of Radical Midwives*) aufgenommen wurden (Newburn/Hutton 1996: 213ff, Fuhr 2000: 80ff).

<sup>6</sup> Vgl. Health Select Comitee 1992, Tew 1993, Department of Health 1993, Walton/Hamilton 1995.

<sup>7</sup> Diese Akademisierung verlief parallel zur Akademisierung der Pflege und der *Health Visitor*, als Teil des Programms 2000 des UKCC (United Kingdom Central Council) (vgl. u.a. Silverton 1996, Newburn/Hutton 1996, Robinson 1996, Milde/Fleming 1998, Fleming 2000).

Schwangerschaft und Geburt einem engmaschigen Risikomanagement und damit einer Vielzahl von Untersuchungen und Interventionen unterworfen sind (Schwarz/Schücking 2001a+b, Schücking 2002). Eine dem National Childbirth Trust vergleichbare Frauenorganisation existiert nicht, und die Bedürfnisse der Frauen in Bezug auf die Betreuung von Schwangerschaft und Geburt sind kaum erforscht.<sup>8</sup> Es gibt jedoch zunehmend gesundheitswissenschaftliche Forschungsansätze, die die Gesundheit von Frauen und hier speziell die generative Gesundheit in den Mittelpunkt ihres Interesses rücken und auch den Stellenwert von Hebammenhilfe für die Begleitung von Schwangerschaft und Geburt untersuchen.<sup>9</sup> In Bezug auf die Ausbildung ist hierbei wesentlich, dass Hebammen zwar einerseits schon heute für die selbständige Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausgebildet werden sollen (Abschnitt 2.1 und 2.2), dass ihr Blickwinkel während der Ausbildung jedoch zunächst einmal auf die risikoorientierte Geburtsmedizin verengt wird (Abschnitt 4.1). Aus diesem Grund habe ich mich im Rahmen meiner Forschung zum einen mit dem Fortbildungsbedarf von Hebammen nach der Ausbildung (Abschnitt 4.2), zum anderen mit dem breit gefächerten Anforderungsprofil des Berufs beschäftigt. Die Vielfältigkeit der Anforderungen resultiert aus den unterschiedlichen Lebensumständen und dem jeweiligen Gesundheitszustand der Frauen, die Kinder bekommen, sowie aus den verschiedenen Rahmenbedingungen, unter denen Hebammen arbeiten können; außerdem wird die Berufsausübung von Hebammen heutzutage entscheidend mitgeprägt durch die bereits zur Routine gewordene Pränataldiagnostik und die Technisierung der Geburtshilfe (Abschnitt 2.3).

Den Abschluss meiner Forschungsarbeit bildet die Zusammenführung der verschiedenen Untersuchungsstränge: In Kapitel 7 wird die Notwendigkeit einer Professionalisierung des Hebammenberufes im Sinne der Befähigung zum professionellen Handeln sowohl aus der soziologischen Theorie als auch aus den Anforderungen an den Beruf abgeleitet. Das professionelle Handeln beinhaltet gleichermaßen das Arbeitsbündnis mit den Klientinnen wie die Begründungsverpflichtung und wissenschaftliche Fundierung der eigenen Tätigkeit. Wesentliche Voraussetzung für das professionelle Handeln in eigener Verantwortung ist aber auch eine gewisse Autonomie des Berufsstands und damit verbunden die Kontrolle über die Ausbildung und deren Inhalte.

## 1.2 Methoden und Erhebungsinstrumente

Die schriftliche Befragung<sup>10</sup> an den Hebammenschulen bestand aus einem 10-seitigen, teilstandardisierten Fragebogen für Hebammenschulen, der vom Team der Lehrerinnen für Hebammenwesen auszufüllen war, und einem 3-seitigen Zusatzfragebogen für jede einzelne Lehrerin für Hebammenwesen (siehe Anhang). Im Schulfragebogen ging es um die materielle und personelle Ausstattung der Schule und weitere Strukturdaten sowie um die Rahmenbedingungen und Inhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung. Im Zusatzfragebogen wurden zum einen der berufliche Werdegang der einzelnen Lehrerin für Hebammenwesen und zum anderen ihre persönlichen Ansichten zur Hebammenausbildung abgefragt.

Die Fragebögen wurden von der Projektleitung entworfen und dann mehrfach mit Hebammen-Expertinnen von BDH und HGH und den Hebammen der Projektplanungsgruppe durchgearbeitet. Um auch die Ausbildungsbedingungen an den Medizinischen Berufsfachschulen mit den Fragebogen-Fragen präzise erfassen zu können, wurde eine Berufsfach-

<sup>8</sup> Vgl. hierzu die in Fachkreisen zur Zeit lebhaft geführte Diskussion um die sog. Wunschsectio, bei der zu hinterfragen ist, wer sich hier aus welchen Gründen was wünscht und vor allem, was Frauen auf der Grundlage welcher Informationen wünschen (siehe hierzu Abschnitt 2.3).

Vgl. hierzu auch die Studie von De Vries et al. (2001) „What (and why) do Women want? The Desires of Women and the Design of Maternity Care“, in der die AutorInnen in Bezug auf die Erforschung der Bedürfnisse von Frauen auf die Schwierigkeit verweisen, dass Frauen oft nur das wünschen (können), was ihnen vom bestehenden Gesundheitssystem bzw. den einzelnen Leistungserbringern angeboten wird, vor allem dann, wenn Alternativen für sie nicht sichtbar sind.

<sup>9</sup> Vgl. u.a. Collatz et al. 1986; Collatz 1991; Schücking 1993, 1995a, 1997, 2001, 2002; Ensel 2002.

<sup>10</sup> Vgl. Friedrichs 1990: 236ff; Bortz/Döring 1995: 231ff.

schule in den neuen Bundesländern bereits in der Vorphase der Untersuchung besucht. Hier fand ein ausführliches Informationsgespräch mit der Gesamtschulleitung und einer der Lehrerinnen für Hebammenwesen statt. Des Weiteren wurden die Fragebögen einem Pretest unterzogen:<sup>11</sup> fünf sehr unterschiedliche Schulen haben die Bögen probeweise ausgefüllt und zum Teil Änderungsvorschläge gemacht. Die so überarbeiteten Fragebögen wurden schließlich im Rahmen des Hebammen-Forschungsworkshops „Praxis im Wandel“ im Mai 1996 mit einer Arbeitsgruppe von interessierten Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen und Hebammenschülerinnen ein weiteres Mal diskutiert und danach endgültig fertiggestellt und verschickt.

Die Verschickung der Fragebögen erfolgte nach dem BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen, Stand Februar 1996 (siehe Anhang). Die Erhebung war freiwillig, jedoch nicht anonym, weil sich bei der Erstellung des Fragebogens gezeigt hatte, dass eine ganze Reihe von wesentlichen Strukturdaten aus der Erhebung hätten herausgelassen werden müssen, um wirklich Anonymität zu gewährleisten. Dies hängt damit zusammen, dass die hier zu erforschende Grundgesamtheit sehr klein und der Forschungsgegenstand so komplex ist, dass die einzelnen Schulen auch ohne Erfassung von Namen und Adresse auf Grund anderer Auskunftsdaten leicht hätten zugeordnet werden können. Die nicht-anonyme Erhebung bot außerdem den Vorteil, dass bei widersprüchlichen oder unverständlichen Angaben telefonische Nachfragen bei den jeweiligen Schulen möglich waren.

Datenschutzrechtliche Bedenken gegen diese Vorgehensweise konnten auf den Tagungen der Lehrerinnen für Hebammenwesen und in Einzelgesprächen und Briefwechseln ausgeräumt werden, da es sich bei der Erhebung nicht um personenbezogene Daten, sondern um Strukturdaten öffentlicher Bildungseinrichtungen handelte. Außerdem wurde von der Projektleitung im Anschreiben und auf Nachfragen hin zugesichert, dass im Forschungsbericht weder Schulprofile erstellt noch die Gegebenheiten an einzelnen Schulen oder Kliniken geschildert würden, sondern dass es vielmehr um die Darstellung von Ausbildungsstrukturen und -bedingungen ginge. Bezüglich persönlich geäußerter Meinungen und Einschätzungen wurde ausdrücklich von allen am Forschungsprozess Beteiligten Verschwiegenheit zugesichert.

Der Rücklauf der Schulfragebögen betrug 82%: Von den insgesamt 47 Schulen in Westdeutschland haben 41 an der Befragung teilgenommen, von den 9 Schulen im Osten antworteten 5. 105 Lehrerinnen für Hebammenwesen (94 West, 11 Ost) füllten außerdem den persönlichen Zusatzfragebogen aus; hierbei waren Lehrerinnen aus allen teilnehmenden Schulen vertreten. Diese 105 Lehrerinnen repräsentierten 90% der an diesen 46 Schulen besetzten Planstellen. Damit war die angestrebte Totalerhebung<sup>12</sup> nahezu vollständig erreicht; aus folgenden Gründen ist auch ihre Repräsentativität gewährleistet:

Die 6 West-Schulen, die *nicht* an der Befragung teilgenommen haben, wiesen - soweit sich dies aus dem BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen ersehen ließ - keine Besonderheiten auf, die sie entscheidend von den übrigen 41 Schulen abhoben. Sie verteilten sich auf vier verschiedene Bundesländer, ihr Ausbildungsplatzangebot lag im Durchschnitt, es waren unterschiedliche Träger (Land, Kommune, Kirche) vertreten.

Von den 9 Hebammenschulen in den neuen Bundesländern (inclusive Ost-Berlin) konnten nur 5 an der schriftlichen Befragung teilnehmen: Zwei Schulen war die Teilnahme vom zuständigen Kultusministerium ihres Bundeslandes untersagt worden,<sup>13</sup> für eine andere Schule traf die Teilnahmegenehmigung ihrer Aufsichtsbehörde erst lange nach Abschluss der schriftlichen Befragung ein. Diese Schule wurde dann jedoch in die mündliche Befragung

<sup>11</sup> Vgl. Friedrichs 1990: 153ff, 245; Bortz/Döring 1995: 234.

<sup>12</sup> Die Totalerhebung ist in der empirischen Sozialforschung relativ selten. Die Statistik-Literatur beschäftigt sich daher i.d.R. mit der Frage, inwieweit eine Stichprobe repräsentative Aussagen über die zu beforschende Grundgesamtheit erlaubt (vgl. Friedrichs 1990: 125; Hirsig 1998: Kap. 4; Bortz 1999: Kap. 3). Bei der vorliegenden Fragebogen-Erhebung handelte es sich jedoch um eine Befragung der Grundgesamtheit.

<sup>13</sup> Auch ein Briefwechsel der Projektleitung mit der Aufsichtsbehörde konnte diese nicht umstimmen.

einbezogen, so dass letztendlich über 2/3 der Ost-Schulen ausreichende Informationen vorlagen. Da die Ausbildungsbedingungen in der DDR sehr einheitlich waren und sich die Hebammenschulen in den neuen Bundesländern untereinander auch heute noch stärker ähneln, als dies bei den West-Schulen der Fall ist, kann davon ausgegangen werden, dass auch die Rahmenbedingungen der Ausbildung in den neuen Bundesländern mit dieser Erhebung ausreichend erfasst werden konnten.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte nach Codierung der Variablen als computergestützte Datenanalyse mit dem Programm SPSS.<sup>14</sup> Für die nominalskalierten Daten wurden im Sinne der deskriptiven Statistik zunächst einfache Häufigkeitstabellen erstellt (univariate Verteilung), im Anschluss daran je nach Fragestellung sowohl verschiedene Untergruppen als auch zahlreiche Kreuztabellen (bivariate Verteilungen) gebildet und die Beziehung (Korrelation) verschiedener Variablen zueinander geprüft.<sup>15</sup> Diese Berechnungen bilden die Grundlage für die Ergebnisdarstellung in Abschnitt 4.1, wobei die Fakten und Zahlen zum Teil im Text, zum Teil in Form von Tabellen präsentiert werden. Hierbei wurde bewusst in der Regel auf die Prozentuierung und damit auch auf eine graphische Darstellungsweise in Form von Torten- oder Säulendiagrammen verzichtet, weil dies bei den zum Teil sehr kleinen Zahlen zu verzerrten Eindrücken geführt hätte. Bei der Auswertung und Interpretation der Daten stellte sich zudem heraus, dass speziell die Errechnung von Mittelwerten und statistischen Signifikanzen entweder - bedingt durch die kleine Grundgesamtheit und die noch kleineren Untergruppen - wenig Erkenntnisgewinn brachte oder dass sie nur Selbstverständlichkeiten zu Tage förderte, wie z.B. dass an einer großen Schule mehr Lehrerinnen arbeiten als an einer kleinen.

Die Auswertung der Daten konzentrierte sich daher neben der *Deskription* der Häufigkeitsverteilungen vor allem auf deren *inhaltliche Interpretation*, wobei im Sinne einer Methoden-Triangulation<sup>16</sup> weitere Methoden zum Einsatz kamen. Dabei wurden zunächst die im Fragebogen schriftlich gegebenen Klartext-Antworten geordnet, nach Möglichkeit in (Text-)Tabellen zusammengefasst und interpretiert; bei sachlichen Unklarheiten wurden einzelne Schulen telefonisch um Klarstellung, weitere Informationen oder Erläuterungen gebeten.

Die dritte Säule der Methoden-Trias bildeten die verschiedenen Interviews. Sie dienten der Ergänzung und Vertiefung der quantitativen Datenerhebung und verschafften mir als sozialwissenschaftlicher Forscherin vertiefende Einblicke in das Berufsfeld von Hebammen:

„Der Einsatz qualitativer Methoden ist vor allem dort unverzichtbar, wo die Untersucher *a priori* keinen Zugang zu den typischen Deutungsmustern und Handlungsorientierungen im untersuchten Gegenstandsbereich haben.“ (Kelle/Erzberger 2000: 307; Hervorhebung im Original)

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte (bis auf eine Reihe von Schülerinnen-Interviews, siehe unten) *nach* Auswertung der schriftlichen Befragung. Die Interviews erfüllten im Fall der Lehrerinnen für Hebammenwesen den Zweck, einzelne Aspekte des Fragebogens zu vertiefen, außerdem sollten Schülerinnen, Kreißsaalhebammen und andere am Ausbildungsprozess Beteiligte nach ihrer Sichtweise bzgl. der Ausbildung befragt werden. Die Interviews hatten den Charakter von *ExpertInneninterviews*, die komplementär zur schriftlichen Befragung an den Hebammenschulen eingesetzt wurden (Meuser/Nagel 1991).

Bei allen Interviews handelte es sich um *problemzentrierte Interviews*,<sup>17</sup> das heißt, die Interviewerin stellte an Hand eines *Leitfadens* Fragen, auf die die InterviewpartnerInnen frei antworten konnten. Je nach dem Inhalt der Antworten, der Gesprächsatmosphäre und auch der konkret jeweils vorgefundenen Situation wurden Fragen bei Bedarf vertieft oder abgewandelt (Interview-Leitfäden sind im Anhang beigefügt). Die Interviews wurden von zwei geschulten Interviewerinnen sowie von der Projektleitung selbst durchgeführt. Die meisten Interviews

<sup>14</sup> Vgl. Friedrichs 1990: 376ff; Hirsig 1998.

<sup>15</sup> Vgl. Benninghaus 1982; Bortz/Döring 1995: 66ff, 128ff; Bortz 1999: Kap.1.

<sup>16</sup> Vgl. Kelle/Erzberger 2000; Flick 2000.

<sup>17</sup> Vgl. Witzel 1985; Bortz/Döring 1995: 283ff; Hopf 1995; Lamnek 1995b: 68ff; Flick 1995: 94ff.



wurden mit Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Wenn die Gesprächsteilnehmerin keine Aufzeichnung wünschte oder diese aus technischen Gründen nicht möglich war (z.B. im Dienstzimmer eines Kreißsaals oder einer Station mit zahlreichen Nebengeräuschen), machte sich die Interviewerin Notizen, die sie im Anschluss an das Gespräch zu einem Protokoll vervollständigte.

Für die Interviews wurden Schulen und Ausbildungskliniken ausgewählt, die - nach den Fragebögen zu urteilen - sehr unterschiedliche Ausbildungsrealitäten repräsentierten, also z.B. große und kleine Schulen, Schulen mit gar keiner oder täglicher Anwesenheit der Lehrerinnen für Hebammenwesen in der Praxis, Schulen mit nur einer oder mit mehreren Ausbildungskliniken oder auch Schulen mit enger Verbindung zu Pflegeschulen. Eine Gruppendiskussion<sup>18</sup> mit Hebammschülerinnen am Rande des Bundes-Hebammschülerinnenrats (BHSR) Anfang Oktober 1996 vermittelte wertvolle Hinweise auf die positiven und die problematischen Seiten der Ausbildung aus Schülerinnensicht und hatte damit ebenfalls Einfluss auf die Schulauswahl bzgl. der Interviews.

Insgesamt wurden 17 Schulorte (13 in den alten und 4 in den neuen Bundesländern) aufgesucht, an denen folgende Interviews realisiert wurden:<sup>19</sup>

- An allen 17 Schulen fanden Gespräche mit den Lehrerinnen für Hebammenwesen statt, und zwar 8 Einzel- und 9 Gruppeninterviews (insgesamt 32 Gesprächspartnerinnen). Bei 3 der interviewten Lehrerinnen für Hebammenwesen handelte es sich um reine Praxislehrerinnen, 8 der Lehrerinnen nahmen ausschließlich Unterrichts- und Organisationsaufgaben wahr, die übrigen 21 waren sowohl in der theoretischen als auch in der praktischen Ausbildung tätig.
- 8 Kreißsaalhebammen (6 Einzel- und 2 Gruppeninterviews; 5 West, 3 Ost)
- 7 Leiterinnen von Wochenstationen (6 West, 1 Ost; 6 Krankenschwestern, eine Hebamme); bei 2 dieser Wochenstationen (West) handelte es sich um integrierte Mutter-Kind-Stationen, d.h. hier war die Trennung von Wochen- und Neugeborenenstation aufgehoben.
- 3 Kinderkrankenschwestern auf Neugeborenenstationen (2 West, 1 Ost)
- 3 ärztliche Schulleiter von West-Schulen
- 2 Schulleiter an Medizinischen Berufsfachschulen im Osten
- 1 Leiterin eines Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutes für Pflegeberufe und Hebammen (West)
- 1 Pflegedienstleitung (West)

Außerdem wurden 19 Einzel-Interviews mit Schülerinnen aus 15 Schulen (13 West, 2 Ost) geführt. Hierbei waren 9 der obigen 17 Schulorte vertreten; 6 Schülerinnen-Interviews wurden mit Schülerinnen geführt, deren Schulen nicht in die nachfassenden Schul-Interviews einbezogen waren. Diese Auswahl hing damit zusammen, dass die meisten Schülerinnen-Interviews am Rande des oben erwähnten Hebammschülerinnenrats und des anschließenden Bundesschülerinnentreffens geführt wurden, als die Auswahl der Schul-Interviews noch nicht endgültig feststand. Bei der Auswahl der Schülerinnen, die sich während dieser Tagung freiwillig zum Interview meldeten, wurde darauf geachtet, dass Schülerinnen mit verschiedenem Ausbildungsstand und aus unterschiedlich großen Schulen befragt wurden, weil zum einen der eigene Ausbildungsstand den Blick auf die Ausbildungsbedingungen erheb-

<sup>18</sup> Vgl. Bortz/Döring 1995: 283ff; Dreher/Dreher 1995; Lamnek 1995b: 125ff; Flick 1995: 131ff; Bohnsack 2000.

<sup>19</sup> Diese Interviews waren ursprünglich alle als Einzelinterviews und nicht als Gruppendiskussionen im eigentlichen Sinne konzipiert, vor Ort kam es jedoch häufiger vor, dass sich mehrere Mitglieder des Schul- bzw. Kreißsaalteams den Fragen der Interviewerin stellen wollten. Da es nicht um die Erforschung der individuellen Besonderheiten einzelner Lehrerinnen oder Kreißsaalhebammen ging, sondern um die Gesamtsituation der Schule an dem jeweiligen Ort, ließen sich die Interviewerinnen auf die jeweils vorgefundene Situation ein.

lich beeinflusst und zum anderen die Rahmenbedingungen an großen und kleinen Schulen stark differieren. Außerdem wurde besonderer Wert darauf gelegt, auch Schülerinnen aus den neuen Bundesländern zu interviewen; diese waren jedoch auf der BHSR-Tagung unterrepräsentiert, und so konnten hier auch nur drei Einzelinterviews geführt werden.

Alle hier genannten Interviews lieferten zusätzliche Informationen zu Themenbereichen, die mit einer (teil)standardisierten, schriftlichen Erhebung nur unzureichend zu erfassen sind und ermöglichten den Zugang zu den *verschiedenen* am Ausbildungsprozess Beteiligten. Die transkribierten (oder protokollierten) Interviews wurden thematisch kategorisiert und dienten einerseits der Interpretation, andererseits der Ergänzung der schriftlichen Befragung. Sie gingen in die Bestandsaufnahme der Hebammenausbildung (Abschnitt 4.1) ein. Eine vertiefte Inhaltsanalyse der Interviews im Sinne der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ (Mayring 1995) wurde jedoch nicht vorgenommen, da die Interviews nicht im Mittelpunkt der Untersuchung standen, sondern vor allem den Zweck verfolgten, offene Sachfragen zu klären und die Ausbildungsrealität anschaulicher zu machen. Nach Meuser/Nagel ist es zulässig, bei ExpertInneninterviews die Auswertung der Interviews dann zu beenden, wenn ihr vordringlicher Zweck erfüllt ist, also in der Textinterpretation nicht gleichermaßen in die Tiefe zu gehen wie dies z.B. bei der Erforschung von Einstellungen oder Befindlichkeiten angezeigt wäre (Meuser/Nagel 1991: 448ff, 466).

Im zeitlichen Abstand zur schriftlichen Schulbefragung und den im Anschluss daran durchgeführten Interviews, also nach der Zwischenveröffentlichung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme (Zoege 1997), wurden zwischen 1998 und 2001 noch eine Reihe weiterer Interviews und Gespräche geführt:

- In Ergänzung zur Bestandsaufnahme der Ausbildungsrealität an den Hebammenschulen wurden 7 freiberufliche Hebammen nach ihren eigenen Ausbildungserfahrungen, nach Ausbildungsdefiziten speziell in Bezug auf die Freiberuflichkeit sowie nach der Anleitung von Schülerinnen in der freiberuflichen Praxis befragt. Es handelte sich um Hebammen mit dem Tätigkeitsschwerpunkt auf der Vor- und Nachsorge sowie um Hausgeburts-, Geburtshaus- und Beleghebammen.
- In einer Gruppendiskussion mit freiberuflichen und angestellten Hebammen (am Rande einer Fortbildungsveranstaltung) konnte die zum Teil recht unterschiedliche Sicht auf die Ausbildungsdefizite genauer beleuchtet werden.
- Gespräche und ExpertInneninterviews wurden mit Funktionsträgerinnen der Hebammenverbände geführt, und zwar - jeweils während ihrer Amtszeit - mit den beiden Präsidentinnen des Bundes Deutscher Hebammen (BDH) und den beiden Beirätinnen für den Bildungsbereich, sowie mit zwei Vorstandsmitgliedern des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD). Außerdem hatte ich Gelegenheit, an einem Treffen der AG Fachhochschule des BDH teilzunehmen und mit deren Mitgliedern eine ExpertInnendiskussion zu führen.
- Für jeweils spezifische Fragen standen mir außerdem noch eine Berufsschullehrerin, zwei Fachhochschulprofessorinnen, ein Gewerkschaftsfunktionär der ÖTV, zwei Bildungs- bzw. GesundheitspolitikerInnen sowie zwei Auszubildende aus dem Bereich der Physiotherapie zu Verfügung.
- Eine Reihe von Gesprächen führte ich außerdem mit studierenden, studierten und in der Forschung engagierten Hebammen.

Diese zweite Gruppe von ExpertInneninterviews und Gesprächen diente zum einen dazu, einzelne Themenkomplexe zu vertiefen (z.B. die Frage nach der Ausbildung für die Freiberuflichkeit), zum anderen meinem Verständnis der Gesamtsituation, die von der sog. Bildungssackgasse der Gesundheitsfachberufe über hochschulpolitische Fragen bis zur Qualität der Gesundheitsversorgung reicht.

Begleitet und eingerahmt wurde die mehrjährige Forschungsarbeit durch eine der jeweiligen Teilfragestellung angepasste Literaturrecherche. In Anbetracht der Aktualität des Themas spielten die regelmäßige Lektüre von Fachzeitschriften, die Einbeziehung unveröffentlichter

Manuskripte sowie zunehmend auch die Informationssuche im Internet eine große Rolle. Auch die Teilnahme an Veranstaltungen wie den Forschungsworkshops der Hebammengemeinschaftshilfe, den Jahrestagungen der Lehrerinnen für Hebammenwesen, pflegewissenschaftlichen Tagungen zur Thematik der Ausbildung und den Begleitkollegs der Robert Bosch Stiftung sowie der Besuch des internationalen Symposiums „Hebammenausbildung 2000“ (BDH, Jan. 2000) und des Symposiums „Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe“ (AG MTG, Nov. 2001) begleiteten meinen Forschungsprozess, verschafften mir Zugang zu aktuellen Informationen und ermöglichten mir den fachlichen und wissenschaftlichen Austausch mit Personen, die sich auf unterschiedliche Weise ebenfalls mit der Thematik der Qualifikation der Gesundheitsfachberufe beschäftigen.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit zur Qualifizierung von Hebammen folgt dem eingangs dargestellten Forschungsweg.

Das empirische Kernstück meiner Forschung bildet die Bestandsaufnahme der Ausbildungsrealität an deutschen Hebammenschulen, ergänzt um eine Analyse der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Hebammen (Kapitel 4). Es wird eingerahmt durch die Kapitel 2, 3 und 5: Um die Hebammenausbildung überhaupt an den Anforderungen des Berufes messen zu können, war zunächst eine eingehende Beschäftigung mit eben diesen Anforderungen nötig; diese werden in Kapitel 2 beschrieben. Des Weiteren muss der Hebammenberuf im Kontext der Gesundheitsfachberufe gesehen werden, da er eine Reihe von Ausbildungsbedingungen und –problemen mit diesen Berufen teilt (Kapitel 3) und weder aus bildungs- noch aus gesundheitspolitischer Sicht isoliert betrachtet werden sollte. Diese vernetzte Betrachtungsweise wird in Kapitel 5 fortgesetzt, in dem die verschiedenen Vorstellungen und bereits realisierten Ansätze einer reformierten Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe dargestellt und mit Bezug auf den Hebammenberuf diskutiert werden.

Die grundsätzliche Frage, welche Qualifizierungsnotwendigkeiten sich aus den Anforderungen an den Beruf ergeben, konnte erst *nach* der empirischen Bestandsaufnahme der heutigen Ausbildung und der bereits bestehenden Berufsbildungskonzepte sinnvoll gestellt werden: Sie führte zum Begriff der Professionalisierung und zu einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Konzept des professionellen Handelns. Daher steht die Darstellung der soziologischen Theorien um Professionen und Professionalisierung (Kapitel 6) auch nicht am Anfang dieser Arbeit, sondern fast an ihrem Ende und leitet zum Abschlusskapitel 7 über, in dem das theoretische Konstrukt des Arbeitsbündnisses auf den Hebammenberuf angewandt wird und Schlussfolgerungen für eine Ausbildungsreform gezogen werden.

## 2 Der Hebammenberuf

Im vorliegenden Kapitel werden zunächst das *Aufgabenspektrum von Hebammen* und die Rahmenbedingungen des Berufs beschrieben sowie auch die *gesetzlichen Grundlagen* der Hebammenhilfe ausführlich dargelegt, weil die gesetzlich verbrieften Rechte und Pflichten von Hebammen in den Argumenten zu Ausbildungsmängeln bzw. zum Reformbedarf der Ausbildung immer wieder eine wesentliche Rolle spielen. Abschließend gehe ich auf die *veränderten Anforderungen* an den Beruf ein, die sich nicht *direkt* aus dem originären Aufgabenprofil von Hebammen ableiten lassen, sondern die aus den gesellschaftlichen Entwicklungen, den Veränderungen im Gesundheitswesen und der ärztlichen Mutterschaftsvorsorge und Geburtsmedizin resultieren.

### 2.1 Aufgabenspektrum und Rahmenbedingungen

#### 2.1.1 Vorbehaltene Tätigkeiten und Überschneidungen mit den Tätigkeitsbereichen anderer Berufsgruppen

Das Tätigkeitsfeld von Hebammen stellt eine zentrale Gesundheitsdienstleistung für Schwangere, Gebärende und Müttern mit Säuglingen dar. Hebammen sind in erster Linie für die physiologische Schwangerschaft und Geburt zuständig, gemeinsam mit ÄrztInnen aber auch für die Betreuung von Frauen mit pathologischen Verläufen und Komplikationen. Hebammenhilfe kann an jedem Ort erbracht werden. Gesetzlich ist die Berufsausübung von Hebammen in Deutschland im Hebammengesetz, in der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung, den Hebammen-Landesgesetzen und in den Berufsordnungen der Länder geregelt (siehe Abschnitt 2.2).

Hebammen sind in Deutschland für folgende Aufgaben zuständig:<sup>1</sup> Sie können bereits in der Familienplanungsphase beratend tätig werden. Sie stehen Frauen während der gesamten Schwangerschaft zur Verfügung, und zwar für die Beratung in Fragen der Ernährung und der Lebensführung, für die Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien, für die Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden und für die aus Information und Übungen bestehende Geburtsvorbereitung (in Gruppen oder ggf. auch einzeln). Unter der Geburt unterstützt die Hebamme die Frau bei den Wehen und leitet sie an, fördert den Geburtsablauf durch geeignete Maßnahmen, überwacht den Gesundheitszustand der Gebärenden und des Kindes, bezieht den Partner in die Geburt mit ein und legt schließlich fachkundig Hand an bei der Entwicklung des Kindes. Nach der Geburt des Kindes überprüft sie den Vitalzustand des Neugeborenen und ergreift im Bedarfsfall entsprechende Hilfemaßnahmen; außerdem überwacht sie den Zustand der Mutter und leitet die Nachgeburtsphase (Entwicklung der Plazenta). In jeder Phase der Geburt zieht die Hebamme bei Komplikationen ärztliche Hilfe hinzu und leitet bei Bedarf selbst Notfallmaßnahmen ein. Im Wochenbett beobachtet und überwacht die Hebamme zum einen den Gesundheitszustand der Mutter, zum anderen das Gedeihen des Säuglings. Sie leitet zum Stillen (oder zur Flaschenernährung) und zur Wochenbettgymnastik an und berät die Eltern in Fragen der Säuglingspflege. Diese individuelle Wochenbettbetreuung reicht, wenn keinerlei Erschwernisse vorliegen, bis zum 10. Tag nach der Geburt des Kindes, anderenfalls (z.B. bei Rückbildungsproblemen, Stillschwierigkeiten oder Nabelheilungsstörungen) bis zu 8 Wochen nach der Geburt, für Stillberatung kann die He-

<sup>1</sup> Der folgende erste Überblick über die Aufgaben von Hebammen beruht auf folgenden Quellen: Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) und Hebammen-Berufsordnungen der einzelnen Bundesländer (siehe Abschnitt 2.2, Anhang und Literaturverzeichnis „Gesetze, Verordnungen und Richtlinien“); außerdem: Geist et al.: Hebammenkunde (1995); Mändle et al.: Das Hebammenbuch (1995); Blätter zur Berufskunde der Bundesanstalt für Arbeit: Hebamme/Entbindungspfleger (1998); BDH-Broschüren zu den Betreuungsinhalten und Tätigkeiten von Hebammen in der Klinik und in der Freiberuflichkeit (BDH 1999d, 2001f); Homepage des BDH ([www.bdh.de](http://www.bdh.de)).

bamme bis zum Ende der Stillzeit tätig werden. Auch die Wochenbettbetreuung nach einer Fehl- oder Totgeburt gehört zum Aufgabenbereich von Hebammen.<sup>2</sup>

Neben Geburtsvorbereitungskursen können Hebammen auch Kurse in Rückbildungsgymnastik anbieten. Nicht über die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung abgedeckt (also privat zu zahlen) sind weiterführende Angebote im Bereich der Gesundheitsbildung (z.B. Schwangerenschwimmen, Babymassage, Säuglingspflegekurse oder Eltern-Kind-Gruppen), die gleichwohl von vielen Eltern in Anspruch genommen werden.

In einer Übereinkunft der Internationalen Hebammenvereinigung (ICM), der Internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde der Hebammenberuf folgendermaßen definiert:<sup>3</sup>

#### **Internationale Definition der Hebamme**

Eine Hebamme ist eine Person, die in dem jeweiligen Land zu einer anerkannten Hebammenausbildung regulär zugelassen wurde, den vorgeschriebenen Ausbildungsgang zur Hebamme erfolgreich abgeschlossen und die notwendigen Qualifikationen erworben hat, um im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften als Hebamme zu praktizieren.

Die Hebamme muss in der Lage sein, Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überwachen, zu betreuen und zu beraten, in eigener Verantwortung Geburten durchzuführen sowie Neugeborene und Säuglinge zu betreuen. Dies alles beinhaltet Vorsorgemaßnahmen, das Erkennen von Regelwidrigkeiten bei Mutter und Kind, bei Bedarf Hinzuziehung medizinischer Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen, wenn medizinische Hilfe fehlt. Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe bei der Gesundheitsberatung und -erziehung nicht nur der Frauen, sondern auch in der Familie und Gemeinde. Die Arbeit beinhaltet neben der Vorbereitung auf die Geburt und Elternschaft außerdem bestimmte Gebiete der Gynäkologie, der Familienplanung, der Säuglingspflege und des Stillens. Die Hebamme kann in Krankenhäusern, in Geburtshäusern, bei Beratungsstellen, bei der Frau zu Hause oder in jeder anderen Einrichtung praktizieren.

Die Hebamme hat somit heute wie früher eine zentrale Rolle bei der individuellen, umfassenden Betreuung von Mutter, Kind und Familie. Die qualifizierte Hebammenausbildung bietet hierzu das Fundament. Darüber hinaus bedarf es der ständigen Aktualisierung und Erweiterung der theoretischen Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten während des gesamten Berufslebens.

In der EU-Ausbildungsrichtlinie 80/155/EWG von 1980 ist festgeschrieben, dass die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union dafür Sorge zu tragen haben, dass Hebammen *mindestens* befugt sind, die nachstehend aufgeführten Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung durchzuführen.<sup>4</sup>

#### **EU-Ausbildungsrichtlinie 80/155/EWG, Artikel 4**

1. Angemessene Aufklärung und Beratung in Fragen der Familienplanung;
2. Feststellung der Schwangerschaft und Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen;
3. Verschreibung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind, oder Aufklärung über diese Untersuchungen;
4. Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Niederkunft einschließlich Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung;

<sup>2</sup> Zur Auseinandersetzung mit dem Tod von Kindern vor oder nach der Geburt und zur Geburts- und Wochenbettbetreuung der von diesem Schicksal betroffenen Paare vgl. u.a.: Arbeitsgruppe „Der frühe Tod von Kindern“ (1998), Bauer 1990, Harder 1989, Künzel-Riebel/Initiative Regenbogen 1994, Lothrop 2000a, Student et al. 1989, Student/Student 1990, Wellendorf 2001 sowie Hebammenforum 2/2002: 77-90 (Schwerpunktthema „Tot geboren“)

<sup>3</sup> Diese Definition des Hebammenberufs wurde 1972 erstmals formuliert und seitdem mehrmals aktualisiert (vgl. Deutsche Hebammenzeitschrift 7/93: 267). Die hier wiedergegebene Fassung befand sich im Juni 2001 auf der Homepage des BDH ([www.bdh.de](http://www.bdh.de)).

<sup>4</sup> Horschitz/Kurtenbach 1994: 97f bzw. Erdle 37. EL, März 2002, 20.5.2, S. 4.

5. Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;
6. Durchführung von Normalgeburten bei Kopflage einschließlich – sofern erforderlich – des Scheidendammschnitts sowie im Dringlichkeitsfall von Steißgeburten;
7. Erkennen der Anzeichen von Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen; Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, woran sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt;
8. Untersuchung und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen;
9. Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Niederkunft und Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege des Neugeborenen;
10. Durchführung der vom Arzt verordneten Behandlung;
11. Abfassen der erforderlichen schriftlichen Berichte.

Das deutsche Hebammengesetz entspricht diesen EU-Vorgaben; der Aufgabenbereich von Hebammen wird dort jedoch nur sehr knapp umschrieben,<sup>5</sup> weil das Hebammengesetz in erster Linie ein *Berufszulassungsgesetz* ist.<sup>6</sup>

In der Ausübung der Geburtshilfe einschließlich der Überwachung des Wochenbettverlaufs sind Hebammen selbständig, das heißt, sie dürfen allein und eigenverantwortlich arbeiten und unterliegen nicht der ärztlichen Weisungsbefugnis, im Gegenteil: Leistet eine Ärztin oder ein Arzt Geburtshilfe, so sind diese ihrerseits verpflichtet, eine Hebamme hinzu zu ziehen. Im Hebammengesetz ist dies in § 4 geregelt:

**Vorbehaltene Tätigkeiten, Hinzuziehungspflicht des Arztes:**

(1) Zur Leistung von Geburtshilfe sind, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis der Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ oder ‚Entbindungspfleger‘ (...) berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird.

(2) Geburtshilfe im Sinne des Abs. 1 umfasst Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs.

Wie der Justiziar des Bundes Deutscher Hebammen Horschitz in seinem Kommentar zum Hebammengesetz ausführt, „sind Arzt und Hebamme bei normalen Geburten einander nicht unter- bzw. übergeordnet, sondern stehen gleichberechtigt nebeneinander“ (Horschitz/Kurtenbach 1994: 31). Im Fall von Komplikationen jedoch muss die Hebamme einen Arzt oder eine Ärztin hinzuziehen, welche dann die Geburt leiten und deren Weisungen die Hebamme unterworfen ist (ebd.). Die Verantwortung der Hebamme geht jedoch auch bei ärztlicher Geburtsleitung so weit, dass sie für getroffene Fehlentscheidungen mithaftet (Horschitz 1999c).

Die Leitung der normalen Geburt und die Überwachung des Wochenbetts durch die Hebamme schließt die *Ausübung der Heilkunde* ein. Welche Medikamente Hebammen dabei einsetzen dürfen, ist in den Berufsordnungen der Länder geregelt. Auch der Einsatz von Homöopathie und Akupunktur ist ihnen im Rahmen der Vorbehaltstätigkeiten gestattet. Horschitz weist darauf hin, dass die Anwendung der letztgenannten Heilverfahren sowie von Naturheilmitteln für Hebammen außerdem auch bei der Behandlung von „Schwangerschaftsbeschwerden“ oder „Erschwernissen im Wochenbett“ zulässig und durch die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung rechtlich abgesichert sei. Allerdings sei stets der schmale

<sup>5</sup> Siehe § 5 (Ausbildungsziel), wörtlich wiedergegeben in Abschnitt 3.2; Kopie des gesamten Hebammengesetzes im Anhang.

<sup>6</sup> Detailliertere Festlegungen bzgl. der *Berufsausübung* im Sinne der EU-Ausbildungsrichtlinie finden sich in der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung, in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und in den Berufsordnungen der Länder (siehe Abschnitt 2.2.2 und 2.2.3).

Grad zwischen Beschwerden und Pathologie zu beachten, und Hebammen seien bei Komplikationen immer verpflichtet, die Frau an die Ärztin bzw. den Arzt zu überweisen.<sup>7</sup>

*Gemeinsam* mit Ärztinnen und Ärzten sind Hebammen darüber hinaus für die Versorgung, Betreuung und Beratung von Frauen verantwortlich, bei denen Gesundheitsrisiken vorliegen oder Komplikationen eingetreten sind, also für Frauen mit vorzeitigen Wehen, mit EPH-Gestose, mit schweren Grunderkrankungen, mit Behinderungen, für Frauen mit Suchtproblematik, für Frauen, bei denen Geburtskomplikationen eingetreten sind oder bei denen die Geburt operativ beendet werden muss (Kaiserschnitt, Zangengeburt usw.), für Frauen mit einer Fehlgeburt oder einem toten Kind, um nur einige Beispiele zu nennen. In Kooperation mit KinderärztInnen betreuen Hebammen im Wochenbett und oft weit darüber hinaus Familien mit Frühgeborenen, mit kranken oder behinderten Säuglingen.

Das hier umrissene Tätigkeitsfeld von Hebammen, die beschriebene Grenzziehung zum ärztlichen Arbeitsbereich sowie vor allem die daraus resultierenden *Überschneidungen* in der Zuständigkeit verweisen auf die Notwendigkeit der Kooperation beider Berufsgruppen im Sinne der zu betreuenden Frauen, aber auch auf mögliche Konflikte und Kompetenzstreitigkeiten (siehe auch Abschnitt 2.3).<sup>8</sup>

Da der durch Vorbehalt speziell geschützte Tätigkeitsbereich nur einen Teil des beruflichen Spektrums von Hebammen ausmacht, gibt es noch verschiedene andere Überschneidungen mit weiteren Berufsgruppen; so gehören beispielsweise Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik auch zum originären Tätigkeitsbereich von PhysiotherapeutInnen. Darüber hinaus konkurrieren sogar fortgebildete Laien (z.B. sog. Geburtsvorbereiterinnen oder Laktationsberaterinnen) mit Hebammen um Geburtsvorbereitung und Stillberatung.

Die Berufe in der Kranken- und Kinderkrankenpflege haben zwar eigentlich ein anderes Tätigkeitsfeld als Hebammen, sie sind nämlich (jedenfalls im Krankenhaus) für die Pflege von *kranken* Menschen zuständig. Hier ergeben sich jedoch im klinischen Alltag von praepartalen und vor allem von Wochen- und Neugeborenenstationen, wo Pflegekräfte in der Regel sogar die Mehrheit des Personals stellen, zahlreiche Überschneidungen mit den Tätigkeiten von Hebammen; beide Berufsgruppen sind hier mit der Beratung und Pflege sowohl gesunder als auch kranker Frauen und Kinder betraut. Neuere Fortbildungen zum Thema der multiprofessionellen Zusammenarbeit sowie berufsübergreifende Initiativen bzgl. der Neukonzeption von Wochenstationen und der Stillförderung verweisen auf konstruktive Möglichkeiten, mit dieser von beiden Berufsgruppen oft als festgefahrene Konkurrenz empfundenen Situation umzugehen (vgl. z.B. Friese-Berg/Polleit 1992, Habel-Lepach 1998).

---

<sup>7</sup> Vgl. für den gesamten Absatz: Horschitz/Kurtenbach 1994: 33ff; Horschitz 1999a; auch Erdle verweist in seinem Kommentar zum Hebammengesetz auf die Zulässigkeit der Ausübung der Heilkunde durch Hebammen im Rahmen der Vorbehaltstätigkeiten und auf die Zulässigkeit der Anwendung von Akupunktur und Homöopathie bei normal (d.h. nicht pathologisch) verlaufender Schwangerschaft und Geburt sowie im Wochenbett hin (Erdle 37. EL, März 2002, 20.1, S. 4.2).

<sup>8</sup> Vgl. hierzu die jeweiligen Grundsatzzpapiere der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG 2000) und des Bundes Deutscher Hebammen (BDH: 2001a) zur Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen. Von ärztlicher Seite wird die Berechtigung der Hebamme, selbständig Geburtshilfe zu leisten, vor allem in Bezug auf die Klinik-Geburtshilfe immer wieder in Frage gestellt (Großpietsch 1998, DGGG 2000). Zur Problematik der Überschneidung der Tätigkeitsbereiche vor allem im Bereich der ambulanten Schwangeren- und Wöchnerinnenbetreuung vgl. auch Zoege (1993: 45ff). Vgl. außerdem die sehr unterschiedlichen Beiträge zur Thematik Macht und Konkurrenz von Bitzer 1991, Friese-Berg 1991, Pommerening 1992, Ensel 1996, Schücking 1998.

### 2.1.2 Formen der Berufsausübung, Anzahl der Hebammen in Deutschland und Organisationsgrad, Geburtenzahlen

Hebammen können zunächst einmal grundsätzlich zwischen zwei *Formen des Arbeitsverhältnisses* wählen:<sup>9</sup> zwischen dem Angestelltenverhältnis und der Freiberuflichkeit, viele arbeiten auch teilzeit in beiden Bereichen. Als Krankenhausangestellte beziehen sie Gehalt und haben feste Arbeitszeiten (in der Regel Schichtdienst), als Freiberuflerinnen teilen sie ihre Arbeitszeit selbst ein und rechnen über die Hebammenhilfegebührenverordnung (HebGV) direkt mit den Krankenkassen ab.

Beleg-Hebammen sind Freiberuflerinnen, die ihre Frauen jedoch in der Klinik entbinden. Zwischen den Beleghebammen und dem jeweiligen Krankenhaus bestehen Verträge, in denen festgelegt ist, dass die Beleghebamme (oder das Beleghebammen-Team) die Einrichtungen des Hauses nutzen darf und dafür die Geburtshilfe in dem jeweiligen Haus gewährleistet.<sup>10</sup>

Außerdem gibt es in der Bundesrepublik mittlerweile mindestens 55 Geburtshäuser.<sup>11</sup> Auch hier arbeiten die Kolleginnen freiberuflich, gehen jedoch als Hebammengruppe feste Verpflichtungen miteinander ein (Bereitschaftsdienste, gegenseitige Vertretungen usw.). Vertretungsregelungen und verschiedene Formen der Zusammenarbeit gibt es im Übrigen auch zwischen Hebammen, die ansonsten einzeln arbeiten.

Aus diesen verschiedenen Arbeitsverhältnissen der Hebammen resultieren *für die Frauen* sehr unterschiedliche *Betreuungsformen*. Im normalen *Krankenhaus* trifft die Frau, wenn sie zur Geburt kommt, in der Regel auf eine ihr unbekannt, Dienst habende Hebamme, die sie so lange betreut, wie ihre Schicht dauert; hier sind also Betreuungswechsel unter der Geburt möglich. Zur Entbindung selbst kommt fast immer ein Arzt (eine Ärztin) hinzu, häufig liegt die Geburtsleitung auch in ärztlicher Hand. Wenn eine ambulante Nachbetreuung im Wochenbett stattfindet, wird diese meist von einer freiberuflichen Hebamme übernommen, die die Frau ggf. auch schon während der Schwangerschaft beraten und betreut hat. Zunehmend übernehmen aber auch Kreißsaalhebammen in Nebentätigkeit diese häusliche Wochenbettbetreuung.

Wenn sich eine Frau für die Geburt bei einer *Beleghebamme* entscheidet, nimmt sie zu dieser bereits während der Schwangerschaft Kontakt auf und geht dann mit ihr zur Entbindung in die Klinik bzw. trifft sie dort. In der Regel findet kein Betreuungswechsel unter der Geburt statt, ärztliche Hilfe wird bei Bedarf oder in manchen Belegkliniken auch routinemäßig hinzu gezogen. Manche Beleghebammen arbeiten auch in einem Zweier- oder Dreier-Team mit festen Kreißsaaltagen; die Frau lernt dann während der Schwangerschaft zwar meist alle Hebammen des Teams kennen, kann zur Geburt selbst jedoch nicht frei wählen, bei welcher Hebamme sie entbinden möchte. Beleghebammen betreuen ihre Frauen auch in der Schwangerschaft und im Wochenbett (auf der Wochenstation und zu Hause), allerdings liegt der Schwerpunkt vieler Beleghebammen auf der Geburtshilfe selbst, was auch an den zum Teil sehr hohen Geburtenzahlen von Beleghebammen abzulesen ist.<sup>12</sup>

Das *Geburtshaus* stellt eine hebammengeleitete Institution dar, die den Frauen bereits während der Schwangerschaft im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge und Geburtsvorbereitungskurse vertraut wird. Je nach Organisation des Geburtshauses findet die Geburt selbst

<sup>9</sup> Für die gesamte folgende Schilderung der Arbeitsverhältnisse und der daraus resultierenden Betreuungsformen vgl.: Geist et al. 1995, Edelmann/Seul 2000, Hilsberg 2000, die Broschüren des BDH zur Wahl des Geburtsortes, zu den Tätigkeiten von Hebammen in der Klinik und in der Freiberuflichkeit sowie zu den Hebammen im Belegsystem (BDH 1999c, 1999d, 2001d, 2001f), außerdem die gemeinsam mit dem BfHD und dem Netzwerk der Geburtshäuser herausgegebene Informationsschrift „Hebammengeleitete Geburt“ (2002).

<sup>10</sup> Vgl. u.a. BDH 2001d; Gonzáles-Campanini 1997.

<sup>11</sup> Diese Zahl ist dem Bericht der bundesweiten Erhebung der außerklinischen Geburtshilfe entnommen (Loytved 2001b: 6).

<sup>12</sup> Vgl. BASYS-Institut 1996, Gonzáles-Campanini 1997, HSFG 1997, 2001.



entweder mit einer bestimmten Hebamme oder einer Hebamme des Teams statt; zum Schluss ist in der Regel eine zweite Hebamme mit anwesend. Die häusliche Wochenbettbetreuung liegt meistens bei der Hebamme, die die Geburt begleitet hat.

Plant eine Frau eine *Hausgeburt*, so ist ihr Verhältnis zur Hebamme ein grundsätzlich anderes, denn die Frau begibt sich nicht in eine ihr fremde Institution, die den Arbeitsplatz der Hebamme darstellt, sondern sie bringt ihr Kind dort zur Welt, wo sie selbst zu Hause und die Hebamme (als Fachfrau) zu Gast ist. Hausgeburtshebammen betreuen Frauen in aller Regel bereits in der Schwangerschaft und führen häufig auch die Mutterschaftsvorsorge-Untersuchungen durch. Für die letzte Phase der Geburt wird oftmals zur Sicherheit eine zweite Hebamme dazu gerufen (Loytved 2001b: 59). Auch in Bezug auf das Wochenbett gibt es - bis auf unvermeidliche Vertretungen - normalerweise keinen Betreuungswechsel.

Ein weiterer möglicher Ort, an dem Hebammen Frauen betreuen können, ist die *ärztliche Praxis*: So gibt es zum einen kooperative Arbeitsbeziehungen zwischen GynäkologInnen und Hebammen, bei denen letztere einen Teil der Mutterschaftsvorsorge übernehmen (Lippens 2001: Teil IV), Kurse abhalten und dann die ihnen auf diese Weise bereits aus der Schwangerschaft bekannten Frauen auch zu Hause im Wochenbett betreuen, zum anderen Arztpraxen, in denen auch Geburtshilfe geleistet wird.

Hebammen können außerdem im Team von Beratungsstellen (z.B. bei Pro Familia) oder als Familienhebammen tätig sein (siehe Abschnitt 2.3); auch können sie Aufgaben in der Gesundheitserziehung übernehmen, z.B. im Rahmen von Schulunterricht (Landwehr/Lehmann 1995, Teschner 1999, Petrus 2001).

Schließlich haben Hebammen die Möglichkeit, nach erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung als Lehrerin für Hebammenwesen an einer Hebammenschule zu arbeiten (siehe Abschnitt 4.2.3 und 5.4.4).

Genauere Angaben zur *Anzahl der Hebammen in Deutschland* gibt es nicht. Zur Veranschaulichung der Größenordnung der Berufsgruppe seien im Folgenden jedoch einige Zahlen aus verschiedenen Statistiken und Studien genannt.

Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden erhebt im Rahmen seiner Krankenhausstatistik die an Krankenhäusern „beschäftigten“ Hebammen und als deren Untergruppe die sog. „festangestellten“ Hebammen; bei der Differenz zwischen beiden Zahlen muss es sich um die Gruppe der Beleghebammen handeln, da diese auch im Krankenhaus tätig, jedoch nicht fest angestellt sind.<sup>13</sup> Nach dieser Statistik stieg die Anzahl der *insgesamt* in Krankenhäusern tätigen Hebammen im vergangenen Jahrzehnt von 8.826 im Jahr 1991 auf 9.412 im Jahr 2000 an. Die Anzahl der Beleghebammen ging dagegen im gleichen Zeitraum von 2.206 (25%) auf 1.726 (18%) zurück. Einschränkend ist zu diesen Zahlenangaben jedoch anzumerken, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die dem Statistischen Bundesamt Hebammen gemeldet haben, trotz Auskunftspflicht *unter* der Anzahl der Krankenhäuser liegt, die als geburtshilfliche Kliniken geführt werden. Dies lässt eine unbekannt Anzahl nicht erfasster Klinikhebammen vermuten.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1, Tabelle 2.5 „Nichtärztliches Personal“.

Nachforschungen beim Statistischen Bundesamt erbrachten keine hundertprozentige Klarheit darüber, ob es sich bei der Differenz beider Zahlen tatsächlich und ausschließlich um die Beleghebammen handelt, die ja eigentlich *Freiberuflerinnen* sind. Wahrscheinlich werden sie trotzdem als „Beschäftigte“ der Krankenhäuser geführt, weil sie ja mit den Häusern verbindliche Verträge eingehen und somit zum Personal zählen, obwohl sie nicht auf der Gehaltsliste des Hauses stehen.

<sup>14</sup> Die Differenz zwischen der Anzahl der Krankenhäuser mit Entbindungsabteilung und der Krankenhäuser mit Hebammen (Statistisches Bundesamt Fachserie 12, Reihe 6.1, Tabelle 2.5 und 2.14) betrug über die Jahre hinweg zwischen 65 (im Jahr 2000) und 78 Häusern (z.B. in den Jahren 1995 und 1999). Sollte es sich hierbei um kleinere geburtshilfliche Abteilungen mit wenigen Hebammen (vielleicht auch Beleghebammen) handeln, so könnte man von einem *missing* in Höhe von ca. 2-300 Hebammen ausgehen. (Auch Rückfragen im Statistischen Bundesamt führten zu keiner weiteren Klärung dieses Sachverhalts.)

Die Hamburger Sozialforschungsgesellschaft e.V. (HSFG) hat 1997 eine repräsentative Befragung von an Krankenhäusern tätigen Hebammen (ebenfalls inkl. Beleghebammen) durchgeführt (n = 4755) und dabei festgestellt, dass bundesweit nur 20% dieser Hebammen ausschließlich im Angestelltenverhältnis arbeiten, 58% sind angestellt und gehen in Nebentätigkeit auch freiberuflicher Hebammentätigkeit nach, 16% arbeiten als Beleghebammen und 6% sind mehreren dieser Systeme gleichzeitig zuzuordnen (HSFG 1997: 9).

Das BASYS-Institut hat 1995 eine repräsentative Umfrage unter 4160 freiberuflichen Hebammen durchgeführt (dies waren 60% aller seinerzeit bei der Berufsgenossenschaft<sup>15</sup> gemeldeten, freiberuflichen Hebammen): 51% der befragten Hebammen waren ausschließlich freiberuflich tätig, 49% in Nebentätigkeit neben einer Festanstellung am Krankenhaus. Unter den reinen Freiberuflerinnen machten die Beleghebammen damals 30% und die Geburtshaushebammen 5% aus.<sup>16</sup> 11% aller befragten freiberuflichen Hebammen gaben an, Hausgeburten zu betreuen.<sup>17</sup>

Es ist unmöglich, diese drei Statistiken methodisch korrekt zu einer Gesamtbetrachtung zusammen zu führen, weil – einmal ganz abgesehen von den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen - der Blickwinkel der jeweiligen Erhebung zu verschieden ist und weil, wie oben ausgeführt, nicht einmal die Statistik des Statistischen Bundesamtes widerspruchsfrei ist. Eine sehr *grobe Schätzung der Gesamt-Anzahl* aller Hebammen in Deutschland soll im Folgenden dennoch versucht werden: Das Statistische Bundesamt nennt für das Jahr 2000 7.686 sog. festangestellte Hebammen und 1.726 Beleghebammen. *Wenn* die Beleghebammen immer noch tatsächlich 30% der *reinen* Freiberuflerinnen ausmachen sollten (siehe BASYS-Erhebung), *könnte* man von der Anzahl der Beleghebammen auf die Anzahl der reinen Freiberuflerinnen zurückschließen – es wären dies dann 4027. Addiert ergäbe dies die Summe von 13.439 Hebammen insgesamt, die wegen der nicht erfassten Klinikhebammen auf mindestens 13.700 aufzurunden wäre. Hinzuzuzählen wären außerdem die Hebammen, die in Arztpraxen usw. arbeiten (lt. BASYS-Erhebung ca. 200) sowie die Lehrerinnen für Hebammenwesen (ca. 140 bundesweit; Zoegel 1997). Einschätzungen von Hebammen zu Folge, die auf der Beobachtung ihres beruflichen Umfelds beruhen, muss außerdem die Anzahl der reinen Freiberuflerinnen im Vergleich zu 1995 (Zeitpunkt der BASYS-Erhebung) leicht nach oben korrigiert werden.<sup>18</sup> Somit ergäbe sich ein aktueller Schätzwert von ca. 14.500 Hebammen bundesweit.

Der *Organisationsgrad* der Berufsgruppe der Hebammen ist sehr hoch: Der Berufsverband BDH zählt zur Zeit knapp 11.000 aktive Mitglieder,<sup>19</sup> dies sind 76% der oben geschätzten 14.500 Berufsangehörigen.<sup>20</sup>

<sup>15</sup> Da sich jede Hebamme, die in irgendeiner Weise freiberuflich tätig ist, aus versicherungstechnischen Gründen bei der Berufsgenossenschaft anmelden *muss*, kann davon ausgegangen werden, dass die gemeldeten Hebammen nahezu vollständig mit den tatsächlich freiberuflich tätigen Hebammen übereinstimmen. 1995 waren dies also ca. 6.950 Hebammen.

<sup>16</sup> Vgl. BASYS-Institut (1996, unveröffentlichtes Manuskript): Frage 8 und 13.

<sup>17</sup> Hierunter befanden sich sowohl reine Hausgeburtsh Hebammen, als auch Geburtshaushebammen, Beleghebammen und angestellte Hebammen, die gelegentlich *auch* Hausgeburten betreuen (BASYS-Erhebung 1996: Frage 17).

<sup>18</sup> Mdl. Auskünfte sowie Edelmann (2002b).

<sup>19</sup> Nach Auskunft der Geschäftsstelle des BDH (am 07.05.2002) sind zur Zeit im Bund Deutscher Hebammen 10.972 aktive Mitglieder und 775 Schülerinnen sowie 2.065 passive Mitglieder (z.B. pensionierte Hebammen oder Hebammen im Erziehungsurlaub) organisiert.

<sup>20</sup> Außerdem sind im Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) nach Angaben von dessen Vorstand ca. 800 Hebammen organisiert. Der BfHD spaltete sich 1984 vom BDH ab, weil sich seinerzeit viele freiberufliche Hebammen durch den BDH in ihren speziellen Belangen nicht ausreichend vertreten fühlten. Ein Teil der heutigen BfHD-Mitglieder ist jedoch gleichzeitig Mitglied des BDH; so dass ihre Zahl – wenn es um den Organisationsgrad der gesamten Berufsgruppe geht – nicht einfach komplett zu den BDH-Mitgliederzahlen dazu addiert werden kann.

Die *Geburtenrate* in Deutschland, d.h. die *Anzahl der geborenen Kinder* geht seit Jahren kontinuierlich zurück: Wurden im Jahr 1991 insgesamt noch 832.760 Kinder geboren, so waren es im Jahr 2000 nur noch 770.053 Kinder.<sup>21</sup>

Über die Anzahl der *Geburten* (Entbindungen) sind jedoch keine exakten Angaben möglich, weil die im ambulanten Sektor stattfindenden Geburten<sup>22</sup> vom statistischen Bundesamt nicht erfasst werden. Die Zahl der *Klinikgeburten* sank zwischen 1991 und 2000 von 822.842 auf 746.625.<sup>23</sup>

Das *Verhältnis* zwischen Klinikhebammen und Klinikgeburten betrug für das Jahr 2000 rein rechnerisch 1:79,<sup>24</sup> diese Zahl spiegelt jedoch (abgesehen von dem oben erläuterten Erhebungsproblem) keineswegs den Personalschlüssel in Krankenhäusern wieder, weil nur die Hälfte der Klinikhebammen eine volle Stelle hat.<sup>25</sup> Für das Jahr 2000 ermittelte das Hamburger Sozialforschungsinstitut auf der Grundlage seiner aktualisierten Hebammenbefragung, dass *im Durchschnitt* 100 Geburten pro Jahr pro volle Hebammenstelle betreut werden, mit z.T. erheblichen Ausreißern nach oben (bis 180 oder sogar 220 Geburten) in einigen kirchlichen, privaten und Belegkrankenhäusern; die meisten Häuser liegen jedoch *unter* dem Durchschnitt von 100 Geburten (HSFG 2001: 441).<sup>26</sup>

Der Anteil der *außerklinischen Geburten* an allen Geburten liegt nach Schätzungen des Berufsverbands BDH zwischen 3-5% (Edelmann 1996: 9) und 2% (Weiß 2001: 497); diese differierende Einschätzung ergibt sich vermutlich aus der verschiedenen Bewertung regionaler Unterschiede (z.B. höheren Hausgeburtsraten in einzelnen Großstädten).<sup>27</sup>

**Tabelle 1: Außerklinisch geborene Kinder**

Jahr	Geborene Kinder insgesamt	Im Krankenhaus geborene Kinder	Im Krankenhaus entbundene Frauen	Außerklinisch geborene Kinder (Diff. zw. Sp. 2+3)	Prozent aller geb. Kinder
1995	768.626	760.091	749.086	8.535	1,11%
1996	799.586	790.830	778.900	8.756	1,09%
1997	815.683	807.904	795.274	7.779	0,95%
1998	788.224	779.358	766.508	8.866	1,12%
1999	773.862	763.669	750.617	10.193	1,32%
2000	770.053	759.488	746.625	10.565	1,37%

Quelle: Statistisches Bundesamt Fachserie 12, Reihe 6.1, Tabelle 2.14 (Spalte 3 und 4) sowie [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Spalte 2) und eigene Berechnungen (Spalte 5 und 6)

<sup>21</sup> Geburtenstatistik des Statistischen Bundesamtes, Tabelle VII B sowie [www.destatis.de](http://www.destatis.de).

<sup>22</sup> Hausgeburten, Geburtshausgeburten, Praxisgeburten, Geburten im Taxi usw.

<sup>23</sup> Statistisches Bundesamt Fachserie 12, Reihe 6.1, Tabelle 2.14.

<sup>24</sup> Quotient aus den Zahlenangaben des Statistischen Bundesamts bzgl. Klinikgeburten und der an Krankenhäusern tätigen Hebammen: Fachserie 12, Reihe 6.1, Tabelle 2.14 und 2.5.

<sup>25</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt Fachserie 12, Reihe 6.1, Tabelle 2.5; auch HSFG 1997: 9.

<sup>26</sup> Der im Jahr 1992 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Krankenkassen und dem BDH verbindlich festgelegte Personalschlüssel für Kreißsäle liegt bei maximal 118 Geburten pro Jahr pro Hebammen-Vollzeitstelle (vgl. hierzu Lippert 1990; Horschitz 1992, 1993).

<sup>27</sup> Diese regionalen Unterschiede sind jedoch statistisch nur sehr unzureichend belegt. Das statistische Bundesamt erhebt die in Krankenhäusern geborenen Kinder nach dem Standort der Klinik, die Gesamtzahl der geborenen Kinder jedoch nach dem Wohnort. Ein direkter Abgleich dieser Zahlen ist also nicht möglich. Ein Anhaltswert für die erhöhte Rate außerklinischer Geburten in einigen Bundesländern ergibt sich allerdings aus der Erhebung der außerklinischen Geburten durch die Berufsverbände (Neumeyer et al. 2001: 10; Loytved 2001b: 12).

Auch gibt es Landesstatistiken, in denen die außerklinischen Geburten nachgewiesen werden; so verzeichnete z.B. das Land Berlin 1995 eine „Hausgeburtsrate“ von 4%. (Kirchner 1998: 5)

Der Durchschnittswert für die gesamte BRD liegt jedoch – wie die Berechnung zeigt – sogar unter 1,5%. Die außerklinischen Geburten lassen sich nur indirekt und auch nur annähernd errechnen, und zwar aus der Differenz der insgesamt in Deutschland und der in Kliniken geborenen Kinder. Die tatsächliche „Hausgeburtsrate“ dürfte allerdings etwas höher liegen als der Prozentsatz der außerklinisch geborenen Kinder, weil in die Gesamtzahl der geborenen Kinder auch sämtliche Mehrlingsgeburten eingehen<sup>28</sup>, während Mehrlingsgeburten in der außerklinischen Geburtshilfe die absolute Ausnahme darstellen<sup>29</sup>. Würde man alle außerklinischen Geburten wegen der statistisch zu vernachlässigenden Anzahl von Zwillingengeburtten als Einlingsgeburten rechnen, dann ergäbe sich (beispielsweise für das Jahr 2000) ein leicht nach oben korrigierter Anteil außerklinischer Geburten von 1,4%. In beide Berechnungen gehen allerdings nur die *außerklinisch vollendeten* Geburten ein.

Die Rate der *außerklinisch begonnenen* Geburten liegt noch einmal etwas höher (im Jahr 2000 bei ca. 1,6%), da zur Zeit 13% der außerklinisch begonnenen Geburten im Krankenhaus zu Ende geführt werden (Neumeyer et al. 2001: 8; Loytved 2001b: 13); in der amtlichen Statistik werden diese Geburten jedoch ausschließlich als klinische Geburten geführt, weil die Kinder ja in der Klinik geboren werden.

Wie viele *Hebammen* in der außerklinischen Geburtshilfe arbeiten, ist nicht bekannt. Als Anhaltswert kann jedoch die bundesweite, von den Hebammenverbänden organisierte Erhebung der außerklinischen Geburten herangezogen werden, mit der mittlerweile über 80% aller außerklinischen Geburten erfasst werden. An ihr haben sich im Jahr 2000 insgesamt 453 einzelne Hausgeburtshilfen und 69 Geburtshäuser und Geburtspraxen mit einer nicht genannten Zahl von Hebammen beteiligt (Loytved 2001b: 6).

Wie viele *Hebammen* in der *Schwangerenbetreuung* und *Mutterschaftsvorsorge* tätig sind und wie viele Hebammen *Wochenbettbetreuung* übernehmen, ist genauso wenig bekannt wie der *Anteil der Frauen*, die diese Dienste in Anspruch nehmen oder gern in Anspruch nehmen würden. Eine Analyse sowohl des quantitativen Bedarfs der Frauen an Hebammenhilfe als auch des daraus resultierenden Bedarfs an qualifizierten Hebammen steht also noch aus.

Zusammenfassend kann zu den hier aus verschiedenen Statistiken zusammengetragenen Daten festgestellt werden, dass zur Zeit in Deutschland ca. 14.500 Hebammen arbeiten, zwei Drittel von ihnen in der Klinik, ein Drittel ausschließlich im ambulanten Sektor. Die Schnittmenge von Hebammen, die in beiden Bereich arbeiten, beträgt ebenfalls ein Drittel. Die Anzahl von Hebammen ist in den letzten 10 Jahren leicht angestiegen, die Geburtenrate ging jedoch zurück. Gleichwohl hat die Arbeit für Hebammen eher zugenommen, weil sich ihr Tätigkeitsspektrum ausgeweitet hat und die Anforderungen angestiegen sind. Dies hat weniger mit den im folgenden Abschnitt 2.2 dargestellten gesetzlichen Grundlagen als mit den veränderten Rahmenbedingungen zu tun (siehe Abschnitt 2.3).

## 2.2 Gesetzliche Grundlagen der Hebammentätigkeit

Der gesetzliche Rahmen für die berufliche Tätigkeit von Hebammen wird durch eine Vielzahl von Gesetzen, Richtlinien, Verordnungen und Bestimmungen gebildet, die hier in der Reihenfolge ihrer Reichweite – beginnend bei der Europäischen Union – aufgeführt werden.

### 2.2.1 Die EU-Richtlinien

Der Rat der Europäischen Union hat im Jahr 1980 eine Richtlinie für die gegenseitige Anerkennung der Hebammenexamen erlassen. Voraussetzung für die Möglichkeit, als Hebamme in einem anderen EU-Land zu arbeiten, ist die Vergleichbarkeit der Ausbildungen. Deshalb

<sup>28</sup> Siehe die Differenz zwischen „geborenen Kindern“ und „entbundenen Frauen“ in Tabelle 1.

<sup>29</sup> Unter den im Jahr 1999 und 2000 von den Hebammenverbänden dokumentierten, außerklinisch begonnenen 8567 bzw. 8789 Geburten befanden sich jeweils 11 Zwillingengeburtten (Neumeyer et al. 2001: 7; Loytved 2001b: 10).

verabschiedete der Rat gleichzeitig eine weitere Richtlinie, in der der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich von Hebammen umrissen wird und in der die daraus abzuleitenden Mindestnormen für die Ausbildung festgeschrieben werden (siehe Abschnitt 2.1.1). Um ein vergleichbares Niveau der Hebammenausbildungen zu gewährleisten, setzte der Europäische Rat außerdem den „Beratenden Ausschuss“ ein, dem aus jedem Mitgliedsland eine Hebamme, ein/e Schulvertreter/in und ein/e Sachverständige/r der zuständigen Behörde angehört und der die Umsetzung der Richtlinien seitdem begleitet, koordiniert und auch überwacht.<sup>30</sup>

Alle Mitgliedsländer sind verpflichtet, die europäischen Richtlinien in nationales Recht umzusetzen. In der Bundesrepublik Deutschland geschah dies im Laufe der Jahre auf verschiedenen Ebenen: auf Bundesebene über die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1981, über das Hebammengesetz von 1985, über die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung von 1994 sowie ab 1988 auf Landesebene über die neuen Berufsordnungen.

Die Umsetzung ist jedoch bis heute noch nicht vollständig abgeschlossen, da das deutsche Hebammengesetz als Ausbildungsvoraussetzung nur den mittleren Bildungsabschluss vorschreibt, die EU-Richtlinie 80/154/EWG zur gegenseitigen Anerkennung der Hebammen-Examen jedoch in Art. 2 Abs. 1 die Hochschulzugangsberechtigung (also mindestens Fachhochschulreife) fordert. Deshalb wird von Hebammen aus Deutschland im europäischen Ausland in der Regel der Nachweis einer zweijährigen Berufserfahrung verlangt, auch von solchen Hebammen, die individuell über eine den EU-Richtlinien genügende Schulbildung verfügen. Dies hängt damit zusammen, dass innerhalb der EU davon ausgegangen wird, dass das *Niveau* einer Ausbildung in einem Land, das die schulischen Eingangsvoraussetzungen unterhalb der Fachhochschulreife ansetzt, niedriger ist (oder zumindest sein kann) als in Ländern, die den Richtlinien in vollem Umfang genügen.<sup>31</sup>

## 2.2.2 Die Bundesebene

Im Hebammengesetz<sup>32</sup> sind die zentralen Belange des Berufes geregelt: die Zulassung zum Beruf und der Schutz der Berufsbezeichnung, die vorbehaltenen Tätigkeiten, das Ausbildungsziel sowie der rechtliche Rahmen der Ausbildung. Außerdem enthält das Hebammengesetz Regelungen zur Anerkennung ausländischer Hebammenexamen und eine Reihe weiterer Vorschriften.

Das Hebammengesetz von 1985 löste das Hebammengesetz von 1938 (letzte Novellierung: 1974) ab.<sup>33</sup> Wesentliche Neuerungen gegenüber dem alten Hebammengesetz waren die Verlängerung der Ausbildung von 2 auf 3 Jahre (womit natürlich auch eine Erweiterung der Lerninhalte verbunden war) und die Zulassung von Männern zum Hebammenberuf. In § 1 des alten Gesetzes war außerdem das Recht jeder Frau auf Hebammenhilfe verbrieft; dieser Anspruch ist heute nicht mehr im Hebammengesetz, sondern im Krankenversicherungsrecht (RVO) festgeschrieben. Da seinerzeit die meisten Kinder zu Hause zur Welt kamen,<sup>34</sup> ver-

<sup>30</sup> Richtlinien des Rates 80/154/EWG und 80/155/EWG vom 21.1.1980, beide zuletzt geändert durch Richtlinie des Rates 2001/19/EG vom 14.5.2001; Beschluss des Rates 80/156/EWG vom 21.1.1980 (Erdle 37. EL, März 2002: 20.5.1, 20.5.2, 20.5.3).

Die Richtlinien 80/154/EWG und 80/155/EWG wurden im Februar 2001 durch die sog. „Simplification-Directive“ (Richtlinie IP/01/253/EU vom 26.2.2001) ergänzt, die der Vereinfachung von Anerkennungsverfahren dient und der Antragstellerin eine Bearbeitung ihres Antrags innerhalb von 3 Monaten garantiert.

<sup>31</sup> Stellungnahme der Kommission der EG vom 4. Okt. 1985, Dokument III/D/1550/85-DE, nach Horstschitz/Kurtenbach 1994: 43f. Vgl. auch das KMK-Merkblatt: Anerkennung von Qualifikationen als Hebamme/Entbindungspfleger in den Staaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums (ZaB-Merkblatt 2/1999).

<sup>32</sup> Hebammengesetz (HebG) - Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers: vom 4. 6. 1985 (BGBl. I S. 902); zuletzt geändert durch Art. 4 des G vom 4.12.2001 (BGBl. I S. 3320).

<sup>33</sup> Hebammengesetz vom 21.12.1938 (RGBl. I S. 1893); zuletzt geändert durch Artikel 55 des Gesetzes vom 2.3.1974 (BGBl. I S. 469).

<sup>34</sup> Im Jahr 1933 betrug die Hausgeburtsrate 83,9% (Scherzer 1988: 84).

bürgte sich der Staat damals noch für die Sicherstellung der Hebammenhilfe, indem er eine bedarfsgerechte Verteilung von Hebammen im Deutschen Reich (später in der Bundesrepublik Deutschland) über die Niederlassungserlaubnis regelte. Diese staatliche Reglementierung wurde 1985 zu Zeiten, da fast alle Geburten in Kliniken stattfanden, für überflüssig erachtet; die Niederlassungsregelungen entfielen bis auf einige bis heute gültige Übergangsvorschriften.<sup>35</sup>

Auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV) und die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) sind Bundesrecht.<sup>36</sup> Für die bundeseinheitliche Regelung der Hebammenausbildung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Absprache mit dem Ministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zuständig (§ 10 HebG).<sup>37</sup> Das BMG erlässt - nach intensiver Beratung mit den Berufsvertreterinnen und anderen Fachleuten - die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, bedarf dafür jedoch der vorherigen Zustimmung durch den Bundesrat, also der Länderkammer. Mit der bereits 1981 verabschiedeten, 1983 in Kraft getretenen und 1987 sowie 1993 geänderten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurde die bundesdeutsche Hebammenausbildung schrittweise an die Anforderungen der EU-Ausbildungsrichtlinie 80/155/EWG angepasst. Die vorgeschriebene Mindestanzahl der während der Ausbildung zu überwachenden und zu betreuenden Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen geht ebenso auf diese EU-Richtlinie zurück wie das Erlernen der Dammnaht und die aktive Teilnahme an Beckenendlagegeburten.<sup>38</sup>

Die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung wird auf Grund von § 134 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen; dort ist festgelegt, dass das BMG die von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstattenden Vergütungen für Hebammenhilfe bestimmt. Es muss zuvor die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsorganisationen der Hebammen anhören und die Zustimmung des Bundesrates einholen. Bei der Festsetzung der Gebühren ist außerdem das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten: „Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich sein“ (SGB V § 70 Abs. 1 Satz 2).

Inhaltlich ist bei der Gebührenverordnung wesentlich, dass in ihr nicht nur die Preise für die freiberuflich erbrachten Leistungen von Hebammen festgelegt sind, sondern dass sie als Rechtsverordnung des Bundes Gesetzeskraft hat. Das heißt konkret, dass die 42 Gebührenpositionen gleichzeitig *eindeutig* festlegen, dass Hebammen die dort beschriebenen Tätigkeiten auch wirklich ausführen dürfen. In Streitfällen (z.B. um die Schwangerenvorsorge, die

<sup>35</sup> Eine Aufzählung der Landesverordnungen, in denen die Gewährleistung des Mindesteinkommens für Hebammen mit alter Niederlassungserlaubnis geregelt ist, findet sich bei Erdle, *Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker*, 37. Ergänzungslieferung März 2002, Abschnitt 20.3.

Auch die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung von 1984 trug den veränderten geburtshilflichen Verhältnissen insofern Rechnung, als seinerzeit erstmals die Gebühr für die Geburt und die Wochenbettbetreuung getrennt wurden, was die in den 80er Jahren einsetzende, freiberufliche, reine Nachsorge-Tätigkeit von Hebammen überhaupt erst möglich bzw. getrennt abrechenbar machte. (vgl. Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 27.12.1960 (BGBl. III 2124-2-2), 11. Änderungsverordnung vom 24.5.1984, BGBl. I S. 729).

<sup>36</sup> Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebAPrV) vom 3.9.1981 (BGBl. I 923), in Kraft getreten am 1.1.1983; geändert am 16.3.1987 (BGBl. I S. 929) u. 27.4.1993 (BGBl. I S. 512).

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV): vom 28.10.1986 (BGBl. I S. 1662);  
Erste Verordnung zur Änderung der HebGV vom 6.7.1990 (BGBl. I S. 1395);  
Zweite Verordnung zur Änderung der HebGV vom 27.7.1994 (BGBl. I S. 1985);  
Dritte Verordnung zur Änderung der HebGV vom 7.10.1997 (BGBl. I S. 2397).

<sup>37</sup> Nach Art. 80 Abs.1 GG können die Bundesregierung, ein Bundesminister oder auch Landesregierungen durch Gesetze ermächtigt werden, Rechtsverordnungen zu erlassen. Solche Rechtsverordnungen regeln Einzelheiten eines bestimmten Bereichs und können einfacher novelliert werden als Gesetze.

<sup>38</sup> Vgl. hierzu ausführlich Abschnitt 4.1.3.1 sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die EU-Ausbildungsrichtlinie im Wortlaut im Anhang.

Damnaht<sup>39</sup> oder die sog. Spätbetreuung bis zum Ende der Stillzeit), können sich Hebammen also auf ihre Gebührenverordnung als gesetzlich verbindliche Regelung berufen.<sup>40</sup> Auf ärztliche Anordnung (Rezept) darf Hebammenhilfe auch über den Rahmen der Gebührenverordnung hinaus geleistet werden (z.B. bei der Langzeitbetreuung von Frühgeborenen).

Außerdem können Hebammen über die Gebührenverordnung hinausgehende Leistungen – auch mit Kassenpatientinnen – seit dem 1.7.1997 privat abrechnen. Bis dahin war ihnen diese Möglichkeit durch den § 134 SGB V ausdrücklich versagt gewesen. Das bedeutete, dass Hebammen z.B. keine Babymassagekurse oder andere Elternschulungen anbieten konnten, dass sie bei Partnerkursen keine Gebühr für den Partner erheben durften oder dass sie keine Stillberatung (vor 1997 noch keine Gebührensiffer der HebGV) abrechnen durften. Diese Benachteiligung am Markt sogar gegenüber fortgebildeten Laien (Geburtsvorbereiterinnen, Laktationsberaterinnen, PEKiP-Kursleiterinnen usw.) wurde 1997 aufgehoben. Auch die Berechnung einer Bereitschaftspauschale bei Hausgeburten ist seitdem eindeutig rechtmäßig.<sup>41</sup>

Für Hebammen relevant sind außerdem die §§ 195-200 des zweiten Buchs der Reichsversicherungsordnung (RVO)<sup>42</sup>, in denen der Anspruch der versicherten Frauen und ihrer neugeborenen Kinder auf ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe und Arzneimittelversorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, der Anspruch auf Wochenbettbetreuung im Krankenhaus bis zum 6. Tag nach der Geburt sowie der Anspruch auf häusliche Pflege, Haushaltshilfe und Mutterschaftsgeld geregelt sind. Da es sich bei Hilfeleistungen im Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett um keine Krankenbehandlung handelt, muss der Anspruch auf Krankenkassenleistungen rund um die Geburt als sog. versicherungsfremde Leistung im Krankenversicherungsrecht gesondert definiert werden. Für nicht krankenversicherte Frauen (Flüchtlinge, Asylbewerberinnen usw.) gelten diese Regelungen nicht. Sie erhalten allerdings als werdende Mütter und Wöchnerinnen medizinische Leistungen und Hebammenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz und dem Asylbewerberleistungsgesetz, die „in der Regel den Leistungen entsprechen sollen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt werden“.<sup>43</sup> Wie eng oder wie weit diese Bestimmung ausgelegt wird, liegt jedoch im Ermessensspielraum des zuständigen Sozialamts.

### 2.2.3 Die Landesebene

Auf Landesebene ist der berufliche Alltag von Hebammen vor allem durch die Berufsordnungen und die Privat-Gebührenverordnungen gesetzlich geregelt.<sup>44</sup>

<sup>39</sup> Mit der Einführung der Gebührenposition für die Damnaht wurde 1994 endlich die letzte in Bezug auf den Tätigkeitsbereich von Hebammen noch ausstehende Anpassung der deutschen Gesetze an die europäische Ausbildungsrichtlinie 80/155/EWG vollzogen.

<sup>40</sup> Der von BDH und BfHD im Rahmen der letzten Gebührenverhandlungen erstellte Tätigkeitskatalog für die freiberufliche Hebammentätigkeit wurde seinerzeit vom BMG als Grundlage für die Gebührenpositionen der neuen Gebührenverordnung akzeptiert und hat damit ebenfalls rechtsverbindlichen Charakter (BDH/BfHD 1995; unveröffentlichtes Manuskript). Eine überarbeitete Neufassung liegt seit 2001 als BDH-Broschüre vor (BDH 2001f).

<sup>41</sup> Vgl. Horschitz 1997: 46ff (siehe auch die Erläuterungen von Horschitz in der DHZ 10/97: 505ff).

<sup>42</sup> Reichsversicherungsordnung vom 19. 7.1911, in der Fassung der Bekanntmachung vom 15.12.1924 (RGBl. I S.779 bzw. BGBl. III 820-1), zuletzt geändert am 25.8.1998 (BGBl. I S.2489/2500).

<sup>43</sup> § 38, Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) vom 30.6.1961 (BGBl. I S. 815, ber. S. 1815), in der Fassung der Bekanntmachung vom 23.3.1994 ( BGBl. I S. 646, ber. S. 2975), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2671).

§ 4, Abs. 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) vom 30.6.1993 (BGBl. I S. 1074), in der Fassung der Bekanntmachung vom 5.8.1997 (BGBl. I S. 2023), geändert durch Gesetz vom 25.8.1998 (BGBl. I S. 2505).

<sup>44</sup> Zwischen diesen Rechtsverordnungen und dem Bundesgesetz befinden sich jedoch zunächst die Landesgesetze. Sie tragen verschiedene Namen, z.B. „Gesetz zur Ausübung des Hebammenberufs“ oder „Gesetz zur Ausführung des Hebammenrechts“ oder schlicht „Hebammengesetz“. Die meisten Hebammen-Landesgesetze sind sehr kurz und enthalten in erster Linie die Ermächtigung

Die *Berufsordnungen* werden vom jeweils zuständigen Landesministerium (bzw. der Senatsbehörde in den Stadtstaaten) erlassen. Sie werden gemeinsam mit den Berufsvertreterinnen, also den Hebammen-Landesverbänden, erarbeitet und dann vom Landeskabinett verabschiedet. In den Berufsordnungen finden sich detaillierte Vorschriften zur Ausübung des Hebammenberufs: Hier werden die in der EU-Ausbildungsrichtlinie festgeschriebenen Aufgabenfelder von Hebammen noch einmal einzeln aufgezählt und damit nicht nur in Bezug auf die Ausbildung, sondern auch in Bezug auf die *Berufsausübung* in deutsches Recht transferiert, wie das folgende Beispiel aus Rheinland-Pfalz veranschaulicht:<sup>45</sup>

#### **§ 2 der Hebammenberufsordnung von Rheinland-Pfalz**

- (1) Hebammen und Entbindungspfleger leisten eigenverantwortliche Hilfe bei Vorgängen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts. Sie haben auf Unregelmäßigkeiten und Risikofaktoren zu achten und erforderlichenfalls ärztliche Hilfe hinzuzuziehen.
- (2) Hebammen und Entbindungspfleger führen insbesondere folgende Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung aus:
  1. angemessene Aufklärung und Beratung in Fragen der Familienplanung,
  2. Feststellung der Schwangerschaft, Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen einschließlich Blutentnahme,
  3. Durchführung oder Veranlassung von Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft erforderlich sind und Aufklärung über die damit zusammenhängenden Besonderheiten,
  4. Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Geburt einschließlich Schwangerengymnastik und Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung,
  5. Betreuung der Frau während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel,
  6. Durchführung von Normalgeburten bei Kopflage und bei fehlender ärztlicher Hilfe von Beckenendlagegeburten einschließlich Vornahme und Naht eines erforderlichen Dammschnitts und Naht eines unkomplizierten Dammrisses,
  7. Feststellung von Anzeichen für Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die ein ärztliches Eingreifen erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei ärztlichen Maßnahmen; Ergreifen der erforderlichen Maßnahmen bei fehlender ärztlicher Hilfe, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta mit anschließender manueller Nachuntersuchung der Gebärmutter,
  8. Untersuchung, Überwachung und Pflege des Neugeborenen in der Regel in den ersten zehn Tagen nach der Geburt und erforderlichenfalls darüber hinaus einschließlich Prophylaxe-Maßnahmen und Blutentnahme für Screening-Untersuchungen und andere notwendige Untersuchungen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen, insbesondere Wiederbelebung des Neugeborenen; Unterrichtung der Mutter über die Notwendigkeit kinderärztlicher Untersuchungen des Neugeborenen zur Früherkennung von Krankheiten,
  9. Pflege sowie Überwachung des Zustands der Mutter in der Regel in den ersten zehn Tagen nach der Geburt und erforderlichenfalls darüber hinaus; Durchführung von Wochenbettgymnastik; Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege und Ernährung des Neugeborenen,
  10. Durchführung von ärztlich verordneten Behandlungen,
  11. Abfassung der erforderlichen schriftlichen Dokumentation über die getroffenen Feststellungen und Maßnahmen,
  12. Ausstellung von Bescheinigungen im Rahmen der Berufsausübung.

---

für ein bestimmtes Landesministerium, durch Rechtsverordnungen detaillierte Vorschriften für die Ausübung des Hebammenberufs zu erlassen. Diese Landesgesetze werden vom jeweiligen Landesparlament verabschiedet, durchlaufen also das normale Gesetzgebungsverfahren.

Eine Zusammenstellung des gesamten Hebammen-Landesrechts findet sich bei Erdle 37. EL, März 2002, Abschnitt 20.3.; im Literaturverzeichnis „Gesetze, Verordnungen und Richtlinien“ der vorliegenden Arbeit sind die Hebammen-Landesgesetze und Berufsordnungen einzeln mit Quellenangabe aufgeführt.

<sup>45</sup> Landesverordnung über die Berufspflichten und die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammenberufsordnung) vom 14.03.1995, GVBL. S. 71.



Außerdem enthalten die Berufsordnungen unter anderem Vorschriften zu folgenden Aspekten der Berufsausübung: Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit und Hinzuziehungspflicht bei Komplikationen, Auflistung von Arzneimitteln, die Hebammen selbstständig anwenden dürfen, besondere Pflichten bei freiberuflicher Tätigkeit (z.B. Abschließen einer Haftpflichtversicherung, Praxisschild, Vertretungsorganisation), Fortbildungspflicht<sup>46</sup> und die Verpflichtung zur Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung<sup>47</sup>, Schweige- und Meldepflichten, Dokumentationspflicht und Aufsicht durch das Gesundheitsamt. Die Berufsordnungen präzisieren also zum einen die Befugnisse von Hebammen und zum anderen ihre Pflichten und die Grenzen ihres Tätigkeitsbereiches.

In der Mehrzahl der Bundesländer sind die Berufspflichten von Hebammen inzwischen in solchen Berufsordnungen (oder im Hebammen-Landesgesetz) festgeschrieben; lediglich zwei Bundesländer bilden hier eine Ausnahme: In Nordrhein-Westfalen befindet sich die Berufsordnung gerade auf dem Weg durch die Verabschiedungsinstanzen, in Sachsen-Anhalt ist eine Berufsordnung erst angedacht. In Sachsen sind die Berufspflichten von Hebammen im Hebammengesetz geregelt (dort gibt es keine Berufsordnung), in Hamburg sind Teile der Berufspflichten im Hebammengesetz, Teile in der Berufsordnung festgeschrieben. Sechs Bundesländer planen derzeit Novellierungen ihrer Hebammen-Berufsordnungen<sup>48</sup>, um beispielsweise die aktuelle Entwicklung im Bereich der Qualitätssicherung oder den Gebrauch bestimmter Medikamente landesrechtlich festzuschreiben.

Ebenfalls auf Landesebene werden die *Gebührenverordnungen für Privatversicherte*<sup>49</sup> festgelegt; es handelt sich hierbei wie bei den Berufsordnungen um Rechtsverordnungen, die das zuständige Landesministerium nach Anhörung des jeweiligen Hebammen-Landesverbandes und der Krankenkassen erlässt.

In die Kompetenz der Länder fällt außerdem die *Aufsicht über die Hebammenschulen*, weshalb es in den verschiedenen Ländern weitere Erlasse und Verordnungen gibt, die z.B. die Zulassung und Ausstattung von Schulen sowie die Rahmenbedingungen der Ausbildung zum Teil recht detailliert regeln.<sup>50</sup> In Bayern und allen neuen Bundesländern - bis auf Berlin und Brandenburg - unterliegt die Hebammenausbildung darüber hinaus (also zusätzlich zur bundesweit geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) dem Schulgesetz des jeweiligen Landes.<sup>51</sup>

Auch die Weiterbildung für die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe ist Ländersache (vgl. hierzu Erdle 37. EL, März 2002, Teil II, Weiterbildungs-Gesetze). Weiterbildungs-Gesetze speziell für Hebammen gibt es jedoch nicht. In Bezug auf die Weiterbildung zur Lehrkraft gelten für Hebammen dieselben Weiterbildungsbestimmungen wie für die LehrerInnen für

<sup>46</sup> Die Fortbildungspflicht ergibt sich aus der Verpflichtung, stets eine dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ zu gewährleisten und dabei „den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ (SGB V § 2 Abs. 1 und § 70 Abs. 1).

<sup>47</sup> Die Verpflichtung zur Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung ergibt sich aus den §§ 125 und 135 bis 139 des SGB V. Hier ist die Verpflichtung *aller* Heilmittelerbringer und der Krankenhäuser als Institutionen festgelegt, Behandlungsmethoden zu bewerten und ihren Nutzen zu belegen sowie die Qualität der angebotenen Leistungen zu sichern. Hebammen werden nicht explizit erwähnt.

<sup>48</sup> Es sind dies nach Auskunft der jeweiligen Landesvorsitzenden: Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz.

<sup>49</sup> Einige (veraltete) Beispiele bei Horschitz/Kurtenbach 1994: 217ff; Auflistung der aktuellen Privat-Gebührenverordnungen bei Erdle 37. EL, März 2002, 20.3.

<sup>50</sup> Vgl. z.B. die Mindestanforderungen an Lehreinrichtungen für nichtärztliche Heilberufe des Niedersächsischen Kultusministeriums, RdErl. d. MK vom 25.1.1990, Nds. MBI Nr. 7/1990, S. 186. Eine Aufstellung aller Aufsichtsbehörden findet sich bei Erdle 37. EL, März 2002, Abschnitt 04.

<sup>51</sup> Vgl. hierzu Art. 13 (Berufsfachschule) des Bayrischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 31.05.2000. ([www.bildungserver.de/Schulgesetze.html](http://www.bildungserver.de/Schulgesetze.html))

Pflegeberufe; solche Bestimmungen existieren jedoch nach Dielmann überhaupt nur in vier Bundesländern (Dielmann 2001b: 356).

### 2.3 Anforderungen an den Hebammenberuf – Neuere Entwicklungen

Die Anforderungen an den Hebammenberuf leiten sich zum einen aus dem in den beiden vorangegangenen Abschnitten geschilderten und rechtlich definierten Tätigkeitsspektrum ab. Zum anderen ergeben sich weitere Anforderungen aus dem gesamtgesellschaftlichen Kontext, aus dem heraus Hebammenhilfe von den Frauen und Familien nachgefragt wird. Diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden sowohl von den verschiedenen Lebensumständen der Frauen, die Kinder bekommen, als auch von den Versorgungsstrukturen, die den Frauen und Familien zur Verfügung stehen, gebildet.

Geschichtlich gesehen hat sich die Geburtshilfe und damit auch die Kultur des Gebärens in Deutschland in den letzten 50 Jahren gravierend verändert. Das Geburtsgeschehen verlagerte sich in der Nachkriegszeit vom Haus in die Klinik,<sup>52</sup> und das Tätigkeitsspektrum von Hebammen erfuhr in diesem Zusammenhang eine vorübergehende Einengung auf die reine Kreißsaaltätigkeit. In den vergangenen 10 bis 20 Jahren weitete sich der Aktionsradius von Hebammen jedoch wieder aus (Staschek 1992, Edelmann 1995); er reicht heute von der Frühschwangerschaft bis zum Spätwochenbett und umfasst alle denkbaren Problemlagen, die mit der Thematik des Kinderkriegens in Verbindung stehen.<sup>53</sup> Im Folgenden sollen beispielhaft einige wesentliche Bereiche skizziert werden, deren Bedeutung in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen hat. Die Ausbildung von Hebammen muss an diese Ausweitung des Tätigkeitsspektrums sowie außerdem an die gestiegenen Anforderungen in Bezug auf wissenschaftlich begründetes Handeln und Qualitätssicherung angepasst werden.<sup>54</sup>

Das vorübergehend nahezu in Vergessenheit geratene Wochenbett gewinnt zunehmend wieder an Bedeutung und stellt damit einen expandierenden Aufgabenbereich für Hebammen dar. Dies hängt damit zusammen, dass sich die postpartale Krankenhausliegezeit, die in den 1960er Jahren noch 10 bis 14 Tage betrug, inzwischen auf 2 bis 3 Tage verkürzt hat; Wöchnerinnen werden also bereits vor Beginn des eigentlichen Stillens und in einem schonungs- und überwachungsbedürftigen Gesundheitsstand nach Hause entlassen.<sup>55</sup> Dies ist dann kein Problem, wenn ambulante Hebammenhilfe und eine Entlastung im Alltag zur Ver-

<sup>52</sup> Die Klinikgeburtsrate betrug in der (alten) BRD 1950: 33%, 1960: 70%, 1970: 95% und 1980 über 99% (vgl. Cassebaum 1985: Anhang). Aktuell liegt sie – wie in Abschnitt 2.1.2 errechnet – bei über 98%.

<sup>53</sup> Die *gesamte Breite* des Tätigkeitsspektrums kommt vor allem im Bereich ambulanten Hebammenhilfe zum Tragen. - Im Krankenhaus angestellte Hebammen sind in erster Linie im Kreißsaal tätig, in weitaus geringerem Umfang allerdings auch in der Schwangerenberatung sowie auf präpartalen und Wochenstationen (HSFG 1997: 23). Beleghebammen jedoch sind zu 50% neben ihrer Kreißsaaltätigkeit auch mit der Schwangeren- und Wöchnerinnenbetreuung in ihrem Haus befasst (HSFG 1997: 24).

<sup>54</sup> Vgl. hierzu die gesetzlichen Vorgaben im SGB V (siehe Abschnitt 2.2.3, Fußnote 46 und 47) sowie die im Rahmen der internationalen Diskussion formulierten Ansprüche an eine *evidence based practice*: u.a. WHO 1996; 2000a: 8ff; 2000b: 17; Enkin et al. 1998.

<sup>55</sup> Nach einer komplikationslosen Klinikentbindung hat eine Frau mit ihrem neugeborenen Kind heutzutage längstens Anspruch auf 6 Tage stationäre Wochenbettpflege (RVO § 197). Seit der Änderung der Bundespflegeverordnung vom 1.1.1996 wird diese Krankenhausleistung (Entbindung plus Wochenpflege) von den Krankenkassen *pauschal* entgolten, was eine Verkürzung der Wochenbett-Liegezeiten auf 2-3 Tage zur Folge hatte. Das Wochenbett als Phase der körperlichen Regeneration, der notwendigen Erholung nach der Geburt und der Anpassung an die neue Situation dauert insgesamt ca. 8 Wochen. Dieser Zeitraum findet seinen Niederschlag in dem gesetzlichen verbrieften Recht jeder Frau auf Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme (HebGV) und im Arbeitsverbot (Mutterschutzgesetz).

fügung stehen. Die in Abschnitt 2.1.1 beschriebene Hebammenhilfe im Wochenbett ist präventiv wirksam und kann häufig das Auftreten von Komplikationen verhindern.<sup>56</sup>

Auch aus der spezifischen Entwicklung der ärztlichen Mutterschaftsvorsorge in Deutschland erwachsen ständig neue Anforderungen an den Hebammenberuf. Diese Vorsorge dient heute - 35 Jahre nach Einführung der Mutterschaftsrichtlinien<sup>57</sup> - längst nicht mehr nur der Früherkennung bedrohlicher Erkrankungen (wie z.B. der EPH-Gestose oder Rhesus-Inkompatibilität), sondern definiert mittlerweile die überwiegende Mehrheit aller Schwangeren als Risikoschwangere und führt sie damit einer engmaschigen fachärztlichen Überwachung zu. Der Mediziner und Gesundheitswissenschaftler Jahn vertritt hierzu die Auffassung, dass die inflationäre Ausweitung des Risikobegriffs den Sinn eines wirkungsvollen Screenings, nämlich die Herausfilterung von wirklich gefährdeten Personen, konterkariert (Jahn/ Kowalewski 1998). Die gesunde Schwangerschaft wird pathologisiert und medikalisiert, viele Frauen fühlen sich verunsichert und entwickeln Ängste, statt „guter Hoffnung“ zu sein.<sup>58</sup> Schücking (2002) weist unter Bezug auf die WHO (1996) und Enkin et al. (2000) darauf hin, dass eine effiziente Schwangerenvorsorge auf der Basis evidenzbasierter Medizin sehr viel weniger aufwändig gestaltet werden könnte als die zur Zeit in Deutschland übliche gynäkologische Vorsorge. In diesem Zusammenhang kommt der Schwangerenbetreuung durch Hebammen eine zentrale Bedeutung zu; diese sollte jedoch nicht darauf reduziert werden, die „Verunsicherung nach Arztbesuch“<sup>59</sup> aufzufangen, sondern Hebammen können im Sinne von Übergangsmentorinnen (Ensel 2002) die gesamte Schwangerschaft sachkundig und zugewandt begleiten.<sup>60</sup> Dies schließt eine zielgerichtete und konstruktive Kooperation mit ÄrztInnen und eine Inanspruchnahme sinnvoller Diagnostik selbstverständlich mit ein.

Ein besonders gravierendes Problem der heutigen gynäkologischen Routine-Vorsorge ist der Umstand, dass gerade Schwangere, die z.B. auf Grund sozialer und persönlicher Problemlagen besonders gefährdet sind, bestimmte Komplikationen (wie z.B. eine Fehl- oder Frühgeburt) zu erleiden, oft nur ungenügend erreicht werden, wie mittlerweile mehrere Studien belegen.<sup>61</sup> Hier kann niedrigschwellige, ambulante Hebammenhilfe bereits in der Schwangerschaft ansetzen und im Wochenbett und noch darüber hinaus ihre Fortsetzung finden, wie die erfolgreiche Arbeit von Familienhebammen und auch die Vernetzung von Hebammenhilfe mit anderen Hilfeangeboten zeigt.<sup>62</sup>

Die Orientierung der Schwangerenvorsorge am Risikokzept setzt sich in einer Geburtshilfe fort, die in den meisten Fällen als *Geburtsmedizin* bezeichnet werden muss und auch bei normalen Geburten durch eine intensive technische Überwachung und zahlreiche Interventi-

<sup>56</sup> Der Bedarf nach Wochenbettbetreuung und ihre Wirksamkeit konnten im Hebammenprojekt Emsland mit Hilfe einer umfangreichen Klientinnendokumentation nachgewiesen werden (Zoege 1993). Vgl. zur Thematik Wochenbett außerdem u.a. Collatz 1991; Staschek 1993, Geist et al. 1995, Frieße-Berg 1996, Edelmann 2002a.

<sup>57</sup> Vgl. hierzu u.a. Liebhold 1966, Müller 1972, Tietze 1978, Sperling 1994, Schlieper 1997.

<sup>58</sup> Vgl. hierzu u.a. Ensel 1994; Schindele 1990, 1995; Barbian/Werth 1997; Duden 1996, 2001; Urb-schat 2001; Schwarz/Schücking 2001a+b; Schücking 2002.

<sup>59</sup> 21% der im Emsland-Projekt betreuten Schwangeren wandten sich in *erster* Linie aus diesem Grund an ihre Hebamme; Erläuterungen zur ärztlichen Diagnostik, zu Anweisungen oder Therapien spielten aber auch bei anderen Klientinnen eine wichtige Rolle (Zoege 1993: 106ff).

<sup>60</sup> Zur Schwangerenvorsorge durch Hebammen sind vor allem in letzter Zeit etliche Publikationen und Fortbildungsartikel erschienen: Groß 1996; Lippens 2001; Milde 2000, 2002; Mülstegen 2001; Schönberner 2001; Schücking 2001; Stahl 2002; Weiß 2000b. Auch die Hebammen-Lehrbücher von Geist et al. (1995/1998) und Mändle et al. (1995/2000) gehen ausführlich auf die Schwangerenvorsorge durch Hebammen ein.

<sup>61</sup> Vgl. die Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen (Collatz et al. 1983) und die Überblicksarbeit von Schücking „Wie gesund ist Kinderkriegen?“ (2002).

<sup>62</sup> Vgl. zum Thema Familienhebammen: Collatz et al. 1981, 1986; Fraas 2001; Landig 1989; Schmid-Siegert/Thiele 1986/87; Staschek 1999, 2000; speziell zum Thema Sucht: Zoege 1994, Brüggemann 1999; zur präventiven Gesundheitssicherung für Schwangere und Säuglinge aus sozialpädiatrischer Sicht: Zimmermann 1993.

onen, wie z.B. wehenfördernde Mittel oder Dammschnitt, gekennzeichnet ist. Die Kaiserschnitttrate ist zwischen 1991 und 2000 von 15,4% auf 21,5% gestiegen und liegt damit weit über dem von der WHO empfohlenen Richtwert von maximal 15%.<sup>63</sup> Schwarz und Schücking konnten mit einer Sekundäranalyse der niedersächsischen Perinataldaten belegen, dass insgesamt nur 6,7% aller Klinikgeburten im Jahr 1999 ohne Intervention verliefen (Schwarz/Schücking 2001b: 209). Schücking (2002) betont, dass zahlreiche geburtshilfliche Praktiken wissenschaftlich nicht belegt sind oder sogar ihrer Unwirksamkeit wegen in der internationalen Literatur auf sog. Negativ-Listen stehen (Enkin et al. 1998: 461ff). Die Tatsache, dass in deutschen Kreißsälen auch bei physiologischen Geburten in der Regel medizinisch interveniert wird, hat gravierende negative Auswirkungen auf die Körperwahrnehmung von Gebärenden, auf ihr Geburtserleben und auch auf das Befinden von Neugeborenen.<sup>64</sup> Für die geburtshilflich tätige Hebamme kann diese Praxis (je nach Gepflogenheiten des Hauses in unterschiedlichem Ausmaß) eine Verschiebung ihrer Tätigkeiten hin zur Arztassistenz und eine Zunahme von Aufgaben im Bereich der technischen Überwachung bedeuten (vgl. auch HSFG 2001: 442).

Zahlreiche Publikationen belegen an Hand des Beispiels der niederländischen Schwangervorsorge, die primär in Hebammenhand (und bei HausärztInnen) liegt, und einer Geburtshilfe, die sich durch eine hohe Hausgeburtsrate, einen geringen Anteil an Interventionen auch bei Klinikgeburten und eine niedrige Morbiditäts- und Mortalitätsrate auszeichnet, dass der entscheidende Faktor für eine gute geburtshilfliche Gesundheitsversorgung nicht etwa die fachärztliche Intensivbetreuung *aller* Schwangeren und Gebärenden, sondern vielmehr die sorgfältige Risikoselektion ist, die deshalb auch im Mittelpunkt der holländischen Hebammenausbildung steht. Diese ermöglicht es den einen, interventionsarm zu Hause mit Hilfe ihrer Hebamme zu entbinden, und überführt andere, bei denen Risiken bestehen oder sich bereits Komplikationen für die Mutter oder das Kind abzeichnen, in geburtshilfliche Kliniken oder Perinatalzentren, wo ihnen eine umfangreiche gynäkologische, pädiatrische und wenn nötig intensivmedizinische Versorgung geboten wird.<sup>65</sup> Um auch die deutsche geburtshilfliche Versorgung entsprechend verändern zu können, muss - was die Hebammenseite angeht - die Ausbildung in Bezug auf Schwangervorsorge und Risikoselektion intensiviert und der bereits eingeschlagene Weg der Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe konsequent weiterverfolgt werden.<sup>66</sup>

<sup>63</sup> Sectoriate Deutschland: [www.destatis.de](http://www.destatis.de); WHO-Richtwert: Jahn/Kowalewski 1998: 204.

<sup>64</sup> Vgl. hierzu u.a. Duden 1996, 1998, 2001; Krause 2000; Schücking et al. 2001; Schücking 2002.

<sup>65</sup> Vgl. u.a. Köck et al. 1988: 120ff; Sandall et al. 2001; Schmitz 1994, 2002; Tew/Damstra-Wijmenga 1992; Wiegers 2001.

<sup>66</sup> Zum Thema Qualitätssicherung vgl. die Auseinandersetzung zwischen dem Gynäkologenverband (DGKG), den Hebammenverbänden, weiteren ÄrztInnen sowie dem WHO-Vertreter Marsden Wagner um die Risiken der außerklinischen Geburtshilfe (u.a. Berg/Süß 1994; Neumeyer/Korporal 1994; Linder (Hg.) 1994; DHZ 10/94, 11/94, 12/94), die Suche nach sinnvollen Mindestanforderungen an geburtshilfliche Abteilungen (Berg 1995; DGKG 1995; Horschitz 1996) sowie die lebhaft berufsinterne Qualitätsdebatte im Jahr 1995 (DHZ 5/95, 7/95, 8/95, 9/95, 12/95).

Als Ergebnis dieser Kontroversen und ausgehend von der seinerzeit bereits angelaufenen Erhebung und Auswertung der außerklinischen Geburten auf Landesebene (u.a. Niedersachsen 1987-91: Sens-Petershofen et al. 1992/93; Bayern 1989-95: Milenović et al. 1998; Hessen 1994/95: Dangel-Vogelsang et al. 1997) wurde Anfang 1996 die bundesweite, einheitliche Erhebung von außerklinischen Geburten gestartet, getragen durch eine von beiden Berufsverbänden gemeinsam unterhaltene Qualitätssicherungsstelle (DHZ 2/96: 69ff). 1999 wurde von beiden Verbänden die „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe“ QUAG e.V. gegründet, die seitdem - unterstützt vom „ZQ - Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ in Hannover - für die Dauererhebung und Auswertung der außerklinischen Geburtshilfe verantwortlich zeichnet (Wiener 2000, 2001). Die Ergebnisse der Jahrgänge 1996-2000 sind in vier Bänden veröffentlicht (Neumeyer 1998, 2000; Neumeyer et al. 2001; Loytved 2001b). 1999 und 2000 gingen 84% bzw. 83% aller außerklinischen Geburten in diese Qualitätsberichte der Verbände ein (vgl. Neumeyer et al. 2001: 7 und Loytved 2001b: 10).

Das „Netzwerk zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Europa“ hat außerdem gemeinsam

Die ärztliche Mutterschaftsvorsorge in Deutschland gilt allerdings nicht nur dem Aufspüren drohender Komplikationen bei Mutter und Kind, sondern gleichzeitig einer *Pränataldiagnostik*, die vor allem der Selektion von behinderten Kindern und weniger der Behandlung von Krankheiten dient.<sup>67</sup> Die Abtreibung eines schwer kranken oder behinderten Kindes ist über die sog. medizinische Indikation zeitlich unbegrenzt erlaubt; das bedeutet, dass Frauen oft monatelang „auf Probe“ schwanger sind und dass sie dann, wenn sie sich gegen das Kind entscheiden, dieses tot oder sterbend gebären müssen, nicht selten zu einem Zeitpunkt, da frühe Frühgeborene schon mit allen Mitteln am Leben gehalten werden (Krebs 1999). Die Pränataldiagnostik hat zu einschneidenden Veränderungen im Verhältnis von Frauen zu ihrer Schwangerschaft geführt und stürzt die von sog. positiven Befunden betroffenen Paare in schwerwiegende Entscheidungskonflikte,<sup>68</sup> zumal es keineswegs nur um die Abtreibung von Kindern geht, die außerhalb des Mutterleibs nicht leben können, sondern sogar in der Mehrzahl um Kinder, die lebensfähig und gesund, gleichwohl jedoch behindert sind, wie z.B. Kinder mit einem Down-Syndrom. Hebammen, die Frauen und Paare in der Schwangerschaft beraten und begleiten, sind in ihrer Arbeit sowohl indirekt als auch direkt von den Auswirkungen der Pränataldiagnostik betroffen und müssen zum einen sachkundig beraten können, zum anderen die Konsequenzen ärztlichen Handelns mittragen, ohne dabei den eigenen Standpunkt zu verlieren (Frühauf 1991). Es ist zu ihrer Aufgabe geworden, Frauen und Paare durch Informationen und das Aufzeigen von Alternativen bei ihren Entscheidungen für oder gegen Pränataldiagnostik und für oder gegen einen Abbruch zu unterstützen sowie außerdem späte Abbrüche ebenso zu begleiten wie die Geburt von lebensunfähigen Kindern, die ausgetragen wurden.<sup>69</sup> Dies erfordert von der einzelnen Hebamme neben neuen Sachkenntnissen auch umfangreiche psychosoziale Kompetenzen, auch und gerade für die Begleitung von Entscheidungen, die die Hebamme für sich selbst anders treffen würde als das betroffene Paar oder die sie sogar ablehnt.

Mit der Entwicklung der Pränataldiagnostik, aber auch bei anderen kontrovers diskutierten Themen, wird die sehr komplexe Frage nach der Selbstbestimmung von Frauen aufgeworfen. Wie Kehrbach (2000, 2001a) ausführt, ist das ethisch brisante Problem der Abtreibung eines behinderten Kindes untrennbar mit den Vorstellungen der Mutter von ihrer eigenen Lebensgestaltung verknüpft. Ebenfalls mit dem Recht auf Selbstbestimmung hat z.B. das Thema „Wunschsectio“ zu tun: Während die einen Geburtshelfer einen Kaiserschnitt ohne

---

mit BDH und BfHD Leitlinien zur Sicherung der Strukturqualität von Geburtshäusern verabschiedet (1998) sowie Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes erarbeitet (BDH et al. 2002).

<sup>67</sup> Vgl. zur Pränataldiagnostik im Allgemeinen und zur Problematik der Selektion im Speziellen u.a. BDH 1999b, Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen 2001, Ensel 1999, Hebammenforum 1/2001 (Schwerpunktthema: 5-23), HGH 2000 (Schriftenreihe Heft 9), Kollek 1998, Ott-Gmelch 2001, Pieper 1998, Urbschat 2001. In Bezug auf die Ausbildung seien hier die von Ensel und Mittelstädt (1999) zusammengetragenen Unterrichtsmaterialien zu Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit besonders hervorgehoben.

Zur Früherkennung kindlicher Herzfehler vgl. z.B. Entezami et al. (2000), zur Abwägung zwischen den Möglichkeiten der pränatalen Medizin und der pränatalen Diagnostik auch Weise (1993).

<sup>68</sup> Vgl. hierzu die eindrucksvolle Studie von Friedrich et al. „Eine unmögliche Entscheidung“ (1998), die an Hand von Interviews mit Eltern und ÄrztInnen unter anderem herausarbeiten, dass sich beide Seiten mit der Pränataldiagnostik eigentlich nur eines gesunden Kindes „versichern“ wollen, dass häufig jedoch unklare Befunde oder auch nur die Pausen zwischen zwei Ultraschalluntersuchungen eher zur Verunsicherung und zur Entfremdung von der eigenen Empfindung beitragen als zu einem Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit. Im Fall eines pathologischen Befundes kommt dann die „unmögliche Entscheidung“ hinzu, ein gewünschtes (oder zumindest akzeptiertes) Kind abzutreiben oder auszutragen (vgl. hierzu auch Baumgarten 2000 und ihren Film „Mein kleines Kind“ (2001) sowie den Artikel von Morgenroth 2001 „Chronologie der Dilemmata“).

<sup>69</sup> Vgl. hierzu auf der einen Seite die Schilderungen zum späten Schwangerschaftsabbruch mit seiner oft traumatisierenden Wirkung für die Frauen (z.B. Kehrbach 1998) sowie auf der anderen Seite die Berichte von Baumgarten (2000) und Appelhoff (2002) zur friedlichen Geburt von Kindern, die wegen ihrer schweren Mehrfachbehinderung nur wenige Stunden leben konnten, jedoch am natürlichen Ende der Schwangerschaft (und zu Hause) zur Welt kamen.

medizinische Indikation wegen der OP-Risiken für Mutter und Kind nicht für vertretbar halten,<sup>70</sup> neigen andere dazu, psychologische Faktoren und die von Frauen geäußerten Wünsche und Ängste gleichermaßen zu berücksichtigen wie medizinische Überlegungen (Berg 2000, Scheele 2000); manche Frauen fordern inzwischen sogar ganz entschieden ein „Wahlrecht über den Geburtsmodus“ ein (Azoulay 1998, Beusch-Ackermann 2000).<sup>71</sup> Für die Arbeit von Hebammen ist in diesem wie auch in anderen Zusammenhängen zunächst einmal wesentlich, dass die Angebote, für oder gegen die Frauen sich entscheiden können oder müssen, von ärztlicher Seite kommen, also fremdbestimmt sind, dass sie als Hebammen jedoch darauf reagieren und in der Lage sein müssen, die Frauen und ihre Partner kompetent zu beraten.

Inwieweit die heutige Hebammenausbildung ausreichend auf diese komplexen Beratungsanforderungen sowie auf alle anderen, im vorliegenden Kapitel beschriebenen Tätigkeitsfelder vorbereitet, soll mit Hilfe der Bestandsaufnahme der Hebammenausbildung in Kapitel 4 geklärt werden.

---

<sup>70</sup> Krause verweist darauf, dass die mütterliche Mortalitätsrate bei Kaiserschnitten immer noch wesentlich höher ist als bei Spontangeburt. Auch die Frühmortalität und negative Langzeitfolgen sind erhöht, weshalb der „Zustand nach Sectio“ auch ein anerkanntes Risiko für darauffolgende Schwangerschaften darstellt (Krause 2000, 2002); durch die hohe Sectorate trifft dieses Risiko mittlerweile auf jede 10. Schwangere in Deutschland zu (Schwarz/Schücking 2001). Auch für das Kind ist die Sectio keineswegs schonender als die vaginale Geburt, wie die vermehrten Anpassungsschwierigkeiten und weitere Komplikationen bei Sectio-Kindern belegen (Schücking et al. 2001, Krause 2000). Krause plädiert deshalb für eine strenge Indikationsstellung und warnt vor einer „falsch verstandenen Interpretation des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren“ (Krause 2002: 97).

<sup>71</sup> Vgl. auch das Schwerpunktthema „Wunschsectio“ mit jeweils mehreren Diskussionsbeiträgen in: Die Hebamme 2/2000, DHZ 7/2000, 11/2000; zur juristischen Abwägung: Ulsenheimer 1999.

### 3 Berufsbildung im Berufsfeld Gesundheit

Nicht nur die geschilderten Anforderungen an den Hebammenberuf und die benachteiligte Stellung der Absolventinnen von deutschen Hebammenschulen in Europa lassen eine Reform der Ausbildung dringend geboten erscheinen, sondern auch der Platz, den die Hebammenausbildung - neben der Ausbildung zu anderen Gesundheitsfachberufen - *innerhalb* der Berufsbildungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland einnimmt. Für die Suche nach einer Neukonzeption der Ausbildung ist es unabdingbar, den Hebammenberuf im Gesamtkontext des Berufsfeldes Gesundheit zu sehen, da es weder bildungspolitisch sinnvoll, noch finanziell möglich wäre, für die Hebammen allein sämtliche anstehenden Probleme zu lösen, die sich aus der Sonderstellung der Gesundheitsberufe ergeben. Daher werde ich zunächst das Berufsfeld Gesundheit in knapper Form umreißen und dann die mit dem Hebammenberuf vergleichbaren, traditionell vor allem von Frauen ergriffenen Gesundheitsfachberufe und ihren Berufsbildungs-Sonderweg etwas eingehender beschreiben. Es wird dabei deutlich werden, dass der Hebammenberuf bei aller Verschiedenheit der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder mit den therapeutischen Gesundheitsfachberufen (Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen und OrthoptistInnen) sowie mit den Pflegeberufen etliche strukturelle Gemeinsamkeiten und auch eine Reihe von inhaltlichen Berührungspunkten hat. Dieser Umstand macht ein vernetztes Nachdenken über die zukünftige Berufsbildung in diesen Berufen notwendig.

Der Ist-Analyse der Hebammenausbildung (Abschnitt 4.1) wird daher im Folgenden die Darstellung der Ausbildungen im Berufsfeld Gesundheit vorangestellt.

#### 3.1 Das deutsche Berufsbildungssystem und die Gesundheitsberufe - Einführung, Begriffsklärungen und gesetzliche Grundlagen -

In der Bundesrepublik Deutschland sind neben einigen akademischen Berufen (wie den ÄrztInnen und den PsychologInnen) zahlreiche weitere Berufe in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eingebunden. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB)<sup>1</sup> unterscheidet die einzelnen Berufe im Berufsfeld Gesundheit zunächst nach zwei Kriterien: zum einen nach der Versorgungsebene<sup>2</sup>, zum anderen nach der jeweiligen gesetzlichen Grundlage (Becker/Meifort 1994: 25). Innerhalb des Kriteriums *Gesetzliche Grundlage* ist zwischen den folgenden drei Gruppen von Gesundheitsberufen zu differenzieren (siehe Abbildung 1 am Ende dieses Abschnitts):

1. den Berufen, deren Berufszulassung und Ausbildung in *Berufsgesetzen bundeseinheitlich* geregelt ist (z.B. Hebammen, Krankenpflegeberufe, PhysiotherapeutInnen, einige AssistentInnenberufe usw.)<sup>3</sup>;

<sup>1</sup> Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) mit Sitz in Bonn ist eine bundesunmittelbare Einrichtung und untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Seine im Berufsbildungsförderungsgesetz festgelegten Aufgaben sind Berufsbildungsforschung und -entwicklung ebenso wie Dienstleistung und Beratung. (vgl. Homepage des BiBB: [www.bibb.de/aufgaben/bibb-info.htm](http://www.bibb.de/aufgaben/bibb-info.htm))

<sup>2</sup> Die Einteilung in die Gruppen Primärversorgung, Diagnosetechnik, Pflege und Rehabilitation halte ich für nicht sehr glücklich, weil die von Becker und Meifort vorgenommene diesbezügliche Zuordnung der einzelnen Berufe vom jeweiligen Tätigkeitsspektrum her nicht stimmig ist. So sind z.B. PhysiotherapeutInnen nicht nur rehabilitativ tätig und Hebammen und DiätassistentInnen nicht der Pflege zuzuordnen (vgl. die Übersichtstabelle in Becker/Meifort 1994: 25).

Auf den ersten Blick mag die hier angedeutete Kontroverse über die Einteilung der verschiedenen Gesundheitsberufe in bestimmte Gruppen für die vorliegende Arbeit zur Hebammenausbildung irrelevant erscheinen. Sie hat jedoch für die Diskussion um die Bildungskonzepte der verschiedenen Gesundheitsfachberufe ihre Bedeutung und wird deshalb in Abschnitt 5.5 noch einmal aufgegriffen werden. (vgl. zur Schwierigkeit der Berufsgruppeneinteilung auch ausführlich: Bals 1993: 35-71)

<sup>3</sup> Nach Erdle „Das Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker“ gelten für folgende Berufe Berufszulassungsgesetze des Bundes, mit denen die jeweilige Berufsbezeichnung geschützt wird

2. den gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen, die sehr uneinheitlich nach verschiedenen *Länderregelungen* ausgebildet werden (z.B. FußpflegerIn, DorfhelferIn, HeilerziehungspflegerIn, Zytologie-AssistentIn) - das BiBB zählte 1992 in dieser Gruppe 28 Ausbildungsberufe nach 101 Länderregelungen (Becker/Meifort 1994: 24);<sup>4</sup>
3. den HelferInnen-Berufen, die im Dualen System auf der Grundlage des *Berufsbildungsgesetzes (BBiG)* ausgebildet werden (Arzt-, Zahnarzt- und TierärzthelferIn, ApothekenhelferIn).

Seit Bestehen des Berufsbildungsgesetzes (BBiG, 1969<sup>5</sup>) findet in der Bundesrepublik Deutschland die Ausbildung für die gewerblich-kaufmännischen und für die Handwerksberufe (insgesamt über 400) sowie die wenigen oben genannten HelferInnenberufe im Dualen System statt. Auszubildende werden von einem Betrieb zum Zweck der Ausbildung eingestellt und erhalten ein tariflich geregeltes Ausbildungsentgelt (BBiG §§ 10-12). Der einstellende Betrieb muss für die berufliche Ausbildung insofern geeignet sein, als er sowohl über das Tätigkeitsspektrum, für das die Auszubildenden in dem jeweiligen Beruf qualifiziert werden sollen, als auch über fachlich, pädagogisch und persönlich geeignete AusbilderInnen (z.B. MeisterInnen) verfügen muss (BBiG §§ 20-24).

Parallel zur betrieblichen Ausbildung besuchen die Auszubildenden die staatliche Berufsschule: Hier erhalten sie sowohl Fachunterricht für ihren jeweiligen Beruf als auch Unterricht in allgemeinbildenden Fächern. BerufsschullehrerInnen haben wie GymnasiallehrerInnen ein reguläres Hochschulstudium mit anschließendem Referendariat absolviert. Viele von ihnen verfügen zudem über eine abgeschlossene Berufsausbildung, gesetzlich vorgeschrieben sind jedoch nur Betriebspraktika. Neben diesen wissenschaftlich ausgebildeten LehrerInnen unterrichten an den Berufsschulen außerdem Fachpraxis-LehrerInnen, die im praktischen Unterricht (in der Lehrwerkstatt usw.) Fertigkeiten vermitteln und mit den SchülerInnen einüben sollen. Es handelt sich hierbei um berufserfahrene PraktikerInnen mit einer 1 ½ jährigen pädagogischen Weiterbildung.<sup>6</sup>

Die Berufsschulen unterstehen den Kultusbehörden der Bundesländer, das Berufsschulwesen ist über die Landes-Schulgesetze geregelt. Die Berufsschülerinnen und -schüler erfüllen mit dem Besuch der Berufsschule ihre 12jährige allgemeine Schulpflicht und können im Zuge einer nach dem BBiG geregelten Ausbildung weitere Schulabschlüsse auf ihren ersten Schulabschluss aufbauen (also z.B. einen Realschul- auf einen Hauptschulabschluss) sowie sogar die Fachhochschulreife erwerben oder das Abitur nachholen.<sup>7</sup>

---

und die bundeseinheitliche Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen enthalten: ErgotherapeutInnen, Hebammen/Entbindungspfleger, Krankenpflegeberufe (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, KrankenpflegehelferIn), LogopädInnen, Berufe in der Physiotherapie (PhysiotherapeutInnen, Masseure und medizinische Bademeister), OrthoptistInnen, PodologInnen, DiätassistentInnen, RettungsassistentInnen bzw. -sanitäterInnen, Pharmazeutisch-technische AssistentInnen, Technische AssistentInnen in der Medizin. (Erdle 37. EL, März 2002)

<sup>4</sup> Hierbei sind noch die Landesregelungen bzgl. der Altenpflege mitgezählt. Eigentlich sollte jedoch ab dem 1.8.2001 die Berufszulassung und Ausbildung zur/zum AltenpflegerIn und AltenpflegehelferIn analog zu den anderen, in Fußnote 3 erwähnten Berufszulassungsgesetzen bundeseinheitlich geregelt werden (Altenpflegegesetz vom 17.11.2000, BGBl. I S. 1513). Wegen einer Normenkontrollklage Bayerns hat das Bundesverfassungsgericht jedoch das Altenpflegegesetz vorläufig ausgesetzt. (Beschluss des BVerfG vom 22.5.2001, Az.: 2 BvQ48/00, BGBl. I S. 1042)

<sup>5</sup> Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I, S. 1112), zuletzt geändert am 25. März 1998 (BGBl. I, S. 596).

<sup>6</sup> Vgl. hierzu „Blätter zur Berufskunde“ von der Bundesanstalt für Arbeit: Lehrer/Lehrerin für Fachpraxis im beruflichen Schulwesen, Stand Juni 1998. Für diese Weiterbildungen gibt es unterschiedliche landesrechtliche Regelungen (vgl. 32ff).

<sup>7</sup> Vgl. z.B. Niedersächsisches Schulgesetz (NSchG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. März 1998 (Nds. GVBl. S. 137): zu den berufsbildenden Schulen §§ 15-21, zur Schulpflicht §§ 63-71. Schulabschlüsse können nicht nur parallel zu einer betrieblichen Ausbildung im Dualen System erworben werden, sondern auch durch den Besuch einer Vollzeit-Berufsschule.



Die *Verantwortung* für die Berufsausbildungen im Dualen System liegt *sowohl bei den Betrieben als auch in den Berufsschulen*. Für alle BBiG-Berufe existieren bundesweit geltende Rechtsverordnungen, in denen die Fertigkeiten und Kenntnisse aufgezählt werden, die die Auszubildenden für ihren jeweiligen Beruf erlernen müssen (Ausbildungsberufsbilder), und in denen Ausbildungsrahmenpläne sowie Prüfungsanforderungen festgeschrieben sind (BBiG § 25)<sup>8</sup>. Nach diesen Ausbildungsordnungen haben sich die auszubildenden Betriebe zu richten, während die Berufsschulen – wie auch die allgemeinbildenden Schulen – an von der Kultusbehörde des jeweiligen Bundeslandes erlassene Rahmenlehrpläne gebunden sind.

Fest verankert im System der beruflichen Bildung nach dem BBiG ist außerdem die gemeinsame Verantwortung der Sozialpartner für die betriebliche Ausbildung. So sind in den Berufsbildungsausschüssen, die bei den jeweiligen Kammern (oder anderen sog. zuständigen Stellen) angesiedelt sind, Arbeitgeber- und ArbeitnehmervertreterInnen sowie BerufsschullehrerInnen (diese mit beratender Stimme) paritätisch vertreten; hier werden alle wichtigen Angelegenheiten der dualen Berufsausbildungen erörtert (BBiG §§ 56-59). Der Berufsausbildungsausschuss bestimmt z.B. bei der Erarbeitung von Prüfungsrichtlinien oder bei der Beurteilung der Eignung von Ausbildungsstätten mit (Friauf 1996: 113), und die Ausgestaltung eines Berufsbildes wird nach dem Konsensprinzip verhandelt (Dielmann 1997: 61). Das Ausbildungsverhältnis nach dem BBiG garantiert zudem „die Anwendung arbeitsrechtlicher Schutzbestimmungen und gewährt (den Auszubildenden) die Teilhabe an den gesetzlich gegebenen Mitwirkungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten“ (ebd.).

Von den Gesundheitsberufen unterliegen nur die HelferInnen-Berufe dem BBiG. Die überwiegende Mehrzahl der Auszubildenden, die einen Gesundheits- oder Sozialberuf erlernen, wird dagegen *nicht* im Dualen System ausgebildet. Viele dieser Ausbildungen erfolgen als schulische Ausbildungen an Berufsfachschulen<sup>9</sup>, wobei die praktischen Anteile entweder an der Schule selbst unterrichtet oder im Rahmen von Praktika vermittelt werden (z.B. Assistenzberufe wie pharmazeutisch-technische AssistentIn oder auch KinderpflegerIn; vgl. Frackmann 1990: 195f). In den 1980er Jahren war diese Form der Berufsausbildung massiv ausgeweitet worden, um die von dem betrieblichen Ausbildungsmarkt unversorgten Jugendlichen (zu 70% Mädchen) aufnehmen zu können (194f).

Ebenfalls schulisch ausgebildet werden die sog. „Berufe im Gesundheitswesen“. Diese allgemein klingende Bezeichnung ist verwirrend, denn wenn von den „Berufen im Gesundheitswesen“ und den entsprechenden „Schulen im Gesundheitswesen“ die Rede ist, dann sind immer ausschließlich jene Berufe gemeint, deren *Berufszulassung über Bundesgesetze* einheitlich geregelt ist<sup>10</sup> und die eine Reihe von *Besonderheiten*<sup>11</sup> gemeinsam haben. Diese Bundesgesetze gehen auf das besondere gesamtstaatliche Interesse<sup>12</sup> an der „Zulassung zu

<sup>8</sup> Beispiele in Wohlgemuth/Sarge 1987: 384ff

<sup>9</sup> Vgl. hierzu: KMK: Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen vom 28.02.1997, S. 1.

Nach § 16 des Niedersächsischen Schulgesetzes führt die Berufsfachschule in einen Beruf ein oder bildet für einen Beruf aus. Die Schülerinnen und Schüler können hier sowohl schulische als auch berufliche Abschlüsse erwerben.

<sup>10</sup> Vgl. KMK: Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen vom 28.02.1997, S. 6 und Anlage 1; außerdem siehe Fußnote 3 (Erdle 37. EL, März 2002).

<sup>11</sup> Im Niedersächsischen Schulgesetz werden diese Schulen deshalb auch „Berufsausbildungsstätten besonderer Art“ genannt (§ 1, Abs. 5, Satz 3). Der KMK-Terminus (also die bundeseinheitliche Bezeichnung) ist jedoch „Schulen im Gesundheitswesen“.

<sup>12</sup> Grundsätzlich haben in der Bundesrepublik Deutschland die Länder das Recht zur Gesetzgebung (Art. 70 Abs. 1 GG). Auf die Berufsgesetze der „Berufe im Gesundheitswesen“ trifft jedoch die sog. konkurrierende Gesetzgebung zu (Art. 72 GG); das bedeutet, dass Bund *und* Länder Gesetze erlassen können, wobei die Landesgesetze das Bundesgesetz ergänzen und präzisieren, ihm jedoch nicht widersprechen dürfen („Bundesrecht bricht Landesrecht“, Art. 31 GG). Im Grundgesetz ist festgeschrieben, dass der Bund immer dann für die Gesetzgebung zuständig ist, wenn ein gesamtstaatliches Interesse „an der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftsgemeinschaft“ (Art. 72 Abs. 2 GG), also an bundeseinheitlichen Regelungen, besteht.

ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe“ zurück (Art. 74 Abs. 19 GG). Neben dem Hebammenberuf gelten also auch die Krankenpflege, die Physio- und Ergotherapie, die Logopädie, die Orthoptik sowie die oben genannten Assistenzberufe nach dem Grundgesetz als *Heilberufe*. Die letztgenannten Heilberufe sind jedoch nicht zur selbständigen Ausübung der Heilkunde berechtigt; diese ist MedizinerInnen und HeilpraktikerInnen vorbehalten. Nur Hebammen ist im Rahmen ihrer vorbehaltenen Tätigkeiten - wie bereits erläutert – auch die Ausübung der Heilkunde erlaubt (Horschitz/Kurtenbach 1994: 33ff). Die Angehörigen der anderen Heilberufe dürfen allerdings – auf ärztliche Anordnung – selbständig Befunde erheben und Behandlungen durchführen.

Weil der Begriff „Berufe im Gesundheitswesen“ wenig Aussagewert besitzt und zu allgemein ist, bezeichne ich diese Berufe in Anlehnung an die Argumentation von Bals (1993: 15ff, 46ff; 1995a: 18ff) als *Gesundheitsfachberufe*. Früher wurden diese Berufe auch oft in Abgrenzung zum im Grundgesetz verwandten Terminus „Heilberufe“, der ja den ärztlichen Heilberuf einschließt, als „Heilhilfsberufe“ oder „Nichtärztliche Heilberufe“ bezeichnet. Diese Begriffe transportieren jedoch ein Defizitverständnis, das so nicht akzeptabel ist und von vielen BerufsvertreterInnen und anderen Sachverständigen auch nicht mehr hingenommen wird.<sup>13</sup> Da es keinen juristisch eindeutigen, geschweige denn einen gesetzlich geschützten Sammelbegriff für diese Berufe gibt, muss man sich letztlich immer für einen Begriff entscheiden. Meine Entscheidung für den Begriff *Gesundheitsfachberufe* hängt mit der Auffassung zusammen, dass diese Berufe über *eigenständige Fachkenntnisse* verfügen und keineswegs ausschließlich als Hilfspersonal der ärztlichen Profession fungieren. *Gesundheits*-Berufe sind es deshalb, weil dieser Begriff angesichts der Vielfalt der Aufgaben (auch gerade im Bereich der Prävention) weiter trägt als z.B. die Begriffe „Medizinalfachberufe“ oder „Medizinische Fachberufe“, die zwischenzeitlich auch in der Diskussion waren, jedoch den medizinischen Aspekt überbetonen (Bals 1995a: 21).

Die in der „Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe“ (AG MTG) zusammengeschlossenen Berufe - nämlich die Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen und Hebammen – haben sich allerdings bei der Gründung ihrer Arbeitsgemeinschaft (1991) für den Terminus „Medizinalfachberuf“ entschieden. Abweichend davon werde ich jedoch aus den dargelegten Gründen von dieser Untergruppe der Gesundheitsfachberufe als von den *therapeutischen Gesundheitsfachberufen* und von *Hebammen* sprechen. Die Hebammen müssen deshalb extra genannt werden, weil deren *Tätigkeitsschwerpunkt* nicht in der Therapie, sondern in der fachkundigen Begleitung eines physiologischen Vorgangs liegt.<sup>14</sup> Abbildung 1 veranschaulicht die Auffächerung der verschiedenen Gesundheitsberufe und die Stellung des Hebammenberufs im Berufsfeld Gesundheit.

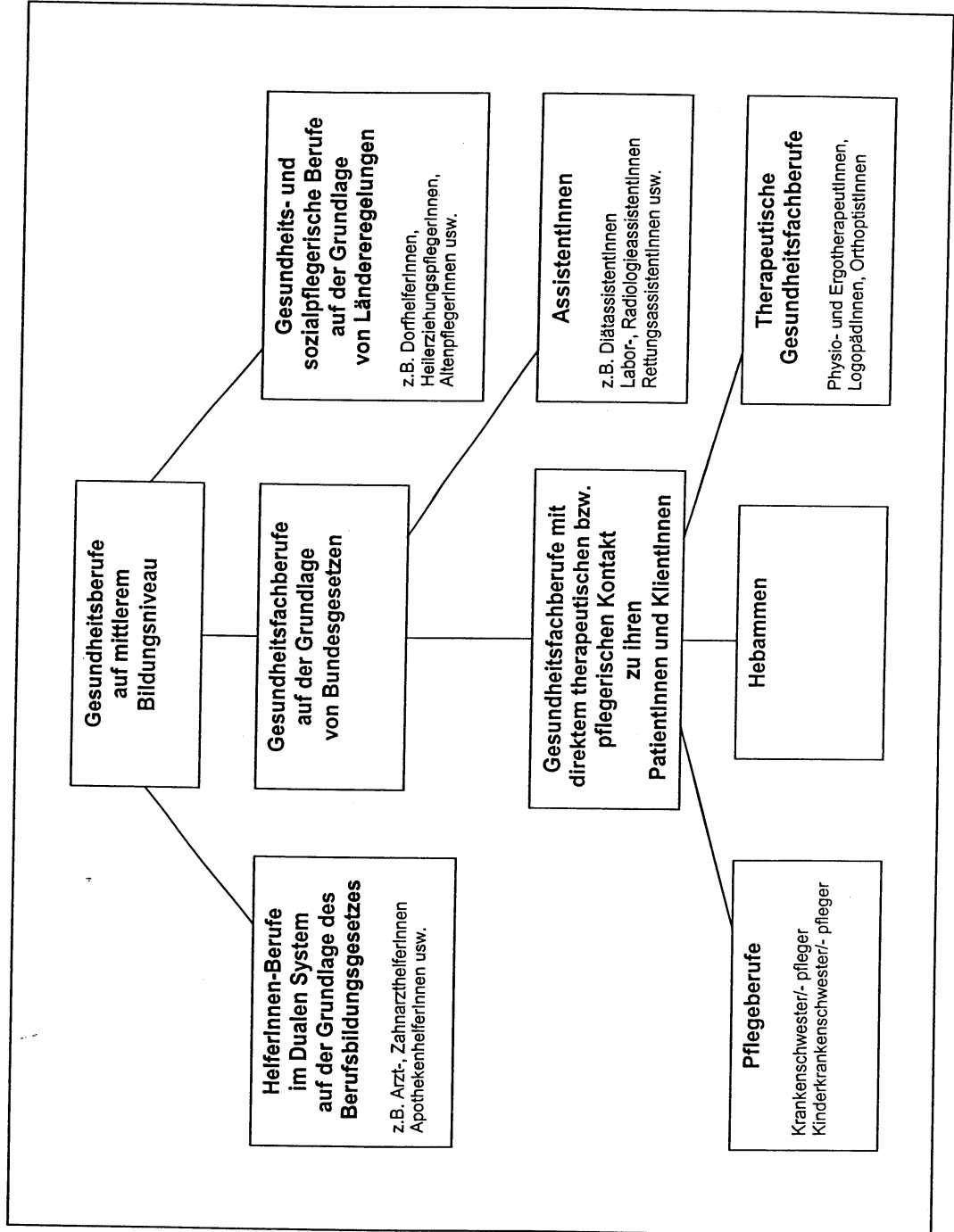
---

Vgl. Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland vom 23.5.1949 (BGBl. I S.1), zuletzt geändert am 16.7.1998 (BGBl. S. 1822).

<sup>13</sup> So hat auch der Verlag Jehle Rehm das juristische Standardwerk von Erdle „Recht der Heilhilfsberufe, Hebammen und Heilpraktiker“ zum Jahr 2000 in „Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker“ umbenannt. (vgl. Titelblatt der 33. Ergänzungslieferung, Juni 2000)

<sup>14</sup> Diese Extra-Nennung hat nicht etwa mit dem Themenschwerpunkt der vorliegenden Arbeit zu tun, sondern liegt in der Natur der Sache. Auch im Namen der AG MTG nehmen die Hebammen ja diese Sonderstellung ein, und auch von Organen, die den Hebammenberuf eher der Pflege zurechnen, werden die Hebammen in der Regel jeweils gesondert genannt (z.B. vom Deutschen Pflegeerrat).

Abbildung 1: Stellung des Hebammenberufs im Berufsfeld Gesundheit



Bei der folgenden Darstellung der beruflichen Bildung der Gesundheitsfachberufe beschränke ich mich auf diejenigen dreijährig ausgebildeten Berufe, die den direkten Kontakt mit KlientInnen bzw. PatientInnen gemeinsam haben und die deshalb auch in vielen Punkten miteinander vergleichbar sind. Es sind dies die Hebammen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen sowie die (Kinder-) Krankenschwestern und –pfleger.<sup>15</sup>

### 3.2 Rahmenbedingungen für die Ausbildung von Hebammen, der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und in der Krankenpflege: Zwei Sonderwege

Den therapeutischen Gesundheitsfachberufe, der Krankenpflege und den Hebammen ist gemeinsam, dass als *Ausbildungsvoraussetzung* der mittlere Bildungsabschluss, also eine 10-jährige Schulbildung (Realschule) ausreicht. In den Berufsgesetzen ist darüber hinaus festgeschrieben, dass auch ein Hauptschulabschluss in Verbindung mit einer abgeschlossenen mindestens 2-jährigen Berufsausbildung als Zugangsvoraussetzung anerkannt wird. In der Realität ist es jedoch so – wie auch Breddemann und Müller-Hesselbach (1998) in ihrem Bewerbungsratgeber für Gesundheitsberufe betonen –, dass viele Schulen inzwischen BewerberInnen mit Fachhochschulreife oder Abitur vorziehen.

Die eigentlich in Deutschland grundsätzlich geltende 12-jährige Schulpflicht ist für die Auszubildenden der Gesundheitsfachberufe außer Kraft gesetzt.<sup>16</sup> Diese sog. *ruhende Schulpflicht* bedeutet für die betroffenen Auszubildenden eine erhebliche Benachteiligung im Bildungssystem, weil sie nicht wie andere BerufsschülerInnen im Rahmen ihrer Berufsausbildung weitere Schulabschlüsse erwerben können. Denn völlig unabhängig vom fachlichen Niveau der konkreten Schule fehlt an diesen Schulen der Fremdsprachenunterricht sowie die Unterrichtsangebote im Bereich der muttersprachlichen Kommunikation (Deutsch), im mathematisch-naturwissenschaftlich-technischen und im gesellschaftswissenschaftlichen Bereich, die für den Erwerb der Fachhochschulreife vorgeschrieben sind.<sup>17</sup>

Um sich eine Vorstellung von der Größenordnung der Berufsausbildung in den hier näher zu betrachtenden Gesundheitsfachberufen zu machen, sei hier zunächst die Anzahl der Ausbildungsstätten genannt; hierbei ist allerdings zu bedenken, dass die Schulen sehr unterschiedlich groß sind. Neben sog. Zwergschulen mit nur einem Kurs à 15 SchülerInnen gibt es Schulen, die pro Jahrgang mehrere Klassen haben. Die kleinste Gruppe sind die OrthoptistInnenschulen, von denen es in ganz Deutschland nur 14 gibt. Hebammenschulen und Logopädieschulen existieren jeweils knapp 60; Physio- und Ergotherapie kann man an jeweils ca. 150 verschiedenen Einrichtungen erlernen und (Kinder-) Krankenpflege an über 900 Schulen.<sup>18</sup>

<sup>15</sup> Die ebenfalls zu den Gesundheitsfachberufen zählenden DiätassistentInnen und die verschiedenen medizinisch-technischen AssistentInnen haben zwar auch PatientInnen-Kontakt, sie arbeiten jedoch nicht direkt therapeutisch oder pflegerisch.

Auch die Altenpflege bleibt an dieser Stelle außen vor, weil die neue bundeseinheitliche Regelung (AltPflG) inklusive der neuen Ausbildungsverordnung noch nicht in Kraft getreten ist. Noch gilt die Altenpflege als Sozialpflegeberuf (Becker/Meifort 1994), zu dem in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgebildet wird.

<sup>16</sup> So heißt es z.B. im Niedersächsischen Schulgesetz (§ 70, Abs. 4, Satz 2): „Die Pflicht zum Besuch einer berufsbildenden Schule ruht für Schulpflichtige, die Schulen für andere als ärztliche Heilberufe besuchen, solange diese Schulen nicht (...) in den Geltungsbereich dieses Gesetzes einbezogen sind.“

<sup>17</sup> Vgl. hierzu die „Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen“, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.2.1997 und die „Vereinbarung über den Erwerb der Fachhochschulreife in beruflichen Bildungsgängen“, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 5.6.1998 i.d.F. vom 22.10.1999.

<sup>18</sup> In verschiedenen Quellen waren z.T. sehr unterschiedliche Zahlen zu finden, weshalb hier nur ungefähre Angaben zur Anzahl der Ausbildungsstätten gemacht werden können. Aus demselben

Einen unmittelbaren inhaltlichen Einblick in die hier näher zu untersuchenden Berufe vermittelt die Betrachtung der Ausbildungsziele in den Berufsgesetzen; die zumindest in allgemeiner Form darüber Auskunft geben, worin die Aufgaben des jeweiligen Berufes bestehen. Gesetzlich geschützt (im Sinne von vorbehaltenen Tätigkeiten) sind diese Aufgaben jedoch – außer bei den Hebammen – nicht. Erstaunlicherweise ist im Ergotherapeutengesetz (1998) und im Logopädengesetz (1994) nicht einmal ein Ausbildungsziel formuliert; hier hat sich der Gesetzgeber im Berufsgesetz auf den Schutz der Berufsbezeichnung beschränkt. Für diese beiden Berufe habe ich deshalb in der folgenden Darstellung auf die „Blätter zur Berufskunde“ der Bundesanstalt für Arbeit zurückgegriffen, die jeweils von Fachleuten der entsprechenden Berufsverbände verfasst werden. Die verschiedenen Quellen weisen für die therapeutischen und pflegerischen Gesundheitsfachberufe und die Hebammen folgende Ausbildungsziele bzw. Tätigkeitsbereiche aus:

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

PhysiotherapeutInnen: „Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen.“ (§ 8 MPhG)

ErgotherapeutInnen: „Die Ergotherapie hat zum Ziel, Menschen zu helfen, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorengegangene bzw. noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben wieder zu erreichen.“ (Blätter zur Berufskunde: Ergotherapeut/Ergotherapeutin, Stand Nov. 1999: 6)

Diese Handlungsfähigkeit hängt von motorischen, psychischen und geistigen Funktionen sowie von Umweltstrukturen ab. ErgotherapeutInnen sind zuständig für Handlungsprobleme in den Bereichen Heim und Familie, Schule und Arbeit sowie Hobby und Freizeit. (vgl. 7f)

LogopädInnen: „Die Aufgabe der Logopäden besteht in der Befunderhebung und Therapie von Kommunikationsstörungen. Sie beinhaltet auch die Prävention und Beratung der Patienten sowie die seiner Angehörigen und Eltern.

Ziel der logopädischen Therapie ist es, die Kommunikationsfähigkeit der Patienten wieder herzustellen oder im Rahmen einer umfassenden Rehabilitation zu verbessern oder zu kompensieren und deren soziale Integration zu fördern bzw. wieder herzustellen. Aufgabe und Ziel ist es aber auch, bei beginnenden Symptomen vorbeugend und beratend einzugreifen, um schwerere Störungen abzuwenden. Im einzelnen behandeln Logopäden Patienten (aller Altersgruppen) mit Störungen der Stimme, der Sprache, des Sprechablaufs, des Redeflusses, des Schluckvorgangs und der Nahrungsaufnahme.“ (Blätter zur Berufskunde: Logopäde/Logopädin, Stand Okt. 1999: 4)

OrthoptistInnen: „Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs dazu befähigen, insbesondere bei der Prävention, Diagnose und Therapie von Störungen des ein- und zweiaugigen Sehens bei Schielerkrankungen, Sehschwächen und Augenzittern mitzuwirken.“ (§ 3 OrthoptG)

(Kinder-) Krankenpflege: „Die Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger und für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur verantwortlichen Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten vermitteln.“ (§ 4, Abs. 1 KrPflG). In § 4 werden des weiteren einzelne Aspekte dieses Ausbildungsziels aufgezählt und kurz erläutert, nämlich: geplante Pflege, Arztassistenz, Gesundheitsförderung,

---

Grund können hier erst recht keine Angaben zur Größenordnung der Anzahl der Ausbildungsplätze gemacht werden.

Vgl. hierzu die jeweiligen „Blätter zur Berufskunde“ und die Schriftenreihe „Bildung und Beruf“ der Bundesanstalt für Arbeit, die Datenbank KURS des Arbeitsamtes, die Berufsbildungsberichte des Bundesministeriums für Forschung und Bildung, Angaben der jeweiligen Berufsverbände, sowie die Totalerhebungen von Rau (2001) zur Krankenpflegeausbildung sowie die vorliegende Untersuchung zur Hebammenausbildung.

Krankenbeobachtung, lebensrettende Maßnahmen und Verwaltungsaufgaben. Außerdem ist dort festgeschrieben, dass die Ausbildung zur Arbeit in Stations-, Funktions- und sonstigen Bereichen des Gesundheitswesens qualifizieren soll.

Ausbildungsordnungen und Ausbildungsberufsbilder wie im Dualen System (siehe oben) existieren für die Gesundheitsfachberufe nicht, d.h. dass kein genauer Weg vorgeschrieben ist, wie die jeweiligen Ausbildungsziele zu erreichen sind. Die den Berufsgesetzen<sup>19</sup> zugeordneten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen stecken jedoch den Rahmen der zu unterrichtenden Fächer und die Einsatzgebiete innerhalb der praktischen Ausbildung ab. Auch der Mindest-Stundenumfang dieser Ausbildungen ist in § 1 der jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgeschrieben. Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, gibt es hier erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Berufen.

**Tabelle 2: Mindest-Stundenumfang der Ausbildung für Hebammen, für die Krankenpflegeberufe und die therapeutischen Gesundheitsfachberufe**

Beruf	Theoretischer und praktischer Unterricht	Praktische Ausbildung	Gesamt Stundenzahl
Hebammen	1600 Std.	3000 Std.	4600
(Kinder-)Krankenpflege	1600 Std.	3000 Std.	4600
PhysiotherapeutInnen	2900 Std.	1600 Std.	4500
ErgotherapeutInnen	2700 Std.	1700 Std.	4400
LogopädInnen	1740 Std.	2100 Std.	3840
OrthoptistInnen	1700 Std.	2800 Std.	4500

Quelle: Jeweils § 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Bei der Hebammen- und Krankenpflegeausbildung ist der Gesamtstundenumfang identisch, und in beiden Ausbildungsgängen ist ein hoher Praxisanteil vorgeschrieben; eine ähnliche Gewichtung liegt bei der OrthoptistInnen-Ausbildung vor. Bei der Ergo- und Physiotherapie-Ausbildung ist das Verhältnis von Theorie und Praxis genau umgekehrt, die Logopädie-Ausbildung liegt dazwischen und verfügt insgesamt über die geringste Stundenzahl.

Wie die folgende Darstellung der Ausbildungsbedingungen der in Tabelle 2 aufgeführten Gesundheitsfachberufe zeigen wird, sind die drei Berufsausbildungen mit dem hohen Praxisanteil zwingend direkt an Krankenhäuser angebunden, während die praktische Ausbildung bei den anderen dreien nur in Kooperation mit Kliniken und anderen Einrichtungen durchgeführt wird. Eine inhaltliche Begründung für die unterschiedliche Gewichtung kann an dieser Stelle zwar nicht gegeben werden; hierzu wäre eine detaillierte vergleichende Analyse sowohl der Arbeitsinhalte als auch der jeweiligen Ausbildungsgänge erforderlich. Es kann jedoch schon bei einer ersten Betrachtung der verschiedenen Berufsausbildungen festgestellt werden, dass unter „praktischer Ausbildung“ nicht immer dasselbe zu verstehen ist: Während die Ausbildung an Hebammen- und Krankenpflegesschulen aus Gründen, die im Folgenden dargelegt werden, eher den *Charakter einer dualen Ausbildung* hat und die SchülerInnen dort auch als Arbeitskräfte zählen, ist die Ausbildung in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen *rein schulisch in Verbindung mit Praktika* organisiert.

<sup>19</sup> Die vollständigen Bezeichnungen der Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sind im Literaturverzeichnis „Gesetze, Verordnungen und Richtlinien“ aufgeführt.

### 3.2.1 Sonderweg I: Ausbildung von Hebammen und Krankenschwestern/Krankenpflegern

Junge Frauen und Männer, die den Beruf der Hebamme oder der (Kinder-) Krankenschwester bzw. des (Kinder-) Krankenpflegers erlernen wollen, besuchen staatlich anerkannte Hebammen- bzw. Krankenpflegesschulen, die von Krankenhausträgern betrieben werden und die überwiegend pflegesatzfinanziert sind. Die praktische Ausbildung erfolgt zum Großteil in der Klinik des Trägers, die SchülerInnen schließen mit diesem Träger einen Ausbildungsvertrag ab und erhalten eine tariflich vereinbarte Ausbildungsvergütung. Sie werden (nach unterschiedlichen Schlüsseln) auf den Stellenplan des Hauses angerechnet, zählen also – zumindest anteilig - als Arbeitskräfte.<sup>20</sup> Damit steht ihnen auch die Beteiligung an der betrieblichen Mitbestimmung zu (ÖTV 1998: 19). Nach Horschitz und Erdle ist das Ausbildungsverhältnis von Hebammen- und KrankenpflegeschülerInnen bei der Novellierung beider Gesetze im Jahr 1985 dem Rechtsstatus von BBiG-Auszubildenden weitgehend angeglichen worden, weil wesentliche Bestimmungen wie Form und Inhalt des Ausbildungsvertrages, Rechte und Pflichten der Schule und der SchülerInnen, der Anspruch auf Ausbildungsvergütung, die Probezeit und die Kündigung seitdem rechtsverbindlich und bundeseinheitlich geregelt sind (Horschitz/Kurtenbach 1994: 51; Erdle 37. EL, März 2002: 20.1, S. 8).<sup>21</sup>

Die Gewerkschaft ÖTV betont dagegen die Sonderstellung der Ausbildung von Hebammen und Krankenschwestern/-pflegern *zwischen* dualem und schulischem System und bedauert, dass die Bestrebungen in den 1970er und Anfang der 80er Jahre, diese Ausbildungen ins BBiG zu integrieren, fehlgeschlagen sind.<sup>22</sup> Als wesentlichen Vorteil einer Ausbildung nach dem BBiG sieht die ÖTV die paritätisch besetzten Berufsbildungsausschüsse mit ihren Mitwirkungs- und Kontrollrechten bei der Ausbildung und in Prüfungsangelegenheiten (ÖTV 1998: 18). Seinerzeit hatten sich jedoch die Kirchen als Träger zahlreicher Hebammen- und Krankenpflegesschulen mit der Rechtsauffassung erfolgreich durchsetzen können, dass die Kirchenautonomie durch solche Bestimmungen in verfassungswidriger Weise eingeschränkt würde (Isensee: 1980; Horschitz/Kurtenbach 1994: 49f; ÖTV 1998: 18).<sup>23</sup>

<sup>20</sup> Im *Kreißaal* dürfen Hebammenschülerinnen jedoch *nicht* auf den Stellenplan angerechnet werden; dies ist das Ergebnis einer mündlichen Übereinkunft aus dem Jahr 1992 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und dem Bund Deutscher Hebammen. Seinerzeit war im Rahmen von Verhandlungen über die Personalbedarfsbemessung von Hebammen im *Kreißaal* (siehe Abschnitt 2.1.2, Fußnote 26) auch über die Anrechnung der Schülerinnen gesprochen worden. Die Verhandlungspartner einigten sich auf eine Nicht-Anrechnung der Schülerinnen, weil diese nicht befugt sind, Geburten selbständig durchzuführen und daher keine Hebammen ersetzen können (vgl. die entsprechenden Protokollnotizen der DKG von 1989-1992). Die im Rahmen derselben Verhandlungen von Verbandsseite zur Sprache gebrachte Überlegung, ob nicht vielmehr der Personalschlüssel in Kreißsälen, in denen Hebammenschülerinnen ausgebildet werden, wegen der Mehrarbeit der Anleitung erhöht werden sollte, wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassen zurückgewiesen. Die Sachverständigen von DKG und GKV gingen davon aus, dass sich die durch die Anleitung von Schülerinnen entstehende Mehrarbeit und die Arbeitserleichterung, die Schülerinnen ab einem gewissen Ausbildungsstand darstellen können, die Waage halten.

<sup>21</sup> Für Ordensschwestern, Diakonissen und Diakonieschwestern gelten die Regelungen des Ausbildungsverhältnisses nach Abschnitt IV HebG und Abschnitt III KrPflG allerdings nicht, weil sie sich „in einem rechtlich besonders ausgestalteten Gewaltverhältnis befinden, das durch verfassungsrechtliche Normen besonders anerkannt und als eigenständig geschützt ist.“ (Horschitz/Kurtenbach 1994: 52)

<sup>22</sup> Vgl. hierzu auch die Arbeit von Anna-Paula Kruse (1978): „Die Krankenpflegeausbildung in ihrer unklaren Stellung zwischen dualer Ausbildung und Berufsfachschulbildung und die Bestrebungen um eine Integration in das Bildungssystem (Sekundarstufe II)“.

<sup>23</sup> Nach dem 1996 vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten wird zwar inzwischen ein auf das BBiG gestützter Ausbildungsberuf für die Pflege, für den dann nach § 25 BBiG ein Ausbildungsberufsbild und ein Ausbildungsrahmenplan erstellt werden könnte, wieder für verfassungsrechtlich unbedenklich gehalten, jedoch in Bezug auf die kirchlichen Träger nur mit der Einschränkung

Da die Gesamtverantwortung für die Ausbildung, auch für die praktische Ausbildung, bei der Schule liegt, besuchen Lehrkräfte der Schule (LehrerInnen für Hebammenwesen bzw. für Pflege) die SchülerInnen in der Klinik und leiten sie dort an, erteilen auch vor Ort Unterricht in Kleingruppen und Ähnliches. Der Umfang dieser praktischen Anleitung durch die LehrerInnen der Schule ist vollständig der Arbeitseinteilung der Schule überlassen und differiert zwischen den einzelnen Schulen erheblich. Manche LehrerInnen leiten ausgesprochen selten in der Praxis an, andere sind täglich in der Klinik präsent (siehe Abschnitt 4.1.3.2; Rau 2001: 188ff)<sup>24</sup>.

Die Hauptlast der praktischen Anleitung liegt jedoch bei den im Krankenhaus selbst arbeitenden Beschäftigten. Etliche Häuser bilden inzwischen MentorInnen für die praktische Ausbildung aus, manche stellen diese dann auch für die Anleitung (teilweise) frei (siehe Abschnitt 4.1.3.2; Domscheit et al. 1994: 67ff; Rau 2001: 190ff). Es gibt hierfür zwar keine rechtsverbindlichen Vorschriften, der Bundesverband der Krankenhausträger (DKG) empfiehlt den Krankenhausträgern jedoch, eine fortgebildete Mentorin (einen Mentor) pro 10 SchülerInnen im Personalschlüssel einzuplanen (DKG 1992). In der DDR gab es nach Auskunft meiner InterviewpartnerInnen PraxislehrerInnen, die in den Kliniken für die Ausbildung der SchülerInnen zuständig waren. Sie hatten ein berufsbegleitendes Medizinpädagogik-Studium an einer Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen (vergleichbar mit einer Fachhochschule oder Berufsakademie) absolviert. Nach der Wende wurden deren Planstellen abgebaut.

Im Hebammen- bzw. Krankenpflegegesetz (§ 6 HebG; § 5 KrPflG) ist vorgeschrieben, dass nur solche Häuser Schulen betreiben dürfen, die von ihren Geburtzahlen bzw. ihren Fachabteilungen her überhaupt in der Lage sind, eine praktische Ausbildung zu gewährleisten. Die Gesetzesauslegung ist hier allerdings dehnbar, insofern es gestattet ist, fehlende Einsatzmöglichkeiten in der eigenen Klinik durch Außeneinsätze mit kooperierenden Häusern auszugleichen. Über die Hälfte der Hebammenschulen (57%) nehmen diese Möglichkeit wahr (siehe Abschnitt 4.1.3.1); bei den Krankenpflegesschulen sind es fast alle (98% nach Rau 2001: 184), da kaum ein Krankenhausträger sämtliche für die Krankenpflegeausbildung vorgeschriebenen Einsätze selbst ermöglichen kann. Die Außeneinsätze haben jedoch einen sehr unterschiedlichen Umfang: In Häusern der Maximalversorgung finden fast alle Einsätze der PflegeschülerInnen im eigenen Haus statt, in kleinen Kreiskrankenhäusern oder Spezialkliniken (z.B. Psychiatrien) erhalten die SchülerInnen einen erheblichen Teil ihrer praktischen Ausbildung außerhalb. Wie Domscheit et al. (1994: 99ff) und Rau (2001: 182, 221) für die Krankenpflegeausbildungen evaluiert haben, stellen diese externen Einsätze ein besonderes Problem innerhalb der praktischen Ausbildung dar, weil sie inhaltlich und von der Qualität her durch die aussendende Schule kaum kontrolliert werden können und einheitliche, rechtsverbindliche Praktikumsaufträge nicht existieren. Bezüglich der Hebammenausbildung stellt sich das Thema Außeneinsätze anders dar, weil es zunächst einmal eher positiv zu bewerten ist, wenn Hebammenschülerinnen im Laufe ihrer geburtshilflichen Ausbildung mehr als nur einen Kreißaal sehen und wenn sie Gelegenheit bekommen, die freiberufliche Praxis kennen zu lernen. Die Problematik der Qualitätskontrolle stellt sich jedoch analog zur Krankenpflege.

Der theoretische und praktische Unterricht in der Hebammen- bzw. Krankenpflegeschule wird von Lehrerinnen für Hebammenwesen, LehrerInnen für Pflegeberufe, ÄrztInnen und DozentInnen weiterer Fachrichtungen erteilt. Wie aus der vorliegenden Erhebung hervorgeht, reicht die Spanne der von den Lehrerinnen für Hebammenwesen selbst unterrichteten Fächer an den verschiedenen Schulen von 3 bis 20 Fächer, wobei an der Mehrheit der Schulen über die Hälfte der Fächer an nebenamtliche DozentInnen abgegeben wird (siehe

---

kung, dass § 56 BBiG (Errichtung eines Berufsbildungsausschusses) nicht zur Anwendung käme (Friauf 1996: 113-119).

<sup>24</sup> Die Totalerhebung von Rau zur Ausbildung in der Krankenpflege (Buchveröffentlichung im Jahr 2001) wurde wie die dieser Arbeit zu Grunde liegende Untersuchung zur Hebammenausbildung im Jahr 1996 durchgeführt.



Abschnitt 4.1.2.1). Nach Rau wird an über zwei Drittel der Krankenpflegeschulen zwischen 40 und 80% des gesamten Unterrichts von nebenamtlichen DozentInnen bestritten (Rau 2001: 107).<sup>25</sup>

Weder die festangestellten Lehrkräfte noch die nebenamtlichen DozentInnen müssen ein Lehrerstudium absolviert haben. Die LehrerInnen für Hebammenwesen und für Pflegeberufe sollen jedoch nach dem Hebammen- und dem Krankenpflegegesetz über eine Fachweiterbildung verfügen.<sup>26</sup> Von den ärztlichen und anderen FachdozentInnen werden keine pädagogischen Kenntnisse, geschweige denn Weiterbildungen erwartet.

In der DDR fand die theoretische Ausbildung für Hebammen, Pflegepersonal und eine Reihe anderer Gesundheitsfachberufe gemeinsam an großen Medizinischen Berufsfachschulen statt. Die dortigen Lehrkräfte waren Diplom-MedizinpädagogInnen: Berufsangehörige verschiedener Gesundheitsfachberufe mit einem abgeschlossenen pädagogischen Universitätsstudium. Diese Theorie-LehrerInnen unterrichteten in der gesamten Schule, also in den verschiedenen Ausbildungsgängen, ihre Fächer. Die jeweilige Fachrichtungsleitung war eine Berufsangehörige des entsprechenden Berufs. Die Fachrichtung Geburtshilfe wurde also von einer Hebamme geleitet, die Fachrichtung Pflege von einer Krankenschwester usw.; auch die unterrichtenden ÄrztInnen hatten (berufsbegleitend) ein pädagogisches Weiterbildungsstudium zu absolvieren.

Nach der Wende verlor die DDR-Gesetzgebung bzgl. der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen ihre Gültigkeit, das heißt, für alle Gesundheitsfachberufe galten von da an die Berufszulassungsgesetze und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der alten Bundesländer. Zwar wurden die Medizinischen Berufsfachschulen nicht abgeschafft, sie änderten jedoch ihre Rechtsform. Die dort angestellten Diplom-MedizinpädagogInnen waren nun nach den West-Gesetzen überqualifiziert. Um ihre tarifliche Eingruppierung als akademisch ausgebildete BerufsschullehrerInnen zu erhalten, müssen sie weiterhin ihr volles Stunden-deputat (also mindestens die Hälfte ihrer wöchentlichen Arbeitszeit) auf Unterricht verwenden. Gleichzeitig sind dieselben LehrerInnen jetzt aber wegen der neuen Gesetzeslage und wegen des Abbaus der Planstellen von PraxislehrerInnen auch für die praktische Anleitung der SchülerInnen in der Klinik zuständig.

### **3.2.2 Sonderweg II: Ausbildung von Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen und OrthoptistInnen**

Die Ausbildung für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Orthoptik) erfolgt ebenfalls an Schulen, die nicht ins staatliche Berufsschulwesen integriert sind. Auch diese Schulen müssen jedoch staatlich anerkannt sein, und die Ausbildungen schließen mit einem staatlichen Examen ab.

Ein Teil dieser Schulen wird von öffentlichen Trägern, viele werden allerdings auch von freien Bildungsträgern oder als reine Privatschulen betrieben. Schulgelder von bis zu 1200 DM monatlich sind keine Seltenheit. Für den Lebensunterhalt der SchülerInnen kommen die EI-

<sup>25</sup> Darüber, ob sich an diesem hohen Anteil der nebenamtlichen DozentInnen durch die zunehmende Anzahl von HochschulabsolventInnen unter den LehrerInnen für Hebammenwesen bzw. Pflege etwas geändert hat, ist noch nichts bekannt.

<sup>26</sup> Siehe § 6 HebG und § 5 KrPflG. Die von mir verwendeten Berufsbezeichnungen „Lehrerin für Hebammenwesen“ und „Lehrer/Lehrerin für Pflege“ sind im Übrigen gesetzlich nicht geschützt, sondern in den vergangenen Jahren von den Berufsverbänden übereinstimmend eingeführt worden, um einerseits die Lehrtätigkeit dieser weitergebildeten Berufsangehörigen aufzuwerten und andererseits aber auch der Forderung nach einer regulären LehrerInnenausbildung Nachdruck zu verleihen. Im Gesetz werden noch die Begriffe Unterrichtsschwester/-pfleger bzw. Lehrhebamme/Lehrentbindungspfleger verwendet, bei denen es sich jedoch auch nicht um geschützte Berufsbezeichnungen handelt, weil die Anforderungen der diversen Weiterbildungslehrgänge völlig uneinheitlich sind und keineswegs alle Bundesländer über Weiterbildungsgesetze verfügen.

tern auf, ggf. erhalten die Auszubildenden Schüler-Bafög, manche sind auch UmschülerInnen, und viele jobben neben der Ausbildung.<sup>27</sup>

Die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf die Ausbildungsbedingungen sind sehr knapp gehalten und lassen in puncto Auslegung große Spielräume zu. Die Schulträger sind gesetzlich verpflichtet, die Ausbildung nach den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sicher zu stellen. Im Physiotherapeutengesetz (§ 9) und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeuten (§ 1) ist festgeschrieben, dass die Schulen, wenn sie nicht an Krankenhäuser angeschlossen sind, zur Gewährleistung der praktischen Ausbildung Kooperationsverträge mit anderen geeigneten Einrichtungen eingehen müssen; im Orthoptistengesetz (§ 4) ist die Anbindung an ein geeignetes Krankenhaus zwingend vorgeschrieben; das Logopädengesetz enthält dagegen keine Vorschriften für die Realisierung der praktischen Ausbildung.

Wenn eine solche Schule direkt an eine Klinik angeschlossen ist, schließen deren SchülerInnen zwar – anders als Hebammen- und KrankenpflegeschülerInnen - keinen Ausbildungsvertrag mit dem Krankenhaus ab, sondern sie gelten als PraktikantInnen; ihr Einsatz und auch ihre praktische Anleitung sind dann jedoch in den verschiedenen Fachabteilungen fester Bestandteil des Klinikalltags. Schülerinnen aus zwei verschiedenen Physiotherapieschulen freier Bildungsträger berichteten dagegen, dass sich die dortigen SchülerInnen sehr häufig selbst um ihre Praktikumsplätze bemühen müssten. Die Schule würde allerdings eine Liste zur Verfügung stellen und hätte mit verschiedenen stationären Einrichtungen und Privatpraxen auch feste Vereinbarungen bzgl. der Lerninhalte der Praktika getroffen. Bei manchen Einrichtungen müssten die Schulen pro PraktikantIn einen bestimmten Betrag bezahlen, wofür die Einrichtung dann die Praxisanleitung oder sogar Unterricht vor Ort zur Verfügung stellt.

Da die Gesamtverantwortung für die Ausbildung bei der Schule liegt, sind auch die Lehrkräfte der Schule für die Betreuung der Praktika zuständig. Diese wird wahrgenommen in Form der Auswahl der Praxisstellen (bzw. der Zustimmung zu Praktika, die sich die Schülerin selbst gesucht hat), über Praktikumsaufträge, die die SchülerInnen erfüllen müssen und die dann in der Schule reflektiert werden, und über direkte Anleitung vor Ort. Diese persönliche Anleitung differiert bei den einzelnen Schulen je nach deren Kapazitäten und der Entfernung der Praktikumsplätze vom Schulort nach Aussagen der interviewten Schülerinnen zwischen „relativ regelmäßig“ und „so gut wie nie“.

In Bezug auf die Qualifikation des Lehrpersonals schreiben die Berufsgesetze der vier therapeutischen Gesundheitsfachberufe lediglich vor, dass *überhaupt* Berufsangehörige des jeweiligen Berufs als Lehrkräfte an der Schule vorhanden sein müssen, es wird jedoch vom Gesetzgeber keine pädagogische Qualifikation erwartet. In keinem dieser Berufsgesetze ist festgelegt, dass die Schulleitung - wie bei den Hebammen und in der Krankenpflege - in der Hand von weitergebildeten Berufsangehörigen liegen muss.<sup>28</sup>

Für Angehörige der therapeutischen Gesundheitsfachberufe, die sich trotz fehlender gesetzlicher Verpflichtung für ihre Lehrtätigkeit pädagogisch qualifizieren wollen, existierten bislang sehr viel weniger Möglichkeiten als für Pflegende oder Hebammen, an einer Weiterbildungsmaßnahme zur Unterrichtskraft teilzunehmen. Zu den zahlreichen pflegespezifischen Weiterbildungen verschiedener Bildungsträger hatten die Angehörigen dieser Berufe - an-

<sup>27</sup> Vgl. die „Blätter zur Berufskunde“ für die Berufe PhysiotherapeutIn (1995), ErgotherapeutIn (1999), LogopädIn (1999) und OrthoptistIn (1993) sowie Gespräche mit Auszubildenden.

<sup>28</sup> Auf Länderebene gibt es hier jedoch inzwischen weitergehende Bestimmungen. So knüpft beispielsweise Nordrhein-Westfalen die staatliche Anerkennung von Logopädie-, Physio- und Ergotherapie-Schulen an die Bedingung, dass die Schulleitung über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung *und* über ein Berufsschullehrerstudium (oder ein Diplom-Medizinpädagogik-Studium) oder über eine einschlägige Weiterbildung zur Unterrichtskraft verfügt. (Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 6.3.1998 an die Bezirksregierungen des Landes; AZ: V B 2 - 0410.0.2).

ders als die Hebammen<sup>29</sup> - nämlich keinen Zugang. Es gab jedoch auch schon in der Vergangenheit einige wenige Weiterbildungsinstitute, die den Angehörigen *aller* Gesundheitsfachberufe offen standen und an denen diese sich zur Lehrkraft ausbilden lassen konnten.<sup>30</sup> Außerdem bieten seit nunmehr schon etlichen Jahren (zum Teil Jahrzehnten) die jeweiligen Berufsverbände Weiterbildungslehrgänge für Lehrkräfte an.<sup>31</sup> Gleichwohl muss – vor allem angesichts des Schulgründungsbooms im letzten Jahrzehnt – festgestellt werden, dass es sich bei der überwiegenden Mehrheit der lehrenden Berufsangehörigen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe lediglich um berufserfahrene und an der Ausbildung des Nachwuchses interessierte Personen, nicht jedoch um pädagogisch-didaktisch ausgebildete Lehrkräfte handelt. Dennoch werden nach Einschätzung der Berufsverbände in letzter Zeit verschiedene Faktoren wirksam, die den Anteil der qualifizierten Lehrkräfte haben ansteigen lassen: Zum einen eröffnete die Übernahme des DDR-Studiengangs Diplom-Medizinpädagogik in das Bildungssystem der Bundesrepublik Deutschland diesen Berufsangehörigen die Möglichkeit zu einem berufsfeldbezogenen pädagogischen Hochschulstudium; zum anderen existieren seit einigen Jahren einzelne fachspezifische Weiterbildungsstudiengänge (siehe Abschnitt 5.4.2). Außerdem kann ein gewisser Anteil des Bedarfs an Lehrkräften mit Personen gedeckt werden, die auf Grund ihrer individuellen Berufsbiographie über Doppelqualifikationen verfügen, z.B. über eine Berufsausbildung in einem therapeutischen Gesundheitsfachberuf *und* über ein pädagogisches Studium. Für die große Mehrheit der Schulen ist der Mangel an qualifizierten Lehrkräften jedoch eklatant, wie die Berufsverbände auch immer wieder betonen und kritisieren. (Schewior-Popp 1994: 97ff; Deutscher Verband der Ergotherapeuten 1997: 31; Meinecke-Noot 1998: 1; Tesak 1999: 16; AG MTG 2000 a+b)

### 3.3 Anerkennung der Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe innerhalb der Europäischen Union

Für die *Krankenpflege* wurden bereits drei Jahre vor den EU-Richtlinien für *Hebammen* (siehe Abschnitt 2.2.1) ebenfalls *sektorale Richtlinien* erlassen. Dabei handelt es sich wie bei den Hebammen um drei Richtlinien, in denen Maßstäbe für die Vergleichbarkeit der Ausbildungen, Bedingungen für die gegenseitige Anerkennung der Examen und die Arbeit des Beratenden Ausschusses festgelegt sind.<sup>32</sup> Die Bundesrepublik Deutschland hat diese Richtlinien 1985 mit dem Krankenpflegegesetz in nationales Recht umgesetzt. Da die Ausbildungsrichtlinie 77/453/EWG für die Krankenpflege nur eine 10-jährige Schulbildung vor der Berufsausbildung (vgl. Art. 1, Abs. 2a) fordert, bestehen hier keine Differenzen zwischen dem deutschem Krankenpflegegesetz und den EU-Vorgaben, das heißt, Krankenschwestern mit deutschem Examen können grundsätzlich ohne Auflagen im europäischen Ausland arbeiten.

Für die Hebammen aber besteht – wie in Abschnitt 2.2.1 erläutert – das Problem, dass ihr staatliches Examen zwar auf Grund der Ausbildungsrichtlinie 80/155/EWG anerkannt wird, dass sie jedoch wegen der geringen Eingangsvoraussetzung (mittlerer Bildungsabschluss)

<sup>29</sup> Knapp die Hälfte der von mir befragten Lehrerinnen für Hebammenwesen hatten pflegespezifische Weiterbildungsmaßnahmen verschiedener Anbieter (Gewerkschaften, Pflegeverbände, Krankenhaussträger) besucht (siehe Abschnitt 4.2.3).

<sup>30</sup> So begann die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege (DZV) in Frankfurt bereits 1969, berufsübergreifende Weiterbildungslehrgänge für Lehrkräfte der Gesundheitsberufe anzubieten. Beim Aufbau dieser Maßnahme war der Berufsverband der Physiotherapeuten (ZVK) maßgeblich beteiligt (Schewior-Popp 1994: 98f). Auch Hebammen nutzten diese Weiterbildung zur Lehrkraft: Die DZV wurde bei der Frage, wo die Lehrerin für Hebammenwesen ihre Weiterbildung absolviert hätte, an dritter Stelle genannt (siehe Abschnitt 4.2.3).

<sup>31</sup> Vgl. hierzu: Deutscher Verband der Ergotherapeuten 1997: 30; Meinecke-Noot 1998: 2; Tesak 1999: 16; Schewior-Popp 1994: 98f.

<sup>32</sup> Richtlinien des Rates 77/452/EWG und 77/453/EWG vom 27.6.1977, beide zuletzt geändert durch Richtlinie des Rates 2001/19/EG vom 14.5.2001; Beschluss des Rates 77/454/EWG vom 27.6.1977 (Erdle 37. EL, März 2002: 40.5.1, 40.5.2, 40.5.3).

im europäischen Ausland in der Regel zusätzlich zum Examen zwei Jahre Berufserfahrung vorweisen müssen.

Für die *therapeutischen Gesundheitsfachberufe* existieren keine vergleichbaren *sektoralen* EU-Richtlinien wie für Hebammen und für die Krankenpflege. Für sie wie für eine Reihe anderer Berufe gelten die sog. *Allgemeinen Richtlinien* des Rates 89/48/EWG und 92/51/EWG in der jeweils gültigen Fassung (letzte Änderungen 2001). Diese Richtlinien regeln die Anerkennung von Diplomen, die eine mindestens dreijährige berufsqualifizierende Hochschul- ausbildung oder eine berufliche Ausbildung unterhalb des Hochschulbereichs belegen.<sup>33</sup>

Da die allgemeinen Richtlinien keine Berufsbilder oder Ausbildungsprofile beschreiben, muss für die Anerkennung eines bestimmten Diploms zunächst die *funktionale Gleichartigkeit* des betreffenden Berufs in den jeweiligen Ländern geprüft werden. Bei Nicht-Übereinstimmung kann der Aufnahmestaat von der Antragstellerin die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen verlangen (Berufserfahrung und/oder Anpassungslehrgang bzw. Eignungsprüfung).

Für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe der Bundesrepublik Deutschland besteht das grundsätzliche Problem, dass die Ausbildung auf Sekundarebene erfolgt, während fast alle EU-Mitgliedsstaaten für den Zugang zu diesen Berufen eine Hochschulzugangsberechtigung fordern und die dort drei- bis vierjährige Ausbildung auf Hochschulniveau ansiedeln. Das heißt, dass sogar im Fall weitgehender Übereinstimmung der Ausbildungsinhalte die Anerkennung des Examens wegen der niedrigeren Eingangsvoraussetzung an die Bedingung eines Anpassungslehrgang oder einer Eignungsprüfung geknüpft werden kann und in der Regel auch wird.

Bevor in Kapitel 5 die verschiedenen Vorschläge der Kultusministerkonferenz, des Wissenschaftsrats, des Bundesinstitut für Berufsbildung und der einzelnen Berufsverbände vorgestellt und erörtert werden, wie der hier geschilderten Berufsbildungsmisere der Gesundheitsfachberufe zu begegnen sei, wird im folgenden Kapitel 4 die Qualifizierung von Hebammen ausführlich an Hand der von mir durchgeführten empirischen Untersuchung dargestellt.

---

<sup>33</sup> Vgl. hierzu die EU-Richtlinie 89/48/EWG und 92/51/EWG incl. Ergänzungs-Richtlinien, sowie die KMK-Merkblätter der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen von 1998, 1999, 2000 (siehe Literaturverzeichnis „Gesetze, Verordnungen und Richtlinien“).

In Deutschland gelten diese Richtlinien im sog. „Paramedizinischen und sozialpädagogischen Bereich“ zur Zeit für folgende reglementierte Berufe unterhalb des Hochschulbereichs: Ergo- und PhysiotherapeutIn, LogopädIn, OrthoptistIn, ErzieherIn, HeilpädagogIn, Kinderkrankenschwester/ -pfleger, Psychiatrische Fachkrankenschwester/ -pfleger, Medizinisch-technische AssistentIn, Diät-assistentIn, SprachtherapeutIn. (vgl. Anhang C der Richtlinie 95/43/EG vom 20.7.1995).

## 4 Qualifizierung von Hebammen in den bestehenden Strukturen von Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Qualifizierung von Hebammen beginnt mit der Grundausbildung und setzt sich im weiteren Berufsleben fort. Der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung liegt auf der Bestandsaufnahme der Grundausbildung (Abschnitt 4.1). Im anschließenden Abschnitt 4.2 wird dann in knapper Form der Bereich der Fort- und Weiterbildung vorgestellt, der im Sinne eines lebenslangen Lernens nicht mehr aus der berufssoziologischen Diskussion um berufliche Bildung und Professionalisierung wegzudenken ist.<sup>1</sup> Die Studienmöglichkeiten für Hebammen werden dagegen erst im darauffolgenden Kapitel 5 im Zusammenhang mit dem Bildungskonzept des Bundes Deutscher Hebammen und mit den derzeitigen Studienmöglichkeiten der anderen Gesundheitsfachberufe dargestellt, weil es sich nicht um bereits etablierte hebammenspezifische Studiengänge handelt, sondern vielmehr um erste Ansätze einer möglichen Akademisierung, die zur Zeit gemeinsam oder zumindest parallel mit der Berufsgruppe der Pflege und den therapeutischen Gesundheitsfachberufen angestrebt wird.

### 4.1 Bestandsaufnahme der Ausbildungsrealität an den Hebammenschulen in Deutschland

Die Ausbildungsbedingungen an den seinerzeit 56 Hebammenschulen in Deutschland<sup>2</sup> waren Gegenstand der empirischen Erhebung aus dem Jahr 1996 (Zoege 1997), welche den Grundstock der vorliegenden Arbeit bildet. Da die Befragungsergebnisse, wie in der Einleitung erläutert, noch unvermindert aktuell sind, werden im Folgenden die Ergebnisse dieser Untersuchung - in gekürzter Form und ergänzt um einige neuere Entwicklungen - wiedergegeben.

Gerade was jedoch einige *Grunddaten* wie die Anzahl der Ausbildungsplätze oder der Lehrerinnen-Planstellen angeht, ist zur Zeit durch die Umstrukturierung bei der Krankenhausfinanzierung einiges in Bewegung geraten.<sup>3</sup> Trotz langer Wartelisten von interessierten jungen Frauen, die gerne Hebamme werden möchten, bauen manche Krankenhausträger derzeit Ausbildungsplätze ab bzw. setzen vorläufig eine Aufnahme von Schülerinnen aus. Aus diesem Grund wird bei der Beschreibung der Strukturdaten der Hebammenschulen auf *Details* bzgl. Auszubildenden-Zahlen, Schulgrößen usw. verzichtet,<sup>4</sup> weil in diesem speziellen Punkt die Daten von 1996 (Zoege 1997: 20ff) nicht mehr als aktuell anzusehen sind und das neue Schulverzeichnis des BDH vom Februar 2002 (siehe Anhang) bei einer Reihe von Schulen entweder keine Angaben enthält oder die vorläufige Nichtbesetzung von Ausbildungsplätzen nicht berücksichtigt.

<sup>1</sup> Kaum erforscht ist dagegen die *Bedeutung des informellen Austauschs* der Berufsangehörigen untereinander für die Ausweitung ihres beruflich relevanten Wissens. Dieser fachliche Austausch wurde mir zwar immer wieder von Hebammen als besonders wichtig für die Weiterentwicklung der eigenen beruflichen Kompetenzen dargestellt (vgl. hierzu auch Kirkham 1996: 183ff), dies eingehender zu untersuchen hätte jedoch den Forschungsrahmen der vorliegenden Untersuchung gesprengt.

<sup>2</sup> Was die Anzahl der Hebammenschulen angeht, ist seit 1996 eine einzige Veränderung eingetreten: die Gründung einer neuen Schule mit 48 Ausbildungsplätzen in Augsburg. Das heißt, Hebammenausbildung findet in Deutschland derzeit an 57 Schulen statt, an einer 58. Schule (in Rotenburg/Wümme) werden darüber hinaus einjährige Anpassungslehrgänge für Hebammen aus Osteuropa angeboten. Diese Schule wird in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht mitgezählt, weil es sich bei dem Anpassungslehrgang nicht um eine grundständige Hebammenausbildung handelt und die Schule somit mit den anderen Schulen nicht vergleichbar ist. vgl. hierzu das Verzeichnis der Hebammenschulen des BDH von 1996 und 2002 (siehe Anhang).

<sup>3</sup> Zur Finanzierung der zukünftigen Ausbildung vgl. den Ausblick (Abschnitt 7.5).

<sup>4</sup> Die entsprechenden Tabellen der Schulbefragung werden jedoch in den Anhang der vorliegenden Arbeit aufgenommen; im Text wird jeweils auf sie verwiesen.

### 4.1.1 Strukturdaten der Hebammenschulen

Trotz des gesetzlich abgesteckten Rahmens differieren die konkreten Ausbildungsbedingungen vor Ort und die Qualität der Ausbildung an den Hebammenschulen in Deutschland erheblich. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, in der nur grobe Stundenvorgaben jeweils für ganze Fachgebiete gemacht werden, wird an den verschiedenen Schulen sehr unterschiedlich gefüllt; ein allgemeinverbindliches Curriculum existiert weder für die theoretische noch für die praktische Ausbildung. Die Ausstattung der Schulen weist große Unterschiede auf. Außerdem werden die Schulen in unterschiedlicher Trägerschaft geführt<sup>5</sup> und sind sehr verschiedenen Krankenhäusern angegliedert. Zwischen den Schulen in den alten und neuen Bundesländern bestehen zudem historisch gewachsene Unterschiede bedingt durch das unterschiedliche Berufsbildungssystem in der BRD und der DDR.

Die nachstehende Tabelle 3 veranschaulicht, wie sich die Hebammenschulen innerhalb Deutschlands auf die einzelnen Bundesländer verteilen. Aus der Tabelle wird außerdem ersichtlich, dass die für die Ausbildungsstätten der Gesundheitsfachberufe zuständigen Behörden in den einzelnen Ländern auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind, wobei hier allerdings nur die Zuständigkeiten bzgl. Prüfungsangelegenheiten und Anerkennung der Schulen aufgeführt sind (nach Erdle 37. EL, März 2002). Die Schulbefragung 1996 ergab darüber hinaus eine Fülle weiterer Zuständigkeiten: So sind zwar die Bezirksregierungen (Regierungspräsidien) oder in den Stadtstaaten die Senatsverwaltungen jeweils die nächsten Ansprechpartner für die Schule (sie entsenden beispielsweise eine Medizinalbeamtin oder einen Medizinalbeamten in die Prüfung), die Bezirksregierungen unterstehen jedoch ihrerseits *verschiedenen* Ministerien. In Niedersachsen beispielsweise wurden „Mindestanforderungen an Lehranstalten für nichtärztliche Heilberufe“<sup>6</sup> vom Kultusministerium erlassen, deren Einhaltung dann aber von der jeweiligen Bezirksregierung überwacht wird; wenn es in diesem Bundesland allerdings um Belange geht, die mit der Trägerschaft der Schule zu tun haben (z.B. Personalangelegenheiten oder Etat), so ist das Sozialministerium oberster Dienstherr der zunächst zuständigen Bezirksregierung.

Bayern ist das einzige westliche Bundesland, in dem die Hebammenschulen als staatliche Berufsfachschulen dem Schulgesetz und damit in Bezug auf die Schulaufsicht dem Kultusministerium unterstehen; die Lehrerinnen für Hebammenwesen sind dort daher vom Land und nicht vom Krankenhausträger angestellt.<sup>7</sup>

Auch in den neuen Bundesländern sind die ausbildenden Krankenhäuser *nicht* gleichzeitig Schulträger. Die Medizinischen Berufsfachschulen waren in der DDR als staatliche Schulen für verschiedene Gesundheitsfachberufe dem Ministerium für Gesundheitswesen unterstellt und wurden nach der Wende den Kultus- oder Wissenschaftsministerien der neuen Bundesländer zugeordnet. Für bestimmte Belange sind dort inzwischen auch die Bezirksregierungen zuständig, aber die andere Geschichte und der andere Charakter der Medizinischen Berufsfachschulen spiegeln sich auch darin wieder, dass sie weiterhin unter die Schulaufsicht fallen. Und obwohl die Hebammenschulen in den neuen Bundesländern wie im Hebammenge-

<sup>5</sup> Im Westen handelt es sich bei drei Vierteln der Träger um öffentliche Träger (Land oder Kommune), bei einem Viertel um kirchliche oder private; die Ost-Schulen sind alle staatlich (s. Anhang, Tabelle 19). Es konnten keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Trägern in Bezug auf die verschiedenen Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung festgestellt werden, weshalb in der folgenden Ergebnisdarstellung auch nicht nach Trägern, sondern jeweils nach den für die Fragestellung relevanten Kriterien unterschieden wird.

<sup>6</sup> Niedersächsische Landesregierung (Kultusministerium): Mindestanforderungen für nichtärztliche Heilberufe, Nds.MBL Nr. 7/1990: 186f.

<sup>7</sup> Diese Sonderstellung Bayerns hängt damit zusammen, dass bereits in den 1980er Jahren Pläne bestanden, die theoretische Ausbildung für Krankenschwestern und Hebammen in die Schulgesetze der Länder zu übernehmen; nach der damaligen Fassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sollte dieser Prozess 1988 abgeschlossen sein. Bayern hat daraufhin sein Schulgesetz auch für diese Schulen geöffnet, während die anderen Länder wegen der damit verbundenen Mehrausgaben 1987 eine erfolgreiche Bundesratsinitiative gegen diese Pläne starteten und sie damit zu Fall brachten. (mdl. Auskunft Frau Herkommer, niedersächsisches Kultusministerium)

setz vorgesehen eigenständige Schulen sind, sind sie gleichzeitig jeweils Teil der größeren Berufsfachschule, haben zusammen mit den anderen Fachrichtungen eine Gesamtschulleitung und nutzen die Ausstattung (Bibliotheken, Demonstrationsräume, Medien usw.) gemeinsam. Als Lehrerinnen für Hebammenwesen sind dort (wie in Abschnitt 3.2.1 bereits ausgeführt) Hebammen mit einem Abschluss in Diplom-Medizinpädagogik angestellt, die in erster Linie die Hebamenschülerinnen, aber auch Schülerinnen der anderen Fachrichtungen unterrichten.

**Tabelle 3: Anzahl der Hebammenschulen pro Bundesland und zuständige Landesbehörden**

<b>Bundesland</b>	<b>Anzahl Schulen</b>	<b>Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung</b>	<b>Anerkennung der Schulen bzw. Lehranstalten</b>
Baden-Württemberg	8	Regierungspräsidien	Regierungspräsidien
Bayern	8	Regierungen	Regierungen
Berlin	2	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Brandenburg	0	Landesamt für Soziales und Versorgung (Landesgesundheitsamt)	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
Bremen	1	Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales	Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Hamburg	1	Landesprüfungsamt für Heilberufe	Landesprüfungsamt für Heilberufe
Hessen	4	Regierungspräsidien	Regierungspräsidien
Mecklenburg-Vorpommern	1	Landesprüfungsamt für Heilberufe	Sozialministerium
Niedersachsen	10	Bezirksregierungen	Bezirksregierungen
Nordrhein-Westfalen	10	Kreise u. kreisfreie Städte (Gesundheitsämter)	Bezirksregierungen
Rheinland-Pfalz	3	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung	Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
Saarland	2	Landesamt für Arbeitssicherheit, Immissionschutz und Gesundheit	Landesamt für Arbeitssicherheit, Immissionschutz und Gesundheit
Sachsen	3	Regierungspräsidien	Kultusministerium
Sachsen-Anhalt	2	Landesamt für Versorgung und Soziales	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Schleswig-Holstein	1	Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit	Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit
Thüringen	2	Landesverwaltungsamt	Kultusministerium

Quellen: *BDH-Verzeichnis aller 58 Hebammenschulen vom Februar 2002, Erdle 37. EL, Januar 2002 (Abschnitt 04: Zuständige Landesbehörden)*

Auch im Westen gibt es eine ganze Reihe von Hebammenschulen, die eine engere oder lose Verbindung mit weiteren Schulen für andere Gesundheitsfachberufe (in der Regel Krankenpflege) eingegangen sind. Da dieser Sachverhalt im Vorfeld der Schulbefragung jedoch nicht ausreichend bekannt war, wurden im Fragebogen keine gezielten Fragen nach der Kooperation mit Schulen anderer Fachrichtungen aufgenommen, sodass die wenigen, eher zufällig zu Tage getretenen Informationen zu diesem Thema nicht repräsentativ sind. Grundsätzlich gab es jedoch in den alten Bundesländern bisher keine großen Berufsfachschulen mit verschiedenen Fachrichtungen, sondern höchstens Schulzentren, die verschiedene Einzel-Schulen unter ihrem Dach vereinigen und bis zu einem gewissen Grad die materielle Ausstattung gemeinsam nutzen oder über einen gemeinsamen Dozentenpool verfügen.<sup>8</sup>

Die Spanne der Auszubildenden-Zahlen liegt in den alten Bundesländern pro Schule zwischen 12 und 90 Schülerinnen, die sich auf ein bis maximal vier Kurse verteilen. In den neuen Bundesländern haben manche Schulen wie zu DDR-Zeiten drei Kurse, andere bestehen heute (2002) nur noch aus einem einzigen Kurs.<sup>9</sup> Im Unterschied zu den sog. Zwergschulen im Westen sind diese sehr kleinen Schulen im Osten jedoch nicht isoliert, weil sie als Fachklassen für Hebammenwesen in die größere Institution der Medizinischen Berufsfachschule eingebunden sind. Die Anzahl der Lehrerinnen für Hebammenwesen reichte 1996 an den verschiedenen Schulen von eins bis sechs, wie Tabelle 4 veranschaulicht.

Durchschnittlich kamen 1996 bundesweit 16 Hebammenschülerinnen auf eine Lehrerin für Hebammenwesen,<sup>10</sup> die Streuung war jedoch sehr breit. So gab es als Extreme auf der einen Seite Schulen mit nur einem Kurs und 2 Lehrerinnen (Verhältnis 1:8), auf der anderen Seite Schulen, bei denen wegen unbesetzter Planstellen eine Lehrerin jeweils 2 Kurse zu betreuen hatte (Verhältnis 1:32 bzw. 35). Die überwiegende Mehrheit der Schulen bewegte sich jedoch in Bezug auf das Lehrerinnen-Schülerinnen-Verhältnis im Bereich zwischen 1:11 und 1:20 (siehe Anhang, Tabelle 22).

---

<sup>8</sup> Auf *neuere Entwicklungen* in diesem Bereich, die eng auch mit der Problematik der Finanzierung der Ausbildung verknüpft sind, kann hier nicht eingegangen werden, weil diese im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht mehr systematisch erhoben werden konnten. Nach einer Erhebung des Bundeshebammenschülerinnenrates waren im Jahr 2001 ein Viertel der vom BHSR befragten Schulen (nämlich 9 von 36) in andere Schulen integriert bzw. Teil eines Schulzentrums (BHSR 2001: o.S.).

Auf der Jahrestagung der Lehrerinnen für Hebammenwesen im Januar 2002 wurde deutlich, dass einige Träger gerade in jüngster Zeit verstärkt die Zusammenlegung verschiedener Schulen für Gesundheitsfachberufe anstreben oder bereits realisiert haben. Im Erfahrungsaustausch der Lehrerinnen wurden die Chancen großer Berufsfachschulen ebenso diskutiert wie die Gefahren für die kleine Berufsgruppe der Hebammen, wenn ihre Schülerinnenzahlen nahezu untergehen (im Bildungszentrum für Gesundheitsberufe in Hamburg kommen z.B. auf 1100 Ausbildungsplätze für Krankenschwestern/pfleger 60 für Hebammen; vgl. Hebammenforum 10/2001: 720f) und gelegentlich sogar die Ausbildung nach dem Hebammengesetz gefährdet erscheint. (vgl. hierzu auch Kehr- bach 2001b: 355f)

<sup>9</sup> Siehe Anhang: Schulverzeichnis und Tabelle 20 und Tabelle 21.

Die *Kursgrößen* differierten 1996 zwischen 12 und 30 Schülerinnen pro Kurs; an über der Hälfte der Schulen waren jedoch kleine Klassen mit bis zu 15 Schülerinnen die Regel (Tabelle 21).

<sup>10</sup> Verhältnis Ausbildungsplätze zu Lehrerinnen-Planstellen: 15,5:1, Verhältnis Schülerinnen zu besetzten Lehrerinnen-Stellen 16,4:1 (errechnet aus Tabelle 20 und Abbildung 9 im Anhang).



**Tabelle 4: Lehrerinnen-Planstellen und Anzahl der Kurse 1996**

(n = 46 Schulen)

LfH-Planstellen pro Schule	Schulen West	Kurse pro Schule	Schulen Ost	Kurse Pro Schule
1 Stelle	3	3x1 Kurs	-	-
1,5 Stellen	4	3x1 Kurs 1x3 Kurse	-	-
1,75 Stellen	1	1x2 Kurse	-	-
2 Stellen	14	2x1 Kurs 10x2 Kurse 2x3 Kurse	3	2x2 Kurse 1x3 Kurse
3 Stellen	11	1x2 Kurse 10x3 Kurse	2	2x3 Kurse
3,5 Stellen	2	2x3 Kurse	-	-
4 Stellen	3	3x3 Kurse	-	-
4,5 Stellen	2	2x3 Kurse	-	-
6 Stellen	1	1x4 Kurse	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>	<b>8x1 Kurs</b> <b>12x2 Kurse</b> <b>20x3 Kurse</b> <b>1x4 Kurse</b>	<b>5</b>	<b>2x2 Kurse</b> <b>3x3 Kurse</b>

Quellen: Fragebogen-Frage 1.8; BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996

Nach dem Hebammengesetz (§ 6 Abs. 2 Nr.1) *muss* jede Hebammenschule von einer Lehrerin für Hebammenwesen geleitet werden; ihr *kann* eine ärztliche Schulleitung zur Seite stehen, was in allen West-Schulen auch der Fall ist. Alle 5 Ost-Schulen haben seinerzeit angegeben, dass sie keine ärztliche Schulleitung hätten: Hier fungiert die Hebammen-Schulleitung als Fachrichtungsleitung, die der Gesamtschulleitung untersteht. In Gesprächen wurde allerdings deutlich, dass die Chefärzte auch in den neuen Bundesländern zum Teil sehr engagiert an der Ausbildung teilhaben, die *Institution* der Medizinischen Berufsfachschule ist jedoch in erster Linie ein Schulbetrieb, dessen Belange zunächst und vor allem von den Lehrerinnen geregelt werden. In den alten Bundesländern dagegen sind viele Hebammenschulen sehr eng (manche auch in langer Tradition) mit der jeweiligen Frauenklinik und deren ärztlichen Geburtshelfern verbunden. So gab die Mehrzahl der Schulen im Westen an, dass ihre jeweiligen Chefärzte ihre Schulleitungsfunktionen auch aktiv wahrnehmen, indem sie z.B. an der Auswahl der Schülerinnen und am Examen teilnehmen sowie selbst Unterricht erteilen (siehe Anhang, Tabelle 23).<sup>11</sup>

Zu den Strukturdaten von Hebammenschulen gehört auch deren materielle Ausstattung, die an den befragten Schulen sehr unterschiedlich ist (Zoege 1997: 28ff). Die Spanne reicht hier von großzügiger Ausstattung bis hin zu gravierenden Mängeln, z.B. in Form von Raumnot, ausgemusterten Materialien oder Bibliotheken, die an einzelnen Schulen ein Regalbrett nicht überschreiten (siehe hierzu auch Abschnitt 4.1.2.2).

Die Hebammenausbildung umfasst gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mindestens 4600 Stunden, aufgeteilt auf 1600 Stunden Theorie und 3000 Stunden Praxis. Wie sich

<sup>11</sup> Über die Hälfte der West-Schulen hat angegeben, dass die Erteilung von Unterricht an ihrer Schule in den Aufgabenbereich der ärztlichen Schulleitung falle. Aus den Interviews mit den Lehrerinnen für Hebammenwesen und mit Schülerinnen ging dann allerdings einschränkend hervor, dass Chefärzte sehr oft den Unterricht an ihre Ober- oder AssistenzärztInnen delegieren, und außerdem, dass sie nicht in zufriedenstellender Weise dafür sorgen, dass es zu möglichst wenig Unterrichtsausfall kommt (s. Tabelle 9 in Abschnitt 4.1.2.1). (Zum Arztunterricht an Ost- und Westschulen siehe außerdem Abschnitt 4.1.2.1 und 4.1.3.2)

diese Stunden im Detail auf die verschiedenen Unterrichtsfächer und Praxiseinsätze verteilen, wird in den Abschnitten zur theoretischen und praktischen Ausbildung eingehend dargestellt. Hier soll zunächst nur auf den Umstand verwiesen werden, dass den Schulen durch die Differenz zwischen Mindestausbildungszeit und tariflicher Arbeitszeit der Schülerinnen ein nicht unerheblicher Gestaltungsspielraum entsteht, wie Abbildung 2 veranschaulicht.<sup>12</sup>

**Abbildung 2: Stundenumfang der Hebammenausbildung**

<b>Ausbildungszeiten</b>	<b>Arbeitszeit West: 38,5 Std./Woche</b>	<b>Arbeitszeit Ost: 40 Std./Woche</b>
52 Wochen x 3 Jahre	6006,0 Std.	6240,0 Std.
5 Wochen Urlaub x 3 Jahre	- 577,5 Std.	- 600,0 Std.
2 Wochen Feiertage x 3 Jahre	- <u>231,0 Std.</u>	- <u>240,0 Std.</u>
<b>Tarifliche Arbeitszeit</b>	<b>5197,5 Std.</b>	<b>5400,0 Std.</b>
Gesetzl. Mindest-Ausbildungszeit	- <u>4600,0 Std.</u>	- <u>4600,0 Std.</u>
<b>Spielraum</b>	<b>597,5 Std.</b>	<b>800,0 Std.</b>

Quelle: HebAPrV §1 Abs.1 und eigene Berechnungen

Die unterschiedliche tarifliche Arbeitszeit in West und Ost bewirkt, dass den West-Schulen ein Gestaltungsspielraum von knapp 600 Stunden (= 15,5 Wochen) und den Ost-Schulen 800 zusätzliche Stunden (= 20 Wochen) zur Verfügung stehen. In den Interviews mit Lehrerinnen für Hebammenwesen fiel zunächst auf, dass dieser Umstand einer Reihe von ihnen gar nicht bewusst war. Dies hängt offensichtlich damit zusammen, dass die „Spielraum-Stunden“ in der Realität oftmals dafür verwendet werden müssen, Fehlzeiten von Schülerinnen auszugleichen, damit diese auf die gesetzlich vorgeschriebenen Einsatzzeiten in den verschiedenen Abteilungen kommen. Schöpft eine West-Schülerin die gesetzlich maximal zugelassene Fehlzeit von 12 Wochen aus, so bleiben für sie persönlich nur noch 3,5 Wochen frei verplanbarer Ausbildungszeit; eine Ost-Schülerin in derselben Situation hätte dagegen noch 8 Wochen übrig. Individuell anfallende Fehlzeiten können jedoch nicht Bestandteil der Ausbildungsplanung der Schulen sein, zumal die Fehlzeiten einzelner Schülerinnen ja auch wesentlich niedriger ausfallen können. Wie die zusätzlichen Stunden konkret von den Schulen verplant werden, wird jeweils am Anfang von Abschnitt 4.1.2 und 4.1.3 dargestellt.

<sup>12</sup> Bei den Berechnungen handelt es sich um Überschlagsrechnungen, die von Jahr zu Jahr und von Schülerin zu Schülerin differieren können, je nachdem, auf welche Wochentage die gesetzlichen Feiertage fallen und wie alt die Schülerin ist, d.h. auf wie viele Tage Urlaub sie Anspruch hat.

## 4.1.2 Theoretische Ausbildung

### 4.1.2.1 Fächeraufteilung und Lehrkräfte

Die theoretische Ausbildung beträgt laut Hebammengesetz einen Mindestumfang von 1600 Stunden, deren Aufteilung auf die verschiedenen Fächer in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgelegt ist (siehe Tabelle 5). Darüber hinaus gehende *rechtsverbindliche* Rahmenlehrpläne gibt es (außer für Bayern und Sachsen) nicht.

Es existieren jedoch zur Ausdifferenzierung der groben Stundenaufteilung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verschiedene sogenannte Curricula, die den Lehrerinnen für Hebammenwesen Anhaltspunkte geben, wie sie den Lernstoff auffächern und verteilen können. Das „BDH-Curriculum“, das 1990 vom Berufsverband herausgegeben wurde, wurde seinerzeit von 12 Lehrerinnen für Hebammenwesen aus 6 Schulen erarbeitet und stellt in erster Linie einen sehr detaillierten Stoffverteilungsplan dar; außerdem enthält es Literaturhinweise für die verschiedenen Themengebiete.<sup>13</sup>

Des Weiteren gibt es seit 1993 einen vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst herausgegebenen Lehrplan<sup>14</sup>, der von fünf bayrischen Schulen in Zusammenarbeit mit einer Reihe von Ärztinnen und Ärzten erarbeitet wurde. Es handelt sich hierbei ebenfalls um einen detaillierten Stoffverteilungsplan; außerdem sind die Themengebiete mit einleitenden Texten versehen und einige Fächer wurden, um Überschneidungen zu vermeiden und der Zerstückelung von zusammengehörigen Inhalten nach Einzelfächern entgegenzuwirken, zu größeren Einheiten zusammengefasst.<sup>15</sup> Darüber hinaus werden Lernziele<sup>16</sup> und Lerninhalte gesondert ausgewiesen und fast alle Unterrichtseinheiten mit didaktischen Hinweisen versehen. Dieser als „Bayrisches Curriculum“ bekannte Lehrplan bildet zusammen mit dem bayrischen Schulgesetz die verbindliche Unterrichtsgrundlage für die Hebammenschulen sowohl in Bayern als auch in Sachsen.

44 der 46 befragten Schulen gaben im Fragebogen an, mit einem dieser beiden Lehrpläne zu arbeiten, wobei eine Blitzumfrage auf der Jahrestagung der Lehrerinnen für Hebammenwesen im Januar 1997 ergab, dass ca. 2/3 der Schulen sich am „BDH-Curriculum“ und 1/3 am „Bayrischen Curriculum“ orientieren. Drei Schulen hatten zudem noch eigene Lehrpläne entwickelt.

Tabelle 5 stellt zum einen die gesetzlich vorgeschriebene Aufteilung der Unterrichtsfächer dar, zum anderen gibt sie einen Überblick, welche Lehrpersonen in den Hebammenschulen welche Fächer unterrichten.

<sup>13</sup> Bund Deutscher Hebammen, Lehrplan für die Hebammenausbildung, Karlsruhe 1990a.

<sup>14</sup> Bayerisches Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst, Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen, München 1993

<sup>15</sup> So wurden die Fächer Wochen-, Neugeborenen- und Säuglingspflege zu einer Einheit zusammengefasst, ebenso die Fächer Biologie, Anatomie und Physiologie und die Fächer Psychologie, Soziologie und Pädagogik. (vgl. hierzu die Einleitungstexte auf den Seiten 64, 78, 182)

<sup>16</sup> Neben den bayrischen Schulen gaben 8 weitere Hebammenschulen (2 davon aus den neuen Bundesländern) an, mit schriftlich fixierten Lernzielen für die einzelnen Abschnitte der theoretischen Ausbildung zu arbeiten. *Quelle: Fragebogen-Frage 3.11*

**Tabelle 5 a: Wer unterrichtet welches Fach? Schulen Ost**

(n = 5 Schulen, Mehrfachnennungen)

Fach lt. HebAPrV	Std.	LfH*	Arzt Ärztin	Pflege**	Andere Dozentinnen und Dozenten****
Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde	130	3	-	1	2 DMP*** (2)
Gesundheitslehre	60	2	1	-	2 DMP
Hygiene und Grundlagen der Mikrobiologie	60	3	-	-	1 DMP
Grundlagen für die Hebammentätigkeiten	160	5	-	-	-
Grundlagen der Psychologie, Soziologie u. Pädagogik	90	2	-	-	3 DMP (1), Dipl.Lehrer (1), Psychologin (1)
Biologie, Anatomie und Physiologie	120	1	-	-	4 DMP(3), Dipl.Lehrer(1)
Allgemeine Krankheitslehre	40	2	-	-	3 DMP
Allgemeine Arzneimittellehre	20	1	-	1	3 DMP
Erste Hilfe	30	2	-	-	3 DMP
Einführung in Planung und Organisation im Krankenhaus	20	1	-	2	2 DMP
Fachbezogene Physik	30	-	-	-	5 DMP (2), Biologin (1), Dipl.Lehrer (1), Dipl.Physiker (1)
Fachbezogene Chemie	30	-	-	-	5 DMP (3), Dipl.Lehrer (1), Berufsschullehrer (1)
Sprache und Schrifttum	30	1	-	-	4 DMP (1), Dipl.LehrerInnen (3)
Menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	120	1	5	-	-
Praktische Geburtshilfe	150	5	-	-	-
Pflege, Wartung, Anwendung geburtshilflicher Apparate	30	1	-	-	3 Medizintechniker (1), Kreißsaalhebamme (1), Dipl. Ingenieur (1)
Schwangerenbetreuung	80	4	-	-	1 freiberufliche Hebamme
Wochenpflege	50	5	-	-	-
Neugeborenen- und Säuglingspflege	50	5	1	-	-
Allgemeine Krankenpflege	50	3	-	1	1 DMP
Spezielle Krankenpflege	50	1	-	3	1 DMP
Grundlagen d. Rehabilitation	20	2	-	-	3 DMP (2); Reha-Pädagogin (1)
Spezielle Krankheitslehre	120	1	4	-	-
Spezielle Arzneimittellehre	30	3	-	-	2 DMP
Organisation und Dokumentation im Krankenhaus	30	3	-	1	2 DMP (1), Dipl.Informatiker (1)

**Erläuterung zu Tabelle 5 a+b:**

- \* Lehrerinnen für Hebammenwesen bzw. Dipl.-Medizinpädagoginnen/Fach Hebammenwesen
- \*\* Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern, Fachkrankenschwestern (z.B. OP) sowie Lehrerinnen für Pflege und DiplommedizinpädagogInnen/Fach Pflege
- \*\*\* DiplommedizinpädagogInnen (ohne Angabe der Fachrichtung)
- \*\*\*\* Die Gesamtanzahl bei „Andere Dozentinnen und Dozenten“ stimmt nicht immer mit der Anzahl der anschließenden Aufzählung von Berufen überein, weil zum einen manche Fächer zwischen verschiedenen DozentInnen aufgesplittet werden, zum anderen manchmal die Kategorie „Andere“ ohne weitere Berufsbezeichnung angekreuzt war.

Zur besseren Lesbarkeit von Tabelle 5 b wurden hier bei mehrfachen Nennungen die weiblichen und die männlichen Berufsbezeichnungen im Wechsel verwendet; das andere Geschlecht ist jeweils mitgemeint.

**Tabelle 5 b: Wer unterrichtet welches Fach? Schulen West**

(n = 41 Schulen, Mehrfachnennungen)

Fach lt. HebAPrV	LfH*	Arzt Ärztin	Pflege**	Andere Dozentinnen und Dozenten****
Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde	37	1	4	36 Juristen (23), Verwaltungsangestellte (8), Lehrer/ Sozialpädagogen (7), Politologen (6), andere (3)
Gesundheitslehre	26	12	9	20 Diätassistentinnen (7), Ökotrophologinnen(6), Naturwissenschaftlerinnen (5), andere(3)
Hygiene und Grundlagen der Mikrobiologie	16	18	10	23 Hygienefachkräfte (13), Biologinnen (4), LTA/MTA (2), Lehrerinnen (2), andere (3)
Grundlagen für die Hebammentätigkeiten	41	-	5	4 Hebammen
Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik	11	2	1	40 Psychologen (31), Diplom-Pädagogen (6), Soziologen (5), Sozialarbeiter/-pädagogen (4), Seelsorger (2)
Biologie, Anatomie und Physiologie	8	34	-	11 Biologen (7), Lehrerinnen (2), Medizinstudenten (2)
Allgemeine Krankheitslehre	4	38	3	2 Biologe (1), Student für Gesundheitswissenschaften (1)
Allgemeine Arzneimittellehre	7	9	2	29 Apotheker (24), Pharmakologen (3), Homöopathin (1), Ökotrophologin (1)
Erste Hilfe	-	9	13	27 Rettungssanitäter (24), Hebamme mit Sanitäterinnenausbildung (1), Anästhesist (1)
Einführung in Planung und Organisation im Krankenhaus	13	-	5	34 Verwaltung (21), Pflegedienstleitung (9), Betriebswirte (4), andere (4)
Fachbezogene Physik	1	5	1	37 Physiker (15), Lehrerinnen (13), Chemiker (3), Biologinnen (2), andere (4)
Fachbezogene Chemie	1	5	1	36 Lehrer (14), Chemikerinnen (11), Biologen (4), MTA/Laborantin (2), Physiker (2), andere (3)
Sprache und Schrifttum	23	4	4	31 Lehrerinnen (11), Soziologen/ Psychologen (6), Dipl.Pädagoginnen (4), Medizinhistoriker (2), andere (6)
Menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	28	39	-	1 Biologe
Praktische Geburtshilfe	40	25	-	2 Hebammen (davon 1 freiberufliche)
Pflege, Wartung, Anwendung geburtshilflicher Apparate	34	15	13	9 Medizintechniker (5), Anästhesist (1), Hebamme (1)
Schwangerenbetreuung	40	16	-	2 freiberufliche Hebammen
Wochenpflege	41	4	-	2 freiberufliche Hebammen
Neugeborenen- und Säuglingspflege	37	6	14	-
Allgemeine Krankenpflege	23	1	22	2 Hebammen
Spezielle Krankenpflege	22	1	26	-
Grundlagen der Rehabilitation	8	13	6	21 Sozialpäd./-arb./Dipl.Päd./Sonderpädagogen (10), Sozialvers.fachleute (4), Rehabilitationsfachleute(2), Krankengymnastinnen (2), andere (4)
Spezielle Krankheitslehre	3	39	1	1 Student f. Gesundheitswissenschaften
Spezielle Arzneimittellehre	2	12	-	33 Apothekerinnen (27), Pharmakologen (5), Anästhesist (1), Biologe (1)
Organisation und Dokumentation im Krankenhaus	27	-	9	24 Verwaltung (15), EDV-Fachleute (3), Pflegedienstleitung (2), andere (3)

Quelle: Fragebogen-Frage 3.1; Fächeraufteilung nach HebAPrV, Anlage 1 zu § 1 Abs. 1

Bei der Auflistung der Fächer gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung fällt zunächst auf, dass es sich nur um eine grobe Verteilung der Pflichtstunden auf verschiedene Fachgebiete handelt. Eine *inhaltliche* Ausrichtung der Hebammenausbildung ist hier zunächst nicht zu erkennen.<sup>17</sup> Die Feingliederung der Fächer in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (siehe Anhang) trägt dann allerdings dem Hebammenberuf insofern Rechnung, als hier die Fachgebiete in Form von Unter-Überschriften aufgefächert werden und damit auch eine Rechtsgrundlage für das Hebammenexamen gelegt ist. Der Ermessensspielraum bzgl. der konkreten Lerninhalte bleibt jedoch auch in Anbetracht dieser Fein-Untergliederung noch erheblich.

Da - wie in Abschnitt 4.1.1 bereits dargelegt - im Rahmen der tariflichen Arbeitszeit der Schülerinnen im Laufe der drei Ausbildungsjahre wesentlich mehr Stunden (in den alten Bundesländern knapp 600, in den neuen Bundesländern 800 Stunden) zur Verfügung stehen als die gesetzlich vorgeschriebene Ausbildungszeit von 4600 Stunden, haben die Schulen einen erheblichen Spielraum für mehr theoretischen Unterricht, zusätzliche Praxiseinsätze und für den Ausgleich von individuell bei einzelnen Schülerinnen anfallenden Fehlzeiten.

Die folgende Tabelle 6 gibt einen Überblick, in welchem Umfang die einzelnen Schulen diesen Spielraum für zusätzliche Unterrichtsstunden nutzen.

**Tabelle 6: Zusätzliche Unterrichtsstunden**

(keine Angaben: 1, n = 45 Schulen)

Zusätzliche Unterrichtsstunden	Schulen
Keine Stunden	2
10 bis 50 Stunden	9
über 50 bis 100 Stunden	14
über 100 bis 150 Stunden	5
über 150 bis 200 Stunden	13
über 200 bis 240 Stunden	2
<b>Gesamt</b>	<b>45</b>

Quelle: Fragebogen-Frage 3.9

Nach den hinzugefügten *Inhalten* befragt, gaben die meisten Schulen an, dass sie nicht so sehr neue Fächer hinzufügen als vielmehr die bestehenden Fächer inhaltlich und vom Umfang her erweitern. So werden von der Hälfte der Schulen im Fach Geburtshilfe Stunden aufgestockt, um mehr Zeit zu haben, die Geburtshilfe im Unterricht von verschiedenen Seiten zu behandeln, und von jeweils einem Viertel der Schulen werden die Fächer Schwangerschaftsbetreuung und Geburtsvorbereitung sowie Hebammentätigkeiten und Krankheitslehre erweitert. Es folgten in der Häufigkeit der Nennungen die Fächer Anatomie/Physiologie, Wochenpflege und das Fach ‚Menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett‘; außerdem wurden von jeweils sehr wenigen Schulen weitere Fächer genannt, wie z.B. Berufskunde/Geschichte, Sprache und Schrifttum, Gesundheitslehre oder Psychologie. Als *zusätzliche* Unterrichtsinhalte gaben jeweils 1-2 Schulen Themenkomplexe wie Hebammenforschung, EDV, Fachenglisch, Sport, Praxis- und Externats-Aufarbeitung, Institutionenbesuche und anderes an. „Spielraum-Stunden“ werden auch für die Durchführung von Projektwochen oder für Supervision eingesetzt.

Weil es der Gesetzgeber versäumt hat, das *Prüfungsfach Kinderheilkunde* explizit auch als Ausbildungsfach in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auszuweisen, müssen die Schulen die Stunden für den pädiatrischen Unterricht aus den anderen Fächern zusammen-

<sup>17</sup> Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der anderen Gesundheitsfachberufe folgen demselben Muster; die Bezeichnung der Fächer ist in vielen Fällen identisch und lässt keine Rückschlüsse darauf zu, mit welchen Inhalten sie in Bezug auf den konkreten Beruf gefüllt werden.

stellen. Welche Fächer die Schulen zu Gunsten der Kinderheilkunde gekürzt haben, zeigt die folgende Doppel-Tabelle 7, die außerdem einen Überblick darüber gibt, mit welchem Stundenumfang dieses Fach an den verschiedenen Schulen unterrichtet wird. 18 Schulen (also ein gutes Drittel der 46 befragten Schulen) gaben zudem an, einen Teil der „Spielraum-Stunden“ für den Pädiatrie-Unterricht einzusetzen.

**Tabelle 7: Pädiatrie-Unterricht**

(n = 46 Schulen, Mehrfachnennungen)

Herkunft der Stunden für den Pädiatrie-Unterricht	Anzahl Schulen
Krankheitslehre	40
Neugeborenen-/Säuglingspflege	29
Praktische Geburtshilfe	11
Menschl. Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	10
Wochenpflege	7
Krankenpflege	7
Pflege, Wartung, Anwendung geburtshilflicher Apparate	6
Grundlagen Heb.Tätigkeiten	5
8 andere Fächer	Je 1-3

Stundenumfang Pädiatrie-Unterricht	Anzahl Schulen
30 – 59 Stunden	7
60 – 79 Stunden	13
80 – 99 Stunden	10
100 -120 Stunden	14
150+160 Stunden	2
<b>Schulen Gesamt</b>	<b>46</b>

Quelle: Fragebogen-Frage 3.2

Im „Bayrischen Curriculum“ ist festgeschrieben, dass das Fach Kinderheilkunde einen Umfang von 100 Unterrichtsstunden haben soll; diese Stunden kommen dort aus den Stundenkontingenten der ersten sieben in der Tabelle aufgeführten Fächer. Es wird darauf verwiesen, dass es im Sinne der Rechtssicherheit wesentlich sei, den Prüfungsstoff auf dem Gebiet der Kinderheilkunde auch im Lehrplan sichtbar abzugrenzen. Weiter heißt es dazu in der Einführung des Lehrplans: „Die Aufnahme des Fachs Kinderheilkunde wird aber auch didaktischen Notwendigkeiten (z.B. Vermeidung von Überschneidungen) besser gerecht und unterstreicht die Bedeutung der Kinderheilkunde in der Hebammenausbildung.“<sup>18</sup> Im „BDH-Curriculum“ ist das Fach Kinderheilkunde mit 84 Stunden ausgewiesen, die aus den Fächern Spezielle Krankheitslehre, Krankenpflege und Neugeborenen- und Säuglingspflege kommen. Allerdings betonen die Autorinnen, dass eine Anhebung der Stundenzahl auf 100 wünschenswert wäre; der Entwurf des BDH für eine neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 1996 greift diesen Vorschlag auf.<sup>19</sup>

An allen 46 Hebammenschulen wird das Fach Kinderheilkunde von einem Kinderarzt (einer Kinderärztin) unterrichtet, an 7 Schulen übernehmen auch die Lehrerinnen für Hebammenwesen Teile des Unterrichts.

Bzgl. der Aufteilung der Fächer unter den *Lehrenden* veranschaulicht Tabelle 5 sehr deutlich die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Hebammenschulen in Ost und West: Während an den West-Schulen eine große Anzahl sehr verschiedener DozentInnen eingesetzt wird, besteht das LehrInnenkollegium an den Medizinischen Berufsfachschulen der neuen Bundesländer in erster Linie aus Diplom-MedizinpädagogInnen.<sup>20</sup>

<sup>18</sup> Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen (1993): 1.

<sup>19</sup> „BDH-Curriculum“ (BDH 1990a): 305f; Entwurf für eine neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (BDH 1996c: 10, 15); siehe auch Abschnitt 5.4.3.

<sup>20</sup> Auf die Frage, wer festlegt, welche Lehrkraft welche Fächer unterrichtet, gaben 23 der 41 West-Schulen an, hierfür sei die Schulleitung zuständig, an 15 Schulen wird die Fächeraufteilung vom Kollegium der Lehrerinnen für Hebammenwesen gemeinsam bestimmt, an 3 Schulen ist dies Auf-

Die Hebammen unter diesen Diplom-MedizinpädagogInnen unterrichten unterschiedlich viele Fächer selbst: an einer Schule nur 6, an einer anderen 20 der insgesamt 25 Fächer. Bei den Lehrerinnen für Hebammenwesen an den West-Schulen reicht die Spanne der selbst unterrichteten Fächer von 3 bis 19 (Tabelle 8). Vor allem an Schulen mit größeren Kollegien (drei und mehr Lehrerinnen für Hebammenwesen) unterrichten die Hebammenlehrerinnen viele Fächer selbst, während an den meisten Schulen mit nur einer oder zwei Hebammenlehrerinnen viel Unterricht an andere Lehrkräfte abgegeben wird, weil dort die einzelne Lehrerin jeweils für *alle* Bereiche der Schule zuständig ist (Unterricht, Praxisanleitung, Organisation, Schülerinnen-Examen usw.).<sup>21</sup>

**Tabelle 8: Theoretischer Unterricht durch Lehrerinnen für Hebammenwesen**

(n = 46 Schulen)

Anzahl Unterrichtsfächer, die von LfH selbst oder teilweise unterrichtet werden	Schulen West	Schulen Ost	Gesamt
3 Fächer	1	-	1
6 bis 8 Fächer	4	3	7
9 und 10 Fächer	11	-	11
11 und 12 Fächer	6	-	6
13 und 14 Fächer	7	-	7
15 und 16 Fächer	9	1	10
18 bis 20 Fächer	3	1	4
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>46</b>

Quelle: Fragebogen-Frage 3.1

Betrachtet man nicht nur die *Anzahl* der von den Lehrerinnen für Hebammenwesen unterrichteten Fächer, sondern die von ihnen für Unterricht aufgewendete *Arbeitszeit*, so tritt ein deutlicher Ost-West-Unterschied hervor: Der durchschnittliche Anteil von Unterricht an der Wochenarbeitszeit beträgt nach den eigenen Schätzungen der Lehrerinnen im Westen 21%, bei ihren Kolleginnen im Osten jedoch 46%.<sup>22</sup> Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Lehrerinnen für Hebammenwesen im Osten mit dem normalen Stundendeputat von Berufsschullehrerinnen (bei voller Stelle über 20 Wochenstunden) bei den Medizinischen Berufsfachschulen angestellt sind, diese jedoch nicht ausschließlich in der Hebammenschule unterrichten. Das Aufgabenprofil der Lehrerinnen für Hebammenwesen an den West-Schulen ist dagegen weniger klar definiert; hier gaben etliche Lehrerinnen im Fragebogen an, nur 4 oder 6 Stunden pro Woche zu unterrichten und sehr viel Zeit auf die Organisation des Schulbetriebs zu verwenden.<sup>23</sup>

Wie aus Tabelle 5a hervorgeht, werden die im Wesentlichen aus Diplom-MedizinpädagogInnen zusammengesetzten Ost-Kollegien durch Diplom-LehrerInnen und einige wenige andere Fachleute ergänzt. Nur in den Fächern „Spezielle Krankheitslehre“ und „Menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ dominiert der ärztliche Unterricht, der auch selten ausfällt (siehe Tabelle 9). Medizinische Grundlagen wie Anatomie und Physiologie oder „Allgemeine Krankheitslehre“ werden dort von den Diplom-

---

gabe der Aufsichtsbehörde. An den 5 Ost-Schulen entscheidet immer die Fachrichtungsleitung, also die leitende Lehrerin für Hebammenwesen, über die Fächeraufteilung, davon an 2 Schulen gemeinsam mit der Gesamtschulleitung. Quelle: Fragebogen-Frage 3.2

<sup>21</sup> Quelle: Fragebogen-Fragen 1.8 und 3.; LfH-Zusatzfragebogen S. 1 (Tätigkeitsprofil).

<sup>22</sup> Quelle: LfH-Zusatzfragebogen S. 1

<sup>23</sup> Quelle: LfH-Zusatzfragebogen S. 1; Tabellen mit Erläuterung zum Tätigkeitsprofil der Lehrerinnen für Hebammenwesen siehe Anhang (Tabelle 29 bis 34).



MedizinpädagogInnen selbst unterrichtet, die im Rahmen ihres Studiums für diese Fächer ausdrücklich ausgebildet werden. In der DDR mussten sich im Übrigen auch ÄrztInnen, die als DozentInnen an Medizinischen Berufsfachschulen tätig sein wollten, pädagogisch qualifizieren; es handelte sich hierbei um berufsbegleitende Studiengänge an Technischen Hochschulen. Von dieser Regelung profitieren die Berufsfachschulen nach Angaben von dortigen Schulleitern auch weiterhin, weil immer noch ein guter Teil ihrer ärztlichen DozentInnen über diese pädagogische Zusatzqualifikation verfügt.

An den 41 Hebammenschulen der alten Bundesländer (siehe Tabelle 5b) stellt sich die Situation vollkommen anders dar. Zunächst fällt der hohe Anteil an ärztlichem Unterricht auf. ÄrztInnen sind hier in fast allen Fächern vertreten; eine pädagogische Qualifikation wird von ihnen nicht erwartet. Zudem beklagen die Schulen den häufigen Ausfall von ärztlichem Unterricht. Obwohl der Stundenplan in der Regel schon am Terminkalender der ärztlichen DozentInnen ausgerichtet wird, lässt sich dieses Problem bei MedizinerInnen offenbar nicht in den Griff bekommen, wenn sie – wie dies meist der Fall ist – ihre eigene berufliche Tätigkeit in der Klinik für den Hebammenunterricht unterbrechen müssen. In den Interviews mit den Lehrerinnen für Hebammenwesen wurde deutlich, dass die Zuverlässigkeit und das Unterrichts-Engagement der ÄrztInnen auch wesentlich mit der Einstellung der Chefärzte und der Schulträger zu der Hebammenausbildung zusammenhängen. Das heißt, dass die Häufigkeit des ärztlichen Unterrichtsausfalls auch davon abhängt, welche Wichtigkeit der leitende Arzt dem Hebammenunterricht einräumt und welche finanziellen und personellen Mittel der Klinikträger für die Ausbildung zur Verfügung stellt. Wie die Tabelle 9 zeigt, gibt es einen Zusammenhang zwischen Unterrichtsausfall und nicht gewährter Freistellung für den Unterricht. Der Zusammenhang fiel jedoch weniger eindeutig aus als erwartet, insofern es auch bei freigestellten ÄrztInnen in nicht unerheblichem Umfang zu Unterrichtsausfällen kommt, während es andererseits auch nicht freigestellten MedizinerInnen manchmal möglich zu sein scheint, ihren Unterricht nahezu regelmäßig abzuhalten, sei es durch ihre eigene Prioritätensetzung (dass sie sich z.B. wirklich nur in Notfällen im Unterricht „anpiepsen“ lassen), sei es dadurch, dass der Unterricht von vornherein in eine störungsarme Tageszeit gelegt wurde.

**Tabelle 9: Ausfall von ärztlichem Unterricht**

(Keine Angaben zum Unterrichtsausfall: 1, hier also n = 45  
Keine Angaben zur Freistellung : 2, hier also n = 44)

Ausfall von ärztlichem Unterricht	Schulen West	Schulen Ost	Gesamt	ÄrztInnen freigestellt	ÄrztInnen nicht freigestellt
Häufig	16	1	17	5	12
seltener	21	2	23	14	8
so gut wie nie	3	2	5	4	1
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>45</b>	<b>23</b>	<b>21</b>

Quelle: Fragebogen-Frage 3.7

Neben ÄrztInnen übernehmen auch *Pflegekräfte* einen nicht unerheblichen Anteil des Unterrichts an Hebammenschulen in den alten Bundesländern (siehe Tabelle 5b). Dies Ergebnis überraschte insofern, als viele Hebammenlehrerinnen im Gespräch immer wieder eine klare Trennung von Pflege und Hebammenwesen anmahnten und erhebliche Befürchtungen bzgl. einer Vereinnahmung von Hebammenschulen durch Pflegeschulen formulierten. In der Praxis wird dennoch häufig auf Unterrichtskräfte aus dem Bereich der Pflege zurückgegriffen, und dies nicht nur für das Fach Krankenpflege, sondern auch für etliche andere Fächer. In diesem Zusammenhang wurde allerdings auch von einigen Lehrerinnen für Hebammenwesen sowie einem im Team mit Hebammen arbeitenden Lehrer für Pflegeberufe ausdrücklich von konstruktiver Zusammenarbeit zwischen Hebammen- und PflegelehrerInnen, von einer gegenseitigen Achtung der unterschiedlichen Fachgebiete und von wechselseitigen Lernprozessen berichtet.

Die schriftliche Befragung hatte ergeben, dass an 8 Hebammenschulen im Westen LehrerInnen für Pflegeberufe *fest* im Team der HebammenlehrerInnen mitarbeiten.<sup>24</sup> Schulzentren gaben darüber hinaus an, dass festangestellte LehrerInnen der Gesamteinrichtung regelmäßig auch bei ihnen unterrichten; hierbei handelt es sich sowohl um LehrerInnen für Pflegeberufe als auch um ÄrztInnen und andere FachlehrerInnen.<sup>25</sup>

Des Weiteren fällt bei den Schulen im Westen die hohe Anzahl und breite berufliche Fächerung der *nebenamtlichen DozentInnen* auf. Diese starke Aufsplitterung der Fächer unter eine Vielzahl von Lehrkräften verweist – wie LehrerInnen im Interview betonten – zum einen darauf, dass viele Schulen sorgfältig nach SpezialistInnen für das jeweilige Fach suchen; zum anderen verbergen sich hinter der Vielfalt aber auch Schwierigkeiten, passende DozentInnen zu finden, sowie eine erhebliche Diskontinuität in einem solchen von nebenamtlichen DozentInnen geprägten Kollegium und ein hoher organisatorischer Aufwand für die LehrerInnen für Hebammenwesen.

Die Anzahl der nebenamtlichen DozentInnen pro einzelner Schule differiert zwischen den Schulen erheblich, wie Tabelle 10 verdeutlicht; sie bewegt sich zwischen den Extremen 3 und 40 DozentInnen. Bei drei Viertel der West-Schulen liegt die Anzahl der nebenamtlichen DozentInnen zwischen 10 und 25. Die Hebammenschulen in den neuen Bundesländern kommen in der Mehrzahl mit weniger als 5 nebenamtlichen DozentInnen aus.

**Tabelle 10: Nebenamtliche DozentInnen an Hebammenschulen**

(keine Angaben: 4, n = 42 Schulen)

<b>DozentInnen Anzahl</b>	<b>Schulen West</b>	<b>Schulen Ost</b>	<b>Gesamt</b>
3 - 5	1	4	<b>5</b>
6 - 10	5	-	<b>5</b>
11 - 15	7	1	<b>8</b>
16 - 20	13	-	<b>13</b>
21 - 25	7	-	<b>7</b>
26 - 30	2	-	<b>2</b>
31 - 35	-	-	<b>-</b>
36 - 40	2	-	<b>2</b>
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>	<b>5</b>	<b>42</b>

Quelle: Fragebogen-Frage 1.10

Die nebenamtlichen DozentInnen erhalten in der Regel ein Honorar; wenn sie jedoch Angestellte des Krankenhauses sind, ist es an einigen Häusern üblich, dass sie lediglich für den Unterricht freigestellt werden, also keine zusätzliche Vergütung erhalten.

Auf die Frage, ob es Schwierigkeiten bei der DozentInnensuche gebe, antworteten 27 der 46 Schulen mit „ja“. Drei Begründungen standen hierbei im Vordergrund: zu geringe Vergütung, Unvereinbarkeit zwischen Hauptberuf und nebenamtlicher Lehrtätigkeit (je 10 Nennungen) und Mangel an qualifizierten und motivierten Lehrkräften (8 Nennungen).<sup>26</sup> Die Schulen be-

<sup>24</sup> An 6 Schulen besetzten diese PflegelehrerInnen vakante HebammenlehrerInnen-Stellen, an 2 Stellen waren sie sogar zusätzlich angestellt. Quelle: Fragebogen-Frage 1.8 und 1.9 (s. Anhang Abbildung 9)

<sup>25</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 1.9

<sup>26</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 1.11

27 Schulen antworteten mit „ja“, 17 mit „nein“, 2 machten keine Angaben.

Außerdem gab es noch eine Reihe von Einzelnennungen, die sich z.B. auf Schwierigkeiten bei der DozentInnensuche für bestimmte Fächer oder auf die Verwaltung oder auf die fehlende Kirchenzugehörigkeit von DozentInnen im Fall eines kirchlichen Trägers bezogen.

finden sich in sehr unterschiedlichen Ausgangspositionen bzgl. der DozentInnenauswahl. Während manche Schulen die Auswahl zwischen mehreren BewerberInnen haben (z.B. durch die Nähe zu einer Universität), haben andere Schulen Probleme, überhaupt für jedes Fach eine Lehrkraft zu bekommen. Aus den Interviews wurde außerdem deutlich, dass an den einzelnen Schulen (im positiven wie im negativen Sinne) gewachsene Strukturen vorliegen, dass die Lehrerinnen für Hebammenwesen ihren eigenen Aufgabenbereich auch unterschiedlich definieren *und* dass die einzelnen Lehrerinnen sich selbst für die verschiedenen Fächer unterschiedlich gut qualifiziert fühlen. So kann die Abgabe eines Fachs in einem Fall vielleicht die seit Jahren bewährte Idealbesetzung, in einem anderen Fall eine Verlegenheitslösung darstellen.<sup>27</sup>

#### 4.1.2.2 Gesamtkonzeption der theoretischen Ausbildung, Unterrichtsformen und Unterrichtsqualität, Lehrbücher

Da in der fachöffentlichen Diskussion die Unverbundenheit der verschiedenen Unterrichtsfächer immer wieder kritisiert wird, wurden in die Schulbefragung Fragen aufgenommen, die darauf abzielten, auszuloten, inwieweit an den einzelnen Schulen eine *Gesamtkonzeption der theoretischen Ausbildung* besteht.

Zunächst wurde danach gefragt, ob die Lehrerinnen für Hebammenwesen an der Schule die Fächer unter sich aufgeteilt haben oder ob sie nach dem Kursleiterinnen-System arbeiten. Von den 39 Schulen, an denen mehr als eine Lehrerin arbeitet, haben 25 Schulen (also zwei Drittel) eine feste Kursleitung pro Kurs, an 14 Schulen gibt es keine solchen Klassenlehrerinnen. 17 von den 25 Schulen mit Kursleitungssystem haben die Unterrichte so organisiert, dass die Kursleiterin einen Teil der Fächer selbst unterrichtet, einen anderen Teil an Kolleginnen abgibt. Das heißt, hier findet - wie auch bei den Schulen ohne Kursleitung - eine Arbeitsteilung der Lehrerinnen dahingehend statt, dass sich die einzelnen Lehrerinnen bzgl. des Unterrichts auf Teilgebiete spezialisieren, was nach ihren eigenen Aussagen den Vorteil hat, dass sie ihr eigenes diesbezügliches Fachwissen eher auf dem neuesten Stand halten können als wenn sie alle Fächer unterrichten. Bei den übrigen 8 Schulen ist die Klassenlehrerin allein für den Unterricht in ihrem Kurs zuständig, ebenso bei den 7 Schulen mit nur einer Lehrerin für Hebammenwesen.<sup>28</sup>

Auf die Frage, in welcher Weise sich die hauptamtlichen Lehrkräfte, also in erster Linie die Lehrerinnen für Hebammenwesen, aber auch die festangestellten Pflegelehrerinnen und die Diplom-MedizinpädagogInnen an den Ost-Schulen untereinander in Bezug auf den Lehrplan abstimmen, antwortete die überwiegende Mehrzahl der Schulen (nämlich 30 der 39 Schulen mit mehr als einer Lehrerin für Hebammenwesen), *Abstimmungen* erfolgten eher *informell, nach Bedarf*. Fünf Schulen hielten Abstimmungen nicht für erforderlich, weil die Unterrichtsfächer klar voneinander abgegrenzt seien. Nur acht Schulen gaben an, dass sie *regelmäßige Konferenzen* abhalten (wöchentlich, 14tägig, jährlich). Offen blieb an dieser Stelle jedoch, inwieweit die befragten Lehrerinnenkollegien Zusammenkünfte der Lehrerinnen für Hebammenwesen auch unterschiedlich benennen: Was für die einen nur ein „informelles Treffen“ ist, bezeichnen die anderen vielleicht schon als „Konferenz“, oder umgekehrt. Dennoch fällt auf, dass *institutionalisierte* Abstimmungsmodalitäten nicht die Regel sind.<sup>29</sup>

Eine direkte Kommunikation *aller* Lehrkräfte über die Lerninhalte der theoretischen Ausbildung existiert an den meisten Schulen nicht. Eine Koordination der Inhalte erfolgt ausschließlich über die zuständigen Lehrerinnen für Hebammenwesen. Die meisten der zu diesem Punkt auch mündlich befragten Lehrerinnen für Hebammenwesen erklärten, dass sie es sich überhaupt nicht vorstellen könnten, dass sich nebenamtliche DozentInnen zu Lehrplan-Konferenzen oder Ähnlichem bereit finden könnten. Sie hätten oft schon Mühe genug, die

<sup>27</sup> Um die DozentInnenauswahl nicht in dieser Weise dem Zufall zu überlassen, wurde vom Bayerischen Kultusministerium ein Verfahren festgelegt, das die Erprobung, Beurteilung und abschließende Genehmigung von DozentInnen verlangt. (Interviewaussage)

<sup>28</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 1.8 und 3.4

<sup>29</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 3.5

Gesamt-Unterrichtsplanung für die dreijährige Ausbildung überhaupt im Einklang mit den Terminwünschen der nebenamtlichen DozentInnen und der ÄrztInnen so zu bewerkstelligen, dass die verschiedenen Lerninhalte zum passenden Zeitpunkt vermittelt würden. Oft gelinge dies auch nicht, und im Puzzle der Stundenplangestaltung gingen sogar manchmal Stunden einzelner Fächer „verloren“, z.B. durch häufige Terminänderungen. Die schriftliche Befragung ergab allerdings auch, dass sich zumindest an sechs Schulen die nebenamtlichen DozentInnen auch untereinander absprechen und dass drei Schulen jährliche Gesamtkonferenzen abhalten.<sup>30</sup>

Die meisten Lehrerinnen für Hebammenwesen informieren neue DozentInnen anhand des „BDH-Curriculums“ oder des bayrischen Lehrplans und durch Unterlagen von VorgängerInnen über die zu vermittelnden Inhalte. Auf die Gestaltung des Unterrichtes wird kein Einfluss genommen. Die Lehrerinnen für Hebammenwesen versuchen jedoch zumeist über Klassenbucheinträge und vor allem über die Berichte der Schülerinnen die Unterrichtsqualitäten der Lehrkräfte einzuschätzen, manche Lehrerinnen verschaffen sich auch einen eigenen Eindruck durch Unterrichtshospitationen. Einzelne Lehrerinnen für Hebammenwesen berichteten, dass sie den Unterricht von manchen ÄrztInnen oder nebenamtlichen DozentInnen in eigenen Unterrichtsstunden „nacharbeiten“ müssten, wenn z.B. die gewünschte Ausrichtung auf den Hebammenberuf fehlte.

Aber auch von Honorar-Lehrkräften selbst wurden im Interview Klagen vorgetragen: So berichtete z.B. eine Psychologie- und Soziologie-Dozentin, sie habe auch auf wiederholtes Nachfragen hin von der Schulleitung *keine* Vorgaben erhalten, welche psychologischen oder soziologischen Lerninhalte im Rahmen der Hebammenausbildung erwartet würden, sondern vielmehr den Hinweis, sie könne unterrichten, was sie selbst für richtig hielte oder solle die Schülerinnen fragen. Diese wünschten sich dann von ihr vor allem Supervision, wofür die Dozentin als Soziologin jedoch gar nicht die richtige Ansprechpartnerin war. Für diese – wie auch für andere „Nebenfach-DozentInnen“ – spiegelt sich die Beliebigkeit der konkreten Lerninhalte dieser Fächer außerdem darin wieder, dass ihr Fach an vielen Schulen ohne Leistungskontrolle abgeschlossen wird.

In vielen Interviews mit Schülerinnen wurde geschildert, dass gerade im 1. Ausbildungsjahr schwer zu durchschauen sei, wie die vielen Fächer und Themen zusammengehören. Für manche ist dieser "Rundumschlag" belastend, weil der Stellenwert eines Themas oder eines Fachs für sie schwer einzuschätzen ist. Schülerinnen äußerten Verunsicherung darüber, dass es in vielen Fächern keine Leistungskontrollen gäbe, so müssten sie selbst entscheiden, was sie vertiefen wollten und was ihnen wichtig sei. Einige Schülerinnen kritisierten, dass im 1. Ausbildungsjahr zu viele Allgemeinfächer und zu wenig geburtshilfliche Themen vermittelt würden. Manche Themen würden insofern zu spät behandelt, als das Wissen bereits in den ersten Praxiseinsätzen gebraucht werde (als Beispiele wurden genannt: vaginale Untersuchungen, CTG, Physiologie).

Hebammenschülerinnen nannten vor allem drei Kriterien, die für sie die Qualität des Unterrichtes nebenamtlicher DozentInnen bestimmen: Praxisbezug, Vermittlung des Stoffes und ganz allgemein „das Niveau“. Einige Fächer fielen als unbeliebt auf und wurden im Sinne der o.g. Kriterien häufiger negativ beurteilt als andere. Dabei handelte es sich um die Fächer Chemie, Physik, Sprache und Schrifttum sowie Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde. Aber auch bzgl. dieser Fächer wurden positive Gegenbeispiele formuliert, wenn z.B. im Physikunterricht die Wirkung von Wärmetherapie oder Wickeln oder die Funktionsweise des Wehen- und Herztonschreibers (CTG) oder des Ultraschallgeräts behandelt werden. Das heißt, für die Schülerinnen ist der Bezug des Unterrichtsstoffs zum Hebammenberuf entscheidend, eine Qualitätsanforderung, die von den interviewten Lehrerinnen einhellig geteilt wurde und die sich eigentlich auch in der Feingliederung der „Curricula“ widerspiegelt, nur offensichtlich in der Realität nicht immer eingelöst wird.

---

<sup>30</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 3.6

Die außerdem häufig formulierte Kritik der Schülerinnen an der *fehlenden Verbindung der Lerninhalte* untereinander verweist auf die Diskussion um andere Formen der Wissensvermittlung, auf die Aufteilung des Lernstoffs in *Lernfelder* und auf das Prinzip des *problemorientierten Lernens* (vgl. u.a. Monney Hunkeler 1996a, Schewior-Popp 1998, Glen/Wilkie 2001). Unter den gegebenen Strukturen an den Hebammenschulen (Fächeraufteilung, DozentInnenverträge usw.) lassen sich solche Lernformen jedoch nur schwer realisieren, davon abgesehen, dass die Lehrerinnen für Hebammenwesen selbst dafür in der Regel nicht ausgebildet sind.

Viele der befragten Lehrerinnen versuchen dennoch auch innerhalb der bestehenden Ausbildungsstrukturen dem klassischen Frontalunterricht - meist schon erweitert um Diskussionen, Referate und Gruppenarbeit - andere Unterrichtsformen entgegenzusetzen. An einer Schule wird z.B. an der Entwicklung eines "Bausteinsystems" gearbeitet, das Themen- und LehrerInnen-übergreifend an das projektorientierte Lernen angelehnt ist. Der Unterricht soll soweit wie möglich vernetzt werden, d.h. auch mit den nebenamtlichen DozentInnen werden die Inhalte abgestimmt. Das Ziel besteht zum einen darin, für die Schülerinnen Lernzusammenhänge herzustellen und zum anderen in der Unterrichtsform lebendig zu sein und Initiativen von Schülerinnen und DozentInnen einbeziehen zu können. An einer anderen Schule hat eine Lehrerin im Rahmen einer Projektwoche eine neue Unterrichtsform erfolgreich erprobt, die sie jetzt immer anwendet: Fast jeder Themenkomplex wird mittels eines Fallbeispiels eingeführt, die Schülerinnen sammeln dazu Ideen und tragen bereits vorliegendes Wissen aus ihren praktischen Einsätzen zusammen, und am Ende füllt die Lehrerinnen die restlichen Wissenslücken. Manchmal erarbeiten sich die Hebammenschülerinnen auch Themen selbständig mit Hilfe von Literatur, oder es gibt einzelne Schülerinnen in der Klasse, die über bestimmte Wissensbestände oder Erfahrungen schon verfügen, so dass auch ein Wissensaustausch innerhalb des Kurses stattfinden kann. Der hohe Zeitaufwand dieses Vorgehens wird nach Einschätzung der betreffenden Lehrerin durch einen großen Lerneffekt ausgeglichen. Weiterhin ist an dieser Schule Gruppenunterricht institutionalisiert worden, und zwar versammeln sich alle vier Lehrerinnen für Hebammenwesen an einem Tag der Woche zum gemeinsamen Unterricht, so dass vier Kleingruppen durch je eine Lehrerin betreut werden können.

Auch an den meisten anderen Schulen wird versucht, *Projektunterricht* in irgendeiner Form anzubieten, wobei aus den Antwortformulierungen der schriftlichen Befragung und aus den Interviews mit den Lehrerinnen hervorging, dass keine einheitliche Definition von Projektunterricht besteht. Während für die einen jeder Unterricht, der vom Frontalunterricht abweicht, Projektunterricht ist, definieren andere nur als Projektunterricht, wenn z.B. über mehrere Tage unter Einbeziehung verschiedener Lehrkräfte und mit unterschiedlichen Methoden an einem bestimmten Thema gearbeitet wird. Als Themenbeispiele für Projekttage oder -wochen wurden genannt: Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung, Stillen, Forschung, Sterbebegleitung, Kommunikation und viele andere mehr. Projektarbeit nimmt nicht selten einen weitaus größeren Umfang ein als die dafür zunächst eingeplanten Unterrichtsstunden, z.B. wenn die Schülerinnen eines Kurses eine Forschungsarbeit in Angriff nehmen.<sup>31</sup>

Vier Schulen gaben den Hinweis, dass die Hebammenschülerinnen selbst die Themen der Projekttage oder -wochen bestimmen könnten; dies kann allerdings auch bei weiteren Schulen der Fall sein, die dies nicht ausdrücklich vermerkt haben. Eine Schule betonte, dass es zum pädagogischen Konzept der Projektwoche gehöre, dass sie von den Schülerinnen allein

<sup>31</sup> Im einzelnen wurden folgende Themen genannt (z.T. Mehrfachnennungen): 12 mal Geburtsvorbereitung, je 7 mal Wochenbettbetreuung und Forschung, je 4 mal Stillen und Freiberuflichkeit, je 3 mal Alternativen in der Geburtshilfe, Säuglingspflege, Gesundheitserziehung, Sterben, Kommunikation, je 2 mal Rückbildung, Ernährung, Ethik, Supervision, EDV und je 1 mal Impfen, Episiotomie, Genogramm, Qualitätssicherung im Kreißaal, Hexenseminar. *Quelle: Fragebogen-Frage 3.8* Durch die Interviews wurde diese Themenauflistung noch durch anschauliche Beispiele ergänzt, z.B. führte ein Kurs an einer Schule eine Studie (mit eigener Umfrage an 2 Kliniken) zur Nabelpflege durch, mit dem Ergebnis, dass die diesbezüglichen Klinikstandards entsprechend den Ergebnissen der Studie verändert wurden.

vorbereitet und organisiert würde, mit dem Ziel, die Organisations- und Planungsfähigkeiten der Schülerinnen zu schulen.

Im bayrischen Lehrplan ist ausdrücklich eine bestimmte Projektarbeit vorgesehen; sie trägt den Titel „Erstellen einer Dokumentation zur Tätigkeit der freiberuflichen Hebamme in der Vor- und Nachsorge“. Im Lehrplan heißt es hierzu: „Durch fächerübergreifenden, handlungsorientierten Unterricht erwerben die Schülerinnen für den Hebammenberuf wesentliche Schlüsselqualifikationen: Selbständiges Planen und kooperatives Arbeiten im Team werden geübt, die Kommunikationsfähigkeit und die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, werden gefördert.“<sup>32</sup> Die Schülerinnen müssen eine Arbeitsmappe zur freiberuflichen Hebammentätigkeit entwerfen, die sie selbst in der Praxis überprüfen und die im anschließenden Unterricht modifiziert wird. Dieser Projektunterricht umfasst insgesamt 28 Stunden und ist aus folgenden Fächern zusammengesetzt: Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde, Schwangerenbetreuung, Wochen-, Neugeborenen- und Säuglingspflege, Organisation und Dokumentation. Im Curriculum wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Erarbeitung bestimmter Inhalte im Projekt eine intensive Absprache zwischen den Lehrkräften der entsprechenden Fächer notwendig mache.<sup>33</sup>

Insgesamt gaben 33 Schulen an, Projektunterrichte durchzuführen<sup>34</sup>. Von den 11 Schulen, die keinen Projektunterricht abhalten, gaben nur zwei an, dass sie auch kein Interesse an dieser Unterrichtsform hätten. Die anderen, darunter auch zwei bayrische Schulen, nannten als unüberwindliche Umsetzungsprobleme organisatorische Hürden, Zeitmangel, fehlendes Interesse/Kooperationsbereitschaft auf DozentInnenseite sowie mangelnde Qualifikation der Lehrkräfte. Diese Schwierigkeiten wurden im Übrigen auch von denen, die Projektunterricht in irgendeiner Form verwirklichen, als Grund dafür angegeben, dass dieser Lehr- und Lernform unter den derzeitigen Ausbildungsbedingungen enge Grenzen gesetzt sind.

Die verschiedenen methodischen Ansätze im Unterricht spiegeln sich auch in einem unterschiedlichen Umgang mit der *Fachliteratur* wider. In Anatomie, Physiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe wird an allen Schulen nach medizinischen Lehrbüchern gearbeitet. Zum Zeitpunkt der Schulbefragung 1996 hatten in Bezug auf die Geburtshilfe zwei von Gynäkologen geschriebene Lehrbücher die meiste Verbreitung: das „Hebammenlehrbuch“ von Martius (1999: 7. Auflage) und „Praktische Geburtshilfe“ von Dudenhausen und Pschyrembel (1994: 18. Auflage). Eine Reihe von Hebammenlehrerinnen betonte außerdem im Interview, sie ließen die Schülerinnen nicht nur nach einem einzigen Hebammenlehrbuch, sondern vielfach zusätzlich mit selbst erstellten Arbeitsblättern und mit Fotokopien aus anderen, z.B. englischen Fachbüchern arbeiten. Darüber hinaus verwenden die Schulen auch weitere Bücher aus den Bereichen Kinderheilkunde, Krankenpflege, Berufskunde, zum CTG usw., die (je nach Bundesland) im Rahmen der Lernmittelfreiheit angeschafft werden oder die sie den Schülerinnen zur Anschaffung empfehlen. Es existieren jedoch (außer in Bayern) keine behördlichen Auflagen in Bezug auf die Lehrbücher.

Seit 1996 haben sich allerdings einschneidende Veränderungen auf dem Sektor der Hebammen-Lehrbücher vollzogen, weshalb die seinerzeit gemachten Aussagen zum Grad der Verbreitung *bestimmter* Bücher (Zoege 1997: 32f) als weitgehend überholt zu betrachten sind. Im Jahr 1995 erschienen fast zeitgleich zwei von Hebammen verfasste Hebammen-Lehrbücher („Das Hebammenbuch“ von Mändle et al. und die „Hebammenkunde“ von Geist et al.), die mittlerweile beide in zweiter Auflage vorliegen und die nach Aussagen von Lehrerinnen inzwischen von allen Schulen benutzt werden. Es handelt sich bei beiden Büchern um eine breite und anschauliche Darstellung hebammenrelevanten Fachwissens, das die Geburtsmedizin einbezieht, aber nicht in den Vordergrund stellt. 1998 erschien zudem das englischsprachige Handbuch „A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth“ (Enkin et al. 1995) in deutscher Sprache unter dem Titel „Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt“, herausgegeben von der Hebamme Mechthild Groß und dem Gynäkolo-

<sup>32</sup> Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen (1993): 34.

<sup>33</sup> Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen (1993): 21.

<sup>34</sup> *Fragebogen-Frage 3.8*: ja: 33; nein: 11; keine Angaben: 2

gen Joachim Dudenhausen. Dieses Werk stellt eine Systematisierung aller zum damaligen Zeitpunkt vorhandenen kontrollierten geburtshilflichen Studien dar. Ohne explizit Lehrbuch für die Ausbildung zu sein, eröffnet es den Schulen neue Möglichkeiten, die Hebammen-schülerinnen an forschungsgestütztes Handeln heranzuführen.<sup>35</sup>

**Tabelle 11: Ausstattung der Bibliotheken 1996 mit weiterführender Literatur zu Themenbereichen der Hebammenhilfe**

(n = 41 Schulen, Mehrfachnennungen)

Literatur zu folgenden Themen	Anzahl
Schwangerenbetreuung und Vorsorge	37
Wochenbett	39
Geburtsvorbereitung/Gestaltung von Kursen	37
Rückbildungsgymnastik	36
Außerklinische Geburtshilfe	26
Alternative Geburtshilfe	29
Stillen	39
Allergien	21
Naturheilverfahren, Massagen, Zilgrei etc.	33
Homöopathie	33
Umgang mit Tod und Sterben/verwaiste Eltern	39
Gesprächsführung/Kommunikation	30
Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung	33
Soziologie/Psychologie	37
Berufspolitik/Berufskunde	35
Betriebswirtschaft/Buchführung	13

Quelle: Fragebogen-Frage 2.5

Zusätzlich zu den Hebammenlehrbüchern im engeren Sinn und den weiteren im Unterricht verwendeten Fachbüchern verfügen die meisten der befragten Schulen (41 von 46) über eine eigene, oft jedoch recht kleine Bibliothek; Tabelle 11 veranschaulicht die Themenbereiche, zu denen zum Zeitpunkt der Schulbefragung in diesen Bibliotheken Bücher vorhanden waren.

Ein Drittel der Schulen verfügte über weiterführende Literatur zu *allen* hier aufgeführten Themen (mit Ausnahme des Themas Betriebswirtschaft/Buchführung), an einem weiteren Drittel stand den Schülerinnen zu bestimmten Themen (nämlich alternative und außerklinische Geburtshilfe, Kommunikation und Allergien) keinerlei Literatur zur Verfügung. Fast ein Fünftel der Schulen hielt nicht einmal über die Lehrbücher hinausgehende Literatur zu den Themen Schwangerschaft, Wochenbett, Geburtsvorbereitung und Stillen vor.

Auch der Zugang zu Fachzeitschriften war an den befragten Schulen sehr unterschiedlich: fast alle verfügten über Abonnements der beiden 1996 auf dem Markt befindlichen Hebammenzeitschriften und über eine Pflege-Fachzeitschrift. Weitere Fachzeitschriften wurden nur vereinzelt genannt.<sup>36</sup> Auffällig war außerdem, dass etliche Schülerinnen im Interview anga-

<sup>35</sup> Über den Grad der Verbreitung dieses Buchs an den Hebammenschulen kann hier keine Aussage getroffen werden. Aus Gesprächen mit Lehrerinnen für Hebammenwesen wurde jedoch deutlich, dass sein Erscheinen in deutscher Sprache sehr positiv aufgenommen wurde. Wie viele Schulen darüber hinaus mittlerweile sogar mit der vierteljährlich erscheinenden Aktualisierung („Cochrane Pregnancy and Childbirth Database“) arbeiten, ist ebenso unbekannt. 1996 war dies eine einzige Schule (Quelle: Fragebogen-Frage 2.7).

<sup>36</sup> Nur einer Schule standen keinerlei Fachzeitschriften zur Verfügung, alle anderen Schulen hatten z.T. mehrere Zeitschriften abonniert, dabei wurden genannt (Mehrfachnennungen): Deutsche Hebammenzeitschrift (41), Die Hebamme (36), BfHD-Info (2), Fachzeitschriften für Pflege und Pflege-

ben, von den an ihrer Schule abonnierten Zeitschriften nichts zu wissen. An anderen Schulen wiederum wurden Schülerinnen ausdrücklich an die Fachzeitschriften-Lektüre und auch an den Umgang mit wissenschaftlichen Bibliotheken herangeführt.

Einige der 1996 befragten Lehrerinnen für Hebammenwesen bezeichneten es als sehr wichtig, dass sich Schülerinnen *selbständig* mit Literatur befassen, sei es um Unterrichtsstoff nachzuarbeiten, sei es um sich mit Themen zu beschäftigen, die im Unterricht nicht oder zu kurz behandelt werden. Eine Lehrerin berichtete, dass sie in ihrem Unterricht jede Schülerin eine Buchbesprechung in Form eines Referates erarbeiten lässt, damit so die eigenständige Auseinandersetzung mit Fachbüchern geübt wird und gleichzeitig die gesamte Klasse einen Überblick über das Literaturangebot erhält. Durchweg alle interviewten Lehrerinnen maßen der Wissensvermittlung über Bücher und der theoretischen Aufarbeitung von praktischen Erfahrungen eine hohe Bedeutung zu. Die Schülerinnen selbst gehen nach Einschätzung der Lehrerinnen sehr unterschiedlich mit Literatur um: Manche würden ausschließlich nach ihren eigenen Unterrichtsmitchriften lernen und nie in eine Bibliothek gehen, andere würden sehr viel nachlesen und die Lehrerinnen auch mit konträren Auffassungen anderer Quellen konfrontieren. Diese Einschätzung des unterschiedlichen Umgangs von Schülerinnen mit dem Selbststudium spiegelte sich auch in den Schülerinneninterviews wider: Einige Schülerinnen äußerten, sie würden wenig nachlesen und könnten dem Literaturstudium wenig Nutzen abgewinnen, schließlich sei der Hebammenberuf ein praktischer Beruf. Das Gros der Schülerinnen schätzt die Arbeit mit Büchern jedoch positiv ein. Unter anderem wurde hervorgehoben, dass es sehr hilfreich sei, in der Praxis erlebte Situationen, die im theoretischen Unterricht noch nicht behandelt worden seien, nachzuschlagen und somit reflektieren zu können.

### 4.1.3 Praktische Ausbildung

Die folgende Schilderung der praktischen Ausbildung von Hebammenschülerinnen untergliedert sich in drei Abschnitte: zunächst wird der Rahmen dargestellt, also: an welchen Lernorten wird in welchem Umfang ausgebildet? Daran anschließend wird die praktische Anleitung von Schülerinnen in der Klinik beschrieben und analysiert und abschließend die Ausbildung für die ambulante Hebammentätigkeit dargestellt und erörtert.

#### 4.1.3.1 Umfang der praktischen Ausbildung und Lernorte

Wie in Abschnitt 2.1 bereits eingehend beschrieben, sollen Hebammen dazu ausgebildet werden, Frauen während der Schwangerschaft umfassend zu beraten und fachkundig zu begleiten, Geburtshilfe zu leisten sowie Frauen und ihre neugeborenen Kinder im Wochenbett und darüber hinaus zu betreuen und zu beraten. Hebammen kommen außerdem im Rahmen von Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungsgymnastik-Kursen Aufgaben im Bereich der Prävention sowie der Gesundheitsberatung im Sinne der Erwachsenenbildung zu. Hebammenhilfe wird unabhängig vom Ort geleistet, das heißt die Ausbildung muss dazu qualifizieren, die genannten Dienstleistungen sowohl in einer Klinik als auch im ambulanten Versorgungssektor erbringen zu können.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist festgeschrieben, wie viele Frauen die Hebammenschülerinnen im Laufe ihrer Ausbildung selbst (unter Anleitung) betreuen müssen, das heißt die praktische Ausbildung basiert ausdrücklich auf dem Lernen durch eigenes Handeln. Im Einzelnen müssen die Auszubildenden bis zur Prüfung folgende Tätigkeiten nachweisen:<sup>37</sup>

---

pädagogik (28), Kinderkrankenpflegefachzeitschriften (7), Medizinfachzeitschriften (4), Dr.med. Mabuse (4), ausländische Fachpublikationen (je 1 x eine französische, schweizerische und englische Hebammenzeitschrift, je 1 x MIDIRS, Cochrane- und Oxford-Database) und andere Einzelnennungen (AFS-Rundbrief, Firmenzeitschriften, Tageszeitungen, GEO, Eltern-Infos).  
Quelle: Fragebogen-Frage 2.7

<sup>37</sup> Die folgende Aufzählung stellt eine sprachlich geglättete Zusammenfassung der entsprechenden Passagen aus Anlage 2 zu § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung dar (siehe Anhang).



- Beratung Schwangerer mit mindestens 100 Untersuchungen vor der Geburt;
- Überwachung und Pflege von mindestens 40 Gebärenden;
- Selbständige Ausführung von mindestens 30 Entbindungen sowie außerdem Teilnahme an 20 Entbindungen;<sup>38</sup>
- Überwachung und Pflege von gefährdeten Schwangeren, Entbindenden, Wöchnerinnen, insgesamt mindestens 40 Fälle;
- Überwachung, Pflege und Untersuchung von mindestens 100 Wöchnerinnen und gesunden Neugeborenen.

Darüber hinaus werden in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine Reihe von Tätigkeiten und Fertigkeiten aufgezählt, die die Schülerinnen erlernen sollen, für die jedoch kein zahlenmäßiger Nachweis verlangt wird. So sollen sie z.B. lernen, einen Dammschnitt (Episiotomie) durchzuführen und zu vernähen, und sie sollen aktiv an Beckenendlagen-Geburten teilnehmen. In allen Phasen der Betreuung von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen sollen sie Komplikationen und Erkrankungen erkennen lernen und mit ÄrztInnen zusammenarbeiten. Sie sollen frühgeborene und kranke Neugeborene pflegen und überwachen lernen, und sie sollen Beratungskompetenzen entwickeln. Hebammenschülerinnen sollen zudem eine Einführung in die allgemeine und in die chirurgische Pflege erhalten, denn zum einen benötigen auch gesunde Gebärende und Wöchnerinnen Pflege (im weitesten Sinne), zum anderen sind Hebammen auch für die Versorgung von kranken, behinderten oder frisch operierten Frauen sowie für die Pflege von gesunden und kranken Neugeborenen (mit-) zuständig. Hier wird der Überschneidungsbereich zu den Pflegeberufen deutlich.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sieht als *Lernort*, an dem diese Fertigkeiten erlernt werden sollen, ausschließlich das *Krankenhaus* vor. Die Mindest-Stundenzahl von 3000 Stunden praktischer Ausbildung verteilt sich nach Anlage 2 zu § 1 Abs.1 der HebAPrV auf folgende Abteilungen:

1440	Stunden	Entbindungsabteilung und Schwangerenberatung
480	Stunden	Wochenstation
480	Stunden	Neugeborenenstation
160	Stunden	Kinderklinik
160	Stunden	Operative Station (chirurgische Pflege)
160	Stunden	Nicht-operative Station (allgemeine Pflege)
120	Stunden	Operationssaal

Jede Schülerin muss diese Stundenzahl nachweisen, um zur Prüfung zugelassen zu werden. Da, wie in Abschnitt 4.1.1 erläutert, zwischen der gesetzlich vorgeschriebenen Mindeststundenzahl und der tariflichen Arbeitszeit ein Spielraum von mehreren hundert Stunden besteht, haben die Hebammenschülerinnen die Möglichkeit, durch Fehlzeiten versäumte Einsätze innerhalb der dreijährigen Ausbildungszeit nachzuholen.

Individuell anfallende Fehlzeiten können jedoch nicht Bestandteil einer Ausbildungsplanung sein, das heißt die Schulen verplanen ihrerseits die nach der tariflichen Arbeitszeit zur Verfügung stehenden „Spielraum-Stunden“. Hierbei stehen den West-Schulen knapp 600, den

---

<sup>38</sup> Hier liegt der Standard der deutschen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an der unteren Grenze der Europäischen Ausbildungs-Richtlinie. Dort heißt es im Studienprogramm für Hebammen: „Eigenhändige Durchführung von mindestens 40 Entbindungen durch die Schülerin; kann diese Zahl nicht erreicht werden, da nicht genug Gebärende zur Verfügung stehen, so kann diese Zahl auf mindestens 30 gesenkt werden, sofern die Schülerin außerdem an 20 Entbindungen aktiv teilnimmt.“ (EU-Ausbildungsrichtlinie 80/155/EWG vom 21.1.1980, Anhang B Abs. 3.; siehe Anhang)

Ost-Schulen 800 Stunden frei verplanbarer Ausbildungszeit zur Verfügung, abzüglich der bereits für zusätzlichen Unterricht verbrauchten Stunden.<sup>39</sup>

Wie die zusätzlichen Praxiseinsätze verteilt werden, ist von Schule zu Schule verschieden, die eindeutige Priorität liegt jedoch bei zusätzlichen Kreißaal-Einsätzen. Einige Beispiele aus den Fragebögen und den Interviews mit den Lehrerinnen für Hebammenwesen sollen dies veranschaulichen: Eine West-Schule mit 200 zusätzlichen Theoriestunden setzt z.B. die 400 verbleibenden Stunden für 4 Wochen Kreißaal, 4 Wochen Externat bei einer freiberuflichen Hebamme, 1 Woche Klassenfahrt und 1 Woche Sonstiges (z.B. Institutionenbesuche, Projektwoche o.ä.) ein. Eine andere Schule zieht die Stunden für ihr zweiwöchiges Externat im Bereich Wochenbettbetreuung von den Wochenstations-Einsätzen ab und verwendet sämtliche „Spielraum-Stunden“ für den Kreißaal. Wiederum eine andere Schule schlägt die Hälfte der Stunden dem Kreißaal zu und verteilt die restlichen auf Ultraschall-Diagnostik, Wochen- und Säuglingsstation. Die drei Schulen in den neuen Bundesländern, die diese Frage beantwortet haben, gaben alle an, dass sie die Kreißaaleinsätze verlängern, was auch vor dem Hintergrund zu sehen ist, dass die Kreißaaleinsätze zu DDR-Zeiten wesentlich länger waren, als dies in der jetzt gültigen Ausbildungs- und Prüfungsordnung vorgesehen ist; eine Ost-Schule lässt außerdem dem Externat bei einer freiberuflichen Hebamme und der Schwangerenbetreuung zusätzliche Wochen zu gute kommen.

**Tabelle 12: Verteilung der zusätzlichen Praxiseinsätze**

(Keine Angaben: 10, n = 36 Schulen, Mehrfachnennungen)

<b>Einsatzorte</b>	<b>Schulen West</b>	<b>Schulen Ost</b>	<b>Gesamt</b>
Kreißaal	28	3	<b>31</b>
Externat	8	1	<b>9</b>
Schwangerenbetreuung, Schwangerenambulanz, praepartale Station	5	1	<b>6</b>
Wochenstation	4	-	<b>4</b>
Kinderklinik, Neugeborenenstation	3	-	<b>3</b>
Krankenstation, OP	3	-	<b>3</b>
Diagnostik	2	-	<b>2</b>
Lehrvisiten am Patientinnenbett	1	-	<b>1</b>

Quelle: Fragebogen-Frage 4.1

Die Dringlichkeit einer Verlängerung der Kreißaaleinsätze wurde von den Lehrerinnen für Hebammenwesen damit begründet, dass die Schülerinnen eine größtmögliche Sicherheit in der selbständigen Betreuung von Geburten bekommen sollen und dass dafür die gesetzlich vorgesehenen Einsatzzeiten knapp bemessen seien. Nach § 6, Abs. 2, Nr. 4 Hebammengesetz müssen Hebammenschulen mit einem Krankenhaus verbunden sein, das die Ausbildung entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsordnung gewährleistet. Die Eignung eines Krankenhauses zur Hebammenausbildung hängt im Wesentlichen von den Geburtzahlen des Hauses ab. Entscheidend ist dabei allerdings nicht die absolute Anzahl von Geburten, sondern die Zahl der *Lehrgeburten pro Schülerin*, also solche Geburten, die eine Schülerin selbständig (unter Aufsicht) betreuen darf. Kaiserschnitt-Geburten, vaginal operative Geburten, Beckenendlagen-Geburten und spontane Frühgeburten werden dabei von der Gesamtgeburtzahl des Hauses abgezogen (sowie in der Regel auch Geburten bei Privatpatientinnen). Die bei Horschitz zitierte (unterschiedliche) Rechtsprechung geht von einer Anzahl von 30 bzw. 50 Lehrgeburten pro Jahr pro Ausbildungsplatz im 2. und 3. Ausbildungsjahr aus.<sup>40</sup> Die niedersächsischen Mindestanforderungen für Hebammenschulen schreiben als

<sup>39</sup> vgl. Tabelle 6 in Abschnitt 4.1.2.1

<sup>40</sup> Horschitz/Kurtenbach 1994: 40

Richtwert eine Gesamt-Geburtenzahl von 800 Geburten pro Jahr für 20 Schülerinnen vor (also 40 Geburten pro Schülerin), ohne nach physiologischen und pathologischen Geburtsverläufen zu unterscheiden. Da bei dieser Überschlagsrechnung die Schülerinnen des 1. Ausbildungsjahres, die noch keine Geburten eigenständig betreuen dürfen, eingerechnet sind, kommt dieser Richtwert der o.g. genannten Empfehlung von 50 Lehrgeburten pro Ausbildungsplatz im 2. und 3. Jahr nah.<sup>41</sup>

In einigen Interviews mit Schülerinnen nahm die Sorge um die sog. „Dammschutzzahlen“ einen zentralen Stellenwert ein.<sup>42</sup> Denn während manche Schülerinnen schilderten, dass sie im Laufe ihrer Ausbildung ohne Probleme auf 60 eigenständig betreute Geburten kämen, haben andere Mühe, die gesetzlich vorgeschriebene Anzahl von mindestens 30 Geburten zu erreichen. Diese Schülerinnen schilderten es als belastend, bei ihren Kreißsaaleinsätzen regelrecht „fixiert auf Dammschütze“ zu sein und dadurch auch mit anderen Schülerinnen und den Kreisaalhebammen selbst um Geburten zu konkurrieren.<sup>43</sup> Diese Problematik unterstreicht die Notwendigkeit, dass ausbildende Häuser wirklich über eine ausreichende Geburtenzahl verfügen müssen bzw. die praktische Ausbildung auf verschiedene Einsatzorte verteilt werden sollte.

Die Auslagerung von Teilen der praktischen Ausbildung an andere Krankenhäuser ist unter der Voraussetzung möglich, dass das Ausbildungsziel dies zulässt oder sogar - wie im Fall zu weniger Lehrgeburten - erforderlich macht. Nach Horschitz ist der Verbund mit einem anderen Krankenhaus jedoch nur in Ausnahmefällen zulässig, weil die direkte Anbindung einer Hebammenschule an ein bestimmtes Krankenhaus dem Zweck dient, die theoretische und praktische Ausbildung möglichst eng miteinander zu verknüpfen.<sup>44</sup> Umso mehr fällt auf, dass über die Hälfte der 46 befragten Schulen (21 West- und alle 5 Ost-Schulen) ihre Schülerinnen auch in Entbindungsabteilungen anderer Häuser einsetzen. 12 dieser 26 Schulen setzen an *einer* anderen Klinik ein, 7 an 2 Kliniken, 3 an 3 Kliniken, 3 an 4 Kliniken und eine an 7 anderen Kliniken. Diese befinden sich zu je einem Drittel im innerstädtischen Bereich, in einem Umkreis von 25 Kilometern oder in einem Umkreis bis zu 100 Kilometern.<sup>45</sup>

Die Lehrerinnen für Hebammenwesen nannten im Wesentlichen drei Gründe für den Einsatz der Schülerinnen in den geburtshilflichen Abteilungen anderer Häuser: (1) den Rückgang der absoluten Geburtenzahl am eigenen Haus, (2) den hohen Anteil an pathologischen Geburtsverläufen (also die zu geringe Anzahl an Lehrgeburten), und (3) wurde von einigen Schulen an Häusern der Maximalversorgung berichtet, dass sie ihre Schülerinnen trotz ausreichender Geburtenzahl gern auch in anderen Häusern einsetzen, damit die Schülerinnen während ihrer Ausbildung verschiedene Stile in der Geburtshilfe kennen lernen.<sup>46</sup>

<sup>41</sup> Niedersächsisches Kultusministerium, Mindestanforderungen an Lehranstalten für nichtärztliche Heilberufe, Nds. Ministerialblatt Nr.7/1990: 187

<sup>42</sup> Der Begriff „Dammschutz“ steht hier stellvertretend für die selbständig von der Schülerin betreute und zu Ende geführte Spontangeburt. Der Begriff wird in der Ausbildungsdiskussion ständig verwendet, ist jedoch sprachlich sehr problematisch. Die unterstützenden Hände der Hebamme am Dammbereich der gebärenden Frau sind nur ein Ausschnitt aus dem Gesamtgeschehen der Geburt eines Kindes. Und so ist im Text der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und der EU-Richtlinien auch nicht von „Dammschützen“, sondern von der „selbständigen“ bzw. „eigenhändigen Ausführung von Entbindungen“ die Rede.

<sup>43</sup> Gelegentlich kommt es nach Aussagen von Lehrerinnen sogar vor, dass überlegt werden muss, ob eine Schülerin ausnahmsweise mit weniger als 30 selbständig betreuten Geburten zum Examen zugelassen werden kann, wenn z.B. ein vorübergehender Geburtenrückgang in der Ausbildungsklinik für diesen Umstand verantwortlich war. In aller Regel wird einem solchen Umstand jedoch mit zusätzlich eingeschobenen Kreißsaal-Diensten der betroffenen Schülerin entgegengewirkt.

<sup>44</sup> Horschitz/Kurtenbach 1994: 38

<sup>45</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 4.2

<sup>46</sup> Die Tabellen zum zahlenmäßigen Verhältnis von Ausbildungsplätzen zu Geburten und zum Anteil der operativen Geburtsbeendigungen an allen Geburten sind im Anhang beigelegt (Tabelle 25 bis 28).

Außer im Kreißaal werden die Hebammenschülerinnen - wie oben aufgelistet - in verschiedenen anderen Abteilungen ihres Ausbildungskrankenhauses eingesetzt, wo sie die über die Geburtshilfe hinausgehenden Aspekte der Hebammentätigkeit erlernen sollen. Der (relativ kurze) Einsatz im *Operationssaal* dient in erster Linie dazu, überhaupt den OP-Betrieb kennen zu lernen, während die Betreuung von Frauen, die sich einem Kaiserschnitt unterziehen müssen, ebenso zum Kreißaal-Einsatz mit dazu gehört wie die Beratung von Schwangeren (z.B. im Rahmen einer Schwangerenambulanz). Der Einsatz auf der *Wochenstation* ist dem Erlernen der Betreuung von Wöchnerinnen gewidmet, während die Versorgung und Pflege von Neugeborenen vor allem auf der *Neugeborenenstation* (dem sog. „Kinderzimmer“) gelernt wird. Gerade in den letzten Jahren sind jedoch viele Wöchnerinnenstationen und „Kinderzimmer“ zu integrierten Wochenstationen zusammengelegt worden, so dass diese beiden Lernorte zunehmend auch für die Schülerinnen zusammenfallen und die Wochenbettbetreuung dort als integriertes Geschehen gelehrt und gelernt werden kann. Der Einsatz in der *Kinderklinik* ergänzt den Einsatz im „Kinderzimmer“ um die Betreuung von kranken und frühgeborenen Kindern. Bei den Einsätzen auf einer *chirurgischen* und einer *allgemeinpflegerischen Station* handelt es sich in der Regel nicht um allgemeine Krankenstationen, sondern um gynäkologische Stationen, auf denen also Frauen mit gynäkologischen Erkrankungen liegen oder Frauen, die als Schwangere wegen Komplikationen stationär aufgenommen werden mussten (sog. praepartale Stationen).

Neben den Einsätzen im „eigenen“ Haus und den Kreißaal-Einsätzen in anderen geburts-hilfflichen Kliniken gibt es noch einige weitere Lernorte, die der praktischen Ausbildung der Schülerinnen dienen. An erster Stelle sei hier das *Externat* bei einer freiberuflichen Hebamme oder in einem Geburtshaus genannt. Ein solches Externat ist gesetzlich nicht vorgeschrieben und steht somit im Ermessen der Schule und des Ausbildungsträgers. In diesem Zusammenhang erhält die Problematik der Anrechnung von Hebammenschülerinnen auf den Stellenplan des Ausbildungskrankenhauses besondere Brisanz, weil manche Träger (trotz der offiziellen Nicht-Anrechnung der Schülerinnen<sup>47</sup>) darauf bestehen, dass die Auszubildenden weitestgehend dem eigenen Haus als Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, da sie mit ihrer Ausbildungsvergütung auf dessen Gehaltsliste stehen.

Abbildung 3 veranschaulicht die 1996 erhobenen Eckdaten von Externaten. An 44 der 46 Schulen, die sich an der Schulbefragung beteiligt hatten, war seinerzeit ein Externat im Bereich der Freiberuflichkeit vorgesehen.<sup>48</sup> Dennoch verhielt es sich keineswegs so, dass tatsächlich alle Schülerinnen an diesen 44 Schulen ein Externat in der Freiberuflichkeit absolvierten, es handelte sich – wie auf Nachfragen deutlich wurde - zunächst einmal nur um ein *Angebot*. Einige Schülerinnen verzichteten unfreiwillig auf diese Möglichkeit, weil es am Wohn- bzw. Schulort nicht genügend oder gar keine freiberuflichen Hebammen gab (vor allem in den neuen Bundesländern). Anderen Schülerinnen fehlte es an genügend Initiative oder Unterstützung, sich einen Externatsplatz zu suchen, oder die Freiberuflichkeit kam für sie als Berufsperspektive gar nicht in Frage, so dass sie die vorgesehene Externatszeit lieber im eigenen oder in einem anderen Kreißaal verbrachten.

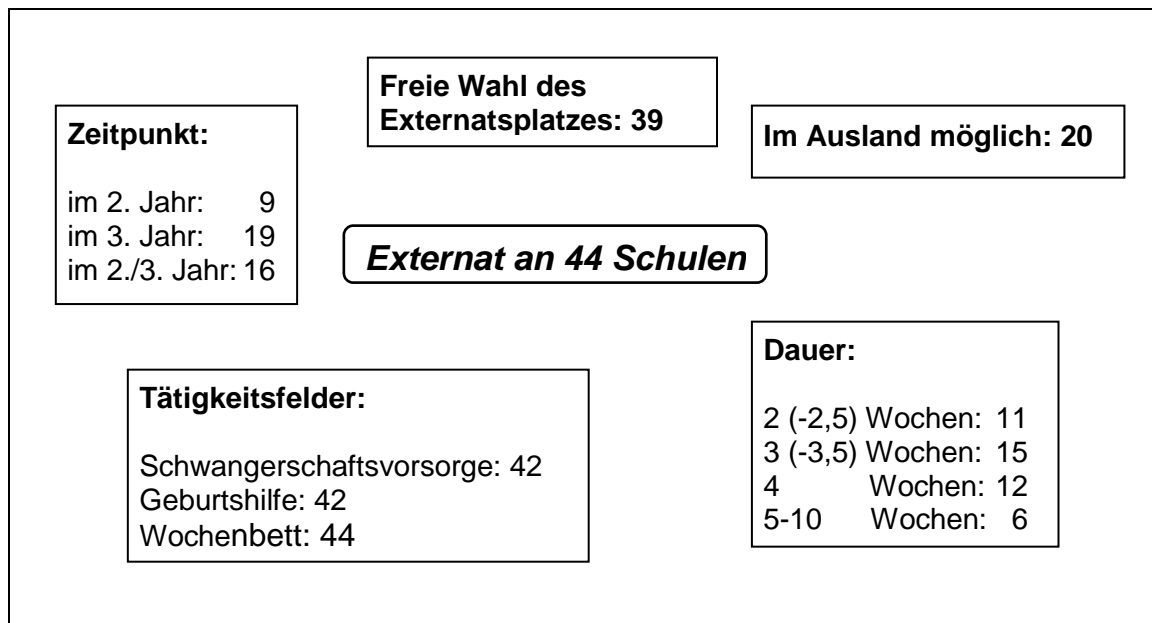
Die meisten Schulen sahen 1996 Externate zwischen zwei und vier Wochen vor, an sechs Schulen wurden jeweils zwei Externate durchgeführt, so dass hier Externats-Zeiten zwischen fünf und zehn Wochen zu Stande kamen.

<sup>47</sup> Zur Problematik der Anrechnung von Hebammen- und KrankenpflegeschülerInnen auf den Stellenplan der Krankenhäuser siehe Abschnitt 3.2.1.

<sup>48</sup> Nur an zwei (West-)Schulen bestand keine Möglichkeit, ein Externat bei einer freiberuflichen Hebamme zu machen, wobei eine dieser beiden Schulen jedoch gerade dabei war, Externatsmöglichkeiten aufzubauen.

### Abbildung 3: Externatsmöglichkeiten 1996

(n = 44 Schulen)



Quelle: Fragebogen-Frage 4.15

Bei der Frage, welche Tätigkeitsfelder von den Externatsplätzen abgedeckt werden, antworteten im Fragebogen fast alle Schulen, dass die Schülerinnen im Externat Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung unter den Bedingungen der Freiberuflichkeit kennen lernen könnten. Auf Nachfrage stellte sich jedoch heraus, dass die drei aufgeführten Tätigkeitsfelder nur als *Möglichkeit* anzusehen sind, das heißt die Schule bietet verschiedene Externats-Plätze an oder lässt die Schülerinnen selbst welche suchen, und je nachdem, ob es sich um ein Geburtshaus, eine Hausgeburts- oder Beleghebamme, um eine größere Hebammenpraxis mit zahlreichen Angeboten oder um eine einzelne Hebamme, die ausschließlich in der Nachsorge tätig ist, handelt, sehen die Schülerinnen das gesamte Spektrum der Freiberuflichkeit oder nur Ausschnitte. Um möglichst viele Geburten zu erleben, gehen manche Schülerinnen gern ins Externat zu Beleghebammen, bei denen sie sowohl eine andere Geburtshilfe als im Ausbildungskrankenhaus als auch die häusliche Wochenbettbetreuung kennen lernen können. Bei einem Externat bei einer Hausgeburtshebamme ist es bei Externatszeiten von nur zwei bis vier Wochen in hohem Maß dem Zufall überlassen, wie viele Geburten die Schülerin in diesem kurzen Zeitraum sieht, weil es durchaus vorkommen kann, dass in zwei Wochen keine oder nur eine einzige Hausgeburt stattfindet.<sup>49</sup>

Von manchen Schulen wurden auch Wahleinsätze an anderen Kliniken Externat genannt; diese „Klinik-Externate“ werden dann häufig als Alternative zum eigentlichen Externat (bei einer freiberuflichen Hebamme) angeboten und von vielen Hebammenschülerinnen auch gern gewählt. Ein Klinik-Externat wird vor allem dann in Erwägung gezogen, wenn die Klinik eine andere Geburtshilfe bietet als die eigene Ausbildungsklinik oder wenn sich die Schülerin durch den Kontakt zu einem weiteren Kreißsaal Vorteile für spätere Bewerbungen verspricht. Von besonderem Interesse sind nach Aussagen von Lehrerinnen und Schülerinnen auch Kliniken, in denen Hebammen in verschiedenen Abteilungen (z.B. im Rotationssystem) arbeiten oder kleinere Kliniken mit einem hohen Anteil an physiologischen Geburten, in denen die Schülerinnen sehr selbständig arbeiten können und dadurch besonders viel lernen.

<sup>49</sup> Zur unterschiedlichen Arbeitsorganisation von Hausgeburts- und Beleghebammen siehe Abschnitt 2.1

In der Schulbefragung 1996 wurden die verschiedenen Lernorte der Hebammenausbildung sehr detailliert und unter verschiedenen Blickwinkeln abgefragt. Dies förderte neben Krankenhaus und Externat noch eine Vielzahl von weiteren Lernorten zu Tage. So stellte sich z.B. bei der Frage, wo überall Hebammenschülerinnen Schwangerenbetreuung erlernen können, heraus, dass an manchen Schulen Hospitationen in gynäkologischen Praxen eingeführt worden sind. Bei der Frage nach den Lernorten für die Wochenbettbetreuung zeigte es sich, dass eine Reihe von Lehrerinnen für Hebammenwesen zu Ausbildungszwecken selbst Wochenbett-Besuche machen. Tabelle 13 und Tabelle 14 geben die Antworten der Schulen auf die Frage wieder, wo die Schülerinnen die Schwangerenbetreuung praktisch erlernen und in welchem Rahmen sie für die häusliche Wochenbettbetreuung ausgebildet werden.

**Tabelle 13: Schwangerenbetreuung in der Hebammenausbildung: Lernorte**

(n = 46 Schulen, Mehrfachnennungen)

<b>Ausbildung in Schwangerenbetreuung - Lernorte -</b>	<b>Schulen West</b>	<b>Schulen Ost</b>	<b>Gesamt</b>
Geburtsvorbereitungskurse	41	5	<b>46</b>
Externat (teilweise)	37	5	<b>42</b>
Praepartale Stationen	38	4	<b>42</b>
Schwangerenambulanz	37	4	<b>41</b>
Ärztliche Praxis	15	3	<b>18</b>
Sonstiges: Hebammensprechstunde in der Klinik; freiberufliche Tätigkeit von Lehrerinnen für Hebammenwesen	2	-	<b>2</b>

Quellen: Fragebogen-Frage 4.16 und 4.21

Alle Schülerinnen haben im eigenen Ausbildungs Krankenhaus mit der Untersuchung und Betreuung von Schwangeren zu tun, und zwar - wie die Tabelle zeigt - in den meisten Häusern sowohl bei stationär aufgenommenen Schwangeren als auch in der Schwangerenambulanz.<sup>50</sup> Außerdem kommen alle Schülerinnen mit Geburtsvorbereitungskursen in Berührung (siehe auch Tabelle 15). Je nach Externatsplatz haben die Schülerinnen auch im Externat mehr oder weniger Gelegenheit, die Beratung und Betreuung von Schwangeren mit zu erleben. Eine ganze Reihe von Schulen (insgesamt ein gutes Drittel) lassen die Schülerinnen zudem noch in Arztpraxen hospitieren, weil hier zum einen die reguläre Mutterschaftsvorsorge bei gesunden Schwangeren, zum anderen die Erkennung von pathologischen Abweichungen erlernt werden kann.

Auch die Betreuung von Wöchnerinnen und Neugeborenen sind fester Bestandteil der praktischen Ausbildung am eigenen Ausbildungs Krankenhaus. Durch die immer frühere Entlassung von Wöchnerinnen aus der Klinik sehen die Schülerinnen auf den Wochenstationen jedoch nur noch die ersten Tage des 6-8 Wochen dauernden Wochenbettes. Die Stabilisierung des Stillens und die Lösung von auftretenden Stillproblemen, die Beobachtung des Ge-deihens des Säuglings, die Überwachung der Heilung von Geburtswunden, die Beratung der

<sup>50</sup> Schon bevor die ambulante Versorgung von Patienten durch Kliniken im Zuge der Gesundheitsstrukturreform ins (west)deutsche Gesundheitssystem aufgenommen wurde (in der DDR hatte es ohnehin Polikliniken gegeben), gab es in den meisten geburtshilflichen Kliniken bereits Schwangerenambulanzen. Neben Universitätskliniken, die schon früher eine ambulante Versorgung vorhalten durften, boten auch schon vor Jahren viele Kliniken den bei ihnen zur Geburt angemeldeten Schwangeren an, im letzten Drittel der Schwangerschaft für die Vorsorgeuntersuchungen die Klinik aufzusuchen. Niedergelassene GynäkologInnen überwiesen manchmal zum differentialdiagnostischen Ultraschall oder anderen Untersuchungen ins Krankenhaus, ohne dass die Frauen deshalb stationär aufgenommen wurden; auch Frauen mit fraglichem vorzeitigem Blasensprung werden oft ambulant untersucht. Auch Frauen nach In-vitro-Fertilisation werden in der Regel während der Schwangerschaft von der Klinik weiterbetreut, an der die Befruchtung durchgeführt wurde.

Wöchnerin bei Anpassungsproblemen in den ersten Wochen usw. sind allesamt Tätigkeiten, die die Schülerinnen in der Praxis zunehmend nur noch im außerklinischen Bereich erlernen können.

**Tabelle 14: Ausbildung zur häuslichen Wochenbettbetreuung: Lernorte**

(n = 44 Schulen, Mehrfachnennungen)

Lernorte/-situationen	Schulen West	Schulen Ost	Gesamt
Externat	39	5	44
Wochenbettbesuche mit freiberuflichen oder Kreißsaalhebammen	12	3	15
Wochenbettbesuche mit Lehrerinnen für Hebammenwesen	9	1	10

Quelle: Fragebogen-Frage 4.20

Fast alle Schulen<sup>51</sup> bildeten daher ihre Schülerinnen bereits 1996 in häuslicher Wochenbettbetreuung aus, wenn auch in sehr unterschiedlichem Umfang. Knapp zwei Drittel dieser Schulen (26) hat angegeben, dass ihre Schülerinnen die häusliche Wochenbettbetreuung *ausschließlich* im Rahmen des Externats kennen lernen können. Bei einem Drittel der Schulen (15) wurden die Hebammenschülerinnen dazu angehalten, zusätzlich zum Externat in ihrer Freizeit freiberufliche Hebammen oder Klinikhebammen, die nebenberuflich in der Nachsorge tätig sind, bei Wochenbettbesuchen zu begleiten. Diese zusätzlichen Praxiserfahrungen sind zum Teil abhängig vom Interesse und der Eigeninitiative der Schülerinnen; an fünf Schulen *müssen* jedoch 5, 10 oder 20 Wochenbettbesuche (hier mit 2 Tagen Freizeit- ausgleich) nachgewiesen werden. An insgesamt 10 Schulen leiten außerdem die Lehrerinnen für Hebammenwesen selbst in der häuslichen Wochenbettbetreuung an. Sie haben eigene Klientinnen, die sie außerhalb ihrer Arbeitszeit als Lehrerin in freiberuflicher Tätigkeit betreuen und zu denen sie Schülerinnen zu Ausbildungszwecken mitnehmen.

**Tabelle 15: Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik: Kurse in der Hebammenausbildung**

(n = 46 Schulen, Mehrfachnennungen)

Lernorte/-situationen	Geburts- Vorbereitung	Rückbildungs- gymnastik
Theoretischer Unterricht	45	42
Klinik-Kurse	26	24
Schul-Kurse	18	11
Kurse von freiberuflichen Hebammen	37	35
Konzeption / Durchführung eigener Kurse	30	14

Quelle: Fragebogen-Frage 4.21

Das Abhalten von Kursen (Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik) gehört ebenfalls zum Aufgabenbereich von Hebammen und wird in der Regel in freiberuflicher Tätigkeit

<sup>51</sup> Bei den beiden Schulen, die dies nicht tun, handelte es sich um dieselben Schulen, die den Schülerinnen 1996 noch kein Externat anboten.

ausgeführt. An allen Schulen werden die Schülerinnen sowohl über den Unterricht als auch über die Teilnahme an Kursen an diese Aufgabe herangeführt.

Die Hospitation in einem Kurs ist in der Regel für die Schülerinnen Pflicht, findet jedoch meistens außerhalb ihrer regulären Arbeitszeit statt. An zwei Drittel der Schulen gehört die Konzeption, manchmal auch die Durchführung eines eigenen Geburtsvorbereitungskurses zur Ausbildung dazu, bei einem Drittel auch die Konzeption eines Rückbildungskurses.

Zu den verschiedenen Lernorten für die praktische Ausbildung lässt sich zusammenfassend feststellen: Die praktische Ausbildung von Hebammenschülerinnen findet zum überwiegenden Teil in der Klinik statt, die Lernorte außerhalb des Krankenhauses spielen *quantitativ* eine geringe Rolle. Die Meinungen der Lehrerinnen für Hebammenwesen gingen in der Bewertung dieses Umstands deutlich auseinander. Während manche Lehrerinnen die Ansicht äußerten, dass das gesamte Spektrum von Hebammenarbeit im Rahmen der Ausbildung im Großen und Ganzen ausreichend vermittelt werden könne, waren andere der Meinung, dass unter den Rahmenbedingungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung vor allem die Betreuung von Frauen mit physiologischen Verläufen zu kurz käme, ebenso wie die Langzeit-Betreuung von Frauen im ambulanten Bereich. Diese konträren Einschätzungen verweisen zum einen auf unterschiedliche Prioritätensetzungen der Lehrerinnen selbst, zum anderen auf weit auseinandergehende Vorstellungen darüber, wie sich praktisches Lernen vollzieht: durch theoretische Stoffvermittlung oder durch eigene Erfahrung und Anschauung (siehe Abschnitt 4.1.3.3).

#### 4.1.3.2 Praxisanleitung in der Klinik: Organisation und Methoden

In den erwähnten Lehrplänen für die theoretische Ausbildung nimmt die Praxisanleitung keinen Raum ein; es gibt kein Curriculum für die Praxis. Der bayrische Lehrplan schließt allerdings mit allgemeinen Empfehlungen für die praktische Ausbildung. Hier sind zwar keine Lernziele ausformuliert, es geht auch nicht um Fachdidaktik oder Methodik im engeren Sinne, es werden jedoch die grundlegenden Voraussetzungen für eine gute Lernsituation in der Praxis angesprochen. So wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Schülerinnen Lernende sind, die sowohl ihre Handlungskompetenz als auch ihre Persönlichkeit entwickeln müssen. Sie sollen entsprechend ihrem Ausbildungsstand an Lernsituationen herangeführt werden und ausreichend Gelegenheit zur Reflexion bekommen. Auf eine notwendige gute Zusammenarbeit zwischen Schule und Klinik wird ebenso abgehoben wie auf den Einsatz von fortgebildeten, motivierten und verantwortungsbewussten Praxisanleiterinnen.<sup>52</sup>

Wie eingangs (in Abschnitt 1.1) ausgeführt, wird an der praktischen Ausbildung in der Klinik, der sog. Praxisanleitung, seit vielen Jahren vor allem von den Auszubildenden selbst deutliche Kritik geübt. Diese Kritik bezieht sich sowohl auf die Anleitung selbst, die häufig als zu wenig vorhanden oder als unstrukturiert charakterisiert wird, als auch auf die zum Teil schlechte Behandlung der Schülerinnen speziell im Kreißsaal. Außerdem wird immer wieder kritisiert, dass die Hebammenschülerinnen in einigen Häusern an bestimmte Ausbildungsinhalte (wie Episiotomie, Dammnaht, Beckenendlagengeburt) gar nicht herangeführt werden.<sup>53</sup> Es gibt jedoch auch positive Äußerungen von Schülerinnen, die mit ihrer klinischen

<sup>52</sup> Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen (1993): 216ff (siehe Anhang).

<sup>53</sup> vgl. hierzu die sog. Mängellisten und kritischen Artikel des Bundeshebammenschülerinnenrates (siehe Literaturverzeichnis) sowie Reitz (1991), Reime/Tomaselli (2000) und meine eigenen Interviews mit Hebammenschülerinnen, auf die im folgenden Text immer wieder Bezug genommen wird. (Eine zusammenfassende Übersicht der Kritikpunkte und Wünsche der von mir interviewten Schülerinnen ist im Anhang unter „Tabellen Schulbefragung 1996“ als Abbildung 10 beigelegt.) Nach einer Erhebung des Bundeshebammenschülerinnenrates im Jahr 2001 dürfen die Schülerinnen sogar an der Mehrzahl der 36 vom BHSR befragten Schulen *nie* eine Episiotomie schneiden (42%) oder eine Dammverletzung nähen (58%). An einem Viertel der befragten Schulen gaben die ausfüllenden Schülerinnen an, noch nie eine Beckenendlagengeburt gesehen zu haben. (BHSR 2001: o.S.)



Ausbildung zufrieden sind und sich auch weitgehend gut angeleitet fühlen.<sup>54</sup> Im Folgenden sollen die im Rahmen der Bestandsaufnahme erhobenen Bedingungen der praktischen Ausbildung und die Einstellungen der Beteiligten näher beschrieben werden. Im Schulfragebogen wurden zunächst die näheren Umstände der Praxisanleitung in der Klinik erfragt; in den Interviews mit Lehrerinnen, Schülerinnen und Anleiterinnen wurde dann versucht, die Gründe für die sehr unterschiedlichen Gepflogenheiten und für Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit auszuloten.

Tabelle 16 vermittelt zunächst einen Überblick, wer sich in den Ausbildungskrankenhäusern um die praktische Anleitung der Schülerinnen kümmert. Die Tabelle bezieht sich ausschließlich auf die Häuser, zu denen die Schulen gehören, und nicht auf die weiteren Kliniken, an denen Kreißsaal-Einsätze der Schülerinnen stattfinden.

**Tabelle 16: Praxisanleitung in den Ausbildungskrankenhäusern**

(n = 46 Schulen/Ausbildungskrankenhäuser, Mehrfachnennungen)

Anleitung durch	Kreißsaal	Wochenstation	Neugeb.-station	Pflege-Station	Kinderklinik	OP	Schwang.-ambulanz
Lehrerin für Hebammenwesen	33	29	23	2	1	2	14
Hebamme (davon: Mentorin)	46 (20)	17 (5)	3 (2)	3 (1)	- -	- -	21 (9)
Kinderkrankenschwester	-	10	41	-	44	1	-
Krankenschwester/pfleger (Mentorin Pflege: Kr.u.Ki.Kr.pflege)	-	39 (12)	8 (14)	44 (16)	2 (9)	43 (6)	7 (2)
Ärztin/Arzt	20	10	10	10	13	20	28
Sonstige*	1	1	-	1	-	-	3

\* (v.l.n.r.) Schülerinnen im 3. Ausbildungsjahr, Krankengymnastin, Lehrerin für Pflege, Arzthelferinnen

Quelle: Fragebogen-Frage 4.7

In *allen* Kreißsälen wurden die Hebammenschülerinnen von den dort regulär arbeitenden Hebammen angeleitet, in drei Viertel der Kliniken auch von den Lehrerinnen für Hebammenwesen. In 20 der 46 Ausbildungskreißsäle verfügten 1996 zudem jeweils einzelne Kreißsaalhebammen über eine Zusatzqualifikation als Mentorin bzw. Praxisanleiterin. Nur an drei Kliniken standen weder Praxisanleiterinnen noch Lehrerinnen für Hebammenwesen für die praktische Ausbildung zur Verfügung, hier waren ausschließlich die Kreißsaal-Hebammen für die Anleitung zuständig.

Bei den Qualifizierungsmaßnahmen für Praxisanleiterinnen handelte es sich in der Mehrzahl um hausinterne Mentorinnenfortbildungen von sehr unterschiedlicher Dauer (3 Tage bis 12

<sup>54</sup> In meinen Interviews und der von mir durchgeführten Gruppendiskussion auf dem Bundeshebammschülerinnenrat im Oktober 1996 überwogen allerdings die negativen Äußerungen zur praktischen Ausbildung. Positive Erfahrungen erschienen in erster Linie personenabhängig. Hellmers dagegen stellte im März 2001 bei einer Gruppenbefragung des Bundeshebammschülerinnenrates zum Thema Praxisanleitung (im Kreißsaal) fest, dass sich die meisten der befragten Schülerinnen trotz z.T. deutlicher Kritik (im Rahmen eines „Blitzlichts“) grundsätzlich zunächst sogar zufrieden mit der Ausbildungssituation zeigten (Punktabfrage auf Gefühlsskala; Hellmers 2001: 19). Im Rahmen einer vertiefenden Kartenabfrage wurde jedoch auch deutlich, dass sich die Schülerinnen mehrheitlich genau auf den Gebieten Verbesserungen wünschten, die sie selbst als die wichtigsten einstufen. Es handelte sich hierbei um die Themenkomplexe „Respektvolle Zusammenarbeit“, „Qualität der Anleitung“ und „Kommunikative Kompetenz“ (20ff).

Wochen).<sup>55</sup> Inhalte und Qualität dieser Fortbildungsmaßnahmen konnten im Rahmen der Schulbefragung nicht systematisch erhoben werden. In den Interviews traten recht unterschiedliche Bewertungen der Fortbildungen zu Tage: Mentorinnen selbst äußerten sich in der Tendenz eher positiv, weil sie durch die Maßnahme überhaupt Handwerkszeug an die Hand bekommen hätten, Schülerinnen strukturiert anzuleiten. Einige Lehrerinnen für Hebammenwesen merkten dagegen kritisch an, dass diese Fortbildungen in der Regel zu sehr auf Pflgethemen zugeschnitten seien und hebammenrelevante Fragestellungen zu kurz kämen. Der Bundesverband der Krankenhausträger (Deutsche Krankenhausgesellschaft - DKG) vertritt für die Pflegeberufe (incl. Hebammen) die Auffassung, dass Schülerinnen durch den Einsatz von Mentorinnen gezielt an vorgegebene Lernziele heranzuführen seien.<sup>56</sup> Fortbildungsmaßnahmen der Mentorinnen sollten mindestens 300 Unterrichtsstunden umfassen. Außerdem empfiehlt die DKG, pro Schülerin vier Anleitungsstunden pro Woche bzw. im Personalschlüssel eine Mentorin für 10 Ausbildungsplätze vorzusehen. Die Angaben der befragten Hebammenschulen zu den Mentorinnen der Ausbildungshäuser waren jedoch so ungenau, dass sie nicht mit den genannten Richtwerten der DKG verglichen werden können; die Schulen konnten lediglich Angaben darüber machen, ob überhaupt in den verschiedenen Abteilungen Mentorinnen eingesetzt werden.<sup>57</sup>

Auf den Wochenstationen (wie auch auf den Pflegestationen) standen die Krankenschwestern als Anleite-Personen an erster Stelle. Nachfragen wegen widersprüchlicher Angaben von 10 Schulen ergaben jedoch, dass die hier genannte Zahl von 39 nach unten zu korrigieren ist, weil es offensichtlich eine Reihe von Wochenstationen gibt, auf denen Krankenschwestern die Hebammenschülerinnen zwar in die *Stationsroutine* (Funktionspflege) einführen, die Anleitung zur *Wochenbettbetreuung* jedoch von Hebammen bzw. Lehrerinnen für Hebammenwesen geleistet wird.<sup>58</sup> Bei einem Drittel der Ausbildungshäuser arbeiten Hebammen regulär auf den Wochenstationen mit (z.T. fest, z.T. im Rotationssystem zwischen Kreißsaal und Wochenstation); vereinzelt werden Wochenstationen auch von Hebammen geleitet. Lehrerinnen für Hebammenwesen ihrerseits leiten häufig auf den Wochenstationen an.

Auf den Neugeborenenstationen (sowie auch in der Kinderklinik) steht die Praxisanleitung durch Kinderkrankenschwestern im Vordergrund, wobei auch hier die Hälfte der Schulen angab, dass die Lehrerinnen für Hebammenwesen im sog. „Kinderzimmer“ mit anleiten.

Im Operationssaal wird die Anleitung der Hebammenschülerinnen von OP-Schwestern/Pflegern und zum Teil auch von Ärzten übernommen. Wie bei der Darstellung der Lernorte bereits erwähnt, geht es hier um die allgemeine Einführung in die Arbeitsabläufe im OP, um den Umgang mit Sterilgut usw., während der Einsatz der Schülerinnen im sog. Sectio-OP, in dem Kaiserschnitt-Operationen vorgenommen werden, zur Entbindungsabteilung (Kreißsaal) zählt. Die dortige Anleitung fällt unter den Zuständigkeitsbereich der Kreißsaal-Hebammen.

Die Schwangerenambulanzen sind als ärztliche Spechstunden zu verstehen, weshalb hier die ÄrztInnen als anleitende Personen an erster Stelle stehen, aber auch Hebammen und die Lehrerinnen für Hebammenwesen werden häufig genannt. Von *einem* Ausbildungs Krankenhaus ist bekannt, dass die dortige Schwangerenambulanz von den Hebammenschülerinnen selbständig organisiert und allein zusammen mit dem ärztlichen Dienst durchgeführt wird;

<sup>55</sup> Insgesamt gaben 26 Schulen an, dass ihr Ausbildungs Krankenhaus an den verschiedenen Einsatzorten von Hebammenschülerinnen über Praxisanleiterinnen verfüge. Folgende Qualifizierungsmaßnahmen wurden genannt: hausinterne Mentorinnenfortbildung (15x), Praxisanleiterinnenlehrgang (3x) und je 1x Stationsleitungslehrgang, Witte-Schule und Praxisanleiterinnen-Fortbildung der Hebammengemeinschaftshilfe e.V.. – Nur an 6 Ausbildungskliniken waren die Praxisanleiterinnen für die Ausbildung der Schülerinnen (teilweise) freigestellt.  
Quelle: Fragebogen-Frage 4.11 und 4.12

<sup>56</sup> vgl. DKG 1992: 590f („Positionspapier zu Einsatz, Qualifikation und Personalbedarfsermittlung von Mentoren für die Ausbildung in Krankenpflegeberufen“).

<sup>57</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 4.11 und 4.12

<sup>58</sup> vgl. widersprüchliche Angaben zu den Fragen 4.7 und 4.19, ergänzt um mündliche Nachfragen.

eine Kreißsaalhebamme steht hier im Hintergrund zur Verfügung, für Notfälle oder dringende Fragen.

Insgesamt fällt auf, dass ÄrztInnen durchgängig als Anleitpersonen genannt werden: im Kreißsaal, im OP und in der Schwangerenambulanz von rund der Hälfte, auf den Stationen und in der Kinderklinik jeweils von ca. einem Viertel der Schulen. Lehrerinnen und Schülerinnen erläuterten im Interview, dass Ärzte zwar seltener von sich aus anleiten, jedoch vielerorts für Fragen der Schülerinnen zur Verfügung stünden. Vor allem ÄrztInnen, die zum theoretischen Unterricht in die Schule kämen, fühlten sich für die Ausbildung der Hebammen-schülerinnen mitverantwortlich. An den Kliniken der neuen Bundesländer wird außerdem zum Teil noch an der Institution der Lehrvisiten festgehalten: Hier erteilen ÄrztInnen praktischen Unterricht in der Klinik.

Wie bereits mehrfach erwähnt, liegt die *Gesamtverantwortung* auch für die praktische Ausbildung bei der Schule. Eine klare Aufgabenteilung bzgl. der Anleitung der Schülerinnen in der Praxis existiert jedoch nicht, sie liegt im Ermessen der Schule und des Krankenhausträgers. Das heißt, die Schule und der Träger müssen gemeinsam entscheiden, wie die praktische Ausbildung der Schülerinnen konkret ausgestaltet werden soll. Viele Schulen bzw. Lehrerinnen fassen ihre Verantwortung für die theoretische *und* praktische Ausbildung so auf, dass *sie selbst* so oft wie möglich die Anleitung in der Klinik übernehmen müssten. Ob und in welchem Umfang sie diesem Anspruch gerecht werden (können), zeigt die folgende Darstellung, die sich im Übrigen wieder nur auf die Ausbildungskrankenhäuser bezieht und nicht auf die Vertragshäuser, die Schülerinnen für Kreißsaal-Einsätze übernehmen. Eine Anleitung durch die Lehrerinnen für Hebammenwesen findet dort in den seltensten Fällen statt: Die Schülerinnen sind bei diesen Außeneinsätzen in der Regel ganz auf die Anleitung durch die dortigen Hebammen angewiesen. Je nachdem, wie groß der Anteil der Ausbildung ist, der in den Vertragskliniken erbracht wird, hat dieser Umstand für die Gesamtverantwortung der Schule mehr oder weniger Gewicht.

Aus Tabelle 16 wurde nur ersichtlich, an welchen Lernorten die Lehrerinnen für Hebammenwesen überhaupt anleiten. Die Tabelle sagt jedoch nichts über *Häufigkeit* oder *Umfang* von Anleitesituationen durch die Lehrerinnen für Hebammenwesen aus. Auf diese Aspekte soll im Zusammenhang mit der folgenden Tabelle 17 näher eingegangen werden.

**Tabelle 17: Umfang der Praxisanleitung durch die Lehrerinnen für Hebammenwesen**

(keine Angaben: 2, also n = 44 Schulen)

Anleitungstage pro Monat pro Schule (Schulteam)	Schulen mit vollständig besetzten Planstellen	Schulen mit unbesetzten Planstellen	Schulen Gesamt
keine Praxisanleitung	2	3	5
1-2 Tage	5	3	8
3-8 Tage	11	6	17
9-14 Tage	5	-	5
15 und mehr Tage	7	2	9
<b>Gesamt</b>	<b>30</b>	<b>14</b>	<b>44</b>

Quellen: Fragebogen-Frage 1.8, 1.9 und 4.10

Ein knappes Drittel der Schulen (13) gab an, dass die Lehrerinnen für Hebammenwesen ihrer Schule gar nicht oder nur in geringem Umfang (1-2mal im Monat) zur Praxisanleitung in die Klinik gehen.<sup>59</sup> In dieser Gruppe befinden sich auch fast alle Schulen (6 von 7), an denen

<sup>59</sup> Die Anzahl der Schulen, bei denen die Lehrerinnen für Hebammenwesen gar nicht zur Anleitung in die Klinik gehen, konnte nicht eindeutig ermittelt werden, weil die Schulen verschiedene, die Praxisanleitung betreffende Fragebogen-Fragen widersprüchlich beantwortet haben. Ihre Zahl dürfte

(regulär oder auch nur zur Zeit) eine Lehrerin für Hebammenwesen allein arbeitet. Die 14 Schulen, die regelmäßig und häufig in der Klinik präsent sind (zwischen 9 Tagen pro Monat und „täglich“) machen ebenfalls ein knappes Drittel aus. Hier finden sich gehäuft die Schulen mit den größeren Lehrerinnen-Kollegien (drei Lehrerinnen für Hebammenwesen und mehr), aber auch Schulen mit nur zwei Lehrerinnen. Bei einigen wenigen dieser 14 Schulen hat eine der Lehrerinnen für Hebammenwesen die Funktion einer Praxislehrerin übernommen. Ein gutes Drittel der Schulen bewegt sich im Mittelfeld zwischen 3 und 8 Anleitungstagen pro Monat.

Betrachtet man die Anleitungshäufigkeit nach dem Kriterium, ob an der Schule alle Stellen besetzt sind, das heißt ob die Aufgabenverteilung dem regulären Schülerinnen-Lehrerinnen-Schlüssel entspricht,<sup>60</sup> so wird deutlich, dass die Schulen, an denen es unbesetzte Planstellen gibt, überproportional in der Gruppe „gar keine oder wenig Praxisanleitung“ vertreten sind. Die beiden Schulen, die trotz unbesetzter Stellen angegeben haben, dass sie täglich zur Anleitung in die Klinik gehen, sind beides Schulen, deren Kollegium trotz freier Stellen noch über drei Lehrerinnen zählt.

In den Interviews wurde jedoch deutlich, dass nicht nur die Schulgröße und die Tatsache, ob alle Lehrerinnen-Planstellen besetzt sind oder nicht, ausschlaggebend dafür sind, ob eine Schule viel oder wenig an ihrer Ausbildungsklinik präsent ist. Entscheidend ist auch das *Selbstverständnis* der einzelnen Lehrerinnen für Hebammenwesen und des Teams als Ganzem, worin die Aufgaben einer Lehrerin für Hebammenwesen bestehen. Hier gibt es Lehrerinnen, die sich in erster Linie als Theorie-Lehrerinnen verstehen und die Praxisanleitung bewusst den Klinik-Hebammen überlassen. Andere wiederum würden gern öfter in die Praxis gehen, sehen sich dazu aber auf Grund ihrer vielfältigen anderen Aufgaben nicht in der Lage. Wieder andere können sich überhaupt nicht vorstellen, *nicht* regelmäßig und häufig in der Praxis präsent zu sein; hier wurden des öfteren Aussagen gemacht wie „wir sind für die Schülerinnen nur glaubhaft, wenn wir ihnen in der Praxis auch vormachen können, was wir ihnen in der Theorie vermitteln“ oder „eine wirkliche Verzahnung von Theorie und Praxis ist nur möglich, wenn wir Lehrerinnen für Hebammenwesen selbst kontinuierlich in der Klinik anwesend sind“. Diese Position war unter anderem auch an den Schulen zu hören, an denen sich das Schulbüro *im* Krankenhaus und in unmittelbarer Nähe des Kreißaals befindet, die Schulleitung traditionell gleichzeitig Kreißaalleitung ist und Lehrerinnen für Hebammenwesen auch ganz reguläre Schichtdienste im Kreißaal übernehmen.<sup>61</sup>

Auffällig war bei der Schulbefragung, dass die Lehrerinnen für Hebammenwesen keine Aussagen darüber machen konnten, wie oft die einzelne Schülerin durch eine Lehrerin angeleitet wird. Sie hatten in der Regel – auch bei Nachfragen – nur die eigene Arbeitseinteilung im Blick, also ob sie selbst häufig zum Anleiten in der Klinik sind oder nicht.<sup>62</sup> In den Schülerinnen-Interviews wurde jedoch sehr deutlich, dass die meisten Schülerinnen die Anleitung

---

zwischen 5 und 10 Schulen liegen: In Frage 4.7 (Grundlage für Tabelle 16) war danach gefragt worden, *wer* die Praxisanleitung in der Klinik gewährleistet: hier blieb bei 10 Schulen die gesamte LfH-Spalte frei. Bei Frage 4.10 (Grundlage für Tabelle 17) ging es darum, an *wie vielen Tagen* im Monat die LfH's zur Anleitung in der Klinik sind; hier gaben nur 5 Schulen 0 Tage an.

<sup>60</sup> Siehe Anhang, Abbildung 9 und Tabelle 22.

<sup>61</sup> Die genaue Anzahl der Schulen, auf die diese Organisationsform zutrifft, kann nicht benannt werden, weil dieses Detail nicht über die Fragebogen-Erhebung, sondern erst bei den Interviews zu Tage trat. Mündliche Aussagen hierzu liegen von drei Schulen vor, es ist jedoch zu vermuten, dass dieser Umstand auch noch auf einige andere Schulen zutrifft, weil es früher durchaus üblich war, dass Kreißaalleitung und Schulleitung identisch waren und sich die Schule unter einem Dach mit der Frauenklinik befand.

<sup>62</sup> Der Anteil der Praxisanleitung an der Arbeitszeit der Lehrerinnen betrug *im Durchschnitt* insgesamt nur 15%. Die Spanne reichte hier allerdings bei den einzelnen Lehrerinnen von den „Theorielehrerinnen“, die nie zur Anleitung in die Klinik gehen, bis zu den „Praxislehrerinnen“, die fast ausschließlich Praxisanleitung machen.

Quelle: *LfH-Zusatzfragebogen S.1* (vgl. zu den Tätigkeitsprofilen der Lehrerinnen für Hebammenwesen Tabelle 29 bis Tabelle 34 im Anhang)

durch die Lehrerinnen als zu wenig empfinden. Sogar an großen Schulen, an denen Lehrerinnen für Hebammenwesen täglich zur Praxisanleitung in die Klinik gehen, gaben Schülerinnen an, sehr selten mit einer Lehrerin zusammenzuarbeiten. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass diese Schulen nicht nur relativ viele Lehrerinnen, sondern auch viele Schülerinnen haben. Sind also z.B. ein oder sogar zwei Lehrerinnen täglich zur Anleitung in der Klinik und müssen sich aber auch auf 60 bis maximal 90 Schülerinnen aufteilen, so wird schnell klar, dass eine Einzelanleitung (wie z.B. eine gemeinsame Geburtsbetreuung) für die einzelne Schülerin gar nicht häufig vorkommen *kann*.

Wie unterschiedlich an den verschiedenen Schulen und Kliniken die Praxisanleitung von Seiten der Lehrerinnen für Hebammenwesen ausgestaltet wird, soll die folgende Zusammenstellung aus den Lehrerinnen-Interviews veranschaulichen. Hierbei konnten nur Aussagen zur Anleitung im Kreißsaal und auf der Wochenstation berücksichtigt werden, weil die anderen Lernorte in allen Gesprächen zum Thema Praxisanleitung (auch bei den Schülerinnen-Interviews) eine völlig untergeordnete Rolle spielten.<sup>63</sup>

## I. Praxisanleitung im Kreißsaal

### a) Regelmäßige Mitarbeit durch Lehrerinnen für Hebammenwesen:

- Die Lehrerin für Hebammenwesen ist gleichzeitig leitende Kreißsaalhebamme und macht den Einsatzplan für alle Hebammen und die Lehrerinnen für Hebammenwesen.
- Jede Lehrerin für Hebammenwesen arbeitet zu festgelegten Zeiten, z.B. eine Woche im Monat oder einen Tag pro Woche im normalen Kreißsaal-Dienst.
- Die Lehrerin für Hebammenwesen ist 2 Tage pro Woche im Kreißsaal, macht tägliche Rundgänge in der Klinik und fungiert bei Engpässen im Kreißsaal als Springerin.
- Im Team der Lehrerinnen für Hebammenwesen besteht eine Arbeitsteilung: einzelne Lehrerinnen gehen täglich zur Anleitung in die Praxis, andere haben ihren Schwerpunkt auf den Unterricht und die organisatorischen Aufgaben verlegt.
- Im Lehrerinnen-Team gibt es Praxislehrerinnen, die praktische Fächer unterrichten und in der Praxis anleiten.

### b) Seltene Mitarbeit durch Lehrerinnen für Hebammenwesen:

- Einmalige Anleitungen der Schülerinnen zur Leistungskontrolle durch Lehrerinnen für Hebammenwesen, keine weitere Zusammenarbeit mit Kreißsaal-Hebammen.
- Seltene Geburtenbetreuungen durch die Lehrerin für Hebammenwesen („um Bezug zur Praxis nicht zu verlieren“), ansonsten Anleitung durch Mentorinnen.
- Lehrerinnen für Hebammenwesen und Kreißsaal-Hebammen arbeiten gegeneinander, keine Absprachen und keine Kooperation; Lehrerinnen für Hebammenwesen machen einzelne Geburten mit Schülerinnen.

### c) Keine Mitarbeit durch Lehrerinnen für Hebammenwesen:

- Anleitung durch sog. Lehrbeauftragte, im 3. Ausbildungsjahr eine Mentorin pro Schülerin (nach eigener Wahl); Lehrerinnen für Hebammenwesen sorgen für gute Zusammenarbeit mit Mentorinnen.
- Kreißsaal-Hebammen fühlen sich für die Anleitung verantwortlich, Lehrerin für Hebammenwesen sorgt bei täglichen Klinik-Rundgängen für eine reibungsarme Kooperation zwischen Schule und Klinik. Austausch über Lernstand der Schülerinnen.
- Hebammschülerinnen haben Bezugshebammen.
- Anleitung nur durch ältere Schülerinnen.
- Lehrerin für Hebammenwesen nimmt keinen Einfluss auf Kreißsaal-Hebammen, obwohl sie mit deren Anleitung unzufrieden ist.
- Keinerlei Zusammenarbeit zwischen Kreißsaal und Schule; Schülerinnen werden im Psychologie-Unterricht auf die problematische Situation im Kreißsaal vorbereitet.

<sup>63</sup> Die Neugeborenenstation („Kinderzimmer“), auf der relativ häufig von Lehrerinnen für Hebammenwesen angeleitet wird (vgl. Tabelle 16), zählt in diesem Zusammenhang zur Wochenstation dazu, weil die schulmäßigen Wochenbettbesuche nie nur dem Kind gelten, sondern immer als integrierte Betreuung von Mutter und Kind durchgeführt werden.

## II. Praxisanleitung auf der Wochenstation (incl. „Kinderzimmer“)

### a) Regelmäßige Besuche durch Lehrerin für Hebammenwesen:

- Lehrerin kommt auf Anfrage der Schülerin auf die Station.
- Lehrerin macht Lehrvisiten auf der Wochenstation (z.B. Versorgung einer Wöchnerin mit Kind zusammen mit zwei Schülerinnen).
- Auf Anregung der Schule gibt es extra eingerichtete Zimmer auf der Station, in denen eine integrierte Wochenbettbetreuung unter Anleitung der Lehrerinnen für Hebammenwesen realisiert wird.
- Schülerin muss mindestens einen ganzheitlichen Wochenbettbesuch (integrierte Versorgung von Mutter und Kind) unter Anleitung einer Lehrerin nachweisen.
- Regelmäßige Wochenbettbesuche mit der Lehrerin, inklusive Vor- und Nachgespräche.
- Schülerin macht mit jeder Lehrerin aus dem Team mindestens 5 reflektierte und ganzheitliche Wochenbettbesuche.

### b) Keine regelmäßigen Besuche durch Lehrerin für Hebammenwesen:

- Anleitung mit Vor- und Nachgesprächen durch Krankenschwestern.
- Kreißsaal-Hebammen machen mit den Schülerinnen Wochenbettbesuche.
- Tägliche Rundgänge der Lehrerin für Hebammenwesen auf den Stationen, intensive Kooperation mit Mentorinnen, Absprachen über Lernstand der Schülerinnen.
- Bezugspersonen/Mentorinnen leiten an.
- Anleitung durch Hebammen auf der Station.
- Wenig Anleitung durch Personal der Wochenstation; Schülerin sucht sich für ihre Fragen einzelne, kompetente Personen selbst heraus.
- Weder Absprachen noch Kooperation zwischen Schule und Wochenstation.

Die Auflistung mag den Eindruck vermitteln, als ob die Lehrerinnen beliebig auswählen könnten, welche Anleitungshäufigkeit und Kooperationsform ihnen am ehesten zusagt, tatsächlich hängt die „gewählte“ Form aber von einer Vielzahl von Bedingungen ab. Zum Beispiel ist die regelmäßige Mitarbeit von Lehrerinnen im Kreißsaal nur in größeren Teams möglich, und tägliche Rundgänge bedürfen einer engen räumlichen Nähe zwischen Schule und Klinik. Manche Lehrerinnen treffen in der Praxis auf ein aufgeschlossenes Team, andere wiederum versuchen ein neues Konzept in ein eher ablehnendes, festgefahrenes Team einzubringen. Eines wurde allerdings in allen Interviews deutlich: dass nämlich *alle* Schulen bei der Ausbildung der Schülerinnen auf die Kooperation der Kreißsaal-Hebammen und der Mitarbeiterinnen auf den anderen Stationen angewiesen sind, weil diese die meiste Zeit mit den Schülerinnen zusammen arbeiten. Wenn jedoch Klinik und Schule gegeneinander arbeiten oder keine Absprachen treffen, so kann diese für die Ausbildung der Schülerin sehr problematische Situation nicht dadurch gelöst werden, dass die Lehrerin die Schülerin gelegentlich selbst anleitet. Im Gegenteil: In Schülerinnen-Interviews wurde sogar deutlich, dass bei ohnehin schon gespanntem Verhältnis zwischen Schule und Kreißsaal (oder Wochenstation) die Anleitung durch die Lehrerin für die Schülerin sogar zu zusätzlichen Spannungen führt. So machten die Schülerinnen häufig Aussagen wie:<sup>64</sup>

- Schule und Kreißsaal arbeiten nicht zusammen, wir Schülerinnen sitzen oft zwischen allen Stühlen.
- Der Kreißsaal lästert über die Schule – die Schule schimpft auf den Kreißsaal.
- Wir lernen in der Schule irgendwelche Sachen, die dann im Kreißsaal absolut anders ablaufen.
- Die Anforderungen an uns Schülerinnen entsprechen oft nicht unserem Ausbildungsstand. Die wissen oft gar nicht, was wir schon durchgenommen haben.

Die beschriebenen Konflikte sind auf zwei Ebenen anzusiedeln: Zum einen fehlen Absprachen über die praktische Umsetzung des theoretischen Wissens, zum anderen fühlen sich manche Schülerinnen auf der zwischenmenschlichen Ebene zwischen den Kreißsaal-Hebammen und den Lehrerinnen hin- und hergerissen.

<sup>64</sup> Die folgenden Schülerinnen-Aussagen (sowie die weiteren Aussagen auf den folgenden Seiten) sind keine wörtlichen Zitate, sondern prototypische Sätze aus den Interviews mit 19 Schülerinnen an 15 Schul-Standorten.

So schilderten Schülerinnen, dass die Kreißsaalhebammen keine Vorstellung von ihrem Wissensstand hätten und dass sie sich bei der herrschenden Hektik auch nicht trauten, etwas zu fragen, so dass es vorkäme, dass sie ohne ausreichende Anleitung Tätigkeiten durchführten, die sie im Unterricht noch nicht gelernt hätten. Von manchen Schulen wird akzeptiert, dass Schülerinnen in der Praxis schon Handlungen vornehmen, die sie in der Theorie noch nicht behandelt haben. Als entscheidend wird hierbei jedoch angesehen, ob die Schülerin mit der Situation alleingelassen und überfordert wird oder ob es sich um eine Situation des praktischen Lernens handelt, bei der die Schülerin unter dem Schutz und der Anleitung der verantwortlichen Hebamme steht.

An den Schulen in den neuen Bundesländern wird dagegen nach Aussagen von Lehrerinnen sehr konsequent darauf geachtet, dass die Theorie der Praxis vorausgeht, das heißt zum Beispiel, dass geburtshilfliche Tätigkeiten in der Theorie gelehrt, am Phantom geübt, unter Kontrolle durchgeführt und nochmals am Phantom selbständig vorgeführt und benotet werden müssen, bevor die Schülerin im Kreißsaal zu dieser Tätigkeit aufgefordert werden darf. Im Kreißsaal wird nach Möglichkeit jede Handlung, die im Rahmen einer Geburtsbetreuung anfällt, protokolliert und nachträglich mit der Schülerin ausgewertet und besprochen. Manche Schülerinnen aus den neuen Bundesländern machten zwar kritische Anmerkungen zu den engmaschigen Kontrollen, sie fühlten sich jedoch im Gegensatz zu vielen Schülerinnen im Westen sicher in Bezug auf ihren Ausbildungsstand. Ähnlich äußerten sich auch Schülerinnen aus den West-Schulen, wo die Lehrerinnen täglich im Kreißsaal mitarbeiten.

Schülerinnen schilderten es als belastend, wenn sich Schule und Klinik bzgl. des geburtshilflichen Fachwissens oder auch der Arbeitsweise widersprechen und die Schülerinnen selbst entscheiden müssen, wem sie glauben bzw. nach wem sie sich richten sollen. Sie berichteten, dass Kreißsaal-Hebammen manchmal neidisch auf ein gutes Verhältnis zwischen Schülerin und Lehrerin sind, dass die Lehrerinnen aber auch manchmal als praxisfern beurteilt werden und dass es zu Missstimmungen kommt, wenn sich die Lehrerin nicht an die Gepflogenheiten des Kreißsaales hält.

Es gibt aber umgekehrt auch einige Schulen, die in enger Zusammenarbeit mit der Klinik Modelle von Anleitung erfolgreich erprobt haben, die sogar *ohne* die Mitarbeit von Lehrerinnen in der Praxis auskommen. Hier sind nämlich die Aufgaben klar verteilt: Die Lehrerin für Hebammenwesen ist für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Schule zuständig und nimmt Koordinationsaufgaben wahr, während die Klinik-Hebammen und Mentorinnen in Absprache, aber eigenverantwortlich für die Praxisanleitung zuständig sind.

Für eine funktionierende Kooperation sind verbindliche Regelungen und verlässliche, auch in Konfliktsituationen belastbare Kommunikationsstrukturen erforderlich. Im Fragebogen waren alle Schulen gefragt worden, wie die Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen Schule und Klinik an ihrem Haus geregelt ist. Abbildung 4 veranschaulicht, dass die formal nicht geregelte, am Bedarf ausgerichtete Kommunikation am häufigsten vorkommt. Die Interviews mit Lehrerinnen für Hebammenwesen und mit den Klinik-Mitarbeiterinnen belegten hierzu anschaulich, dass solche informellen Regelungen den gegenseitigen Kontakt sehr davon abhängig machen, ob man „gut miteinander kann“ oder nicht.

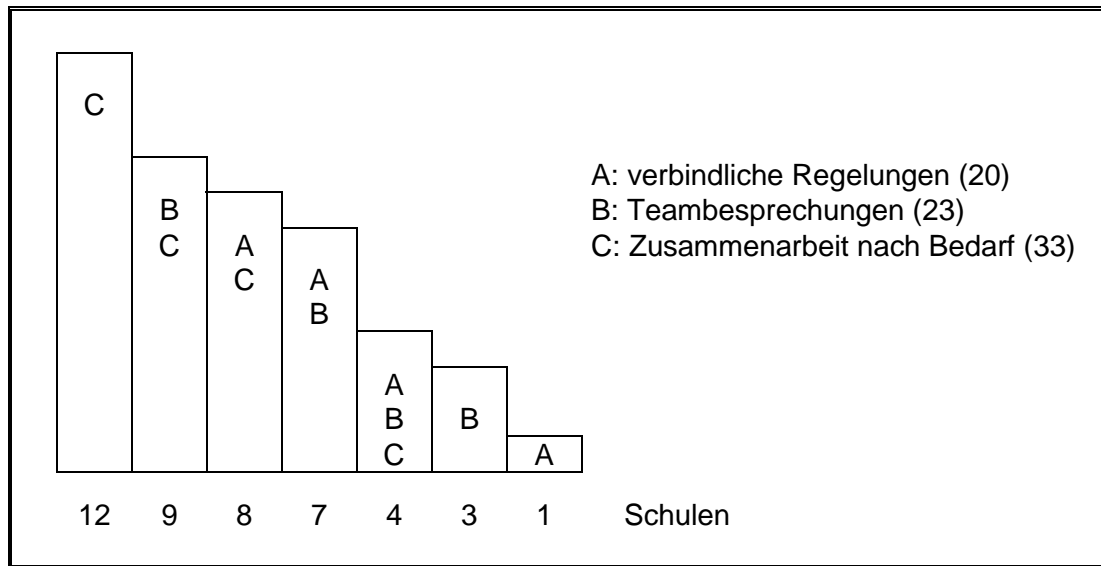
Obwohl in den Interviews mehrheitlich problematische Aspekte in der Kooperation zwischen Schulen und Kliniken angesprochen wurden, kreuzten im Fragebogen 27 Schulen an, sie seien mit der Zusammenarbeit zufrieden, nur 16 waren unzufrieden. Als häufigste Gründe für die Unzufriedenheit wurden genannt: die Klinik-Mitarbeiterinnen hätten zu wenig Interesse an der Ausbildung, die Hebamenschülerinnen würden als Last empfunden oder nur als Arbeitskraft gesehen, vereinbarte Regelungen würden nicht eingehalten oder es fände ganz allgemein zu wenig Austausch zwischen Schule und Klinik statt.<sup>65</sup>

<sup>65</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 4.9

Obwohl in einigen Interviews mit Lehrerinnen auch Beispiele für recht festgefahrene Konflikte oder eine zum Erliegen gekommene Kommunikation geschildert wurden, hat keine einzige Schule im

### Abbildung 4: Kommunikationsstrukturen zwischen Schule und Klinik

(keine Angaben: 2, n = 44 Schulen; Mehrfachnennungen)



Quelle: Fragebogen-Frage 4.8

Die meisten Schulen (auch die grundsätzlich zufriedenen) sind daran interessiert, das Verhältnis zu den Klinik-Mitarbeiterinnen zu intensivieren und den Austausch über Lerninhalte und über Schülerinnen zu verstärken. In den Interviews wurden verschiedene, sehr unterschiedliche Ideen geäußert, die zur Verbesserung der Kommunikation beitragen könnten. So führt z.B. eine Lehrerin für Hebammenwesen nach einer gemeinsamen Geburtsbetreuung die Nachbesprechung mit der Schülerin absichtlich in Hörweite von ihren Kreißsaalkolleginnen, um diese auf indirektem Wege dazu anzuregen, auch Reflexions-Gespräche mit den Schülerinnen zu führen. Von verschiedenen Klinik-Hebammen und Krankenschwestern wurden Beispiele institutionalisierter Zusammenarbeit genannt, die sich entweder bewährt haben oder die sie sich wünschen, wie z.B. gemeinsame Dienstbesprechungen, regelmäßige Mentorinnentreffen oder eine Sprechstunde der Lehrerin für Hebammenwesen. Gute Erfahrungen wurden auch damit gemacht, Kreißsaalhebammen am Unterricht der Schule zu beteiligen oder gemeinsam Fortbildungen oder Vorträge zu besuchen.

Die hier gemachten Aussagen zu Problemen mit der Praxisanleitung und zum gestörten Informationsfluss bzgl. des Lernstands der Schülerinnen sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass im Fragebogen *alle* Schulen angegeben haben, dass sie über verschiedene Hilfsmittel verfügen, die normalerweise der Strukturierung von Ausbildungsabläufen dienen. So gaben drei Viertel aller Schulen an, mit schriftlich ausgearbeiteten Lernzielen für die praktische Ausbildung zu arbeiten.<sup>66</sup> Darüber hinaus kommen Tätigkeitsnachweise und Praktikumsaufträge zur Anwendung, die den Schülerinnen die an sie gestellten Erwartungen transparent machen sollen und einer regelmäßigen Leistungsüberprüfung dienen. Den Hebammen und Krankenschwestern in den verschiedenen Abteilungen sollen sie helfen, die Übersicht über die Ausbildungsanforderungen in Abhängigkeit vom individuellen Ausbildungsstand der Schülerin zu behalten. Insgesamt gaben 42 Schulen an, Ausbildungsnachweise zu benutzen, 37 Schulen Beurteilungsbögen und 22 Schulen Praktikumsaufträge.<sup>67</sup> Zusätzlich kom-

Fragebogen die Antwortmöglichkeit „Es findet so gut wie keine Kommunikation/Zusammenarbeit statt“ angekreuzt (Fragebogen-Frage 4.8).

<sup>66</sup> 35 Schulen beantworteten die Frage nach den schriftlich fixierten Lernzielen für die praktische Ausbildung mit "ja", 10 Schulen mit "nein", 1 Schule machte keine Angaben.

Quelle: Fragebogen-Frage 4.13

<sup>67</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 4.14; Mehrfachnennungen, keine Angabe: 1. An den Ost-Schulen kommen jeweils alle drei genannten Arbeitsmittel zur Anwendung.



men in der Praxis teilweise weitere Arbeitsmittel zur Anwendung, die z.B. von Mentorinnen selbst für die jeweilige Station entwickelt wurden. In den Interviews zeigte sich, dass Tätigkeitsnachweise überhaupt nur im Kreißaal und auf der Wochenstation eine nennenswerte Rolle spielen und dass sie, auch wenn sie vorhanden sind, bei weitem nicht immer benutzt werden. Die meisten Tätigkeitsnachweise basieren auf einem Drei-Stufen-System, das dem Ausbildungsverlauf gerecht werden soll. In der ersten Stufe des Erlernens einer Tätigkeit beschränkt sich die Schülerin auf das Zuschauen und Beobachten, in der zweiten Stufe darf sie bei einer Tätigkeit mithelfen bzw. diese unter Aufsicht oder mit Hilfe selbst durchführen, und in der dritten Stufe darf sie die Tätigkeit selbständig ausführen.<sup>68</sup>

Wie die folgenden Äußerungen von Schülerinnen veranschaulichen, wird aber in der Praxis häufig nicht strukturiert angeleitet, Schülerinnen haben sogar oft das Gefühl, als Lernende lästig zu fallen.

- Die Hebammen geben ihr Wissen nicht weiter, sie sagen auch nicht, wie sie einen einschätzen.
- Wir lernen nur etwas, wenn wir ständig nachfragen, den Hebammen hinterher laufen und sie drängeln, uns zugucken zu lassen.
- Man muss sehen, wie man die Sachen selber lernt.
- Wir werden grundsätzlich nur von den älteren Schülerinnen angeleitet.
- Es gibt zwar Mentorinnen, aber wir haben fast nie mit ihnen gemeinsam Dienst.

An der Mehrzahl der Kliniken, über die Informationen aus den verschiedenen Interviews vorliegen, erfolgt die Anleitung in der Klinik eher zufällig und hängt davon ab, ob die Schülerin auf eine motivierte Hebamme (oder Krankenschwester) trifft. Gerade in diesem Zusammenhang gab es auch ausgesprochen positive Äußerungen von Schülerinnen zum Thema Anleitung. Solche Aussagen bezogen sich allerdings fast immer auf einzelne Personen oder auf besonders eindrucksvolle Situationen (Schlüsselerlebnisse) und nicht auf eine kontinuierlich verlässliche Struktur.

- Wir hatten am Anfang eine Bezugshebamme. Das hat mir sehr geholfen.
- Einige Hebammen bemühen sich sehr und kommen auch von sich aus auf uns zu.
- Ich habe sehr gute Erfahrung mit der Anleitung gemacht, mit einer Hebamme, die mich direkt unter ihre Fittiche genommen hat.
- Es gab zwar keine direkten Anleitungen, aber wir konnten immer Fragen stellen, und es gab auch Nachbesprechungen.

Aus den Interviews entstand der Eindruck, dass viele Schülerinnen eine umfangreiche, *geplante Anleitung* mit anschließender Reflexion nur durch die Lehrerinnen für Hebammenwesen erleben, sofern diese in die Praxis gehen. Die „normale“ Anleitung im Kreißaal scheint aus Zeitmangel, anhaltenden Konflikten mit der Schule, Überforderung oder auch Desinteresse häufig nur aus „Mitlaufen“ zu bestehen. Viele Hebammen vertrauen nach eigenen Aussagen darauf, dass die Schülerinnen durch häufiges Zuschauen und Mitmachen mit der Zeit „von selbst“ zum selbständigen Arbeiten kommen. Die einzige bewusst eingesetzte Lernmethode, die in den Interviews immer wieder erwähnt wurde, ist das Nachgespräch nach einer Geburt, das offensichtlich doch in etlichen Kreißsälen mit den Schülerinnen geführt wird, entweder grundsätzlich oder auch auf Drängen der Schülerinnen. Einige der befragten Kreißaal-Hebammen äußerten hierzu sehr deutlich und mit Bedauern, dass ihnen leider häufig die Zeit fehle, um Nachgespräche zu führen, die nicht zuletzt auch für sie selbst oft interessant wären, weil eine Schülerin unter Umständen einen ganz anderen Blick auf den Geburtsablauf und das Verhalten der verschiedenen Beteiligten hätte. In Einzeläußerungen wurde allerdings auch sichtbar, dass es oft sehr subjektive Kriterien sind, die dazu führen, ob eine bestimmte Schülerin engagiert angeleitet wird oder nicht. Der erste Eindruck,

<sup>68</sup> Die selbständige Leitung einer *Geburt* ist einer Schülerin jedoch erst nach Abschluss der Ausbildung gestattet. Hier heißt „selbständige Ausführung“ also immer Tätigkeit unter Aufsicht, auch wenn sich die kontrollierende Hebamme mit zunehmendem Können der Schülerin auch zunehmend im Hintergrund hält.

nach dem Motto: „Ist die Schülerin motiviert oder eine Träne?!“ (wie es eine Kreißsaalhebamme zugespitzt formulierte), kann hier entscheidend sein und der Schülerin unter Umständen die ganze Ausbildung über anhängen.

Weil mir im Vorfeld der Bestandsaufnahme speziell auch zur Ausbildung auf den Wochenstationen viele Klagen zu Ohren gekommen waren, wurden in die Untersuchung detaillierte Fragen zur Arbeitsweise auf den Wochenstationen und zur dortigen Praxisanleitung aufgenommen. Mir war bekannt, dass in den meisten Krankenhäusern - trotz „Rooming in“ - Wochenstation und „Kinderzimmer“ immer noch räumlich getrennt sind und die Betreuung von Müttern und Kindern zwischen verschiedenen Berufsgruppen aufgeteilt ist.<sup>69</sup> Die charakteristische Handbewegung, die Kritikerinnen dieser Situation häufig machen, wenn sie versuchen, die Arbeitsteilung in der klinischen Wochenbettbetreuung zu beschreiben, ist, eine Trennlinie in Höhe des Bauchnabels der Frau zu ziehen: „Untenrum“ seien die Krankenschwestern zuständig, für die Brust und das Kind die Kinderkrankenschwestern.

Wenn eine Wochenstation dem Anspruch einer ganzheitlichen Betreuung von Mutter und Kind im Wochenbett nicht gerecht wird und die verschiedenen Aspekte des Wochenbettes organisatorisch und personell trennt, stellt dies für die Ausbildung ein erhebliches Problem dar, da die Schülerinnen die Wochenbettbetreuung ja als integrierten Prozess erlernen sollen. In den Schul-Fragebogen wurden deshalb die folgenden beiden Alternativfragen aufgenommen.<sup>70</sup>

- Die Schülerinnen haben auf Grund der Arbeitsweise auf der Wochenstation die Möglichkeit, die Wochenbettbetreuung als ganzheitliche Betreuung von Mutter und Kind kennen zu lernen.
- Die Schülerinnen dürfen zwar ihre Wochenbettbetreuungen ausbildungsgerecht durchführen, sie stehen damit aber konträr zum Stationsablauf.

Insgesamt haben 39 der 46 befragten Schulen auf diese Fragen geantwortet: 17 entschieden sich für die Bewertung „ganzheitlich“, 14 für „konträr“, 8 kreuzten beides an. Auf Nachfragen bei den Lehrerinnen wurde zu diesem Widerspruch erklärt, dass es Stationen gäbe, die zwar von ihrem eigenen routinemäßigen Stationsablauf her keine ganzheitliche Wochenpflege leisten, die jedoch den Schülerinnen und der Schule gegenüber aufgeschlossen seien und ihnen keine Schwierigkeiten bei ihren „schulmäßigen“ Wochenbettbetreuungen machten, auch wenn diese aus der üblichen Stationsroutine herausfielen.

Die Kreuzung der Bewertungen „ganzheitlich“ und „konträr“ mit den Berufsgruppen, die auf den Wochenstationen anleiten, erbrachte keine signifikanten Zusammenhänge, das heißt, es konnte nicht nachgewiesen werden, dass die Arbeitsweise der Station damit korreliert, welche Berufsgruppe dort bei der Anleitung tonangebend ist. Nachfragen hierzu bei den Lehrerinnen für Hebammenwesen und den Praktikerinnen auf den Stationen ergaben vielmehr eindeutig, dass die Qualität der Wochenbettbetreuung und damit auch der Schülerinnenanleitung personen- und nicht berufsgruppenabhängig sei.

Dies Ergebnis fiel insofern auf, als von Hebammen im Vorfeld der Untersuchung die Vermutung geäußert worden war, die Qualität der stationären Wochenbettbetreuung hinge in erster Linie davon ab, ob Hebammen mit im Team seien bzw. ob die Wochenstation von einer He-

<sup>69</sup> Wie bereits an Hand von Tabelle 16 erläutert, arbeiten auf Wochenstationen sowohl (Kinder-) Krankenschwestern als auch Hebammen und Ärztinnen, die alle auch Schülerinnen anleiten. Bei den Hebammen handelt es sich um auf den Wochenstationen angestellte Hebammen, um im Rotationssystem arbeitende Hebammen, um Kreißsaal-Hebammen, die zur Anleitung auf die Wochenstation gehen, sowie um die Lehrerinnen für Hebammenwesen.

<sup>70</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 4.19

Die Verwendung des Begriffs „ganzheitlich“ erfolgte trotz der bekannten Schwierigkeit, überhaupt zu definieren, was eine ganzheitliche Betreuung/Versorgung/Pflege genau ist. An dieser Stelle ging es vor allem darum, den Gegensatz zwischen zwei verschiedenen Grundprinzipien zu charakterisieren, die auf Wochenstationen anzutreffen sind und mit denen Hebammenschülerinnen konfrontiert sind, wenn sie ihre Wochenbettbesuche durchführen und dabei lernen sollen, alle Dimensionen des Wochenbettes zu berücksichtigen und auch die Wechselwirkungen von Vorgängen bei der Mutter und beim Kind zu verstehen.

bamme geleitet werde. Krankenschwestern hätten einen zu eingegengten Blick auf kranke Menschen und würden daher dem Betreuungsbedarf von gesunden Wöchnerinnen nicht gerecht. Es bestätigte sich zwar auf der einen Seite im Verlauf der Interviews das Phänomen, dass es immer noch Wochenstationen gibt, auf denen sich unmotiviertes Personal sammelt und auf denen die Pflege weit hinter das Niveau zurückfällt, das qualifizierte Pflege heute üblicherweise hat. Auf der anderen Seite wurden jedoch auch Wochenstationen angetroffen, auf denen geplante Pflege längst zum Standard gehört, auf denen Hebammen, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern gut zusammenarbeiten und voneinander lernen und auf denen ein berufsgruppenübergreifendes Betreuungskonzept für die Wochenbettbetreuung entwickelt wurde. Die Initiative zu integrierten Wochenstationen (also zur Aufhebung der Trennung von Wochenstation und „Kinderzimmer“) oder beispielsweise das Bestreben, stillfreundliches Krankenhaus im Sinne der WHO (1990) zu werden, gingen im Einzelfall einmal von der Pflege, ein anderes Mal von Hebammenseite aus.

In Bezug auf die Methodik der Anleitung fiel bei einigen Interviews mit leitenden Krankenschwestern von Wochenstationen sogar besonders auf, dass diese es als ganz selbstverständlich darstellten, mit den Schülerinnen deren Einsatz intensiv zu reflektieren. Dort wurden Erstgespräche (zu Motivation, Erwartungen, Kenntnisstand), Zwischengespräche (zu Probleme, Erfahrungen, Lernbedarf) und Abschlussgespräche (zu Zufriedenheit und Beurteilung) geführt und gemeinsame Wochenbettbetreuungen geplant und anschließend reflektiert. Auch Arbeitsblätter oder Tätigkeitsnachweise wurden hier als Hilfsmittel eingesetzt. Der augenfällige Unterschied zur meist ungeplanten Anleitung im Kreißsaal lässt sich vielleicht damit erklären, dass in der Pflege mittlerweile seit über 15 Jahren zunehmend mit Pflegeplanung gearbeitet wird und dass außerdem auf den Wochenstationen selten Hektik herrscht. Die Anleitung der Schülerinnen muss nicht in Akutsituationen (wie häufig im Kreißsaal) eingebaut werden, sondern kann in Ruhe geplant und ausgeführt werden. Gleichwohl müssen auch und gerade für den Kreißsaal Mittel und Wege gefunden werden, dort zu einer geregelten und strukturierten Anleitung zu kommen.<sup>71</sup>

*Zusammenfassend* kann zur *Praxisanleitung in der Klinik* festgestellt werden, dass es äußerst problematisch wäre, die praktische Ausbildung der Schülerinnen in einer mehr oder weniger unstrukturierten Grauzone zu belassen, die für *alle* Beteiligten eine große Belastung darstellt und zu Unzufriedenheit führt. Es kann weder Aufgabe der einzelnen Lehrerin sein, den Abstand zwischen Theorie und Praxis, zwischen Schule und Klinik „im Spagat“ zu überbrücken, noch können Kreißsaal-Hebammen bzw. Krankenschwestern und Hebammen auf den Stationen die Ausbildung der Schülerinnen „nebenher“ erledigen (vgl. hierzu auch Dielmann 1993b). Bezüglich der Lehrerinnen für Hebammenwesen bedarf es einer grundsätzlichen Positionsbestimmung, welche Aufgaben sie in welchem organisatorischen Rahmen wahrnehmen sollten. Was die qualifizierte Anleitung in der Praxis angeht, muss diese durch klare und verbindliche Strukturen gewährleistet werden. Dies ist nur durch einen verbindlichen Lehrplan für die praktische Ausbildung und mit einer ausreichenden Anzahl von qualifizierten Anleite-Personen (Praxislehrerinnen, Mentorinnen) realisierbar.

#### **4.1.3.3 Ausbildung für die ambulante (freiberufliche) Hebammentätigkeit**

Grundsätzlich kann das gesamte Spektrum von Hebammenhilfe im ambulanten Versorgungssektor erbracht werden. Im Einzelnen beinhaltet diese dann in der Regel *freiberufliche* Hebammenhilfe die Bereiche Familienplanung, Schwangerenbetreuung und Mutterschaftsvorsorge, Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe an verschiedenen Orten, Wochenbettbetreuung, Rückbildungsgymnastik und die Unterstützung beim Stillen sowie je nach persönlicher Schwerpunktsetzung auch Hilfe und Unterstützung bei ganz spezifischen Problemen (z.B. Stillberatung bei Kindern mit Kiefer-Gaumen-Spalte oder Betreuung von drogenabhängigen Müttern). Beratung ist einerseits integrierter Bestandteil dieser Betreuungsarbeit, andererseits können Hebammen auch in Beratungsstellen tätig sein oder Erwachsenenbildungsan-

<sup>71</sup> Sehr konstruktive Ansätze hierzu finden sich in der pflegepädagogischen Diplomarbeit der Hebamme Claudia Hellmers (2001); siehe hierzu auch Abschnitt 7.3.

gebote machen (je nach eigener Fortbildung z.B. neben Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik auch Babymassage, Kinderernährung usw.).

Die Hebammenausbildung soll zwar für die gesamte Spannbreite des Berufs qualifizieren, sie findet jedoch in der Praxis überwiegend in der Klinik statt, wie bereits an Hand der ausführlichen Darstellung der Lernorte in Abschnitt 4.1.3.1 deutlich geworden ist.<sup>72</sup> Dies birgt die Problematik in sich, dass sich die *Anschauung* der Schülerinnen vorwiegend auf stationär aufgenommene Schwangere, auf Kreißsaalgeburten sowie auf Frauen und Neugeborene im Frühwochenbett beschränkt. Die Ansiedlung von Hebammenschulen an Häusern der Maximalversorgung bringt außerdem - wie bereits dargelegt - einen hohen Prozentsatz an pathologischen Verläufen und geburtsmedizinischen Eingriffen mit sich, so dass es die Auszubildenden in der Regel unterproportional häufig mit gesunden Schwangeren und unproblematischen Geburten zu tun haben; die Langzeit-Wochenbettbetreuung kann im Krankenhaus ohnehin nicht gelernt werden.

Die von mir interviewten freiberuflichen Hebammen berichteten alle übereinstimmend, dass sie in Bezug auf ihr neues Arbeitsgebiet nach der Grundausbildung erheblichen Fortbildungsbedarf gehabt hätten (siehe auch Abschnitt 4.2.2).<sup>73</sup> Dieser bezog sich zum einen auf die weniger medikalisierte Sichtweise auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und auf die Betreuung ganzer Verläufe, zum anderen auf die andere Arbeitsweise im häuslichen Umfeld der Frauen sowie auf die Arbeitsorganisation als Freiberuflerin. Manche bezeichneten das Umdenken und Umlernen als „zweite Ausbildung“. Auch Beleghebammen, die ihre Klientinnen ja weiterhin im Krankenhaus entbinden, formulierten in einer Befragung zu den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit deutlichen Fortbildungsbedarf: als Ausbildungsdefizite nannten sie an erster Stelle die häusliche Wochenbettbetreuung, aber auch alle anderen Bereiche der ambulanten Hebammentätigkeit (Schwangerenberatung, Kursleitung usw.), ausgenommen die Geburtshilfe selbst, für die sich Beleghebammen offenbar ausreichend ausgebildet fühlen (González-Campanini 1997: 65ff).

Zur Zeit ist die Ausbildung außerhalb der Klinik in jeder Hinsicht wenig geregelt. Weder sind Außeneinsätze im ambulanten Versorgungssektor überhaupt vorgeschrieben, noch existieren Qualitätskriterien für die Anleitung der Auszubildenden. Umgekehrt ist freiberuflichen Hebammen oft nicht klar, welche Aufgaben die hospitierende Schülerin schon übernehmen darf, so dass manche die Schülerinnen vor allem als Belastung und nicht auch als Unterstützung bei ihrer Arbeit erleben.

Da praktisches Lernen vor allem durch eigene Anschauung und eigenes Handeln gelingt (Hellmers 2001: 36ff), müsste die Hebammenausbildung dahingehend umstrukturiert werden, dass die Schülerinnen wirklich ganze Verläufe miterleben und begleiten und außerdem ihren Beruf auch unter den Bedingungen der Freiberuflichkeit erlernen können. Auf diese Weise würde auch der Blickwinkel, Schwangerschaft und Geburt grundsätzlich erst einmal vom Gesunden her zu betrachten, innerhalb der beruflichen Sozialisation von Hebammen wieder an Bedeutung gewinnen. Es wäre sogar denkbar, die praktische Ausbildung von Hebammen im ambulanten Versorgungssektor beginnen zu lassen, um den zukünftigen Hebammen gleich zu Anfang einerseits einen Eindruck vom gesamten und in sich sehr unterschiedlichen Betreuungsbedarf der Frauen und Familien zu vermitteln und ihnen andererseits eine Vorstellung ihres eigenen, breiten Aufgabenspektrums zu geben. Aber auch innerhalb der Klinik wären Veränderungen denkbar, die es den gebärenden Frauen und damit auch den Hebammenschülerinnen ermöglichen würden, normale Geburten ohne medizini-

<sup>72</sup> Die bei der Darstellung der Lernorte gemachten Aussagen zur Ausbildung für die Freiberuflichkeit sowie die dort geschilderten Externatsbedingungen werden deshalb an dieser Stelle nicht wiederholt.

<sup>73</sup> Sie erhärteten damit die bereits im Rahmen des Hebammenprojekts Emsland getroffene Feststellung, dass der Wechsel von der klinikorientierten Ausbildung und der sich ggf. anschließenden reinen Kreißsaaltätigkeit zur Arbeit im ambulanten Versorgungssektor und im häuslichen Umfeld der Frauen und Familien eine große Umstellung bedeutet und erheblichen Fortbildungsbedarf provoziert (Staschek 1993: 33ff; Zoege 1993: 53ff).

sche Eingriffe zu erleben und somit schon im Krankenhaus neben dem natürlich gleichfalls notwendigen Risiko- und Notfallmanagement auch eine interventionsarme Geburtshilfe zu erlernen.

#### 4.1.4 Vermittlung psychosozialer Kompetenzen und Persönlichkeitsbildung

Das Thema „Erwerb psychosozialer Kompetenzen“ kann hier nur gestreift werden. Das Instrumentarium der vorliegenden Studie war nicht darauf ausgelegt, hier in die Tiefe zu gehen. Wegen der Bedeutung der Thematik für die Hebammenausbildung und die spätere Berufsausübung wurde dennoch der Versuch unternommen, im Rahmen der schriftlichen Schulbefragung und der Interviews auszuloten, ob die Persönlichkeitsbildung im Rahmen der Ausbildung eine Rolle spielt, ob Möglichkeiten der Supervision institutionalisiert sind, welche Hilfestellung den Schülerinnen gegeben wird, mit belastenden Situationen umzugehen, und wie die Schülerinnen überhaupt lernen, Frauen anzuleiten, zu unterstützen und zu beraten.

In allen Interviews, die im Rahmen dieser Erhebung mit Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenschülerinnen, Kreißaalhebammen und Mitarbeiterinnen von Wochenstationen geführt wurden, wurden Themen wie die Einfühlungsbereitschaft von Hebammen, der Umgang mit gebärenden Frauen, die Bewältigung belastender Situationen oder auch die Kommunikation im Kreißaal (bzw. auf der Station) im Zusammenhang mit der praktischen Ausbildung zumindest angesprochen (siehe hierzu auch die Interviewleitfäden im Anhang).

Von Kreißaalhebammen wurde auf konkrete Fragen nach der Vermittlung psychosozialer Kompetenzen häufig geantwortet, dass diese Kenntnisse und Fähigkeiten einfach zum Beruf gehörten und die Schülerinnen sie entweder im Sinne einer Begabung schon mitbrächten oder durch Zuschauen „nebenbei“ erlernen würden. Einige bedauerten allerdings, dass kaum Zeit für Reflexionsgespräche mit den Schülerinnen da sei. Die eigenen psychosozialen Kompetenzen, also z.B. der einfühlsame Umgang mit den gebärenden Frauen oder die Bewältigung krisenhafter Situationen, wurden von den meisten Befragten jedoch als selbstverständlich vorhanden dargestellt.<sup>74</sup> Nur eine Hebamme charakterisierte sich selbst speziell in Bezug auf psychisch belastende Situationen als eher hilflos und fand es deshalb schwierig, in solchen Situationen auch noch Schülerinnen angemessen zu unterstützen; sie wünsche sich vielmehr eigene Fortbildung auf diesem Gebiet. Eine andere Hebamme formulierte die Erwartung, dass im theoretischen Unterricht die psychosozialen Kenntnisse einen höheren Stellenwert einnehmen sollten, da sie entscheidend für den Beruf der Hebamme seien.

Die Leiterin einer Wochenstation berichtete, die Schülerinnen würden dort intensiv in der Beobachtung geschult, wozu auch die Auseinandersetzung mit psychischen Veränderungen oder Auffälligkeiten und mit dem sozialen Umfeld der Wöchnerin gehöre. Eine andere Stationsleitung betonte, dass ihrer Ansicht nach schon im internen Gespräch unter den Mitarbeiterinnen (z.B. bei der Stationsübergabe) darauf zu achten sei, in welchem Ton miteinander und über die Patientinnen geredet werde. Sie selbst erkundige sich auch regelmäßig nach dem Befinden der Schülerinnen und versuche (z.B. nach besonders schwierigen Situationen) gezielt mit ihnen ins Gespräch zu kommen.

Wiederum andere interviewte Klinikmitarbeiterinnen sahen sich gar nicht in der Lage, sich überhaupt zum Themenbereich psychosoziale Kompetenzen zu äußern.

Insgesamt kann man grob vereinfacht von drei verschiedenen Einstellungen der Praktikerinnen sprechen, die sich allerdings auch überschneiden können:

<sup>74</sup> Auch kam in keinem Interview mit Kreißaalhebammen die Problematik des Anleitens selbst zur Sprache. Dörpinghaus, Rohrbach und Schröter (2001) haben sich in einer qualitativen Untersuchung eingehend mit dem Erleben von Gebärenden bzw. Eltern bezüglich der Anleitung von Schülerinnen unter der Geburt und in der Kinderintensivpflege beschäftigt. Sie kommen zu dem Schluss, dass der ethische Aspekt der Ausbildung an Menschen, die in existentiellen Situationen der Hilfe bedürfen, bisher viel zu wenig thematisiert wurde und dass anleitende Personen umfangreiche Kompetenzen benötigen, um sowohl der Gebärenden (bzw. dem Kind und seinen Eltern) als auch der Schülerin gerecht zu werden.

- Die Schülerinnen lernen durch Zuschauen.
- Die Vermittlung psychosozialer Kompetenzen bedarf einer guten Anleitung und der Möglichkeit von Nachgesprächen nach Geburten oder anderen Betreuungssituationen.
- Die Vermittlung psychosozialer Kompetenzen muss von der Schule geleistet werden.

Einige der interviewten Lehrerinnen vertraten zwar auch die Ansicht, dass die grundsätzliche *Bereitschaft*, sich in andere Menschen einzufühlen, von vielen Hebammenschülerinnen bereits als berufliche Motivation mitgebracht werde, dass *Kompetenzen* wie zielgerichtete Einfühlung, Belastbarkeit, Konfliktfähigkeit, Distanzwahrung usw. jedoch zusätzlich geschult werden müssten und dass diese Thematik in der Ausbildung in der Regel zu kurz käme. Deshalb würden sie es begrüßen, wenn die psychosozialen Kompetenzen in der Ausbildung ein größeres Gewicht bekämen und sich ihre Vermittlung nicht nur auf den Psychologie-Unterricht beschränken, sondern auch in den eigenen Unterricht, die eigene Praxisanleitung und die Anleitung durch die Praktikerinnen integriert würde. Nur einzelne Lehrerinnen betonten, dass an ihrer Schule die Persönlichkeitsreife der Schülerinnen im Sinne eines Erwachsenwerdens (Spätadoleszenz) sowie der Erwerb berufsbezogener psychosozialer Kompetenzen neben der Vermittlung von Sachkenntnissen bereits zentraler Ausbildungsinhalt sei, zumindest überall dort, wo sie selbst als Lehrerinnen und Bezugspersonen das Ausbildungsgeschehen beeinflussen könnten. Diese Schulen gehören auch zu den Schulen, an denen Supervision für die Schülerinnen (siehe unten) bereits jetzt einen festen Stellenwert hat.

An den meisten Schulen liegt der Schwerpunkt bzgl. der Vermittlung psychosozialer Kompetenzen - auch nach Aussagen von Schülerinnen - deutlich auf dem Psychologie-Unterricht, der sich sehr bewährt, wenn er von den KlinikpsychologInnen oder anderen praxiserfahrenen PsychologInnen gehalten wird. Als Unterrichtsinhalte wurden hier jeweils mehrfach genannt:

- Selbsterfahrung, Selbstwahrnehmung, Selbstkritik, eigene Biographie, Berufsmotivation;
- Aufarbeitung von Praxiskonflikten;
- Kommunikation, Gesprächsführung, Gruppenprozesse, Sprache;
- Umgang mit den Frauen, Umgang mit „Problemgeburten“;
- Auseinandersetzung mit Sterben und Tod („Tod im Kreißsaal“);
- Ethik (u.a. im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik);
- Psychosomatik.

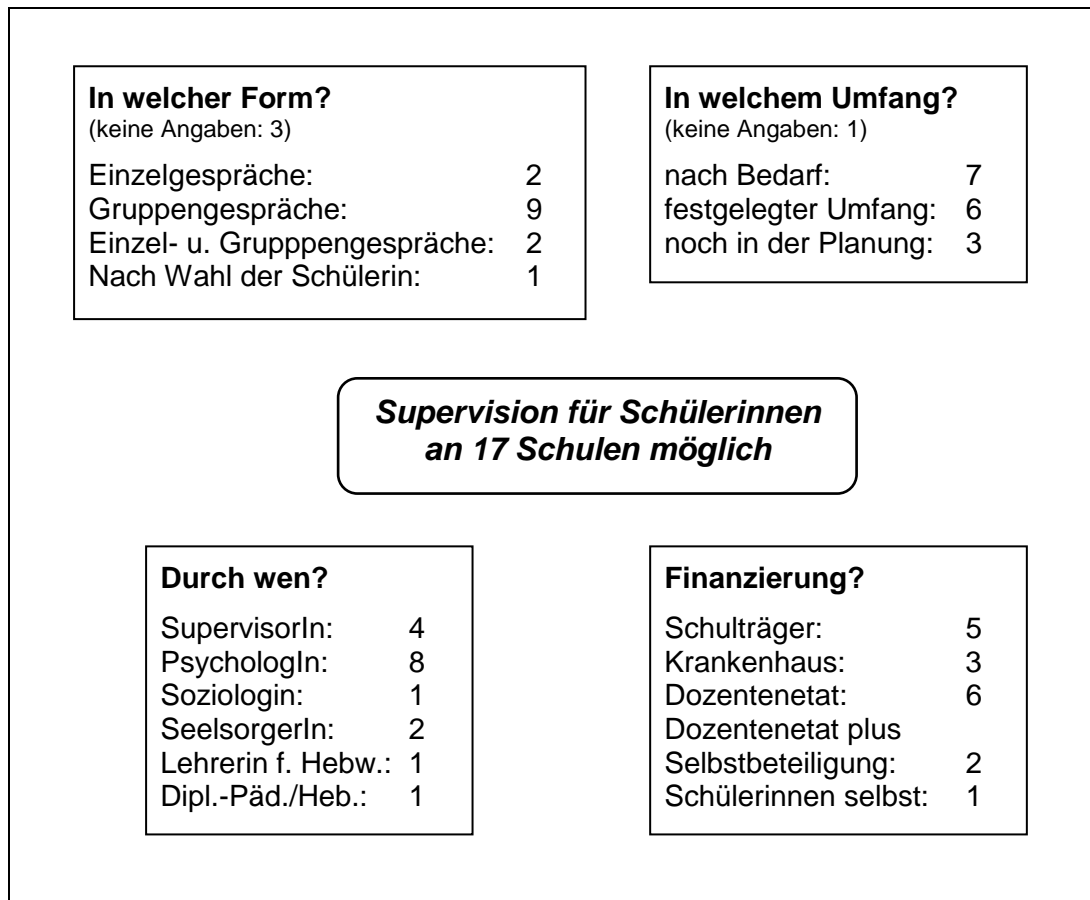
Viele Lehrerinnen für Hebammenwesen sehen ihre Aufgabe vordringlich darin, kompetente DozentInnen für diese Unterrichtsinhalte zu finden sowie selbst ihrer Vorbildfunktion in Bezug auf Selbstreflexion und den Umgang mit anderen gerecht zu werden, und zwar sowohl im Schulalltag als auch in der Praxisanleitung.

Die Schülerinnen ihrerseits äußerten in den Interviews vor allem den Wunsch nach mehr Unterstützung im Umgang mit belastenden Situationen. Für Schülerinnen, die ihre Lehrerinnen als offen und geschäftsbereit erleben, sind Gespräche mit diesen eine große Hilfe. Mehrere Schülerinnen schilderten ihre Lehrerinnen jedoch selbst als hilflos oder überfordert z.B. im Umgang mit Ängsten oder mit schwierigen Situationen in der Praxis. Positiv bewerteten einzelne Schülerinnen Unterrichtsinhalte wie Gesprächsführung (z.B. beim Aufnahmegespräch mit einer Schwangeren oder beim Wochenbettbesuch), Gesprächsebenen (Sprache, Abläufe) und Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen. In Bezug auf die Praxis schilderten einzelne Schülerinnen es als wichtig für die eigene Reflexion, dass ihr Handeln genau beobachtet werde und sie im Anschluss ein detailliertes Feed-back erhielten. Andere berichteten, kaum je eine fundierte Rückmeldung zu bekommen, nur „mitzulaufen“ und sich entsprechend unsicher zu fühlen.

Beim Erwerb psychosozialer Kompetenzen kann Supervision ein Element bilden, bei der Verarbeitung belastender Situationen kann sie Hilfestellung bieten. Im Fragebogen wurde erhoben, inwieweit die Schülerinnen die Möglichkeit haben, Supervision zu erhalten; die Antworten werden in Abbildung 5 dargestellt.

## Abbildung 5: Supervision

(n = 17 Schulen)



Quelle: Fragebogen-Frage 5.8

Insgesamt gaben 1996 17 Schulen (davon 1 Ost-Schule) an, den Schülerinnen Supervision zu ermöglichen. 10 von diesen Schulen haben Supervision in die Ausbildung integriert, zum Teil durch feste Supervisionseinheiten, zum Teil durch Supervision im Bedarfsfall, aber immer bezogen auf den ganzen Kurs und immer durchgeführt von speziell für Supervision ausgebildeten ExpertInnen. Bei den 7 anderen Schulen war die Frage der Institutionalisierung von Supervision noch nicht geklärt oder wurde nur im Einzelfall ermöglicht. In den Fällen der fest integrierten Supervision lief die Finanzierung im allgemeinen über den Dozentenetat. Bei Supervision als Bedarfsangebot war die Finanzierung eher über das Krankenhaus geregelt. Im Umfang unterschieden sich die Angebote stark voneinander, sie reichten bei den befragten Schulen von einem einzelnen Studententag bis hin zu einer Supervisions-AG, die sich während der gesamten Ausbildung alle 14 Tage traf.

Das Gesamtbild, das sich aus den Interviews zum Themenkomplex psychosoziale Kompetenzen ergab, vermittelte den Eindruck, dass zwar hohe Ansprüche an die diesbezüglichen Fähigkeiten von Hebammen gestellt werden, dass aber deren Vermittlung in der Ausbildung kein entsprechender Stellenwert eingeräumt wird und dass außerdem die Schülerinnen insgesamt zu wenig Unterstützung für die Aufarbeitung belastender Situationen erhalten.

Wie in Abschnitt 7.2 und 7.3 noch ausführlich dargelegt werden wird, sollte die Persönlichkeitsbildung von Hebammen, die Schulung psychosozialer Kompetenzen sowie der Umgang mit Belastungen jedoch nicht länger dem Zufall bzw. dem Engagement einzelner Schulteams oder Klinikmitarbeiterinnen überlassen bleiben, sondern dieser Bereich muss auf Grund der

hohen zwischenmenschlichen Anforderungen an den Hebammenberuf integraler Bestandteil der Ausbildung werden.

#### 4.1.5 Leistungskontrollen während der Ausbildung und Standards für das Abschlussexamen

Laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist es den Schulen überlassen, ob sie zur Feststellung der erfolgreichen Teilnahme von Schülerinnen an Ausbildungsveranstaltungen Leistungskontrollen durchführen. Gesetzlich geregelt ist nur, dass etwaige Leistungskontrollen bei der Ermittlung der Examensergebnisse *nicht* angerechnet werden dürfen.<sup>75</sup>

Um den Schülerinnen jedoch bereits im Verlauf der dreijährigen Ausbildung die Möglichkeit zu geben, ihren eigenen Wissenstand zu überprüfen und um den Lehrerinnen für Hebammenwesen einen Überblick über den Lernstand der Kursteilnehmerinnen zu verschaffen, kontrollieren *alle* Schulen regelmäßig den Leistungsstand der Schülerinnen.

Auf die Frage, *welche* Leistungsnachweise die Schülerinnen im Rahmen der theoretischen Ausbildung erbringen müssen, wurden folgende Nachweise genannt: Klausuren (41 Nennungen), mündliche Prüfungen (14 Nennungen), Referate (13 Nennungen), Gruppen- und Projektarbeiten (je 7 Nennungen), Berichte und Hausaufgaben (je 6 Nennungen). Acht Schulen gaben an, eine regelrechte Zwischenprüfung abzuhalten.<sup>76</sup>

An zwei Dritteln der Schulen werden die Schülerinnen ausschließlich mittels Klausuren oder mündlicher Prüfungen geprüft, das heißt also über Themen, die von den Lehrerinnen oder FachdozentInnen vorgegeben werden und die abfragbares Wissen betreffen. An einem Drittel der Schulen werden diese Leistungskontrollen durch eigenständige Arbeiten - wie z.B. Referate und Berichte - ergänzt.

Sowohl an den bayrischen als auch an den Schulen in den neuen Bundesländern werden Leistungskontrollen *regelmäßig* durchgeführt. In der bayrischen „Berufsfachschulordnung Krankenpflege und Hebammen“ ist festgeschrieben, dass die Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen durch Haus- und Schulaufgaben, Berichte, mündliche und schriftliche Leistungen kontrolliert werden sollen. Außerdem wird dort ein Jahreszeugnis verlangt.<sup>77</sup> Die Hebammenschulen an den Medizinischen Berufsfachschulen haben aus DDR-Zeiten beibehalten, den Leistungsstand der Schülerinnen engmaschig mündlich und schriftlich abzufragen und *jedes* Fach mit einer Leistungskontrolle abzuschließen (eine Ost-Schule bildet hier eine Ausnahme).

Während von den interviewten Schülerinnen durchaus lebhaft Kritik an manchen Unterrichten geäußert worden war, wurden die ausbildungsbegleitenden schulischen Leistungskontrollen von keiner Schülerin als problematisch dargestellt. Einige Schülerinnen äußerten vielmehr Sorgen bzgl. des Abschlussexamens, weil es sich hierbei um die einzige *wirkliche* Prüfung handele und sie nicht einschätzen könnten, welche Anforderungen auf sie zukämen.

Bundesweite Standards für die *praktische Ausbildung* gibt es nicht. Dennoch haben - wie oben bereits ausgeführt - drei Viertel aller Schulen schriftlich fixierte Lernziele entwickelt. Darüber hinaus existieren an allen Schulen bzw. Kliniken standardisierte Tätigkeitsnachweise, Praktikumsaufträge oder Beurteilungsbögen, ihre Anwendung wird jedoch sehr unterschiedlich gehandhabt. Denn obwohl viele Schulen angaben, die genannten Hilfsmittel als Grundlage für die notwendige Kooperation zwischen Schule und Klinik in Bezug auf die Praxisanleitung oder auch für zwischenzeitliche Leistungskontrollen zu nutzen, scheint die Praxisanleitung an vielen Häusern trotzdem völlig unstrukturiert abzulaufen und von Zufällen und persönlichen Gegebenheiten abzuhängen. Nur der Tätigkeitsnachweis in Bezug auf die

<sup>75</sup> vgl. HebAPrV §§ 1 u. 2 sowie die Ausführungen von Horschitz in Horschitz/Kurtenbach 1994: 167f.

<sup>76</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 3.12; n = 46, Mehrfachnennungen

<sup>77</sup> Amtsblatt der Bayrischen Staatsministerien für Unterricht und Kultus und Wissenschaft und Kunst, Jahrgang 1988, Nr. 14, München 30.06.1988: 291ff



gesetzlich vorgeschriebene Mindestanzahl von zu betreuenden Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen ist verbindlich.

Für das Externat gibt es keine standardisierten Tätigkeitsnachweise, geschweige denn Leistungskontrollen. Die meisten Schulen arbeiten jedoch mit Berichten, Arbeitstagebüchern, Referaten usw., die die Schülerinnen über das Externat anfertigen müssen und die der Reflexion des Erlebten dienen und die Grundlage darstellen für einen Erfahrungsaustausch im Kurs.

Weil in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in §§ 5-7 zwar das *Procedere* für die Abschlussprüfung festgelegt ist, jedoch nicht deutlich wird, *wie* die Prüfungsfragen in den jeweiligen Schulen im einzelnen zu Stande kommen und *wer* hierbei *welche* Entscheidung trifft, wurden Fragen zu diesem Themenkomplex mit in den Fragebogen aufgenommen. Die Antworten machten zunächst deutlich, dass den meisten Lehrerinnen die Vorgehensweise an ihrer Schule so selbstverständlich erschien, dass ihnen nicht bewusst war, wie vage die Formulierungen in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gehalten sind und dass sich deshalb eine Antwort auf die Frage nach dem Zustandekommen der Prüfungsaufgaben *nicht* von selbst versteht. So antworteten einige Schulen „*natürlich* legen *wir* die Prüfungsfragen fest“, andere schrieben „*natürlich* die *Fachprüfer*“, wieder andere „siehe Ausbildungs- und Prüfungsverordnung“.

Die *schriftliche* Prüfung erfolgt nach § 5 HebAPrV in den Fächern Geburtshilfe, Anatomie und Physiologie, Krankheitslehre, Kinderheilkunde sowie Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde. Hinsichtlich der Prüfungsaufgaben ist dort festgelegt, dass diese „vom Prüfungsvorsitzenden im Benehmen mit dem Leiter der Hebammenschule“ bestimmt werden. Den Prüfungsvorsitz hat also keine Hebamme inne, sondern ein Medizinalbeamter der zuständigen Prüfungsbehörde. Auch wenn die Genehmigung der Prüfungsfragen bei ihm liegt, sind es die Hebammenlehrerinnen und die FachdozentInnen, die die Prüfungsfragen vorschlagen. So gaben 22 Schulen an, dass die leitende Lehrerin für Hebammenwesen bzw. das Lehrerinnen-Team die Fragen einreicht, an 19 Schulen tun dies die FachprüferInnen und an den 5 Ost-Schulen die zuständigen FachlehrerInnen.<sup>78</sup>

Die *mündliche* Prüfung ist nach § 6 HebAPrV in den Fächern Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Krankenpflege und im Fach Gesundheitslehre und Hygiene abzunehmen. Auf die Frage, *wie* die Leistungsanforderungen für die Prüfung festgelegt würden, gaben die Schulen lediglich an, *wer* die Prüfung abnimmt: Es sind dies - in unterschiedlicher Verteilung - die jeweiligen DozentInnen, die auch die Prüfungsfächer unterrichtet haben, sowie die Lehrerinnen für Hebammenwesen.<sup>79</sup>

Zu den *inhaltlichen* Kriterien, nach denen die Anforderungen festgelegt werden, und ob es Bestrebungen zwischen verschiedenen Schulen oder auch auf der Ebene der Aufsichtsbehörden gibt, den Schwierigkeitsgrad der schriftlichen und mündlichen Prüfungen untereinander abzustimmen, wurden keine Aussagen gemacht.

Auch die *praktische* Prüfung, die in der Klinik abgenommen wird, fällt in den Verantwortungsbereich der Schule. Zur praktischen Prüfung gehören nach § 7 HebAPrV (1) die Aufnahme einer Schwangeren, die Befunderhebung und die Aufstellung eines Behandlungsplans, (2) die Durchführung einer Entbindung mit Erstversorgung des Neugeborenen, (3) eine praktische Pflegedemonstration an einem Säugling und (4) eine Fallbesprechung oder Pflegedemonstration an einer Wöchnerin. Hinsichtlich dieses praktischen Teils des Examens fiel auf, dass zum Zeitpunkt der Schulbefragung 1996 bereits ein Drittel der Schulen (15) mit den damals von einer Arbeitsgruppe des Bundes Deutscher Hebammen gerade neu entwickelten Prüfungsbögen arbeitete. Lehrerinnen für Hebammenwesen äußerten dazu positiv, dass diese Bögen endlich die Möglichkeit böten, einheitliche Kriterien an die verschiedenen

<sup>78</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 3.13

<sup>79</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 3.14

Hebammenschülerinnen und an die unterschiedlichen Prüfungssituationen anzulegen. Vier Schulen gaben an, mit selbsterstellten Bögen zu arbeiten.<sup>80</sup>

#### 4.1.6 Zusammenfassung: Bestandsaufnahme der Hebammenausbildung

Die Hebammenausbildung in Deutschland ist zwar über das Hebammengesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bundeseinheitlich geregelt, der gesetzliche Rahmen ist jedoch so weit gesteckt, dass sehr große Unterschiede zwischen den einzelnen Schulen möglich und auch tatsächlich vorhanden sind. Die vorhandenen Freiräume bieten die Chance, die Ausbildung vielseitig zu gestalten, sie stellen jedoch auch einen Mangel an Struktur und Verlässlichkeit dar.

Leistungskontrollen im Laufe der Ausbildung werden zwar von allen Schulen durchgeführt, sind jedoch (außer in Bayern und Sachsen) nicht vorgeschrieben. Die Dienst- und Fachaufsicht der Hebammenschulen ist Ländersache und wird von verschiedenen Landesministerien und Bezirksregierungen in unterschiedlicher Weise wahrgenommen.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen sieht kein handlungsorientiertes, vernetztes Lernen vor, sondern stellt lediglich eine Auflistung von Unterrichtsthemen dar. Verbindliche Lernziele existieren nicht, die Anwendung vorhandener Lehrpläne ist (außer in Bayern und Sachsen) freiwillig. Wollen Schulen die Fächer-Fixierung zu Gunsten von an Lernfeldern orientierten Unterrichtsformen aufbrechen, so sind sie vollständig auf die Kooperationsbereitschaft der ärztlichen DozentInnen und Honorarkräfte angewiesen. Projekt-Unterricht ist im Schulalltag der meisten Hebammenschulen nicht die Regel, sondern stellt die unter erheblichen Mühen herbeigeführte Ausnahme dar.

In den alten Bundesländern unterrichten an Hebammenschulen Hebammen mit einer Fachweiterbildung zur Unterrichtskraft und neuerdings auch zunehmend Hebammen, die ein pädagogisches (Fachhochschul-) Studium absolviert haben. Es ist an den West-Schulen nicht festgelegt, wie viel Unterricht eine Lehrerin für Hebammenwesen selbst geben muss, die Spanne reicht hier von 4 bis zu 27 Wochenstunden. Festangestellte weitere LehrerInnen gibt es nur in seltenen Fällen: Einige wenige Schulen haben eine Krankenschwester im Team; andere sind in größere Schulzentren integriert und können somit sowohl auf Lehrkräfte aus anderen Fachrichtungen als auch auf einen gemeinsamen DozentInnenpool zurückgreifen. Die Regel ist jedoch, dass die Schulen im Westen ihre Lehrkräfte selbst zusammenstellen müssen und dass die Mehrzahl von diesen nebenamtliche (und häufig wechselnde) DozentInnen sind; ihre Anzahl reicht an den einzelnen Schulen von 5 bis 40. Die freie DozentInnenwahl wurde von den befragten Lehrerinnen für Hebammenwesen sehr unterschiedlich bewertet: Einerseits wurde der große Organisationsaufwand beklagt und die Tatsache bemängelt, dass es zu einem erheblichen Teil „Glücksache“ sei, ob die Schule qualifizierte oder weniger qualifizierte DozentInnen gewinnen könne; andererseits wurde auch von einigen Lehrerinnen für Hebammenwesen als positiv angemerkt, dass die freie Wahl die Möglichkeit biete, wirklich gute DozentInnen in die Ausbildung einzubinden und die Fächer mit hochqualifizierten SpezialistInnen unterrichten zu lassen. Die in der Regel nicht vorhandene pädagogische Qualifikation der nebenamtlichen DozentInnen wurde jedoch durchgängig eher kritisch gesehen.

Die Medizinischen Berufsfachschulen in den neuen Bundesländern verfügen wie zu DDR-Zeiten über ein fest angestelltes LehrerInnenkollegium, das den überwiegenden Teil der Unterrichtsfächer abdeckt; es handelt sich hierbei um Angehörige verschiedener Gesundheitsfachberufe mit einem medizinpädagogischen Hochschulstudium. Diese LehrerInnen unterrichten schwerpunktmäßig ihre eigene Berufsgruppe (also Hebammen die Hebammenschülerinnen), darüber hinaus je nach Fach auch die SchülerInnen anderer Ausbildungsgänge. Die Anzahl der ärztlichen und anderen nebenamtlichen DozentInnen ist gering. Die Diplom-MedizinpädagogInnen sind in erster Linie TheorielehrerInnen, deren Gehaltseinstufung als

<sup>80</sup> Quelle: Fragebogen-Frage 3.14; zwei verschiedene Beispiele für die mittlerweile mehrfach überarbeiteten Prüfungsbögen der BDH-Arbeitsgruppe sind im Anhang beigefügt.

LehrerInnen an die Bedingung geknüpft ist, dass sie mindestens die Hälfte ihrer Arbeitszeit auf Unterricht verwenden.

Es ist zwar gesetzlich vorgeschrieben, dass die theoretische und die praktische Ausbildung eng verzahnt sind und dass deshalb Hebammenschulen einen Ausbildungsverbund mit Frauenkliniken eingehen müssen, Qualitätsanforderungen für die praktische Ausbildung sind jedoch nicht festgeschrieben. Es ist weder festgelegt, auf wie viele persönliche Anleitungsstunden/-tage die Schülerin im Laufe ihrer Ausbildung Anspruch hat, noch wer sie anleiten soll. So gibt es einige Schulen, an denen die Lehrerinnen für Hebammenwesen selbst täglich zur Anleitung in die Klinik gehen, andere tun dies gelegentlich oder in regelmäßigen Abständen, wieder andere überhaupt nicht. In jedem Fall erfolgt die Anleitung im Alltag der Schülerin in der Regel durch das Fachpersonal auf den Stationen und im Kreißaal. In gut der Hälfte der Ausbildungskrankenhäuser sind Mentorinnen tätig, die Fortbildungen von sehr unterschiedlicher Länge absolviert haben (zwischen 3 Tagen und 12 Wochen). Alle Schulen gaben an, mit (selbsterstellten) Praktikumsaufträgen und Tätigkeitsnachweisen zu arbeiten, um zu gewährleisten, dass die Schülerinnen im Verlauf ihrer Ausbildung alle in der Klinik anfallenden Hebammentätigkeiten gezeigt bekommen und lernen, sie selbst auszuführen. Obwohl solche Tätigkeitsnachweise ein gutes Gerüst für alle Beteiligten sein können, fiel bei den Schülerinnen-Interviews auf, dass gerade die Unstrukturiertheit der praktischen Ausbildung von ihnen als das größte Problem empfunden wird. Die Schülerinnen fühlen sich der Anleitungsmotivation des Klinikhebammen regelrecht ausgeliefert; bei Kompetenzstreitigkeiten zwischen Schule und Klinik schilderten sie sich als zwischen den Stühlen sitzend. In diesem Zusammenhang wurde sowohl von Lehrerinnen für Hebammenwesen als auch von Hebammen und Krankenschwestern aus der Praxis berichtet, dass institutionalisierte Kontakte wie gemeinsame Teambesprechungen, Treffen zwischen Mentorinnen und Schule, Mitarbeit der Lehrerin für Hebammenwesen in der Praxis und eine Einbindung der Praktikerinnen in den Unterricht erheblich dazu beitragen können, das gegenseitige Verständnis zu fördern, Konflikte einer Lösung zuzuführen und im besten Fall eine gemeinsame Ausbildungskonzeption zu entwickeln.

In der DDR wurde die praktische Ausbildung durch Praxislehrerinnen, die zum LehrerInnenkollegium der Berufsfachschule zählten, und durch Mentorinnen vor Ort gewährleistet. Es gab hier klare Vorgaben für die praktische Ausbildung und auch zahlreiche Leistungskontrollen in der Praxis. Die Stellen für Praxislehrerinnen wurden nach der Wende nach und nach gestrichen, so dass die Praxisanleitung hier nun auch von den regulär angestellten Kolleginnen der Klinik mit übernommen werden muss. Da die Hebammenlehrerinnen in den neuen Bundesländern - anders als ihre Kolleginnen im Westen - mit vollem Stundendeputat unterrichten, sind sie in den wenigsten Fällen auch noch in der Lage, selbst regelmäßig zur Praxisanleitung in die Klinik zu gehen.

Bezüglich der Ausbildung für die Freiberuflichkeit wurde durch die Schulbefragung die Annahme bestätigt, dass die heutige Hebammenausbildung insgesamt sehr klinikorientiert ist, die Schülerinnen in fast allen Ausbildungskliniken gehäuft mit pathologischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufen zu tun haben und die Wöchnerinnen mit ihren Kindern nur noch in den ersten Tagen des Wochenbettes sehen. Von einer Reihe von Lehrerinnen für Hebammenwesen und den von mir interviewten freiberuflichen Hebammen wurde die Ausbildung für die Freiberuflichkeit insofern als unzureichend bezeichnet, als zwar das gesamte Spektrum hebammenhilflicher Tätigkeiten in der Theorie gelehrt werde, die praktische Unterweisung unter den Bedingungen der Freiberuflichkeit (z.B. in einer Hebammenpraxis oder in einem Geburtshaus) jedoch viel zu kurz käme. Fast alle Schulen sehen zwar ein Externat vor, die Externate können den Schülerinnen jedoch mit einer Länge von in der Regel nur zwei bis vier Wochen nicht mehr als einen ersten Eindruck von der Arbeit einer freiberuflichen Hebamme vermitteln. Nicht selten gibt es zudem Schwierigkeiten (bedingt durch regionale Besonderheiten, Auflagen der Aufsichtsbehörde o.ä.), überhaupt für alle Schülerinnen Externatsplätze zu finden, nicht zuletzt auch deshalb, weil den freiberuflichen Kolleginnen die zusätzliche Mehrarbeit und der Verdienstausschlag, der mit der Anleitung einer Externatsschülerin verbunden ist, nicht vergütet wird. Manche Schülerinnen wollen auch die Möglichkeit ei-

nes Externats bei einer freiberuflichen Hebamme nicht wahrnehmen und ziehen es stattdessen vor, mehr Kreißsaalerfahrungen (im eigenen oder einem anderen Haus) zu sammeln.

Als weitere Möglichkeiten, die Hebammentätigkeiten außerhalb des Krankenhauses kennen zu lernen, wurden im Rahmen der Schulbefragung Praktika in gynäkologischen Praxen sowie Wochenbettbesuche gemeinsam mit freiberuflichen Hebammen oder Lehrerinnen für Hebammenwesen genannt, außerdem die Hospitation in Kursen. Welches Spektrum an Lernmöglichkeiten eine Hebammenschule ihren Schülerinnen anbietet, liegt jedoch ganz in ihrem eigenen Ermessen und ist nicht zuletzt von der Bereitschaft des Ausbildungsträgers abhängig, Einsätzen der Schülerinnen „außer Haus“ zuzustimmen. Qualitative Maßstäbe bezüglich der außerklinischen Ausbildung gibt es nicht. Aus den genannten Gründen kann also von einer *geregelt* Ausbildung im ambulanten Versorgungssektor nicht die Rede sein.

Eine Reform der Hebammenausbildung scheint dringend geboten, nicht nur, um die mit der vorliegenden Bestandsaufnahme empirisch belegten inhaltlichen und strukturellen Mängel zu beseitigen, sondern auch, weil die Hebammenausbildung - wie auch die Ausbildung in anderen Gesundheitsfachberufen (siehe Kapitel 3) – endlich die sog. Bildungssackgasse verlassen und sowohl den Anschluss an das deutsche Berufsbildungssystem bekommen als auch die Qualitätsanforderungen des europäischen Arbeitsmarktes erfüllen muss. Bereits existierende Reformvorschläge werden in Kapitel 5 referiert, eigene Schlussfolgerungen zur Qualifizierung von Hebammen in Kapitel 7 gezogen.

Zunächst jedoch werden im folgenden Abschnitt 4.2 in Ergänzung zur Bestandsaufnahme der Grundausbildung noch die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Hebammen dargestellt.

## 4.2 Fort- und Weiterbildung

Fortbildung dient der Erweiterung und Aktualisierung des beruflichen Wissens. Die Erstausbildung bildet den Grundstock der beruflichen Qualifikation, den es im Sinne eines lebenslangen Lernens und je nach Aufgabengebiet kontinuierlich zu erweitern gilt. Welche Themenbereiche im Rahmen des Fortbildungsangebots von den Berufsangehörigen besonders nachgefragt werden, kann *auch* ein Gradmesser für Defizite in der Ausbildung sein. Auf beide Aspekte soll im Folgenden eingegangen werden.<sup>81</sup>

Bei der *Fortbildungsmotivation* von Hebammen können daher u.a. folgende Aspekte eine Rolle spielen: die Qualität der eigenen Ausbildung, also auch Defizite in der eigenen Ausbildung, zeitlicher Abstand zur Ausbildung, Auffrischung und Vertiefung von Kenntnissen, neue Erkenntnisse und Behandlungsmethoden, Problematisierung von üblichen Behandlungsmethoden, Vorgehensweisen, Betreuungsformen, Nachfrage nach bestimmten Verfahren auf Seiten der Frauen, Bedarf nach kollegialem, fachlichem Austausch, Veränderung des eigenen Tätigkeitsspektrums oder der Rahmenbedingungen von Hebammenarbeit oder auch die Fortbildungspflicht.

Dieser Abschnitt gibt einen Überblick darüber, wie sich Hebammen *in den bestehenden Strukturen* fort- und weiterbilden können, ist also Teil der Bestandsaufnahme zur beruflichen Qualifikation von Hebammen: Einer knappen Darstellung der *Fachliteratur* (4.2.1) schließt sich eine Analyse von hebammenspezifischen *Fortbildungsangeboten* an (4.2.2). Der Ab-

<sup>81</sup> In einigen englischen Publikationen wird in Bezug auf Fortbildung außerdem noch die sog. Konsumentenseite betont, dass nämlich jede Frau einen Anspruch darauf habe, von einer Hebamme betreut zu werden, „who is fully up to date with developments in, and issues relating to, her practice“ (Hunt 1991, zitiert nach Silverton 1996: 87). Silverton geht in ihrem Aufsatz zur englischen Hebammenausbildung ausführlich auf die *continuing education*, auf die Notwendigkeit von Fortbildung und Supervision ein und betont darüber hinaus die Notwendigkeit, nicht nur einfach Fortbildung anzubieten, sondern diese auch zu evaluieren (und zwar auch die in Großbritannien seit den 1950er Jahren obligatorischen und somit bereits fest etablierten *refresher courses*). (Silverton 1996: 86ff)

schnitt endet mit einer Darstellung der heute noch sehr begrenzten *Weiterbildungsmöglichkeiten* für Hebammen (4.2.3).

Während noch bis in die 1990er Jahre hinein die offizielle Verpflichtung von Hebammen, sich beruflich fortzubilden, in vielen Bundesländern lediglich darin bestand, der gelegentlichen Einberufung des Amtsarztes zu einem Fortbildungslehrgang nachzukommen und außerdem die Fachzeitschriften zu lesen<sup>82</sup>, so wird im Jahr 2002 die *Fortbildungspflicht* wesentlich anspruchsvoller formuliert und ist bundesweit an die Verpflichtung gebunden, den Beruf stets nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auszuüben (SGB V §§ 2 und 70). Landesrechtliche Regelungen präzisieren diese Fortbildungspflicht; ab 1989 wurden in 14 der 16 Bundesländer - jeweils mit maßgeblicher Beteiligung der Hebammen-Landesverbände - neue Berufsordnungen und/oder neue Landes-Hebammengesetze verabschiedet.<sup>83</sup> Die hierin gewählten Formulierungen bzgl. der Fortbildungspflicht ähneln sich oder sind wortgleich. Die Notwendigkeit regelmäßiger Fortbildung wird jeweils damit begründet, dass Hebammen dazu verpflichtet sind, ihren Beruf entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen (auch: „wissenschaftlichen“ oder „berufsfachlichen“) Erkenntnisse gewissenhaft auszuüben. Als die *geeigneten Mittel* für die berufliche Fortbildung werden in 10 Berufsordnungen die Fortbildungsveranstaltungen der Hebammenverbände und der Hebammenschulen sowie das Studium der Fachliteratur hervorgehoben. In Hamburg und Niedersachsen wird darüber hinaus im Gesetzes- bzw. Verordnungstext betont, dass Hebammen an *von der Aufsichtsbehörde anerkannten* Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen sollten.<sup>84</sup>

Praktisch alle Berufsordnungen lassen den Berufsangehörigen einen erheblichen Ermessensspielraum, wie viel Fortbildung nötig ist, um auf dem jeweiligen aktuellen Wissensstand zu sein. Folgende Formulierung findet sich hierzu in 7 Berufsordnungen: „Hebamme und Entbindungspfleger haben in dem Umfang von den Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie dies zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung notwendigen Fachkenntnisse erforderlich ist.“<sup>85</sup> Nur Hamburg und Niedersachsen haben sich bzgl. der Fortbildungspflicht von Hebammen auf einen Jahres- bzw. Drei-Jahres-Abstand festgelegt.<sup>86</sup>

#### 4.2.1 Fachliteratur

Die Fachliteratur für Hebammen untergliedert sich in Bücher und Zeitschriften. Weil es im Hinblick auf einen Professionalisierungsprozess<sup>87</sup> entscheidend ist, inwieweit das für He-

<sup>82</sup> siehe §§ 1 und 19 der saarländischen Berufsordnung vom 27.1.1960

<sup>83</sup> In diesen neuen Landesregelungen ist inzwischen ausnahmslos die Verpflichtung zur beruflichen Fortbildung von Hebammen festgeschrieben: in 11 Ländern in der Berufsordnung, in 3 Ländern im Hebammengesetz des Landes. - Nur in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt fehlen bislang landesrechtliche Regelungen für den Hebammenberuf (vgl. hierzu Abschnitt 2.2.3).

<sup>84</sup> Ob es eine solche Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen seitens einer staatlichen Aufsichtsbehörde in den anderen Bundesländern überhaupt gibt, geht aus deren Gesetzes- oder Verordnungstexten nicht hervor.

<sup>85</sup> § 6 Absatz 2 der baden-württembergischen Berufsordnung vom 25.11.1992; ähnliche oder gleiche Formulierungen in 6 weiteren Berufsordnungen.

<sup>86</sup> § 3 Absatz 1 Satz 2 des Hamburger Hebammengesetzes vom 13.09.1990: „Die freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspfleger haben insbesondere an von der zuständigen Behörde anerkannten Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, und zwar mindestens alle 3 Jahre an einem einwöchigen Lehrgang und mindestens jedes Jahr an einem vierstündigen Tageslehrgang.“

§ 6 Absatz 2 der niedersächsischen Berufsordnung vom 16.02.1995: „In der Regel soll jede Hebamme, jeder Entbindungspfleger in Abständen von 3 Jahren mindestens an einem Fortbildungslehrgang teilnehmen.“

In 9 Berufsordnungen ist außerdem festgeschrieben, dass Hebammen in der Lage sein müssen, ihre Fortbildungen gegenüber dem Gesundheitsamt nachzuweisen. Inwieweit die Gesundheitsämter von ihrem Kontrollrecht Gebrauch machen, konnte nicht festgestellt werden. Die Aussagen einzelner befragter Hebammen aus verschiedenen Bundesländern fielen zu diesem Punkt sehr unterschiedlich aus, offenbar abhängig vom jeweiligen Amtsarzt vor Ort.

<sup>87</sup> Zur Professionalisierung ausführlich: Kapitel 6 und Kapitel 7.

bammen beruflich relevante Wissen auch von der Berufsgruppe selbst definiert wird, wird bei der folgenden Beschreibung der Hebammenspezifischen Fachliteratur auch auf die Frage eingegangen, inwieweit Hebammen an deren Erzeugung selbst beteiligt sind.

Insgesamt existieren zur Zeit in Deutschland vier Hebammenzeitschriften; es handelt sich hierbei (in der chronologischen Reihenfolge ihrer Gründung) um die Deutsche Hebammenzeitschrift, das Hebammen Info, die Hebamme und das Hebammenforum.<sup>88</sup> Außer mit diesen hebammenspezifischen Fachzeitschriften können und sollten sich Hebammen – je nach ihrem Tätigkeitsfeld und persönlichem Interesse – natürlich auch mit Hilfe der Fachzeitschriften anderer Berufsgruppen fortbilden, z.B. mit gynäkologischen, pflegewissenschaftlichen, gesundheitspolitischen oder pädagogischen Zeitschriften. An dieser Stelle soll es jedoch nur um die Fachfortbildung von Hebammen im engeren Sinne und daher auch nur um ihre eigene Fachpresse gehen.

Die vom Staude-Verlag herausgegebene, monatlich erscheinende **Deutsche Hebammenzeitschrift (DHZ)** ist Nachfolgerin der 1886 gegründeten „Allgemeinen Deutschen Hebammen-Zeitung“<sup>89</sup> und war bis zum März 2000 Verbandszeitschrift des Bundes Deutscher Hebammen (BDH). Bis weit in die 1980er Jahre hinein war die DHZ die einzige deutsche Hebammenzeitschrift. Ende der 1990er Jahre erschien sie in so hoher Auflage (13.000), dass man damals von einer nahezu flächendeckenden Verbreitung in Hebammenkreisen ausgehen konnte. Nach der Trennung des BDH vom Staude-Verlag und der damit verbundenen Gründung des Hebammenforums (siehe unten) ging die Auflagenhöhe leicht (auf knapp 11.000) zurück.

Die DHZ vertrat immer den Anspruch, nicht nur Verbandsblatt, sondern auch Fortbildungszeitschrift zu sein; das Angebot an Fachartikeln war jedoch bis vor 10 Jahren nicht sehr groß. Zudem wurden bis weit in die 1990er Jahre hinein die meisten Artikel mit Fortbildungscharakter aus ärztlichen Fachblättern oder internationalen Hebammenzeitschriften übernommen. Die von deutschen Hebammen verfassten Beiträge beschränkten sich in der Regel auf die berufspolitische Ebene oder hatten einfachen Ratgebercharakter. Sogar die sog. Schriftleitung hatte bis vor 10 Jahren ein ärztlicher Hebammenlehrer inne, sie ging erst Mitte 1992 in die Hände der Berufsgruppe über.<sup>90</sup> In den 1990er Jahren nahmen dann auch allmählich die von Hebammen selbst verfassten Fachartikel zu, was jedoch keineswegs allein auf den Wechsel in der Schriftleitung zurückzuführen war, sondern vor allem darauf, dass überhaupt erst in dieser Zeit Hebammen in zunehmendem Maße selbst zu schreiben begannen.<sup>91</sup> Auch die Veröffentlichung erster Forschungsergebnisse aus den Reihen des eigenen Berufsstandes fällt in den Anfang der 1990er Jahre (vgl. z.B. Steffen 1991 zur Episiotomie und Groß et al. 1991/92 zu Gebärpositionen).

Aktuell stellt die Deutsche Hebammenzeitschrift ein Fachblatt für Hebammen dar, das Fortbildungsartikel im engeren Sinne (z.B. zur Schwangerenvorsorge, Reanimation von Neugeborenen, Episiotomie oder Wassergeburt)<sup>92</sup> mit berufspolitisch relevanten Fachartikeln (z.B.

<sup>88</sup> Die folgende, sehr gestraffte Darstellung beruht auf der Durchsicht von 15 Jahrgängen *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 5 Jahrgängen *Hebammen Info*, 15 Jahrgängen *Die Hebamme* und 3 Jahrgängen *Hebammenforum* (siehe Literaturverzeichnis). Die Angaben zur Auflagenhöhe beruhen jeweils auf mündlicher Auskunft der Verlage bzw. Redaktionen.

<sup>89</sup> Zur Geschichte der Deutschen Hebammenzeitschrift vgl. DHZ 10/95: 462ff.

<sup>90</sup> Die Details zur Schriftleitung bzw. Herausgeberschaft wurden dem jeweiligen Impressum der DHZ entnommen und mündlich nachrecherchiert; zum Wechsel in der Schriftleitung siehe auch die Vorstellung der Hebammen-Schriftleitung in DHZ 8/92: 317f.

<sup>91</sup> vgl. z.B. Bauer 1990, Tillmanns-Bitel 1990/91, Lippens 1991, Lohmann 1991, Loewenstein-Ording 1992, Friese-Berg/Polleit 1992, Hesterberg 1992 zu den Themenbereichen: Feto-infantile Todesfälle, Wochenbett-Nachsorge, Geburtvorbereitung, Allergieprophylaxe, Stillen, Wochenstation, Hebammenpraxis.

<sup>92</sup> Lippens in DHZ 3/2001: 47-49; 4/2001: 48-51; 5/2001: 56-57; 6/2001: 44-46; Rockel-Loenhoff in DHZ 7/2001: 6-13; Mandl in DHZ 10/2001: 11-18; Rockel-Loenhoff in DHZ 1/2002: 6-11; Stammer in DHZ 1/2002: 12-17; Thöni in DHZ 4/2000: 198-201.

zur sog. Wunschsectio oder zur Pränataldiagnostik)<sup>93</sup> sowie mit Erfahrungsberichten, Kurzmeldungen, Buchbesprechungen, kulturellen Beiträgen, Veranstaltungsberichten und -ankündigungen u.a. verbindet. Hebammen als Autorinnen sind in der Mehrzahl, je nach Thematik werden auch Artikel von ÄrztInnen und Angehörigen anderer Berufsgruppen abgedruckt.

Das **Hebammen Info** ist die (nicht kommerzielle) Verbandszeitschrift des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) und erscheint zweimonatlich in einer Auflage von 1000 Stück im Selbstverlag. Es begann zur Zeit der Abspaltung des BfHD vom BDH (siehe Abschnitt 2.1.2) als eine Art Mitglieder-Rundbrief, hat inzwischen jedoch längst auch Fortbildungsfunktion, insofern als dort Fachartikel und Kongressberichte erscheinen und über hebammenrelevante Themen diskutiert wird. Die Schwerpunktsetzung liegt einerseits bei Themen, die dem BfHD besonders am Herzen liegen (wie z.B. die Hausgeburtshilfe), andererseits erscheinen auch regelmäßig medizinische Fortbildungsartikel, historische Abhandlungen oder Berichte über berufspolitische Belange. Der Verband bezieht in seiner Zeitschrift deutlich Stellung gerade zu den kontroversen Themen rund um die Geburtshilfe, greift mit Argumenten und Engagement die Medikalisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt an und plädiert folgerichtig u.a. für eine Schwangerenvorsorge durch Hebammen und dafür, dass Frauen nicht durch Pränataldiagnostik und überzogene Risikodefinitionen verängstigt und entmündigt werden.

**Die Hebamme** wurde 1988 als vierteljährlich erscheinende Fortbildungszeitschrift für den deutschsprachigen Raum von den Gynäkologen und Lehrbuchautoren Martius und Dudenhausen, die damals in Berlin und Zürich als Chefärzte und Hebammenlehrer tätig waren, gegründet und erschien zunächst im Enke-Verlag, mittlerweile im Hippokrates-Verlag, beides Tochter-Unternehmen des medizinischen Fachverlags Thieme. Die Herausgeber begründeten ihre Initiative, als Ärzte eine Fachzeitschrift für Hebammen ins Leben zu rufen, mit der Notwendigkeit einer fundierten Fachfortbildung für Hebammen in Zeiten des sich schnell entwickelnden medizinischen Wissens. Ihr Ziel sei es, „die Hebamme mit wichtigen neuen Erkenntnissen der Geburtshilfe, Neonatologie und Pädiatrie, soweit sie für die Arbeit der Hebamme von Bedeutung sind, vertraut zu machen“ (Vorwort der ersten Ausgabe, Hebamme 1, 1988: 1).

Der Schwerpunkt dieses in den ersten Jahren nur in einer Auflage von ca. 2000 Stück erscheinenden Fachblattes lag bei geburtsmedizinischen Originalarbeiten und Zeitschriftenreferaten, die sich vorwiegend mit Komplikationen oder diagnostischen Methoden auseinandersetzten, daneben gab es die Rubriken „Medizin und Recht“, „Geschichte der Geburtshilfe“, Buchbesprechungen, praktische Tipps von Hebammen für Hebammen und ein geburtshilfliches Repetitorium. Unabhängig von der Qualität der Beiträge sorgte die in der *Hebamme* zum Ausdruck kommende Bevormundung des Berufsstands der Hebammen durch die ärztlichen Geburtshelfer von Anfang an für Konflikte,<sup>94</sup> und viele standesbewusste Hebammen lehnten die Zeitschrift aus Prinzip ab. Die Veröffentlichung von Hebammenarbeiten blieb die Ausnahme, wobei – wie bereits erwähnt – Hebammen in Deutschland seinerzeit ohnehin kaum publizierten.

Der Enke-Verlag selbst hatte jedoch nach Aussagen des Lektorats von Anfang an ein ausgeprägtes Interesse auch an fundierten Hebammenarbeiten und wissenschaftlicher Begründung von hebammenhilflichem Handeln und ging deshalb bereits Anfang der 1990er Jahre auf die Initiatorinnen und Teilnehmerinnen des Hebammen-Forschungsworkshops zu,<sup>95</sup> um sie zur Mitarbeit bzw. zumindest zu Veröffentlichungen in der *Hebamme* zu bewegen. Seit 1998 nun wird die *Hebamme* von den beiden forschungserfahrenen Hebammen und Buchautorinnen Mechthild Groß und Ulrike Harder sowie von zwei ärztlichen Geburtshelfern (Michael Krause und Ulrich Retzke) herausgegeben. Seitdem erscheinen zunehmend mehr

<sup>93</sup> Vgl. die DHZ 7/1999, 7/2000 und 11/2000 mit jeweils mehreren Artikeln zum Thema.

<sup>94</sup> vgl. hierzu die verärgerte Hebammen-Reaktion in der DHZ 11/88: 368 sowie Martius' Erwiderung in der DHZ 3/89: 93.

<sup>95</sup> Zum Hebammen-Forschungsworkshop siehe auch Abschnitt 5.4.4 und 7.1

Forschungsarbeiten und auch andere Fachartikel von Hebammen, und insgesamt trägt die Zeitschrift jetzt den Charakter eines interdisziplinären, wissenschaftlichen Dialogs (vgl. hierzu z.B. die Schwerpunkt-Ausgaben zum Thema Wunschsectio *Hebamme* 2/2000 oder Beckenendlage *Hebamme* 3/2001).<sup>96</sup> Mittlerweile erscheint die *Hebamme* - weiterhin vierteljährlich - mit einer Auflage von 4000 Stück und hat ihren festen Leserinnenkreis unter den forschungsbewussten Hebammen.

Das **Hebammenforum** ist seit April 2000 die Verbandszeitschrift des BDH und erscheint monatlich im Rigotta Klarhorst Verlag mit einer aktuellen Auflagenstärke von 10.000 Stück. Es enthält ungefähr zu gleichen Teilen Verbandsnachrichten (des BDH und der Hebammen-Landesverbände) und Artikel mit Fortbildungscharakter, die in der Mehrzahl jeweils an einem Schwerpunktthema ausgerichtet sind, z.B. am Thema Normale Geburt, Migrantinnen, Stillen, Pränataldiagnostik, Schwangerenvorsorge, Postpartale Depression, Kommunikation, Trauer, Ausbildung usw.;<sup>97</sup> wie auch bei der Deutschen Hebammenzeitschrift stammen diese Fachartikel mehrheitlich von Hebammen, aber auch aus der Feder von ÄrztInnen oder Angehörigen anderer Berufsgruppen. Sowohl wissenschaftliche Studien als auch andere Fachartikel sowie Erfahrungsberichte finden Eingang in das Hebammenforum. Außerdem enthält die Zeitschrift regelmäßig ein (meist berufspolitisches) Editorial der BDH-Präsidentin sowie ein Rechtsforum, Buchbesprechungen, Kurzmeldungen sowie Stellen- und Fortbildungsanzeigen.

Bei einer Darstellung der hebammenspezifischen Fachliteratur muss auch der von Mechthild Groß, Jutta Posch, Gabi Merkel und Katja Stahl herausgegebene **HebammenLiteratur-Dienst** Berücksichtigung finden (zu dessen Anfängen vgl. Wyborek 1992). Der Literaturdienst stellt eine fortbildungsbezogene Serviceleistung für Hebammen dar, indem (von den Herausgeberinnen selbst oder von anderen Hebammen) hebammenrelevante Fachartikel aus internationalen medizinischen und Hebammen-Fachzeitschriften zu kurzen Abstracts zusammengefasst und damit den deutschen Leserinnen leicht zugänglich gemacht werden. Der jeweils vierseitige Literaturdienst erscheint seit 1993 halbjährlich, zunächst im Selbstverlag, seit 1995 als Beilage in der Deutschen Hebammenzeitschrift, der Schweizer Hebamme und der Österreichischen Hebammenzeitschrift, seit 1999 zusätzlich in der Hebamme sowie seit 2000 auch noch im Hebammenforum. Anders als bei seinem Vorbild *Midwifery Information and Research Service (MIDIRS)*<sup>98</sup>, dem inzwischen mit fest angestellten Hebammen arbeitenden englischen Literaturdienst für Hebammen, erbringen die Herausgeberinnen des deutschen HebammenLiteraturDienstes die internationale Literaturrecherche und Übersetzungsarbeit auch im 10. Jahrgang seines Erscheinens noch ehrenamtlich und gelangen damit zunehmend an ihre eigenen Grenzen (vgl. HebammenLiteraturDienst 2002, Ausgabe 1: 1). Die ursprüngliche Intention, dass sich mit der Zeit immer mehr Hebammen an diesem Service von Hebammen für Hebammen beteiligen, ging in den vergangenen Jahren nicht auf und verweist darauf, dass die Gruppe forschungsinteressierter Hebammen in Deutschland offensichtlich nach wie vor noch sehr klein ist (siehe auch Groß 1999).

<sup>96</sup> Insofern wird heute eingelöst, was Prof. Ludwig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, bereits 1988 anregte: „Man soll sich mit Argumenten und Fakten und nicht nur mit Überzeugungen und Gefühlen auseinandersetzen. So kann man sich mit gegensätzlichen Auffassungen vertraut und den eigenen Standpunkt verständlich machen. Wenn man für seine Überzeugung werben will, braucht man die gute Begründung. Anders kann man sich nicht durchsetzen.“ (Die Hebamme 1, 1988: 3)

<sup>97</sup> Vgl. in der Reihenfolge der Themenaufzählung: Hebammenforum 4/2000, 6/2000, 9/2000 und 9/2001, 1/2001, 3/2001 und 3/2002, 7/2001, 1/2002, 2/2002, 4/2002.

<sup>98</sup> MIDIRS wurde 1985 gegründet und wird von den Hebammen finanziert, die diesen Service in Anspruch nehmen. Für das vierteljährlich erscheinende, weltweit abonnierbare MIDIRS Midwifery Digest werden über 500 Fachzeitschriften regelmäßig hinsichtlich relevanter Forschungsarbeiten gesichtet. Die Darstellung der einzelnen Studien erfolgt in Form kritisch kommentierender Abstracts. Mit Hilfe der dazugehörigen Datenbank werden auch gezielt Forschungsanfragen bearbeitet und anfragenden Hebammen Literaturlisten zur Verfügung gestellt. (vgl. hierzu Fuhr 2000: 87f)



Die Thematik der **Fachbücher** für Hebammen kann hier nur gestreift werden. In Bezug auf diese ist dieselbe Entwicklung zu beobachten wie bei den Fachzeitschriften: Erst in den letzten 10 bis 15 Jahren kamen in Deutschland Publikationen aus der eigenen Berufsgruppe auf den Markt, vorher bezogen Hebammen ihr *theoretisches* geburtshilfliches Wissen vor allem aus medizinischen Fachbüchern bzw. aus von Medizinerinnen geschriebenen Hebammenlehrbüchern. Die seit den 1990er Jahren erschienenen, von Hebammen verfassten Bücher sind sehr unterschiedlich; ihre Anzahl ist insgesamt noch recht überschaubar. Neben den beiden in Abschnitt 4.1.2.2 bereits erwähnten, umfassenden Hebammenlehrbüchern von Geist et al. (1995) und Mändle et al. (1995) erschienen in den letzten Jahren eine Reihe von Büchern zu *einzelnen* Themenbereichen, z.B. zur Thematik der Geburtsvorbereitung, Schwangerenvorsorge, Hausgeburtshilfe, Episiotomie, Wochenbettbetreuung, Rückbildungsgymnastik oder zur Organisation der Freiberuflichkeit.<sup>99</sup> Außerdem sind noch verschiedene, ebenfalls ab den 1990er Jahren von BDH und HGH herausgegebene Broschüren zu nennen, die einerseits die Suche des Berufsstandes nach berufspolitisch soliden Standpunkten, andererseits das noch neue Bestreben, forschungsbasiert (*evidence based*) zu arbeiten, verdeutlichen. Die (aus verbandsinternen Gründen inzwischen wieder eingestellte) Reihe „Informiert entscheiden“ diente dem Zweck, Eltern Entscheidungshilfen zu bieten und Hebammen mit Hintergrundwissen und zahlreichen Literaturhinweisen (Forschungsergebnissen) zu versorgen.<sup>100</sup>

Im Sinne eines interdisziplinären Wissensaustauschs bzw. sich überschneidender Tätigkeitsfelder seien hier außerdem neben der gynäkologischen und pädiatrischen Fachliteratur<sup>101</sup> auch noch einige Publikationen anderer Berufsgruppen zu Themen rund um die Geburtshilfe erwähnt, z.B. die Veröffentlichungen der Ethnologin Kuntner zur Gebärführung (u.a. 1994), das Buch der Physiotherapeutin Heller zur Geburtsvorbereitung (1998), die Bücher „Gute Hoffnung - Jähes Ende“ (2000a) und „Das Stillbuch“ (2000b) der Psychologin und Atemtherapeutin Hannah Lothrop, das interdisziplinäre Lehrbuch von Friedrich et al. (1997) zu belastenden Geburtserfahrungen oder die Standardwerke zu den Themenbereichen Akupunktur und Homöopathie von Römer (1999) und Graf (1999).

Insgesamt lässt sich zur Fachliteratur für Hebammen feststellen, dass Hebammen heute weitaus bessere Möglichkeiten haben als noch vor 15 Jahren, sich mittels Fachliteratur kontinuierlich fortzubilden. Allerdings befinden sich die forschungsbasierten Publikationen noch in der Minderheit, und viele Hebammen tun sich zudem schwer mit der Rezeption wissenschaftlicher Studien, weil sie weder durch ihre allgemeine Schulbildung noch durch ihre Ausbildung darauf vorbereitet sind.

#### 4.2.2 Der Fortbildungsmarkt

Der *Fortbildungsmarkt* für Hebammen kann bis zu einem gewissen Grad Aufschluss über die *Fortbildungsaktivitäten* von Hebammen geben. Um sich zunächst einmal eine Vorstellung von der Größenordnung des Fortbildungsmarktes für Hebammen und von den angebotenen Seminarthemen zu machen, habe ich im Jahr 1999 gemeinsam mit der Hebamme und Soziologin Cornelia Fuhr eine Zählung aller Fortbildungsinserate in der damals auflagenstärksten Hebammenzeitschrift DHZ, die seinerzeit auch noch das Verbandsorgan des BDH war,

<sup>99</sup> Vgl. u.a. (in alphabetischer Reihenfolge und ohne Anspruch auf Vollständigkeit; z.T. bereits in mehrfacher Auflage erschienen, siehe Literaturverzeichnis): Aachener Hebammen Team 2000; De Wall/Glaubitz 2000, Friese-Berg 1996; Lippens 1993, 1994; Melchert 2001; Salis 2001; Steffen 1991; Stüwe 2001. Sowohl an Kolleginnen als auch an Schwangere richten sich die umfangreichen Ratgeber „Hebammensprechstunde“ von Stadelmann (1999) und „Aus der Hebammenpraxis“ von Edelmann/Seul (2000).

<sup>100</sup> „HGH-Schriftenreihe“ siehe Hebammengemeinschaftshilfe im Literaturverzeichnis; „Hebammen-Standpunkte“ siehe Bund Deutscher Hebammen im Literaturverzeichnis; Schriftenreihe „Informiert entscheiden“: BDH 1999c.

<sup>101</sup> z.B. Dudenhausen/Schneider (1994), Dudenhausen/Pschyrembel (1994), Martius (1994), Martius/Heidenreich (1999), Illing (1998) sowie das bereits erwähnte geburtshilfliche Handbuch von Enkin et al. (1998).

durchgeführt.<sup>102</sup> Bei der Zählung der Fortbildungsangebote aus den Jahren 1988-98 ging es darum, herauszufinden, ob sich deren *Anzahl* in dem betrachteten 11-Jahreszeitraum verändert hat, welche *Themen* am meisten angeboten wurden und welche Themen quantitativ zu- oder abgenommen haben.

Die der Auswertung von Fortbildungsinseraten in der Deutschen Hebammenzeitschrift (DHZ) zu Grunde liegende Hypothese war, dass vom Fortbildungsangebot - wenn auch mit Abstrichen - auf die Fortbildungsnachfrage geschlossen werden kann. Denn auch wenn Angebot und Nachfrage keinesfalls gleichzusetzen sind, kann davon ausgegangen werden, dass Fortbildungen, die kaum frequentiert werden oder mangels Teilnehmerinnen sogar ausfallen mussten, nicht wiederholt angeboten werden. Insofern kann das über einen langen Zeitraum betrachtete Fortbildungsangebot durchaus als Gradmesser dafür angesehen werden, auf welchen Gebieten Hebammen sich tatsächlich fortbilden.

Das methodische Vorgehen bei der Zählung der Fortbildungsinsertate wird im Anhang ausführlich erläutert.<sup>103</sup> Es handelte sich um eine einfache Auszählung per Hand ohne die Zulassung von Mehrfachnennungen. Wir haben die Insertate entsprechend der Anzeigenformulierung thematisch zugeordnet und zu Gruppen zusammengefasst, der unterschiedliche Umfang der Veranstaltungen konnte jedoch nicht berücksichtigt werden und auch eine Zuordnung nach dem Beruf oder weiteren Qualifikationen der AnbieterInnen war nicht möglich, weil diese häufig gar nicht angegeben waren.

Die *Anzahl der Fortbildungsangebote* in der DHZ hat sich im Erhebungszeitraum von 11 Jahren verfünffacht: Zwischen 1988 und 1998 stieg sie von 149 Angeboten (durchschnittlich 12 pro Heft) auf 770 (durchschnittlich 64 pro Heft). Mit diesem Anstieg setzte sich ein Trend fort, den Neuscheler bereits 1991 festgestellt hatte. Sie zählte die in der DHZ in den Jahren 1983-1990 veröffentlichten Fortbildungsinsertate der Rubrik „Aktuelles aus den Landesverbänden“. Dabei berücksichtigte sie allerdings ausschließlich die Veranstaltungen der Hebammen-Landesverbände selbst sowie Fortbildungsangebote der Ausbildungsstätten (Schulen und Kliniken): Die Anzahl dieser Veranstaltungen war von 28 im Jahr 1983 auf 151 im Jahr 1990 gestiegen, hatte sich also innerhalb von 8 Jahren mehr als verfünffacht.<sup>104</sup>

Der Anstieg der von uns gezählten Angebote verlief nicht gleichmäßig linear, sondern unregelmäßig: Zwischen 1991 und 1992 und zwischen 1994 und 1995 sind die größten Sprünge zu verzeichnen. Auch die Gewichtung der Themenbereiche untereinander differiert zwischen den einzelnen Jahrgängen, wie Tabelle 18 veranschaulicht.

---

<sup>102</sup> In modifizierter Form fanden die Ergebnisse dieser Auszählung auch Eingang in die Magisterarbeit von Fuhr (Fuhr 2000: 101ff).

<sup>103</sup> Im Anhang der vorliegenden Arbeit wird im Abschnitt „Tabellen: Fortbildungsmarkt für Hebammen 1988-98“ zunächst das methodische Vorgehen bei der Zählung der Insertate dargestellt, außerdem werden dort zum Detail-Nachweis des Fortbildungsangebots die *Einzeltabellen* zu den verschiedenen Themengruppen beigelegt und erläutert (Tabelle 36 bis Tabelle 44).

<sup>104</sup> vgl. Neuscheler 1991: 84 (Tabelle 1) und 124 (Tabelle 3 des Anhangs). Die Ergebnisse von Neuschelers Zählung sind im Anhang der vorliegenden Arbeit in 45 wiedergegeben. Da Neuscheler die Fortbildungsveranstaltungen in andere Kategorien unterteilt hat als wir und außerdem im Gegensatz zu uns die kommerziellen Insertate nicht mitgezählt hat, sind die Zahlenreihen nicht *direkt* zu vergleichen. (Bei der aus Tabelle 18 und Tabelle 45 ersichtlichen Differenz zwischen Neuschelers und unseren Zahlen in den Jahren 1988-90 handelt es sich vermutlich um die kommerziellen Angebote.)

Tabelle 18: Fortbildungsangebote in der DHZ - Gesamtangebot 1988-1998

Themen- bereiche	1988		1989		1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		Gesamt 1988-98	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Woch.	35	23,5	30	14,6	48	21,1	37	13,7	59	14,8	77	20,3	109	27,2	151	24,0	207	29,8	221	31,5	210	27,3	1184	24,5
2. Alt. Heil.	21	14,1	46	22,4	28	12,3	50	18,5	88	22,0	70	18,5	73	18,2	107	17,0	109	15,7	113	16,1	150	19,5	855	17,7
3. Schw.	36	24,2	54	26,3	47	20,6	59	21,8	64	16,0	70	18,5	55	13,7	87	13,8	95	13,7	83	11,8	129	16,8	779	16,1
4. Orga.	7	4,7	11	5,4	14	6,1	31	11,4	34	8,5	32	8,4	34	8,5	82	13,0	94	13,5	78	11,1	80	10,4	497	10,3
5. Körper	14	9,4	10	4,9	27	11,8	31	11,4	59	14,8	42	11,1	23	5,7	50	7,9	81	11,7	79	11,3	35	4,5	451	9,3
6. Psych.	11	7,4	21	10,2	22	9,6	29	10,7	43	10,8	33	8,7	33	8,2	47	7,5	37	5,3	51	7,3	56	7,3	383	8,0
7. Geburt	8	5,4	16	7,8	17	7,5	10	3,7	24	6,0	17	4,5	17	4,2	18	2,9	14	2,0	10	1,4	23	3,0	168	3,5
8. Kompakt	13	8,7	13	6,3	15	6,6	13	4,8	15	3,8	17	4,5	17	4,2	32	5,1	5	0,7	15	2,1	12	1,6	121	2,5
9. Esoterik	3	2,0	3	1,5	9	3,9	8	3,0	8	2,0	13	3,4	13	3,2	32	5,1	5	0,7	5	0,7	13	1,7	57	1,2
10. Sonst.	1	0,7	1	0,5	1	0,4	3	1,1	6	1,5	8	2,1	8	2,0	5	0,8	6	0,9	5	0,7	13	1,7	77	1,6
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>149</b>	<b>100,1</b>	<b>205</b>	<b>99,9</b>	<b>228</b>	<b>99,9</b>	<b>271</b>	<b>100,1</b>	<b>400</b>	<b>100,2</b>	<b>379</b>	<b>100</b>	<b>401</b>	<b>99,9</b>	<b>630</b>	<b>100,1</b>	<b>695</b>	<b>100,1</b>	<b>701</b>	<b>99,9</b>	<b>770</b>	<b>100,2</b>	<b>4829</b>	<b>100</b>

1. Wochenbett, Rückbildung; Stillen, Ernährung, Allergien; Neugeborenes: Kinderheilkunde, Reanimation, Babymassage, Handling, Säuglingspflege etc.
2. Alternative Heilverfahren: Homöopathie, Akupunktur-pressure, Aromatherapie, Reflexzonen, Reflexzonen, Bachblüten etc.
3. Schwangerschaft: Geburtsvorbereitung, Risikoschwangerschaft, Mutterschaftsvorsorge, Pränataldiagnostik, Familienplanung etc.
4. Hebammenarbeit, Organisation, Rechtsfragen, Steuer, Existenzgründung, Dokumentation, Tutorinnenseminare, Qualitätssicherung etc.
5. Körperarbeit, Tanz, Atmung, Yoga, Feldenkrais, Zilgri, Entspannung, Massage etc.
6. Psychologie, Supervision, Geburt und Tod, Kommunikation, soziale Fragen etc.
7. Geburt: Geburtshilfe allgemein, sanfte Wende, Wassergeburt u.ä., Episiotomie und Naht, CTG, Hausgeburtshilfe, Gebärfaltungen etc.
8. Kompaktseminare
9. Esoterik, Meditation, Reiki, NLP, Energie, Anthroposophie etc.
10. Sonstiges

Die originären Hebammentätigkeiten machen den größten Teil der Fortbildungsangebote aus, 51% der Inserate war *direkt* den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zuzuordnen.<sup>105</sup> Auch die Fortbildungsangebote im Bereich der Körperarbeit (9,3%) und der alternativen Heilverfahren (17,7%) standen jeweils im eindeutigen Bezug zum Tätigkeitsbereich von Hebammen.<sup>106</sup> Nur ein verschwindend geringer Anteil (2,5%) der Fortbildungen hatte esoterische oder weltanschauliche Inhalte.<sup>107</sup> Seminare zu Psychologie, Kommunikation und sozialen Fragen (8%) tragen den psychosozialen Aspekten von Hebammenarbeit Rechnung.<sup>108</sup> Die meisten Veranstaltungen zur Organisation der Hebammenarbeit (10,3%) standen thematisch in Bezug zur betriebswirtschaftlichen Seite der Freiberuflichkeit, ab Mitte der 1990er Jahre kamen hier auch vermehrt Veranstaltungen zu Dokumentation und Qualitätssicherung sowie Tutorinnenseminare hinzu.<sup>109</sup>

Nicht jeder Fortbildungsbedarf kann auf Ausbildungsdefizite zurückgeführt werden. Ein solches Verständnis von Fortbildung würde zu kurz greifen und auch die inzwischen längst im Bildungsbereich etablierte Erkenntnis ad absurdum führen, dass das Lernen mit der abgeschlossenen Berufsausbildung nicht aufhört. Am Beispiel der Stillfortbildungen kann dies gut veranschaulicht werden: Es gibt keine Hebammenschule in Deutschland, an der im Unterricht nicht ausführlich auf das Stillen eingegangen würde. Was die praktische Unterweisung der Hebammschülerinnen angeht, gibt es allerdings erhebliche Qualitätsunterschiede; die praktische Ausbildung in puncto Stillen hängt von der Arbeitsweise und der praktischen Anleitung auf den Wochenstationen ab sowie von der Anleitung durch die freiberuflichen Hebammen, bei denen die Schülerinnen ihre Externate absolvieren. Da das Externat zudem sehr kurz ist, bleibt es dem Zufall überlassen, welche Stillbesonderheiten oder -komplika-tionen die einzelne Schülerin im Rahmen ihrer Ausbildung wirklich zu sehen bekommt. Hieraus ergibt sich Fortbildungsbedarf für die Zeit nach der Grundausbildung. Er ergibt sich aber auch aus der Tatsache, dass immer wieder neue wissenschaftliche Erkenntnisse über das Stillen gewonnen werden, dass der Umgang mit neuen Problematiken zur Debatte steht (z.B. Stillen bei Drogenabhängigkeit oder Virus-Infektion, Muttermilchernährung/Stillen bei immer kleineren Frühgeborenen usw.) und dass außerdem jede Fortbildung dem Erfahrungs- und Wissensaustausch innerhalb einer Berufsgruppe dient.

<sup>105</sup> Addition der Zeilen 1, 3, 7 und 8 in Tabelle 18 (siehe Anhang Tabelle 36 bis Tabelle 40 inklusive Erläuterungen). Die sog. „Kompaktseminare“ wurden hier dazugezählt, weil es sich bei diesen in der Regel um ganz- oder mehrtätige Veranstaltungen handelte, die verschiedene Themen aus den originären Tätigkeitsfeldern von Hebammen abdeckten (z.B. im Rahmen von Fortbildungstagen der Hebammenlandesverbände).

<sup>106</sup> Siehe Anhang, Tabelle 41 und 42 inklusive Erläuterungen.

<sup>107</sup> Wir haben sehr unterschiedliche Veranstaltungen unter der Kategorie „Esoterik“ zusammengefasst, wohl wissend, dass Esoterik im engeren Sinn nicht identisch mit Meditation oder Anthroposophie ist und dass auch Reiki nichts mit dem Neolinguistischen Programmieren (NLP) zu tun hat. Gleichwohl haben diese Wissensbestände oder Weltanschauungen in Bezug auf die Hebammenarbeit und die Geburtshilfe etwas Wesentliches gemeinsam: sie vermitteln kein Fachwissen, sondern eher Grundhaltungen, und sie bewegen sich im Grenzbereich zwischen Lebensbewältigung/Sinnstiftung und Ideologie. Genau hierin unterscheiden sie sich auch von anderen Fortbildungsangeboten, die zwar auch nicht im engeren Sinne geburtshilfliche Themen bearbeiten, deren Bezug zur Hebammenarbeit jedoch direkt hergestellt werden kann: Wenn man sich das Spektrum der Hebammentätigkeiten vor Augen hält, ist z.B. die Anwendung von Wissen um Gesprächsführung ebenso naheliegend wie der Einsatz von Bauchtanz-Elementen (vgl. hierzu auch Tabelle 41 bis Tabelle 43 inkl. Erläuterungen im Anhang). Die von uns unter dem Oberbegriff „Esoterik“ zusammengefassten Seminare grenzen sich jedoch eher von *diesem* Verständnis des Fachwissens ab und werden auch von den Hebammen-Landesverbänden nicht zu den „geeigneten Mitteln“ beruflicher Fortbildung gerechnet. Trotzdem ist unbestritten, dass die einzelne Hebamme für sich und ihre Arbeit Kraft aus solchen Veranstaltungen und den dazugehörigen Lebenseinstellungen schöpfen kann.

<sup>108</sup> Siehe Anhang, Tabelle 43 inklusive Erläuterungen.

<sup>109</sup> Siehe Anhang, Tabelle 44 inklusive Erläuterungen.

Dennoch entstand bei der Zählung der Fortbildungsinserate in der DHZ der Eindruck, dass ein großer Teil der Fortbildungsveranstaltungen *direkt* Aspekte von Hebammenarbeit anspricht, die nach den mir vorliegenden Erkenntnissen in der Grundausbildung meistens zu kurz kommen.

Hierbei ist an erster Stelle die Freiberuflichkeit zu nennen. Hebammen, die freiberuflich und eigenverantwortlich Hebammenhilfe leisten, müssen das in der klinischen Grundausbildung Gelernte und Gesehene in spezifischer Weise vertiefen und zum Teil modifizieren. An Häusern der Maximalversorgung sehen die Schülerinnen und natürlich auch die Hebammen, die dort arbeiten, zum einen überproportional viele pathologische Verläufe, zum anderen im Unterschied zur Betreuung im ambulanten Bereich selten *ganze* Verläufe. In der Schwangere-nambulanz assistieren Hebammen häufig nur bei der ärztlichen Vorsorge, auf den präpartalen Stationen liegen ausschließlich Frauen mit Schwangerschaftskomplikationen, im Kreißaal arbeiten Hebammen mit High-Tech-Überwachungsmethoden und im Team mit Ärzten, auf der Wochenstation liegen die Wöchnerinnen nur noch wenige Tage, so dass eine umfassende Wochenbettbetreuung und Stillanleitung dort gar nicht mehr praktisch gelernt werden *kann*. Wer also als freiberufliche Hebamme Schwangerenbetreuung und Mutterschaftsvorsorge, Wochenbettbetreuung oder auch außerklinische Geburtshilfe anbieten will, muss sein theoretisches Wissen neu sortieren, die klinischen Erfahrungen einordnen und relativieren, anderes vertiefen oder sogar neu lernen und sich eine der ambulanten Versorgung angepasste Arbeitsweise und -organisation aneignen. Für dieses „Neu-Lernen“ der Hebammenarbeit, wie es gleich mehrere Hebammen mir gegenüber im Interview nannten, gibt es zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen, sowohl für Neueinsteigerinnen als auch für Hebammen, die entweder ihren Tätigkeitsbereich verändern oder einfach ihr Wissen erweitern wollen.

Viele dieser Fortbildungen könnten jedoch auch für Kreißaal-Hebammen relevant sein, z.B. Seminare zu Homöopathie, Akupunktur und Körperarbeit, zur psychischen Betreuung, zur Begleitung von Frauen mit Gewalterfahrung, zur Episiotomie und Damмнаht, zur „sanften Wende“ und zur Wassergeburt, um nur einige Beispiele zu nennen. Es scheint jedoch so zu sein, dass freiberufliche Hebammen fortbildungsfreudiger sind als angestellte: dies fiel mir nicht nur in Gesprächen mit Hebammen auf, sondern dies scheint auch die zum Jahreswechsel 1998/99 durchgeführte Fortbildungsbefragung des Landesverbandes Baden-Württemberg zu bestätigen. Insgesamt 18% aller baden-württembergischen Verbandsmitglieder hatten sich zu ihrem Fortbildungsbedarf geäußert, dies waren 345 Hebammen. Von diesen Hebammen waren nur 27 (also 8%) ausschließlich angestellt tätig, die anderen waren jeweils zur Hälfte reine Freiberuflerinnen und Hebammen im Angestelltenverhältnis mit freiberuflicher Nebentätigkeit; d.h. die meisten ausschließlich angestellten baden-württembergischen BDH-Mitglieder hatten sich an der Befragung gar nicht beteiligt, also ihrem Verband gegenüber auch keinen Fortbildungsbedarf geltend gemacht. In dieser Erhebung waren die Spitzenreiter bei den gewünschten Fortbildungsthemen: „Schreikinder“, Alternativen in der Geburtshilfe bei bestimmten Komplikationen, Schwangerschaftsvorsorge, Beckenbodentraining, Homöopathie, postpartale Depression und Rückbildungsgymnastik<sup>110</sup>, allesamt Themen mit einem klaren Bezug zur freiberuflichen Hebammenhilfe.

Die geringe Fortbildungsteilnahme von angestellten Hebammen sollte jedoch nicht zu vorschnellen Schlüssen führen. Um sich hier ein genaueres Urteil bilden zu können, müssten Ursachen und Wirkungen näher erforscht werden. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob seltener klinikspezifische Fortbildungen angeboten werden, weil sich angestellte Hebammen nicht gern fortbilden, oder ob sich umgekehrt angestellte Hebammen seltener zu Fortbildungen anmelden, weil ihre spezielle Arbeitssituation und Problemlagen im Fortbildungsangebot zu wenig Berücksichtigung finden. Denn es scheint beispielsweise so zu sein, dass sich klinikinterne Anleiterinnen-Seminare oder spezifische Fortbildungen zur Kommunikation zwischen den verschiedenen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen bei angestellten Hebammen

<sup>110</sup> Fritz, Dorothea, Fortbildungsbeauftragte des Hebammen-Landesverbandes Baden-Württemberg: Auswertung der Umfrage im Winter 98/99 zum zukünftigen Fortbildungsangebot in Baden-Württemberg, Bildechingen 1999, unveröffentlichtes Manuskript: 1,6,28. Zusammenfassung eines Teils der Ergebnisse in DHZ 5/99: 267f.

men zunehmender Beliebtheit erfreuen, wie mir in Gesprächen sowohl von Klinikhebammen als auch von Anbieterseite berichtet wurde. Auch berufsgruppenübergreifende Stillfortbildungen, die sich ausdrücklich an Hebammen *und* Krankenschwestern in der Klinik richten, werden offensichtlich rege nachgefragt.

Eine Aussage darüber, inwieweit der Berufsstand der Hebammen im Gegensatz zu früher inzwischen die Fortbildung in die eigene Hand genommen hat, ist aus den Inseraten nicht eindeutig abzuleiten. Einen Anhaltspunkt dafür liefert jedoch die seit Anfang der 1990er Jahre zu beobachtende Aufwertung von Fortbildung innerhalb der berufsverbandlichen Arbeit.<sup>111</sup> Wesentliche Impulse gingen hier von Niedersachsen aus. Fortbildung für den Arbeitsbereich Freiberuflichkeit war integrierter Bestandteil des Hebammenprojekts Emsland (Laufzeit 1989-92; vgl. Staschek 1993: 33ff, Zoege 1993: 53ff), parallel dazu baute die Hebammen-Projektleitung Barbara Staschek ab 1989 eine breit angelegte berufsbegleitende Fortbildungsmaßnahme zur Freiberuflichkeit unter dem Namen „Kirchröder Turm Fortbildung“ auf. Diese Seminarreihe mit einem Umfang von 300 Unterrichtsstunden wird sowohl vom BDH als auch aus Landesmitteln subventioniert und startet im Mai 2002 zum siebten Mal.<sup>112</sup> Auch für die sog. „Niedersächsische Pflichtfortbildung“, die in der Vergangenheit von der Landesfrauenklinik Hannover organisiert wurde, entwickelten die beiden Hebammen Ingrid Lohmann und Barbara Staschek in Kooperation mit dem Niedersächsischen Landesverband und der HGH ein völlig neues Seminarkonzept, das thematisch eng an den originären Hebamentätigkeiten ausgerichtet ist, angestellte *und* freiberufliche Hebammen anspricht und ebenfalls mit Mitteln des Niedersächsischen Sozialministeriums unterstützt wird.<sup>113</sup> Was speziell den Bereich der Hausgeburtshilfe angeht, fallen die Zeitschriftenartikel und Inserate der Ärztin und Hebamme Anna Rockel-Loenhoff (Nordrhein-Westfalen) auf, die regelmäßig Seminare zur häuslichen Geburtshilfe, zur Dammnah und zur Reanimation von Neugeborenen anbietet (vgl. u.a. Rockel-Loenhoff 2001b, 2002).

In die 1990er Jahre fällt außerdem der Beschluss des BDH, die Schwesterorganisation HGH mit der bundesweiten Koordination von Fortbildungsaktivitäten zu beauftragen und regelrechte Kampagnen zu bestimmten Themengruppen in Gang zu setzen, z.B. zur Thematik Dokumentation, Stillen und Anleitung in der Klinik (vgl. hierzu auch die jährlichen Fortbildungskalender der HGH ab Mitte der 90er Jahre). Im Zuge der zunehmenden Fortbildungsaktivitäten und zum Zweck der Bündelung und Koordinierung dieses Aufgabenfeldes benannten die Hebammen-Landesverbände nach und nach *Fortbildungsbeauftragte* jeweils auf Landesebene. Mit der Schaffung des Amtes einer Fortbildungsbeauftragten auf Bundesebene Ende 2001 wurde die Schwerpunktsetzung des Berufsverbandes bzgl. Fortbildung noch einmal bekräftigt.<sup>114</sup> Die Frage nach einer Kontrolle des Fortbildungsgebarens der einzelnen Kolleginnen wird jedoch in den Reihen des Berufsstandes sehr kontrovers diskutiert, weil z.B. mit Einführung eines Fortbildungspasses zwar die Fortbildungsfrequenz einer Hebamme

<sup>111</sup> Vgl. hierzu auch den Rückblick von Lohmann auf über 15 Jahre Fortbildung unter dem Titel „Konzentration statt Zerstreuung“, in dem die Autorin einerseits die geschichtliche Entwicklung vom ärztlichen Pflichtvortrag zur qualifizierten, berufsspezifischen Fortbildungsveranstaltung nachzeichnet, andererseits eindringlich vor einer Zerstreuung durch zu viele verschiedene, sog. alternative Heilmethoden warnt und für eine Rückbesinnung auf die originären Aufgaben von Hebammen plädiert (Lohmann 2001; in diesem Sinne auch Rockel-Loenhoff 2001a).

<sup>112</sup> Vgl. hierzu Staschek 1988; Berichterstattung zum 1. Kurs „Kirchröder Turm“ (1989/90) in der Deutschen Hebammenzeitschrift 7/88: 213f; 11/88: 364; 7/89: 255f; 4/90: 122f; 8/90: 306f; 4/91: 15f. Ankündigung des 7. Kurses (2002/04) im Hebammenforum 9/2001: 653.

<sup>113</sup> Vgl. hierzu die Stundenpläne der Fortbildungslehrgänge, die mir in Manuskriptform vorliegen; das aktuelle Programm für 2002 ist im Hebammenforum 3/2002: 193 veröffentlicht. Seit In-Kraft-Treten der neuen Berufsordnung 1995 heißt diese Fortbildung nicht mehr „Niedersächsische Pflichtfortbildung“, sondern „Niedersächsische Landesfortbildung“ und ist damit ganz in den Verantwortungsbereich des Hebammen-Landesverbands übergegangen.

<sup>114</sup> Mit diesem Schritt wurde außerdem die Verantwortung für den Fortbildungsbereich von der HGH auf den BDH zurückverlagert (vgl. Bericht von der Bundes-Delegiertentagung im Nov. 2001, in: Hebammenforum 1/2002: 34).

belegt werden könnte, jedoch nichts über die Qualität der von ihr besuchten Veranstaltungen ausgesagt wäre (vgl. „Pro und Contra Fortbildungspass“ in DHZ 8/2001: 8).

In jüngster Zeit (also nach Abschluss unserer Erhebung) scheint sich außerdem der interdisziplinäre Ansatz auch in Fortbildungsangeboten niederzuschlagen: So veranstaltete - um nur einige Beispiele zu nennen - die HGH im Jahr 2000 gemeinsam mit dem IWK Delmenhorst ein interdisziplinäres Mentorinnenseminar,<sup>115</sup> und Hebammen-Referentinnen werden in Kliniken eingeladen, um vor Ort mit anderen Berufsgruppen an der Kooperation im Sinne der zu betreuenden Frauen zu arbeiten. Im Jahr 2002/03 bietet der BDH zum 4. Mal eine interdisziplinäre Qualifizierungsmaßnahme zur Stillbeauftragten für die Klinik an (BDH 2002, vgl. auch Stenz/Tometten-Iseke 2001), und Staschek verweist in einem Artikel zu den Fortbildungsquellen für Hebammen auf die berufsgruppenübergreifende, fruchtbare Zusammenarbeit im Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. sowie auf dessen Fachtagungen (Staschek 2001a: 7).

Was die *Qualität* der Fortbildungsangebote angeht, gibt es zwar keine allgemein verbindlichen Normen, in der Rückschau der vergangenen 10 bis 15 Jahre fällt allerdings auf, dass sich die AnbieterInnenseite zunehmend darum bemüht, ihre Angebote transparent zu machen, die eigene Qualifikation offenzulegen und sich auch an bestehenden Richtlinien und Normen zu orientieren.<sup>116</sup> Insgesamt kann jedoch allein auf Grundlage von Fortbildungsinserten und einigen Artikeln in den Hebammenzeitschriften keine Aussage zur Qualität von Hebammenfortbildungen gemacht werden; dies zu erforschen würde eine gesonderte Untersuchung erfordern.

### 4.2.3 Weiterbildungsmöglichkeiten für Hebammen

Bis vor ca. 15 Jahren gab es für Hebammen nur zwei Weiterbildungs-Möglichkeiten im engeren Sinn des Erwerbs einer anerkannten Zusatzqualifikation, die sich auch in erweiterten Aufgaben und einer höheren Entlohnung niederschlägt: Hebammen konnten sich in einem Krankenpflege-Stationsleitungslehrgang für Leitungsaufgaben qualifizieren,<sup>117</sup> oder sie konnten eine Weiterbildung zur Unterrichtskraft absolvieren, um damit als Lehrerin für Hebammenwesen zu arbeiten. Diese Weiterbildungslehrgänge waren von unterschiedlicher Länge und Qualität und mit dem in anderen Berufssparten üblichen Lehramtsstudium für BerufsschullehrerInnen nicht zu vergleichen.<sup>118</sup>

In der DDR mussten Lehrerinnen an Medizinischen Berufsfachschulen – also auch Hebammenlehrerinnen - ein abgeschlossenes Universitätsstudium in Diplom-Medizinpädagogik vorweisen; für Fachpraxislehrerinnen an Krankenhäusern war ein berufsbegleitendes Medizinpädagogik-Studium an einer Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen (vergleichbar mit einer Fachhochschule oder Berufsakademie) vorgeschrieben.

<sup>115</sup> IWK: Institut für Weiterbildung in der Kranken- und Altenpflege im Bildungswerk der DAG e.V.; positives Feed-Back zweier Hebammen-Teilnehmerinnen in Hebammen-Forum 11/2000: 453.

<sup>116</sup> vgl. hierzu z.B. die Hebammen Akupunktur Ausbildungsrichtlinie (BDH/Akupunktur Pro Medico/Deutsche Akupunktur Gesellschaft: 1998), die Stillrichtlinien des BDH (1998) oder die Auseinandersetzung von Hebammen mit Qualitätsmanagement (Kreft 2001; Stenz/Wurr 2002).

<sup>117</sup> Für die Leitung eines Kreißsaals war dies jedoch nie vorgeschrieben, und es gibt bis heute keine Kreißsaal-spezifischen Leitungslehrgänge. Gleichwohl haben der repräsentativen Umfrage des Hamburger Sozialforschungsinstituts zu Folge 45,2% aller leitenden Hebammen in Krankenhäusern einen Leitungskurs besucht, vor allem leitende Hebammen von großen Entbindungsabteilungen (HSFG 2001: 443).

<sup>118</sup> Nach Dielmann umfasst ein landesrechtlich anerkannter Lehrgang zur Stationsleitung i.d.R. etwa 480 Unterrichtsstunden, die auf einen 3monatigen Vollzeit- oder einen einjährigen berufsbegleitenden Lehrgang verteilt werden (Dielmann 2001b: 354). - Ein zweijähriger Vollzeitlehrgang zur Unterrichtskraft umfasst über 2000 theoretische Unterrichtsstunden und 800 Stunden geleitete Praktika und kann sich nach Ansicht des Autors in den gut geführten Weiterbildungseinrichtungen mit den neuen Fachhochschul-Studiengängen im Bereich der Pflegepädagogik (siehe Abschnitt 5.3) durchaus messen (ebd.).

Von den 105 Lehrerinnen, die im Rahmen der Schulbefragung 1996 den persönlichen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben, hatten 10 ihre Lehr-Qualifikation in der DDR erworben. 9 dieser Lehrerinnen hatten ein Universitätsstudium in Diplom-Medizinpädagogik absolviert, zwei von ihnen hatten vorher bereits Medizin-Pädagogik an einer Fachschule studiert, eine Lehrerin war ausschließlich Medizin-Pädagogin.<sup>119</sup>

Bei 91 Lehrerinnen aus den alten Bundesländern verteilten sich die Qualifizierungsmaßnahmen folgendermaßen: 83 Hebammen hatten eine Fachweiterbildung zur Unterrichtskraft abgeschlossen, vier befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung gerade in einer Weiterbildungsmaßnahme, drei hatten verschiedene pädagogische Studiengänge absolviert, eine hatte sich in Großbritannien zum ‚Midwifery Teacher‘ weitergebildet.

Vier Hebammen arbeiteten als Schulassistentinnen ohne pädagogische Zusatzqualifikation an Hebammenschulen.

In Abbildung 6 und Abbildung 7 sind die Aussagen der 83 weitergebildeten Lehrerinnen für Hebammenwesen und der 9 Diplom-Medizinpädagoginnen über ihre Lehrerinnen-Ausbildung in einer Übersicht zusammengestellt.

Ein Viertel der weitergebildeten Lehrerinnen für Hebammenwesen (21) hatte einen Lehrgang des Berliner Senats zur „Heranbildung von Hebammen zu Lehrkräften“ besucht, eine hebammenspezifische Weiterbildungsmaßnahme, die inzwischen eingestellt worden ist. Eine ebenso große Gruppe (22) hatte sich für einen von zwei berufsübergreifenden Lehrgängen entschieden, und zwar entweder bei der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit in Frankfurt (DZV) oder beim Institut für Weiterbildung in der Krankenpflege der DAG in Darmstadt (IWK).<sup>120</sup> Die übrigen 40 Weiterbildungen verteilten sich gleichmäßig auf 24 verschiedene Lehrgänge.

Auffällig ist, dass von den weitergebildeten Hebammen vielfach Unzufriedenheit mit den von ihnen besuchten Qualifizierungsmaßnahmen geäußert wurde, wobei sich die Kritik gleichmäßig auf *alle* Lehrgänge verteilte. Viele Lehrerinnen für Hebammenwesen, die mit ihrer Weiterbildung unzufrieden waren, kritisierten den fehlenden Hebammen-Bezug. Die Berücksichtigung hebammenspezifischer Themen beschränkte sich in den Weiterbildungsmaßnahmen meistens auf eigene Referate, schriftliche Arbeiten oder Prüfungen, in denen das Thema selbst gewählt werden konnte.

Außerdem wurden bei etlichen Lehrgängen die unzureichende Vorbereitung auf Organisation und Verwaltung und die fehlende Praxisnähe, besonders hinsichtlich des Unterrichtens, bemängelt. Die Weiterbildungen wurden von einigen Lehrerinnen für Hebammenwesen als zu kurz, niveaulos oder zu Risikomedizin-orientiert beurteilt. Einzelnen fehlte die Vermittlung von Kenntnissen in Forschung, Management, EDV, Ethik und Praxisanleitung.

Wenn dagegen Zufriedenheit mit der Weiterbildungsmaßnahme geäußert wurde, wurden gerade *nicht* hebammenspezifische Inhalte hervorgehoben, sondern vor allem eine praxisnahe und fundierte Ausbildung in Didaktik, Pädagogik, Unterrichtsgestaltung oder die Vermittlung von Basiswissen. Darüber hinaus wurden das Fach Psychologie, die Einführung in Organisation, die gute Betreuung bei Praktika und das Lehrertraining als sinnvolle Lerninhalte hervorgehoben. Positive Einzelnennungen bezogen sich auf einen berufsübergreifenden Unterrichtsansatz oder auf die Vermittlung von Kenntnissen in Management, Rhetorik/Interaktion und Arbeitsrecht.

<sup>119</sup> Wie in Abschnitt 1.2 dargelegt, füllten 94 Lehrerinnen aus West-Schulen und 11 Lehrerinnen aus Ost-Schulen den Zusatzfragebogen aus. Der scheinbare Widerspruch zu der hier genannten Zahl von 10 in der DDR ausgebildeten Lehrerinnen erklärt sich aus der Tatsache, dass zum Zeitpunkt der Befragung eine Lehrerin an einer Schule im Osten arbeitete, die im Westen ein Pädagogik-Studium absolviert hatte.

<sup>120</sup> Der DZV-Lehrgang stand – wie in Abschnitt 3.2.2 bereits ausgeführt – auch den Angehörigen der anderen Gesundheitsfachberufe offen; der IWK-Lehrgang war nur insofern berufsübergreifend, als alle Pflegeberufe (z.B. auch Altenpflegerinnen) sowie Hebammen Zugang hatten.



## Abbildung 6: Weiterbildung zur Lehrerin für Hebammenwesen

(n = 83 Lehrerinnen für Hebammenwesen)

<p><b>Weiterbildung absolviert: 83 Lehrerinnen für Hebammenwesen</b></p> <p>an 27 verschiedenen Weiterbildungsinstituten am meisten frequentiert: Hebammen-Lehrgang Senat Berlin (21 Nennungen) IWK Darmstadt (13 Nennungen) DZV Frankfurt (9 Nennungen)</p>																									
<p><b>Abschlüsse</b></p> <p>Lehrerin für Hebammenwesen Unterrichtskraft für Schulen im Gesundheitswesen Lehrerin für Pflegeberufe</p>																									
<p><b>Die Weiterbildungen dauerten</b></p> <table> <tr> <td>0,5 Jahre Vollzeit:</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1 Jahr Vollzeit:</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>1,5 Jahre Vollzeit:</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>2 Jahre Vollzeit:</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>3 Jahre berufsbegleitend:</td> <td>10</td> </tr> </table>	0,5 Jahre Vollzeit:	1	1 Jahr Vollzeit:	27	1,5 Jahre Vollzeit:	22	2 Jahre Vollzeit:	23	3 Jahre berufsbegleitend:	10	<p><b>Zufriedenheit mit der Weiterbildung</b></p> <table> <tr> <td>Ja:</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>Nein:</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Zum Teil:</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Keine Angabe:</td> <td>1</td> </tr> </table>	Ja:	37	Nein:	24	Zum Teil:	21	Keine Angabe:	1						
0,5 Jahre Vollzeit:	1																								
1 Jahr Vollzeit:	27																								
1,5 Jahre Vollzeit:	22																								
2 Jahre Vollzeit:	23																								
3 Jahre berufsbegleitend:	10																								
Ja:	37																								
Nein:	24																								
Zum Teil:	21																								
Keine Angabe:	1																								
<p><b>Überwiegende Lerninhalte (Mehrfachnennungen)</b></p> <table> <tr> <td>Didaktik</td> <td>69</td> <td>Gesetzeskunde</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Psychologie</td> <td>58</td> <td>Pflege</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Pädagogik</td> <td>52</td> <td>Fachunterricht</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Soziologie</td> <td>40</td> <td>Lehrertraining</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Kommunikation</td> <td>20</td> <td>Berufskunde</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Organisation</td> <td>20</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Didaktik	69	Gesetzeskunde	19	Psychologie	58	Pflege	13	Pädagogik	52	Fachunterricht	13	Soziologie	40	Lehrertraining	12	Kommunikation	20	Berufskunde	11	Organisation	20		
Didaktik	69	Gesetzeskunde	19																						
Psychologie	58	Pflege	13																						
Pädagogik	52	Fachunterricht	13																						
Soziologie	40	Lehrertraining	12																						
Kommunikation	20	Berufskunde	11																						
Organisation	20																								
<p><b>Berücksichtigung hebammenspezifischer Themen</b></p> <p>Ja: 40                      Nein: 29                      Wenig: 14</p> <p><b>Wenn ja, welche hebammenspezifischen Inhalte? (Mf)</b></p> <table> <tr> <td>Fachunterricht, geburtshilfliche Themen</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>Grundlagen d. Ausbildung, Gesetze, HebAPrV, Curricula</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Hebammengeschichte, Berufskunde, Politik, Ethik</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Fachdidaktik, Methodik</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Anwendbarkeit von Pflegeplanung</td> <td>3</td> </tr> </table>		Fachunterricht, geburtshilfliche Themen	29	Grundlagen d. Ausbildung, Gesetze, HebAPrV, Curricula	14	Hebammengeschichte, Berufskunde, Politik, Ethik	8	Fachdidaktik, Methodik	4	Anwendbarkeit von Pflegeplanung	3														
Fachunterricht, geburtshilfliche Themen	29																								
Grundlagen d. Ausbildung, Gesetze, HebAPrV, Curricula	14																								
Hebammengeschichte, Berufskunde, Politik, Ethik	8																								
Fachdidaktik, Methodik	4																								
Anwendbarkeit von Pflegeplanung	3																								

Quelle: LfH-Zusatzfragebogen S. 2

Insgesamt bot sich jedoch bzgl. der Einschätzung der Weiterbildungsmaßnahmen ein sehr uneinheitliches Bild, das auch in den nachfolgenden Gesprächen mit Lehrerinnen für Hebammenwesen nicht eindeutiger wurde: Ein und der selbe Lehrgang wurde von verschiedenen Lehrerinnen völlig verschieden charakterisiert und bewertet, und es wurde auch deutlich, dass schon die Erwartungen an die Kurse sehr unterschiedliche waren. So vermissten z.B. manche, die an einer Fachweiterbildung für Pflegende teilnahmen, den Bezug zu ihrem ei-

genen Beruf, während andere von vornherein nicht hebammenspezifische Themen, sondern eine pädagogisch-didaktische Weiterbildung erwartet hatten. Entsprechend unterschiedlich fiel dann auch die Bewertung aus.

### Abbildung 7: Studium Medizinpädagogik

(n = 9 Lehrerinnen für Hebammenwesen)

<b>Studium abgeschlossen: 9 Lehrerinnen für Hebammenwesen</b>			
an 2 Universitäten: Martin-Luther-Universität in Halle Humboldt-Universität zu Berlin			
<b>Abschluss</b>			
Diplom-Medizinpädagogin			
<b>Dauer des berufsbegleitenden Studiums</b>		<b>Zufriedenheit mit dem Studium</b>	
3 Jahre:	3	Ja:	9
4 Jahre:	2		
5 Jahre:	4		
<b>Überwiegende Lerninhalte (Mehrfachnennungen)</b>			
Didaktik	9	Psychologie	6
Medizinische Fächer	9	Pädagogik	4
Sozialwissenschaften	3	Pflegewissenschaften	2
<b>Keine Berücksichtigung hebammenspezifischer Themen</b>			

Quelle: LfH-Zusatzfragebogen S. 2

Im Vergleich zu den Weiterbildungsabsolventinnen fällt auf, dass sich die Diplom-Medizinpädagoginnen sämtlich auf ihre Berufstätigkeit gut vorbereitet fühlten, obwohl hebammenspezifische Themen nie berücksichtigt wurden. Eine Diplom-Medizinpädagogin brachte diesen Unterschied dahingehend auf den Punkt, dass Personen, die ein Diplom-Medizinpädagogik-Studium aufnehmen, ein Lehrstudium erwarten und keine *Fachweiterbildung* in Bezug auf ihren Hebammenberuf.

So wurde die Zufriedenheit mit dem Studium auch vor allem mit der umfassenden Ausbildung in Didaktik und Pädagogik und in den medizinischen Grundlagenfächern, die die Diplom-MedizinpädagogInnen dann als Lehrerinnen an der Berufsfachschule selbst unterrichten, begründet. Außerdem wurde die Stärkung von Handlungs- und Entscheidungskompetenzen, die Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten, der Austausch mit anderen Lehrkräften und die Ausbildung in Unterrichtsgestaltung und Praxisanleitung als positiv hervorgehoben. Eine Diplom-Medizinpädagogin beurteilte die Vermittlung der Kenntnisse bzgl. der Organisation und Planung eines Ausbildungskurses als zu gering.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Qualifizierungsmaßnahmen (*West und Ost*), mit denen viele Hebammen zufrieden waren, vor allem eine gute Ausbildung für die Unterrichtstätigkeit boten, d.h. sie vermittelten Kompetenzen für den Unterrichtsaufbau, die Unterrichts-

gestaltung, die Planung der dreijährigen Ausbildung, und es wurden Lehrproben (Lehrertraining) abgehalten. Die Vermittlung hebammenspezifischer Themen wurde zwar von vielen Lehrerinnen für Hebammenwesen im Vorfeld ihrer Weiterbildung gewünscht, stellte jedoch bei der rückblickenden Bewertung des besuchten Lehrgangs nicht mehr den ausschlaggebenden Faktor dar.

Seit 1996, dem Zeitpunkt der hier wiedergegebenen Befragung von Lehrerinnen für Hebammenwesen zur Frage der Weiterbildung, sind einige wesentliche Veränderungen in Bezug auf die Weiterbildungsaktivitäten und -möglichkeiten von Hebammen festzustellen. Zum einen nahm ab den 1990er Jahren die Anzahl von Hebammen zu, die aus unterschiedlicher persönlicher Motivation heraus (d.h. ohne direkt damit verbundene Aufstiegschancen) verschiedene Fächer im Bereich der Gesellschaftswissenschaften (z.B. Pädagogik, Psychologie, Public Health, Sozialwissenschaften, Ethnologie, Geschichte) oder auch Pflegewissenschaften studierten und die seither innerhalb des Berufsstandes entweder durch Forschungsergebnisse auf sich aufmerksam machen<sup>121</sup> oder als Lehrerinnen an Hebammenschulen tätig sind. Zum anderen ging ab der „Wende“ von den studierten Diplom-Medizinpädagoginnen, die regelmäßig zu den Jahrestagungen der Lehrerinnen für Hebammenwesen kamen, nach Aussagen von Tagungsteilnehmerinnen eine gewisse Schubkraft in Richtung Akademisierung aus. Unter den Lehrerinnen für Hebammenwesen verfügen heute bereits 30-40% über eine akademische Ausbildung (Barre: 2001a: 13), die meisten von ihnen haben ein Fachhochschul-Studium absolviert. Über studierende Hebammen gelangen auch zunehmend internationale Anregungen nach Deutschland, sei es durch die theoretische Beschäftigung mit dem Hebammenberuf und mit Hebammenwissenschaft in anderen Ländern, sei es durch eigenes Studium im Ausland.

Im folgenden Kapitel 5 sollen die unterschiedlichen Bildungskonzepte, die mittlerweile für Hebammen und andere Gesundheitsfachberufe entwickelt worden sind, dargestellt werden. Hierbei wird deutlich werden, dass einerseits die Berufsangehörigen mit akademischer Zusatzausbildung die Funktion von PionierInnen haben, dass es jedoch andererseits keineswegs ausschließlich um Akademisierung gehen kann, wenn es gilt, die in Kapitel 3 allgemein für alle Gesundheitsfachberufe und die in Abschnitt 4.1 konkret für die Hebammen beschriebenen Ausbildungsdefizite anzugehen.

---

<sup>121</sup> Vgl. u.a. (in alphabetischer Reihenfolge und ohne Anspruch auf Vollständigkeit): Ensel (1994, 1996), Ensel/Mittelstädt (1999), Franken (1996), Fuhr (2000), Groß (1993, 1995a, 1996, 2001), Groß et al. (1991/92), Groß/Schlieper (1992), Kehrbach (2000), Kethler (1992, 1995, 1998), Kirchner (1998), Loytved (1990, 1995, 1997a+b, 2000, 2001a), Metzler (1990), Milde (2000), Schachtner (1994), Schlieper (1997), Schwarz (1996), Tiedemann (2001).

## 5 Die Suche der Gesundheitsfachberufe nach neuen (Aus-) Bildungsstrukturen

Kapitel 5 veranschaulicht die „Suchbewegungen“, die die Debatte um eine überfällige Reform der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen prägen. Die breite, über den Hebammenberuf hinausgehende Darstellung der verschiedenen bildungspolitischen Vorstellungen hat den Sinn auszuloten, inwieweit sich gemeinsame – oder auch nur vergleichbare – Strategien entwickeln lassen, aus der beschriebenen Bildungssackgasse der Gesundheitsfachberufe herauszufinden.

Als erstes wird der von den Kultusbehörden gesteckte Rahmen der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen kurz umrissen und um die Empfehlungen des Wissenschaftsrats bzgl. der Gesundheitsfachberufe einerseits und bzgl. der Einführung neuer Studienstrukturen andererseits ergänzt. Daran anschließend wird referiert, welche Vorstellungen die Berufsverbände ihrerseits bisher zur Thematik einer grundlegenden Ausbildungsreform entwickelt haben und welche einschlägigen Studienmöglichkeiten es inzwischen bereits gibt. Als Kontrapunkt zu diesen Überlegungen wird die Position des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) und der ehemaligen Gewerkschaft ÖTV (heute ver.di) dargelegt und erläutert; beide Institutionen setzen sich für eine Integration der Gesundheitsfachberufe ins Duale System ein. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden aus den dargestellten Ansätzen erste Schlussfolgerungen für eine Strukturreform der Hebammenausbildung gezogen.

### 5.1 Der von der Kultusministerkonferenz abgesteckte Rahmen

Die Kultusministerkonferenz (KMK), die unter anderem das Ziel verfolgt, trotz der Länderhoheit im Bildungsbereich eine gewisse Einheitlichkeit bzw. Vergleichbarkeit von Ausbildungs- und Studiengängen herzustellen, hat in den vergangenen Jahren verschiedene *Beschlüsse* zur Frage der Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe gefasst.

An der Sonderstellung der Grundausbildung in den Gesundheitsfachberufen wird von der KMK zur Zeit nicht gerührt. Eine Überführung der Grundausbildung in den Hochschulbereich, wie ihn der Bund Deutscher Hebammen, die Berufsverbände der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und auch der Wissenschaftsrat fordern (siehe unten), lehnt die gemeinsame Arbeitsgruppe der Kultusministerkonferenz mit den Konferenzen der Gesundheits- und Arbeits- und Sozialminister (AG KMK/GMK/ASMK) für diese Berufe ebenso wie für die Pflegeberufe ab. Es handele sich um hochwertige Ausbildungen im Bereich der beruflichen Bildung, die „auch aus bildungspolitischen Gründen nicht nur Studienberechtigten vorbehalten werden sollen“ (KMK 1997b: 8).

In Bezug auf die Qualifikation der Lehrkräfte hat die KMK jedoch bereits 1995 eine richtungweisende Entscheidung getroffen: seinerzeit wurde die „Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5)“ um die Fachrichtung „Pflege“ erweitert (Beschluss der KMK vom 12.5.1995).<sup>1</sup> Damit wurde festgelegt, dass zukünftig die LehrerInnen für Pflege und Hebammenwesen analog zu den Berufsschullehrern anderer Fachrichtungen ein reguläres Lehramtsstudium an Universitäten mit anschließendem Vorbereitungsdienst (Referendariat) durchlaufen sollen. Einschlägige Fachhochschulabschlüsse (z.B. Pflegepädagogik) sollen als bestandene Zwischenprüfung angerechnet werden.

Die Vorgaben dieser Rahmenvereinbarung von 1995 werden im Bericht „Studiengänge im Tätigkeitsfeld Gesundheitswesen“ der o.g. gemeinsamen „Arbeitsgruppe KMK/GMK/ASMK“

<sup>1</sup> Wie auch in anderen Beschlüssen der KMK, vielen Verordnungen von Landesministerien oder Veröffentlichungen des BiBB werden die Hebammen hier der Gruppe der Pflegenden zugeordnet. Diese Zuordnung ist zwar von den Tätigkeitsmerkmalen des Berufs her kritisch zu bewerten, öffnet Hebammen jedoch schon sehr früh, nämlich parallel zur Pflege, den Zugang zu den Hochschulen - zu Zeiten, als es für Angehörige der therapeutischen Gesundheitsfachberufe noch keinerlei einschlägige Studienmöglichkeiten gab. (siehe Abschnitt 5.3 und 5.4)

präzisiert und erläutert. Unter Punkt 4 (KMK 1997b: 8ff) geht es berufsübergreifend um die Qualifikation des „Lehrpersonals an den Schulen im Bereich von Gesundheits- und Sozialwesen“. Es heißt hier ausdrücklich, dass bei der qualifizierten Ausbildung auf Hochschulebene von einem einheitlichen Lehramtsprofil für den theoretischen und praktischen Unterricht auszugehen sei. Hinsichtlich des Fächerkanons solle diese Ausbildung breit angelegt sein und so eine Differenzierung nach einzelnen Berufsfeldern zulassen (KMK 1997b: 9). Die „Fachrichtung Pflege“ (KMK 1995: Punkt 16 der Anlage) ist hier also definitiv als Oberbegriff im Sinne einer „Fachrichtung Gesundheitsfachberufe“ zu verstehen, und nicht etwa als „Lehramt Pflegewissenschaft“ im engeren Sinne.

Obwohl für andere Lehramtsstudiengänge das Abitur als alleinige Zugangsvoraussetzung ausreicht, hält die Arbeitsgruppe „wegen der besonderen Bedeutung des Praxisbezugs im Gesundheitswesen eine dem Studium vorangehende einschlägige Berufsausbildung als Zugangsvoraussetzung für die universitäre Lehramtsausbildung für sinnvoll“ (KMK 1997b: 10). Das heißt, diese Lehramtsstudiengänge wären der Form nach Weiterbildungsstudiengänge, und die BewerberInnen müssten eine doppelte Zugangsvoraussetzung mitbringen. Mit dieser Position befindet sich die Arbeitsgruppe in Übereinstimmung mit den Berufsverbänden, die eine einschlägige Berufsausbildung (und eigene berufliche Erfahrungen) als Voraussetzung für eine Lehrtätigkeit in diesem Bereich für unbedingt erforderlich halten.<sup>2</sup> Vergleicht man diese gehobene Anforderung einmal nicht ausschließlich mit der Ausbildung für andere LehrerInnen, sondern auch mit der Lehre im Bereich der Mediziner Ausbildung, dann wird deutlich, warum der Einsatz von erfahrenen PraktikerInnen in der Ausbildung des Nachwuchses auch der Gesundheitsfachberufe so wichtig ist. In der Mediziner Ausbildung erscheint es selbstverständlich, dass erfahrene Ärzte und Ärztinnen, die selbst weiterhin praktizieren, die Studierenden unterrichten. Wenn auch diesen ÄrztInnen in der Regel leider die pädagogische Qualifikation fehlt, so würde man umgekehrt nie auf die Idee kommen, angehende ÄrztInnen ausschließlich von LehrerInnen unterrichten zu lassen, die lediglich vor Studienbeginn ein Praktikum im medizinischen Bereich absolviert haben. Gleiches gilt für die Gesundheitsfachberufe: Hebammen kann nicht vorrangig ausbilden, wer nicht selbst als Hebamme geburtshilflich tätig war, Physiotherapie kann nicht lehren und vor allem nicht praktisch zeigen, wer nicht selbst physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt hat, Orthoptik kann nicht anschaulich vermitteln, wer keine eigenen Erfahrungen mit der Behandlung augenkranker Kinder hat, und auch das Lehren im Bereich der Pflege benötigt neben theoretischen Kenntnissen die Erfahrung eigenen pflegerischen Tuns.

---

<sup>2</sup> Auch in Bals' Arbeit „Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit“ (erste Auflage 1990) werden Argumente für zusätzliche Zugangsvoraussetzungen zum Berufsschullehrerstudium (einschlägige Berufsausbildung, berufspraktisches Jahr usw.) zusammengetragen. Verschiedene Autoren vertreten nach Bals die Ansicht, dass es sinnvoll sei, den Lehrer-typischen *circulus vitiosus* „Aus der Schule in die Schule“ zu durchbrechen und Arbeitswelt-nähere Lehrer auszubilden, indem man grundsätzlich im gesamten Berufsschulwesen Berufspraxis als Zugangsvoraussetzung einführt (Bals 1995a: 130f, 144, 148). Dies allerdings nur für bestimmte Gruppen von BerufsschullehrerInnen zu fordern (also z.B. nur für die LehrerInnen im Bereich Gesundheit), ließe sich nach Bals kaum mit der verfassungsrechtlich gebotenen Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse (also auch der Einheitlichkeit von Ausbildungs- und Studiengängen) vereinbaren (144f).

Trotz seiner Befürwortung der beruflichen Vorerfahrung warnt Bals ausdrücklich davor, den LehrerInnenberuf weiterhin als eine Weiterbildungs-Angelegenheit des jeweiligen Gesundheitsfachberufs zu betrachten; außerdem erteilt er Forderungen der Berufsverbände nach zusätzlicher mehrjähriger Berufserfahrung (oder gar Lehr-Erfahrung) als Zugangsvoraussetzung eine deutliche Absage. Zentral ist für ihn die erziehungs- und fachwissenschaftliche Lehrerausbildung, in deren Rahmen *unter anderem* eigene berufliche Vorerfahrung reflektierend aufgearbeitet werden sollte, in deren Zentrum jedoch die Ausbildung und Einsozialisation zum Pädagogen steht (226ff, 325f).

Bals' Forderung an die Kultusbehörden, die Ausbildung der LehrerInnen für die beruflichen Schulen im Bereich Gesundheit endlich als *ihre* Angelegenheit zu begreifen und Schritte in Richtung Gleichstellung mit den anderen Berufsschullehrern zu unternehmen (325f), erfüllte sich mit der o.g. KMK-Vereinbarung von 1995 praktisch zeitgleich mit der 3. Auflage seines Buches.

Die KMK/GMK/ASMK-Arbeitsgruppe empfiehlt des Weiteren in Bezug auf die Pflegeberufe und das Hebammenwesen, Studiengänge für „herausgehobene Tätigkeiten“ (Leitung, Management) als berufs- und praxisorientierte Ausbildung vorrangig an Fachhochschulen aufzubauen (KMK 1997b: 4), und rät darüber hinaus ausdrücklich, den Bereich „Pflegetwissenschaft/Pflegeforschung“ als universitäre Disziplin zu etablieren; Hebammenwissenschaft wird hier aber nicht gesondert erwähnt. Die Schaffung eines universitären Standbeins neben den Fachhochschulstudiengängen wird in erster Linie mit der Herausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses und der Rekrutierung des Fachhochschul-Lehrkörpers aus den Reihen des eigenen Berufsstandes begründet (5). Auch für diese Studiengänge fordert die Arbeitsgruppe neben der stets erforderlichen Hochschulzugangsberechtigung zumindest eine abgeschlossene einschlägige Berufsausbildung als Zugangsvoraussetzung, auch hier wieder wegen des besonderen Praxisbezuges und im Hinblick auf die im Rahmen der beruflichen Tätigkeit wahrzunehmenden Funktionen und die bundesrechtlich bestehenden Berufszugangsregelungen. Im Rahmen dualer Studiengänge könne die erforderliche Berufsausbildung mit dem Studium verknüpft werden (5f). Auch in Bezug auf die therapeutischen Gesundheitsfachberufe vertritt die Arbeitsgruppe die Ansicht, dass für die herausgehobenen Funktionen im Bereich der Ergo- und Physiotherapie, der Logopädie und der Orthoptik entsprechende Studiengänge sinnvoll sein könnten (8).

Der großen Anzahl von Studien-Interessierten ohne *schulische* Hochschulzugangsberechtigung (Abitur oder Fachhochschulreife) aus den Reihen der Gesundheitsfachberufe kommt es entgegen, dass inzwischen alle Bundesländer Regelungen zur Aufnahme eines einschlägigen Studiums für Berufsangehörige mit mittlerem Bildungsabschluss geschaffen haben.<sup>3</sup>

## 5.2 Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates

Der Wissenschaftsrat, das wissenschaftspolitische Beratungsgremium des Bundes und der Länder mit der Aufgabe, Empfehlungen zur inhaltlichen und strukturellen Entwicklung von Hochschule und Forschung zu erarbeiten,<sup>4</sup> hat bereits 1991 in seinen „Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den 90er Jahren“ weitreichende Überlegungen zur Zukunft der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen angestellt. Abweichend von der KMK vertritt der Wissenschaftsrat die Position, dass eine Anhebung der Ausbildung für die Krankenpflegeberufe (hier wieder: inklusive der Hebammen), die Physio- und Ergotherapeuten, LogopädInnen und OrthoptistInnen auf Fachhochschul-Niveau dringend geboten sei, unter anderem, weil die deutschen Ausbildungen mit ihrer geringen fachwissenschaftlich-methodischen Fundierung dem europäischen Vergleich nicht mehr standhalten könnten (Wissenschaftsrat 1991: 165). Allerdings warnt der Wissenschaftsrat auch vor einer Entwicklung, wie sie im Bereich der Pflege dann dennoch eingetreten ist, nämlich die Grundausbildung unverändert defizitär zu belassen, parallel dazu jedoch grundständige oder Aufbaustudiengänge zu schaffen (169).

„Vielmehr sollten neue Berufs- und Studiengangmodelle entwickelt werden, die den speziellen Gegebenheiten und Anforderungen der nichtärztlichen Gesundheitsdienstberufe entgegenkommen. Solche Modelle für Fachhochschulstudiengänge können z.B. sein:

- a) Studiengänge, die Praxisphasen und Theoriephasen miteinander kombinieren und z.B. nach drei Jahren zum Abschluss der Berufsausbildung und nach einem oder zwei weiteren Jahren zum Abschluss eines Fachhochschulstudiums führen.
- b) Spezielle Studiengänge für berufserfahrene Fachkräfte, die sich für höherwertige Funktionen (...) qualifizieren wollen. (...)
- c) Berufsbegleitende Teilzeitstudiengänge (...), die auf einer einschlägigen Berufsausbildung aufbauen.“ (Wissenschaftsrat 1991: 169f)

<sup>3</sup> Das Sekretariat der KMK hat die verschiedenen diesbezüglichen Rechtsvorschriften und Anerkennungsverfahren in einer synoptischen Darstellung übersichtlich zusammengetragen (KMK 2000a).

<sup>4</sup> Der Wissenschaftsrat setzt sich aus 24 WissenschaftlerInnen, 8 VertreterInnen des öffentlichen Lebens, den 16 WissenschaftsministerInnen der Länder und 6 VertreterInnen des Bundes zusammen. (Näheres in: [www.wissenschaftsrat.de](http://www.wissenschaftsrat.de))

Durch *duale Studiengänge* könnten zudem unvermeidbar lange Gesamtbildungszeiten vermieden werden, die zur Zeit noch daraus resultieren, dass die studierenden Angehörigen der Gesundheitsfachberufe auf jeder Qualifizierungsstufe praktisch von vorn beginnen müssen. 1996 bekräftigt der Wissenschaftsrat noch einmal seine (nicht nur auf die Gesundheitsfachberufe bezogene) Empfehlung, an Fachhochschulen duale Studiengänge einzurichten und damit fachtheoretische Grundlagen mit Elementen der betrieblichen, berufspraktischen Ausbildung zu verbinden (Wissenschaftsrat 1996: 41ff). Er analysiert eingehend die zu dem Zeitpunkt bereits existierenden dualen Fachhochschul-Studiengänge (im wirtschaftlichen, technischen und kaufmännischen Bereich) und hebt die Ausbaufähigkeit dieses Studienmodells hervor. Er benennt Vorteile wie die Integration einer gleichermaßen wissenschaftlich wie praktisch fundierten Ausbildung (6ff) ebenso wie noch zu lösende Probleme; bei den Problemen steht die curriculare Gesamtgestaltung und die verbindliche Kooperation der beiden Lernorte Fachhochschule und Betrieb an erster Stelle: Bei den vom Wissenschaftsrat begutachteten Studiengängen wurden eher lockere Verbindungen zwischen den Lernorten festgestellt, die Integration von Theorie und Praxis wurde vor allem von den Studierenden selbst geleistet, die regelrecht als Bindeglied zwischen Hochschule und Betrieb fungieren (29ff). Der Wissenschaftsrat betrachtet in diesem Zusammenhang *geregelt* Kooperationsverfahren als unabdingbar (44f) und benennt außerdem Qualifikationsanforderungen für die Lehrenden der Fachhochschule und die Bildungsverantwortlichen der Betriebe (54ff): In dualen Fachhochschulstudiengängen sollte 60% der Lehre von hauptberuflichen ProfessorInnen (also promovierten WissenschaftlerInnen) erbracht werden<sup>5</sup>, der Rest von Lehrbeauftragten. An diese seien grundsätzlich jedoch gleiche Qualifikationsanforderungen zu stellen wie an hauptamtliche DozentInnen, „um die wissenschaftliche Qualität der durch Lehrbeauftragte aus der Praxis durchgeführten Ausbildung zu sichern“ (55). In den Betrieben sollten wissenschaftlich ausgebildete PraktikerInnen („Bildungsverantwortliche“) die Ausbildung, Betreuung und Leistungsbewertung der Studierenden übernehmen und die Kooperation mit der Hochschule sicherstellen (59f).

Die Überlegung, vermehrt ausbildungsintegrierende Studiengänge einzurichten, findet ihre Entsprechung in der Bologna-Erklärung von 1999. In ihrer Erklärung „Der europäische Hochschulraum“ beschlossen 29 europäische BildungsministerInnen die Einführung eines Europa-weiten Studiensystems, das sich im Wesentlichen auf zwei Hauptzyklen stützt. Der erste Zyklus („Undergraduate Studies“) soll mindestens drei, höchstens vier Jahre dauern und mit einem qualifizierten, arbeitsmarktauglichen Berufsabschluss (Bachelor) enden. Der zweite Zyklus („Graduate Studies“) baut auf dem ersten auf, endet mit dem Master und eröffnet die Möglichkeit zur Promotion. Der entscheidende Unterschied dieser Vorschläge im Vergleich zum bisher in Deutschland üblichen System (*entweder* Berufsausbildung *oder* Studium) besteht in der Verknüpfung beider Ausbildungsformen, im Sinne einer wissenschaftsgestützten Grundausbildung, die gleichzeitig zwei Drittel einer Hochschulausbildung darstellt. Die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen wurden inzwischen auch im deutschen Hochschulrecht geschaffen.<sup>6</sup> Der Wissenschaftsrat greift im Jahr 2000 in seinen „Empfehlungen zur Einführung neuer Studienstrukturen und -abschlüsse in Deutschland“ wiederum die Bologna-Erklärung direkt auf und empfiehlt mit Nachdruck die Schaffung von Fachhochschul-Studiengängen, die über einen Bachelor-Abschluss nach drei (höchstens vier) Jahren zu einer „wissenschaftlich basierten Beschäftigungsfähigkeit“ führen. Der Abschluss soll außerdem die Möglichkeit zu einem weiterführenden FH-Studium eröffnen sowie zum Übergang an die Universität und damit zur Promotion (Wissenschaftsrat 2000: 20ff).

<sup>5</sup> Für Fachhochschulen allgemein empfiehlt der Wissenschaftsrat, 80% der Lehre durch hauptamtliches Lehrpersonal zu gewährleisten. (Wissenschaftsrat 1991: 116)

<sup>6</sup> Nach § 19 des novellierten Hochschulrahmengesetzes vom 20.08.1998 können auch an deutschen Hochschulen Bachelor- und Master-Studiengänge eingerichtet werden. Vgl. hierzu auch den Sachstandsbericht der KMK vom 10.11.2000: Realisierung der Ziele der „Bologna-Erklärung“ in Deutschland. Nach diesem Bericht sollen Ende des Jahres 2000 bereits 450 neue Studiengänge nach dem Bachelor-Master-Modell im Aufbau gewesen sein (KMK 2000b: 4). Bologna-Erklärung im Wortlaut in: [www.cis.tugraz.at/awa/Bologna.htm](http://www.cis.tugraz.at/awa/Bologna.htm)

Für eine Neukonzeption der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen sind diese Vorschläge von besonderer Bedeutung, weil sowohl die oben beschriebene Problematik der Aufbaustudiengänge als auch die der gegenseitigen Anerkennung der Berufsabschlüsse innerhalb Europas mit diesem neuen System gelöst werden könnten.<sup>7</sup>

Die nachfolgenden Reformvorschläge von BerufsvertreterInnen nehmen nur zum Teil bereits Bezug auf diese neueren Europa-bezogenen Vorschläge. Sie bestimmen jedoch die innerdeutsche kontroverse Diskussion um eine Ausbildungsreform und kommen deshalb im Folgenden ausführlich zu Wort.

### 5.3 Reformvorschläge und Studiengänge im Bereich Pflege

Die Bildungskonzepte und die Hochschulentwicklung im Bereich der Pflege werden hier vor denen der Hebammen und der therapeutischen Gesundheitsfachberufe dargestellt, weil dies der historischen Reihenfolge entspricht, weil die Pflege-interne Akademisierungsdiskussion erheblichen Einfluss auf die Diskussion der anderen Gesundheitsfachberufe genommen hat (und immer noch nimmt) und weil die meisten Pflege-Studiengänge auch den Hebammen von Anfang an offen standen. Dies hängt mit der bereits erwähnten Zuordnung des Hebammenberufs zu den Pflegeberufen durch die Kultusbehörden zusammen.

Eine *direkte* Übertragung der Pflege-Bildungskonzepte auf den Hebammenberuf ist allerdings nicht sinnvoll, weil – wie bereits dargelegt – der Hebammenberuf kein Pflegeberuf im engeren Sinne ist. Gelegentlich sind zwar auch von Seiten der Pflegeverbände Äußerungen zu hören oder zu lesen, die für die Pflege angedachten Ausbildungsmodelle seien auch „offen für eine Integration des Hebammenwesens“ (Huneke/Krampe 1999: 211). Diese Vorstöße haben jedoch eher den Charakter von Randbemerkungen, das heißt es handelt sich hierbei nicht um konzeptionell durchdachte, theoretisch begründete, vielleicht auch kontrovers diskutierte Vorschläge, sondern eher um eine wenig reflektierte Umsetzung des irreführenden Begriffs „Entbindungspflege“. Von einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Berufsbild der Hebammen und ihrem Tätigkeitsfeld kann in diesem Zusammenhang keine Rede sein.

Der Aufbruch der Pflegeberufe in Deutschland liegt über 20 Jahre zurück. Der viel beschriebene Pflegenotstand Ende der 80er Jahre, der sich an der Oberfläche in einem Mangel an qualifiziertem Krankenpflegepersonal (verursacht durch Berufsflucht und zurückgehende Auszubildenden-Zahlen) äußerte, entpuppte sich bald als die Spitze eines großen Eisbergs. Zunehmend begannen sich die Berufsangehörigen an der häufig unattraktiven, von Über- oder Unterforderung geprägten Berufspraxis zu reiben, an Medizin-lastigen Ausbildungsinhalten, schlechter Bezahlung und dem der Krankenpflege anhängenden Berufsbild der Aufopferung.

Als Meilensteine der Auseinandersetzung mit dem Berufsbild der Pflege und mit den Inhalten des Berufs müssen zunächst die Arbeiten von Ostner und Beck-Gernsheim (1979) und von Ostner und Kruttwa-Schott zur Krankenpflege als frauen- und hausarbeitsnahe Beruf (1981) sowie von Bischoff zur Geschichte der Krankenpflege (1984) genannt werden. 1988 folgte Hilde Steppes Aufsatz „Dienen ohne Ende“ im ersten Heft der pflegewissenschaftlichen Zeitschrift „Pflege“. Diesen Publikationen ist gemeinsam, dass sie sich kritisch und auf soziologisch-feministischer Ebene mit der gesellschaftlichen Rolle des Frauenberufs Krankenpflege befassten.

---

<sup>7</sup> Der Wissenschaftsrat wird im Jahr 2002 in einer weiteren Empfehlung gesondert auf die fachspezifische Entwicklung der Gesundheitsfachberufe eingehen. Prof. Dr. Mielenhausen, Präsident der Fachhochschule Osnabrück und ehemaliges Mitglied des Wissenschaftsrates, erläuterte hierzu auf dem Symposium „Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen?“ der AG MTG am 20.11.2001 in Bonn, dass der Wissenschaftsrat die Etablierung von grundständigen Studiengängen für die Medizinalfachberufe in Deutschland in Anbetracht der international üblichen Abschlüsse für überfällig hält. Die Empfehlung, anwendungsbezogene Studiengänge auch für diese Berufe aufzubauen, ergebe sich aus der zunehmenden Komplexität der Anforderungen an die Gesundheitsberufe und aus der Forderung nach einer wissenschaftlich belegbaren Qualität der Leistungserbringung.



Eine andere Ebene stellte die umfangreiche Auseinandersetzung mit der Thematik der Lehre dar. Bernd Wanner, der bereits am ersten Modellversuch eines Studiengangs für LehrerInnen für Krankenpflege (1978-81 an der Freien Universität Berlin) beteiligt gewesen war, schrieb 1987 das vielbeachtete Buch "Lehrer zweiter Klasse?". Hierin wird die im Vergleich zur regulären Berufsschullehrer-Ausbildung defizitäre Lehrerbildung der sog. Unterrichtsschwestern/-pfleger aufgearbeitet und mit der Forderung nach universitären Lehramtsstudiengängen verknüpft. Der Berufspädagoge Bals führte diese Überlegungen 1990 in seinem Buch „Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit“ insofern weiter, als er grundsätzlich die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Lehrerbildung für *alle* Gesundheitsfachberufe aus berufspädagogischer Sicht darlegte. Es folgten zahlreiche Publikationen zu dieser Thematik, die sich mit verschiedenen Teilaspekten auseinander setzten, so z.B. mit den Curricula der Weiterbildungslehrgänge (Ertl-Schmuck 1990) und mit der Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Lehrerausbildung als Voraussetzung für eine professionelle Lehrtätigkeit und für einen Transfer von wissenschaftlich fundiertem Wissen in die Grundausbildung (Bischoff/Botschafter 1991, Krüger 1992). Das heißt, die Diskussion um die Lehrerbildung war zugleich auch schon eine Auseinandersetzung um die Frage nach einer genuinen Pflegewissenschaft.<sup>8</sup>

Parallel zur bis heute andauernden lebhaften Debatte über eine pädagogisch und pflegewissenschaftlich fundierte LehrerInnenausbildung und um die Frage nach deren Einbeziehung in das bestehende Berufsbildungssystem<sup>9</sup> entstanden seit den 90er Jahren zahlreiche Pflegepädagogik-Studiengänge, deren Ansiedlung an Fachhochschulen wiederum Gegenstand von Kontroversen war und ist, weil mit ihnen erneut ein Sonderweg der Lehrerausbildung (unterhalb der universitären Ebene) beschritten wird.<sup>10</sup> Nach der Zusammenstellung sämtlicher Pflege-Studiengänge in Deutschland von Zeller-Dumke (2001) gibt es zur Zeit 11 solcher Pflegepädagogik-Studiengänge im Fachhochschulbereich.<sup>11</sup>

Ebenfalls in die 90er Jahre fällt die Gründung der Berufsschullehrer-Studiengänge an den Universitäten Bremen (WS 1994/95) und Osnabrück (WS 1997/98). Für Krüger, Bals, Meifort und Dielmann ist das Problem der Pflegeberufe sowie der anderen Gesundheitsfachberufe *nicht* die Ansiedlung von deren Grundausbildung auf dem mittleren Bildungsniveau, sondern ihre Außenseiterposition im Berufsbildungssystem, die mangelnde Lehrerbildung und die fehlenden Wissenschaftsdisziplinen an Universitäten. Die neuen Lehramts-Studiengänge hatten insofern zum erklärten Ziel, einerseits die Fachwissenschaft Pflege auch an deutschen Universitäten ins Leben zu rufen und andererseits zukünftige PflegelehrerInnen be-

<sup>8</sup> Eine eingehende Auseinandersetzung mit der Theoriedebatte in der Pflege wäre an dieser Stelle fehl am Platze. Ich komme jedoch im Verlauf dieser Arbeit an Punkten, wo die Wissenschafts- und Professionalisierungsdiskussion der Pflege auch für die Hebammen fruchtbar ist, auf wesentliche Aspekte zurück.

Folgende Publikationen vermitteln einen guten Überblick über die Theoriedebatte in der Pflege, auch über die notwendige Auseinandersetzung deutscher PflegewissenschaftlerInnen mit dem amerikanischen Theorie-Import (in alphabetischer Reihenfolge): Arxmacher (1991), Bartholomeyczik (1991, 1999), Käppeli (1999), Krüger/Piechotta/Remmers (1996), Krüger/Rabe-Kleberg/Mischo-Kelling (1996), Mischo-Kelling (1991), Müller (1996), Neumann (1996), Pillen (1997), Remmers (1999), Schaeffer/Moers/Steppe/Meleis (1997), Schaeffer (1999), Schnepf (1997), Schröck (1988, 1989, 1997), Zenker (1996).

<sup>9</sup> Vgl. hierzu u.a. (in alphabetischer Reihenfolge): Bals (1990/1995a, 1991, 1992 a+b, 1993), Beier (1991a), Bischoff (1991, 1992), Bischoff/Botschafter (1991, 1993), Dielmann (1991, 1992, 1993a+b), Görres (1996), Krüger (1992, 2001), Meifort (2001b), Mischo-Kelling (1993), Robert Bosch Stiftung (1992, 2000b), Wanner (1987/1993).

<sup>10</sup> Hierzu ebenfalls abwartend-kritisch: KMK und Wissenschaftsrat (KMK 1997b: 10f).

<sup>11</sup> Vgl. hierzu und für die folgende Darstellung Zeller-Dumkes Internetseite [www.pflegestudium.de](http://www.pflegestudium.de), die einerseits Kurzdarstellungen aller Pflege-Studiengänge enthält, andererseits Links zu den Homepages der jeweiligen Hochschulen. Eine ebenfalls sehr informative Zusammenstellung aller Pflege-Studiengänge sowie weiterer Studiengänge aus dem Bereich Gesundheits- und Sozialwesen erschien als redaktionelle Beilage der Zeitschrift „Heilberufe“ im Dezember 2000 (Heilberufe 12/00).

rufspädagogisch fundiert und auf dem selben Niveau wie andere BerufsschullehrerInnen auszubilden;<sup>12</sup> sie erfüllen damit die oben erwähnte Rahmenvereinbarung der KMK von 1995. Die Studiengänge sind zweiphasig, d.h. auf das 1. Staatsexamen folgt der zweijährige Vorbereitungsdienst (Referendariat) mit abschließendem 2. Staatsexamen. Symptomatisch für die derzeitige Umbruchsituation im Bereich der Pflege ist die Tatsache, dass es keine einschlägigen Referendariatsplätze gibt, weil Krankenpflegeschulen (ebenso wenig wie Hebammenschulen) keine anerkannten Berufsschulen sind. Das heißt, Krankenschwestern (und Hebammen), die regulär ausgebildete Berufsschullehrerinnen in ihrer eigenen Fachrichtung werden wollen, müssen im Referendariat zunächst zwei Jahre lang Auszubildende anderer Fachrichtungen im Bereich Gesundheit (z.B. ArzthelferInnen oder HeilerziehungspflegerInnen) unterrichten.

An der Universität Bremen kann statt des 1. Staatsexamens auch ein Diplom erworben werden, d.h. die StudienabsolventInnen können dort auch ohne Referendariat eine abgeschlossene Hochschulausbildung erlangen. An den Universitäten in München (TU) und Berlin (Humboldt-Universität) kann man sich ebenfalls auf universitärem Niveau zur Lehrkraft ausbilden lassen, und zwar in München (seit 1999) zur Diplom-BerufspädagogIn bzw. Diplom-GesundheitswissenschaftlerIn und in Berlin (in Nachfolge des DDR-Studiengangs Diplom-Medizinpädagogik, vgl. Beier 1991b) zur Diplom-Medizin- bzw. Diplom-PflegepädagogIn. Diese Studiengänge stehen neben den Pflegenden und Hebammen auch anderen Gesundheitsfachberufen offen (siehe Abschnitt 5.4.2).

An zwei weiteren Universitäten kann Pflegewissenschaft als eigene Fachdisziplin studiert werden: es sind dies die Universität Halle-Wittenberg, die ihren früheren medizinpädagogischen Diplomstudiengang in einen gesundheits- bzw. pflegewissenschaftlichen Studiengang umgewandelt hat, und die private Universität Witten-Herdecke, die als Modellversuch einen Bachelor- und Master-Studiengang „Science in Nursing“ anbietet (seit 1996).

Das Gros der Pflege-Studiengänge findet sich jedoch im Fachhochschulbereich. Hier sind neben den bereits erwähnten Pflegepädagogik-Studiengängen die sehr praxisorientierten, oft berufsbegleitenden Studienangebote mit dem Schwerpunkt Leitung und Management zu nennen (nach Zeller-Dumke zur Zeit 21). Es gibt aber auch pflegewissenschaftliche Studiengänge (zur Zeit 8) auf Fachhochschul-Ebene, die in der Regel mit dem Abschluss Diplom-PflegewirtIn (FH) enden. Den AbsolventInnen soll nach Vorstellung der Fachhochschulen als sog. PflegeexpertInnen ein breites berufliches Betätigungsfeld offen stehen. Wie eine Studie der Fachhochschule Neubrandenburg zum Verbleib der Pflege-StudienabsolventInnen jedoch gezeigt hat, tun sich die Arbeitgeber noch schwer mit diesen neuen, etwas unklaren Berufsbezeichnungen und sind auch selten zu einer höheren tariflichen Eingruppierung bereit (Kuhlmei/Winter 1998). Vor allem „PflegeexpertInnen“ ohne Pflege-Grundausbildung (es gibt einige grundständige pflegewissenschaftliche Studiengänge) haben kaum eine Einstellungschance, weil sie trotz Hochschulabschluss nicht einmal staatlich anerkannte Pflegekräfte sind.<sup>13</sup> Goßmann vom Hessischen Sozialministerium warnte deshalb in seinem Vortrag auf dem „Internationalen Symposium Hebammenausbildung“ im Januar 2000 in Kassel die Berufsgruppe der Hebammen und auch die anderen Gesundheitsfachberufe davor, den Fehler der grundständigen Studiengänge, die keinen beruflichen Abschluss nach den geltenden Berufsgesetzen bieten, zu wiederholen. Er sprach in diesem Zusammenhang die Möglichkeit einer Öffnungsklausel innerhalb der Berufsgesetze an; auf diesem Wege können Modellversuche im Hochschulbereich, die *mindestens* die Anforderungen einer regulären Berufsausbildung erfüllen, auch als

<sup>12</sup> Vgl. hierzu u.a.: Krüger (1992, 2001), Krüger/Rabe-Kleberg/Mischo-Kelling (1993, 1996), Krüger/Piechotta/Remmers (1996), Bals (1992a, 1995a), Dielmann (1993a), Meifort (2001b).

<sup>13</sup> Meifort kritisiert in diesem Zusammenhang die breite Vielfalt der FH-Pflege-Studiengänge in aller Schärfe und mit der Begründung, dass der pflegewissenschaftlichen Akademisierungswelle ihrer Ansicht nach kaum fachlich reflektierte und tragfähige Konzepte zu Grunde lägen und auch das berufliche Profil vieler Abschlüsse nicht klar sei (Meifort 2001b: 87f).

Berufsausbildung anerkannt werden. Für die Krankenpflegeberufe existiert inzwischen eine solche Öffnungsklausel, und zwar seit Ende 2000.<sup>14</sup>

Parallel zur Hochschulentwicklung, die von den Fachhochschulen und Universitäten selbst und einigen PionierInnen vorangetrieben wird, melden sich seit den 90er Jahren auch die Berufsverbände und –organisationen der Pflegeberufe immer wieder mit Bildungskonzepten und Diskussionspapieren zu den Themenbereichen Grundausbildung einerseits und Akademisierung andererseits zu Wort.<sup>15</sup> Einigkeit besteht weitgehend darüber, dass die *Grundausbildung* in den Pflegeberufen im mittleren Bildungsbereich anzusiedeln sei, dass die Auszubildenden jedoch in Zukunft die Möglichkeit haben müssten, über die Berufsausbildung den Sekundarschulabschluss (Sek. II), also die Fachhochschul-Reife zu erwerben. Zur Dauer der Grundausbildung existieren verschiedene Vorschläge, die zwischen 3 und 4 Jahren liegen. Aber auch die Idee einer grundständigen Fachhochschul-Ausbildung taucht in jüngerer Zeit in der berufspolitischen Debatte immer wieder auf, vor allem auch vor dem Hintergrund der Angleichung von Bildungsabschlüssen im internationalen Vergleich.<sup>16</sup> Eine Übernahme des Dualen Systems wird pauschal abgelehnt; den Verbänden schwebt vielmehr eine staatlich zu finanzierende Ausbildung an großen Berufsfachschulen vor, die ihrerseits Kooperationsverträge mit verschiedenen stationären und ambulanten Einrichtungen zum Zweck der praktischen Ausbildung abzuschließen hätten. Die Gesamtverantwortung der Ausbildung soll in einer Hand, und zwar bei den von den Krankenhausträgern unabhängigen Schulen liegen. Die jüngsten Vorschläge des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS) sowie des BA (der Vereinigung der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe) sehen zudem eine *generalistische* Pflegeausbildung vor, das heißt, nicht mehr das Lebensalter der zu Pflegenden soll im Vordergrund der Ausbildung und des späteren Berufs stehen, sondern die Pflege an sich mit ihren entsprechenden Schlüsselqualifikationen und Problemlösungsstrategien.<sup>17</sup>

Zum Thema *Akademisierung* kann zusammenfassend festgestellt werden: Die Pflege wird vom BA und den Berufsverbänden wie auch von ausgewiesenen Pflegewissenschaftlerinnen<sup>18</sup> als Praxisdisziplin definiert, deren Kern zwar das pflegerische, berufliche Handeln ist, die jedoch – wie andere Praxisdisziplinen auch - der wissenschaftlichen Begründung und damit auch eigener Forschung bedarf. Die Implementierung von Pflegewissenschaft an Hochschulen ist die logische Konsequenz dieser Position ebenso wie die Forderung nach Lehramtsstudiengängen. Im „Bildungsplan Pflege“ des BA (1997) werden den Fachhochschulen die Studiengänge Pflege und Pflegemanagement zugeordnet, den Universitäten die Pflegewissenschaft und das Lehramt.

<sup>14</sup> Vgl. § 5, Abs. 3 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893), zuletzt geändert durch Art. 2 des Altenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I S. 1513). Diese Änderung des Krankenpflegegesetzes ist trotz der oben erwähnten Aussetzung des Altenpflegegesetzes im November 2000 in Kraft getreten. (vgl. hierzu den Beschluss des BVerfG vom 22.5.2001, Az 2 BvQ 48/00, BGBl. I S. 1042 und Beschluss des BVerfG vom 18.6.2001, Az 2 BvQ 48/00, BGBl. I S. 1592).

<sup>15</sup> Vgl. für die folgende Darstellung: Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (1994), Bildungskonzept Pflege 2000 des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) (1997), Bildungsplan Pflege des Bundesausschusses der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA) von 1997 sowie den vom BA herausgegebenen Sammelband „Bildung und Pflege“ (1997), die vergleichende Analyse von Huneke und Krampe in Pflege Aktuell 4/99: 208-211 sowie das Schwerpunkt-Thema Ausbildung in Heilberufe 12/00: 12-21.

<sup>16</sup> Vgl. hierzu u.a. das Referat der Pflegewissenschaftlerin Wittneben auf der Tagung „Bildung und Pflege – Die europäische Dimension“ des BA im Mai 2000 ( Wittneben 2000: 75ff).

<sup>17</sup> Vgl. Statement von BA, ADS, DBfK vom 30.8.2000 zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes; Stellungnahme des BA vom 17.01.2001 zum Diskussionspapier des Bundesgesundheitsministerium vom 20.11.2000; Kritik des Berufsverbandes der KinderkrankenpflegerInnen an diesem Vorstoß in Heilberufe 12/00: 21.

<sup>18</sup> Vgl. u.a. Bartholomeyczik 1991; Schröck 1988, 1989, 1997; Mühlum et al. 1997: 233ff, 303ff.

Aus einer Darstellung der Akademisierung der Pflege und der Etablierung von Pflegewissenschaft in Deutschland sind die Aktivitäten der Robert Bosch Stiftung nicht wegzudenken.<sup>19</sup> Nachdem die Stiftung sich schon seit den frühen 80er Jahren auf dem Gebiet der Pflegepraxis mit vielen Projekten engagiert hatte, veröffentlichte sie 1992 die Denkschrift „Pflege braucht Eliten“, in der sich eine ExpertInnenkommission im Einklang mit der Stiftung eindeutig für universitäre Lehramtsstudiengänge, für einen Aufbau der Pflegewissenschaft an Universitäten und für Fachhochschul-Studiengänge für herausgehobene Tätigkeiten (z.B. Management) aussprach.<sup>20</sup> Seit 1997 richten sich die Aktivitäten der Robert Bosch Stiftung verstärkt auf die Grundausbildung im Bereich Pflege, und zwar zunächst auf eine Förderung innovativer Ansätze, inzwischen auf eine grundlegende Reform der Ausbildung. Die Ende 2000 vorgestellten Vorschläge „Pflege neu denken“ tragen noch Werkstattcharakter und sind in erster Linie auf die Pflegeberufe ausgerichtet. Für den Hebammenberuf enthalten sie insofern einige interessante Anregungen, als hier die Möglichkeit einer modularen Ausbildung gedanklich durchgespielt wird, bei der – wie im englischen System<sup>21</sup> – eine Qualifikationsstufe auf der anderen aufbaut. Im Zuge der verschiedenen Ausbildungsstufen sollen sowohl schulische Abschlüsse (z.B. Sek. II) als auch verschiedene akademische Grade (Bachelor, Master, Diplom, Promotion) erworben werden können. Der heutigen Struktur der Grundausbildung an Pflegeschulen, die Bestandteil einzelner Krankenhäuser sind, wird eine klare Absage zu Gunsten unabhängiger Pflegeschulen und Hochschulen erteilt, die dann ihrerseits Ausbildungsverbände mit den Lernorten für die praktische Ausbildung einzugehen hätten. (Robert Bosch Stiftung 2000b: 52ff, 228, 329ff)<sup>22</sup>

Was den Prozess der Verwissenschaftlichung von Pflege angeht, hat die Stiftung immer wieder betont, dass der *wissenschaftlichen Bearbeitung praxisrelevanter Themen* eine besondere Bedeutung für die Entwicklung der Pflege zukommt, dass es also bei der angestrebten Akademisierung und Verwissenschaftlichung nicht um ein Abheben von der Praxis gehen kann, sondern um eine Lösung der Probleme pflegerischen Handelns und um die Erforschung wirksamer Pflegemethoden. Theoriebildung spielt in diesem Zusammenhang zwar immer eine Rolle, aber nicht die tragende. Ruth Schröck, Beirätin der Robert Bosch Stiftung und Gründungsprofessorin des pflegewissenschaftlichen Studiengangs in Witten-Herdecke, warnt immer wieder vor einer Überbewertung der Pflege-theorien auf Kosten der Erkundung der pflegerischen Praxis (Schröck 1997). Für die Hebammen steht analog eine Klärung des Stellenwerts und der inhaltlichen Ausrichtung von Hebammenwissenschaft an. Hierbei könnte eine Analyse der sich seit über 20 Jahren in Deutschland entwickelnden Pflegewissenschaft hilfreich sein.

Im Folgenden sollen die bildungspolitischen Reformvorstellungen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und der Hebammen dargestellt und miteinander in Beziehung gesetzt werden. Ihre Studienmöglichkeiten sind im Vergleich zur Pflege bisher minimal, obwohl die

<sup>19</sup> Vgl. für die folgende Darstellung: Robert Bosch Stiftung 1992, 1996, 1998, 1999, 2000a, 2000b.

<sup>20</sup> Um eine ausreichende Anzahl von Pflegepersonen akademisch so zu qualifizieren, dass die neu entstehenden Lehrstühle und DozentInnenstellen auch von promovierten Leuten des eigenen Fachs besetzt werden können, vergab die Robert Bosch Stiftung im Rahmen eines Pflege-Promotions-Programms zwischen 1992 und dem Jahr 2000 über 60 Stipendien. Einige Förderungen wurden auch an Hebammen bzw. für die Bearbeitung hebammenspezifischer Themen vergeben, ohne dass damit jedoch *Hebammenwissenschaft* explizit in das Förderungsprogramm der Robert Bosch Stiftung aufgenommen worden wäre. (vgl. Robert Bosch Stiftung 1998, 2000a)

<sup>21</sup> Vgl. hierzu Milde/Fleming (1998), Fleming (2000).

<sup>22</sup> Der Vorschlag der ExpertInnengruppe der Robert Bosch Stiftung erntete bei seiner öffentlichen Vorstellung im November 2000 in Berlin zwar grundsätzliche Zustimmung von der Vereinigung der PflegelehrerInnen (BA) und vom Deutschen Pflegerat (Zusammenschluss aller Pflegeverbände und des Bundes Deutscher Hebammen), der vorgesehene erste berufliche Abschluss schon nach 2 Jahren sowie die Parallelität von schulischer und hochschulischer 4-jähriger Ausbildung wurde jedoch auch kritisch hinterfragt (vgl. hierzu auch die scharf formulierte Kritik von Meifort 2001a: 40ff sowie Dielmann 2001a: 26f).

Berufsvertreterinnen selbst – zumindest seit 10 Jahren – eine Akademisierung mit Nachdruck einfordern.

## 5.4 Reformvorschläge und erste Studienmöglichkeiten im Bereich des Hebammenwesens und der therapeutischen Gesundheitsfachberufe

### 5.4.1 Die gemeinsame Position der Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AG MTG)

Die in der AG MTG zusammengeschlossenen vier therapeutischen Gesundheitsfachberufe (Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen) und die Hebammen sehen ihre Gemeinsamkeit darin, dass sie (jedenfalls bis zu einem gewissen Grade) *selbstständig* therapeutisch und rehabilitativ bzw. geburtshilflich arbeiten. Sie grenzen sich ausdrücklich von den Pflegeberufen ab.<sup>23</sup> Seit ihrer Gründung (1991) strebt die AG MTG eine Neuordnung der Berufsausbildung für die genannten Berufe an; in einem Positionspapier von 2000 benennt sie als kurzfristige Ziele:

- „die Einrichtung von Studiengängen an Fachhochschulen für die grundständige Ausbildung der genannten Berufe,
- die Einrichtung von Fachhochschul-Studiengängen für herausgehobene Tätigkeiten,
- die Einrichtung von universitären Studiengängen für Lehrkräfte in den Medizinalfachberufen.“ (AG MTG 2000a: 1)

Mittelfristig will die AG MTG erreichen, dass die Grundausbildung generell auf Fachhochschul-Niveau angehoben wird. Erste Modellstudiengänge könnten mit Hilfe von gesetzlichen Öffnungsklauseln realisiert werden, für eine grundlegende Ausbildungsreform müssten die Berufsgesetze insgesamt völlig geändert oder in ihrer jetzigen Form abgeschafft werden (Barre 2001c: 7).<sup>24</sup>

Die AG MTG begründet ihre Forderungen nach einer Fachhochschul-Ausbildung mit den gestiegenen beruflichen Anforderungen, der zunehmenden Komplexität der Patientenversorgung und mit der Notwendigkeit eines auf wissenschaftliche Erkenntnisse gestützten Qualitätsmanagements (AG MTG 2000a: 2f; Barre 2001c: 1ff).<sup>25</sup> Sie beruft sich direkt auf die (oben dargelegten) Empfehlungen des Wissenschaftsrats, wenn sie grundständige Studiengänge fordert, die eine gleichermaßen wissenschaftlich wie praktisch fundierte Ausbildung gewährleisten und darüber hinaus zum international anerkannten Berufsabschluss (Bachelor) führen (Barre 2001c: 5).

<sup>23</sup> Auch von der KMK werden diese Berufe (mit Ausnahme der Hebammen, die der Pflege zugeordnet werden) unter der Bezeichnung „Medizinalfachberufe“ als *eine* Gruppe behandelt (KMK 1997b).

<sup>24</sup> Hierbei gilt es zu bedenken, dass die Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe nicht nur die bildungspolitische Sonderstellung und damit Benachteiligung der Gesundheitsfachberufe festschreiben, sondern auch die *Berufsbezeichnungen schützen*. Dieser Schutz dient der Sicherstellung einer Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch voll ausgebildete Fachkräfte, deren Ausbildungen gesetzlich festgeschriebenen Mindeststandards genügen. Entsprechende Qualitätsansprüche sollten in einem zukünftigen Gesetzeswerk ebenfalls verankert werden.

<sup>25</sup> An dieser Stelle *einzel*n auf die ausdifferenzierten Begründungen der jeweiligen Berufsgruppe bzgl. dieser gemeinsamen Forderungen einzugehen, würde zu tief in die Spezifik jedes dieser Berufe führen. Insofern kann hier in Bezug auf die neben den Hebammen in der AG MTG vertretenen vier therapeutischen Gesundheitsfachberufe nur auf die Stellungnahmen der Berufsverbände und verschiedene Expertenmeinungen verwiesen werden.

Vgl. hierzu zunächst die eingehenden Schilderungen des beruflichen Tätigkeitsfeldes und Verantwortungsbereiches in den „Blättern zur Berufskunde“ der Bundesanstalt für Arbeit; außerdem folgende Untersuchungen und Stellungnahmen zum Qualifizierungsbedarf der jeweiligen Berufe: Hüter-Becker (1997, 2000) und Kostrzewa (2001) für die Physiotherapie, Schewior-Popp (1994) für die Physio- und Ergotherapie, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (1997) und Beyermann (1998) für die Ergotherapie, Deutscher Bundesverband für Logopädie (1999) für die Logopädie, Meinecke-Noot (1998) für die Orthoptik.

Obwohl die AG MTG die Fachhochschul-Ausbildung anstrebt, fordert sie parallel auch eine Ausbildung des Lehrkörpers entsprechend des KMK-Beschlusses von 1995, also ein reguläres BerufsschullehrerInnen-Studium für ihre Berufsangehörigen (AG MTG 2000a: 4f). Dieser Widerspruch wird damit begründet, dass es nicht hingenommen werden könne, dass die Auszubildenden in der voraussichtlich langen Übergangszeit an den weiterhin bestehenden Schulen nach wie vor nur von weitergebildeten Lehrkräften bzw. Lehrkräften ohne jede pädagogische Qualifikation unterrichtet werden.

Die AG MTG hat deshalb einen Studiengang für Lehrkräfte konzipiert, der ausdrücklich sowohl für den theoretischen Unterricht als auch für die Praxisanleitung qualifizieren soll (AG MTG 2000b). Es handelt sich hierbei um einen achtsemestrigen universitären Diplom-Studiengang. Neben der Hochschulzugangsberechtigung sollen die zukünftigen LehrerInnen über eine abgeschlossene Berufsausbildung und Berufserfahrung verfügen; nur so sieht die AG MTG einen berufs- und praxisorientierten Unterricht und eine fachkundige Praxisanleitung gewährleistet (AG MTG 2000b: 3). Als Studienfächer sind vorgesehen: Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Erziehungswissenschaften, die einzelnen berufsspezifischen Fachdisziplinen und ihre Didaktik sowie ein Wahlfach. Ein pädagogisches Orientierungspraktikum, ein Praktikum im Bereich Praxisanleitung und ein ganzes Praxissemester mit eigenem Unterricht sollen das theoretische Studium sinnvoll ergänzen. Dieser Vorschlag weicht zwar von der üblichen zweiphasigen Lehrerbildung und damit auch von der KMK-Vereinbarung von 1995 ab und beschreitet insofern erneut einen Sonderweg. Er macht jedoch aus der Not, dass an den sog. „Schulen im Gesundheitswesen“ keine Referendariatsplätze existieren, eine Tugend und schließt sich damit den bereits bestehenden Diplom-Lehrerstudiengängen im Bereich der Pflege an (siehe oben). Mit einem Diplom-Studienabschluss eröffnen sich den StudienabsolventInnen außerdem breitere berufliche Möglichkeiten als mit einem Staatsexamen als LehrerInnen. Allerdings bleibt aus berufspädagogischer Sicht zu hinterfragen, ob das Referendariat für die BerufsschullehrerInnen-Ausbildung im Bereich Gesundheit wirklich entbehrlich ist.

Da in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit weder eine angemessene Lehrerausbildung für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe noch eine Entwicklung der jeweiligen Wissenschaftsdisziplin stattfindet und nicht alle Probleme zeitgleich gelöst werden können, hat sich die AG MTG bei ihrem Vorschlag für einen berufsübergreifenden, interdisziplinären Studiengang entschieden. In Bezug auf die Interdisziplinarität des Studiengangs betont die AG MTG darüber hinaus die Bedeutung von Kooperations-Kompetenzen und berufsübergreifenden Problemlösungen angesichts zunehmend komplexer Krankheitsbilder und einer extrem spezialisierten Medizin und geht davon aus, dass eine gesundheitswissenschaftlich ausgerichtete, fächerintegrierende Lehrerausbildung einen Beitrag dazu leisten könnte. (AG MTG 2000a: 3; 2000b: 13)

Langfristig wird jedoch auch eine Entwicklung von Fachdisziplinen (Hebammenwissenschaft, Physiotherapie-Wissenschaft usw.) angestrebt, wobei hier noch im Einzelnen zu prüfen sein wird, welche Bezugswissenschaften sinnvoll auszuschöpfen wären und welche Wissensanteile eine eigene Disziplin (oder Teildisziplin) darstellen bzw. darstellen sollten.<sup>26</sup> Die diesbezügliche Entwicklung hat mit der Etablierung bzw. Erprobung einiger weniger Studiengänge im Bereich der Ergo- und Physiotherapie sowie der Logopädie bereits begonnen.<sup>27</sup>

#### **5.4.2 Studienmöglichkeiten für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe**

Für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe existieren zur Zeit in der Bundesrepublik Deutschland eine Reihe von Weiterbildungs-Studiengängen und einige wenige grundständi-

<sup>26</sup> Vgl. hierzu auch das Buch von Mühlum, Bartholomeycik und Göpel (1997), in dem diese Problematik in Bezug auf die Sozialarbeitswissenschaft, die Pflegewissenschaft und die Gesundheitswissenschaft exemplarisch und eingehend behandelt wird. Für die Hebammen s.u., Abschnitt 7.3 und 7.4.

<sup>27</sup> Die Studiengänge werden im Folgenden nur knapp skizziert. Eine inhaltliche Analyse z.B. der Curricula, der Qualifikationsanforderungen an die Lehrenden oder der Frage, inwieweit sich hier bereits neue Wissenschaftsdisziplinen entwickeln, wäre Gegenstand einer eigenen Untersuchung.

ge Studienangebote, die über verschiedene rechtliche Konstruktionen (Ausnahmegenehmigung, Modellversuch oder Kooperationsverfahren mit den Niederlanden) zu einer staatlichen Anerkennung des Berufsabschlusses führen.<sup>28</sup>

Die private Europa Fachhochschule Fresenius in Idstein bietet einen grundständigen Diplommstudiengang Ergotherapie an, mit dem gleichzeitig der staatlich anerkannte Berufsabschluss ErgotherapeutIn erworben wird. Dieses Studienangebot stellt wegen der Möglichkeit einer grundständigen Hochschulausbildung *innerhalb* Deutschlands eine Ausnahme dar. In dem Studiengang werden Fachhochschul-Inhalte und wissenschaftliches Arbeiten mit der Ausbildung nach dem Berufsgesetz verknüpft. Des Weiteren kann man an der Fresenius-Fachhochschule grundständig Physiotherapie und Logopädie studieren und dabei den *niederländischen* Bachelor erwerben. Auch dieser Abschluss findet in Deutschland die staatliche Anerkennung als Physiotherapie- bzw. Logopädie-Ausbildung.<sup>29</sup>

Zur Zeit im Aufbau befinden sich zwei sog. „Additive Studiengänge“ nach dem Modell „3 plus 1,5“, bei denen ein verkürztes Fachhochschul-Studium mit der Berufsausbildung an einer herkömmlichen Schule verknüpft wird.<sup>30</sup> Die Fachhochschule geht zu diesem Zweck mit einer Reihe von Berufsfachschulen Kooperationsverträge ein. Die reguläre *dreijährige* Grundausbildung an diesen Schulen wird unter der Bedingung als *drei Semester* Fachhochschul-Studium anerkannt, dass die SchülerInnen (die bereits die Fachhochschulreife mitbringen müssen) parallel zur Ausbildung eine Reihe von Fachhochschul-Veranstaltungen erfolgreich besucht haben.<sup>31</sup> Das heißt, die BerufsfachschulabsolventInnen steigen in das vierte Semester eines insgesamt sechssemestrigen Bachelor-Studiengangs ein und studieren dann noch drei Semester an der Fachhochschule. Das Studium dient der fachspezifischen Vertiefung und der berufsübergreifenden Qualifizierung. Dieses Modell wird seit dem Sommersemester 2001 an der Fachhochschule Hildesheim/Holzminde/Göttingen für die Berufe Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie umgesetzt und seit dem Wintersemester 2001/02 auch an der Fachhochschule Osnabrück für die Ergo- und Physiotherapie angeboten. (Anschließende viersemestrige Master-Studiengänge sind geplant.) Das Bundesministerium für Bildung und Forschung, das diese Modellversuche<sup>32</sup> im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsminis-

<sup>28</sup> Vgl. für die folgende Darstellung: Meinecke-Noot (2000), Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2001), AG MTG (2001a), Faltblätter der einzelnen Hochschulen sowie deren Internet-Seiten. Trotz gründlicher Recherche erhebt die Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da gerade zur Zeit die Hochschullandschaft in Bezug auf Gesundheits-Studiengänge sehr in Bewegung ist.

<sup>29</sup> Vgl. [www.fh-fresenius.de](http://www.fh-fresenius.de)

<sup>30</sup> Vgl.; [www.fh-hildesheim.de/FBE/FBSMedizinalfachberufe.htm](http://www.fh-hildesheim.de/FBE/FBSMedizinalfachberufe.htm);  
[www.fh-osnabrueck.de/dhtml/03index\\_ueber\\_dy/htm](http://www.fh-osnabrueck.de/dhtml/03index_ueber_dy/htm)

Diese Studiengänge stellen jedoch lediglich einen Kompromiss dar zwischen einem grundständigen Studiengang, der von den Berufsverbänden und den Fachhochschulen einhellig favorisiert wird, und der diesbezüglichen ablehnenden Haltung des Niedersächsischen Kultusministeriums, das (im Einvernehmen mit Bundesgesundheitsministerium und dem Niedersächsischen Ministerium für Arbeit, Frauen und Soziales) darauf besteht, die Erstausbildung außerhalb des Fachhochschulbereichs durchzuführen (vgl. Kostrzewa 2001: 30; Schreiben des Niedersächsischen Kultusministeriums an die AG MTG vom 9.5.2000).

Wie oben bereits erwähnt, hat jedoch die KMK/GMK/ASMK-Arbeitsgruppe schon 1997 signalisiert, dass sie duale Studiengänge mit integrierter Berufsausbildung für diese Berufe grundsätzlich für möglich hält (KMK 1997b: 5f). Auch der Wissenschaftsrat argumentiert unter anderem angesichts überlanger Ausbildungszeiten in diese Richtung (Wissenschaftsrat 1991: 78f, 169f; 1996: 41ff, 2000: 20ff).

<sup>31</sup> Absolventinnen anderer als der im Modellversuch kooperierenden Berufsfachschulen können nach einer Einstufungsprüfung ebenfalls ins 4. Semester aufgenommen werden. Auf diesem Weg haben auch die ersten im Rahmen des Hildesheimer Modellversuchs Studierenden die Studienzulassung erworben, für die es während ihrer eigenen Grundausbildung ja noch keine Begleitseminare gab.

<sup>32</sup> Wie die Arbeitsgruppe der Kultus-, Gesundheits- und Arbeitsminister (AG KMK/GMK/ASMK) 1997 in ihrem Bericht „Studiengänge im Tätigkeitsfeld Gesundheitswesen“ betonte, befindet sich die BRD in Bezug auf die neuen Studiengänge der Gesundheitsfachberufe zur Zeit in einem Erprobungsstadium. In diesem Zusammenhang begrüßte die Arbeitsgruppe ausdrücklich die Durchführung von Modellversuchen, von deren Evaluierungsergebnissen sie sich Entscheidungshilfen für

terium und dem Niedersächsischen Kultusministerium genehmigt hat, erklärte dazu in einem offiziellen Schreiben an die AG MTG:

„In diesem Ergebnis sehe ich einen wichtigen ersten Schritt, für die Angehörigen der Medizinalfachberufe der Therapie eine wissenschaftlich vertiefte Fortführung ihrer Ausbildung auf Hochschulniveau zu ermöglichen und für sie im EU-Raum gleiche Berufschancen zu gewährleisten.“ (Schreiben des BMBF vom 26.09.2000 an die AG MTG)

Die AG MTG begrüßt in einer Stellungnahme (AG MTG 2001b) diese Studiengänge als Zwischenschritt auf dem Weg zu einer grundständigen Fachhochschul-Ausbildung. Sie kritisiert jedoch, dass bei dieser additiven Konzeption zum einen das wissenschaftliche Studium erst beginnt, wenn die Berufsausbildung schon abgeschlossen ist, und zum anderen dem dreisemestrigen hochschulischen Teil der Ausbildung ein praxisbezogener Umsetzungs- und Anwendungsteil fehlt. Außerdem sei das Studium mit 4,5 Jahren für einen Bachelor-Studiengang zu lang. Die AG MTG verweist hier auf die „Bologna-Erklärung“, in der Europa-weit drei bis maximal vier Jahre für einen Bachelor-Studiengang vorgesehen sind.

Seit dem Wintersemester 2001/2002 bietet auch die Fachhochschule Kiel in Kooperation mit der Lubinus-Schule für Physiotherapie einen grundständigen achtsemestrigen Bachelor-Studiengang als Modellversuch an, wobei die Schule in einer sog. „Public-Private-Partnership“ die Gründungsprofessur an der Fachhochschule mitfinanziert. Es handelt sich um ein duales Studienangebot: Die Studierenden erwerben ihren staatlich anerkannten Berufsabschluss an der Physiotherapie-Schule und besuchen parallel dazu Fachhochschul-Seminare. Die letzten beiden Semester dienen dann ausschließlich der wissenschaftlichen Vertiefung an der Hochschule.<sup>33</sup>

Folgende fachspezifische *Weiterbildungsstudiengänge* stehen den Berufsangehörigen außerdem noch zur Verfügung:

Für ErgotherapeutInnen existiert bereits seit 1997 an der Fachhochschule Osnabrück die Möglichkeit, einen berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengang zu besuchen, der nach 24 Monaten mit einem Zertifikat abschließt. Es ist vorgesehen, dass in Zukunft AbsolventInnen dieses Studiengangs zum Erwerb des Bachelors in das 6. Semester des oben beschriebenen additiven Studiengangs quer einsteigen können.<sup>34</sup>

An der Hogeschool Zuyd (ehemals: Hogeschool Limburg) in Holland gibt es seit 1998 einen Graduiertenstudiengang „Ergotherapie“ speziell für deutsche ErgotherapeutInnen; der dort erworbene niederländische Bachelor wird bisher in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen anerkannt; die anderen Bundesländer werden sich dieser Vorgehensweise vermutlich anschließen.<sup>35</sup>

Die Fachhochschule Fulda bietet seit dem Wintersemester 2001/2002 in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg einen Bachelor- und Masterstudiengang an, der sich an PhysiotherapeutInnen mit Fachhochschulreife, zwei Jahren Berufserfahrung *und* einschlägiger, abgeschlossener Fachweiterbildung richtet.<sup>36</sup>

Für LogopädInnen mit abgeschlossener Berufsausbildung und Hochschulzugangsberechtigung besteht die Möglichkeit, an der Rheinisch Westfälischen Technischen Hochschule in Aachen den Diplomstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie zu belegen. Der Studiengang zielt auf Lehrtätigkeit, Therapieforschung und Leitung von Therapeutenteams und berechtigt zur Promotion.<sup>37</sup>

---

die Gestaltung der zukünftigen Ausbildung im Bereich der Gesundheitsfachberufe verspricht (KMK 1997b: 11).

<sup>33</sup> Vgl. [www.fh-kiel.de/studienberatung/infoblaetter/Physiotherapie.htm](http://www.fh-kiel.de/studienberatung/infoblaetter/Physiotherapie.htm) (und mdl. Auskunft der FH).

<sup>34</sup> Vgl. [www.wi.fh-osnabrueck.de/stgaenge/aufbaust/ergo/index.htm](http://www.wi.fh-osnabrueck.de/stgaenge/aufbaust/ergo/index.htm)

<sup>35</sup> Vgl. [www.hsl-intern.nl/ergodiplom/](http://www.hsl-intern.nl/ergodiplom/)

<sup>36</sup> Vgl. [www.fh-fulda.de/fb/pg/physio/studiengang.htm](http://www.fh-fulda.de/fb/pg/physio/studiengang.htm)

<sup>37</sup> Vgl. [www.rwth-aachen.de/zentral/sul\\_logopaedie.htm](http://www.rwth-aachen.de/zentral/sul_logopaedie.htm)



Für die Orthoptik gibt es in Deutschland bisher keinen einzigen fachspezifischen Studiengang, und dies, obwohl dieser Beruf in einigen europäischen Ländern sogar direkt an Universitäten ausgebildet wird.<sup>38</sup>

Im Unterschied zu den Pflegenden und den Hebammen sind die Berufsangehörigen im Bereich Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Orthoptik nur noch zu wenigen anderen, einschlägigen Weiterbildungsstudiengängen zugelassen. Es sind dies die neuen Studiengänge „Pflege und Gesundheit“ an der Fachhochschule Neubrandenburg (Bachelor/Master), „LehrerIn für Gesundheitsberufe“ an der Fachhochschule Bielefeld (FH-Diplom), „Therapiemanagement für Medizinalfachberufe“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg (Bachelor), außerdem der Diplom-Medizinpädagogik-Studiengang an der Humboldt-Universität zu Berlin und der Lehramtsstudiengang „Gesundheit und Pflege“ an der Universität München.<sup>39</sup> Darüber hinaus haben Berufsangehörige der therapeutischen Gesundheitsfachberufe mit Hochschulzugangsberechtigung natürlich immer die Möglichkeit; benachbarte Studienfächer wie z.B. Sozial- oder Erziehungswissenschaften für die erweiterte Qualifizierung in ihrem Herkunftsberuf zu nutzen.

### 5.4.3 Das gesonderte Bildungskonzept des Bundes Deutscher Hebammen

Auch vom Berufsverband Bund Deutscher Hebammen (BDH) wird seit Mitte der 90er Jahre die Position vertreten, dass eine Weiterentwicklung des Berufsstandes über eine Akademisierung vorangetrieben werden soll. Mit Akademisierung ist hier Anhebung der Grundausbildung auf Fachhochschul-Niveau gemeint, außerdem die Ausbildung der Lehrerinnen im Rahmen eines regulären universitären Lehramtsstudienganges und die Etablierung von Hebammenforschung an Hochschulen.

Gerade die Verlagerung der Grundausbildung an die Fachhochschule wird in den Reihen des Berufsstandes – wie in Zeitschriftenartikeln und Leserinnenbriefen, auf Tagungen und in Einzelgesprächen immer wieder zu lesen und zu hören ist - jedoch sehr kontrovers diskutiert, vor allem wegen der Sorge, eine Fachhochschul-Ausbildung könne zu wenig Praxisbezug haben.<sup>40</sup> Solche Bedenken sind auch vom Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) zu hören, in dem ca. 800 freiberufliche Hebammen organisiert sind. Eine schriftliche Stellungnahme dieses Verbands zur Ausbildung liegt jedoch nicht vor. Die Verbandsvorsitzende Schilling erläuterte jedoch im Gespräch, dass ihre Organisation zwar keineswegs grundsätzlich gegen Akademisierung eingestellt sei, dass es ihr aber wichtig sei hervorzuheben, dass die praktische Ausbildung im Rahmen einer eventuellen Fachhochschul-Ausbildung nicht zu kurz kommen dürfe und gerade auch für die ambulante Hebammentätigkeit und die Langzeitbetreuung von Frauen qualifizieren müsse.

Aber auch der BDH, der die überwiegende Mehrheit aller Hebammen in Deutschland vertritt, spricht sich entschieden für eine Verbesserung der praktischen Ausbildung – auch im Rahmen eines Fachhochschul-Studiums – aus. Seine konzeptionellen Vorschläge, die u.a. im „Bildungskonzept 1997“ festgehalten sind, sollen im Folgenden ausführlich wiedergegeben werden.

Die Anhebung der Ausbildung auf den verschiedenen eingangs genannten Ebenen wird im Bildungskonzept mit den gestiegenen Anforderungen an den Beruf begründet sowie mit der Notwendigkeit, auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu arbeiten (BDH 1997: 4+6). Außerdem verweist der BDH auf das höhere Niveau der Hebammenausbildungen im europäischen Ausland und bzgl. der Lehrerinnenausbildung auf die (oben zitierte) Rahmen-

<sup>38</sup> Orthoptistes de la Communauté Européenne 2000: 12f; vgl. hierzu auch die Homepage der University of Liverpool ([www.liv.ac.uk/~pcknox/orthbsc.htm](http://www.liv.ac.uk/~pcknox/orthbsc.htm)).

<sup>39</sup> Vgl. in der Reihenfolge der Aufzählung: [www.fh-neubrandenburg.de/pug/pg\\_intro.htm](http://www.fh-neubrandenburg.de/pug/pg_intro.htm), [www.fh-bielefeld.de/fhangeb/gesundheit.htm](http://www.fh-bielefeld.de/fhangeb/gesundheit.htm), [www.kfh-freiburg.de/kfh-freiburg/studiengang/stud.htm](http://www.kfh-freiburg.de/kfh-freiburg/studiengang/stud.htm), [www.ukrv.de/mppp](http://www.ukrv.de/mppp), [www.ws.tum.de/LUS/lbstud.html](http://www.ws.tum.de/LUS/lbstud.html)

<sup>40</sup> Vgl. hierzu z.B. die Untersuchung von Bensberger Hebammenschülerinnen und die Anmerkungen dazu von Eta Reitz, seinerzeit Beirätin für den Bildungsbereich (DHZ 11/94: 465-468).

vereinbarung der KMK von 1995, nach der zukünftig die LehrerInnen aller Gesundheitsfachberufe ein reguläres Berufsschullehrerstudium durchlaufen sollen (BDH 1997: 2+7).

Das Bildungskonzept enthält jedoch noch eine Reihe weiterer Vorschläge und Forderungen: So wird angestrebt, trotz des langfristigen Ziels einer Grundausbildung an der Fachhochschule auch die Ausbildung an den herkömmlichen Hebammenschulen noch einmal zu reformieren, um *kurzfristig* Verbesserungen herbeizuführen, die auch ohne eine grundlegende Strukturreform und ohne Änderung des Hebammengesetzes realisierbar wären.<sup>41</sup> In der von einer Arbeitsgruppe aus erfahrenen Lehrerinnen für Hebammenwesen für den BDH überarbeiteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrV) werden die einzelnen Fächer innerhalb der theoretischen Ausbildung neu geordnet und gewichtet, um eine Reihe von Mängeln, die auch bei der vorliegenden Untersuchung zu Tage getreten waren (siehe Abschnitt 4.1.2), zu beheben. Beispielsweise werden die spezifischen Hebammentätigkeiten stärker berücksichtigt, den veränderten beruflichen Anforderungen angepasst und klarer von den pflegerischen Tätigkeiten unterschieden; das Prüfungsfach Kinderheilkunde, das in der derzeit gültigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung schlichtweg vergessen worden ist, wird mit 100 Stunden eingeplant und erhält damit den wichtigen Stellenwert, den es für die verantwortliche Arbeit von Hebammen mit gesunden und kranken Neugeborenen hat; Fächer wie Physik usw. sind eindeutiger als bisher auf die Hebammentätigkeit bezogen; die Behandlung ethischer Fragen wird im Rahmen des Fachs Berufskunde stärker berücksichtigt; die Ausübung des Berufs unter den Bedingungen der Freiberuflichkeit wird unter inhaltlichen und arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten explizit in die Ausbildung einbezogen; Fachenglisch und eine Einführung in wissenschaftliches Arbeiten werden (wenn auch mit geringem Stundenkontingent) in die Ausbildung aufgenommen.

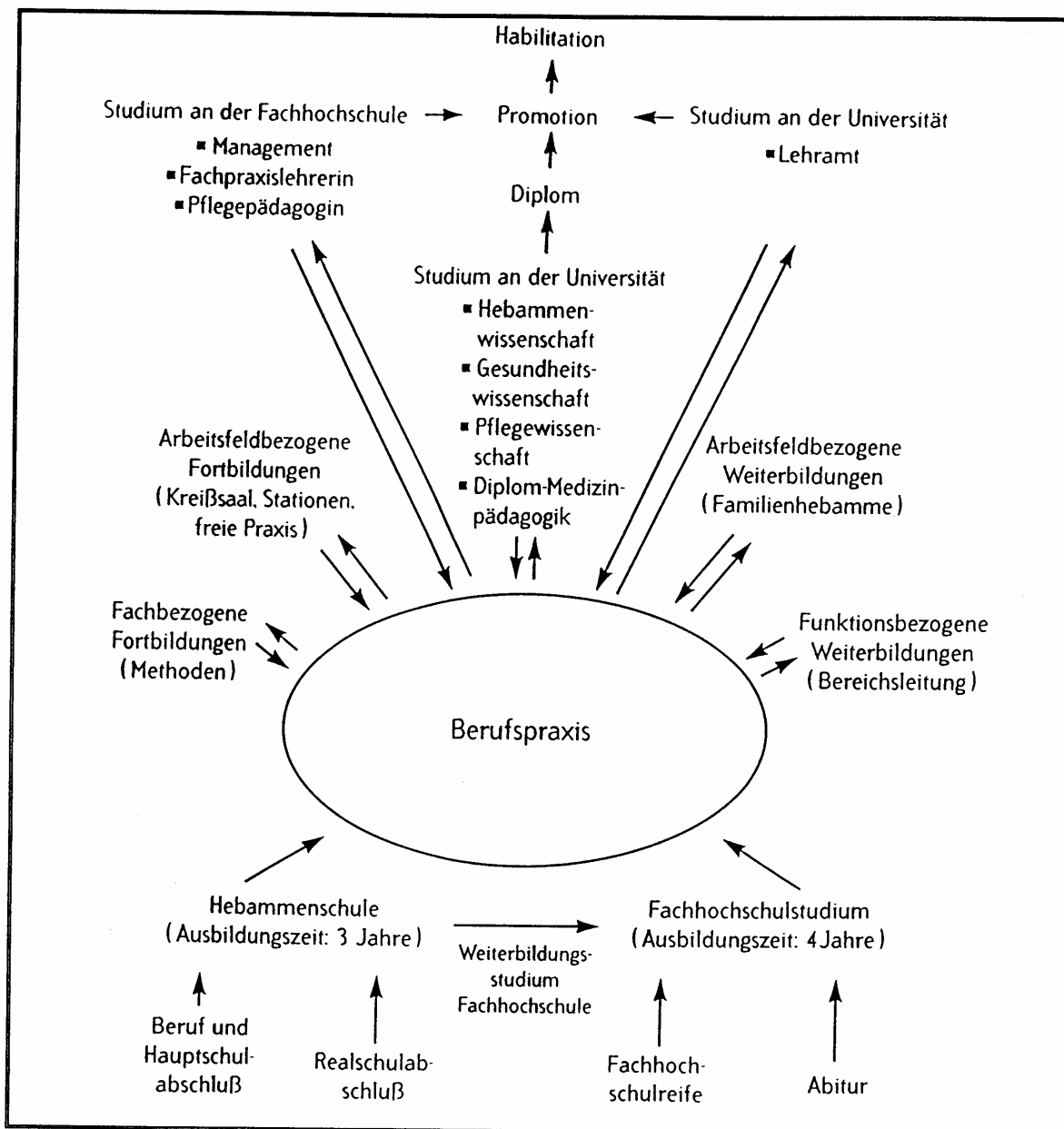
Im Rahmen der praktischen Ausbildung ist nach dem BDH-Entwurf ein vierwöchiges Externat bei freiberuflichen Hebammen - im Gegensatz zur derzeitigen Freiwilligkeit dieses Einsatzes - verbindlich vorgeschrieben; die klinische Wochenbettbetreuung soll als integrierte Betreuung gelehrt und eingeübt werden (die bisher insgesamt 24 Wochen Einsatz auf Wochen- und Neugeborenenstationen wurden hier zugunsten des Externats und anderer Einsätze gekürzt); entsprechend der bereits gängigen Einsatzverteilung der meisten Schulen (siehe Abschnitt 4.1.3.1) sollen mehr Stunden auf die geburtshilfliche Praxis entfallen, damit alle Schülerinnen ohne Mühe auf die gesetzlich vorgeschriebene Anzahl von Lehrgeburten kommen können; außerdem soll entsprechend der EU-Ausbildungsrichtlinie und den Berufsordnungen der Länder die Dammnahm tatsächlich auch in der Praxis gelehrt und eingeübt werden.

Dieser gut durchdachte Entwurf, der einer Verbesserung der Ausbildung *innerhalb* der bestehenden Strukturen mit Sicherheit zuträglich wäre, liegt seit November 1996 unbearbeitet beim zuständigen Bundesgesundheitsministerium, und dies, obwohl die zuständigen Stellen dem BDH seinerzeit grundsätzlich Zustimmung signalisiert hatten.

Aus der folgenden, dem Bildungskonzept 1997 entnommenen Abbildung ist zu ersehen, dass der Berufsverband in Bezug auf die angestrebten Veränderungen mit einer sehr langen Übergangszeit rechnet. Das heißt, es wird davon ausgegangen, dass für eine gewisse Zeit parallel zwei Arten der Grundausbildung möglich sein könnten: die herkömmliche dreijährige Ausbildung und (vielleicht zunächst nur als Modellversuch) eine vierjährige Fachhochschul-Ausbildung. Des Weiteren wird deutlich, dass die berufliche Praxis weiterhin das Zentrum des Berufs darstellen soll und dass Fort- und Weiterbildungen sowie Hochschulstudiengänge dazu dienen sollen, diese berufliche Praxis weiterzuentwickeln. Die Ansiedlung der Lehrerinnenausbildung im tertiären Bildungssektor steht außer Frage.

<sup>41</sup> Vgl. hierzu den Entwurf des BDH zu einer neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom Nov. 1996 sowie das BDH-Bildungskonzept 1997: 5.

Abbildung 8: Bildungskonzept 1997 des Bundes Deutscher Hebammen



In Barres Aufsatz „Bildungskonzept 2000 – Hebammenausbildung an der Fachhochschule“, der auf ihr Grundsatzreferat auf dem internationalen Symposium „Hebammenausbildung 2000“ im Januar 2000 in Kassel zurückgeht, wird deutlich, dass die Berufsvertreterinnen in Anbetracht des drängenden Reformbedarfs nicht warten wollen, bis in einer ungewissen Zukunft die gesamte Ausbildung an der Fachhochschule stattfindet. Folgende sich ergänzende Strategien sind zur Zeit in der Diskussion:<sup>42</sup> Die Ausbildung soll nach der oben beschriebenen, novellierten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung umgestellt und auf eine geringere Anzahl größerer Schulen konzentriert werden. Diese Konzentration hätte den Vorteil, dass

<sup>42</sup> Die folgende Darstellung geht auf den genannten Aufsatz (DHZ 3/2000: 123-126), auf vertiefende Gespräche mit Frau Barre (Beirätin des BDH für den Bildungsbereich von 1995-2000), eine Diskussion mit der AG Fachhochschule des BDH im September 2000 sowie auf Gespräche mit der neuen Beirätin, Frau Kehrbach, Ende 2001 zurück.

die Lehrerinnen die Fachgebiete untereinander aufteilen und damit ihre Unterrichte gründlicher und effektiver vorbereiten könnten, als wenn sie – wie jetzt an den vielen kleinen Schulen - das gesamte Spektrum allein oder zu zweit abdecken müssen. Außerdem könnte die Ausstattung der Schulen dadurch wesentlich verbessert werden (Bibliothek, Zeitschriften-Abos, Materialien für den praktischen Unterricht, Bereitstellung von Sekretariatsstunden für die organisatorische Arbeit). Es liegt zwar auf der Hand, dass diese strukturverändernden Vorschläge nicht nur Befürworterinnen unter den Kolleginnen finden, weil bei der Schließung von Schul-Standorten natürlich vor Ort Lehrerinnen-Arbeitsplätze verloren gehen. Da die Träger jedoch mittelfristig schon allein aus ökonomischen Gründen nicht mehr bereit sein werden, sehr kleine Schulen zu finanzieren, stehen hier ohnehin in absehbarer Zukunft etliche Veränderungen an.

Größere Schulen würden – wie später die Fachhochschul-Ausbildung auch – Kooperationsverträge für die praktische Ausbildung mit mehreren Kliniken und anderen Einrichtungen notwendig machen. Eine solche Umstrukturierung der praktischen Ausbildung wäre für eine reformierte dreijährige Ausbildung gleichermaßen sinnvoll wie für eine zukünftige Fachhochschul-Ausbildung: Die Aufgabe der Ausbildung des Nachwuchses wäre unter den geburts-hilfflichen Einrichtungen breiter gestreut und die Schülerinnen würden unterschiedliche Erfahrungen bzgl. der jeweiligen Klientel und auch bzgl. der Arbeitsweise und des Risikomanagements der verschiedenen Häuser machen. Der Arbeitsplatz „Freiberuflichkeit“ müsste als Lernort genauso in die Ausbildung einbezogen werden wie die Klinik. Zum letztgenannten Aspekt gibt es allerdings seitens des Berufsverbands noch keine konkreten konzeptionellen Vorstellungen. Die derzeitige Beirätin des BDH für den Bildungsbereich Kehrback verweist jedoch darauf, dass sich die (in Kapitel 2 bereits erwähnte) Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach SGB V auch auf die Ausbildungsstätten im Gesundheitswesen erstreckt und dass der BDH unter anderem deswegen plant, ein wissenschaftlich fundiertes, bundeseinheitliches Curriculum für die Hebammenausbildung erarbeiten zu lassen. Ein solches Curriculum müsste dann auch die verschiedenen Lernorte berücksichtigen.

Wenn die Lehrerinnen für Hebammenwesen zukünftig ein reguläres Lehramtsstudium durchlaufen und demnach auch ein Berufsschullehrerinnen-Gehalt beanspruchen können, werden sie auch den üblichen Umfang an Unterrichtsstunden (24-27 Stunden pro Woche) zu erteilen haben. Auch dies macht eine Neuregelung der praktischen Ausbildung in der Klinik (und an den weiteren Lernorten in der freien Praxis) notwendig, die ohnehin bereits überfällig ist, weil sich an den meisten Schulen der Spagat der Lehrerinnen für Hebammenwesen zwischen Schule und Klinik als ineffektiv und für alle Beteiligten unbefriedigend erwiesen hat (siehe hierzu ausführlich Abschnitt 4.1.3.2). Der BDH schlägt hier den Einsatz von Fachpraxislehrerinnen vor, die an der Fachhochschule auszubilden wären. Durch die Fachpraxislehrerinnen wäre eine verbindliche Praxisanleitung vor Ort ebenso gegeben wie eine Verbindung zur Schule (bzw. zukünftig zur Fachhochschule). Das Fachhochschul-Studium dieser Praxislehrerinnen soll gewährleisten, dass diese in der Lage sind, pädagogisch fundiert anzuleiten sowie selbst wissenschaftlich zu arbeiten, so dass sie z.B. Forschungsergebnisse interpretieren und mit den Schülerinnen besprechen oder auch selbst im Rahmen der wissenschaftlichen Ausbildung der Schülerinnen kleinere Praxisprojekte mit diesen durchführen können. Die Gesamtverantwortung für die Hebammenausbildung soll nach Vorstellung des BDH bei der Schule (später Fachhochschule) liegen.

Dieser Vorschlag des BDH weicht von dem gemeinsamen Vorschlag der AG MTG insofern ab, als hier nun zwischen Theorie- und Praxislehrerinnen unterschieden wird, während dort für die Lehrerinnen ein integrierter Diplomstudiengang vorgesehen war, der dann auch in ein integriertes Arbeitsfeld münden sollte. Auf Nachfragen erklärte Barre den Unterschied damit, dass die AG Fachhochschule des BDH zu dem Schluss gekommen sei, dass es auf die Dauer unrealistisch sei und auch zu teuer würde, wenn universitär ausgebildete Lehrerinnen oder sogar Fachhochschul-Professorinnen regelmäßig zur Anleitung in die Praxis gingen. Der neue Vorschlag lehnt sich an die bewährte Organisation der Ausbildung in der DDR an, wo (wie in den Abschnitten 3.2.1, 4.1.2 und 4.1.3 bereits erläutert) der theoretische und fachpraktische Unterricht in der Schule von Diplom-Medizinpädagoginnen gehalten wurde, wäh-

rend die praktische Ausbildung in den Händen von Fachpraxislehrerinnen lag, die über ein medizinpädagogisches Studium auf Fachhochschul-Niveau verfügten.

Da eine akademische Ausbildung des Lehrkörpers im Bereich der Gesundheitsfachberufe politisch in jedem Fall gewollt ist (KMK 1995) und sich im Zuge der Einrichtung entsprechender Studiengänge auch durchsetzen wird, empfiehlt Barre seit Jahren allen Kolleginnen, die sich für eine Lehrerinnen-tätigkeit interessieren, den Weg des Studiums statt den der Weiterbildung zu wählen (Barre 1996: 523ff; 2001a: 12f), obwohl sich eine solche Entscheidung zur Zeit von der tariflichen Eingruppierung her nicht auszahlt.<sup>43</sup> Da allerdings von Seiten der Bundesregierung noch keine Entscheidung über den zukünftigen Status der Hebammenschulen gefallen ist, kann laut Barre zur Zeit keiner der verschiedenen Studienmöglichkeiten eindeutig der Vorzug gegeben werden:

„Berufsfachschule und Berufsbildende Schule mit betrieblicher Ausbildung erfordern Lehrkräfte mit einem Lehramtsstudium und dem ersten und zweiten Staatsexamen als Abschluss. Die Ausbildung an der Fachhochschule erfordert Lehrkräfte mit Diplomabschluss und Promotion. Wenn ein Struktur- oder Statuswechsel der Hebammenschule ansteht, werden in der Übergangszeit vermutlich alle Abschlüsse anerkannt werden oder bleiben. Wer heute vor der Entscheidung Fachweiterbildung oder Studium steht, sollte sich für ein Studium entscheiden, da die akademische Ausbildung in jedem Fall gewünscht ist und den beruflichen Anforderungen an die zukünftigen Lehrkräfte entspricht. Für die individuelle Entscheidung der einzelnen Hebamme sind darüber hinaus die Zugangsvoraussetzungen zum Studium und die Erreichbarkeit des Studienortes entscheidend.“ (Barre 2001a: 13)

#### 5.4.4 Studienmöglichkeiten für Hebammen

Die Studienmöglichkeiten für Hebammen, die sich für Leitungsfunktionen qualifizieren oder zur Lehrkraft ausbilden lassen wollen, sind zwar vielfältig<sup>44</sup>, ihnen steht jedoch kein einziger originärer Hebammen-Studiengang zur Verfügung. Hebammenwissenschaft ist bisher an deutschen Hochschulen nicht vertreten.

Hebammen mit Berufserfahrung und einer Hochschulzugangsberechtigung können jedoch in fast allen Pflege-Studiengängen studieren. Je nach inhaltlicher Ausrichtung des Studienangebots fühlen sich Hebammen in den Fachhochschul-Pflegestudiengängen mehr oder weniger gut aufgehoben. Gespräche mit studierenden Hebammen machten deutlich, dass ihre Zufriedenheit in Pflegepädagogik- und Pflegemanagement-Studiengängen vor allem davon abhängt, ob deren Akzentsetzung auf der Pädagogik bzw. dem Management oder der Pflege selbst liegt, und davon, ob noch weitere Hebammen im selben Semester studieren. Bei den pflegewissenschaftlichen Studiengängen (meist mit Diplom-Abschluss Pflegewirt/in) wird das Manko, eigentlich im „falschen Fach“ zu studieren, meist am deutlichsten, weil hier Pflegetheorien und die wissenschaftliche Durchdringung des Berufsfeldes der Pflege eindeutig im Vordergrund stehen. Einhellig positiv bewerteten die Hebammen in Pflege-Studiengängen jedoch den Einstieg in das wissenschaftliche Denken und Arbeiten und den Blick auf das eigene Berufsfeld aus einer gewissen Distanz heraus.

Als Ausnahme unter den Pflege-Fachhochschul-Studiengängen sei hier der Studiengang „Pflegerwissenschaft“ mit dem Abschluss Diplom-Pflegerwirt an der Fachhochschule Osna-

<sup>43</sup> Dies hängt damit zusammen, dass das Hebammengesetz nur „Lehrhebammen“ kennt (HebG § 6), und das sind laut Bundesangestelltentarif ein- bis zweijährig weitergebildete Berufsangehörige und keine Akademikerinnen. Einschlägige Studiengänge (z.B. Pflegepädagogik oder Diplompädagogik) werden zwar von den Arbeitgebern in der Regel als Qualifikation anerkannt, dies führt jedoch zu keiner höheren Eingruppierung als eine Weiterbildung zur Unterrichtskraft. (Barre 2001a: 12)

<sup>44</sup> Vgl. für die gesamte folgende Darstellung die Zusammenstellung von Sigrid Krings in der Deutschen Hebammenzeitschrift 8/2001: 18ff sowie Barre 2001a: 12f; außerdem den Vortrag von Christa Meinecke-Noot, Sprecherin der AG MTG auf dem Symposium Hebammenausbildung 2000, Deutsche Hebammenzeitschrift 3/2000: 130ff; die Zusammenstellung der AG MTG zur Hochschulentwicklung vom Mai 2001 (AG MTG 2001a); die Auflistung und Erläuterung aller Pflegestudiengänge von Marianne Zeller-Dumke, Homepage [www.pflegestudium.de](http://www.pflegestudium.de) (Stand Juli 2001) sowie die Homepages der einzelnen Hochschulen.

brück hervorgehoben, an dem seit 2000 eine Professur mit einer Hebamme (Friederike zu Sayn-Wittgenstein) besetzt ist. Sayn-Wittgenstein verfolgt das Ziel, innerhalb des pflegewissenschaftlichen Studiengangs einen inhaltlichen Hebammen-Schwerpunkt aufzubauen und damit langfristig den Weg für die Implementierung von Hebammenwissenschaft auch an deutschen Hochschulen zu ebnet (Sayn-Wittgenstein 2000: 126ff; 2001: 496).<sup>45</sup>

Ein weiterer Studiengang mit ausdrücklichem Schwerpunkt im Bereich hebammenspezifischer Themen ist der Lehramtsstudiengang Berufsbildende Schulen Fachrichtung Pflege an der Universität Osnabrück, der seit dem Wintersemester 1997/98 zu der bereits existierenden Fachrichtung Gesundheit hinzugekommen ist. Eine der dort lehrenden Professorinnen, Beate Schücking, hat die Themenbereiche Frauengesundheit, Geburtshilfe und Hebammenwesen zu ihrem Forschungsschwerpunkt gemacht.<sup>46</sup> Somit entwickelt sich Osnabrück seit einigen Jahren zu einem Zentrum für Hebammenforschung, das durch die dort lehrenden Professorinnen und die mit ihnen verbundenen Forschungsprojekte, Abschlussarbeiten und Promotionen<sup>47</sup> neben dem seit 1990 existierenden Hebammen-Forschungsworkshop der Hebammengemeinschaftshilfe (vgl. hierzu Fuhr 2000: 153ff) zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Im genannten Lehramtsstudiengang an der Universität Osnabrück werden LehrerInnen für Pflege und Hebammenwesen als reguläre BerufsschullehrerInnen ausgebildet, das heißt, sie studieren zum einen die Fachrichtung Pflege, zum anderen ein weiteres Unterrichtsfach (z.B. Englisch, Sport, Mathematik oder ein anderes Fach, das an berufsbildenden Schulen unterrichtet wird) sowie Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Zwei Schulpraktika, die im Seminar ausgewertet werden, ergänzen die theoretische Ausbildung an der Universität. Das Studium endet mit dem 1. Staatsexamen, an das sich das zweijährige Referendariat an einer berufsbildenden Schule (in der Fachrichtung Gesundheit) und das 2. Staatsexamen anschließen.<sup>48</sup> Weitere vergleichbare, auch Hebammen zugängliche Lehramtsstudiengänge mit der Fachrichtung Gesundheit und/oder Pflege gibt es an den Universitäten Hamburg, München und Bremen. In München und Bremen besteht – wie bereits erwähnt - zudem die Möglichkeit, das Studium mit einer Diplomprüfung als BerufspädagogeIn bzw. Gesundheits- oder PflegewissenschaftlerIn abzuschließen. Der Weg zur Promotion und damit u.a. zur Fachhochschul-Professur eröffnet sich sowohl nach dem Diplom als auch nach dem 1. Staatsexamen.<sup>49</sup>

<sup>45</sup> Im Informations-Faltblatt und auf der Homepage der Fachhochschule wird der angestrebte Hebammen-wissenschaftliche Schwerpunkt jedoch noch nicht erwähnt. ([www.wi.fh-osnabrueck.de/stgaenge/diplom/pflegewi/index.htm](http://www.wi.fh-osnabrueck.de/stgaenge/diplom/pflegewi/index.htm))

Nach einem Erfahrungsbericht von drei Studierenden des Sommersemesters 2001 gibt es noch kein hebammenspezifisches Lehrangebot, gleichwohl jedoch für Hebammen relevante Studieninhalte. (Hebammenforum 5/2001: 362)

<sup>46</sup> Vgl. hierzu die Informationsbroschüre „Gesundheits- und Krankheitslehre (Psychosomatik) in der Arbeitsgruppe Gesundheitswissenschaften der Universität Osnabrück“ (1999), die vom Lehrstuhl Prof. Schücking als Ergänzung zur allgemeinen Broschüre „Lehramtsstudiengang berufsbildende Schulen“ (1999) gedruckt wurde. (Die aktualisierten Informationen befinden sich auf der Website des Fachbereichs: [www.agw.uni-osnabrueck.de/guk/gukstart.html](http://www.agw.uni-osnabrueck.de/guk/gukstart.html))

<sup>47</sup> Vgl. u.a. die Abschlussarbeiten von Albers (1998), Behner-Schroer (1998), Dauwe (1997), Hasseler (1996), Hoffmann (1999), die Dissertationen von Hasseler (2000) und Loytved (2000), sowie die beiden Forschungsprojekte „Technisierung der ‚normalen‘ Geburt – Interventionen im Kreißaal“ (Erste Ergebnisse: Schwarz/Schücking 2001a+b) und „Handlungsformen und Entwicklungspotentiale der außerklinischen Geburtshilfe“ (Müller-Rockstroh/Sayn-Wittgenstein). Am Lehrstuhl Schücking wurde auch die „Hebammenbibliothek“ eingerichtet, eine Sammlung grauer Literatur zu hebammenrelevanten Themen (siehe auch [www.agw.uni-osnabrueck.de/guk/hebibibli.html](http://www.agw.uni-osnabrueck.de/guk/hebibibli.html)).

<sup>48</sup> Ein Referendariat an einer Hebammenschule ist – wie bereits erwähnt – zur Zeit nicht möglich, weil die sog. „Schulen im Gesundheitswesen“ keine berufsbildenden Schulen sind und damit ihrerseits auch keine reguläre Ausbildung für die Lehramtsanwärterinnen gewährleisten können. Die Schulpraktika während des Studiums dürfen jedoch zum Teil an Hebammenschulen abgeleistet werden.

<sup>49</sup> Vgl. hierzu die Homepages dieser Universitäten: [www.pflege.uni-bremen.de](http://www.pflege.uni-bremen.de) (Bremen), [www.ws.tum.de/LUS/lbstud.html](http://www.ws.tum.de/LUS/lbstud.html) (München), [www.erzwiss.uni-hamburg.de](http://www.erzwiss.uni-hamburg.de) (Hamburg),

An der Humboldt-Universität zu Berlin gibt es die Möglichkeit, als Vollzeitstudium oder berufsbegleitend Diplom-Medizinpädagogik (bzw. Diplom-Pflegepädagogik) zu studieren. Dieses Studium qualifiziert – wie auch schon zu DDR-Zeiten – nicht nur für das Unterrichten einer einzigen Berufsgruppe (z.B. Hebammen oder Krankenschwestern), sondern Berufsfeld-breit für die gesamte Gruppe der Gesundheitsfachberufe. In den neuen Bundesländern ist der Diplom-Abschluss in Medizinpädagogik (DMP) für eine Einstellung als LehrerIn an einer Medizinischen Berufsfachschule vorgeschrieben (Barre 2001a: 13). Der DMP-Studiengang in Halle-Wittenberg ist inzwischen zu einem allgemeinen Diplomstudiengang Pflege- und Gesundheitswissenschaft umgewandelt worden; im Hauptstudium kann dann zwischen den Vertiefungsschwerpunkten allgemeine und klinische Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Pflege/Gesundheitspädagogik oder Pflege/Gesundheitsmanagement gewählt werden.<sup>50</sup>

Für Hebammen mit Fachhochschul-Reife oder Abitur bieten sich über die hier genannten einschlägigen Studiengänge hinaus auch andere Studiengänge an, die einer Weiterqualifizierung in ihrem Erstberuf dienen können. Erfahrungen aus England und den USA haben gezeigt, dass die ersten Impulse zur Akademisierung der Krankenpflege und des Hebammenwesens immer von Pionierinnen ausgingen, die lange vor Einrichtung der ersten fachspezifischen Studiengänge in Nachbardisziplinen studiert haben. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in Deutschland zu beobachten, wo sich seit 10 bis 15 Jahren eine wachsende Anzahl von Hebammen mit und ohne Studium für Hebammenforschung und für eine wissenschaftlich fundierte Hebammentätigkeit und –ausbildung engagiert. Dieses Engagement ist *auch* vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Internationale Hebammenverband ICM schon seit 1988 die Auffassung vertritt, dass Hebammen sich mit wissenschaftlichen Ergebnissen auseinandersetzen und auch selbst Forschung betreiben sollten (siehe ICM-Resolution Forschung in DHZ 7/93: 268). Der ICM war es auch, der 1989 mit seinem internationalen Workshop „Forschung braucht Hebammen – Hebammen brauchen Forschung“ den Anstoß zur Gründung des Hebammen-Forschungsworkshops im deutschsprachigen Raum gab, der seit 1990 in Deutschland ein Forum für forschungsinteressierte Hebammen darstellt (Fuhr 2000: 97f, 153ff; Groß 1995, 1999).

## 5.5 **Bildungskonzepte des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Gewerkschaft ÖTV: Favorisierung des Dualen Systems**

Nicht nur die Berufsverbände, die neben ihrem Sachverstand natürlich auch berufsständische Interessen in die Berufsbildungsdebatte einbringen, befassen sich mit der Zukunft der Gesundheitsfachberufe, sondern in erheblichem Umfang auch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) sowie die Gewerkschaften und politischen Parteien.<sup>51</sup> Das BiBB und die Ge-

---

[www.studienfuehrer.uni-osnabrueck.de](http://www.studienfuehrer.uni-osnabrueck.de) (Osnabrück).

Die Zugangsvoraussetzungen der Universitäten unterscheiden sich: In Hamburg wird nur das Abitur vorausgesetzt; Bremen und München verlangen zusätzlich ein 12monatiges, einschlägiges Berufspraktikum *oder* eine entsprechende Berufsausbildung; Osnabrück fordert für das Studium der Fachrichtung Pflege auch eine entsprechende Berufsausbildung, die allerdings erst vor Antritt des Referendariats abgeschlossen sein muss. Alle Universitäten sehen Regelungen für Berufsangehörige ohne Abitur vor.

<sup>50</sup> Vgl. hierzu [www.ukrv.de/mppp](http://www.ukrv.de/mppp), [www.uni-halle.de/MLU](http://www.uni-halle.de/MLU).

<sup>51</sup> Letztere können an dieser Stelle vernachlässigt werden, weil es zur Zeit keine Grundsatzpapiere zur Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe von Seiten der Parteien gibt; das Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) zur Pflegebildung von 1996 kann inzwischen als überholt betrachtet werden und enthielt im Übrigen auch keinen einzigen Hinweis auf den Hebammenberuf oder die therapeutischen Gesundheitsfachberufe.

Von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums bestehen Pläne zur Neuordnung der Ausbildung in den Pflegeberufen (siehe Diskussionspapier des BMG zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes vom 20.11.2000). In ihrer Rede auf dem Deutschen Pflegekongress 2001 in Berlin am 18. Mai 2001 kündigte die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in diesem Zusammenhang außerdem eine „Überprüfung der Berufsbilder der Medizinalfachberufe“ an, und zwar „unter anderem für diese Le-

werkschaft ÖTV (heute ver.di) haben sich in den vergangenen Jahren wiederholt und gezielt zum Thema Ausbildung im Berufsfeld Gesundheit geäußert. Beide Institutionen, in der Regel vertreten durch Barbara Meifort (BiBB) und Gerd Dielmann (ÖTV / ver.di), streben – wie auch die Berufsverbände – einen Ausweg aus der vielfach beschriebenen Bildungssackgasse und darüber hinaus ein Ende des Sonderstatus der Gesundheitsfachberufe an. Im Unterschied zu den Berufsverbänden der Hebammen, der therapeutischen Gesundheitsfachberufe und der Pflege charakterisieren Meifort und Dielmann diese Berufe jedoch als Berufe auf Facharbeiter-Niveau und fordern deren Eingliederung ins Duale System. Sie verbinden damit ein Ende der tradierten Benachteiligung dieser typischen Frauenberufe innerhalb des Berufsbildungssystems und durch die Schaffung eines Berufsfeldes Gesundheit auch die Überwindung von berufsständischer Abschottung.<sup>52</sup>

Den Hebammenberuf ordnen sie innerhalb dieses Berufsfeldes als „Entbindungspflege“ der Gruppe der Pflegeberufe zu und fordern mit etwas unterschiedlicher Ausrichtung eine gemeinsame Grundbildung mit den Pflegeberufen: Meifort schlägt ein gemeinsames erstes Ausbildungsjahr vor, nach dessen Ablauf die Hebammen dann ihre spezifische Ausbildung erhalten sollen (Meifort 1997: 56). Dielmann geht sogar so weit, den Hebammenberuf zum Weiterbildungsberuf zu deklarieren: Nach einer abgeschlossenen dreijährigen generalistischen Pflegeausbildung soll sich eine Weiterbildung zur Hebamme, analog z.B. zur Weiterbildung Intensivpflege anschließen (Dielmann 1997: 64).<sup>53</sup>

Wenn man vergleicht, wie differenziert Meifort die Abgrenzung eines ihrer Ansicht nach neu zu gestaltenden BBiG-Berufs für die häusliche Pflege von den bereits existierenden Pflegeberufen begründet (Meifort/Mettin 1998: 37f), ist nicht zu verstehen, warum der Hebammenberuf nicht einer ebenso gründlichen Analyse unterzogen wird. Ein entscheidender Unterschied zur Pflege ergibt sich bereits aus einem Vergleich des „Arbeitsgegenstands“: Hebammen beschäftigen sich ausschließlich mit dem Fachgebiet des Kinderkriegens, für das sie umfassende Hilfeleistungen zur Verfügung stellen. Ihre Zielgruppe sind Frauen, die Kinder bekommen. Die Zielgruppe der Pflegenden sind Menschen jeden Alters, die krank oder pflegebedürftig sind (Meifort/Paulini 1984: 71). Natürlich verbindet diese Berufe ihre Arbeit auf dem Gebiet von Beziehung und damit auch eine Reihe von Schlüsselqualifikationen; auch übernehmen Hebammen zum Teil pflegerische Aufgaben. Gleichwohl ist es nicht sinnvoll, ein Drittel der gesamten Ausbildung gemeinsam zu absolvieren. Hierbei würde mit Sicherheit die Fachdisziplin Hebammenwesen zu kurz kommen.<sup>54</sup>

Trotz der unzutreffenden Einordnung des Hebammenberufs in die Gruppe der Pflegeberufe sollten jedoch die grundsätzlichen Argumente der BefürworterInnen des Dualen Systems ernst genommen und nicht pauschal abgewiesen werden. Denn wie bereits an der Gegenüberstellung des Dualen Systems mit den schulischen Ausbildungen in den Gesundheitsberufen in Kapitel 3 deutlich geworden ist, bewegen sich die Ausbildungsgänge der Gesund-

---

gislaturperiode“ ([www.bmggesundheit.de/presse](http://www.bmggesundheit.de/presse)). *Konkrete* konzeptionelle Überlegungen scheinen jedoch noch nicht zu existieren.

<sup>52</sup> Vgl. hierzu u.a. Meifort/Paulini (1984), Becker/Meifort (1993, 1994), Meifort (1997, 2001b), Dielmann (1993a, 1997), Brendel/Dielmann (1998) sowie Bals (1993, 1995b) und Krüger (2001).

<sup>53</sup> Dielmann betonte allerdings im mündlichen Gespräch, dass es der Gewerkschaft seinerzeit nicht darum gegangen sei, dem Hebammenberuf ein neues Konzept aufzuzwingen, sondern um Überlegungen einer sinnvollen Neuordnung des *gesamten* Berufsfeldes Gesundheit. Er räumte ein, dass der Vorschlag der Gewerkschaft aus jeweils verschiedenen Gründen nicht nur auf berufsständischen, sondern auch auf bildungs- und gesundheitspolitischen Widerstand gestoßen sei. (Neuere berufsbildungspolitische Beschlüsse zu den Pflegeberufen existieren von ÖTV bzw. von der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zur Zeit - April 2002 – noch nicht.)

<sup>54</sup> Wie eine aktuelle Analyse von Benoit et al. zur Hebammenausbildung in West-Europa und Nordamerika belegt, ist im internationalen Vergleich seit geraumer Zeit eine Umkehr zur grundständigen Hebammenausbildung („direct entree“) zu verzeichnen, auch und gerade in Ländern, in denen über Jahrzehnte hinweg der Hebammenberuf nur im Anschluss an eine Pflegeausbildung gelernt werden konnte (Benoit et al. 2001: 140f; vgl. auch Silverton 1996:79ff; Milde/Fleming 1998; Fleming 1999, 2000).



heitsfachberufe außerhalb festgelegter und überprüfbarer Qualitätsstandards, abseits von Tarifrecht und für andere Berufsgruppen geltenden Bildungschancen sowie weit entfernt von einer Gleichstellung der Geschlechter und setzen damit einer modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft zum Trotz die Tradition der Höheren-Töchter-Schulen und Mutterhäuser fort (vgl. u.a. Krüger 2000, Brendel/Dielmann 1998: 8ff).

Dennoch ist fraglich, ob eine direkte Übernahme des Dualen Systems, welche auf den ersten Blick eine Lösung der aufgezählten Probleme verspricht, für die Gesundheitsfachberufe auch wirklich sinnvoll und realisierbar ist. Das Duale System wurde in Zeiten wirtschaftlicher Prosperität für die industriellen und kaufmännischen Berufe geschaffen und hat noch heute für viele Länder, in denen es auf mittlerem Niveau keine geregelten Ausbildungen gibt, Vorbildcharakter. Gleichwohl stößt es gerade derzeit an Grenzen, bedingt durch die mangelnde Ausbildungsbereitschaft der Betriebe und durch die trotz Rahmenlehrplänen und Ausbildungsberufsbildern bestehende Kluft zwischen Berufsschule und Ausbildungsplatz. Es steht zu befürchten, dass eben diese strukturellen Probleme bei Ausbildungen im Berufsfeld Gesundheit auch auftreten würden. Im Zuge des ökonomischen Drucks, unter dem die Krankenhäuser zunehmend stehen, wird ja bereits heute von vielen Trägern die Aufrechterhaltung gerade von Hebammen- und Krankenpflegesschulen in Frage gestellt. Im Dienste der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung *muss* jedoch eine Sicherstellung der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen gewährleistet sein. Ein Modell der Zukunft muss also sowohl berufsbildungspolitisch als auch ökonomisch tragfähig sein.

Wie Krüger allerdings zu Recht hervorhebt, müsste eine Anwendung des *Prinzips der Dualität* nicht zwangsläufig eine schematische Übertragung des *Dualen Systems* auf die Berufe im Berufsfeld Gesundheit bedeuten. Für die Pflege betont sie, diese sei ein „hochkomplexer, anspruchsvoller, multidimensionaler Beruf mit Eigenverantwortung, nicht nur sorgfältiger Ausführung“, und insofern *inhaltlich* auch nicht mit dem industriellen Facharbeiter mit Hauptschulabschluss zu vergleichen (Krüger 2001: 32f). Weiter führt sie in diesem Zusammenhang aus:

„Das duale System ist ein Organisationsprinzip der Lernorte, nicht eines der Verpflichtung zu Ausführungsauffassungen. Es meint nicht die je *spezifischen* Inhalte, sondern ganz vorrangig die Verantwortlichkeiten für das, was zur Ausbildung gehört: die praktische Ausbildung innerhalb des Betriebes/der Pflegeeinrichtungen, die schulische durch die Bildungsbehörden, dann darauf aufbauende zweite Bildungswege und berufliche Spezialisierungen. Duales System beinhaltet ein Kompromissangebot an die Kassen, freien Träger, Einrichtungen, die bereits vorhandenen praktischen Ausbildungsanteile in eigener Hand zu behalten, aber bewusst und gezielt mit Lernanteilen zu versehen und dafür im Gegenzug die Finanzierung des Unterrichts, einschließlich der LehrerInnen, an die Bildungsbehörden abzutreten. Es bedeutet Aushandlung zwischen beiden Trägern der Ausbildung, Einhaltung der üblichen Standards und Verpflichtung zu der Entwicklung eines anerkannten Qualifikationsprofils.“ (Krüger 2001: 33; Hervorhebung im Original.)

Die speziellen Erfordernisse der Gesundheitsberufe könnten und müssten in einem modifizierten Modell des Dualen Systems Berücksichtigung finden. Zentral ist die Dualität der Lernorte, nämlich Schule und Praxis, die Einbindung in das deutsche Schulsystem und damit verbunden die Möglichkeit weiterführender Abschlüsse und aufbauender Studiengänge sowie die Lehrerausbildung auf akademischem Niveau. Dieser Weg würde die jetzt relativ unregelmäßigen Ausbildungsgänge der Gesundheitsfachberufe in geregelte Ausbildungen mit verlässlichen Qualitätsstandards überführen. Eine Reihe von zur Zeit virulenten Problemen, wie das Fehlen von Gesamtkonzeptionen, von Lehrplänen und von zuverlässiger praktischer Ausbildung, wäre auf diese Weise lösbar. Der Zugang zur Berufsausbildung bliebe jungen Frauen und Männern mit Realschulabschluss offen.

## 5.6 Zwischenbilanz zur Strukturreform der Hebammenausbildung

Eine Reform der Hebammenausbildung ist überfällig. Die Benachteiligung der Gesundheitsfachberufe - so auch des Hebammenberufs - im deutschen Berufsbildungssystem muss aufgehoben werden. In diesem Punkt herrscht Übereinstimmung zwischen allen hier referierten Positionen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind grundsätzlich *zwei Wege* denkbar: die Neu-

ordnung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen nach dem Prinzip der *dualen Berufsausbildung* oder deren Anhebung auf *Fachhochschul-Niveau*.

Für den Hebammenberuf stellt sich in Bezug auf das Duale System vor allem die grundsätzliche Frage, ob es sich hierbei überhaupt (noch) um einen Beruf auf mittlerem Bildungsniveau handelt. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen nahe, dass Hebammen auf Grund der hohen beruflichen Anforderungen<sup>55</sup> vor ihrer Ausbildung eine 12jährige allgemeine Schulbildung abgeschlossen haben sollten,<sup>56</sup> wie dies im europäischen Ausland ja auch längst üblich ist.<sup>57</sup> Für die Hebammen und die therapeutischen Gesundheitsfachberufe steht eine Reform der Ausbildung an, die den Anforderungen nach einer wissenschaftlich fundierten beruflichen Praxis und damit auch einer Akademisierung dieser Berufe Rechnung trägt und die gleichzeitig den Lernort Praxis im Zentrum der Ausbildung belässt bzw. ihn sogar noch stärker berücksichtigt als bisher. Es macht also Sinn, sich an den *Prinzipien der Dualität* zu orientieren (Krüger 2001: 33f), ohne das Duale System direkt zu übernehmen.

Der vom Wissenschaftsrat (1991, 1996, 2000) vorgeschlagene Weg der *dualen Studiengänge*, der im Sinne der „Bologna-Erklärung“ (1999) auch zu einer europäischen Vereinheitlichung bestimmter Berufsausbildungen führen würde, bietet eine gute Möglichkeit, die Ausbildung der hier genannten Berufe sinnvoll zu reformieren. Auf die Hebammen bezogen würde dies bedeuten, dass ein grundständiges Studium an der Fachhochschule nach drei bis vier Jahren gleichzeitig zu einem Berufsabschluss Hebamme und zu einem ersten Hochschul-Abschluss (Bachelor) führen würde. Die Länge dieses Studiums wäre noch zu prüfen und müsste sich nach den Anforderungen an den Beruf und den Möglichkeiten richten, die erforderlichen Lehrveranstaltungen, Phasen des Selbststudiums und Praxis-Einsätze in ein geregeltes Fachhochschul-Studium einzupassen (Wissenschaftsrat 1996: 50ff).

Die Frage, welche Zwischenschritte auf dem Weg zur Fachhochschulausbildung zu gehen sind, kann erst beantwortet werden, wenn konkretere Planungen vorliegen als die hier zitierten konzeptionellen Vorstellungen des Berufsverbandes BDH. So macht beispielsweise die Forderung nach einem Lehramtsstudiengang nur Sinn, wenn diese LehrerInnen im zukünftigen System überhaupt noch gebraucht werden, und auch die aufwändige Neuordnung der Schullandschaft in Richtung auf wenige größere Schulen lohnt nur, wenn sie in Verbindung mit den weiterführenden Fachhochschul-Plänen durchgeführt wird.

<sup>55</sup> Die beruflichen Anforderungen an Hebammen wurden in Kapitel 2 eingehend beschrieben und werden in Kapitel 7, in dem es um die inhaltliche Begründung des professionellen Handelns von Hebammen geht, aufgegriffen. An dieser Stelle soll lediglich in einer kurzen Zwischenbilanz der *Rahmen* für die überfällige Strukturreform abgesteckt werden. In Abschnitt 7.4 wird die anstehende Ausbildungsreform dann eingehender behandelt.

<sup>56</sup> Dies gilt auf Grund der in Kapitel 3 skizzierten beruflichen Anforderungen und des europäischen Vergleichs auch für die vier therapeutischen Gesundheitsfachberufe (Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Orthoptik) (siehe hierzu auch die Literaturangaben in Kapitel 3 sowie Barre 2001c). Für die Pflegeberufe ist das Problem der Zugangsvoraussetzung wesentlich komplexer und müsste daher gesondert behandelt werden. An dieser Stelle sei nur angemerkt, dass – wie in Abschnitt 3.3 ausgeführt – die EU-Richtlinien bzgl. der Pflegeberufe nur eine 10-jährige Schulbildung vorsehen. Ein Anheben der *Grundausbildung* auf Fachhochschul-Niveau auf der einen Seite würde mit Sicherheit auf der anderen Seite zu einer großen Zahl von un- oder angelernten Pflegekräften führen. Um eine solche unter Qualitäts- und bildungspolitischen Gesichtspunkten verheerende Entwicklung zu vermeiden, muss die Berufsbildungs- und Akademisierungsdiskussion in der Pflege sehr differenziert geführt werden, was nicht heißt, die überfällige Reformierung der Pflegeausbildungen und die wissenschaftliche Fundierung des Pflegehandelns aus dem Auge zu verlieren. (vgl. hierzu u.a. die kontroversen Beiträge von BA 1997, 2000; Robert Bosch Stiftung 2000b; Krüger 2001; Meifort 2001b).

<sup>57</sup> Bei einem europäischen Vergleich sollte jedoch nicht vergessen werden, dass es in vielen Ländern in etlichen Berufssparten qualifizierte Berufsausbildungen unterhalb des Hochschulniveaus, also unterhalb des erfolgreichen 12-jährigen Besuchs einer allgemeinbildenden Schule, gar nicht gibt. Dies setzt zwar einerseits Maßstäbe, was die erwartete Allgemeinbildung (sprachlicher Ausdruck, Fremdsprachen- und naturwissenschaftliche Kenntnisse) und auch das Eingangsalter angeht, sollte jedoch andererseits nicht dazu verleiten, die qualifizierten Berufsausbildungen in Deutschland, die auf mittlerem Bildungsniveau ansetzen und einen soliden Praxisbezug haben, gering zu schätzen.

Im Vorfeld einer solchen Strukturreform der Hebammenausbildung muss jedoch zunächst inhaltlich begründet werden, *warum* Hebammen studieren sollten. Was sollen akademisch ausgebildete Hebammen besser können als die heutigen Berufsangehörigen? Welches Wissen brauchen Hebammen? Denn nur wenn eine schlüssige Begründung für ein Hochschulstudium vorliegt, besteht die Chance, die EntscheidungsträgerInnen auf der politischen Ebene, die jetzt noch für eine Hebammenausbildung auf mittlerem Bildungsniveau plädieren, zu überzeugen.

Ich bin diesen Fragen mit Hilfe soziologischer Professionalisierungstheorien nachgegangen. Das folgende Kapitel 6 zeichnet meinen Forschungsweg nach und endet in einer Definition professionellen Handelns, die auch auf den Hebammenberuf Anwendung finden kann. Kapitel 7 verknüpft dann das Anforderungsprofil des Hebammenberufs mit der Professionalisierungsdebatte einerseits und der Strukturdebatte andererseits.

## 6 Die soziologische Professionalisierungsdebatte

Ausbildungsreformen im Sinne einer Höherqualifizierung werden oft mit dem Begriff der Professionalisierung in einem Atemzug genannt, und Professionalisierung ihrerseits wird häufig mit Akademisierung oder Verwissenschaftlichung gleichgesetzt. Für eine genauere Analyse gilt es jedoch, die Begrifflichkeiten in ihrer verschiedenen Bedeutung auseinander zu halten. Am Anfang der soziologischen Professionalisierungsdebatte befassten sich Professionalisierungstheoretiker vor allem mit der Kategorisierung von Berufen und der Herausarbeitung von *Professions-Merkmalen*, später weitete sich das Erkenntnisinteresse auf die Erforschung von *Professionalisierungs- und Deprofessionalisierungsprozessen* aus. Heute stehen die Theorien des *professionellen Handelns* im Vordergrund. Um aktuelle Diskussionsbeiträge zur Thematik der Professionalisierung einordnen und einschätzen zu können, erwies es sich als notwendig, an die Anfänge des Diskurses zurückzugehen, auch weil die Abgrenzung vieler Autoren und Autorinnen von der merkmalsorientierten Betrachtungsweise überhaupt erst aus dem historischen Zusammenhang heraus verständlich wird.

### 6.1 Einleitung und Begriffsklärungen

Auch wenn in der soziologischen Debatte oder in berufspolitischen Stellungnahmen in der Regel mit „Professionalisierung“ nicht mehr der direkte Weg hin zur Profession im traditionellen Sinn gemeint ist, sind die Begriffe *Profession* und *Professionalisierung* doch durch die gemeinsamen sprachlichen und historischen Wurzeln eng miteinander verknüpft. So gilt es zunächst zu klären, was eine Profession überhaupt ist.

Das Wort *Profession*<sup>1</sup> stammt von dem lateinischen Wort *professio* ab, womit in der Antike vor allem das öffentliche Amt gemeint war; später verlagerte sich die Wortbedeutung auf den religiösen Bereich und die Pflichterfüllung. *Professio* wird im Wörterbuch mit *Bekennen* und *öffentlichem Gelübde* übersetzt, und die *Professen* sind die Klostermitglieder. Der Begriff *Profession* wurde seit dem 16. Jahrhundert für *Beruf* und *Gewerbe* verwendet. An Beruf knüpft sich die *Berufung* im lutherischen Sinne und das mit hoher Verantwortung belegte *öffentliche Amt*; unter *Gewerbe* sind vor allem Handwerk sowie freies Gewerbe zu verstehen. Beim Beruf stand die gesellschaftlich-moralische Verantwortung im Vordergrund, beim Gewerbe der Lebensunterhalt (Daheim 1967: 35f). Mittellos standen die zum Dienst an der Allgemeinheit *Berufenen* deshalb trotzdem nicht da, im Gegenteil: Vielfach bestand eine Verpflichtung der Gesellschaft ihren Amtsinhabern gegenüber, deren Einkommen zu sichern, damit diese sich frei von Existenzsorgen ihren öffentlichen Aufgaben widmen konnten und unbestechlich waren.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vgl. für die folgende Ausführung die folgenden Nachschlagewerke: Handwörterbuch der lateinischen Sprache (Hg.: Reinhold Klotz), Band 2, 1963: 922-924; Duden, Das Herkunftswörterbuch Band 7, 1963: 158, 531; Knauers Fremdwörter-Lexikon, 1978: 339; dtv-Lexikon Band 14, 1980: 278; Meyers Großes Taschenlexikon Band 17, 1987: 304.

<sup>2</sup> Das Verb *profiteri* in seiner Bedeutung „öffentlich bekennen“ und „laut und öffentlich erklären“ schlägt sprachlich die Brücke zwischen dem Ordensgelöbnis und den Amtseiden der frühen Professionellen. Es hat aber auch die Bedeutung von „öffentlich lehren“ und bildet somit den Wortstamm des Wortes „Professor“.

*Profiteri* hat dagegen nichts mit dem heute gebräuchlichen Fremdwort *profitieren* zu tun, auch wenn es auf der Hand zu liegen scheint, dass die Professionellen von ihrer herausgehobenen gesellschaftlichen Stellung profitieren. Die Wörter *Profit* und *profitieren* sind vielmehr auf das lateinische Verb *proficere* und das Substantiv *profectus* zurückzuführen, die soviel bedeuten wie: gewinnen, bewirken, vorwärts kommen, Erfolg/Nutzen haben bzw. Nutzen, Vorteil, Zunahme. Vgl. Handwörterbuch der lateinischen Sprache (Hg.: Reinhold Klotz), Band 2, 1963: 922-924; Duden, Das Herkunftswörterbuch Band 7, 1963: 531; Meyers Großes Taschenlexikon Band 17, 1987: 305; Friedrich Kluge, Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, Berlin 1989, 22. Auflage: 563f.

### Exkurs: Was sind Professionen?

Mit Professionen sind in der klassischen berufssoziologischen Theorie Berufe gemeint, deren Angehörige anderen Menschen sowie der Gesellschaft insgesamt einen Dienst erweisen, und zwar einen Dienst, für den sie eine spezialisierte Ausbildung benötigen (also ein umfangreiches Wissen) und der sich im existentiellen Bereich (Leben und Tod) abspielt. Die spezialisierte, auf Grundlagenwissen basierende Ausbildung unterscheidet die Professionellen von den Laien, die natürlich auch bei Krankheit und Not Hilfe leisten, und den Berufen, die nur Teilaspekte des Wissens anwenden. Von den reinen Wissenschaftlern unterscheiden sich die Professionellen dadurch, dass sie Praktiker sind: Sie wenden ihr Wissen an, bleiben nicht im Elfenbeinturm.

Die Professionsangehörigen leisten nicht nur Hilfe bei Krankheit (ärztlicher Berufsstand), sondern sind auch verantwortlich für das gesellschaftliche Normengefüge, für Sanktionen und Sinnfragen (Berufsstand der Theologen und Juristen). Diese drei „Urprofessionen“ verkörpern außerdem die ersten Fachrichtungen der mittelalterlichen Universitäten und stehen damit in der Tradition eines männlich dominierten und naturwissenschaftlich ausgerichteten akademischen Bildungssystems.

Die Professionsangehörigen müssen integer und unbestechlich sein und dürfen sich nicht abhängig machen von ihren Klienten oder bestimmten gesellschaftlichen Gruppen. Hieraus wird das Postulat der Autonomie abgeleitet: Dieses beinhaltet die Ablehnung der Laienkontrolle und verspricht im Gegenzug, verantwortlich und nicht auf den eigenen Vorteil bedacht zu handeln. Als Kontrolle werden nur die Kollegenkontrolle und die Selbstverpflichtung (Code of Ethics) akzeptiert; das heißt, der Berufsstand kontrolliert sich selbst in Bezug auf Qualität und Integrität der einzelnen Berufsangehörigen und verfügt über eigene institutionalisierte interne Sanktionierungsmöglichkeiten.

Weitere Professionsmerkmale wie eine einflussreiche berufsverbandliche Organisation, hohes Einkommen und Prestige gelten allgemein als Folgen der von den Professionellen übernommenen verantwortungsvollen Aufgaben und der hohen Wertschätzung, die ihnen die Gesellschaft dafür entgegenbringt.<sup>3</sup>

Für den heutigen Gebrauch der Worte Profession und Professionalisierung im deutschsprachigen Raum spielt jedoch inzwischen die Rezeption der angloamerikanischen Professionalisierungsdebatte eine mindestens ebenso so große Rolle wie die ursprünglichen Wurzeln dieser Begriffe. Um das englische Wort *profession* ins Deutsche zu übertragen, wurden zeitweilig verschiedene Begriffe wie *Freie Berufe*, *Selbständige Berufe* oder *Akademische Berufe* verwendet, es zeigte sich aber bald, dass solche Übersetzungen immer nur *einen* Aspekt des komplexen Begriffs *profession* abdecken (Hesse 1972: 49). So hat es sich im Deutschen inzwischen längst eingebürgert, die englisch-lateinischen Begriffe als Fremdwörter einzusetzen, auch wenn sie vor einem sehr unterschiedlichen gesellschaftlichen Hintergrund und einer unterschiedlichen Geschichte der Berufe und der Berufsbildung gesehen werden müssen. Die Problematik des Begriffs *profession* betrifft im Übrigen aber auch die englische Sprache selbst, in der das Wort in sehr verschiedener Weise benutzt wird: Mit *profession* kann die Profession im soziologischen Sinne gemeint sein, *profession* kann aber auch allgemein die Bedeutung von Beruf und Berufsstand haben und wird abgrenzend verwendet zu *occupation* (Beruf, Tätigkeit) und dem *job*, der jegliche Form von Tätigkeit bezeichnen kann. Das Adjektiv *professional* kann im engeren Sinne auf die Zugehörigkeit einer Person oder eines ganzen Berufsstandes zum Kreis der *professions* verweisen, es wird aber auch einfach im Sinne von fachmännisch oder geschäftlich benutzt.<sup>4</sup> Der Begriff *professionalization* hat nach Hesse in der angelsächsischen Literatur mindestens drei Bedeutungen; er bezeichnet

- den Prozess, in dem ein Beruf in eine Profession umgewandelt wird,
- das gesellschaftliche Phänomen, dass die Anzahl der *professionals* schneller wächst als die Anzahl der Angehörigen anderer Berufe,

<sup>3</sup> Diese als einführende Begriffsklärung zu verstehende Kurzdarstellung der Professionen dient einer ersten Orientierung. Im Laufe des Kapitels werden die einzelnen hier genannten Aspekte eingehend erörtert und jeweils mit den dazugehörigen Quellen belegt. (vgl. u.a. Carr-Saunders und Wilson 1933, Goode 1957, Wilensky 1964, Daheim 1967 und 1992, Etzioni 1969, Hesse 1972, Witz 1992, Wetterer (Hg.) 1992, Bals 1995a, Oevermann 1997)

<sup>4</sup> Vgl. PONS Globalwörterbuch Klett, Englisch-Deutsch 1988: 875.

- die Umwandlung rein theoretischer Wissenschaften in angewandte Wissenschaften, also die Schaffung neuer, auf Wissenschaft basierender Berufe, die für sich von Anfang an den Anspruch erheben, *profession* zu sein (Hesse 1972: 34f).

Das heißt, *professionalization* bezeichnet zum einen die Veränderung der Berufsstruktur in der Gesellschaft, zum anderen die Konstruktion bzw. Umwandlung einzelner Berufe. Dieser Begriff ist also dehnbar, gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass *professionalization* in der ursprünglichen Bedeutung des Wortes immer mit *profession* verknüpft war.

In aktuellen Definitionen des Begriffs *Professionalisierung* kommt das Wort *Profession* zwar oft nicht mehr vor, gleichwohl spielen die oben im Exkurs aufgezählten Merkmale von Professionen weiterhin eine wichtige Rolle. Zwei Beispiele mögen dies veranschaulichen; im Brockhaus findet sich unter dem Schlagwort Professionalisierung folgende Umschreibung:

„Professionalisierung: Prozess der Verberuflichung handwerklicher und/oder geistiger Tätigkeiten (auch Verwissenschaftlichung). Verbunden mit der Professionalisierung ist die Systematisierung beruflich relevanten Fachwissens, dessen Erwerb prüfungsrelevant ist und damit eine Zugangskontrolle zur Ausübung entsprechender Tätigkeiten gewährleistet. Die Herausbildung von berufsspezifischen Wert- und Verhaltensstandards (Berufsethik) und die verbandsmäßige Organisation sind weitere Indikatoren von Professionalisierung, die neu entstehenden oder bereits vorhandenen Berufen zu gesellschaftlicher Anerkennung verhelfen.“ (Brockhaus-Enzyklopädie 1992, Band 17: 520)

Im „Lexikon zur Soziologie“ ist unter Professionalisierung nachzulesen:

„Professionalisierung: Spezialisierung und Verwissenschaftlichung von Berufspositionen aufgrund gesteigener Anforderungen an das für die Berufsausübung erforderliche Fachwissen, verbunden mit einer Höherqualifizierung der Berufsausbildung, der Einrichtung formaler Studiengänge, einer Kontrolle der Berufsqualifikation und des Berufszuganges durch Fachprüfungen, der Organisation der Berufsangehörigen in besonderen Berufsverbänden, der Kodifizierung berufsethischer Normen, der Zunahme universeller Leistungsorientierung und beruflicher Autonomie sowie einer Steigerung von Berufsprestige und -einkommen.“ (Lexikon zur Soziologie 1994: 521)

Abgesehen von der sprachlichen Herleitung der Begriffe Profession, Professionalisierung und professionell einerseits und lexikalischen Definitionsversuchen andererseits ist bei einer Annäherung an die Thematik *Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe* zwischen drei verschiedenen Ebenen der aktuellen Verwendung dieser Begriffe zu unterscheiden: zwischen dem Alltagssprachlichen Verständnis von professionellem Handeln, dem berufspolitischen Ziel der Professionalisierung und dem theoretischen berufssoziologischen Diskurs um Professionalisierung und die Merkmale und Entwicklungen von Professionen.

In der Alltagssprache ist mit dem Begriff professionell meist die fachgerechte Ausführung einer beruflichen Handlung gemeint (z.B. professionell ausgeführte Malerarbeiten oder professionell durchgeführte Pflege), völlig unabhängig davon, ob es sich bei den LeistungserbringerInnen um Professionsangehörige im soziologischen Sinne handelt oder nicht. Darüber hinaus wird der Begriff aber auch unabhängig von der Qualität einer Leistung einfach zur Unterscheidung von beruflichem und Laien-Handeln verwendet (z.B. Profi-Handwerker vs. Heimwerker, Profi- vs. Amateursportler, professionelle vs. Laienpflege usw.).

Berufsgruppen, die nach höherer Qualifikation, aber auch nach mehr gesellschaftlicher Anerkennung und besserer Bezahlung streben, dient das Schlagwort Professionalisierung oft als Sammelbegriff für ihre Ziele. Mal geht es um Verwissenschaftlichung, mal um ein anderes Erscheinungsbild des Berufs in der Gesellschaft, mal um das Theorie-Praxis-Verhältnis in der Ausbildung - das Wort Professionalisierung wird in den aktuellen berufs- oder bildungspolitischen Debatten häufig und mit den unterschiedlichsten Bedeutungen verwendet. Die Begriffe Professionalisierung und Profession sind zudem je nach Interessenlage mit sehr unterschiedlichen Wertungen belegt: Was den einen bereits erreichter Status oder auch ersehntes Ziel ist, ist für die anderen Symbol für Standesdünkel, Machtmissbrauch und Geschlechterhierarchie. In jedem Fall ist die berufspolitische Professionalisierungsdebatte eine Schnittstelle zwischen dem Alltagsverständnis dessen, was einen „Profi“ ausmacht, und dem sozialwissenschaftlichen Diskurs. Und gerade weil sich hier die verschiedenen Ebenen mi-

schen und die unterschiedlichsten Interessen divergieren, ist Professionalisierung ein solch' schillernder oder auch strapazierter Begriff geworden, dem von den betreffenden Berufsangehörigen sehr unterschiedliche Bedeutungen beigemessen werden.

Die theoretisch-soziologische Professionalisierungsdebatte wird zwar jenseits von Berufsleben und Alltagswelt geführt, steht jedoch in einer Wechselbeziehung zu berufspolitischen Vorgängen. Unterschiedliche Autoren und Autorinnen versuchen seit Beginn der Professionalisierungsdebatte Anfang des 20. Jahrhunderts die Entwicklung bestimmter Berufe und ihre gesellschaftliche Funktion zu systematisieren und allgemeingültige Aussagen über diese Vorgänge zu treffen. Die Spezifika von Professionen werden von den einen definiert und von den anderen in Frage gestellt; die Rolle, die die Professionsangehörigen innerhalb einer Gesellschaft innehaben, wird von den einen beschrieben und von den anderen kritisiert: die soziologische Debatte ist seit ihrem Entstehen ständig in Bewegung. Ihr Bezug zur beruflichen Praxis ist zwar immer ein vermittelter, das Ausmaß der Distanz zu den betrachteten Berufen ist jedoch sehr unterschiedlich. So gibt es anwendungsbezogene Studien, die sich direkt mit den Professionalisierungsbestrebungen einzelner Berufe auseinandersetzen<sup>5</sup>, theoretische Beiträge, die das Funktionieren von arbeitsteiligen Gesellschaften grundsätzlich beleuchten<sup>6</sup> und wieder andere, die sich vorrangig für den Machtaspekt oder das Geschlechterverhältnis interessieren.<sup>7</sup>

## 6.2 Die Vorläufer der bundesdeutschen Professionalisierungsdiskussion - Ausgewählte Beiträge aus der angloamerikanischen Berufssoziologie

Die berufssoziologische Professionalisierungsdebatte begann in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts in England und den USA; Hesse hat sie in seinem zuerst 1968 erschienenen Buch „Berufe im Wandel“ (1972) detailliert aufgearbeitet und damit für deutschsprachige LeserInnen leicht zugänglich gemacht. Im Sammelband „Berufssoziologie“ von Luckmann und Sprondel (1972) finden sich weitere aus dem Englischen übersetzte Grundlagentexte,<sup>8</sup> andere zentrale Texte wie die von Carr-Saunders und Wilson oder Etzioni<sup>9</sup> liegen bis heute nur im Original vor.

### 6.2.1 Systemtheoretische Ansätze

Die Engländer Carr-Saunders und Wilson begrenzen in ihrem Grundlagenwerk „The Professions“ (1933) die Professionen noch nicht auf die akademischen Berufe mit Gemeinwohlorientierung, sondern suchen überhaupt erst einmal nach Kategorien, die Berufe, die weder dem produzierenden Gewerbe noch der Landwirtschaft angehören, zu ordnen. So stehen hier neben Juristen und Ärzten auch Gesundheitsberufe wie Krankenschwestern, Hebammen, Masseure und Apotheker, aber auch Naturwissenschaftler, Ingenieure, Architekten, Makler, Journalisten, Lehrer und Künstler auf der Liste der *professions*. Carr-Saunders und

<sup>5</sup> Beispiele für den Hebammenberuf: Langener 1985, Cassebaum 1985, Pettingil 1990, Neuscheler 1991, Symonds/Hunt 1996, Kirkham 1996, Kethler 1998; für die Pflege: Abbott/Wallace 1990, Schaeffer 1994, Weidner 1995a, Haug 1995, Raven 1995, Laga 1997, Weber/Fehr/Laga 1997, Albert 1998; für die Ergo- und PhysiotherapeutInnen: Schewior-Popp 1994, Kostrzewa 2001; für den Lehrerberuf: Liebermann 1958, Oevermann 1997; für die Sozialarbeit/-pädagogik: Engelke 1996, Pfaffenberger 1996, Mühlum et al. 1997.

<sup>6</sup> z.B.: Goode 1957, Daheim 1967, 1992, Hartmann 1972, Stichweh 1992, 1997, Oevermann 1997.

<sup>7</sup> z.B.: Hesse 1972, Illich 1979, Teubner 1992, Wetterer 1992, 1993, 1995a+b, Witz 1992, Rabe-Kleberg 1997, Beaufaÿs 1997, Kuhlmann 1999.

<sup>8</sup> unter anderem: William J. Goode (1957): *Community within the Community - The Professions*; Rue Bucher/Amselm Strauss (1961): *Professions in Process*; Dietrich Rüschemeyer (1964): *Doctors and Lawyers - A Comment on the Theory of the Professions*; Harold L. Wilensky (1964): *The Professionalization of Everyone?*

<sup>9</sup> Carr-Saunders and Wilson (1933): *The Professions*; Etzioni (1969): *The Semi-Professions and their Organization*.

Wilson schreiben selbst im Abschnitt „The Limits of the Survey“ (284ff), dass sie sowohl Berufe in ihre Liste aufgenommen hätten, die bereits gesellschaftlich anerkannte *professions* seien, als auch solche, die diese Bezeichnung anstreben sowie solche, die nach Einschätzung der Autoren bestimmte Charakteristika von *professions* aufweisen. Im Zentrum sehen die Autoren die Juristen und Ärzte, die ihrer Ansicht nach dem Idealtypus der *profession* am ehesten entsprechen. Sie beschreiben diesen Typus folgendermaßen:

„Die Berufsangehörigen haben durch ihre langandauernde und spezialisierte, intellektuelle Ausbildung Fertigkeiten erworben, die sie befähigen, der Gesellschaft bestimmte Dienste zu erweisen. Diesen Dienst an der Allgemeinheit leisten sie gegen eine festgelegte Bezahlung, in Form von Honoraren oder Gehalt. Sie entwickeln ein Verantwortungsgefühl in Bezug auf ihr Können, was sich in ihrer Sorge um die Kompetenz und Ehrenhaftigkeit des gesamten Berufsstandes ausdrückt - eine Sorge, die manchmal mit dem Staat geteilt wird. Sie bilden Verbände, mittels derer sie, mit oder ohne Kooperation des Staates, einen Apparat aufbauen, der es ihnen erlaubt, Fähigkeitsüberprüfungen zu verlangen und die Überwachung bestimmter Standards in der Berufsausübung durchzusetzen. Materielle Überlegungen bzgl. Einkommen und Status werden zwar nicht vernachlässigt, das entscheidende und alles überlagernde Charakteristikum besteht jedoch darin, über diese speziellen beruflichen Fertigkeiten zu verfügen. Diese spezialisierten, intellektuellen Fertigkeiten, erlangt auf dem Wege langandauernder Ausbildung, bilden den Ursprung des Professionalismus und begründen seinen besonderen Charakter. Wenn wir hier von den typischen Professionen sprechen, ist dieser Begriff wertfrei gemeint. Das Interesse, sich dieses Berufswissen anzueignen, kann nämlich auch fehlgeleitet sein und die Verantwortung gegenüber den Klienten von einer falschen Voraussetzung ausgehen; zur Erforschung solcher Aktivitäten bedarf es noch eingehender Analysen.“ (Carr-Saunders/Wilson 1933: 284f; eigene Übersetzung)

Es wird deutlich, dass Carr-Saunders und Wilson der Ansicht sind, dass die *professionals* zwei wesentliche Merkmale aufweisen: sie beherrschen bestimmte, spezifische Fertigkeiten, und ihre Arbeit (die Dienstleistung, die sie anbieten) beruht auf wissenschaftlich fundiertem Grundlagenwissen. Sie arbeiten jedoch nicht nur auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse, sondern sie eignen sich die zugrunde liegende Wissenschaft selbst an, so dass sie - was wesentlich ist - über die Art einer bestimmten Problemlösung selbst entscheiden können. Hierin unterscheiden sie sich deutlich von den hierarchisch nachrangigen Berufen, die zwar auch Dienste anbieten und dafür fundiertes Wissen benötigen, jedoch über keine eigene Wissenschaft, keinen eigenen originären Wissensfundus verfügen.

„Diese beruflichen Fertigkeiten der Professionellen können wissenschaftlicher oder institutioneller Natur sein; erstere gründen sich auf Wissen, das durch ein naturwissenschaftliches Studium erworben wurde, letztere, z.B. die Juristerei, beruhen auf dem Studium der menschlichen Institutionen. (...) Wenn wir fragen, was die Charakteristika der Fertigkeiten der typischen Professionen sind, dann könnten wir vielleicht sagen, dass sie auf Grundlagenwissen aufbauen. In der akademischen Welt sind solche Grundlagen universell anerkannt, zumindest bei den (Natur-) Wissenschaften. Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte studieren nicht bloß die Methoden, die aus biologischen Erkenntnissen abgeleitet sind, sondern sie studieren die Biologie selbst oder zumindest bestimmte Teilbereiche. Zahnärzte beispielsweise lernen nicht nur Füllungen oder falsche Zähne zu machen, sondern sie studieren Biologie im Allgemeinen und die Struktur, Physiologie und Pathologie von Zähnen im Speziellen. Krankenschwestern und Hebammen dagegen kümmern sich nur um die Anwendung von Wissen. Diese Unterscheidung tritt jedoch selbst bei dem naturwissenschaftlich begründeten professionellen Berufswissen nicht besonders scharf hervor und ist bei dem institutionellen noch weniger klar.“ (Carr-Saunders/Wilson 1933: 285; eigene Übersetzung)

Die Diskussion um das Wissen der Professionellen zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte Professionalisierungsdebatte und wird auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit, in der es darum geht, welche Ausbildung und welches Wissen Hebammen brauchen, noch ausführlich thematisiert werden. Carr-Saunders und Wilson beziehen hier die klassische Position, die Hebammen und Pflegenden kein originäres Wissen zugesteht; Etzioni (1969) wird diese Berufe 36 Jahre später mit dem Etikett *Semiprofessionen* belegen. Der Streit um das traditionelle Wissen von Krankenschwestern und Hebammen wird dadurch kompliziert, dass es über Jahrhunderte hinweg nicht verschriftlicht wurde und mit universitärer Wissenschaft und Forschung nichts zu tun hatte. Obwohl in vergangenen Zeiten der glückliche Ausgang einer schwierigen Geburt nahezu ausschließlich von der Kunstfertigkeit der Hebamme ab-



hing und die heilkundige Pflege von Schwerkranken gleichzeitig auch Therapie war, ist es der Ärzteschaft im Lauf der Geschichte gelungen, ihr Wissen als das einzig relevante darzustellen.<sup>10</sup>

Dieser für die Gesundheitsfachberufe hochaktuelle Konflikt beschäftigte die Professionalisierungstheoretiker der ersten Stunde wenig. Sie versuchten, die spezifischen Merkmale der Professionen einzukreisen und sie widerspruchsfrei von anderen Berufsgruppen abzugrenzen. Einen Überblick über die Merkmalsbeschreibungen von Professionen einer Reihe englischer und amerikanischer Autoren aus den Jahren 1914 bis 1964 gibt Hesse (1972: 46ff)<sup>11</sup>. Dabei wird deutlich, dass den meisten der 20 von Hesse zusammengestellten Autoren der Wissensaspekt (die theoretisch fundierte Ausbildung) als zentral erschien und ca. die Hälfte die ethische Selbstverpflichtung, die berufsverbandliche Organisation und die Gemeinwohlorientierung als wesentlich ansahen. Gerade so umstrittene Merkmale wie die Ablehnung der Laienkontrolle (Forderung nach blindem Vertrauen) oder die Monopolstellung (scharfe Abgrenzung von den Arbeitsbereichen anderer Berufe) wurden dagegen nur von sehr wenigen als wesentliches Charakteristikum von Professionen angesehen. Dies ist deshalb so bemerkenswert, weil Autonomie und Tätigkeitsmonopol sowohl von anderen Autoren als auch von den selben Autoren in anderen Schriften<sup>12</sup> bis heute als unverzichtbare Kennzeichen von Professionen bezeichnet werden.

Laut Hesse waren die Anfänge der angelsächsischen Professionalisierungs-Soziologie sehr stark von einem sozialreformerischen Impuls bestimmt. Autoren wie Brandeis (1914, USA), Webb (1902, England) und Laski (1949, USA) verbanden mit Konzepten wie *professionalization of business* oder *professionalization of labor* die Hoffnung, mit einer Professionalisierung vieler oder sogar aller Bereiche der Arbeitswelt könnten die bestehenden sozialen Probleme Stück für Stück gelöst und Klassen-Gegensätze überwunden werden (Hesse 1972: 51f, 128)<sup>13</sup>. Das heißt, diese Autoren erforschten die Besonderheiten einer bestimmten Gruppe

<sup>10</sup> Zur Geschichte des Hebammenwesens und zum Verhältnis von ärztlichem und Hebammenwissen existieren mittlerweile etliche Publikationen. Wissenschaftliche Quellenforschung (Flügge 1998, Frevert 1982, Hakemeyer/Keding 1986, Kruse 1996, Labouvie 2001, Loytved 1997 a+b, 2000, 2001a, Loytved/Wahrig-Schmidt 1998, Metz-Becker 1999, Murken 1993, Pulz 1994, 2001, Schlumbohm 1998, Schmitz 1994, Stenzel 2001) steht hier neben eher populär-wissenschaftlichen Publikationen (Ehrenreich/English 1979, Grabrucker 1989, Gubalke 1985, Scherzer 1988, Spitzer 1999), in denen es vor allem – und manchmal in holzschnitthafter Weise – um die Unterdrückung des Berufsstandes der Hebammen durch die Ärzteschaft geht. Was jedoch in allen diesen Publikationen – wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung – thematisiert wird, ist die Tatsache, dass Hebammen (und für Pflegende gilt dies analog) nicht etwa *kein* Wissen hatten, sondern dass ihr Wissen von der aufkommenden akademischen Medizin auf einen hierarchisch untergeordneten Platz verwiesen oder sogar als schädliches/falsches Wissen denunziert wurde.

<sup>11</sup> Es handelt sich hierbei um folgende Autoren (Aufzählung in chronologischer Reihenfolge): L.D. Brandeis (1914), A. Flexner (1915), A.M. Carr-Saunders und P.A. Wilson (1933), A. Crew (1942), H. Howitt (1950), R. Lewis und A. Maude (1952), M.L. Cogan (1953), N.F. Foote (1953), H.R. Bowen (1955), M. Liebermann (1956), H.L. Wilensky und C.N. Lebeaux (1958), E. Gross (1958), B. Chapman (1959), B. Kaye (1960), W.J. Goode, M.J. Huntington und R.K. Merton (1961), H.M. Vollmer und D.L. Mills (1962), T.P. Imse (1962), T.H. Marshall (1963), B. Barber (1963), G. Millerson (1964).

Auf eine Aufnahme dieser 20 Publikationen in das Literaturverzeichnis der vorliegenden Arbeit wurde bewusst verzichtet, weil ich mich an dieser Stelle ausschließlich auf Hesses tabellarischen Überblick beziehe und nicht auf die Originalquellen.

<sup>12</sup> z.B. Goode 1957, Liebermann 1958, Daheim 1967, Etzioni 1969, Hesse 1972, Bals 1995a, Oevermann 1997.

<sup>13</sup> So schreibt Brandeis: „As the profession of business develops, the great industrial and social problems expressed in the present social unrest will one by one find solution.“ (Brandeis 1914: 12, zitiert nach Barber 1963: 125)

Und S. und B. Webb sehen die Gewerkschaften zunehmend als Motor für die Professionalisierung der Arbeitswelt: „The trade unions of workers (...) will more and more assume the character of professional associations. (...) The trade union will find itself (...) more and more concerned with raising the standard of competency in it's occupation, improving the professional equipment of it's

von Berufen, die sich durch eine fundierte Ausbildung, ein hohes Maß an Selbstbestimmung und einen gehobenen gesellschaftlichen Status von anderen Berufen unterschieden und stellten Überlegungen dazu an, wie möglichst viele Menschen in den Genuss solch' angenehmer beruflicher und gesellschaftlicher Positionen kommen könnten. Laski führte in seinem Buch „The American Democracy“ das besondere Interesse der amerikanischen Soziologie an den *professions* auf die tiefverwurzelte Idee sozialer Gleichheit in den USA zurück (Laski 1949: 564). Hinter der amerikanischen Professionssoziologie stand offensichtlich auch die Idee, mit der ständischen Tradition des Mutterlandes England zu brechen, nach der bestimmte Berufe nur für Angehörige der Oberschicht, also für *geborene Gentlemen* in Frage kamen, denn dort wurde die Berufswahl bis ins 19. Jahrhundert hinein allein durch die soziale Herkunft entschieden (Hesse 1972: 128)<sup>14</sup>. Im Einwandererland Amerika dagegen herrschte eher Pioniergeist und die Vorstellung der Durchlässigkeit von sozialen Schichten. In Bezug auf einen eventuell vorhandenen Gegensatz zwischen dem Eigeninteresse von Professionsangehörigen und dem Allgemeinwohl merkt Hesse kritisch an, dass sich die frühe Professionssoziologie in den USA mit dieser Problematik - bis auf wenige Ausnahmen<sup>15</sup> - gar nicht oder nur sehr oberflächlich beschäftigt habe (Hesse 1972: 53).

Im Folgenden sollen mehrere Autoren ausführlicher zu Wort kommen, die beispielhaft für die amerikanische Professionalisierungsdebatte der 50er und 60er Jahre stehen. Ihre Positionen eingehender darzustellen ist sinnvoll, weil sie – trotz der unterschiedlichen gesellschaftlichen Verhältnisse hier und dort - historische Vorläufer der bundesdeutschen Debatte sind und sogar in jüngster Zeit durch die Professionalisierungstheorie von Oevermann (siehe Abschnitt 6.6) wieder an Aktualität gewonnen haben.

Die Autoren, auf die ich mich hier beziehe, gehen fast alle von einem bestimmten Typus der Profession aus, der durch ein hochspezialisiertes Wissen gekennzeichnet ist, das von Laien nicht durchschaut und somit auch nicht beurteilt werden kann, auf das diese Laien aber angewiesen sind. Ein solcher Umstand erzeugt Spannung, die nach gesellschaftlicher Regelung verlangt. So wird den Professionen zwar von der Gesellschaft ein hohes Maß an Autonomie zugestanden, dafür werden aber auch hervorragende Leistungen und die berufsethische Selbstverpflichtung des gesamten Berufsstandes und jedes einzelnen Mitglieds erwartet. Werden diese Erwartungen erfüllt, belohnt die Gesellschaft ihre Professionellen mit hohem Prestige und Einkommen.

Goode setzt sich 1957 in seinem Aufsatz „Community within the Community: The Professions“<sup>16</sup> damit auseinander, worin die Autonomie der Professionen begründet liegt und warum die Gesellschaft ihnen diese Autonomie zugesteht. Er sieht die Gesellschaft dazu gezwungen, sich den Professionellen anzuvertrauen, und interpretiert diese Zwangslage auch als prinzipielle Möglichkeit einer weitgehenden Ausbeutung der Klienten durch die professionellen Berufspraktiker (Goode 1972: 159f). Allerdings hält er dieser Gefahr die These entgegen, dass auch umgekehrt die Professionellen von der Gesellschaft abhängig seien: kämen sie nämlich dem hohen Leistungs- und ethischen Anspruch nicht nach, würden ihnen ihre Privilegien abhanden kommen, und „nichtautorisierte“ Praktiker würden an Einfluss gewinnen

---

members, 'education their masters' at the best way of carrying on the craft and endeavoring by every means to increase it's status in public estimation." (Webb 1902: 826)

<sup>14</sup> So gehen laut Hesse die in Bezug auf Ausbildung, Berufszulassung und Durchsetzung berufsständischer Interessen sehr einflussreichen englischen Berufsverbände für die Juristen und für die Mediziner direkt auf die Ende des 14. bzw. Anfang des 15. Jahrhunderts gegründeten Organisationen „Inns of Courts“ und „Royal College of Physicians of London“ zurück. In Deutschland dagegen habe es eine berufsverbandliche Autonomie solchen Ausmaßes wie in England nie gegeben (Hesse 1972: 127f, 172).

<sup>15</sup> Laski beispielsweise beschäftigt sich in seinem Abschnitt über die ‚medical profession‘ unter anderem mit der Tatsache, dass der Zugang zur ärztlichen Versorgung sehr ungleich verteilt sei: zwischen Arm und Reich, zwischen städtischen und ländlichen Regionen sowie zwischen der weißen und der farbigen Bevölkerung, und dass die Ärzte sich dort konzentrierten, wo es mehr Geld zu verdienen gäbe (Laski 1949: 591-609).

<sup>16</sup> Deutsche Übersetzung in: Luckmann/Sprondel, 1972, 157-167.

(162). Folgerichtig liege Qualität im ureigensten Interesse der Professionen selbst. Wegen des angeblich vollständigen Unvermögens der Laien-Gesellschaft, die Angebote und Leistungen der Ärzte und anderer professioneller Berufsgruppen zu beurteilen, übernahmen die Professionen die Kontrolle über den Wissenskörper, die berufliche Sozialisation ihrer Mitglieder und die Normen für eine gute berufliche Praxis (158f). Laienkontrolle werde im Gegenzug von den Professionen kategorisch abgelehnt, was einerseits mit der Inkompetenz der Laien begründet werde, andererseits aber auch die Professionsangehörigen vor Kritik schütze (162). Goode sieht in dieser Abschottung und dem Anspruch auf ausschließlich interne Kontrolle kein gesellschaftliches Problem, etwa im Hinblick auf die Machtposition der Professionellen, sondern er ist der Ansicht, dass zwischen Gesellschaft und Professionen strukturierte Beziehungen vorliegen, die sich im Gleichgewicht befänden: Die Professionen könnten sich ihre Privilegien nicht einfach herausnehmen, sondern diese würden ihnen von der Gesellschaft als Belohnung dafür gewährt, dass sie der Gemeinschaft ihre hochwertige Arbeitsleistung zur Verfügung stellen (159). Sollte ihre Leistung in gravierender Weise nachlassen, drohten der Profession durchaus unangenehme Konsequenzen: Die Gesellschaft könnte einer Profession über ihre staatlichen Kontrollinstanzen (Gesetze, Rechtsprechung) ihren Wirkungsbereich und damit auch Einfluss und Privilegien schmälern; auf der individuellen Ebene könnten die einzelnen Klienten wählen, wessen Dienste sie in Anspruch nehmen wollten und damit über die wirtschaftliche Existenz und den Ruf einzelner Professionsangehöriger mitentscheiden. Schließlich hätten die sog. nichtautorisierten Praktiker sowie andere (benachbarte) Berufsgruppen immer genau dann Aussicht auf eine erfolgreiche Implementierung ihres Dienstleistungsangebots, wenn die etablierte Profession den Problemlösungsbedarf der Klientinnen und Klienten nicht deckt (161f). Die Argumentation, dass andere AnbieterInnen dort am erfolgreichsten sind, wo sich Lücken im alten System auftun, findet sich aktuell auch bei PflegewissenschaftlerInnen wieder, wenn sie den derzeitigen Professionalisierungsschub der Pflege unter anderem durch Deprofessionalisierungstendenzen des Arztberufes begünstigt sehen: Pflege könne gegenwärtig gerade dort mit kompetenten Hilfeangeboten und eigenen Forschungsansätzen Fuß fassen, wo die kurative und naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin an ihre Grenzen stoße und einen erheblichen Teil des Hilfebedarfs von chronisch oder unheilbar kranken, behinderten und sehr alten Menschen brach liegen lasse (Schaeffer 1994: 109ff, Weidner 1995a: 41f).

Goodes Modell der Rolle und der Aufgaben der Professionen in der Gesellschaft gilt als Klassiker unter den Professionstheorien (Daheim 1992: 22f); es ist in sich schlüssig und liefert eine scheinbar völlig logische Begründung für den Autonomie-Anspruch der Professionen gegenüber der Laien-Gesellschaft. Aus heutiger Sicht muss man Goode freilich entgegenhalten, dass er die Geringschätzung der Professionsangehörigen (v.a. der Ärzte) in Bezug auf ihre Laien-Klientel sehr unkritisch übernommen hat, statt zu hinterfragen, ob die Abschottung einer gemeinwohlorientierten Berufsgruppe vor jeglicher Einmischung von außen nicht auch viel mit Machterhalt zu tun hat. Illich als radikalster Kritiker des professionellen Expertentums sieht 20 Jahre nach Goode die machterhaltende Komponente und damit die Entmündigung der Laien sogar als *das* wesentliche Charakteristikum von spezialisierter Dienstleistung an (Illich 1979). Auch Bucher und Strauss kritisieren in ihrem Aufsatz „Professions in Process“ (1961)<sup>17</sup> die sog. funktionalistische Sichtweise von Goode und anderen zeitgenössischen Professionalisierungstheoretikern. Mit funktionalistisch bezeichnen sie eine Sichtweise, die das Verhältnis zwischen Professionen und Gesellschaft auf bestimmte Funktionen beschränkt und diese zudem als statisch beschreibt. Bucher und Strauss dagegen bevorzugen eine gesellschaftliche Analyse der Professionen, die sich „stärker auf Interessenkonflikte und Wandlungsprozesse konzentriert“ (Bucher/Strauss 1972: 182) und gerade die „Vielzahl von Identitäten, Werten und Interessen“ (183) innerhalb der Professionen zum Thema macht, ebenso wie die Beziehung zu anderen Berufsgruppen (197). Die von ihnen angeführten Beispiele für divergierende Interessen bewegen sich dann allerdings sämtlich *innerhalb* der ärztlichen Profession und beschäftigen sich *nicht* mit deren Verhältnis zu anderen Berufen. Die Autoren versuchen zu belegen, dass sogar innerhalb einer Berufsgruppe

<sup>17</sup> Deutsche Übersetzung in: Luckmann/Sprondel, 1972, 182-197.

bzw. Profession nicht die Homogenität herrscht, die von manchen ihrer Soziologenkollegen konstatiert wird. Ausgehend von einer Analyse von Fachzeitschriften sowie von Interviews mit Ärzten und anderem klinischem Personal (197) vergleichen Bucher und Strauss Professionen mit sozialen Bewegungen und schlagen vor, in Zukunft die soziologische Analyse von Professionen analog zur Analyse sozialer Bewegungen anzugehen und dabei „Probleme wie die Bedingungen für das Entstehen einer Bewegung, Rekrutierung, Führung, Entwicklung des organisatorischen Apparats, Ideologien und Taktiken“ (193) ins Auge zu fassen.

Sowohl bei Goode als auch bei Bucher und Strauss fällt auf, dass bei ihrer Auseinandersetzung mit dem Idealtypus der Professionen offenbar der ärztliche Berufsstand, und zwar in seiner konkret vorzufindenden gesellschaftlichen Ausprägung, Pate gestanden hat. Denn bereits das Leitmerkmal, das hochspezialisierte Wissen, auf das die Laien - nicht selten existentiell - angewiesen sind, von dem sie sich Hilfe erhoffen, das sich jedoch ihrem Beurteilungsvermögen entzieht, gilt für andere Professionen nur eingeschränkt. Rüschemeyer hat diese mangelnde Differenzierung zwischen den verschiedenen als Professionen geltenden Berufen bereits 1964 in seinem Aufsatz „Doctors and Lawyers: A Comment on the Theory of the Professions“<sup>18</sup> thematisiert. Er zählt mehrere wesentliche Elemente auf, die seiner Einschätzung nach grundlegende Unterschiede der beiden genannten Professionen sind: Die Kompetenz des Arztes beruhe auf systematischer, wissenschaftlicher Theorie, letztlich auf der Erforschung der Naturgesetze, die des Anwalts auf gesellschaftlicher Übereinkunft, einem von Menschen geschaffenem Normengerüst. Die Abschottung gegenüber ihren Klienten sei eigentlich nur wesentliches Charakteristikum der ärztlichen Profession, die Anwälte hingegen würden ihre Klienten nicht entmündigen, sondern ihnen vielmehr ihre juristischen Kenntnisse zur Verfügung stellen. Umgekehrt sähen auch die Klienten der Anwälte diese eher als Dienstleister, die sie ggf. sogar unter Druck setzen könnten, während Patienten ihrem Arzt eher als abhängig Hilfesuchende begegneten (Rüschemeyer 1972: 170, 173).<sup>19</sup>

Außerdem kritisiert Rüschemeyer, ohne dabei direkt auf Goode Bezug zu nehmen, dass viele Autoren die Argumentationslinien der etablierten Professionen völlig unkritisch übernehmen. Er stellt fest, dass unhinterfragt ein viel zu hoher Grad an gesellschaftlichem sowie innerprofessionellem Wertkonsens angenommen würde (Rüschemeyer 1972: 177), wenn z.B. konstatiert werde, „die Gesellschaft“ würde „den Professionen“ weitreichende Autonomie und bestimmte Privilegien zugestehen. Rüschemeyer ist vielmehr der Ansicht, dass vieles, was man für spezifische Eigenschaften der Professionen gehalten habe (Abschottung von weniger gebildeten Menschen, beruflicher Habitus usw.), auch direkt mit der Schichtzugehörigkeit der Professionsangehörigen selbst zu tun hätte (178). Er vertritt deshalb die Position, „dass es sich für die Analyse aller Professionen, einschließlich der Medizin, nur vorteilhaft auswirken würde, wenn wir unsere Aufmerksamkeit explizit auf die unterschiedlichen, möglicherweise gar konfligierenden Wertorientierungen konzentrieren würden“ (177).

### 6.2.2 Die Anwendung der Merkmalskataloge

Neben dem sozialreformerischen Impuls der ersten Stunde und dem gerade dargestellten soziologisch-theoretischen Diskurs bestimmten von Anfang an auch verbands- bzw. berufspolitische Interessen die Diskussion um Professionen und Professionalisierung. Das heißt, Berufsgruppen nutzten die in die soziologische Debatte eingebrachten Merkmalskataloge, um ihren Platz auf der Professionalisierungsskala zu bestimmen bzw. Strategien zu entwerfen, eine höhere Stufe zu erreichen, und sie gaben nicht selten selbst entsprechende For-

<sup>18</sup> Deutsche Übersetzung in: Luckmann/Sprondel, 1972, 168-181.

<sup>19</sup> Die verallgemeinernde Übertragung von Merkmalen der ärztlichen Profession auf alle Professionen ist in der Professionalisierungsliteratur häufig anzutreffen. Obwohl ich Rüschemeyer zustimme, dass dies ausgesprochen problematisch ist, werde ich im Rahmen der vorliegenden Arbeit den Unterschieden zwischen Arztberuf und anderen Professionen nicht weiter nachgehen, da mein Erkenntnisinteresse der Professionalisierungsdebatte der Gesundheitsfachberufe gilt. Wenn es hierbei um die Auseinandersetzung mit dem Idealtypus der Profession geht, geht es allerdings auch immer nur um die ärztliche Profession. Dies hängt mit dem gemeinsamen Arbeitsbereich und der Vormachtstellung des ärztlichen Berufsstandes im Gesundheitswesen zusammen.

schungsvorhaben in Auftrag oder erbatene gutachterlichen Rat. Hesse verweist in diesem Zusammenhang auch auf die Gefahren, die soziologischer Forschung drohen, wenn sie stark von partikularen Interessen getragen wird, wenn Wissenschaftler also unmittelbar an Professionalisierungsbemühungen einzelner Berufe beteiligt sind (Hesse 1972: 52, 59).<sup>20</sup>

Ich will am Beispiel von Liebermann, den Hesse ausführlich rezipiert hat (Hesse 1972: 55-59), den Unterschied zwischen rein theoretischen Arbeiten, wie den bis hierher dargestellten von Carr-Saunders und Wilson, Goode, Rüschemeyer usw., und direkt anwendungsbezogenen Studien verdeutlichen. In Liebermanns Buch „Education as a Profession“ von 1956, das 1964 bereits in 6. Auflage erschien, werden ausführlich die Voraussetzungen beschrieben, die ein Beruf erfüllen muss, um dem Idealtypus einer Profession nahe zu kommen, und auch die einzelnen strategischen Schritte werden detailliert dargelegt. Liebermann geht es allerdings keineswegs – wie man nach der Lektüre von Hesses Rezeption vermuten könnte – ausschließlich um eine Professionalisierung des Lehrerberufs als Selbstzweck. Liebermann ist vielmehr der Ansicht, dass die Hebung des Bildungsniveaus der Bevölkerung wichtigster Garant für einen Fortbestand der demokratischen Gesellschaften sei und dass deshalb auch eine Anhebung der Lehrerbildung sowie des Status dieses Berufs dringend geboten sei (Liebermann 1958: 11). Die *hohen Anforderungen an den Lehrerberuf* machen also nach Liebermann *seine Professionalisierung notwendig*, eine Argumentation, die bis heute - und nicht nur in Bezug auf LehrerInnen - Gültigkeit besitzt. Die Strategieschritte, die Liebermann dann vorschlägt, sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass speziell der Volksschullehrerinnen-Beruf in den USA der 50er Jahre zum einen ein nicht-akademischer Beruf mit geringem Status war und zum anderen als reiner Frauenberuf eher die Funktion eines Übergangsjobs vor der Ehe hatte (Liebermann 1958: 20). Das heißt, Liebermann sah die seiner Ansicht nach sehr bedeutungsvolle schulische Erziehung der Kinder in Händen eines - gemessen am Anforderungsprofil - unterqualifizierten Berufstandes und erarbeitete aus diesem Grund eine detaillierte Strategie zu dessen Professionalisierung.

Unter Professionalisierung verstand Liebermann laut Hesse das Anstreben von *Professionsmerkmalen*, weshalb in seiner Abhandlung die Abgrenzung von anderen Berufen eine zentrale Rolle spielt.<sup>21</sup>

„Der Beruf muss auf die Ausübung einer spezifischen Funktion festgelegt werden. Das setzt eine Abgrenzung zu anderen Berufen voraus, die angesichts konkurrierender Interessen nicht immer leicht ist. Sie hat Erfolg, wenn der darauf hinwirkende Beruf Ansehen und Einfluss in der Öffentlichkeit genießt. Sie ist gefährdet, wenn berufsferne Instanzen in der Öffentlichkeit ein Mitspracherecht zugebilligt erhalten.“ (Hesse 1972: 56)<sup>22</sup>

<sup>20</sup> Wechselwirkungen zwischen wissenschaftlichem und berufspolitischem Interesse sind heute natürlich genauso aktuell wie zu Beginn der Professionalisierungsdebatte. So werden im universitären Kontext entstandene Studien von Berufsvertretern rezipiert und genutzt; andere Arbeiten entstehen von vornherein als Auftragsarbeiten, was jedoch keineswegs automatisch bedeuten muss, dass die ForscherInnen unkritisch zu ihren AuftraggeberInnen stehen; außerdem greifen WissenschaftlerInnen auch direkt in Professionalisierungsprozesse ein, wenn sie beispielsweise an der Durchsetzung neuer Qualifikationen auf der curricularen Ebene mitbeteiligt sind (z.B. Hesse et al. 1975, Bals 1990/1995a). Auch die vorliegende Untersuchung zur Hebammenausbildung steht naturgemäß im Spannungsfeld zwischen sozialwissenschaftlicher Forschung und berufspolitischer Nutzbarkeit.

<sup>21</sup> Leider zitiert Hesse Liebermann nur indirekt und ohne Seitenangaben, so dass die folgende Wiedergabe von Liebermanns umfangreichen Werk weitgehend auf Hesses Darstellung beruht.

<sup>22</sup> Würde man diesen ersten Strategie-Schritt direkt auf den Hebammenberuf übertragen, dann würde sofort ein zentrales Problem sichtbar, nämlich dass der Tätigkeitsbereich von Hebammen trotz ihrer gesetzlich festgeschriebenen vorbehaltenen Tätigkeiten nicht eindeutig abgegrenzt ist von anderen Berufsgruppen, sondern dass es vielfache Überschneidungen und Einmischungen gibt, und zwar von Seiten der Ärzteschaft, der Pflege, der PhysiotherapeutInnen und sogar von fortgebildeten Laien. Ich werde jedoch im abschließenden Kapitel zur Professionalisierung des Hebammenberufs zeigen, dass professionelles Handeln und auch ein professionelles Erscheinungsbild des Berufs unter bestimmten Bedingungen durchaus auch mit Überschneidungen von Tätigkeitsfeldern vereinbar ist; würde man jedoch die klassische Definition von Professionalisierung als einer Strate-

Nach Liebermann muss die professionalisierungswillige Berufsgruppe außerdem eine Spezial- bzw. Hochschulausbildung anstreben, über die die zukünftigen Berufsangehörigen an schwer zugängliches Wissen gelangen, was ihr den Experten-Status einträgt, der wiederum die Grundlage einer autonomen Berufsausübung darstellt. Der Zugang zum Beruf muss über Prüfungen geregelt sein, und Ziel eines Professionalisierungsprozesses muss es sein, dass auf die Dauer Entscheidungen über Prüfungen und Berufszulassung den Berufsangehörigen selbst übertragen werden. Die Ausbildung muss von den Berufsangehörigen selbst in die Hand genommen werden, was auch bedeutet, dass sie direkten Einfluss auf Curricula und Wissensvermittlung erlangen sollten. Außerdem kann die Ausbildung dazu genutzt werden, den Berufsanwärtern bestimmte berufspolitisch erwünschte Verhaltensweisen nahe zu bringen, dafür zu sorgen, dass sie schon während der Ausbildung ein Zusammengehörigkeitsgefühl mit dem gesamten Berufstand entwickeln und ethische Verhaltensregeln internalisieren (Hesse 1972: 56f). Als ein wesentliches Merkmal von Professionen bezeichnet es Liebermann, dass die Berufsangehörigen ihr Bild in der Öffentlichkeit selbst bestimmen, was wiederum eine gezielte Public-Relations-Arbeit und eine durchsetzungsfähige Berufsorganisation voraussetzt. Denn nur wenn die Professionellen selbst definieren, worin ihr Dienst an der Allgemeinheit besteht und auch, welche Qualität sie erbringen, können sie ihren autonomen Status auf Dauer aufrecht erhalten (58f). Bezogen auf den Lehrerberuf erscheint Liebermann der anzustrebende autonome Status deshalb zentral, weil er ihn als Bedingung dafür betrachtet, dass die Lehrer sich aus der Gängelung durch staatliche Behörden befreien und ihre gesellschaftlich verantwortungsvolle pädagogische Aufgabe mit professioneller Kompetenz übernehmen können (Liebermann 1958: 509). In Bezug auf die Gesundheitsfachberufe und insbesondere die Hebammen wird zu prüfen sein, inwieweit Autonomie noch heute Voraussetzung für professionelles Handeln darstellt und was Autonomie in Zeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit konkret heißen kann.

Wilensky geht in seinem 1964 veröffentlichten Aufsatz „The Professionalization of Everyone?“<sup>23</sup> mit Professionalisierungswünschen von Berufen hart ins Gericht, die nach dem Status der Professionen streben, *ohne* über ein vergleichbares Wissen zu verfügen (bzw. verfügen zu müssen) und die auch keine wirkliche Gemeinwohlorientierung vorweisen können, weil sie eher kommerziell ausgerichtet sind wie beispielsweise Werbefachleute oder Beerdigungsunternehmer. Berufe wie „z.B. Volksschullehrer, Bibliothekare, Krankenschwestern, Pharmazeuten und Optometriker“ bezeichnet er dagegen als Grenzfälle (Wilensky 1972: 199); auch Hebammen würden in seine Aufzählung von „Grenzfällen“ passen.

Für Wilensky sind Professionen Berufe, die *wissenschaftlich fundiertes Wissen* in eine *klientenbezogene Berufspraxis* umsetzen. Wissenschaft allein oder Dienstleistung allein machen dagegen noch keine Profession aus - auf die Verknüpfung komme es an. Er sieht im Ideal der kompetenten Dienstleistung der Professionellen das Pendant zum Ideal der gewissenhaften Wahrheitssuche bei Wissenschaftlern. Hoher Status und Einkommen sind für ihn Folge der Anerkennung, die die Gesellschaft den Professionellen für ihren Dienst an der Allgemeinheit zollt (Wilensky 1972: 198f). Auch bei Wilensky, wie auch schon bei Carr-Saunders und Wilson oder bei Goode, spielt also das Wissen, über das die Professionen verfügen, eine zentrale Rolle:

„Es scheint eine optimale Wissensbasis für professionelle Praxis zu geben - sie darf nicht zu vage, aber auch nicht zu präzise sein, nicht zu weit, aber auch nicht eng“ (Wilensky 1972: 209).

Neue Wissenschaftszweige, die von bereits bestehenden Berufen im Wunsch nach Professionalisierung vorangetrieben werden, würden oft auf die Schwierigkeit stoßen, dass das Wissen, auf das sie sich gründen wollen, zu unspezifisch („zu vage“) sei. Hier nennt er die Professionalisierungsbestrebungen der Sozialarbeiter und ihre Suche nach einer eigenen

---

gie, einen Beruf in eine vollständig abgegrenzte Profession umzuwandeln, zu Grunde legen, dann sähen die Ausgangsbedingungen für Hebammen, wie das Zitat zeigt, eher schlecht aus.

<sup>23</sup> Deutsche Übersetzung in: Luckmann/Sprondel, 1972, 198-215.

Wissenschaft als Beispiel.<sup>24</sup> Aber auch ein sehr enges und präzises Wissen bilde eine schlechte Grundlage für ein professionelles Monopol: Anwendungswissen, das zu klar benennbaren Fertigkeiten führt und das Menschen in relativ kurzer Ausbildungszeit erlernen können, sei nicht mit Professionswissen zu vergleichen (Wilensky 1972: 209).

Das Professionswissen sei sehr umfangreich und gründe sich ebenso auf niedergeschriebenes Wissen wie auf Erfahrung; ein Teil dessen, was gewusst werde, könne nicht einmal in Worten ausgedrückt werden, sei also quasi geheim, und darin liege der „Hauch des Mysteriösen“ begründet, der nach Wilensky alle etablierten Professionen umgibt.<sup>25</sup> Kritisch merkt er hierzu an, dass dieses unausgesprochene Wissen ein Grund für den zähen Konservatismus der etablierten Professionen sei, weil es so schwer zugänglich sei und sich direkter Kritik entziehe (Wilensky 1972: 209f).

„Kurzum: die optimale Wissensbasis für eine Profession besteht in einer Kombination intellektuellen und praktischen Wissens, dessen einer Teil explizit formuliert ist (als Klassifikationen und ‘Gesetze’, die man aus Büchern, Vorlesungen und Demonstrationen lernen kann), dessen anderer Teil aber eher implizit bleibt (und in gelenkter Praxis und langer Erfahrung ‘verstanden’ werden muss). Diese Verbindung theoretischer Aspekte des professionellen Wissens und unwägbarer Erfahrung erzwingen einerseits eine lange Ausbildung und überzeugen andererseits das Laienpublikum vom ‘Geheimnis des Handwerks’.“ (Wilensky 1972: 210)

Für die Professionalisierungsdebatte der Gesundheitsfachberufe ist diese Charakterisierung des professionellen Wissens als einer Kombination aus Buch- und Erfahrungswissen, umgeben von einem Hauch Intuition („Mysterium“) deshalb so interessant und hochaktuell, weil diese Beschreibung, die offensichtlich nicht zwingend ein Hochschulstudium voraussetzt, sondern zunächst einmal nur ein systematisiertes und theoretisch fundiertes Wissen, durchaus auch schon heute auf die Wissensbestände von Hebammen und anderer Gesundheitsfachberufen zutreffen könnte, auch wenn diese nicht zu den etablierten Professionen zählen. Andrew Abbott (1988) schlägt deshalb auch vor, die sozialwissenschaftliche Forschung über Professionen nicht immer wieder an den abstrakten, angeblich universellen Definitionen von Professionen festzumachen, sondern vielmehr *die Arbeit selbst zu analysieren*, die von Professionsangehörigen, aber eben auch von anderen Berufen geleistet wird (Rabe-Kleberg 1997: 289f).

Auch wenn man sich Abbotts für eine Analyse der Gesundheitsfachberufe sehr sinnvollen Vorschlag zu eigen macht, ist dennoch nicht zu übersehen, dass es bei der Diskussion um Professionen und Professionalisierung nicht nur um die Qualität der Arbeit, sondern immer auch um die herausgehobene gesellschaftliche Position geht, die vor allem die etablierte ärztliche Profession für sich erfolgreich aufbauen konnte.<sup>26</sup> Andere heilkundige Berufe wurden im Gegenzug von der akademischen Medizin im Verlauf der Jahrhunderte marginalisiert, sie blieben vom Wissenschaftsbetrieb ausgeschlossen, und obwohl sie sich auch weiterentwickelten und spezialisierten, blieb ihre gesellschaftliche Position eine nachgeordnete. Während sich die medizinische Forschung in großem Umfang entfalten konnte, verfügten die Gesundheitsfachberufe (bis vor wenigen Jahren) nicht einmal ansatzweise über eine eigenständige Theoriebildung und Forschung, also eine Weiterentwicklung ihres originären Wissenkorpus. Dieses Problem der Hierarchisierung der Gesundheitsfachberufe ist gleichzeitig ein Geschlechterproblem, denn es waren die Frauen, die bis ins 20. Jahrhundert hinein vom Medizinstudium (und vom Hochschulstudium generell) ausgeschlossen waren und die auf Grund ihrer weiblichen Natur als besonders für die Pflege geeignet, jedoch für die Medizin

<sup>24</sup> Vgl. hierzu für die bundesrepublikanische Diskussion z.B. Pfaffenberger (1996) zur Geschichte der Verwissenschaftlichung der Sozialarbeit sowie die Vergleichsstudie zu Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft und Gesundheitswissenschaft von Mühlum et al. (1997).

<sup>25</sup> Auch an dieser Stelle drängt sich wieder – wie oben in Bezug auf andere Autoren auch schon problematisiert – der Eindruck auf, dass Wilensky hier vielleicht am ehesten an sehr erfahrene Ärzte gedacht haben mag, denn beispielsweise Juristen haften wenig „Mysterium“ oder „geheimen Wissen“ an.

<sup>26</sup> Zur Hierarchie professioneller Arbeit vgl. auch Stichweh 1997: 58ff (siehe Abschnitt 6.3).

und andere Wissenschaften als völlig ungeeignet galten (vgl. hierzu u.a. Wetterer 1993: 60ff).<sup>27</sup>

### 6.2.3 Das Konzept der Semi-Professions bei Etzioni

Etzioni spricht den Aspekt der Geschlechterhierarchie bereits 1969 in dem von ihm herausgegebenen Sammelband „The Semi-Professions and their Organization“ an. Eine soziologische Studie über die Berufe, die nur *halb* als Professionen gelten könnten, müsse auch die Ebene der Konflikte miteinbeziehen, „because - as we shall see - the normative principles and cultural values of professions, organizations, and femal employment are not compatible“ (Etzioni 1969: vi). Im Vorwort der Aufsatzsammlung betont Etzioni zwar, der von ihm geprägte Begriff *Semi-Professionen* sei nicht abwertend gemeint, sondern in Ermangelung eines besseren Terminus gewählt worden. Dennoch ist seine einführende Beschreibung der Berufe, die er Semi-Professionen nennt (Teacher, Nurses, Social Wokers), eine reine Defizitaufzählung:

„Their trainig is shorter, their status is less legitimated, their right to priviliged communication is less established, there is less of a specialized body of knowledge, and they have less autonomy from supervision or societal control than ‘the’ professions.“ (Etzioni 1969: v)

Nach Etzioni ist unter der langandauernden Ausbildung der Professionen eine Ausbildung über 5 Jahre zu verstehen, und das Besondere an Professionen sei, dass sie Wissen sowohl selbst erzeugen (also Wissenschaft betreiben) als auch anwenden. Die Ausbildung der Semi-Professionen dagegen sei kürzer, und ihre Berufsangehörigen kommunizierten das erlernte Wissen lediglich (vermitteln es z.B. als Lehrer ihren Schülern) und wendeten es an, produzierten es jedoch nicht selbst. Während die Professionen oft mit existentiellen Problemen im Bereich von Leben und Tod zu tun hätten, sei dies bei den Semi-Professionen kaum der Fall bzw. sie hätten (z.B. als Krankenschwestern) hier zumindest keine eigenständigen Entscheidungen zu treffen (Etzioni 1969: xii + xiv).<sup>28</sup>

Nach Etzioni bilden sich die Berufsorganisationen und Institutionen (inclusive der Ausbildungsstätten) von Professionen und Semi-Professionen in Abhängigkeit von der Wissens-Grundlage heraus. Die autonome Selbstkontrolle innerhalb der Berufsgruppe sowie die Kontrolle über die Ausbildungsinhalte gelten als wesentliche Merkmale von Professionen, während Semi-Professionelle wiederum von Professionsangehörigen und von den

<sup>27</sup> Beispielhaft für viele vergleichbare Texte sei an dieser Stelle zur Veranschaulichung Albert aus seinem Buch „Die Frauen und das Studium der Medicin“ von 1895 zitiert. Albert schildert in den schillerndsten Farben die „weibliche Natur“, ihren nur „intuitiven, taktischen, punctuellen Verstand“ (Albert 1895: 12), ihre Unfähigkeit zum logischen Denken gepaart mit ihrer Erregbarkeit des Gefühlslebens (27), ihre schwache körperliche Konstitution (21, 33) und kommt dann in Bezug auf das Medizinstudium zu dem Schluss:

“Für mich ist die physische und psychische Untauglichkeit unzweifelhaft. Aber, wie gesagt, eine untergeordnete Verwendung der Frauen in der Ausübung der Heilkunde erscheint mir sogar zweckmäßig.

Hebammen und Krankenpflegerinnen waren die Frauen stets. Mein positiver Vorschlag geht dahin, diese untergeordnete Beteilung der Frauen zu erweitern, den heutigen Verhältnissen entsprechend zu heben und wesentlich zu verändern.

Ich denke an eine Art von weiblichen Gehilfen des Arztes.

Ich bin überzeugt, dass Frauen von entsprechender Vorbildung, die eigens eingerichtet werden müßte, nicht nur bei Entbindungen, sondern auch bei vielen anderen Operationen, bei Anlegung von Verbänden, bei jeder Behandlung von Krankheiten dem Arzte als Gehilfen sehr nützliche Dienste leisten könnten.“ (34f)

“Dann ist das Helfenwollen ein schöner, liebenswerter Zug des Frauencharakters. Sie sind unerschöpflich im Erfinden von Mittelchen, und sie diplomatisiren mit tiefem Verständniß des Kranken. Ueberall groß im Kleinen. Sie finden sich in die Weise des Kindes, des Mannes, des Greises hinein, insinuiren sich und geben dem Leidenden etwas, was unendlich werthvoll ist, nämlich die Gaben des – Herzens.“ (35)

<sup>28</sup> Weidner hebt zu Recht hervor, dass eine solche ausschließlich von den Professionen-Merkmalen abhängige Sichtweise die „eventuell ganz eigene(n) Charaktere der semi-professionellen Berufe außer acht“ lasse (Weidner 1995b: 51).



rend Semi-Professionelle wiederum von Professionsangehörigen und von den Institutionen, an denen sie arbeiten, kontrolliert werden (Etzioni 1969: xii-xiii). Etzioni ist der Ansicht, dass ein diametraler Gegensatz besteht zwischen der selbständigen und letztlich nur sich selbst verantwortlichen Berufsausübung der Professionellen und dem weitaus geringeren Entscheidungsspielraum von angestellten Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen und LehrerInnen, die stets der Institution unterstehen, in der sie arbeiten und die als Institution ihrerseits die Verantwortung übernimmt für das berufliche Tun ihrer MitarbeiterInnen (Etzioni 1969: x-xi).<sup>29</sup>

Allerdings sind nach Etzioni nicht alle Unterschiede zwischen Professionen und Semi-Professionen auf die Bereiche Wissen und Organisation reduzierbar; der Autor betont, Teil der Problematik der Semi-Professionellen sei die Tatsache, dass der typische Professionelle männlich und die typische Semi-Professionelle weiblich sei. Ob jedoch die Semi-Professionen gerade *wegen* ihres hohen Frauenanteils auf dieser tieferen Hierarchiestufe verharren oder ob umgekehrt Frauen besonders gern Berufe ergreifen, die sich durch ein geringeres Wissen und weniger Autonomie auszeichnen, will Etzioni dahingestellt sein lassen (Etzioni 1969: xv). Vorsichtig deutet er jedoch an, dass es kaum vorstellbar sei, dass die beruflichen Beziehungen, wie sie z.B. zwischen Ärzten und Krankenschwestern üblich sind, genauso ablaufen würden, wenn die meisten Pflegekräfte männlich wären. Andererseits vertritt er die Ansicht, dass das spannungsreiche Verhältnis zwischen Professionen und Semi-Professionen auf keinen Fall ausschließlich mit dem Geschlechterverhältnis zu erklären und deshalb auch nicht durch eine Gleichberechtigung der Frauen zu lösen sei (Etzioni 1969: viii).

Etzioni sieht als Problem der Semi-Professionen, dass für diese Berufe kein zufriedenstellender gesellschaftlicher Status vorhanden sei: sie seien „mehr“ als die normalen Angestellten und Arbeiter (white collar und blue collar worker), jedoch „weniger“ als die sog. Vollprofessionen. Das Streben nach Status und gesellschaftlicher Position der echten Professionen sei ein Irrweg mit hohen Reibungsverlusten: Etzioni hält es für sinnvoller, die Semi-Professionen würden sich einen gesellschaftlich anerkannten Platz schaffen, der ihrem Wissenskorpus entspricht, nämlich genau *zwischen* den Professionen mit ihrem hochspezialisierten Wissen und den einfachen Berufen, die nur über bestimmte anwendungsbezogene Kenntnisse verfügen (Etzioni 1969: vi-vii).

Etzioni ist für die Professionalisierungsdiskussion der Gesundheitsfachberufe auch über 30 Jahre nach Erscheinen seines Buches deshalb noch wichtig, weil er den Begriff Semi-Professionen geprägt hat, der bis heute Anwendung findet, und weil er bereits damals nach Lösungen für die wenig zufriedenstellende gesellschaftliche Position dieser Berufe gesucht hat. An seiner Analyse ist jedoch problematisch, dass er in erster Linie doch nur den Status quo des Verhältnisses zwischen Professionen und Semi-Professionen beschreibt, ohne in Erwägung zu ziehen, dass dieses Verhältnis auch anders ausgestaltet werden könnte, dass z.B. verschiedene Wissensbestände auch zu einem gleichberechtigten und gemeinsamen Arbeiten führen könnten. Das hierarchische Verhältnis männlicher Professioneller zu weiblichen Semi-Professionellen erscheint bei Etzioni holzschnittartig und zugleich wie ein naturgegebener Zustand. Dieser in der (männlich dominierten) Geschichtsschreibung und Soziologie häufig anzutreffenden Sichtweise tritt später die feministische Frauenforschung mit eigenen Positionen entgegen. Auf einige deutschsprachige Autorinnen werde ich in Abschnitt 6.5 näher eingehen.

Etzioni seinerseits empfiehlt den Semi-Professionen zwar, sich selbstbewusst ihren eigenen gesellschaftlichen Status zu suchen statt sich (vergeblich) an den Professionen abzarbei-

---

<sup>29</sup> Unklar bleibt hier die offensichtlich widersprüchliche Stellung einerseits angestellter Professioneller und andererseits selbständiger Semi-Professioneller: Beide passen nicht in Etzions Schema. Etzioni geht auf diesen Widerspruch nur insoweit ein, dass er konstatiert, die Semi-Professionellen seien *leichter* in Organisationen einzubinden als Professionsangehörige, eben weil sie über weniger Wissen verfügten und weniger Verantwortung trügen als diese (Etzioni 1969: xi). (Siehe hierzu auch Daheim 1992: 27f)

ten, der Status der etablierten Professionen selbst bleibt von ihm jedoch völlig unangetastet. Ich werde im weiteren Verlauf meiner Arbeit für den Gesundheitssektor zeigen, dass das eine nicht ohne das andere geht: Der Status der Gesundheitsfachberufe kann sich nur verändern, wenn Hierarchien abgebaut werden. *Welchen* Stellenwert die einzelne Berufsgruppe dann allerdings einnimmt, welches Aufgabenfeld innerhalb der Gesundheitsversorgung sie abdeckt, hängt nicht nur von der Bereitschaft der ärztlichen Profession ab, Macht abzugeben, sondern wesentlich auch von den tatsächlichen Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppe und der nachweisbaren Qualität ihrer Arbeit.

### 6.3 Die soziologische Professionalisierungsdebatte in der Bundesrepublik Deutschland

Der Beginn der bundesdeutschen Professionalisierungsdebatte schließt zeitlich an die hier referierten amerikanischen Autoren der 50er und 60er Jahre an. Wie ich im Folgenden zeigen werde, nähern sich die Autoren Daheim (1967), Hesse (1968)<sup>30</sup> und Hartmann (1968)<sup>31</sup> der Professionalisierungsthematik jedoch aus einer anderen Perspektive: Ihnen geht es darum, *theoretische Analysemodelle* zu entwickeln, mit denen *Professionalisierungsprozesse* erfasst werden können und die universell für die ganze Berufswelt einsetzbar sind (Daheim 1967: 15; 1992: 21; Hartmann 1972: 49; Hesse 1972: 4). Sie beschäftigen sich nicht mit einzelnen Berufen, sondern sie interessiert vielmehr der Prozess der Professionalisierung und die Bedeutung spezialisierten Wissens in der arbeitsteiligen Gesellschaft. Die Rolle der Professionen in der Gesellschaft und speziell ihre Gemeinwohlorientierung sehen sie mit einer weitaus größeren Distanz als ihre amerikanischen Kollegen; Daheim betrachtet diese Zuschreibung als zu wenig erforscht, um sie als eindeutiges Professionsmerkmal gelten zu lassen (Daheim 1967: 43), während Hesse sie ganz dem Gebiet der Ideologie zuschreibt und Professionalisierung ausschließlich als Vorgang betrachtet, den Berufe bzw. bestimmte Interessengruppen anzuschieben versuchen, um ihrer Berufsgruppe zu mehr Geld, Macht und Einfluss zu verhelfen (Hesse 1972: 69ff).

Alle drei Autoren gehen in ihren Beiträgen weder auf den Arztberuf noch auf die Gesundheitsfachberufe in Abgrenzung zur ärztlichen Profession noch auf das Verhältnis der Professionellen zu ihren Klienten ein. Sie sollen hier trotzdem vorgestellt werden, weil ihre Arbeiten den Beginn der deutschen Professionalisierungsdebatte markieren und weil ihr Disput vor dem Hintergrund nicht der englischen oder amerikanischen, sondern der bundesdeutschen Arbeitswelt geführt wurde, die durch staatlich geregelte Ausbildungsberufe, bundeseinheitliche Berufszulassungsgesetze für die therapeutischen Berufe sowie ein überwiegend staatliches Universitätswesen gekennzeichnet ist. Außerdem spielen Daheim, Hesse und Hartmann für die meisten Autoren und Autorinnen, die sich mit der Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe beschäftigen, eine wichtige Rolle als Grundsteinleger der deutschen Theoriendebatte in Bezug auf die Professionalisierung<sup>32</sup>. Hesse nimmt darüber hinaus eine besondere Funktion ein als derjenige Autor, der die frühe angloamerikanische Merkmalsdebatte in die deutsche Diskussion eingebracht hat. So wird er häufig zitiert, wenn es um die Aufzählung der klassischen Professionsmerkmale geht,<sup>33</sup> obwohl er selbst - wie oben erwähnt - eine ausgesprochen kritische Position dazu eingenommen und die Gültigkeit der professionstypischen Merkmale, also der *Differentia specifica* von Professionen, in seiner Arbeit grundsätzlich angezweifelt hat (Hesse 1972: 66f).

Daheim verfolgte in seiner Habilitationsschrift „Der Beruf in der modernen Gesellschaft“ die Absicht, allgemein „die Grundlagen einer Theorie des beruflichen Handelns in der modernen Gesellschaft zu skizzieren“ (Daheim 1967: 14) und nicht speziell die von den angloamerika-

<sup>30</sup> Hier jeweils zitiert aus der 2., überarbeiteten Auflage des Buches „Berufe im Wandel“ von 1972.

<sup>31</sup> Hier jeweils zitiert aus der gekürzten Fassung des Aufsatzes „Arbeit, Beruf, Profession“ in Luckmann/Spindel 1972, 36-52.

<sup>32</sup> Vgl. hierzu u.a. Neuscheler 1991: 2-27; Bals 1995a: 63-86; Weidner 1995a: 27-46.

<sup>33</sup> z.B. von Langener 1985: 18f; Neuscheler 1991: 2-17, Bals 1995a: 75ff; Weidner 1995a: 32ff.

nischen Soziologen als solche definierten Professionen zu untersuchen. Bei seiner Analyse stieß er auf ein Phänomen, das er die „Professionalisierung der Berufspositionen“ nannte: Nach Daheim sind die modernen Gesellschaften Leistungsgesellschaften, in denen Leistung als ein übergeordneter Wert eine zentrale Rolle im gesellschaftlichen und beruflichen Leben spielt (Daheim 1967: 20f). Aus diesem Leistungsethos, dem „Wertmuster der Leistung im universellen Rahmen“ (Daheim 1967: 20f, 41) ergebe sich ein fortwährendes Bemühen um die Verbesserung der Problemlösungen des sozialen Systems.

„Es ist die Tendenz, die am deutlichsten in den empirischen Wissenschaften zum Ausdruck kommt, in denen jedes Ergebnis als vorläufig angesehen wird und auf neue Fragen hinweist. Komplexes empirisches und systematisiertes Wissen oder komplexe Technologie wird dann auch immer stärker für die Lösung der Probleme des Sozialsystems fruchtbar gemacht. Daraus ergibt sich eine zunehmende funktionelle und strukturelle Differenzierung des Sozialsystems: Durch die zunehmenden Anforderungen an das Wissen werden die Beiträge zur Erreichung der Ziele des Sozialsystems, die von den Akteuren des Sozialsystems erwartet werden, zunehmend spezialisierter, womit gleichzeitig die Anzahl der sozialen Positionen wächst.“ (Daheim 1967: 21)

Die „Professionalisierung der Berufspositionen“ stellt für Daheim eine aus dieser Spezialisierung ableitbare, logische Entwicklung dar. Im Zentrum des Professionalismus steht - dies sieht Daheim wie auch Carr-Saunders und Wilson über 30 Jahre zuvor - das anwendungsorientierte Wissen und die spezialisierten intellektuellen Fertigkeiten, die sich die Individuen in langer Ausbildung aneignen (Daheim 1967: 40f). Daheim schlägt vor, bei einer berufssoziologisch fundierten Klassifizierung von Berufspositionen auf die eher zugeschriebenen, jedoch empirisch nicht belegten Merkmale von Professionen zu verzichten und statt dessen eine Einteilung der Berufe ausschließlich nach dem „für die Rollenausführung erforderlichen spezialisierten und systematisierten Wissen“ vorzunehmen. Danach würde sich „ein Kontinuum ergeben, dessen Extreme durch die kaum bzw. die voll professionalisierte Berufsposition gebildet“ würden (Daheim 1967: 42f). Daheim geht davon aus, dass sich der Anteil der voll- oder halbprofessionalisierten Berufspositionen erhöhen wird, während sich die Positionen am anderen Ende des Professionalisierungskontinuums vermindern werden.

„Das Eindringen der Wissenschaft in immer weitere Bereiche der arbeitsteiligen Differenzierung dürfte die wichtigste Ursache des Wandels des Berufssystems in den modernen Gesellschaften sein. Damit wird die Professionalisierung der Berufspositionen zu dem Prozess, der die Dynamik bestimmt. (...) Je komplexer die Technologie ist, die bei der Lösung der funktionalen Probleme einer Gesellschaft eingesetzt wird, desto größer wird die Zahl halb- oder vollprofessionalisierter Berufspositionen, sei es, dass neue Positionen dieser Art entstehen, sei es, dass bestehende Positionen höherqualifiziert werden.“ (Daheim 1967: 51f)

Auf die zentrale Schwierigkeit, wie überhaupt festgestellt werden kann, welches Wissen für einen bestimmten Beruf erforderlich ist und vor allem, wie veränderte Anforderungen operationalisiert werden könnten, geht Daheim kaum ein. Für die Verortung der einzelnen bereits bestehenden Berufe auf dem Professionalisierungskontinuum schweben ihm Rangskalen vor, die durch die formale Analyse bestehender Ausbildungsgänge und Tätigkeitsbeschreibungen und die Befragung von Experten erstellt werden könnten (Daheim 1967: 43f).

Daheim unterscheidet zwischen einer echten Professionalisierung, die sich zwangsläufig aus den wachsenden Anforderungen der gesellschaftlich zu lösenden Probleme und der immer komplexer werdenden Technologie ergebe und deren Ergebnis neue, von der Gesellschaft anerkannte Professionen oder Halbprofessionen seien, und der sog. „Scheinprofessionalisierung“, die von Berufsgruppen ausschließlich zum Zweck der Einkommens- und Statusverbesserung betrieben werde (Daheim 1967: 53). Er stimmt ausdrücklich Wilensky zu, der in seinem Aufsatz „The Professionalization of everyone?“ (1964) das eigennützige Streben bestimmter Berufsgruppen nach den Privilegien der etablierten Professionen kritisiert, obwohl das entsprechende Wissen fehle und für die Berufsausübung auch gar nicht benötigt werde (Wilensky 1972: 211f).

Hartmann bezeichnet 1968 in seinem Aufsatz „Arbeit, Beruf, Profession“ Daheims Beschränkung auf die Wissensdimension als zu eng. Er hält es für sinnvoll, bei der Betrachtung der Entwicklung von Berufen stets die gesellschaftliche Dimension mit einzubeziehen. Wesent-

lich an Hartmanns Ansatz ist, dass er zwar den Begriff „soziale Orientierung“ bzw. „Kollektivitätsorientierung“ verwendet, damit aber *nicht* die Orientierung am Gemeinwohl im engeren Sinne oder gar den Altruismus meint. Für ihn ist klar, dass Arbeit in einer arbeitsteiligen Gesellschaft *immer* eine Wissens- und eine gesellschaftliche Dimension hat (Hartmann 1972: 38ff). Denn auf der einen Seite wird stets Wissen verknüpft, spezialisiert, systematisiert, um eine berufliche Tätigkeit ausführen zu können; auf der anderen Seite haben Berufe immer eine gesellschaftliche Funktion, und den berufstätigen Individuen ist dies auch mehr oder weniger bewusst. So braucht der Gasinstallateur (um ein Beispiel zu nehmen, das nichts mit der Debatte um Professionen zu tun hat) systematisiertes Wissen für sein Handwerk, gleichzeitig ist ihm bewusst, dass seine Berufstätigkeit gesellschaftlich notwendig ist, weil die Menschen um ihrer Sicherheit willen *professionell* verlegte Gasleitungen brauchen, zu dieser Arbeit als Laien jedoch nicht selbst in der Lage sind. Gleiches gilt für den Automechaniker (Oevermann 1997: 133); für Angehörige von Berufen, die keinen direkten Kunden- bzw. Klientenkontakt haben, ist diese gesellschaftliche Dimension vielleicht nicht so bewusst, aber ebenso vorhanden.

Obwohl Hartmann mit den Begriffen Arbeit - Beruf - Profession operiert, geht es ihm nicht um eine wertende Rangskala. Für ihn ist eine zunehmende Systematisierung von Wissen Teil eines Prozesses von Verberuflichung und im weiteren Verlauf von Professionalisierung, und Professionen sind demnach hochqualifizierte Berufe (Hartmann 1972: 36). Auf der sozialen Ebene sieht Hartmann ebenfalls diese Abstufungen: so gibt es Berufe, die stärker auf das Wirtschaftssystem ausgerichtet sind, andere mehr auf das Gemeinwesen. Hartmann entwirft in seiner Abhandlung ein Analyseschema (Hartmann 1972: 38ff), mit dem er Berufe nach den Dimensionen „Wissen“ und „Gesellschaftliche Orientierung“ zu ordnen versucht. Nach diesem Schema könnte theoretisch für jeden Beruf ein Platz gefunden werden in einem Koordinatensystem, das von den beiden Dimensionen „Wissen“ und „Soziale Orientierung“ gebildet wird. Und auch Verberuflichungs- und Professionalisierungsprozesse könnten ebenso wie ihre gegenläufigen Bewegungen, also die Berufsauflösung und die Deprofessionalisierung, so veranschaulicht werden.

An Daheim kritisiert Hartmann jedoch nicht nur die ausschließliche Würdigung der Wissens-ebene, sondern auch dessen Vorschlag, das erforderliche Wissen über die bestehenden Ausbildungen zu operationalisieren. Der Status quo der existierenden Ausbildungen hinkt immer hinter den sich wandelnden Anforderungen und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen hinterher; insofern könne das *erforderliche* Wissen nicht anhand der etablierten Ausbildungsgänge erhoben werden. Um den Stellenwert des systematisierten Wissens eines Berufs (oder einer Profession) einschätzen zu können, müsse die Forschung ebenso einbezogen werden wie alle Fort- und Weiterbildungsformen, die zum Ziel haben, das Wissen der Grundausbildung immer wieder zu ergänzen und den neuesten Erkenntnissen anzupassen (Hartmann 1972: 44ff). Was Hartmann nicht erwähnt, was jedoch ebenfalls von erheblicher Bedeutung ist, ist die Frage, inwieweit der aktuelle Forschungsstand und die Weiterbildungsangebote von den Berufsangehörigen auch wahrgenommen werden und ob und in welchem Umfang der Berufsstand eine Fortbildungspflicht vorsieht. Mit anderen Worten: Der Stand der Forschung spiegelt noch nicht automatisch den Wissensstand der Mehrheit der Berufsangehörigen wider. Der von Hartmann als Maßstab vorgeschlagene Stellenwert des systematisierten Wissens müsste also zumindest ergänzt werden um die Fragestellung, inwieweit dieses Wissen an der Basis des Berufsstandes ankommt und auch in die Praxis umgesetzt wird. Dies zu erforschen würde entsprechende empirische Studien in der Berufswelt erforderlich machen.

Hesse wiederum beschäftigt sich in seiner zuerst 1968 publizierten Dissertation überhaupt nicht mit der Thematik, welches Wissen für die Ausübung bestimmter Tätigkeiten, Berufe oder Professionen erforderlich ist und welchen Einfluss die zunehmende Komplexität von Wissen auf Berufsausbildungen und Qualifikationsanforderungen hat. Ihm geht es vielmehr darum, zu *widerlegen*, dass Professionalisierung eine „funktionale Notwendigkeit“ darstellt, die vom „Gesamtsystem Gesellschaft“ zur Lösung ihrer Probleme hervorgebracht wird (Hesse 1972: 85). Denn für ihn scheint es klar zu sein, dass Professionalisierung *ausschließlich* ein Prozess ist, den Interessengruppen vorantreiben, um für ihren Berufsstand Ansehen,

Macht und Einkommen zu vermehren. Die Qualität der beruflichen Leistung und die dafür notwendige Ausbildung sieht Hesse lediglich als Mittel zum Zweck (Hesse 1972: 70).

Hesse spricht sich dezidiert dagegen aus, das „angloamerikanische Konzept vorbehaltlos auf deutsche Verhältnisse zu übertragen“ (Hesse 1972: 84). Er verweist zum einen darauf, dass im deutschsprachigen Raum der Begriff Profession lange synonym für Beruf und Handwerk gebraucht wurde, also konträr zum angloamerikanischen Professionalisierungsbegriff (Hesse 1972: 77f). Zum anderen kritisiert er auch das angloamerikanische Konzept selbst als ideologisch überfrachtet und die Rezeption seiner Soziologenkollegen Daheim und Hartmann als fragwürdig, weil sie Professionalisierungsprozesse oder gelungene Professionalisierungen als Ergebnis eines gesellschaftlich-naturwüchsigen Prozesses darstellen, statt nach den treibenden Kräften zu fragen und Interessengruppen klar zu benennen (Hesse 1972: 30, 36, 50, 84ff).

Seine ausführliche Rezeption der angloamerikanischen Professionalisierungsliteratur ist daher neben der Bestandsaufnahme vor allem Abgrenzung. Seine Analyse der Berufskonstruktion in der Bundesrepublik Deutschland widmet er ganz bewusst nicht den Berufen, die als Profession gelten oder die gern Profession wären, sondern den Veränderungsprozessen beim Handwerk und bei den industriellen Ausbildungsberufen mit der Begründung, diese repräsentierten einen breiten Querschnitt der Bevölkerung (Hesse 1972: 89). Hesse unterscheidet, nachdem er die Diskussionen und Konflikte um Handwerksordnungen, das Berufsbildungsgesetz und um Berufsbilder und die Rolle der verschiedenen Akteure wie Handwerksverbände und -kammern, Unternehmerverbände, Gewerkschaften, Staat und Wissenschaft analysiert hat, zwischen *Professionalisierung* und *Berufskonstruktion*. Das entscheidende Differenzierungskriterium zwischen diesen beiden Prozessen sei das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie und an beruflicher Handlungsfreiheit, mit dem die Berufsangehörigen selbst die Vorgänge zu steuern vermögen (Hesse 1972: 130).

Hesses eigene Idealvorstellung von beruflicher Handlungsfreiheit geht jedoch noch weit über eine gelungene Professionalisierung von Berufsständen hinaus; individuelle berufliche Selbstbestimmung bedeutet für ihn z.B. auch die Freiheit zum Wechsel zwischen den Berufen und Professionen, die Freiheit zur beruflichen Selbstgestaltung und die Freiheit zur untypischen Gestaltung von Arbeitsleistungen, Qualifikationen usw. (Hesse 1972: 135). Diese persönlichen Freiheiten sieht Hesse jedoch in jedem Fall eingeschränkt und bedroht durch rechtliche Regelungen, staatliche Normen, Monopolisierung von Arbeitsleistungen sowie durch den Bestand der bereits bestehenden Berufe, also zum einen durch die verfassten Regelungen des Gemeinwesens und zum anderen durch die gelungene Professionalisierung einzelner Berufe.

Hesse deutet hier also an, welches Konfliktpotential in der Verwirklichung beruflicher Freiheiten einzelner Berufe oder Berufsgruppen steckt, wenn durch sie andere Berufe und damit verbunden deren Berufsangehörige planmäßig von eben diesen Freiheiten ausgeschlossen werden. Für den Gesundheitssektor ist diese Problematik, die das Verhältnis zwischen der Ärzteschaft und den Gesundheitsfachberufen in gravierender Weise belastet, inzwischen ein viel diskutiertes Thema. Hesse erwähnt es in seiner Abhandlung jedoch nicht einmal, was sicherlich zum einen damit zusammen hängt, dass er sich ganz ausdrücklich von den Professionstheoretikern absetzen wollte, die die etablierten Professionen (und damit oft die ärztliche Profession als Prototyp) zum Ausgangspunkt ihrer Analysen und Überlegungen machen. Zum anderen wurde der gesellschaftlichen Stellung der Gesundheitsfachberufe zu seiner Zeit generell wenig Beachtung geschenkt.

Für die aktuelle Diskussion innerhalb der Gesundheitsfachberufe und für meine Fragestellung nach einer Professionalisierung des Hebammenberufs bleibt festzuhalten, dass die Grundsteine der bundesdeutschen Professionalisierungsdebatte zwar von Daheim, Hesse und Hartmann gelegt wurden, dass die Debatte jedoch nicht auf dem Diskussionsstand der 1960/70er Jahre stehen geblieben ist. Problematisch am damaligen Stand erscheint mir vor allem folgendes: Es bleibt letztlich unklar, ob es, wenn von Professionalisierung die Rede ist, nun um einen eher weit gefassten Prozess der Berufskonstruktion oder doch in Anlehnung an die angloamerikanische Debatte um Professionen gehen soll. Außerdem wird mit keinem

Wort die Geschlechterproblematik berücksichtigt, und weder das Verhältnis zu den neben- bzw. untergeordneten Berufen noch das zu den Laien wirklich problematisiert.

Gerade auf den machttheoretischen Aspekt und das Verhältnis der Professionellen zu ihren Klienten, also den Laien, geht Daheim dann jedoch 1992 in seinem Aufsatz „Zum Stand der Professionssoziologie“ ausführlich ein. Er merkt zunächst kritisch an, dass in der soziologischen Diskussion der 1960er Jahre eine Reihe von Argumenten direkt von den Standesvertretern der Professionen übernommen worden sei, z.B. die gar nicht erst näher überprüfte Expertise der Professionen und ihr Autonomie-Anspruch gegenüber ihren Klienten und der Gesellschaft insgesamt (Daheim 1992: 22f). Für die USA sei dem strukturfunktionalistischen Modell der Professionen (dem sog. Goode-Modell) u.a. von Larson schon 1977 das Machtmodell der Professionalisierung entgegengehalten worden. Kernpunkt dieses Modells sei die These, dass Professionen das Ergebnis eines erfolgreich durchgeführten Mittelschicht-Projekts seien, im Sinne eines gesellschaftlichen Aufstiegs mittels Vermarktung von gut gehütetem Expertenwissen. Günstige Bedingungen für den Erfolg dieses Prozesses sind nach Daheim die gesellschaftlichen Verhältnisse in den USA „mit wenig Staat und einer für die Anstöße aus der Praxis offenen Universität“ (Daheim 1992: 23). In Deutschland dagegen kontrolliere der Staat das höhere Ausbildungswesen, den Berufszugang und die Berufsausübung in den akademischen Berufen; und die Professionen seien zwar über ihre Standesvertretungen in etlichen Entscheidungsgremien vertreten, sie entschieden jedoch keineswegs allein über Curricula, Prüfungsanforderungen, Leistungskataloge und Gebühren, Forschungsvorhaben, Forschungsgelder usw. (24+29).

Außerdem verweist Daheim auf eine weitere Schwachstelle der „alten“ Professionssoziologie: Sie gehe vom nicht nur klienten-, sondern auch organisationsautonomen Freiberufler als dem Prototyp des Professionellen aus und würde die Analyse der beruflichen Realität von Professionsangehörigen, die in Organisationen arbeiten (z.B. Ärzte in Krankenhäusern, Anwälte in Wirtschaftsunternehmen), weitgehend vernachlässigen (Daheim 1992: 26f).

Ausführlich geht Daheim auf die aktuelle Legitimationskrise der Professionellen bzgl. ihrer Abschottung von jeglicher Laienkontrolle und -kritik ein. Auch wenn die grundsätzliche Konstellation zwischen Professionellen und Klienten nach wie vor darin bestehe, dass sich die Klienten mit der Bitte um Rat und Hilfe an die Professionellen wenden und ihnen das Mandat erteilen, stellvertretend für sie nach Lösungen zu suchen, so begänne sich doch dieses „expertokratische Praxisverständnis“ (Daheim 1992: 31) zu ändern: Die Wissenschaftsgläubigkeit habe nachgelassen, der Bildungsstand der Bevölkerung sei gestiegen, und das Modell des väterlich-autoritären Arztes, der blindes Vertrauen einfordern könne, geriete zunehmend in Widerspruch zu demokratischen Grundwerten und dem Bedürfnis des mündigen Bürgers nach Selbst- und Mitbestimmung, auch dann, wenn ihm das konkrete Expertenwissen fehlt. Einen Ausweg sieht Daheim in Anlehnung an Baer (1986) darin, dass die Professionen ihr Dienstleistungsangebot transparent machen, indem sie sich auf professionelle Standards festlegen.

„Solche Standards werden von den Professionellen geschaffen, um die Ungewissheiten zu beseitigen, die den einzelnen Professionellen wie den Klienten und die Öffentlichkeit plagen: Ungewissheit über die Zuverlässigkeit des Wissens, über seine Anwendungsbedingungen, über die Kompetenz der Profession wie des einzelnen Professionellen.“ (Daheim 1992: 32)

Mit anderen Worten: Professionen (Leistungserbringer) wie Organisationen müssen Qualitätsmanagement betreiben, müssen die Qualität ihrer Arbeit nachweisen, bei Bedarf verbessern und ständig weiterentwickeln. Die Berufsangehörigen müssen ihre Praxis begründen können und ihre Entscheidungen transparent machen. Standards können Bestandteil von einem solchen Qualitätsmanagement sein.

Nach den Maßstäben der klassischen Professionentheorie bedeutet eine solche „Demokratisierung der Kontrollchance“ allerdings eine Deprofessionalisierung der Professionen, da diese sich ausdrücklich über ihre Autonomie definieren. Daheim stellt jedoch abschließend unter Bezugnahme auf Baers Aufsatz zu professionellen Standards und auf Lachmunds kritische Studie zur modernen Risikomedizin die These auf, dass die heutzutage geforderte Be-

gründungsverpflichtung und Transparenz ihres Handelns die Professionellen nicht mehr besonders schrecke, weil sie angesichts komplexer werdender Probleme ihrerseits zunehmend auch auf die Kooperation (Compliance) der Laien angewiesen seien (Lachmund 1987: 360ff; Daheim 1992: 33).<sup>34</sup>

Im Unterschied zu Daheims machttheoretisch-kritischen Überlegungen nimmt Stichweh auch 1992 und 1997 noch eine Position ein, die die Vormachtstellung der Professionen eher begründet, als sie in Frage zu stellen. Zunächst untersucht er die Bedeutung von Professionen im historischen Zusammenhang und stellt die These auf,

„dass Professionen ein Phänomen des Übergangs von der ständischen Gesellschaft des alten Europas zur funktional differenzierten Gesellschaft der Moderne sind und dass sie vor allem darin ihre gesellschaftsgeschichtliche Bedeutung haben.“ (Stichweh 1997: 50)

Stichweh zeigt für die mitteleuropäischen Gesellschaften, dass die akademisch ausgebildeten Berufe im Übergang von der ständischen zur bürgerlichen Gesellschaft eine Sonderstellung einnahmen, denn ihr hoher gesellschaftlicher Status sei weder an eine standesgemäße Herkunft noch an Eigentum geknüpft gewesen, sondern sei vielmehr aus ihrer Wichtigkeit für die einzelnen Menschen und für das gesellschaftliche Zusammenleben zu erklären. Ihr Wissenskorpus über zentrale Aspekte des menschlichen Lebens, nämlich über die Beziehungen der Menschen zu Gott (Theologie), zu sich selbst (Medizin) und zu anderen Menschen (Recht), begründe ihre Sonderstellung unter den Berufen (Stichweh 1997: 51ff)<sup>35</sup>. Stichweh beschreibt im weiteren Verlauf seiner Abhandlung, dass diese alten Professionen sich in der modernen Gesellschaft zu Leitprofessionen des jeweiligen Arbeitsgebietes gewandelt hätten und sowohl die anderen Berufe im System als auch deren Wissen und den Wissenschaftsbetrieb kontrollierten (1997: 61). Stichweh hält es nur dann für sinnvoll, von Professionen zu sprechen, wenn diese auch wirklich ein bestimmtes gesellschaftliches Funktionssystem dominieren (z.B. die Ärzte das Gesundheitssystem) und dort auch das Problemlösungsmonopol innehaben (1992: 40). Mit den hierarchisch nachgeordneten Berufen (hier also den Gesundheitsfachberufen) beschäftigt sich der Autor nur insofern, als er ihre Stellung als eine untergeordnete beschreibt. Und obwohl er die klassischen Professionen als Übergangsphänomen von der ständischen zur funktional differenzierten modernen Gesellschaft charakterisiert, zementiert er ihre gesellschaftlich herausgehobene Position noch einmal, indem er auch auf die heutigen Verhältnisse bezogen vor allem die „Hierarchie professioneller Arbeit“ (1997: 61) betont.

Im den folgenden Abschnitten sollen nun jedoch zum einen Autorinnen und Autoren zu Wort kommen, die diese gewachsenen Hierarchien ganz ausdrücklich hinterfragen und auch mit

<sup>34</sup> Dieses Argument ist zwar von der Sache her logisch, in der gesellschaftlichen Realität sind jedoch nach wie vor heftige Abwehrkämpfe gegen eine Kontrolle von außen zu beobachten. Ärztliche Standesorganisationen verbitten sich in der Regel Einmischungen von Politikerseite, anderen Gesundheitsfachberufen oder Patienten(-organisationen) in ihre Berufsausübung und erheben den Anspruch, nur sie allein könnten die Qualität ihrer Leistungen beurteilen. Entsprechend schwer tun sie sich mit der zunehmenden Skepsis ihrer Klientel, die sich in kritischen Nachfragen, aber auch in der wachsenden Zahl von juristischen Klagen äußert.

Auch wenn die Problematik der Kunstfehlerprozesse sehr komplex ist, weil gelegentlich auch das Hadern mit Schicksalsschlägen in den Gerichtssaal verlagert wird, so ist doch im Rahmen der Professionalisierungsdiskussion festzuhalten, dass die juristische (und damit trotz ärztlicher Gutachter zumindest in Teilen berufsfremde) Kontrolle der medizinischen Profession reichlich Konfliktstoff bietet und von den Standesvertretern keineswegs einfach so hingenommen wird. Will man allerdings das Verhältnis zwischen therapeutischen Leistungsanbietern und ihren Klienten wirklich von Grund auf demokratisieren, so kann es nicht nur einseitig um eine Kontrolle der Professionellen gehen, sondern umgekehrt müssen diese auch vor ungerechtfertigten Wünschen und Ansprüchen ihrer Klienten geschützt werden. Das heißt, *beide* Seiten müssten einerseits ihr Handeln, andererseits ihre Ansprüche begründen können.

<sup>35</sup> Nach Stichweh (1992: 30; 1997: 61, 63) zählen auch Lehrer und das Militär zu den Professionen. Dies lässt einmal mehr die angeblichen Gemeinsamkeiten zwischen den Professionen als doch recht beliebig erscheinen.

Schärfe angreifen, und zum anderen solche, die die klassischen Professionentheorien zu Theorien professionellen Handelns weiterentwickelt haben.

#### 6.4 Ivan Illich: Entmündigung durch Experten

KritikerInnen von Professionalisierung und Verwissenschaftlichung auf dem Gebiet der Heilkünste argumentieren angesichts der Problematik eines verselbständigten, unmenschlichen Medizin-Apparats häufig, dass Professionalisierung einzig auf den Machtausbau einzelner Berufsgruppen ausgerichtet sei und zudem *zwangsläufig* auf eine *Entfremdung durch Spezialisierung* hinauslaufe. Als Beispiel dient in der Regel der als voll professionalisiert geltende ärztliche Berufsstand, dem es gelungen ist, in unserem Gesundheitswesen eine nahezu grenzenlose Definitionsmacht aufzubauen.

„Das spezifische Kennzeichen des Experten ist weder sein Einkommen noch seine lange Ausbildung, seine besondere Aufgabe noch seine soziale Stellung. Was einzig zählt, ist die Vollmacht des Experten, einen Menschen als Klienten oder Patienten zu definieren, die Bedürfnisse dieses Menschen zu bestimmen und ihm ein Rezept auszuhändigen, das seine neue gesellschaftliche Rolle definiert.“ (Illich 1979: 15)

Ivan Illich und Barbara Duden sehen im Zerfall der Ganzheit durch Spezialistentum und in den Heils- und Heilungsversprechungen der Medizin eine zentrale Ursache für die – entmündigende – Macht der Experten (Illich 1995; Duden 1996). Ihre eindringlichen Beschreibungen einer verlorengegangenen Kultur des Leidens (Illich 1991, 1995, 1999), auch einer verlorengegangenen Kultur der Geburt (Duden 1991, 1996, 1998, 2001) zeigen sehr deutlich, dass es sich bei den negativen Auswüchsen des Medizinbetriebs nicht eigentlich um Auswüchse, sondern um typische Merkmale des westlich industrialisierten Medizinsystems handelt. Die gravierendsten Mängel dieses Systems sind die Macht der Experten immer dann, wenn sie zu Entmündigung führt, die Technikgläubigkeit, die nicht selten Sinnfragen zur Seite drängt, und schließlich die großen Gewinnspannen, die auf dem Gesundheits- bzw. Krankheitsmarkt verdient werden können und die natürlich sowohl Therapievorschlüsse als auch den Einsatz von Apparaten und Medikamenten mitbestimmen.<sup>36</sup>

Illich greift mit seiner grundsätzlichen Kritik der modernen Medizin nicht nur in die Professionalisierungsdebatte ein, sondern er berührt vor allem auch ein grundsätzliches Menschheitsproblem, welches Max Horkheimer und Theodor W. Adorno als die „Dialektik der Aufklärung“ bezeichnet haben: Die Befreiung der Menschen aus der Ohnmacht gegenüber der unbegriffenen Natur schlägt um in neue Herrschaft über die eigene, zum Objekt gemachte Natur des Menschen.

„Der Mythos geht in die Aufklärung über und die Natur in bloße Objektivität. Die Menschen bezahlen die Vermehrung ihrer Macht mit der Entfremdung von dem, worüber sie Macht ausüben.“ (Horkheimer/Adorno 1971: 12)<sup>37</sup>

Illich seinerseits hat seine Kritik an der modernen Medizin in den 90er Jahren zu einer grundsätzlichen Ablehnung derselben radikalisiert. In seinem Aufsatz „Die Substantivierung des Lebens im 19. und 20. Jahrhundert - eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert“ mit dem Untertitel „Gesundheit in eigener Verantwortung: Danke, Nein!“ (1991) widerspricht Illich seinen eigenen Äußerungen aus „Medical Nemesis“ (1975/1995) über Gesundheit und Ver-

<sup>36</sup> Die frühen Professionstheoretiker gingen deshalb mehrheitlich davon aus, dass sich Profitorientierung und therapeutische Ethik (Gemeinwohlorientierung / collectivity orientation) gegenseitig ausschließen (Goode 1957, Wilensky 1964, vgl. auch Hesse 1972: 64ff). Diese Erkenntnis hatte jedoch weniger Einfluss auf die Entwicklung der medizinischen Profession als auf deren Ideologie.

<sup>37</sup> In ihrem Textstück „Widersprüche“ beschreiben Horkheimer und Adorno sehr eindrucksvoll mit den Mitteln eines fiktiven Dialogs zwischen zwei jungen Männern, in welche Widersprüche sich ein Mensch verwickelt, dem vor dem Arztberuf graut, der aber gleichwohl dem Fortschritt der Medizin nicht abgeneigt ist. Sein Gesprächspartner steht jedoch ebenfalls vor einem unlösbaren Dilemma: er versucht nämlich, mit dem Verweis auf die Praxis alle Widersprüche und Zweifel einfach auszumerzen. (Horkheimer/Adorno 1971: 212-214)



antwortung vehement und bezeichnet unser heutiges Leben nur noch als „Überleben im technischen System“ und als „Anpassung und Konditionierung an menschenfeindlich genetische, klimatische, chemische und kulturelle Wachstumsfolgen“ (Illich 1991: 230). Die Welt sei ausweglos geworden, und seine eigene frühere Vorstellung, Verantwortung in dieser „gemachten Welt“ zu übernehmen, sei eine Illusion gewesen (1991: 226). Um heute noch würdig leben zu können, müsse er (Illich) „entschieden auf Gesundheit und Verantwortung verzichten“ (1991: 229), Askese üben, die Kunst des Leidens erlernen. In Illichs Aufsatz „Pathogenese des Gesundheitswahns“ (1999) wird deutlich, dass er mit dem „Streben nach Gesundheit“, wie es in den industrialisierten Ländern praktiziert wird und das er so entschieden ablehnt, eine Unterwerfung unter eine nicht endende Diagnostik meint und vor allem auch den ärztlichen Irrglauben, die „Krankheit Alter“ zu heilen. In diesem Sinne plädiert er an die Medizin, Schmerz und Sterben zu akzeptieren und die Leidensfähigkeit als *condition humaine* anzuerkennen (Illich 1999: 3).

Das Dilemma der modernen Medizin, dass sie einerseits den Menschen hilft, ihre Ohnmacht gegenüber Krankheiten und Leiden zumindest zu mindern und sie zugleich einer neuen Herrschaft durch SpezialistInnen und medizinische Technik unterwirft, lässt sich allerdings nicht auflösen durch eine Rückkehr zu einem vormodernen Zustand, wie Illich es heute postuliert. Völlig aufzulösen ist dieses Dilemma allerdings auch durch eine Demokratisierung der Medizin nicht. Dennoch halte ich es für sinnvoll, an die frühere Forderung von Illich nach mehr Selbstbestimmung der Menschen, denen die moderne Medizin helfen soll, anzuknüpfen. Statt als sogenannte Laien in Abhängigkeit von den Fachleuten zu verharren, müssten die Menschen lernen, wieder frei zu entscheiden und die modernen Werkzeuge, die ihnen zur Verfügung stehen, bewusst zu verwenden. Illich bezeichnet dieses Geisteshaltung als das „Postprofessionelle Ethos“ (Illich 1979: 35). Auch in diesem Bild einer demokratisierten Medizin stehen sich ExpertInnen und Laien gegenüber; entscheidend ist jedoch, dass die Laien die Möglichkeit bekommen, selbst zu bestimmen, wie sie das Fachwissen der ExpertInnen, ihre Angebote professioneller Hilfeleistung und erst recht die Medizintechnologie nutzen wollen oder ob sie darauf verzichten möchten.

Damit die über weite Strecken verlorengegangene Ganzheit und Bedürfnisorientierung bei der Therapie und Pflege von kranken oder des Beistandes bedürftigen Menschen wieder hergestellt bzw. neu definiert werden kann, wäre allerdings nicht nur eine Emanzipation der passiven Laien, sondern auch eine grundlegende Um- und Neuorientierung des Gesundheitssystems selbst in Richtung Gemeinwohl und Menschlichkeit von Nöten. Denn sowohl die Lücken als auch die negativen Auswirkungen des medizinisch-technischen Menschenbildes sind offensichtlich und werden ja auch bereits seit Jahrzehnten - nicht nur von Illich - thematisiert und kritisiert.<sup>38</sup> In dem Zusammenhang bedürfen natürlich auch die Ausbildungen der im Gesundheitswesen Tätigen (inclusive der MedizinerInnen) einer grundlegenden

<sup>38</sup> In Deutschland fand diese Kritik u.a. ihren Ausdruck in der Gesundheitsbewegung, die in der Gründung von Gesundheitsläden, Gemeinschaftspraxen, Patientenkollektiven und Selbsthilfegruppen sichtbar wurde. Die Gesundheitstage (1980 in Berlin, 1981 in Hamburg, 1984 in Bremen, 1987 in Kassel, 2000 in Berlin) bildeten ein Diskussionsforum für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten und ihre KlientInnen (vgl. z.B. Gesundheitstag Berlin 1980: Dokumentation in 7 Bänden).

Für die aktuelle kritische Gesundheits-Debatte vgl.u.a.: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.) 1998, Göpel/Hölling 1999, Gesundheits-Akademie (Hg.) 2000; außerdem die 1976 gegründete Zeitschrift mit dem ironischen Titel „Dr. med. Mabuse“, die als kritisches Fachschaftsblatt von Medizinstudenten begann, sich inzwischen aber längst zur interdisziplinären Zeitschrift im Gesundheitswesen gewandelt hat. Des weiteren setzt sich seit 1980 die BUKO-Pharma-Kampagne (Bielefeld) kritisch mit der Pharma-Industrie hier und in aller Welt und der „Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)“ mit egoistischem Standesgebahren und der Alternative eines patientenzentrierten demokratischen Gesundheitswesens auseinander (z.B. vdää et al. 1998) auseinander.

Auch die jungen Wissenschaftszweige der Gesundheitsfachberufe konfrontieren sich allesamt mit dem biomedizinischen Menschenbild und seinen blinden Flecken, angefangen mit den ersten Pflegewissenschaftlerinnen in den USA in den 50er Jahren (vgl. Meleis 1997: 19).

Reformierung, wie dies in Bezug auf den Hebammenberuf in Kapitel 7 der vorliegenden Arbeit erläutert wird.

## 6.5 Die feministische Debatte um Professionalisierung und Geschlechterhierarchie

Bevor in der Bundesrepublik Deutschland feministische, *explizit* professionssoziologische Arbeiten erschienen, begann Ende der 70er Jahre zunächst eine Debatte um die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in der Gesellschaft, um die Besonderheit der Hausarbeit, um die sog. hausarbeitsnahen Berufe und um das von Elisabeth Beck-Gernsheim und Ilona Ostner in die Diskussion gebrachte „weibliche Arbeitsvermögen“.

„Mit dem Konzept des ‚weiblichen Arbeitsvermögens‘ reagierten wir (Beck-Gernsheim 1976, Beck-Gernsheim/Ostner 1978, Ostner 1978) in den 70er Jahren kritisch auf die ‚Erwerbszentrierung‘ sozialwissenschaftlicher Erklärungsansätze: dass der Markt und marktförmige Arbeit Vorrang vor allen anderen Arbeits- und Beziehungsformen haben. Dieser Bias produzierte zwangsläufig die Vorstellung von Frauen als nicht oder nur hinlänglich arbeitenden Personen, folglich ihre ökonomische Nichtexistenz und die Unsichtbarkeit ihrer gesellschaftlich nützlichen und wichtigen Leistungen.“ (Ostner 1991: 195)

Die beiden Autorinnen beschrieben die unbezahlte Hausarbeit und die mit der traditionellen Frauenrolle verbundene Beziehungs- und Versorgungsarbeit überhaupt erst einmal als Arbeit. Sie waren bestrebt, diese von Frauen geleistete Arbeit aus dem Schatten der Nicht-Arbeit herauszuholen und damit aufzuwerten. Mit „weiblichem Arbeitsvermögen“ waren zum einen die bei vielen Frauen zu beobachtenden Fähigkeiten gemeint, die zur Bewältigung eines von den vielfältigsten Anforderungen geprägten Familienlebens notwendig sind. Zum anderen war der Begriff auch ein Versuch, das bis dahin eher als defizitär beschriebene „weibliche Berufsverhalten“, also das vom „männlichen Berufsverhalten“ unterscheidbare Verhalten von Frauen im Berufsleben, neu zu fassen (Ostner/Krutwa-Schott 1981: 90, 98f; Ostner 1991: 199).

Wetterer stellt hierzu aus dem Rückblick fest, dass der wesentliche Beitrag von Beck-Gernsheim und Ostner auf dem Gebiet der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung darin bestanden habe, der Defizitbestimmung von Frauenarbeit die Betonung der *Differenz* zwischen Männer- und Frauenarbeit entgegengesetzt zu haben. Die frauenpolitische Konsequenz aus dieser Analyse sei gewesen, sich mit ausdrücklicher Betonung dieser Differenz für die Gleichheit und Gleichberechtigung der Geschlechter einzusetzen (Wetterer 1992: 15). Das Konzept des „weiblichen Arbeitsvermögens“ trug Ostner und Beck-Gernsheim aber auch viel Kritik ein, weil es an den traditionellen Bipolaritäten männlich versus weiblich, sachlich/strukturiert/wissenschaftlich versus einfühlsam/geduldig/intuitiv, Berufsarbeit versus Hausarbeit usw. festhält und damit zur Zementierung von Geschlechtsstereotypen beiträgt, statt sie auch als Formen der Herrschaft von Männern über Frauen zu hinterfragen (u.a. Rabe-Kleberg 1987, Knapp 1988, Krüger 1990, Wetterer 1992, Teubner 1992, Costas 1992).

Es bleibt zwar das Verdienst der beiden Autorinnen, die unsichtbare und unbezahlte Familien- und Hausarbeit von Frauen beschrieben, als gesellschaftlich notwendige Arbeit benannt und vor allem die dafür notwendigen Kompetenzen erstmals als wirkliches Können - statt als Selbstverständlichkeit - dargestellt zu haben. Problematisch wird ihre Analyse allerdings auch und gerade in ihrer Anwendung auf den Krankenpflegeberuf, also auf einen Beruf, den Etzioni als semi-professionell bezeichnet und der speziell in Deutschland als reiner Frauenberuf in der Tradition des christlich motivierten Dienens einerseits und der totalen Abhängigkeit von der männlich dominierten Medizin andererseits steht.<sup>39</sup> In ihrer bekannten Studie „Mitmenschlichkeit als Beruf“ (1979) ist es Ostner und Beck-Gernsheim zwar auf eindrucksvolle Weise gelungen, die Grenzverwischung zwischen Hausarbeit und Fürsorge im privaten Bereich und Arbeitsinhalten der beruflichen Pflege nachzuzeichnen und damit auch eine

<sup>39</sup> Vgl. zur Geschichte der Krankenpflege u.a.: Sticker 1960, 1984, 1986, Ostner/Krutwa-Schott 1981, Bischoff 1984, Steppe 1985, 1988, Kruse 1987, Wanner 1987/1993, Brenner 1994.

Kernproblematik dieses Berufs zu benennen. Piechotta (2000) kritisiert jedoch zu Recht, dass die beiden Autorinnen<sup>40</sup> schlussfolgernd nicht etwa Forderungen in Richtung Kompetenzentwicklung und Verberuflichung formuliert, sondern im Gegenteil immer wieder vor einer weiteren Verberuflichung, gar Professionalisierung der Krankenpflege gewarnt hätten, weil

„... sie die Patienten/-innen als potentielle Opfer (sehen), die im Gefüge einer professionalisierten Medizin und einer beruflichen/professionalisierten Pflege endgültig ihres Menschseins, der subjektiven Zuwendung ‚beraubt‘ würden und schließlich nur noch Objekt genau ab- und eingegrenzter Expertenaufgaben wären.“ (Piechotta 2000: 34)

Eine menschlich zugewandte und dennoch als Berufsarbeit organisierte Pflege<sup>41</sup> erscheint Ostner und Beck-Gernsheim offenbar als Widerspruch in sich, sehen sie doch wesentliche Bestandteile des „weiblichen Arbeitsvermögens“ wie Geduld, Einfühlungsvermögen und Freundlichkeit als „eigentlich nicht lernbare, eher personengebundene Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen“ (1979: 52). So wendet sich Ostner an anderer Stelle sogar kritisch gegen die Anhebung der schulischen Eingangsvoraussetzung auf das Niveau der mittleren Reife, weil sie meint, die mittlere Reife „verlängere die Wirklichkeitsferne des Erwachsenwerdens junger Menschen“ und die „ausgebildete Fähigkeit“ gewänne so „Übergewicht vor der persönlichen Befähigung zum Beruf“ (Ostner/Krutwa-Schott 1981: 177)<sup>42</sup>. Dem hält Piechotta entgegen,

„... dass es zwar einer Bereitschaft und persönlicher Fähigkeiten für den täglichen, intensiven, körperlichen, emotionalen und sozialen Umgang mit kranken und alten Menschen bedarf, dass aber Motivation und persönlichkeitsgebundene Eigenschaften, wie sie im ‚weiblichen Arbeitsvermögen‘ gefasst werden, inhaltlich nicht ausreichend sind, damit Pflegenden den diffizilen und qualifikationsfordernden Situationen im Berufsalltag adäquat und langfristig begegnen können.“ (Piechotta 2000: 17)

Von einem Teil der Pflegenden, aber auch von manchen Hebammen oder Wissenschaftlerinnen, die den Hebammenberuf beforschen, wird das Konzept des „weiblichen Arbeitsvermögens“ jedoch trotz seiner gravierenden theoretischen Schwächen, trotz seiner nahezu erdrückenden Zuschreibung von angeblich weiblichen Eigenschaften und grenzenlosen Fähigkeiten und trotz seiner grundsätzlichen Ablehnung von Höherqualifizierung und Professionalität immer wieder relativ unkritisch aufgegriffen.<sup>43</sup> Zu erklären ist dies vielleicht damit, dass der Rückgriff auf Fähigkeiten, die dem eigenen Geschlecht zugeschrieben werden können (die also scheinbar sicher sind), Linderung verschafft angesichts der vielfältigen narziss-

<sup>40</sup> Auch Ostner gemeinsam mit Krutwa-Schott in der Studie „Krankenpflege – ein Frauenberuf?“ (1981).

<sup>41</sup> Vgl. hierzu die Studie von Gudrun Piechotta mit dem provokanten Titel „Weiblich oder kompetent?“ (2000), in der die Autorin herausarbeitet, dass es sich bei den Fähigkeiten, die Pflegenden für eine gleichermaßen fachlich versierte wie patientengerechte Pflege brauchen, sehr wohl um Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen handelt, die erlernbar sind und vor allem auch gezielt erlernt werden sollten (vgl. u.a. 39ff, 201ff).

Vgl. auch Stiegler (1994), die in ihrem Aufsatz „Berufe brauchen kein Geschlecht“ engagiert gegen die Zuschreibung des „weiblichen Arbeitsvermögens“ und für eine differenzierte Beschreibung sozialer Kompetenzen sowie für ihre Aufwertung und gezielte Einbeziehung in die berufliche Ausbildung von Gesundheits- und Sozialberufen plädiert.

<sup>42</sup> Ostner hat ihre Position in Bezug auf das „weibliche Arbeitsvermögen“ nicht revidiert und auch keine weiteren Untersuchungen zur Krankenpflege oder anderen Gesundheitsfachberufen vorgelegt; deshalb beziehe ich mich hier – wie auch Piechotta – hauptsächlich auf ihre Grundlagentexte vom Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre. In einem Aufsatz von 1991 verteidigt Ostner sogar noch einmal das „weibliche Arbeitsvermögen“ als „historische Wirklichkeit, die bis in die Gegenwart reicht“ (Ostner 1991: 200). Ihr Fazit lautet: „Frauen sind mehr und anders als Männer ‚doppelt vergesellschaftet‘: immer noch zuerst faktische und potentielle Sorgerinnen, dann alles andere.“ (205)

<sup>43</sup> Vgl. hierzu für den Hebammenberuf z.B.: Tew 1992: 77; Symon 1996: 544; Krohn-Devold 1997: 166ff. Vor einer unkritischen Übernahme des Konzepts des weiblichen Arbeitsvermögens und der damit verbundenen bipolaren Aufteilung der (Berufs-)Welt in männlich und weiblich warnen in Bezug auf den Hebammenberuf: Symonds/Hunt 1996: 194ff; Duden 1997: 3f; Fuhr 2000: 73ff.

tischen Kränkungen, die die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe laufend durch die medizinische Profession und auch dadurch erfahren, wie sie in weiten Teilen der Bevölkerung wahrgenommen werden. Eine Überhöhung des „weiblichen Arbeitsvermögens“ ist also nichts anderes als das Gegenstück zur historisch überlieferten und auch aktuell erlebten Erniedrigung, also die Kehrseite ein und derselben Medaille.

In der feministisch-soziologischen Diskussion um die gesellschaftliche Stellung von Frauenberufen und um Professionalisierungsprozesse wird daher seit ca. zwei Jahrzehnten ein grundsätzlich anderer Weg eingeschlagen.

Zunächst wurde die Arbeitswelt von Frauen und die Bewältigungsstrategien ihrer Doppelbelastung untersucht,<sup>44</sup> mit dem Ergebnis, dass Frauen keineswegs nur über das sog. „weibliche Arbeitsvermögen“ verfügen oder nur „weibliche Eigenschaften“ einsetzen, sondern dass die objektive Doppelbelastung zu einer subjektiven Doppelerorientierung und zur *Integration widersprüchlicher Anforderungen* führt (Wetterer 1992: 18). Krüger fasst diese Differenzierung der Kompetenzen, die Frauen am beruflichen wie am häuslichen Arbeitsplatz einsetzen, folgendermaßen zusammen:

„Diese Integrationsfähigkeit verlangt ein in sich höchst widersprüchliches Arbeitsvermögen, d.h. den Umgang mit komplexen Anforderungsstrukturen, die sowohl zweckrationale als auch bedürfnisorientierte, lineare und zyklische Zeitgestaltung, Zweck-Mittel-Kontinuität und unplanbare Unterbrechungen miteinander verbinden können muss, kurz: das in sich zugleich vereinen muss, was begrifflich als weibliches und männliches Arbeitsvermögen auseinandergenommen ist.“ (Krüger 1990: 144)

Von dieser Analyse ist es nur noch ein vergleichsweise kleiner Schritt zur Ablehnung der bipolaren Geschlechtersicht und zur Wahrnehmung und auch Analyse der Vielzahl von Unterschieden und Ähnlichkeiten im Arbeitsvermögen, im Arbeitsverhalten und auch allgemein im gesellschaftlichen Umgang von Männern und Frauen miteinander. In Anbetracht dieser Vielfalt kann der biologistischen Sichtweise, die die gesellschaftliche Realität im Patriarchat mit dem biologischen Unterschied hinreichend erklärt sieht, eine deutliche Absage erteilt werden, und der Blick der Soziologin wird auf das Phänomen gelenkt, das seit Jahren als „doing gender“ (auf deutsch: „Vergeschlechtlichung“) bezeichnet wird (Wetterer 1992: 26).<sup>45</sup> Auf die diesbezügliche, mittlerweile umfangreiche Theoriebildung der vergangenen zwei Jahrzehnte kann hier nicht detailliert eingegangen werden. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass es bei dem Konzept des „doing gender“ darum geht, herauszuarbeiten, wie es zu den geschlechtsstereotypen Zuschreibungen von Eigenschaften und Fähigkeiten gekommen ist und immer noch kommt und wie die Geschlechterhierarchie immer wieder neu reproduziert wird. Die Gender-Forschung widmet sich außerdem zunehmend der Frage,

„... ob nicht der überaus einfache bipolare Code der Zweigeschlechtlichkeit angesichts der realen Komplexität gegenwärtiger sozialer Differenzierung ein Stück weit dysfunktional geworden ist, ob es also nicht allmählich an der Zeit wäre, das ‚sonstwo‘, in dem die Geschlechterdifferenz qua Analogiebildung verankert ist, in der Gesellschaft zu lokalisieren und damit als veränderbar zu begreifen.“ (Wetterer 1992: 35)

<sup>44</sup> Vgl. z.B. die Untersuchungen von Becker-Schmidt et al. zur Arbeitswelt und Familienarbeit von Fabrikarbeiterinnen (1983, 1984).

<sup>45</sup> Es geht hier nicht darum, zu behaupten, das biologische Geschlecht, spiele im gesellschaftlichen Zusammenleben *überhaupt keine Rolle*. Aber der biologische Unterschied spielt eben nur *eine* Rolle und sollte nicht länger für Zuschreibungen herhalten, mit deren Hilfe fast alle gesellschaftlichen Vorgänge geschlechtsspezifisch segmentiert werden.

Auf einer anderen Ebene allerdings spielt der biologische Unterschied zwischen Männern und Frauen vielleicht sogar eine wesentlich größere Rolle als gemeinhin diskutiert wird, nämlich auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin und pränatalen Diagnostik. Hier drängt sich zuweilen der Eindruck auf, dass der männlich dominierte Berufsstand der Gynäkologen und Fortpflanzungsmediziner den Frauen zumindest auf der kulturell-symbolischen Ebene ihr Monopol der Gebärfähigkeit streitig machen will. (vgl. hierzu auch Schindele 1990 sowie Duden 1991 und 1996 zur Symbolkraft der bildgebenden Verfahren)

So umschreibt Wetterer den Wandel in der Sichtweise feministischer Sozialforscherinnen auch als die Entwicklung von der „Sehnsucht nach der Differenz in der Gleichheit“ zur „Sehnsucht nach der Vielfalt jenseits der Differenz“ (Wetterer 1992: 37).

Für die Berufsgruppe der Hebammen und für die anderen Gesundheitsfachberufe ist die Problematik der Geschlechterdifferenz und der mit der Geschlechterhierarchie verbundenen Machtausübung jedoch noch keineswegs dadurch gelöst, dass sich die hier angesprochene Vielfalt längst auch in der Welt der Gesundheitsfachberufe und in der Medizin widerspiegelt. So gibt es beispielsweise nicht nur zahlreiche Ärztinnen, Krankenpfleger, Physiotherapeuten usw., die schon qua biologischem Geschlecht das Klischee vom männlichen Arzt und der weiblichen Krankenschwester, Krankengymnastin usw. durchbrechen, sondern auch bei den einzelnen Individuen beiderlei Geschlechts finden sich die unterschiedlichsten Arbeitsverhalten, Fähigkeiten, Stärken und Schwächen, die sich nicht ohne weiteres in das Schema weiblich-männlich pressen lassen. Gleichwohl spielt im hierarchischen Verhältnis der Medizin zu den Gesundheitsfachberufen der Geschlechteraspekt eine große Rolle. Denn historisch betrachtet war der Aufstieg der Medizin zur Profession zum einen direkt an den Ausschluss von Frauen vom Medizinstudium und vom Arztberuf gekoppelt, zum anderen an die Degradierung bestehender Frauenberufe wie dem Hebammenberuf (ab dem Mittelalter) sowie an die Schaffung neuer Assistenzberufe wie der beruflichen Krankenpflege (im 19. Jahrhundert) oder der von Chirurgen ins Leben gerufenen Heilgymnastik (Anfang des 20. Jahrhunderts).<sup>46</sup>

Wetterer weist daher darauf hin, dass die festgefügte Geschlechterrollenzuschreibung der Berufe im Gesundheitswesen keineswegs von Anfang an so feststand, wie Etzioni (1969) das in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wahrgenommen haben mag (Wetterer 1993: 50). Im Gegenteil: Die Etablierung der medizinischen Profession ging mit der sozialen Schließung gegenüber Frauen einher. Bis ins 19. Jahrhundert hinein war der Markt für medizinische Dienstleistungen und akademisch ausgebildete Ärzte sehr begrenzt, während ein großer Teil der später den Berufen im Gesundheitswesen zugeordneten Tätigkeiten (Pflege der Kranken im weitesten Sinne und Geburtshilfe) nach Wetterer als „Domäne der Frauen“ (1993: 60) bezeichnet werden kann. Durch Verbündung mit Staat und Kirche gelang es dem aufstrebenden Berufsstand der Mediziner, sich das Recht, heilend tätig zu sein, exklusiv zu sichern. Ex post wurde dann zunehmend die mangelnde (wissenschaftliche) Qualifikation von Frauen und ihre fehlende persönliche Eignung als Begründung für die Schließung angeführt, wobei die geschlechtsspezifische Zuschreibung von weiblichen Eigenschaften um so dringender als Argumentation für eine Nicht-Eignung von Frauen zum Arztberuf herhalten musste, je mehr es Frauen gelang, die akademischen Barrieren zu überwinden (Wetterer 1993: 64).

Heutzutage, zu Zeiten formaler Gleichberechtigung und Chancengleichheit, wirkt diese soziale Schließung wesentlich subtiler und auch längst nicht mehr vollständig. Allerdings bestehen auch heute noch Diskrepanzen zwischen hohen Qualifikationen von Frauen und ihren tatsächlichen beruflichen Chancen. Rabe-Kleberg, Wetterer und Kuhlmann konnten nicht nur nachweisen, dass auch hochqualifizierte Frauen nicht dieselben beruflichen und Aufstiegschancen haben wie Männer,<sup>47</sup> sondern auch belegen, dass Berufe, je nach ihrer Zuschreibung zum männlichen oder weiblichen Geschlecht unabhängig vom Ausbildungsniveau Statusgewinne bzw. -verluste zu verzeichnen haben.<sup>48</sup>

<sup>46</sup> Vgl. u.a. Frevert 1982, Witz 1992, Costas 1992, Wetterer 1993; siehe auch das Original-Zitat zur Nicht-Eignung von Frauen zum Medizin-Studium in Fußnote 27.

Zur Geschichte des Hebammenberufs und der Krankenpflege vgl. die Fußnoten 10 und 39.

Zur Geschichte der Krankengymnastik: Schewior-Popp 1994, Hüter-Becker 1997.

<sup>47</sup> Vgl. z.B. Rabe-Klebergs Aufsatz „Geschlechterverhältnis und Bildung: Über das Ende einer Illusion“ (1990); den von Angelika Wetterer herausgegebenen Sammelband: „Profession und Geschlecht – Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen“ (1992); die Studie von Ellen Kuhlmann über die Zahnmedizin: „Profession und Geschlechterdifferenz“ (1999).

<sup>48</sup> Vgl. Wetterer 1995b: 230f, u.a. zum Beruf der Röntgenassistentin bzw. des Röntgentechnikers; auch Witz 1992: 168-191 zu den radiologischen Berufen.

Im Fall der Hebammen, pflegenden und heilkundigen Frauen ging es jedoch nicht wie bei der Auseinandersetzung um das Medizinstudium um den Ausschluss von Frauen von einer akademischen Laufbahn, sondern um die Unterordnung dieser Tätigkeitsfelder unter die ärztliche Profession und um eine gezielte Steuerung ihrer Verberuflichungsprozesse. Der naturwissenschaftlich ausgebildete männliche Arzt wurde zum Maßstab der Heilkunst erhoben, und die nachgeordneten Berufe erhielten eine von den Medizinern kontrollierte, kurze Ausbildung und den Status von Helferinnen. Hierzu noch einmal Albert Ende des 19. Jahrhunderts, dessen Vorschläge zur Einbindung von Hebammen in die Gesundheitsversorgung – wären sie so verwirklicht worden - sogar zur Abschaffung des Hebammenberuf geführt hätten:

„Ich denke mir, dass ein vorbereitendes Studium die Vorkenntnisse aus Physik, Chemie, Anatomie, Physiologie und Hygiene zu begründen hätte. Darauf hätte ein theoretisch praktischer Unterricht in den Elementen der Medicin, der Chirurgie, der Geburtshilfe und Gynäkologie zu folgen. Bei diesem Unterrichte wären die Candidatinnen als Wärterinnen an den betreffenden Abtheilungen zu verwenden, so dass hiedurch auch die Wärterinnen-Misère eine gewisse Abhilfe erlangen würde. (...)

Das Verhältniß der so ausgebildeten Gehilfen oder Heilfrauen zu den Ärzten wäre analog zu gestalten, wie es das Verhältnis der bisherigen Hebammen zum Arzte ist. So wie hier eine Instruction die Wirksamkeit abgrenzt, so wäre auch bei der künftigen Organisation dieses Dienstes genau zu normiren, wie weit die Heilfrau im Falle der Noth unmittelbar eingreifen darf, bevor der Arzt anlangt (Unfälle, plötzliche Erkrankungen, Vergiftungen u. dgl.).

Unter weiterer Ausgestaltung des Sanitätsdienstes wäre dann bei uns von Seite der Landesverwaltungen zu normiren, dass vor Allem an Stelle der Hebammen Heilfrauen zu treten haben, es wäre ihr Amtssitz in den Sanitätsbezirken zu bestimmen und für ihren Lebensunterhalt ein Betrag von Bezügen zu fixieren.“ (Albert 1895: 36f)

Die Verberuflichung von Gesundheitsberufen in weitgehender Abhängigkeit von der medizinischen Profession führte dann dazu, dass diese Berufe ein knappes Jahrhundert später auf Grund ihres nicht akademischen Wissens und ihres eingeschränkten Tätigkeits- und Verantwortungsbereichs von Etzioni (1969) die Bezeichnung „Semi-Professionen“ erhielten. Während Etzioni noch keine Konsequenzen aus seiner Beobachtung zog, dass es sich bei den Semi-Professionen gleichzeitig um reine Frauenberufe handelt, versucht Rabe-Kleberg 1997 mit ihrem Aufsatz „Professionalität und Geschlechterverhältnis“ der Frage „Was ist ‚semi‘ an den traditionellen Frauenberufen?“ auf den Grund zu gehen.

Nach Rabe-Kleberg tut es Not, sich aus der Diskussion um die historisch gewachsenen Professionen, ihre Merkmale und Privilegien zu lösen und vielmehr (wie schon Abbott 1988) bei der Betrachtung von Professionen *deren Arbeit* in den Mittelpunkt der Analyse zu stellen:

„Diese Fokussierung der Arbeit als zentral für die Entwicklung von Professionen ist deshalb wichtig, weil es so möglich wird, die spezifische Weise des professionellen Umgangs mit bestimmten Problemen in der Arbeit mit der in Frauenberufen zu vergleichen, Ähnlichkeiten, Gemeinsamkeiten oder auch Abhängigkeiten festzustellen, ohne dass ein Zugang zu der Frage durch die Vorwegnahme einer normativen Defizitdefinition, wonach Frauenberufe im professionellen Kampf um Privilegien sowieso nicht mithalten könnten, verstellt wäre.“ (Rabe-Kleberg 1997: 289f)

Rabe-Kleberg betont außerdem (wie schon Daheim 1992), dass das Zuständigkeitsmonopol der ärztlichen Profession heute zunehmend kritisch betrachtet wird, nicht zuletzt von den Laien (also den AbnehmerInnen der medizinischen Dienstleistungen) selbst, die durch ihr höheres Bildungsniveau anders als früher in der Lage sind, Therapien zu hinterfragen (Rabe-Kleberg 1997: 291). Außerdem sei professionelle Fallarbeit wegen der Komplexität der Problemlagen zunehmend auf Kooperation mit anderen Professionen und Berufsgruppen angewiesen: so entstünden „Sphären der Diffusion gegenüber professioneller Kontrolle“ (292). Weiter führt Rabe-Kleberg aus, dass personale Dienstleistung, wie sie alle Gesundheitsberufe inklusive der ÄrztInnen erbringen, eine „Arbeit unter Ungewissheitsstrukturen“ und „unsteig und wenig standardisierbar“ sei, zu einem großen Teil aus Interaktionsprozessen bestehe und Gefühlsarbeit im Rahmen von Erwerbsarbeit erbringe (293).

„... das Problem der Diffusion und der daraus resultierenden Bedrohung der Klassifizierung der Dienstleistungsberufe in ihrem professionellen Charakter (lässt sich jedoch) nicht als eine Folge

der Zuweisung dieser Arbeit an Frauen, sondern als ein grundsätzlich wenn nicht zu lösendes, dann in seinen Widersprüchen zu balancierendes Konstitutionsproblem von personalen Dienstleistungsberufen (darstellen). Dienstleistung – als Arbeit in Ungewissheit gekennzeichnet – bedarf gerade wegen dieser Struktur der Professionalität, sie ist nicht unter vor-modernen Strukturbedingungen zu erbringen.“ (Rabe-Kleberg 1997: 294)

Für Rabe-Kleberg wird also die *Professionalität* des therapeutischen oder pflegerischen Handelns zum zentralen Bezugspunkt. Diese sei nur zu erreichen, wenn die Berufsangehörigen stets „einen Überschuss an Qualifikationen in Reserve“ halten und „auch dauernd neue Kompetenzen generieren“ würden (Rabe-Kleberg 1997: 295). Für sie stellt sich die Frage nach der professionell zu erbringenden Dienstleistung nicht mehr in den Kategorien Semi- oder Voll-Profession (geschweige denn nach angeblich weiblichen oder männlichen Fähigkeiten), sondern danach, inwieweit professionell Handelnde befähigt werden, Verantwortung für ihr Handeln (unter Ungewissheitsstrukturen) zu übernehmen, und inwieweit ihnen auch Raum gelassen wird, Verantwortung zu tragen und Entscheidungen zu treffen. Als klassischen Double-bind, in dem die traditionellen Frauenberufe oft stehen, bezeichnet Rabe-Kleberg die Situation, keine Entscheidungen treffen zu dürfen, moralisch aber doch mitverantwortlich zu sein (297).

Oevermanns Theorie des professionellen Handelns schließt logisch insofern direkt an Rabe-Klebergs Überlegungen zur Professionalität an, als Oevermann (1997) sehr einleuchtend darlegt, welche *Kompetenzen* die therapeutischen und pflegerischen Berufe für ihr *berufliches Handeln* benötigen. Auf die Thematik der Geschlechterhierarchie in der Arbeitswelt und im Ausbildungssystem geht Oevermann allerdings mit keinem Wort ein, im Gegenteil: Er trägt seine Thesen scheinbar geschlechtsneutral vor und blendet damit einen wichtigen Aspekt der gesellschaftlichen Realität, nämlich das „doing gender“ mit seinen sämtlichen Konsequenzen vollständig aus. Seine Thesen zum Professionalisierungsbedarf der therapeutischen Berufe weisen trotzdem in die richtige Richtung und sollen deshalb im Folgenden ausführlich rezipiert werden.<sup>49</sup>

Der Abbau von professionspolitischen Barrieren (Piechotta 2000) und die damit verknüpfte Möglichkeit einer Lösung des Geschlechterkonflikts auf dem beruflichen Sektor werden zwar nicht automatisch durch Qualifikation und den Erwerb von Kompetenzen herbeigeführt, eine kompetente Antwort auf beruflich zu lösende Probleme ist jedoch Voraussetzung und Fundament für berufsständische Forderungen, die sich z.B. auf den gesellschaftlichen Einfluss, die Entscheidungsbefugnisse oder das Einkommen einer Berufsgruppe beziehen. Mit anderen Worten: Das professionelle Handeln allein macht zwar nicht die ganze Professionalisierung aus, es ist jedoch ihr Herzstück.

---

<sup>49</sup> Oevermann spricht in seiner theoretischen Skizze des therapeutischen Arbeitsbündnisses ausschließlich vom Arzt, Therapeuten, Klienten, Patienten usw., obwohl das Arbeitsbündnis von der Sache her kein geschlechtsspezifisches Konzept ist und daher sehr gut auch auf Ärztinnen, Hebammen, Physiotherapeutinnen und ihre Klienten *und* Klientinnen übertragen werden kann. Gleichwohl halte ich mich – wie bereits im Vorwort erwähnt - bei der direkten Wiedergabe von Oevermanns Theorie im folgenden Abschnitt an *seinen* Sprachstil, weil eine quasi korrigierende sprachliche Einbeziehung beider Geschlechter den Ductus seines Textes verfälscht hätte.

## 6.6 Oevermanns Theorie des professionalisierten Handelns im Arbeitsbündnis

Der Frankfurter Soziologe Ulrich Oevermann hat 1996 eine von ihm selbst als radikalisiert bezeichnete Professionalisierungstheorie vorgelegt<sup>50</sup>, mit der er die klassische Professionentheorie wiederbeleben und gleichzeitig ihre analytischen Defizite überwinden will (Oevermann 1997: 70f). Im Mittelpunkt seiner Theorie stehen nicht einzelne Merkmale von Professionen, sondern das *professionelle Handeln*. Den Kern professionellen Handelns bildet - bezogen auf die therapeutischen Berufe - das *Arbeitsbündnis* (115ff).

„Der klassischen Professionalisierungstheorie fehlt diese Fundierung im Modell des Arbeitsbündnisses. Deshalb bleibt sie auch gegenüber den bloß ideologiekritischen Betrachtungen von professionalisiertem Handeln und von Professionen als überkommenen Privilegienausformungen und ständischen Relikten angreifbar.“ (Oevermann 1997: 134)

Dieses Arbeitsbündnis wird im Folgenden ausführlich dargestellt, weil es sehr gut geeignet ist, die Anforderungen an den Hebammenberuf (und auch an andere Gesundheitsfachberufe) - wenn auch auf sehr abstrakter Ebene - zu formulieren.

### 6.6.1 Theoretische Herleitung

Nach Oevermann ist professionelles Handeln wissenschaftlich begründetes Problemlösen in der Praxis, wobei Wissenschaft und Praxis gleichwertig und gleich wichtig sind. Die fundierte Begründung stellt die Voraussetzung für eine gute Praxis dar. Oevermann vertritt die These, dass erfahrene und erforschte Wissen ohne wissenschaftliche Theoriebildung nicht systematisiert und weitergegeben werden kann; der Ort der Bewährung, der Realisierung dieses Wissens sei jedoch nicht der wissenschaftliche Diskurs, sondern die daraus resultierende Praxis. (Oevermann 1997: 80, 124)

Eine Vermittlung zwischen Theorie und Praxis findet also in der professionellen Handlung selbst statt, das heißt auf der lebenspraktischen Ebene einer Entscheidung oder Problemlösung im Rahmen einer therapeutischen Klientenbeziehung. Ohne professionell Handelnde kann es demnach keine Verknüpfung von Theorie und Praxis geben (Oevermann 1997: 79f).

Diese enge Beziehung zwischen Wissenschaft und Berufspraxis als Grundlage professionellen Handelns basiert jedoch gleichzeitig auf einer weitgehenden gegenseitigen Autonomie von Theorie und Praxis: Für die Forschung reklamiert Oevermann eine größtmögliche Freiheit und die Unabhängigkeit von partikularen Interessen und vom Zwang der Praxisrelevanz. Umgekehrt müsse für die Praxis gelten, dass sie autonom bleibt in ihren Entscheidungen, dass die Wissenschaft in der Praxis nicht direkt zuständig ist, die Verantwortung für die professionelle Handlung also in den Händen der Praktiker liegt. (Oevermann 1997: 102ff)<sup>51</sup>

<sup>50</sup> Oevermann, Ulrich: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns, in: Combe/Helsper (1997): 70-182.

Seit Ende der 70er Jahre kursierten Manuskripte und Transkripte von Oevermann zur Professionalisierungsthematik, die jahrelang von etlichen AutorInnen in Ermangelung einer regulären Veröffentlichung als Quelle genutzt wurden (z.B. bei Stichweh 1992, Wetterer 1993, Bals 1995a, Weidner 1995a+b). Da mit dem oben angegebenen Text von 1996 die neue Oevermann'sche Theorie nunmehr als Ganzes vorliegt, beziehe ich mich im Folgenden nur auf diesen Text, der 1999 bereits ein drittes Mal unverändert aufgelegt wurde.

<sup>51</sup> Oevermann geht sogar so weit, der Praxis allein die ethische Kompetenz und Verantwortlichkeit für die Anwendung (natur-)wissenschaftlicher Erkenntnisse anzulasten. Die Theoriesprache der Naturwissenschaft könne Praxisprobleme zwar - technologisch reduziert - formulieren, die Entscheidungskrise selbst jedoch nicht bewältigen. Somit ende sie genau da, wo die professionalisierte therapeutische Praxis beginne (Oevermann 1997: 138f).

So kritisiert Oevermann auch die Forderung nach ethischer Selbstbeschränkung von Forschung angesichts der Gefahr des „Missbrauchs der ungeheuren technologischen Anwendungsmöglichkeiten“ (Oevermann 1997: 107), weil dies in grundsätzlicher Weise die Offenheit der Zukunft verschließen (ebd.) und der Autonomie und Wertneutralität („Interesselosigkeit“) von Wissenschaft wi-



Das Verhältnis von Theorie und Praxis ist nach Oevermann also ein dialektisches: die Wissenschaft kann der Praxis keine Handlungsanweisungen erteilen, dennoch bildet sie die Grundlage für das berufliche Handeln der Praktiker, weil diese ihr Handeln begründen müssen. Umgekehrt wird diese Begründungsverpflichtung in die Wissenschaft zurückgespiegelt, weil es Aufgabe der Wissenschaft ist, Probleme und Phänomene zu bearbeiten und zu erforschen, die in der Praxis auftreten. Diese Rückspiegelung der Praxis in die Wissenschaft *kann* durch ein und dieselbe Person erfolgen, wenn z.B. ein praktizierender Arzt eine Fallgeschichte in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift vorstellt oder wenn er selbst eine Studie durchführt und deren Ergebnisse veröffentlicht. Aber auch die Weitergabe der Fragestellung an wissenschaftlich arbeitende Kollegen ist dieser Begründungsverpflichtung geschuldet, die sogar rückwirkend gilt; gerade aus dem therapeutischen Handlungszwang heraus gefällte Entscheidungen bedürfen der nachträglichen Reflexion und Begründung, ggf. sogar Revision und können neue Forschungsfragen aufwerfen (Oevermann 1997: 124, 131f).

Mit dieser Beschreibung des Verhältnisses von Wissenschaft und Praxis befindet sich Oevermann grundsätzlich noch im Einklang mit den Theoretikern vergangener Jahrzehnte, die ebenfalls betonten, dass sich Professionen von reinen Wissenschaften auf der einen Seite und von einfachen Berufen auf der anderen Seite dadurch unterscheiden, dass sie wissenschaftlich begründet handeln und außerdem das Professionswissen ständig durch Forschung und Reflexion der Praxis weiterentwickelt wird.

### 6.6.2 Definition des Arbeitsbündnisses

Neu an Oevermanns Professionalisierungstheorie ist die Hervorhebung der *Interaktion mit den Klienten*;<sup>52</sup> er sieht die Professionellen in ihrer Funktion als Krisenbewältiger zwar in der Tradition von Heilern und Priestern (Oevermann 1997: 82ff) und billigt ihnen auch zu, stellvertretend für ihre Klienten deren Probleme zu deuten und Entscheidungen für sie zu treffen (124). Für ihn ist jedoch wesentlich, dass die „beschädigte Autonomie“, wie er den Hilfebedarf von Menschen nennt, nicht durch das Hilfehandeln von Therapeuten noch verstärkt wird (112f). Im Gegenteil: Heilung bzw. Therapieerfolg und autonome Persönlichkeit gehören für ihn zusammen, und deshalb kann es für ihn auch kein ausschließlich stellvertretendes Problemlösen geben, sondern nur ein Arbeitsbündnis, das Therapeut und Klient miteinander abschließen. Dieses Arbeitsbündnis wahrt die Würde und Autonomie der Klienten. Dennoch ist das Arzt-Patient-Verhältnis „offen asymmetrisch“ (118), weil der Klient Leidensdruck hat und Hilfe braucht und häufig Intimes preisgeben muss, während der Therapeut sein Wissen und seine berufliche Erfahrung für die Problemlösung zur Verfügung stellt, dabei in Bezug auf seine eigene Person jedoch Distanz wahrt (115ff).

---

dersprechen würde (103, 106). Er sieht das „ohne Zweifel immer drängender werdende Problem der Folgenabschätzung technologischer Anwendungen“ (107) ausschließlich als ein gesellschaftliches und ein Praxisproblem (106f, 138).

Wie am Beispiel der Pränataldiagnostik deutlich geworden sein dürfte (siehe Abschnitt 2.3), fehlt Oevermanns Argumentation an dieser Stelle die Bodenhaftung an der gesellschaftlichen Realität; er verharrt bei der wichtigen Frage der ethischen Verantwortlichkeit ganz im theoretischen Modell der gegenseitigen Autonomie von Wissenschaft und Praxis. Das ethische Dilemma in Bezug auf die Anwendung bestimmter Forschungsergebnisse in der Praxis ist zwar mit Sicherheit nicht mit einfachen Denk- und Forschungsverböten zu lösen („Schließung der Zukunft“, Oevermann 1997: 107), gleichwohl fehlt bei Oevermann vollständig eine Problematisierung des Drucks, der auch von forschenden WissenschaftlerInnen auf die Gesellschaft, auf die PraktikerInnen und auf die einzelnen Individuen (z.B. werdende Eltern) ausgeübt werden kann. Ebenso wenig geht er auf die Anwendung bestimmter Verfahren zu Forschungszwecken ein, ein hochsensibler Bereich, in dem praktische, therapeutische Entscheidung und forschende Wissenschaft kaum mehr zu trennen sind.

<sup>52</sup> Weidner führt in seiner Dissertation „Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung“ Oevermann als einen Hauptvertreter der interaktionistischen Position innerhalb der Debatte um Professionen und Professionalisierung an (Weidner 1995a: 48ff). Für die Pädagogik und Sozialpädagogik wären hier z.B. Dewe (u.a. Dewe et al. 1992) und Schütze (u.a. 1992, 1997) zu nennen.

Also wäre es nach Oevermann falsch, einen auf professionelle Hilfe angewiesenen Menschen *ausschließlich* über seinen Hilfebedarf zu definieren: Hinter seiner gesamten Abhandlung zum therapeutischen Arbeitsbündnis steht implizit ein Menschenbild, das besagt, dass auch der hilfebedürftigste Mensch, der vorübergehend oder sogar dauerhaft auf fachliche Unterstützung oder Therapie angewiesen ist, ein autonomer Mensch ist, der sich als eigenverantwortliche Person für bestimmte Probleme Hilfe holt. Die Patientenrolle ist also - so würde ich Oevermann interpretieren - nicht zwangsläufig eine abhängige oder gar demütigende, wie sie sich im Alltag der Gesundheitsinstitutionen allzu häufig darstellt, sondern sie sollte Teil einer gleichberechtigten Interaktion sein, und zwar zwischen der Person, die Hilfe und Informationen braucht, und einer oder mehreren Personen, die diese Hilfe und auch das Fachwissen anbieten können. Untrennbar verbunden mit dem Bild der autonomen Persönlichkeit sind m.E. auch die Eigenkompetenzen des auf Hilfe angewiesenen Menschen, die sich auf die verschiedensten Bereiche erstrecken können: auf die Formulierung des Hilfebedarfs, auf die Kenntnis des eigenen Körpers, auf den Überlebenswillen, auf ein Gespür dafür, was einem gut tut und was schadet, auf Geduld in langwierigen Prozessen, auf die Kunst, sich mit Unabänderlichem abzufinden, auf eine Koordinierung der verschiedenen Hilfen, um nur einige Beispiele zu nennen.<sup>53</sup> Kaum eine Therapie ist ohne diese Eigenkompetenzen denkbar, und insofern ist Therapie idealtypisch immer Interaktion und nicht einseitige Behandlung.

Oevermanns Menschenbild einer grundsätzlich autonomen Persönlichkeit beruht auf seiner psychoanalytisch ausgerichteten Sozialisationstheorie, die die Sozialisation, das Erwachsenwerden einer Person in erster Linie als Abfolge von Ablösungskrisen begreift: Ablösung aus der primär organischen Symbiose im Mutterleib, später Ablösung aus der Mutter-Kind-Symbiose, Lösung aus der ödipalen Triade und schließlich die Ablösung aus der Herkunftsfamilie in der Bewältigung der Adoleszenz-Krise (Oevermann 1997: 114).<sup>54</sup> Der autonome erwachsene Mensch geht dann mit anderen Menschen teils diffuse, teils Rollenbeziehungen ein; die diffuse Beziehung ist nach Oevermann eine Beziehung zwischen ganzen Menschen, die nach dem Vorbild der familialen Bindungen funktioniert und grundsätzlich alle Themen und Gefühlsintensitäten umfassen kann, während die rollenförmige Beziehung immer spezifisch (zweckgerichtet, begrenzt) ist und die Rollenträger grundsätzlich austauschbar sind (110f).<sup>55</sup>

Das therapeutisch-professionelle Handeln ist nach Oevermann eine Beziehungspraxis, die diese beiden Beziehungsebenen umfasst:

---

<sup>53</sup> Siehe hierzu z.B. Helliges eindrucksvolle Arbeit zur Selbstpflegekompetenz von MS-Kranken (Hellige 2001).

<sup>54</sup> Die Frage, ob dieser Sozialisationsablauf universell gültig ist oder vielmehr v.a. auf unseren Kulturkreis und die heutige Zeit zutrifft, drängt sich zwar auf, ihr kann im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht nachgegangen werden. Die Anwendung des theoretischen Konstrukts „Arbeitsbündnis“ auf den Hebammenberuf und andere therapeutische Berufe wäre jedoch auch dann noch sinnvoll, wenn die Allgemeingültigkeit von Oevermanns Darstellung der Sozialisation anzuzweifeln wäre.

<sup>55</sup> Oevermann weist selbst ausdrücklich darauf hin, dass er sich mit dieser strikten Trennung zwischen diffusen Sozialbeziehungen und Rollenbeziehungen von den meisten Sozialisationstheorien unterscheidet. So hält es Oevermann grundsätzlich für falsch, die familiären Beziehungen rollentheoretisch zu erklären, weil er es gerade als ihr Spezifikum ansieht, dass sie komplexe Beziehungen zwischen ganzen Menschen sind (Oevermann 1997: 110f). Für die Einbeziehung des Oevermann'schen Arbeitsbündnisses in meine Überlegungen zur Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe gilt hier dasselbe wie in Fußnote 54: Auch wenn man Oevermann in diesem Punkt widersprechen und zu dem Schluss kommen würde, dass in der Familie nicht nur diffuse Sozialbeziehungen, sondern auch Rollen gelebt werden, dann bliebe das Arbeitsbündnis trotzdem weiterhin die von Oevermann beschriebene Beziehungspraxis mit diffusen *und* spezifischen Elementen und gleichzeitig der zentrale Ort professionellen Handelns. Insofern kann der Disput innerhalb der Familiensoziologie, auf den Oevermann selbst (in Fußnote 12 seiner Abhandlung) anspielt, in der vorliegenden Arbeit beiseite gelassen werden.

„Primär am professionalisierten Handeln ist also die zugleich diffuse und spezifische Beziehung zum Klienten, dessen leibliche und/oder psychosoziale Beschädigung beseitigt oder gemildert werden soll. Ich nenne diese Beziehungspraxis das Arbeitsbündnis.“ (Oevermann 1997: 115)

Wenn Autonomie durch Beschädigung der leiblichen oder psychosozialen Integrität eingeschränkt ist und das Problem nicht allein gelöst werden kann, oder wenn eine Person (wie z.B. eine Frau bei der Geburt) eine Krise durchlebt, bei der sie Beistand braucht, dann ähneln die Erwartungen der hilfebedürftigen Person eher dem diffusen Beziehungsmuster als einer spezifischen Rollenbeziehung, und die Hilfe von Therapie-Handelnden gilt folgerichtig dem ganzen Menschen und nicht etwa nur mechanistisch einem zu reparierenden Defekt (Oevermann 1997: 112, 114). Andererseits ist das therapeutische Arbeitsbündnis jedoch eindeutig auch eine rollenförmige Beziehung, weil Therapeut und Klient ja nicht wirklich eine enge, affektiv nahe, familienähnliche (eben diffuse) Beziehung miteinander eingehen, sondern zweckgerichtet zusammenkommen, um sich gemeinsam - jeder in seiner Rolle - mit den Problemen des Klienten zu beschäftigen (115, 117f).<sup>56</sup>

Oevermann erläutert dieses in sich dialektische Konzept des therapeutischen Arbeitsbündnisses am Modell der psychoanalytischen Therapie. Nach Oevermann ist das Sich-Einlassen des Klienten auf das Arbeitsbündnis in der Psychoanalyse ein Akt von Autonomie, auch wenn in der therapeutischen Beziehung durch die Asymmetrie Autonomie „beschädigt“ wird und vor allem „beschädigte Persönlichkeitsanteile“ Thema der Analyse sind: Die gesunden, autonomen Anteile bilden jedoch die Zugkraft im therapeutischen Prozess, ohne die auch der Therapeut nichts ausrichten kann. Weiterhin muss es immer autonome Entscheidung des Klienten bleiben, das Arbeitsbündnis fortzusetzen oder abubrechen, anderenfalls wäre die therapeutische Beziehung de-autonomisierend und entmündigend (Oevermann 1997: 115f).

Die psychoanalytische Grundregel, demzufolge der Klient alles thematisieren soll, was ihm durch den Kopf geht, entspricht Oevermann zufolge der Beziehungsstruktur in diffusen Sozialbeziehungen und eröffnet dem Klienten die Möglichkeit, zu seinem Unbewussten vorzudringen und an frühe Gefühle zu rühren. Insofern ist das Arbeitsbündnis in der Psychoanalyse von seiner inneren Logik her eine diffuse Sozialbeziehung. Diese darf jedoch nicht ausgelebt werden, sondern unterliegt strengen Regeln und verlangt die unbedingte, professionelle Distanz des Analytikers: Es gehört zu seiner Kompetenz, Übertragung und Gegenübertragung auszuhalten. Die eigene Selbsterfahrung (Lehranalyse) sollte ihn befähigen, sich einerseits intuitiv einzufühlen und andererseits die sog. Abstinenzregel einzuhalten, seine eigenen Gefühle also nicht auszuagieren. Während der Klient „aus der Rolle fallen“ soll, darf der Psychoanalytiker dies ausdrücklich nicht. Dem entspricht auch der berufsethische Grundsatz, Klienten abzugeben, mit denen sich der Therapeut emotional verstrickt hat (Oevermann 1997: 116ff).

Die therapeutische Beziehung trägt damit nicht nur Merkmale einer diffusen Sozialbeziehung, sondern ist auch eine spezifische, berufsförmig ausgeübte Rollenbeziehung. In dieser Rollenbeziehung übernimmt der Hilfesuchende die Rolle des Klienten. Die Verantwortung für das Setting trägt jedoch der Therapeut, damit sich der Klient ungehemmt äußern kann und in der Übertragung seiner Gefühle frei ist. (Oevermann 1997: 117f). Mit anderen Worten: Er muss die Möglichkeit haben, im Rahmen der Psychoanalyse in die Diffusität der frühen, familialen Sozialbeziehungen regelrecht einzutauchen.

Das Arbeitsbündnis zwischen Klienten und Therapeuten ist also einerseits *offen asymmetrisch*, weil der Patient als Beschädigter Hilfe sucht und der Therapeut kompetente Hilfe anbietet, andererseits *latent symmetrisch*, weil beide Seiten auf ihre jeweilige Rolle festgelegt sind und eine sehr spezifische und begrenzte Beziehung miteinander eingehen (Oevermann 1997: 118).

<sup>56</sup> Diese notwendige Distanz ist auch der Grund, warum sich nach Oevermann eine therapeutische Beziehung mit nahen Angehörigen ausschließt (Oevermann 1997: 133f).

Das Arbeitsbündnis wird in den verschiedenen Situationen von professionellem Hilfe-Handeln oder Beistand unterschiedliche Gestalt annehmen, und das von Oevermann angeführte Beispiel der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Psychoanalyse ist nicht nur Prototyp, sondern als eine spezielle Form der Psychotherapie auch Ausnahme. So gilt zwar auch bei körperlicher Erkrankung oder Hilflosigkeit der Grundsatz, dass jegliche Behandlung freiwillig ist, eine therapeutische Beziehung also aus autonomer Entscheidung eingegangen oder auch abgebrochen werden kann, gleichwohl erzwingen die Umstände doch häufig, dass eine Person sich helfen lassen *muss*.<sup>57</sup> Das heißt, Menschen erfahren das In-Anspruch-Nehmen von professioneller Hilfe nicht selbstverständlich als autonomen Akt, sondern häufig eher als Ausdruck von Hilflosigkeit, schlimmsten Falls sogar als Niederlage oder Erniedrigung. Professionelle Hilfe im Sinne des Arbeitsbündnisses müsste dagegen *aktiv* dazu beitragen, dass eine Person, die sich durch ihre „Beschädigung“, ihren Hilfebedarf oder durch die daraus entstandene Situation de-autonomisiert fühlt, zu einem autonomen Selbstwertgefühl zurückfindet. Dieses Selbstwertgefühl hat nicht automatisch mit Heilung oder einem Ende des Hilfebedarfs zu tun, sondern es geht hier um eine Grundhaltung aller Beteiligten: Das Bewusstsein der therapeutisch Handelnden, einer autonomen Person beizustehen, und das Bewusstsein der „beschädigten“ Person, trotz Hilfebedarf autonom zu sein. Eine solche Haltung würde die meisten Behandlungs- und Betreuungssettings von Grund auf verändern.

### 6.6.3 Das Konzept der doppelten Professionalisierung

Wie kann nun professionelles Handeln im Arbeitsbündnis gelernt werden? Oevermann spricht von einer *doppelten Professionalisierung der therapeutischen Berufe* (Oevermann 1997: 124). Er vertritt die These, dass therapeutische Berufe erst dann professionalisiert sind (was für ihn bedeutet: professionell handeln können), wenn sie ihr Tun wissenschaftlich begründen können. Die Anfänge dieser Entwicklung hin zum wissenschaftlich begründeten Handeln sieht er für Europa ab Ende des 17. Jahrhunderts, als an den Universitäten eine Abkehr vom rein religiösen Weltbild möglich wurde und die Logik des besseren Arguments Einzug in den wissenschaftlichen Diskurs hielt (96). Diese sich im Zeitalter der Aufklärung beschleunigende Entwicklung nennt Oevermann die *Professionalisierung der Wissenschaft* (95f, 124). Das heißt, auch die Wissenschaft selbst war in Oevermanns Augen zu Zeiten, als die Erde noch als Scheibe galt und dies vor allem auch nicht hinterfragt werden durfte, vorprofessionell und musste professionalisiert werden.

Die therapeutische Praxis ihrerseits ist nach Oevermann dann naturwüchsig und vorprofessionell, wenn sie ohne explizite Begründung und ohne den Einsatz systematisierten Wissens betrieben wird; das professionalisierte therapeutische Handeln stellt also eine methodische Steigerung der naturwüchsigen Praxis sowie für die therapeutisch Handelnden eine Steigerung ihrer Begründungsverpflichtung dar (Oevermann 1997: 124).

Oevermann geht allerdings in dieser gerade für Hebammen sehr relevanten Frage nach dem systematisierten Wissen auf andere Berufe als den Arztberuf gar nicht ein, dessen Professionalisierung für ihn mit der Etablierung der naturwissenschaftlichen Medizin an Universitäten

<sup>57</sup> Bei Oevermann heißt es abstrakt: Die Autonomie des Subjekts ist durch Beschädigung der leiblichen und psychosozialen Integrität beschädigt und kann durch Selbstheilung und ohne professionelle Hilfe nicht wieder hergestellt werden (Oevermann 1997: 114).

Bei konkreter Betrachtung werden dann jedoch die *Zwangslagen* deutlicher, in die Menschen geraten können. Die Freiwilligkeit, Hilfe anzunehmen, hält sich manchmal in engen Grenzen, will man nicht der „Beschädigung seiner Autonomie“, z.B. einem entzündeten Blinddarm, komplizierten Knochenbruch oder Herzinfarkt, einer Lungenentzündung, einem Krebsleiden oder einer Erkrankung an Diabetes erliegen. Gerade die beiden letztgenannten Beispiele chronischer oder unheilbarer Krankheiten machen allerdings auch deutlich, dass einerseits Behandlung abgelehnt werden kann und dass andererseits das Arbeitsbündnis eine sinnvolle und konstruktive Möglichkeit darstellt, über therapeutische oder pflegerische Maßnahmen in *beiderseitiger Verantwortung* zu entscheiden.

Zum professionellen Handeln von Hebammen beim Beistand unter der Geburt und bei der Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen ausführlich: Abschnitt 7.2

abschließend geklärt zu sein scheint. Von Hebammen vergangener Jahrhunderte ist überliefert, dass ihre Geburtshilfe auf praktischem Können beruhte und ihr Wissen mündlich und durch Anleitung von Generation zu Generation weitergegeben wurde (Labouvie 2001: 21, 31; Loytved 2001: 99). Über das geburtshilfliche Wissen selbst, das offenbar fest eingebettet war in die rituelle Gemeinschaft der Frauen eines Ortes, ist wenig bekannt (Labouvie 2001: 29f; Pulz 2001: 16). Gerade deshalb wäre es jedoch problematisch, das Handeln der damaligen Hebammen pauschal als nicht begründet hinzustellen; vielmehr scheint es so gewesen zu sein, dass ihr Wissen mit dem neuen naturwissenschaftlich-anatomischen Wissen zunächst kaum Berührungspunkte hatte. Von den ersten bei Ärzten medizinisch ausgebildeten Hebammen weiß man sogar, dass sie insbesondere für die praktische Geburtshilfe schlecht gerüstet waren, weil sie nur wenige Wochen theoretischen Unterricht und praktische Unterweisungen vor allem an Leichen erhielten, während ihre traditionell ausgebildeten Kolleginnen jahrelang als Lehrtöchter bei erfahrenen Hebammen gelernt hatten (Stenzel 2001: 40ff). Darüber hinaus gab es aber auch unter Hebammen (die natürlich mehrheitlich weder lesen noch schreiben konnten) schon früh, nämlich bereits ab dem 17. Jahrhundert, verschriftlichtes Wissen, in Form von Aufzeichnungen (Fallgeschichten), aber auch von Hebammenlehrbüchern (systematisiertes Wissen) (Pulz 2001: 13, 16). Die strikte Trennung zwischen „naturwüchsig“ und „professionell“ kann also so eindeutig, wie Oevermann sie in seiner Herleitung der „doppelten Professionalisierung“ vornimmt, nicht nachvollzogen werden, zumal die Entwicklung an den Universitäten ja gerade unter aktivem Ausschluss von Frauen und damit auch unter Ausschluss bestimmter Berufe und ihrer „vorwissenschaftlichen“ Wissensbestände stattfand (siehe oben, u.a. Wetterer 1993, Piechotta 2000).<sup>58</sup>

Die am Beispiel der ersten von Ärzten ausgebildeten Hebammen angedeutete Schiefelage der Wissensformen hat sich – natürlich in modifizierter Form – fortgesetzt. Während sich auf der einen Seite das medizinische Wissen kontinuierlich weiterentwickeln konnte und die ärztliche Profession wesentlich zur Entstehung der Institution Klinik sowie zur Schaffung zahlreicher Assistenzberufe beitrug,<sup>59</sup> verkümmerten auf der anderen Seite Wissensbestände, die (wie die Pflege und Hebammenkunst) an die Lebenswelt gekoppelt waren.

In der Gegenwart haben wir es in Deutschland bei den Gesundheitsfachberufen - so auch den Hebammen - mit Berufen zu tun, die inzwischen sämtlich über eine fundierte theoretische Ausbildung verfügen, die von den Inhalten her allerdings medizinisch-naturwissenschaftlich dominiert ist. Die praktische Einübung der jeweiligen Tätigkeiten obliegt dem Berufsstand selbst und erfolgt auf Grund der in Kapitel 3 und 4 ausführlich dargestellten defizitären Berufsbildungsstrukturen weitgehend ungeregt. Trotzdem wird das Wissen erfahrener Berufsangehöriger über die praktische Ausbildung an die kommende Generation weitergegeben, hierfür bestehen jedoch im Vergleich zum prüfungsrelevanten medizinischen Lernstoff nur wenige Vorgaben und kaum qualitätsgesicherte, verlässliche Strukturen.

Die Gesundheitsfachberufe müssten sich also – mit Oevermann gesprochen - in zweifacher Weise professionalisieren, um wirklich zum professionellen Handeln befähigt zu werden: Sie müssten in einen eigenen wissenschaftlichen Diskurs eintreten, *und* sie müssten ihre Ausbildung ebenso auf praktische Fertigkeiten ausrichten wie auf Reflexionsfähigkeit. Für die An-

<sup>58</sup> Zur Thematik der verschiedenen Wissensformen (in Bezug auf den Hebammenberuf) und zur Problematik des herrschenden Wissens vgl. u.a. die Aufsatzsammlungen von Schlumbohm et al. (Hg.) „Rituale der Geburt“ (1998) und Loytved (Hg.) „Von der Wehemutter zur Hebamme“ (2001); außerdem Böhmes Aufsatz zum lebensweltlichen Wissen (1993), die Monographie von Pulz (1994) über das Hebammenlehrbuch der Justina Siegemund von 1690, die Abhandlung von Wolf und Wolf zur Komplementarität von ärztlichem und Hebammenwissen (1995) sowie Jordan (1997) zum *Authoritative Knowledge*.

<sup>59</sup> Zur „Geburt der Klinik“: Foucault (1988); zur Verberuflichung der Krankenpflege als ärztlichem Assistenzberuf im 19. Jahrhundert: Sticker 1960, Kruse 1987; zur Schaffung des Berufs der Heilgymnastik ab 1900: Schewior-Popp 1994: 64ff, Hüter-Becker 2000: 278. Zahlreiche weitere Berufe entstanden in den letzten hundert Jahren in Abhängigkeit von der ärztlichen „Leitprofession“ (Stichweh 1997: 61) und als nahezu reine Frauenberufe, z.B. Arzthelferin, Röntgenassistentin, Laborassistentin, Ergotherapeutin, Orthoptistin, Logopädin, Diätassistentin usw..

wendung einer erfahrungswissenschaftlichen Erkenntnisbasis auf die therapeutische Praxis ist nach Oevermann nämlich eine...

„...zweite, nochmalige Professionalisierung notwendig, die sich wiederum auf das Verhältnis von Wissenschaft und Praxis bezieht, aber dieses Mal in der konkreten, zugleich personalisierten Beziehung zum Klienten bzw. Patienten. Der strukturelle Ort dieser in sich praktischen - und nicht, wie im wissenschaftlichen Diskurs, unpraktischen - Vermittlung von Theorie und Praxis ist, wie wir gesehen haben, das Arbeitsbündnis. Um das Arbeitsbündnis als professionalisierter Experte einhalten zu können, muss der Arzt bzw. Therapeut dessen Praxis in der in sich professionalisierten Ausbildung habituell einüben.“ (Oevermann 1997: 124f; Hervorhebungen im Original)

Zu dieser Anwendung der wissenschaftlichen Wissensbasis auf die Praxis, die sich nur *in der Handlung selbst* realisieren kann und die bereits in der Ausbildung gelernt werden soll, gibt Oevermann noch weitere detaillierte Erläuterungen. So gelte sowohl für die Diagnosestellung als auch für die Therapie, dass der Therapeut seine theoretischen Kenntnisse über Funktionszusammenhänge und Krankheitsverläufe gepaart mit seiner angesammelten Erfahrung (konkreten Anschauung) in die jeweils verschiedenen Klientenkontakte einbringt. Bei jedem Klientenkontakt muss er zu einem *individuellen Fallverstehen* finden. Das heißt, er muss in der Lage sein, einerseits das Problem, das er bei dem jeweiligen Patienten sieht oder das dieser ihm schildert, mit seinem systematisierten oder Grundlagen-Wissen zu vergleichen und andererseits seine systematisierten Kenntnisse angesichts eines konkreten Falls auch immer wieder in Frage zu stellen und zu überprüfen. Genau auf diesem Wege - und keineswegs nur durch Grundlagenforschung - entwickle sich auch das medizinische Wissen weiter: Neue Krankheitsverläufe, gelungene oder auch misslungene therapeutische Maßnahmen, individuelle Fallgeschichten bilden zunächst den Erfahrungsschatz des einzelnen Therapeuten, bevor sie über mündliche Weitergabe, Kasuistik in der Fachpresse, Thematisierung auf Fachtagungen, vergleichende Analysen und wissenschaftliche Überprüfung Eingang in den Gesamtkorpus des medizinischen Wissens und damit auch in die Lehrbücher finden (Oevermann 1997: 132).

Auch die Hebammenforscherin Kirkham weist ausdrücklich auf die Bedeutung von Wissen hin, das in der Praxis, also während der Berufsausübung, in der jeweils individuellen Betreuungsbeziehung gesammelt wird. Sie plädiert dafür, die „stories“, die alle Hebammen zu erzählen wissen, als Teil des Hebammenwissens ernst zu nehmen (Kirkham 1996: 183f). Eine weitere Schlussfolgerung aus dieser Erkenntnis müsste sein, diese Geschichten auch aufzuschreiben, zu systematisieren, der Hebammenforschung zugänglich zu machen und damit den gemeinsamen Wissenskorpus zu bereichern.

Das individuelle Fallverstehen hat jedoch zunächst (noch *vor* der Bedeutung von Kasuistik für das Professionenwissen) die wichtige Funktion, den einzelnen Menschen wirklich zu verstehen und seine Problematik (Krankheit, Beschädigung) bzw. seinen Hilfebedarf im konkreten Kontext seiner Lebens- und Traumatisierungsgeschichte zu sehen (Oevermann 1997: 126). So spielen auch für Kirkham die Berichte von Frauen über ihre vorangegangenen Geburten eine wesentliche Rolle, und zwar sowohl für das Verständnis der jeweiligen Frau als auch für ihre Autonomie als Klientin, weil eine Frau durch ihre Erzählung zur aktiv Handelnden wird, die ihre (Lebens-) Geschichte selbst definiert (Kirkham 1996: 185).

Trotz der oben angedeuteten Kritik an Oevermanns einseitiger Sicht der „Professionalisierung der Wissenschaft“, mit der er die vorwissenschaftlichen Wissensformen negiert, kann sein Konzept der „doppelten Professionalisierung“ dazu dienen, sich die verschiedenen Ebenen der Professionalisierungsbedürftigkeit von therapeutischen Berufen und die Beziehung dieser Ebenen zueinander klar zu machen sowie den Professionalisierungsbedarf einer Reihe von Gesundheitsfachberufen theoretisch daraus abzuleiten.

Was bei Oevermann jedoch gänzlich fehlt, ist die Verknüpfung seiner Forderung nach dem therapeutischen Handeln im Arbeitsbündnis mit der Ebene der gesellschaftlichen Strukturen bzw. konkret mit den Berufsbildungsstrukturen und den Strukturen im Gesundheitswesen. Für den Hebammenberuf wird diese Verknüpfung in Kapitel 7 der vorliegenden Arbeit vorgenommen.

#### 6.6.4 Welche Berufe bedürfen der Fundierung im Arbeitsbündnis?

Bei Oevermann bleibt letztlich unklar, welche therapeutischen Berufe seiner Ansicht nach über die Fähigkeit verfügen müssten, ein professionelles Arbeitsbündnis einzugehen (und somit „professionalisierungsbedürftig“ sind). Die ärztliche Profession jedenfalls hält er - auf Grund ihrer Ausbildung und beruflichen Sozialisation - für vollständig professionalisiert (Oevermann 1997: 129, 140). Im Rahmen der klassischen Professionalisierungsdebatte war diese Schlussfolgerung gängig, gemessen jedoch an den Ansprüchen, die Oevermann selbst an das professionelle Arbeitsbündnis stellt, überrascht diese erneute eindeutige Zuordnung. Liegt doch der Schwerpunkt seiner „radikalisierten Professionalisierungstheorie“ nicht auf den zweifelsohne vom Arztberuf erreichten *Merkmale*n einer Profession, sondern auf dem *professionellen Handeln im Arbeitsbündnis*. Dass in der Medizinerbildung und beruflichen Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten jedoch viel zu wenig Wert auf psychosoziale Kompetenzen und Persönlichkeitsbildung gelegt wird, dass Gesprächsführung und Selbsterfahrung im Studium viel zu kurz kommen, dass viele Berufsangehörige ihre Unsicherheit hinter ihrem Habitus verstecken, dass die für das Arbeitsbündnis notwendige Grundhaltung gegenüber hilfebedürftigen Personen keineswegs die Regel, sondern eher die Ausnahme im von der ärztlichen Profession dominierten Gesundheitssektor darstellt, all' dies ist hinlänglich bekannt und wird mittlerweile seit Jahrzehnten kritisch diskutiert.<sup>60</sup>

Insofern ist Oevermanns Einschätzung einer gelungenen Professionalisierung des Arztberufes nicht nachvollziehbar, vor allem nicht seine These, dass das Medizinstudium mit seiner Einteilung in „vorklinische Paukphase“ und klinische Semester, in denen zunehmend die Praxis des Arbeitsbündnisses eingeübt werde, quasi punktgenau auf die komplexen Anforderungen dieses therapeutischen Berufs vorbereite (Oevermann 1997: 129).<sup>61</sup> Entgegen dieser Einschätzung betont Oevermann im Laufe seiner Abhandlung allerdings mehrmals, dass bestimmte wesentliche therapeutische Fähigkeiten nur durch Selbstreflexion, Persönlichkeitsbildung, Supervision u.ä. entwickelt und erhalten werden können (120, 130). Dieser Position Oevermanns kommt im Rahmen seiner Theorie m.E. größeres Gewicht zu als seiner Fehleinschätzung in Bezug auf das Medizinstudium.

So legt Oevermann selbst in einem späteren Abschnitt seiner Abhandlung großen Wert darauf, die „Professionalisierungsbedürftigkeit einer Tätigkeit“ eben gerade nicht daran zu mes-

<sup>60</sup> siehe hierzu oben Fußnote 38 und unten Fußnote 61.

<sup>61</sup> Oevermann geht davon aus, dass die vorklinischen Semester des Medizinstudiums deshalb als „Paukphase“ ohne Patientenkontakt konzipiert sind, damit „der angehende Mediziner sich mit der naturwissenschaftlichen Begründung seiner Praxis einerseits hinreichend identifiziert, ihr andererseits aber nicht mit zu großem Respekt begegnet, sondern sie gewissermaßen 'schnoddrig' auf Distanz hält. Dadurch wird er zudem einerseits nicht zu sehr als Naturforscher verführt, der sich nicht mehr für Patienten interessiert, andererseits wird derjenige, der sich zu sehr über die ethische Sonderleistung des altruistischen Helfens mit seiner zukünftigen Tätigkeit identifiziert, hinreichend abgeschreckt bzw. zur sachlichen Distanz und erfahrungswissenschaftlichen Begründung gebracht.“ (Oevermann 1997: 129) Die Praxis des Arbeitsbündnisses werde dann in den klinischen Semestern durch Elemente des „learning by doing“ eingeübt (ebd.).

Die seit Jahrzehnten geführte kritische Diskussion um die MedizinerInnen-Ausbildung weist jedoch in eine andere Richtung und belegt deren dringenden, grundsätzlichen Reformbedarf, vgl. hierzu u.a. die ersten 10 Ausgaben der Zeitschrift „Dr. med. Mabuse“ aus den Jahren 1976-78 sowie die Schwerpunktthemen in den Heften 38 (1985), 46 (1987), 64 (1990). Die Diskussion hat zwar noch zu keiner grundlegenden Reform des Medizinstudiums, jedoch mittlerweile zu mehreren Modellversuchen geführt (Berlin, München, Witten-Herdecke, Hamburg) (Blätter zur Berufskunde Arzt/Ärztin 2000: 31).

Zu dem seit dem WS 1999/2000 laufenden Reformstudiengang Medizin an der Charité Berlin vgl. außerdem die Presseberichte in der ZEIT vom 11.2.1999: 71; Nachrichten aus der Robert Bosch Stiftung, Mai 1999: 4; TAZ vom 7.2.2000: 19. In diesem Modellversuch ist die Trennung von vorklinischen und klinischen Semestern aufgehoben, und in ausdrücklicher Abgrenzung vom klassischen Medizinstudium stehen problemorientiertes Lernen und Patientenkontakt vom ersten Semester an im Vordergrund.

sen, inwieweit der dazugehörige Beruf bereits faktisch professionalisiert ist (Oevermann 1997: 135). Hierzu führt er aus:

*„Die primär auf die institutionelle Erscheinung der Professionen als Professionen blickende klassische Theorie konnte immer nur nachzeichnen, was schon den Professionalisierungsprozess historisch erfolgreich durchlaufen hatte. Dieser Rest von Empirismus führte dann dazu, dass einerseits Berufe, deren Tätigkeit zwar professionalisierungsbedürftig, deren Professionalisierung aber historisch nicht gelungen war, als solche nicht eingeordnet werden konnten, allenfalls kompromisslerisch als Semi-Professionen klassifiziert wurden, wohingegen andererseits Berufe, die auf der zweiten Ebene nicht professionalisierungsbedürftig waren, sich aber der institutionellen Formation und Absicherung der klassischen Professionen erfolgreich zur Interessenwahrung bedienten, umstandslos als Professionen eingeordnet wurden.“ (Oevermann 1997: 137; Hervorhebungen im Original)<sup>62</sup>*

Dieses Argument ist das für die Gesundheitsfachberufe entscheidende, da sie mit Oevermann nachweisen können, dass sie *auf Grund ihrer Aufgabengebiete professionalisierungsbedürftig sind*. Denn für Oevermann sind solche Tätigkeiten professionalisierungsbedürftig, die sich auf systematisiertes (wissenschaftlich fundiertes) Wissen gründen und dieses im Arbeitsbündnis „auf eine Lebenspraxis“ (also auf konkrete Menschen mit ihrer existentiellen Problematik) anwenden (Oevermann 1997: 138). Diese doppelte Professionalisierungsbedürftigkeit der therapeutischen Berufe findet sich weder bei den reinen Wissenschaften noch bei anderen Dienstleistungsberufen wie z.B. Taxifahrerinnen oder Friseuren; letztere haben zwar auch KlientInnen, gehen mit diesen aber kein Arbeitsbündnis im Sinne der teils diffusen, teils spezifischen Sozialbeziehung ein (133, 138f).

Bezüglich der Anwendung dieser These auf die Gesundheitsfachberufe bleibt Oevermann dann allerdings vage: Einerseits deutet er an, dass seine Professionalisierungstheorie in ihrem Kern „auf alle therapeutischen und im weiteren Sinne therapeutisch-prophylaktischen Tätigkeiten hin zu Erziehung, Sozialisation, Pflege und institutionelle Hilfe“ zutrefe (Oevermann 1997: 140). Andererseits unterscheiden sich nach Oevermann die verschiedenen Berufe untereinander jedoch ganz wesentlich danach,

*„(1) wie sehr sie der Begründung in einem wissenschaftlichen Diskurs bedürfen und (2) wie stark sie faktisch ihre konkret-praktische, klientenbezogene Professionalisierungsbedürftigkeit eingelöst haben“ (Oevermann 1997: 140).*

Berufe, die zwar für ihr therapeutisches Handeln, ihre Beratungstätigkeit usw. die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses beherrschen müssen, jedoch ohne den wissenschaftlichen Diskurs auskommen (oder bisher auskommen mussten?), bezeichnet Oevermann abschließend dann doch als Semi-Professionen. Hier schließt sich gewollt oder ungewollt der Kreis zu Etzioni (1969) und zu Carr-Saunders und Wilson (1933), die, wie bereits erläutert, z.B. Krankenschwestern und Hebammen zwar ihres Tätigkeitsfeldes wegen in die Nähe der ärztlichen Profession rückten, ihnen jedoch ein eigenes, wissenschaftlich fundiertes Wissen absprachen.

Meiner Ansicht nach ist die erneute Einordnung der verschiedenen im Gesundheitssektor tätigen Berufe in Semi- oder Vollprofessionen müßig und kontraproduktiv. Beim professionellen Handeln geht es um Qualität, um die gut begründete (wissenschaftlich fundierte) Methode, um die Umsetzung von Buch- und Erfahrungswissen in die konkrete Patienten-Beziehung (individuelles Fallverstehen), um die Balance zwischen diffuser und spezifischer Sozialbeziehung im Arbeitsbündnis und nicht zuletzt auch um persönliche Integrität und einen reflektierenden, selbstkritischen Umgang mit Macht. Diese Anforderungen sind grundsätzlich an alle therapeutischen und pflegerischen Berufe zu stellen. Was dies konkret für den einzelnen Beruf bedeutet, wurde für einige Berufe schon – mehr oder weniger ausführ-

<sup>62</sup> Oevermann führt als Beispiel für die erste Gruppe die Lehrer, für die zweite die Ingenieure an.



lich – thematisiert,<sup>63</sup> für die Hebammen steht diese Analyse – zumindest für den deutschsprachigen Raum - noch aus.

Oevermann selbst lässt letztlich die Frage offen, welche klientenbezogenen Berufe in welchem Umfang professionalisierungsbedürftig sind. Er betont jedoch, dass die Kompetenzen, die für ein therapeutisches Arbeitsbündnis benötigt werden, auch eine Professionalisierung der entsprechenden Berufe erforderlich machen.

„Daraus erwächst eine spezifische, von der bisherigen Professionalisierungstheorie noch viel zu wenig analysierte und reflektierte strukturtheoretische Problematik“ (Oevermann 1997: 140).

An diese Aufforderung zur Weiterentwicklung seiner Theorie bzw. zur Anwendung auf andere therapeutische Berufe will ich anknüpfen, wenn ich im folgenden Kapitel auf die Professionalisierungsbedürftigkeit des Hebammenberufs eingehe.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> z.B. für die Physiotherapie: Schewior-Popp 1994, Hüter-Becker 1997, 2000, Kostrzewa 2001; z.B. für die Ergotherapie: Schewior-Popp 1994, Beyermann 1998; z.B. für die Pflege: Arxmacher 1991, Bischoff/Botschafter 1991, Meifort 1991, Schaeffer 1994, Weidner 1995a+b, 1999, Raven 1995, Krüger/Rabe-Kleberg/Mischo-Kelling 1996, Albert 1998, Käppli 1999, Piechotta 2000, Moers 2001.

<sup>64</sup> Oevermann selbst erhebt zwar auch den Anspruch, seine Theorie professionalisierten Handelns im Focus Therapie weiterzuentwickeln, sie nämlich auf die pädagogischen und pflegerischen Berufe auszudehnen (Oevermann 1997: 140), tatsächlich erfolgt die Anwendung jedoch nur für den Bereich Schule: Oevermann erörtert die Übertragbarkeit des therapeutischen Arbeitsbündnisses auf das Lehrer-Schüler-Verhältnis und die Institution Schule (141-182). Mit keinem Wort werden andere pädagogische Berufe (z.B. SozialpädagogInnen, ErwachsenenpädagogInnen, ErzieherInnen usw.) in die Analyse einbezogen, geschweige denn pflegerische Berufe. Oevermann definiert weder, was er unter „pflegerischen Berufen“ versteht, noch führt er aus, worin er deren Professionalisierungsbedürftigkeit sieht, wie er deren Bedarf nach wissenschaftlicher Expertise einschätzt oder inwiefern auch für sie das Arbeitsbündnis die zutreffende Charakterisierung ihres therapeutischen oder pflegerischen Handelns darstellt. Diese Auslassung wiegt deshalb so schwer, weil Oevermann in der Überschrift zu Abschnitt VIII („Die spezifische Professionalisierungsproblematik der pädagogischen und pflegerischen Berufe unter dem Gesichtspunkt des Focus Therapie“) suggeriert, er werde sich nun mit den „pflegerischen Berufen“ befassen, ohne sie dann auch nur ein einziges Mal zu erwähnen.

## 7 Zum Professionalisierungsbedarf des Hebammenberufs

Bevor ich auf das therapeutische Arbeitsbündnis als Kern des professionellen Handelns von Hebammen eingehe und die daraus für die Ausbildung resultierenden Konsequenzen aufzeige, sollen zunächst die (wenigen) Autorinnen zur Sprache kommen, die sich in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten in Deutschland mit der Thematik der Professionalisierung des Hebammenberufs beschäftigt haben. Ihre theoretische Diskussion um verschiedene Konzepte von Professionalisierung, vor allem aber auch ihre jeweilige Einschätzung, welchen Platz der Hebammenberuf im Gesundheitssystem einnimmt, kann nicht getrennt von dessen Entwicklung betrachtet werden, weshalb auch diese im Folgenden knapp skizziert wird. Es wird hierbei erneut deutlich werden, dass einerseits ein schematisches Überprüfen von statischen Professionsmerkmalen wie Autonomie, Status oder Wissenskorporus zwar längst nicht mehr zeitgemäß ist, dass dennoch andererseits professionelles Handeln ohne eigene Verantwortlichkeiten und damit auch ohne ein gewisses Maß an Autonomie nicht möglich ist (Rabe-Kleberg 1997: 297f). Insofern ist die hier nachgezeichnete Entwicklung des Hebammenberufs gleichzeitig Voraussetzung und erstes Anzeichen für einen bereits in Gang gekommenen Professionalisierungsprozess.

### 7.1 Diskussionsbeiträge zur Professionalisierung des Hebammenberufs vor dem Hintergrund seiner Entwicklung in Deutschland seit den 1980er Jahren

Innerhalb der deutschsprachigen Literatur zum Berufsbild der Hebamme gibt es nur einige wenige Arbeiten, die sich *explizit* mit dem Thema Professionalisierung auseinandersetzen. Bei den Arbeiten von Langener (1985) und Neuscheler (1991) handelt es sich um *merkmalsbezogene Studien*, Cassebaum (1985) dagegen analysiert die *geschichtliche Entwicklung* des Hebammenberufs vor dem Hintergrund der Entstehung des modernen Gesundheitssystems und der Professionalisierung der Medizin.

Beate Langener schrieb 1985 als Medizinerin ihre Dissertation zum Thema „Professionalisierungstendenzen im Hebammenberuf“. Sie führte eine Fragebogenuntersuchung bei 154 repräsentativ ausgesuchten Hebammen durch und kam zu dem überraschenden Ergebnis, dass der „Hebammenstand die formalen Kriterien einer Profession heute weitgehend erfüllt“ (Langener 1985: 82). Langener wertete die damals gerade von 2 auf 3 Jahre verlängerte Ausbildung als lang und spezialisiert (74), obwohl generell in der Professionalisierungsliteratur dreijährige, nicht wissenschaftliche Ausbildungen nicht in die Kategorie der Ausbildung für eine Profession fallen (vgl. Kapitel 6). Bzgl. des Merkmals Autonomie konnte Langener bei den befragten Hebammen vor allem ein starkes Autonomie-*Bedürfnis* feststellen, das „jedoch in einigen Bereichen noch auf seine berufliche und politische Realisierung wartet“ (82). Auch bzgl. Prestige und Bezahlung verweist die Autorin auf Defizite (78ff), umso weniger ist daher ihre Einschätzung nachzuvollziehen, der Hebammenstand habe die formalen Kriterien einer Profession weitgehend erfüllt.

Auch die Verwaltungswissenschaftlerin Veronika Neuscheler (1991) untersuchte in ihrer als Buch veröffentlichten Diplomarbeit „Beruf und Berufsorganisation der Hebamme: Professionalisierung oder Deprofessionalisierung eines Gesundheitsberufes?“ den Hebammenberuf auf seinen Professionalisierungsgrad hin. Sie analysierte dabei sowohl die Ist-Situation am Anfang der 90er Jahre als auch die sich seinerzeit abzeichnenden Entwicklungstendenzen. Neuscheler legt ihrer Analyse die von Hesse (1972) zusammengestellten Merkmale von Professionen und seine Professionalisierungskriterien zu Grunde. In einer ersten Einschätzung zur gesellschaftlichen Lage des Hebammenberufs stellt Neuscheler im Gegensatz zu Langener bereits in der Einleitung ihrer Arbeit fest,

„dass der Hebammenberuf angesichts zahlreicher offensichtlicher Fakten, wie nicht-akademische Ausbildung, eingeschränktes Tätigkeitsmonopol und geringen Verdienstaussichten, insbesondere was die freiberufliche Tätigkeit betrifft, als Beruf aufgefasst und ihm nicht die Profession unterstellt werden kann“. (Neuscheler 1991: 2)

In ihrer Analyse der Tätigkeiten von Hebammen, der sozialen Merkmale des Berufs, der Qualifizierungsstrategien und der berufsverbandlichen Organisation macht sie dann jedoch durchaus Merkmale eines *Professionalisierungsprozesses*, aber auch Tendenzen einer *Deprofessionalisierung* aus. Gegenüber anderen Gesundheitsfachberufen wie z.B. der Pflege sieht sie Hebammen zwar wegen der vorbehaltenen Tätigkeiten in einer günstigeren Ausgangsposition bzgl. des Professionalisierungsmerkmals Autonomie. Gleichwohl seien Hebammen wie die anderen Gesundheitsfachberufe auch (jeweils in unterschiedlicher Ausprägung) sowohl in der Definition ihres Wissens als auch in ihrer Berufsausübung in starkem Maße von Ärzten abhängig (Neuscheler 1991: 118ff). Ihre berufliche Autonomie sei in den realen Klinik-Arbeitsverhältnissen oft sehr gering, während in den freiberuflichen Tätigkeitsfeldern die gesetzlich verbrieften Entscheidungsbefugnisse und Handlungsspielräume wesentlich stärker zum Tragen kämen.

Trotz im Jahr 1985 verlängerter und verbesserter Ausbildung weist diese laut Neuscheler erhebliche Mängel auf und kann sich mit einer Hochschulausbildung nicht messen. Hebammeneigenes Wissen sei wenig systematisiert, und Hebammenforschung stecke noch in den Kinderschuhen (Neuscheler 1991: 72ff, 119). Dem Berufsverband bescheinigt Neuscheler zwar umfangreiches Engagement und einige berufspolitische Erfolge, sie betont jedoch, dass der BDH als *Verband*, der weder gewerkschaftliche Funktionen noch die Aufgaben einer Kammer übernehmen könne, über ein geringes Drohpotential zur Durchsetzung seiner Forderungen verfüge und keine Kontrolle über die Ausbildung ausübe (102ff).

Cassebaum schrieb 1985 ihre Staatsexamensarbeit für das Lehramt an Gymnasien zum Thema „Professionalisierung des Hebammenberufs und Wandel der Geburtshilfe“. Sie sah den Berufsstand der Hebammen zum damaligen Zeitpunkt trotz der im neuen Hebammengesetz erhalten gebliebenen vorbehaltenen Tätigkeiten und der verlängerten Ausbildung in erheblicher Bedrängnis und weit entfernt von einer Professionalisierung im Sinne einer Entwicklung von eigenständigem Wissen und wenigstens einer gewissen Autonomie. In ihrer sozialhistorischen Analyse des Berufs zeichnet sie die Entwicklung der Hebammentätigkeit zum Beruf, die Entwicklung der Medizin zur Profession und die Bildung von Institutionen im Gesundheitswesen nach. Im Ergebnis stellt sie fest, dass Hebammen und andere Gesundheitsfachberufe auf die „Zulieferung ärztlichen Wissens angewiesen“ und deshalb und wegen ihrer hierarchisch untergeordneten Position als „paramedizinische“ Berufe einzustufen seien (Cassebaum 1985: 70f, 93f). Für die Autorin bleibt es offen, inwieweit die öffentlich-kritische Diskussion in den Reihen der Frauenbewegung um die programmierte Geburt einerseits und eine Neubewertung der Hausgeburt andererseits oder auch Modellprojekte wie die „Aktion Familienhebamme Bremen“ (Collatz et al. 1981, 1986) dem Berufsstand der Hebammen helfen könnten, aus seiner gesellschaftlich schwachen Position heraus zu kommen. Im Gegenteil: In Anbetracht einer Klinikgeburts-Rate von über 99% im Jahr 1980,<sup>1</sup> einem akuten Hebammenmangel in den Kreißsälen und einer schwachen berufsverbandlichen Interessenvertretung sah Cassebaum (wie auch schon Bartholomeyczik 1978) den Hebammenberuf Mitte der 80er Jahre eher sogar *existentiell bedroht* (Cassebaum 1985: 95).

Die Entwicklung ging dann jedoch in eine andere Richtung.<sup>2</sup> Während das Verhältnis von geburtshilflich tätigen Hebammen zu Geburten vor der Wende (1980) in der alten BRD 1:124 betrug, so kamen nach der Wende (1995) in Gesamtdeutschland nur noch 83 Geburten auf eine im Krankenhaus tätige Hebamme.<sup>3</sup> Die Aufweichung der Hinzuziehungspflicht allein aus

<sup>1</sup> Vgl. Gesetzentwurf (1984) der Bundesregierung zum neuen Hebammengesetz, 10. Wahlperiode, Drucksache 10/1064, S. 12 (vgl. Cassebaum 1985: Anhang).

<sup>2</sup> Die Entwicklung des Berufsstandes der Hebammen seit 1985 kann hier nur in groben Zügen - angereichert um einige konkrete Beispiele – nachgezeichnet werden. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; sie soll lediglich verdeutlichen, vor welchem veränderten Hintergrund die aktuelle Professionalisierungsdiskussion im Vergleich zur Situation Mitte der 1980er Jahre geführt wird.

<sup>3</sup> 1980 standen knapp 5000 an Krankenhäusern tätige Hebammen 624.000 Geburten gegenüber (nur alte Bundesländer): Zahlen des Statistischen Bundesamtes nach Cassebaum (1985: Anhang). 1995 weist die Krankenhausstatistik für die Gesamt-BRD über 9000 Hebammen bei 750.000 Ge-

Gründen des Hebammenmangels war mit der deutlichen Verbesserung des Verhältnisses von Geburten zu geburtshilflich tätigen Hebammen also abgewendet. Ab Mitte der 80er Jahre nahm auch die freiberufliche Hebammentätigkeit – zunächst fast ausschließlich in den Bereichen Wochenbettbetreuung und Geburtsvorbereitung – wieder zu. Überhaupt erst möglich wurde dieses Angebot von ambulanter Hebammenhilfe *ohne* Geburtsbetreuung durch die Abspaltung der Wochenbettgebühr von der Geburtspauschale in der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung von 1984 sowie durch eine wiederholte Anhebung der entsprechenden Gebührensätze in den folgenden Jahren als Ergebnis erfolgreicher Gebührenverhandlungen zwischen Gesetzgeber, Krankenkassen und Standesvertreterinnen.<sup>4</sup> Eine Aufwertung erhielt die freiberufliche Hebammentätigkeit außerdem durch die offizielle Anerkennung des von BDH und BfHD gemeinsam erarbeiteten „Tätigkeitskatalogs für den Bereich der Freiberuflichkeit“ (BDH 1995) durch das Bundesgesundheitsministerium. Diesem Tätigkeitskatalog folgte 1999 die detaillierte Bestandsaufnahme der Betreuungsinhalte und Hebammentätigkeiten in der Klinik, die vom BDH mit der Zielsetzung erarbeitet wurde, die originäre Hebammentätigkeit auch im Krankenhaus wieder zu stärken (BDH 1999).

Ab Ende der 80er Jahre wurden Geburtshäuser gegründet, und auch die Hausgeburtsrate stieg wieder leicht an; insgesamt machen die außerklinischen Geburten allerdings nur knapp 2 % aller Geburten aus (siehe Abschnitt 2.1.2). Gerade in Bezug auf die Professionalisierung des Hebammenberufs ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass die Berufsgruppe selbst nach zum Teil lebhafter und kontroverser Debatte zur Thematik der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle (die anfangs vor allem mit einer Kontrolle durch Ärzte gleichgesetzt wurde) inzwischen sowohl Richtlinien für Geburtshäuser erarbeitet als auch eine eigene Perinatalerhebung für die außerklinische Geburtshilfe implementiert hat, in die mittlerweile die überwiegende Mehrheit aller außerklinischen Geburten eingeht (siehe Abschnitt 2.3). Auch für die Arbeit im Kreißsaal ist vor Kurzem ein Leitfaden verfasst worden, an dem sich Kreißsaalteams bei der Erstellung von Qualitätshandbüchern orientieren können (BDH 2001c, Krefl 2001).<sup>5</sup>

Ab Anfang der 90er Jahre traten Hebammen zunehmend als Autorinnen von Artikeln mit Fortbildungscharakter und von Fachbüchern in Erscheinung (siehe Abschnitt 4.2.1), seit 1993 gibt es den Hebammen-Literaturdienst (ebd.), und 1995 erschienen die beiden bereits erwähnten, von Hebammen herausgegebenen Hebammenlehrbücher (Geist et al. 1995, Mändle et al. 1995). Wie in Abschnitt 4.2.2 dargelegt, verüfflichte sich im Zeitraum von 1988 bis 1998 das Fortbildungsangebot für Hebammen, begleitet von der Tatsache, dass nun zunehmend auch Hebammen selbst die Fortbildungsveranstaltungen gestalteten. Die Hebammengemeinschaftshilfe (HGH) fungiert als Veranstalterin zahlreicher Fortbildungen und gibt außerdem seit 1992 eine Schriftenreihe mit wissenschaftlichen Arbeiten heraus. Erste studierte Hebammen stellten dem Berufsstand ihre Zusatzqualifikationen zur Verfügung, z.B. die Hebamme und Diplom-Pädagogin Barbara Staschek, indem sie u.a. eine systematische Fortbildung für den Bereich der Freiberuflichkeit initiierte und diese seit 1989 leitet,<sup>6</sup> oder die Hebamme und Diplom-Psychologin Mechthild Groß, auf deren Initiative der

---

burten aus: Statistisches Bundesamt Fachserie 12, Reihe 1: 90 und Fachserie 12, Reihe 6.1: 102. Cave: Da für die Zahlenangabe von 1980 keine Aufschlüsselung nach vollzeit- und teilzeitbeschäftigten Hebammen vorliegt, wurde hier für die Vergleichszahl von 1995 auch nicht unterschieden. Da Hebammen mit einer Teilzeitstelle jedoch weniger Geburten betreuen können, müssen die Zahlen für die vollzeitbeschäftigten höher liegen. Das Hamburger Sozialforschungsinstitut gibt für das Jahr 2000 einen Durchschnitt von ca. 100 Geburten pro *voll*e Hebammenstelle pro Jahr an (HSFG 2001: 441).

<sup>4</sup> Vgl. Abschnitt 2.2.2 sowie die Auflistung der Gebührenverordnungen im Verzeichnis „Gesetze, Verordnungen und Richtlinien“. Die letzte Gebührenerhöhung fand zum 01.07.1999 statt (HebGV vom 7.10.1997 siehe Anhang).

<sup>5</sup> Zum Qualitätsmanagement vgl. auch den informativen Artikel von Stenz und Wurr, in dem die Autorinnen die DIN ISO 9000 kurz darstellen und außerdem über eine interdisziplinäre Weiterbildungsmaßnahme zur TQM-Beauftragten (Total Quality Management) berichten (DHZ 3/2002: 50f).

<sup>6</sup> Fortbildung „Kirchröder Turm“, siehe Abschnitt 4.2.2.

Hebammen-Forschungs-Workshop im deutschsprachigen Raum maßgeblich zurückgeht und die diesen seit 1990 (gemeinsam mit anderen) koordiniert (Fuhr 2000: 153ff).

Seit Mitte der 1990er Jahre fällt außerdem auf, dass die Stellungnahmen des Berufsverbandes BDH zunehmend fundierter und differenzierter werden, wenn es um die Beschreibung und Verteidigung der originären und gesetzlich verbrieften Hebammentätigkeiten, um die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, aber auch um die interdisziplinäre Zusammenarbeit geht.<sup>7</sup> Die beiden vom BDH herausgegebenen Schriftenreihen „Hebammen-Standpunkte“ und „Informiert entscheiden“ verdeutlichen das Bestreben des Verbandes, den Arbeitsbereich von Hebammen autonom zu gestalten und sich dabei bewusst auf wissenschaftliche Forschungsergebnisse zu stützen.<sup>8</sup>

So wurde die *erste Publikation einer Hebamme* explizit zum Thema *Professionalisierung* unter ganz anderen Voraussetzungen geschrieben als die eingangs referierten drei Untersuchungen. Bei dem Aufsatz der Hebamme und Diplompädagogin Ute Kethler, der 1998 unter dem Titel „Professionalisierung - ein relevanter Weg für Hebammen!“ erschien, handelt es sich um eine soziologische Abhandlung mit berufspolitischer Botschaft. Kethler bezieht sich neben der Wiedergabe soziologischer Professionalisierungsdefinitionen noch einmal direkt auf Neuscheler und kritisiert deren strukturell-funktionale Sichtweise und ihre Verhaftung in einer rein merkmalsorientierten Analyse. Aber auch Kethler räumt ein, dass die gesetzlich verbrieft Handlungsautonomie von Hebammen, die sich in den vorbehaltenen Tätigkeiten ausdrücke, durch die realen Machtverhältnisse und die Klinikhierarchien in der Regel erheblich eingeschränkt sei (Kethler 1998: 280, 337). Auf die Entwicklung des Berufsstandes seit Neuschelers Arbeit geht Kethler nicht ein. Einen möglichen Ausweg aus dem Dilemma der Abhängigkeit von der ärztlich dominierten Geburtshilfe sieht die Autorin in der Abkehr der Hebammen vom biomedizinischen Paradigma der Intensivmedizin: Hebammen müssten sich an der gesunden Frau orientieren und das Hebammenwissen um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit dem Wissen von gesellschaftlichen Bedingungen von langfristiger Gesundheit verbinden. Die Autorin zitiert hier den englischen Soziologen Mason (1996), der Hebammen als mögliche „Public health specialists in reproduction“ sieht. Ihm schwebt eine Hebammenwissenschaft vor, die nicht mehr einseitig von den Medizinwissenschaften abhängt, sondern Natur- und Sozialwissenschaften miteinander verbindet (Kethler 1988: 382). Kethler stellt abschließend die Frage in den Raum, ob Hebammen in Verbindung mit Gesundheits- und Sozialwissenschaften den Weg der Professionalisierung beschreiten können und wollen (ebd.).

Die Frage nach einer Professionalisierung des Hebammenberufs zielt allerdings nicht allein auf die möglichen Bezugswissenschaften. Nach meinem Dafürhalten muss das professionelle Handeln im Mittelpunkt der Analyse stehen, das allerdings – wie im Folgenden zu zeigen sein wird – der wissenschaftlichen Fundierung und damit der Bezugswissenschaften bedarf.

## **7.2 Das therapeutische Arbeitsbündnis als Kern des professionellen Handelns von Hebammen**

Die Anforderungen an den Hebammenberuf wurden in Kapitel 2 detailliert beschrieben. Mit Oevermann konnte dann theoretisch begründet werden, dass therapeutische und pflegerische Berufe, deren berufliche Tätigkeit im Arbeitsbündnis mit ihren Klientinnen und Klienten stattfindet, professionalisiert sein müssen (Abschnitt 6.6). Das heißt, die Berufsangehörigen müssen ihr Tun wissenschaftlich begründen und ihr Wissen auf jeweils unterschiedliche Menschen anwenden können; sie müssen außerdem Handfertigkeiten erlernen und persönliche Kompetenzen entwickeln, die sie zu einer professionellen Beziehungspraxis befähigen.

<sup>7</sup> Vgl. u.a. die Grundsatzreferate der BDH-Präsidentinnen Edelmann (1995, 1996) und Weiß (1998, 2001) sowie speziell zur interdisziplinären Zusammenarbeit: Weiß im Hebammenforum 8/2000 (Schwerpunktthema) sowie BDH (2001a): „Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin/Arzt in der Geburtshilfe“.

<sup>8</sup> Vgl. Abschnitt 4.2.1 und Literaturverzeichnis.

Elementarer Bestandteil dieser *Arbeitsbündnis* genannten Beziehung ist die uneingeschränkte Achtung der Klientinnen als autonome Personen.

Den Begriff Arbeitsbündnis bzw. *working relationship* verwendet auch die neuseeländische Hebammenprofessorin Sally Pairman (1997), wenn sie das Verhältnis von Frauen und Hebammen als Partnerschaft beschreibt, in der die Hebamme ihr Fachwissen mit der Frau teilt und damit eine gleichberechtigte Arbeits-Beziehung zulässt, die sich von der allgemein im Gesundheitswesen üblichen, hierarchischen grundlegend unterscheidet. Gleichwohl bleibt die Hebamme soweit auf Distanz, dass sie in der Lage ist, professionell zu arbeiten. Während von Pairman interviewte Frauen die Beziehung zur Hebamme sogar als Freundschaft charakterisierten und das Gefühl, umsorgt *und* respektiert zu sein, als das Wesentliche hervorhoben, beschrieben Hebammen die Beziehung *eher* als zweckgerichtet; sie sind sich laut Pairman im Klaren darüber, „was sie erreichen und wie sie dies anpacken wollen“ (Pairman 1997: 175).<sup>9</sup> Diese unterschiedliche Wahrnehmung der Betreuungsbeziehung durch Frauen und Hebammen kennzeichnet das Wesen einer professionell ausgestalteten Arbeitsbeziehung im Rahmen der Geburtshilfe insofern, als Frauen in der Schwangerschaft und vor allem unter der Geburt sehr auf Beistand und Zuwendung angewiesen sind, während es Aufgabe der betreuenden Hebamme ist, die Gesamtsituation im Blick zu behalten. Speziell die geburtshilfliche Situation enthält alle Elemente des Oevermann'schen Arbeitsbündnisses, einer zweckgerichteten Beziehung nämlich, die beides - diffuse Gefühle und spezifische Rollenerwartungen – integriert.

Eine Frau bemüht sich im Bewusstsein, dass sie Hilfe und Unterstützung bei der Geburt ihres Kindes brauchen wird, um professionellen Beistand - sie sucht sich eine Hebamme, mit der sie ein Arbeitsbündnis schließt. Auch wenn die Frau ihre Hebamme nicht frei auswählt, sondern im Krankenhaus auf die diensthabende Hebamme trifft, schließt sie mit dieser ein Arbeitsbündnis; allerdings kann in diesem Fall (der im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen ja die Regel darstellt) die gemeinsame bevorstehende Geburtsarbeit nicht durch allmähliches Kennenlernen vorbereitet werden. Die Bedingungen sind also ungleich schwieriger, als wenn sich die Beziehung zwischen den beiden Frauen bereits vor der Geburt entwickeln konnte.<sup>10</sup> In jedem Fall jedoch wird die Klientin ihren Betreuungsbedarf (in allgemeiner Form oder in Form spezieller Wünsche, Ängste und Probleme) formulieren oder zumindest signalisieren, während die Hebamme ihrerseits eine Unterstützungsbeziehung sowie konkrete Hilfeleistungen anbietet, wobei sie in das Arbeitsbündnis ihr Fachwissen, ihre geburtshilfliche Erfahrung und ihre Fähigkeit, sich auf den speziellen Einzelfall einzustellen, einbringt. Die Geburt selbst ist dann eine Situation, die durch die Eigenkompetenzen der Gebärenden *und* die Fähigkeit der Hebamme zu professionellem Handeln gekennzeichnet ist, wie Kirchner in ihrer Arbeit „Entbindung - Eine tiefenhermeneutische Untersuchung zum Erleben der Beziehung von Hebamme und Gebärender im Kreißaal“ (1998) zeigen konnte. Kirchner belegt an Hand von Interviews mit Frauen und Hebammen, welche Anforderungen auf der Beziehungsebene auf Hebammen zukommen, wenn sie Frauen unter der Geburt begleiten: Eine Frau muss sich, um gut gebären zu können, in jeder Hinsicht gehen lassen können, und sie muss auch extreme Gefühle ausleben dürfen. Die Hebamme muss sich als Beziehungspartnerin zur Verfügung stellen und doch professionelle Rollendistanz wahren, stets den klaren Kopf bewahren und ihr geburtshilfliches Fachwissen zur Verfügung haben. Sie kann auf Grund der autonomen Anteile der Kreißenden mit dieser „ganz vernünftig“ sprechen und sollte gleichzeitig Raum für Regression und Diffusität (Oevermann) geben. In

<sup>9</sup> Auch die Hebamme und Psychologin Simone Kirchner betont die Asymmetrie dieser Beziehung in ihrem Aufsatz „Mächtige Beschützerin – Mutter-Tochter-Beziehung in der Hebammenarbeit“ (Kirchner 2002a) und hebt hervor, welche Bedeutung Hebammen in dieser an die frühkindliche Sozialisation rührenden Beziehungskonstellation für die Frau bekommen können und wie wichtig es sei, mit dieser Rolle reflektiert umzugehen.

<sup>10</sup> Ein ebensolches Arbeitsbündnis kann und sollte natürlich auch mit an der Geburtshilfe beteiligten ÄrztInnen geschlossen werden – da es in dieser Arbeit jedoch um die *Qualifizierung von Hebammen* geht, behandle ich an dieser Stelle auch nur die Anforderungen für *deren* professionelles Handeln.

bestimmten Phasen der Geburt kann es wiederum wichtig sein, dass die Frau ihre mehr oder weniger regressive Haltung aufgibt und bewusst aktiv wird. Die Hebamme unterstützt die Gebärende bei diesem Wechsel, ggf. sogar durch direkte Anweisungen.<sup>11</sup> Diese Gratwanderung zwischen verschiedenen Beziehungs- und Gefühlsebenen kann nach meinem Dafürhalten von der Frau am besten bewältigt werden, wenn die gesamte Betreuung von dem Gefühl getragen ist, als autonome Person geachtet zu werden, die auch in Momenten größter Hilflosigkeit die erwachsene Frau bleibt, mit der ein Arbeitsbündnis eingegangen wurde. Mit Oevermann könnte man sagen, das Erleben einer Situation dramatischer Einschränkung von Autonomie (z.B. das Erleben von großer Angst, sogar das Durchstehen von Notfallmaßnahmen) kann besser verkräftet werden, wenn nicht durch das therapeutische Handeln selbst *erneut* Autonomie beschädigt wird.<sup>12</sup> Es ist vielmehr davon auszugehen, dass bodenlose Angst, wie sie gerade von Frauen häufig durchlebt wird, die sich in der Geburtssituation missachtet fühlen, in dieser Form kaum auftreten würde, wenn die GeburtshelferInnen zugewandt und respektvoll mit ihnen umgingen (vgl. hierzu auch Kirchner 1998: 112ff, 137; 2002a: 18ff; Schücking 2000; Dörpinghaus et al. 2001).

Um solchen komplexen Anforderungen gewachsen zu sein, müssten Hebammen bereits in der Ausbildung nicht nur geburtshilflich, sondern auch psychologisch geschult werden. Zur Professionalität würde außerdem dazugehören, kontinuierlich und auch mit sachkundiger Hilfe (Supervision) den Berufsalltag zu reflektieren und zu verarbeiten. Hebammen müssen lernen, mit dem Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung umzugehen, und sie sollten die Möglichkeit erhalten, für Situationen oder Personen, die sie stark belasten (Kirchner 1998: u.a. 65ff), Methoden des Umgangs, auch des Selbstschutzes zu entwickeln, die es ihnen ersparen, Abwehrmechanismen aufzubauen oder selbst auszubrennen (Reime 1995).

Von großer Wichtigkeit für eine geglückte Arbeitsbeziehung sind außerdem die äußeren strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen eine Geburt stattfindet (Kirchner 1998: 5f, 135ff). Zahlreiche internationale Studien belegen mittlerweile die zentrale Bedeutung einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung für die Frauen unter der Geburt.<sup>13</sup> Die Arbeitsorganisation der meisten Krankenhäuser verunmöglicht jedoch diese Kontinuität in der Betreuung, obwohl sie die Basis des Arbeitsbündnisses zwischen Gebärender und Hebamme darstellt (Kirchner 1998: 85ff).

„Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass die klinische Geburtshilfe mit ihren zugrunde liegenden strukturellen Bedingungen (keine Zeit für die einzelne Betreuung) die Entwicklungsmöglichkeiten, die eine Entbindung beinhalten kann, weitgehend behindert. Stehen formale Abläufe im Vordergrund des Geschehens und der Organisation der Betreuungsabläufe, so wird die Möglichkeit einer geburtsförderlichen Beziehungserfahrung während der Entbindung vernichtet. Sowohl die Gebärenden als auch die Hebammen scheinen unter diesen Bedingungen traumatisiert zu werden.“ (Kirchner 1998: 138)

<sup>11</sup> Kirchner erläutert diese vielfältigen Beziehungsfacetten an Hand eindrucksvoller Fallbeispiele, die deutlich machen, wie tief die Grenzerfahrungen im Geburtserleben an frühkindliche Gefühle rühren können und wie sehr die Hebamme dies im Blick haben muss, um angemessen zu reagieren (Kirchner 1998: u.a. 73ff).

<sup>12</sup> Nach Oevermann besteht „in der Therapie bzw. der Bewahrung einer leiblichen und psychosozialen Integrität des Lebens das Problem bzw. der Gegenstand dieser Tätigkeit letztlich immer in der Wiederherstellung der Autonomie einer Lebenspraxis“, wobei „das Grundproblem zu lösen ist, dass diese Wiederherstellung nicht ihrerseits sekundär de-autonomisierend sich auswirkt.“ (Oevermann 1997: 112f)

<sup>13</sup> Vgl. u.a.: Flint et al. 1990; Health Select Comitee 1992; Department of Health 1993; WHO 1996: 12, 34; Enkin et al. 1998: 233ff; CIMS (Coalition for Improving Maternity Services) nach Schücking 2002.

Die kontinuierliche Betreuung *muss* nach den hier angegebenen internationalen Empfehlungen nicht von einer einzigen Person und auch nicht zwingend von einer Hebamme geleistet werden; gleichwohl wird in fast allen einschlägigen Publikationen die Wichtigkeit der Eins-zu-eins-Betreuung durch ausgebildete Fachfrauen betont. In Deutschland obliegt die Geburtshilfe der Hebamme (ggf. in Kooperation mit einer Ärztin/ einem Arzt) – insofern ist es zulässig, das Konzept der kontinuierlichen Betreuung als einen Auftrag an den Hebammenberuf zu verstehen.

Auch wenn Kompetenzstreitigkeiten zwischen Hebammen und ÄrztInnen die Arbeit im Kreißsaal dominieren oder wenn es Schwierigkeiten zwischen den einzelnen Abteilungen einer Klinik gibt, wird die Arbeitsbeziehung mit der Frau empfindlich gestört oder kann gar nicht erst aufgebaut werden. Das heißt, die Qualität des Arbeitsbündnisses mit den Klientinnen ist direkt auch von der Kommunikation und Kooperation der verschiedenen, an der Geburtshilfe beteiligten Berufsgruppen und Einzelpersonen abhängig.<sup>14</sup>

Die Beziehungspraxis des Arbeitsbündnisses wurde hier zunächst nur an Hand der geburts-hilfflichen Situation (in der Klinik) veranschaulicht. Sie trifft jedoch grundsätzlich - in unterschiedlicher Ausprägung - auf alle Bereiche der Hebammenbetreuung zu, also auf die Beratungsfunktion von Hebammen, auf die Begleitung der Schwangerschaft und die Betreuung im Wochenbett, denn Hebammen sind im gesamten Bereich der generativen Gesundheit von Frauen tätig (siehe Abschnitt 2.1 und 2.3). Gerade im häuslichen Umfeld nimmt die Betreuungsbeziehung schon deshalb eine ganz andere Form an, weil dort die Frau zu Hause und die Hebamme zu Gast ist. Die Geburt selbst stellt zudem eine Ausnahme- und Grenzsituation dar, bei der die Frau unter Umständen extrem auf Beistand angewiesen ist, während ihr Hilfebedarf in anderen Situationen vielleicht eher punktuell ist und sie sich ansonsten selbständig fühlt. Die Begleitung einer Problemschwangerschaft oder eine Krisenintervention im Wochenbett können wiederum ein sehr komplexes und intensives Arbeitsbündnis mit der Frau, evtl. auch mit ihrem Partner oder anderen Familienmitgliedern, sowie eine konstruktive Kooperation mit anderen Berufsgruppen erforderlich machen.

Das professionelle Handeln ist jedoch nicht nur durch eine bestimmte Beziehungspraxis, sondern auch durch die *Begründungsverpflichtung* und die damit verbundene wissenschaftliche Fundierung gekennzeichnet (Oevermann 1997: 124). Diese Begründungsverpflichtung ergibt sich im Übrigen nicht nur aus der soziologischen Theorie, sondern für selbständig agierende Heilberufe wie die Hebammen auch aus dem Sozialgesetzbuch V.<sup>15</sup> Im Folgenden soll deshalb erörtert werden, welches Wissen Hebammen für ihre Berufsausübung brauchen und welche Konsequenzen daraus für die Ausbildung zu ziehen sind.

### 7.3 Welches Wissen brauchen Hebammen? Konsequenzen für die Ausbildung

Hebammen brauchen ein theoretisches, wissenschaftlich fundiertes Wissen, praktische Fertigkeiten sowie Beratungskompetenzen und Reflexionsvermögen. Das von Hebammen benötigte Wissen ist also sehr vielschichtig und speist sich folglich aus verschiedenen Quellen.

Der gesetzlich festgelegte *Rahmen der Hebammentätigkeit* (siehe Abschnitt 2.2) bildet gleichzeitig einen *Rahmen für das erforderliche Wissen*, das heißt, Hebammen müssen sich in allen Bereichen der generativen Gesundheit von Frauen so gut auskennen, dass sie *eigenverantwortlich handeln* können. In den Berufsordnungen ist außerdem konkret festgeschrieben, dass Hebammen verpflichtet sind, ihren Beruf entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen bzw. der wissenschaftlichen Erkenntnisse auszuüben.<sup>16</sup>

Zunächst einmal ist *medizinisches Wissen* erforderlich, um den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett fachlich einschätzen und folglich das Befinden der Frau sowie Symptome und ggf. Komplikationen beurteilen zu können. Aus diesem Urteilsvermögen leitet sich die Kompetenz zum verantwortbaren Abwarten, Handeln oder zur Hinzuziehung ärztlicher Hilfe ab. Dasselbe medizinisch aktuelle Wissen ist auch von Nöten, um ärztliches Handeln einschätzen und ggf. mit guten Argumenten kritisieren zu können (DGGG 2000: 534; BDH 2001a: 19f). Darüber hinaus ist es sinnvoll, wenn Hebammen auch Behandlungsmethoden kennen und anwenden, deren Wirksamkeit zwar nicht durch randomisierte Stu-

<sup>14</sup> Vgl. hierzu u.a. Ensel 1996, Kirchner 1998: 70f, Scholz 1999, DGGG 2000, BDH 2001a, Staschek 2001b, Allert 2002, Simm 2002.

<sup>15</sup> Verpflichtung zur Leistungserbringung auf dem Stand der medizinischen bzw. wissenschaftlichen Erkenntnisse und Verpflichtung zur Qualitätssicherung (SGB V §§ 2, 70, 125, 135ff).

<sup>16</sup> Vgl. hierzu Abschnitt 2.2.3 bzw. die einzelnen Berufsordnungen im Wortlaut.



dien im Sinne der *evidence based medicine* belegt ist, die jedoch gleichwohl zum Kanon erprobter Heilmittel oder Vorgehensweisen gehören. Die britische Hebammenprofessorin Mary Renfrew<sup>17</sup> differenziert deshalb auch zwischen *evidence based medicine* und *evidence based practice* und plädiert einerseits für die Anwendung korrekter Forschungsergebnisse in der Praxis, andererseits aber auch für eine Wertschätzung von Erfahrungswissen und Intuition (Renfrew 1997: 101; auch White 1996; Davis-Floyd/Floyd 1997).

Auch ihre Beratungsfunktion können Hebammen nur erfüllen, wenn sie auf dem Stand der geburtshilfflichen Forschung sind. Zu dieser Forschung gehören mittlerweile jedoch neben den in gynäkologisch-geburtshilfflichen Lehrbüchern und Fachzeitschriften vorgestellten Lehrmeinungen und Forschungsergebnissen auch die in den verschiedenen Hebammenzeitschriften publizierten Studien, Literaturarbeiten und Erfahrungsberichte der eigenen Berufsgruppe (siehe Abschnitt 4.2.1). Zum geburtshilfflichen Wissenskanon zählen außerdem Erkenntnisse aus den Nachbardisziplinen *Psychosomatik und Gesundheitswissenschaften* (speziell: Frauengesundheitsforschung) sowie aus der internationalen *Hebammenforschung*.<sup>18</sup>

In die Aufgabenfelder Beratung von Frauen und Paaren und Gestaltung von Kursangeboten fließen außerdem Erkenntnisse aus den Bereichen Pädagogik, Soziologie und Psychologie ein (vgl. u.a. Brockmann 1995, Kirchner 2002 b). Für den professionellen Umgang mit der einzelnen Klientin, mit Paaren und Familien sowie mit Gruppen ist es unerlässlich, sich als Hebamme sowohl auf theoretischer Ebene, als auch in praktischer Einübung mit dem Thema *Kommunikation* auseinander zu setzen. Die Psychologie nimmt darüber hinaus eine besondere Stellung ein, weil Hebammen einerseits wegen des Umgangs mit Neugeborenen die Grundlagen der Entwicklungspsychologie kennen müssen, andererseits die Psychologie die Bezugswissenschaft für den gesamten Bereich der psychischen Betreuung, der oben geschilderten Beziehungsarbeit sowie der Selbstreflexion darstellt.

Zentrale Bedeutung kommt außerdem der *praktischen Seite des Hebammenberufs* zu: Hebammen müssen lernen, geschickt Hand anzulegen, und sie brauchen eine geschulte Wahrnehmung. Das Fundament für diese Wahrnehmung und für das Handwerk (die „Hebammenkunst“) wird in der praktischen Ausbildung gelegt bzw. sollte dort gelegt werden. Hier lernen die zukünftigen Hebammen durch Zuschauen und durch eigenes Handeln und sie sollten häufig Gelegenheit haben, das Gesehene und Erlebte mit erfahrenen und fachlich versierten Berufskolleginnen zu reflektieren. Auf diese Weise kann auch heute – wenn auch in anderem Rahmen als zu Zeiten, da Hebammen-Lehrtöchter noch jahrelang ihre Lehrmeisterin im Berufsalltag begleiteten – das Erfahrungswissen von Hebammen von Generation zu Generation weitergegeben werden. Auch Benoit et al. (2001) betonen in einer internationalen Vergleichsstudie zur Hebammenausbildung, dass gerade im Zuge der Akademisierung von Hebammenausbildungen die *apprenticeship*, das praktische Lernen unter der Obhut erfahrener Berufskolleginnen, besonderes Augenmerk verdient (Benoit et al 2001: 154, 159; ebenso Silverton 1996: 84f).

Wie Hellmers in ihrer pflegepädagogischen Arbeit „Praxisanleitung in der Hebammenausbildung“ (2001) darlegt, ist die praktische Ausbildung von Hebamenschülerinnen im Kreißaal eine sehr vielschichtige und komplexe Aufgabe, die weit über das heute in vielen Kliniken

<sup>17</sup> Renfrew ist Mitherausgeberin des von Gynäkologen und Hebammen verfassten geburtshilfflichen Handbuchs „A Guide to Effective care in Pregnancy and Childbirth“ (Enkin et al. 1995).

<sup>18</sup> Vgl. zur (Frauen-) Gesundheitsforschung u.a.: Collatz et al. 1983; WHO 1987a, 1996; AK Frauen und Gesundheit (Hg.) 1998; De Vries/Salvesen/Wiegers/Williams 2001; Schücking et al. 2001; Schücking 1995b, 1997, 2000, 2002 sowie den Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (BMFSFJ 2001).

vgl. zur internationalen (v.a. der englischen) Hebammenforschung zunächst die zusammenfassende Darstellung bei Fuhr 2000: 80ff. Einen Überblick über geburtshilffliche, hebammenrelevante Forschungsarbeiten gibt der 1985 gegründete Hebammenliteraturdienst MIDIRS (Midwifery Information and Research Service), dessen Vierteljahresschrift auch in Deutschland abonniert werden kann, und MIRIAD (Midwifery Research Database), eine Datenbank von Hebammen-Forschungsarbeiten.

übliche Mitlaufen-lassen (siehe Abschnitt 4.1.3.2) hinausgeht. Hellmers entwickelt auf dem Hintergrund von verschiedenen Lern- und Handlungstheorien konkrete Empfehlungen für die Praxisanleitung (Hellmers 2001: 34ff, 63ff; auch Hellmers 2002: 234f). Sie macht deutlich, dass anleitende Hebammen eigentlich ein Wissen darüber haben müssten, wie sich Lernen in der praktischen Handlung vollzieht, damit sie überhaupt effektiv anleiten *können* (Hellmers 2001: 52ff). Lernsituationen müssen geplant, zielgerichtet unterstützt und anschließend ausgewertet werden, was nicht nur eine entsprechende pädagogische Qualifikation der Anleiterin, sondern auch zeitliche Kapazitäten voraussetzt (66ff, 75ff, 88ff). Hellmers betont allerdings auch, dass sich Anleitesituationen im beruflichen Alltag auch spontan und ungeplant ergeben können. Dies ist dann kein Problem bzw. kann konstruktiv genutzt werden, wenn der Lernprozess der Schülerin an dem jeweiligen Einsatzort insgesamt strukturiert und reflektiert verläuft (85ff).

Auch muss das *breite Aufgabenspektrum* von Hebammen (siehe Kapitel 2) in Zukunft bereits in der praktischen Ausbildung Berücksichtigung finden. Das heißt, Hebammen müssen zum einen wirklich für alle die Tätigkeiten, die sie im späteren Berufsleben auch ausführen dürfen, zum anderen für ihre vielfältigen Aufgaben im ambulanten Gesundheitssektor qualifiziert ausgebildet werden.<sup>19</sup> Das oben dargestellte Arbeitsbündnis nimmt in den verschiedenen Betreuungssituationen und -konstellationen jeweils unterschiedliche Gestalt an und muss deshalb von Hebammen in seiner Vielfalt gelernt und auch schon in der Ausbildung praktisch durchlebt und reflektiert werden. Hierfür braucht es moderne Lernmethoden (wie das *problem based learning*)<sup>20</sup> ebenso wie qualifizierte und motivierte Anleiterinnen vor Ort.<sup>21</sup>

Gerade für die praktische Berufsausübung spielen außerdem die Wissensbestände anderer Berufsgruppen eine wichtige Rolle; so ist es notwendig, dass Hebammen einerseits bereits in der Ausbildung z.B. von Pflegenden und PhysiotherapeutInnen lernen, andererseits mit diesen Berufsgruppen immer dann, wenn es für die Versorgung von Mutter und Kind sinnvoll ist, interdisziplinär zusammen arbeiten.

Hebammen müssen über ein fundiertes theoretisches und praktisches Fachwissen hinaus in der Lage sein, sich auf die *Lebenswelt* der von ihnen betreuten Frauen einzustellen, sie zu verstehen, denn nur über ein solches ganzheitliches Verständnis ist auch eine optimale Betreuung möglich. Ich vertrete die These, dass dies heute ungleich schwerer ist als zu Zeiten, da Hebammen und „ihre“ Frauen vielleicht noch derselben sozialen Gruppe, z.B. einer Dorfgemeinschaft, angehörten (Labouvie 2001). Theoretische Konzepte, die „lebensweltliches“ Wissen mit „traditionellem“ Wissen und mit der Einheit der Lebenswelt von Frauen und Hebammen gleichsetzen und die einen klar abgegrenzten Gegensatz zwischen Lebenswelt und Wissenschaft konstatieren (Böhme 1993), helfen hier nicht weiter. Eine Hebamme muss - will sie ihren Klientinnen gerecht werden – die *heutige*, sehr komplexe Lebenswelt und ihre

<sup>19</sup> Es geht also nicht an, dass bestimmte Tätigkeiten oder ganze Aufgabenbereiche – wie heute vielerorts üblich – aus der Ausbildung ausgespart bleiben (vgl. 4.1.3). Konkret heißt das, dass Hebammen, die vom Tag ihres Examins an z.B. selbständig Episiotomien schneiden, Dammnähte legen und sogar Steißgeburten im Notfall alleine entwickeln dürfen, an diese Tätigkeiten in der Ausbildung auch praktisch herangeführt werden müssen. Gleiches gilt für den Bereich der Schwangerenberatung und Mutterschaftsvorsorge sowie für die ambulante Wochenbettbetreuung, die angesichts verkürzter Krankenhausliegezeiten eine immer größere Rolle für die Gesundheitsversorgung der Wöchnerinnen und ihrer neugeborenen Kinder spielt.

<sup>20</sup> Vgl. u.a. Schewior-Popp 1998, Handgraaf 2000, Glen/Wilkie 2001.

<sup>21</sup> So betonte eine Hausgeburtshebamme mir gegenüber im Interview ausdrücklich, dass die Ausbildung in der ambulanten Hebammenpraxis genauso sorgfältig geplant und durchdacht werden müsste wie die Ausbildung in der Klinik und dass sie viel umfangreicher sein müsste als heute (siehe Abschnitt 4.1.3.1 und 4.1.3.3). Darüber hinaus sei ein Einstellungswechsel bei den freiberuflichen Kolleginnen nötig: Die Schülerin dürfe nicht in erster Linie als Last angesehen, sondern sollte als lernende Hebamme betrachtet werden, die auch eine Arbeitserleichterung darstellen könne (vgl. hierzu auch Franken 1996: 22f). (Zu den in Zukunft notwendiger Weise zu verändernden Rahmenbedingungen der Ausbildung im ambulanten Sektor und den damit verbundenen Anforderungen siehe die folgenden Abschnitte 7.4 und 7.5)

Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und das Leben mit Kindern in ihre Betreuung einbeziehen und darf sich weder an einem idealisierten, traditionellen Hebammenbild orientieren noch sollte sie ihre Arbeit auf eine medizinische Dienstleistung reduzieren oder reduzieren lassen.

Auch muss eine Hebamme mit Frauen und Paaren umgehen können, die Entscheidungen treffen, Wünsche äußern, Lebenseinstellungen haben, mit denen die Hebamme Schwierigkeiten hat oder die sie innerlich ablehnt. Die oben bereits erläuterte professionelle Distanz kann ihr auch in diesem Zusammenhang helfen, eine kompetente Betreuung zu leisten, ohne sich in Konflikte, Ablehnung, Machtmissbrauch oder auch in eine zu große Nähe zu verstricken. Die Basis für diese Kompetenzen muss in der Ausbildung gelegt werden, um vom Beginn der Berufssozialisation an Reflexion einzuüben, und zwar sowohl Reflexion der eigenen Gefühle und des eigenen Verhaltens als auch ein reflektierendes Nachdenken über das Verhalten und Fühlen der Anderen und über gesellschaftliche Zusammenhänge. Wie eine Gesellschaft mit dem gesamten Komplex des Kinderkriegens umgeht, ist nicht nur für die Einzelbiographie der betroffenen Frauen (und ihrer Partner) von großer Bedeutung, sondern hat auch eine immense gesamtgesellschaftliche und kulturelle Relevanz. Bereits in der Ausbildung, aber auch gerade im weiteren Berufsleben, müssen Hebammen sich mit Fragen der Ethik, mit der Bevölkerungspolitik ihres Landes und mit der Kultur des Gebärens auseinandersetzen.<sup>22</sup> Hierfür kann das Einüben des sozialwissenschaftlichen Diskurses im Rahmen der Grundausbildung eine gute Hilfe sein.

Wie aus den bisherigen Ausführungen deutlich geworden sein dürfte, ist die Reflexionsfähigkeit zentral für einen Beruf wie den der Hebammen. Sie umfasst das wissenschaftlich begründete Handeln ebenso wie den reflektierenden Umgang mit Gefühlen und macht sowohl eine Akademisierung des Hebammenberufs als auch eine grundlegende Reform der praktischen Ausbildung erforderlich. In welchen *Strukturen* diese neue Ausbildung verwirklicht werden könnte, soll im folgenden Abschnitt diskutiert werden.

#### 7.4 Strukturreform der Hebammenausbildung

Eine wissenschaftliche Ausbildung für Hebammen und eine wissenschaftliche Fundierung des hebammenhilflichen Handelns muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass die Berufsgruppe der Hebammen in Zukunft eine eigene Theoriebildung betreibt oder eine in sich abgeschlossene, vollständige Fachdisziplin aufbaut.<sup>23</sup> Wissenschaftlich zu arbeiten könnte für Hebammen vielmehr sinnvoller Weise heißen, einerseits die Methoden, andererseits auch die Ergebnisse vorhandener Disziplinen für das eigene Fachgebiet nutzbar zu machen, auf die eigenen Fragestellungen anzuwenden. Krüger formuliert dies für die Nachbardisziplin Pflege so: Medizin, Soziologie, Psychologie, Biologie, Sozialpädagogik usw. seien zwar nicht *Pflege*, sie seien jedoch sehr relevante Bezugswissenschaften, deren Wissen Eingang finden müsse in den Qualifizierungsprozess der Pflege, „allerdings reformuliert durch das Nadelöhr ihrer Relevanz für das Pflegehandeln“ (Krüger 2001: 31; auch Remmers 1999).

„Die Wissensanteile der Bezugswissenschaften gehören in die Schnittmenge des Fachwissens. Sie liegen nicht oberhalb und nicht zusätzlich, sondern im Mittelpunkt der Fachpflege, aber erst, wenn sie pflegewissenschaftlich gewendet sind.“ (Krüger 2001: 32)

<sup>22</sup> Vgl. hierzu u.a. Azoulay 1998; Albrecht-Engel 1995; BDH 1992; Dörpinghaus et al. 2001/2002; Duden 1996, 1997, 1998, 2001; Ensel 1991, 1994, 1999, 2002; Friedrich et al. 1998; Fuhr 2000; Kehrbach 2000; Kirkham 1996; Kirchner 2002a; Kollek 1998; Morgenroth 2001; Ott-Gmelch 2001; Schücking 1993, 1995b, 2002; Symonds/Hunt 1996; Thompson/Thompson 1993.

<sup>23</sup> Kritisch der sog. *grand theory* gegenüber stehen auch die PflegewissenschaftlerInnen Moers/Schaeffer/Steppe (1997: 281ff) und Schröck (1997). Sie plädieren zwar engagiert für ein forschungsgestütztes pflegerisches Handeln, auch für Theoriebildung im Rahmen der Pflege als *Praxisdisziplin* (Schröck 1988, 1989, 1997), sie warnen jedoch vor der Suche nach der alles erklärenden Pflgetheorie und dem damit verbundenen „rhetorischen Elitismus“ (Schröck 1997: 42).

Dasselbe gilt auch für das über die unmittelbare Arbeitsleistung hinausgehende Transferwissen, die sog. Schlüsselqualifikationen. Bei diesen handelt es sich zwar nach Krüger um der Einzelsituation oder dem Einzelproblem übergeordnete Fähigkeiten (denen sowohl Wissen als auch Reflexion zu Grunde liegen); gleichwohl sind die Schlüsselqualifikationen gerade bei den personenbezogenen Berufen auch sehr fachspezifisch, also direkt an den „Arbeitsgegenstand“ gebunden (Krüger 2001: 32; auch Piechotta 2000: 39ff; Schewior-Popp 1998: 19). So wird z.B. die Schlüsselqualifikation, „sich situationsgerecht, verständlich und differenziert auszudrücken“ (Piechotta 2000: 48), im beruflichen Handeln von Hebammen, Ergotherapeutinnen oder Krankenschwestern unterschiedliche Gestalt annehmen. Für die Ausbildung heißt dies, dass auch die Schlüsselqualifikationen fachspezifisch gespiegelt und vermittelt werden müssen.

Die hier dargelegten Überlegungen zur wissenschaftlichen Fundierung des Pflegehandelns sind auf die zukünftige Hebammenwissenschaft direkt übertragbar: In deren Zentrum muss das *hebammenhilfliche Handeln* stehen. Eine wissenschaftlich fundierte Definition des hebammenhilflichen Handelns steht allerdings bisher noch aus; sie sollte sinnvoller Weise vor einer Institutionalisierung der akademisierten Hebammenausbildung geleistet werden, damit die Richtung der Ausbildungsreform klar wird und auch entsprechende Prioritäten bei der Umsetzung gesetzt werden können.<sup>24</sup> Auf diese Weise könnten Probleme vermieden werden, die sich aus einer Akademisierung ohne Zentrierung auf die Praxisrelevanz ergeben, wie sie Pfaffenberger für die Sozialarbeit beschreibt (Pfaffenberger 1996: 43ff).

Als Anregungen für eine Ausbildungsreform und die damit verbundene Hochschulplanung seien im Folgenden einige Eckdaten zur Diskussion gestellt, die bei einer Neuordnung der Qualifizierung von Hebammen, also der Grundausbildung sowie der weiterführenden Qualifizierung, m.E. zu bedenken sind. Nach Ansicht von BildungsexpertInnen wird sich allerdings, u.a. angestoßen durch das Zusammenwachsen Europas, die Hochschullandschaft in Deutschland im kommenden Jahrzehnt voraussichtlich erheblich verändern. Das heißt, auch das System, nach welchem heute noch bestimmte Studiengänge nur von Universitäten, andere nur von Fachhochschulen angeboten werden, wird womöglich in naher Zukunft nicht unbeträchtlich in Bewegung kommen.<sup>25</sup>

Basierend auf dem derzeitigen System erscheint es sinnvoll, die Grundausbildung für Hebammen, wie vom Wissenschaftsrat vorgeschlagen (siehe Abschnitt 5.2 und 5.6), auf Fachhochschul-Niveau anzusiedeln und damit einen berufsbildenden Abschluss nach 3-4 Jahren zu ermöglichen. Dieser praxisorientierte, jedoch bereits wissenschaftlich fundierte *Bachelor of Midwifery* würde zum einen eine im Vergleich zu heute völlig reformierte Hebammenausbildung repräsentieren und zum anderen den Weg zu weiteren akademischen Bildungsabschlüssen und zur Hebammenwissenschaft eröffnen, die allerdings, wie schon mehrfach erwähnt, an deutschen Hochschulen noch gar nicht existiert. Hier wird die Problematik des Aufbaus eines gänzlich neuen Bildungsweges sichtbar, die jedoch nicht zu vermeiden, sondern nur dadurch zu meistern ist, dass lange Übergangszeiten und vielleicht auch Umwege in Kauf genommen werden.

Ein Studium dieser Länge (bzw. Kürze) mit berufsbildendem Abschluss ist bislang an Universitäten in Deutschland nicht vorgesehen. Deshalb bietet sich zunächst nur der Weg an die Fachhochschule an. Das zur Zeit gelegentlich in Podiumsdiskussionen zu hörende Argument, das

<sup>24</sup> In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass zur Zeit von Seiten des Berufsverbandes BDH in Kooperation mit verschiedenen Wissenschaftlerinnen Vorstöße in diese Richtung unternommen werden. So ist eine Denkschrift zum Hebammenberuf unter breiter Beteiligung des Berufsstandes geplant mit dem Ziel, den Beruf von seinen Inhalten her eindeutig im System der Gesundheitsversorgung zu positionieren. Darauf aufbauend bzw. damit vernetzt (nahezu zeitgleich) soll von einer Hebamme und Pädagogin im Rahmen einer Dissertation ein Curriculum für die neue Ausbildung entwickelt werden. (vgl. Kheirbach 2002)

<sup>25</sup> Bologna-Erklärung (1999), Wissenschaftsrat (1996, 2000), KMK (2000b) sowie Statement von Prof. Dr. Mielenhausen, Präsident der FH Osnabrück und ehemaliges Mitglied des Wissenschaftsrates auf dem Symposium „Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen?“ der AG MTG am 20.11.2001 in Bonn.

Berufsfeld der Hebammen sei an der Fachhochschule nicht vertreten und die Hebammen sollten deshalb lieber gleich an die Universität und dort an die Medizinischen Hochschulen gehen, greift jedoch zu kurz, weil ihr Berufsfeld dort auch nur zum Teil repräsentiert ist. Eine Anknüpfung von Studiengängen der Gesundheitsfachberufe an medizinische Fakultäten, die mancherorts diskutiert und auch schon erprobt wird,<sup>26</sup> ist m.E. im Gegenteil eher kritisch zu bewerten, weil der Medizin damit unter den Bezugswissenschaften wieder die dominante Rolle zugesprochen würde. In Bezug auf die wissenschaftliche Fundierung der Hebammenarbeit würde der Blick nicht geweitet, wie es das Aufgabenspektrum von Hebammen verlangt, sondern würde erneut auf das biomedizinische Denkmodell und auf die Pathologisierung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verengt. Der Bezug zum Berufsfeld muss also anders hergestellt werden, wobei mir - in Anlehnung an die Empfehlungen des Wissenschaftsrats - die Einrichtung praxisintegrierender, dualer Studiengänge an Fachhochschulen als ein gangbarer Weg erscheint (Wissenschaftsrat 1996, 2000).

Auf der Grundlage der heutigen Struktur von Fachhochschulen ist für eine zukünftige Hebammen-Fachhochschulausbildung folgendes festzustellen: Die *Lehre* an Fachhochschulen obliegt ProfessorInnen, also promovierten WissenschaftlerInnen. Dies sollten im Fall eines Hebammen-Studiengangs auch promovierte Hebammen sein.<sup>27</sup> Darüber hinaus wird sich der Lehrkörper einer Fachhochschule, die verschiedene Gesundheitsfachberufe ausbildet, entsprechend interdisziplinär zusammensetzen, also z.B. aus promovierten Vertreterinnen der einzelnen Berufe sowie Gesundheits- und SozialwissenschaftlerInnen und PsychologInnen. Außerdem bestreiten an Fachhochschulen die ProfessorInnen das Lehrangebot nicht allein, sondern werden von Lehrbeauftragten unterstützt. Hierbei handelt es sich in der Regel um Berufsangehörige, die aus ihrer Berufspraxis heraus einzelne oder mehrere Veranstaltungen anbieten. Sie müssen selbst über mindestens den gleichen Hochschulgrad verfügen, den die Studierenden erlangen wollen,<sup>28</sup> nach Ansicht des Wissenschaftsrats sollten sie sogar denselben Qualifikationsanforderungen genügen wie die hauptamtlichen DozentInnen, also promoviert haben (Wissenschaftsrat 1996: 55). Die Lehre unter ProfessorInnen und PraktikerrInnen aufzuteilen, entspricht dem Prinzip der Fachhochschule, wissenschaftliche und Praxiskompetenz miteinander zu verknüpfen. So würde es sich für das Hebammenstudium anbieten, z.B. den medizinischen Lernstoff von erfahrenen, praktisch in der Geburtshilfe tätigen GynäkologInnen und die Pädiatrie von KinderärztInnen unterrichten zu lassen, ebenso wie die außerklinische Geburtshilfe am besten von den dort tätigen freiberuflichen Hebammen vermittelt werden könnte. Auch die Tätigkeitsfelder in der Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung sowie der Aufgabenbereich von Familienhebammen und anderen spezialisierten Diensten sollten von den entsprechenden PraktikerInnen übernommen werden.

Was in diesem System (wie auch an Universitäten) jedoch fehlt, ist eine *pädagogische Qualifikation* der Lehrkräfte – HochschullehrerInnen und Lehrbeauftragte sind in der Regel pädagogische AutodidaktInnen. Um in Zukunft wissenschaftliche Erkenntnisse auch auf pädagogisch hohem Niveau vermitteln und die gesamte Ausbildung nach berufs- und erwachsenenpädagogischen Gesichtspunkten planen und durchführen zu können, ist es erforderlich, an dieser Stelle umzudenken und neue Wege zu beschreiten. Der Einbezug von universitär ausgebildeten, jedoch nicht promovierten LehrerInnen in den Lehrkörper der Fachhochschulen wäre hier ebenso denkbar wie pädagogische Zusatzqualifikationen für ProfessorInnen und Lehrbeauftragte.

Ein weiteres, zu bedenkendes Problem stellt die Praxisferne der zukünftigen hauptamtlichen HochschullehrerInnen dar, die jedoch nicht dadurch zu lösen ist, dass diese LehrerInnen (wie

<sup>26</sup> z.B. im Weiterbildungsstudiengang Physiotherapie an der Fachhochschule Fulda in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg (vgl. [www.fh-fulda.de/fb/pg/physio/studiengang.htm](http://www.fh-fulda.de/fb/pg/physio/studiengang.htm)).

<sup>27</sup> Auch hier sollte also der Fehler vermieden werden, der nach Engelke den Sozialarbeits-Studiengängen bis heute Probleme bereitet, dass nämlich dort die meisten Lehrenden weder Sozialarbeit studiert haben noch das Berufsfeld aus eigenem beruflichen Erleben kennen (Engelke 1996: 13f).

<sup>28</sup> Laut mdl. Auskunft einer FH-Professorin im Bereich Pflegemanagement/Pflegepädagogik.

heute) „an allen Orten gleichzeitig“ und damit nirgendwo wirklich präsent sind (siehe Abschnitt 4.1.3). Die mögliche Kluft zwischen Theorie und Praxis, die bereits durch den beschriebenen Einsatz von Lehrbeauftragten gemildert werden kann, kann vor allem durch ein *gemeinsames Curriculum* und eine *institutionalisierte Kooperation der Lernorte* überbrückt werden (Wissenschaftsrat 1996: 43ff, 56f). Regelmäßige Arbeitstreffen der Lehrenden und die gemeinsame Ausgestaltung des dualen Studiums (z.B. in Qualitätszirkeln) können ein Auseinanderklaffen beider Lernorte ebenso verhindern wie verbindliche Lernziele und Praktikumsaufträge für die Studierenden (Hellmers 2001: 35f, 69; Monney Hunkeler 1996b: 305ff). In eine Neukonzeption der Hebammenausbildung und der Ausbildungen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe sollten bestehende berufspädagogische Konzepte und Erfahrungen unbedingt einbezogen werden.<sup>29</sup> Darüber hinaus kann auch praxisbezogene eigene Forschung der HochschullehrerInnen deren Bezug zur Berufspraxis ebenso aufrecht erhalten wie regelmäßige Auffrischungs-Praktika der Hebammenprofessorinnen direkt im Berufsfeld.

Der *Lernort Praxis* muss im zukünftigen Hebammenstudium denselben Stellenwert wie der Lernort Fachhochschule innehaben und ist deshalb konzeptionell und organisatorisch sorgfältig zu planen. Die Defizite der jetzigen praktischen Ausbildung dürfen in der neuen Hebammenausbildung auf keinen Fall ihre Fortsetzung finden. Die Fachhochschule müsste mit verschiedenen Kliniken und anderen Einrichtungen (Geburtshäusern, Hebammenpraxen, Beratungsstellen usw.) sowie auch mit einzelnen freiberuflichen Hebammen Kooperationsverträge für die praktische Ausbildung abschließen. Die Stundenzahl der unterschiedlichen Praxiseinsätze sollte in Abgrenzung zur heutigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung völlig neu überdacht werden und sich am gesamten Aufgabenspektrum von Hebammen und nicht nur am Krankenhaus orientieren. Welchen Status die Studierenden am Praxisort hätten, wäre noch zu klären und hängt unter anderem auch von der Finanzierung der Ausbildung ab. Der Wissenschaftsrat schlägt im Rahmen der dualen Studiengänge neben staatlichen Ausbildungsbeihilfen eine finanzielle Beteiligung der Betriebe an der Ausbildung vor und sieht die Auszubildenden als lernende MitarbeiterInnen (Wissenschaftsrat 1996: 35ff). Die Studierenden sollen durch eigenes Tun lernen (Hellmers 2001: 36ff; Krüger 2001: 33f); sie sollten jedoch von den jeweiligen Einrichtungen auf keinen Fall als reguläre Arbeitskräfte eingeplant werden.

Auch das Erwerben der Fähigkeit zur persönlichen Reflexion muss als integrativer Bestandteil der Berufssozialisation fest in der Grundausbildung verankert werden. Die Hebammenschule Bern hat deshalb im Zuge ihrer Ausbildungsreform in den 1990er Jahren die Selbsterfahrung an den Anfang der Ausbildung gestellt. Im Einführungsblock erstellen die Schülerinnen eine Eigenanamnese und befragen und untersuchen sich gegenseitig. Nicht nur das Ausgehen von der gesunden Frau, sondern auch das Reflektieren zieht sich von da an wie ein roter Faden durch die gesamte Ausbildung. Statt Zensuren wurde ein System regelmäßiger Selbst- und Fremdeinschätzungen eingeführt (vgl. Monney-Hunkeler 1996a).<sup>30</sup> Diese Grundprinzipien sollten auch hierzulande Eingang in die Hebammenausbildung finden und in Zukunft sowohl von der Fachhochschule als auch von den Lernorten in der Praxis angewendet werden.

Institutionen, die sich für die praktische Ausbildung des Nachwuchses zur Verfügung stellen wollen, sollten Qualitätskriterien bzgl. ihrer eigenen Arbeit erfüllen (Wissenschaftsrat 1996: 56);<sup>31</sup> sie könnten ihrerseits mit diesen Qualitätsstandards für ihre Einrichtung werben. Au-

<sup>29</sup> Vgl. hierzu u.a. BiBB (1998), Robert Bosch Stiftung (2000b: 308ff), Hellmers (2001: 34ff).

<sup>30</sup> Die Schweizer Hebammenausbildung steht zwar zur Zeit vor einer erneuten Reform (nämlich der Überführung in den tertiären Bereich), die hier geschilderten zentralen Elemente der Selbstreflexion stehen damit jedoch nicht zur Disposition, sondern wurden im Gegenteil von der Berner Schulleitung auf dem Internationalen Symposium Hebammenausbildung 2000 als konsolidierte Neuerung bezeichnet, die sich bewährt habe. (vgl. Eichenberger zur Bornsen 2000)

<sup>31</sup> In Holland wurden sog. „Key Characteristics“ für „Nursing Development Units“ (NDU) entwickelt, in denen festgelegt ist, welche Grundvoraussetzungen eine Pflege- oder Hebammeneinrichtung erfüllen muss, wenn sie Mitglied im NDU-Netzwerk werden möchte und wenn sie sich an der Ausbildung des Nachwuchses beteiligen will. Die Kriterien reichen von konkreten Forderungen nach einer wissenschaftlich fundierten Praxis und der ständigen Evaluation des eigenen Handelns bis hin

ßerdem müssten sie eine pädagogisch fundierte Anleitung durch (teilweise) freigestellte PraxislehrerInnen bzw. Bildungsverantwortliche (59f) gewährleisten. Diese könnten sich z.B., wie es der BDH vorgeschlagen hat (siehe Abschnitt 5.4.3), durch ein (Fach-) Hochschul-Studium „Praxisanleitung“ qualifizieren, welches als Master-Studiengang auf den berufsbildenden Bachelor-Abschluss aufbauen könnte.<sup>32</sup> Ein solcher Studiengang wäre sinnvoller Weise interdisziplinär als „Pädagogik für Gesundheitsfachberufe“ zu konzipieren und könnte berufsübergreifend für die Praxisanleitung der Auszubildenden bzw. Studierenden verschiedener Berufe qualifizieren. Im Zentrum dieses Studiums würden z.B. die Grundproblematik des wechselseitigen Wissens-Transfers zwischen Theorie und Praxis sowie pädagogische Fragen und Lerntheorien, Themen wie Kommunikation, Krisenbewältigung, Leistungskontrollen und Beurteilungskriterien, außerdem ethische Fragen in Bezug auf Ausbildungssituationen und nicht zuletzt das interdisziplinäre Denken und Handeln selbst stehen.

Der Aufbau einer eigenen *universitären Fachdisziplin Hebammenwissenschaft* (sowie analog: Physiotherapie-Wissenschaft, Ergotherapie-Wissenschaft usw.) stellt eine langfristige Aufgabe dar. Zunächst müssten die einzelnen Gesundheitsfachberufe (so auch die Hebammen), bei denen eine Akademisierung ansteht oder bereits begonnen hat, wie bereits erläutert ihre Arbeitsinhalte definieren sowie ihre jeweils spezifischen Fragestellungen und ihre Bezugswissenschaften klären. Die Forschung im eigenen Fach und ggf. eine eigene Theoriebildung sind eng verknüpft mit dieser wissenschaftlichen Standortbestimmung. Auch die Ausbildung des eigenen akademischen Nachwuchses hängt auf die Dauer davon ab, dass die jeweilige Fachdisziplin überhaupt studiert werden kann. Gleichwohl sollte das gemeinsame Arbeitsfeld Gesundheitswesen bei aller Fachspezifik nicht aus dem Blickfeld geraten. Das Aufspüren der Gemeinsamkeiten, das aus bildungspolitischer Sicht wie aus Gründen der multiprofessionellen Gesundheitsversorgung sinnvoll und notwendig ist, folgt jedoch - analytisch gesehen - als zweiter Schritt, wenn auch in der berufspolitischen Praxis aus Sachzwängen heraus beide Aufgaben häufig parallel angegangen werden müssen. Im Ergebnis könnte sich herausstellen, dass die verschiedenen Einzeldisziplinen der Gesundheitsfachberufe sinnvoll unter dem Dach der Gesundheitswissenschaften vereinigt wären.<sup>33</sup> Auch ein universitärer *Lehramts-Studiengang* für die Gesundheitsfachberufe, sollte er nach einer Umstellung auf das Fachhochschul-System noch relevant sein (siehe oben), wäre entsprechend interdisziplinär anzulegen, mit der Option, jeweils einzelne Fachgebiete zu vertiefen (vgl. auch KMK 1997b: 10; AG MTG 2000b).

Im nun folgenden Ausblick werden in knapper Form einige Problemfelder benannt, die für die bevorstehende Reform der Hebammenausbildung eine wichtige Rolle spielen, über die vorliegende Untersuchung jedoch hinausgehen.

---

zu Umschreibungen einer Berufsphilosophie, bei der es um die Persönlichkeitsentwicklung der Berufsangehörigen, um Verantwortlichkeiten und Teamgeist und um die Einbeziehung der PatientInnen und KlientInnen in Entscheidungen geht. (vgl. Hogeschool Enschede, Verpleegkunde, Key Characteristics of an NDU, Membership Application Form, Page C; Manuskript 1997)

<sup>32</sup> Nach der Vorstellung des Wissenschaftsrats dient ein Master-Studium der Vertiefung des beruflichen Wissens und der wissenschaftlichen Qualifikation und soll nur ausnahmsweise direkt an den Bachelor-Abschluss anschließen. Im Regelfall jedoch sollen sich Studium und Phasen der Berufspraxis abwechseln und aufeinander aufbauen, mit dem Ziel, dass die Berufsangehörigen im Sinne eines lebenslangen Lernens kontinuierlich ihre Kompetenzen ausbauen und auch die Hochschulen im Sinne eines Praxis-Theorie-Transfers von der Berufserfahrung ihrer Studierenden profitieren (Wissenschaftsrat 2000: 34ff).

<sup>33</sup> Die mögliche Hochschulentwicklung in Bezug auf die Fachdisziplinen der Gesundheitsfachberufe konnte hier nur angerissen werden. Zum Spannungsfeld zwischen Bezugswissenschaften und der Herausbildung eigener Fachdisziplinen vgl. u.a.: Kirchner 1997, Mühlum et al. 1997: 303ff, Kethler 1998, Remmers 1999, Schaeffer 1999, Krüger 2001: 30ff.

## 7.5 Ausblick

Die Realisierung der angestrebten Ausbildungsreform hängt u.a. von der *Finanzierung* der zukünftigen Ausbildung ab. Eine Finanzierung der Hebammenausbildung über die Pflegesätze der geburtshilflichen Krankenhäuser wird es im Zuge der neuen Krankenhausfinanzierung nicht mehr geben. Während die Leistungen an den PatientInnen ab 2003 nach dem diagnosebezogenen Fallpauschalensystem DRG abgerechnet werden sollen, ist für die Ausbildung von Krankenpflegepersonal und Hebammen ab 2004 eine Umlagefinanzierung geplant.<sup>34</sup> Das heißt konkret für die Hebammenausbildung, dass die geburtshilflichen Kliniken, die Hebammen anstellen, aber nicht ausbilden, eine Abgabe zahlen müssen, während Häuser mit Hebammenschulen Zuschüsse bekommen werden. Diese Pläne gehen von der Hebammenausbildung in ihrer heutigen Form aus.

Wenn Hebammen in Zukunft an Fachhochschulen ausgebildet werden, bietet sich, wie auch vom Wissenschaftsrat empfohlen, eine Mischfinanzierung an. Die Finanzierung der Hochschule selbst inklusive der Gehälter des Lehrkörpers ist Ländersache; die Lebenshaltungskosten der studierenden Hebammen wären wie die anderer Studierender zu regeln, also je nach Einkommen der Eltern privat oder über Ausbildungsbeihilfen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz.<sup>35</sup> Darüber hinaus hält der Wissenschaftsrat auch eine finanzielle Beteiligung der ausbildenden Betriebe für vertretbar (1996: 35ff), allerdings bezieht sich diese Empfehlung eher auf Wirtschaftsunternehmen, die einzelne Studierende ausbilden und sich damit den eigenen Nachwuchs sichern. Für den Krankenhausbereich würde sich dagegen die oben erwähnte Umlagefinanzierung anbieten, da alle geburtshilflichen Kliniken Hebammen brauchen, jedoch nur ein kleiner Teil selbst ausbildet. Aus dieser Umlage könnte ein Teil der Lebensunterhalts der Studierenden sowie die Qualifizierung und teilweise Freistellung der Praxisanleiterinnen bezahlt werden.

Die Finanzierung der Ausbildung im Bereich der ambulanten Versorgung ist dagegen noch vollkommen offen. Eine Beteiligung freiberuflicher Hebammen an der Umlagefinanzierung ist nicht denkbar, weil Freiberuflerinnen in der Regel keine Hebammen anstellen, also nicht wie Krankenhäuser auf den qualifizierten Nachwuchs angewiesen sind, sondern als Einzelpersonen (oder in kleinen Gruppen) auf eigene Rechnung arbeiten. Im Gegenteil: Auf Grund der Mehrbelastung durch eine Schülerin beklagen schon heute viele freiberufliche Hebammen, dass ihre Anleite-Tätigkeit nicht vergütet wird. Hier besteht also dringender Regelungsbedarf, zumal die Ausbildung im ambulanten Bereich ja aus den dargelegten Gründen ausgeweitet und zudem Qualitätskriterien unterworfen werden sollte.

Um die Hebammenausbildung an die Fachhochschule transferieren zu können, müsste das Hebammengesetz geöffnet werden; kurzfristig (also zur Absicherung eines ersten Modellstudiengangs) könnte dies über eine sog. *Experimentierklausel* geschehen, mit der sicher gestellt würde, dass die neue Ausbildung mindestens die Anforderungen der alten erfüllt und somit nach bestandem Examen auch zur gesetzlich geschützten Berufsbezeichnung

<sup>34</sup> Diagnosis Related Groups (DRG's), siehe Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), in der Fassung vom 22.12.1999, § 17b (vgl. auch die Info-Broschüre der ÖTV zu den DRG's von 2001 sowie Dielmann 2002: 236).

<sup>35</sup> Damit würden die studierenden Hebammen zwar finanziell schlechter da stehen als mit der heutigen Ausbildungsvergütung, sie wären jedoch anderen Studierenden gleichgestellt und nicht mehr vom Krankenhausträger abhängig. Die Ausbildungsvergütung für Hebammenschülerinnen betrug ab April 2001 im 1. Jahr 1.365 DM, im 2. Jahr 1.476 DM und im 3. Jahr 1.656 DM, der BAföG-Höchstsatz lag dagegen bei nur 1.140 DM (vgl. hierzu „Ausbildungsvergütungsvertrag Nr. 11 für Schülerinnen/Schüler, die nach Maßgabe des Krankenpflegegesetzes oder des Hebammengesetzes ausgebildet werden“ vom 30.06.2000, in: Erdle 37. EL, Abschnitt 174; außerdem BAföG § 13, Stand April 2001, nach Auskunft des Studentenwerks Hannover).



führt.<sup>36</sup> Diese Experimentierklausel müsste so formuliert sein, dass nur Modellerprobungen zulässig wären, die auch wirklich eine Hebammenspezifische Ausbildung mit dafür qualifiziertem Lehrpersonal gewährleisten.

Weder die Ausbildung noch die *Berufsausübung von Hebammen* sollte jedoch isoliert von anderen Berufsgruppen betrachtet werden. Die Befähigung zum professionellen Handeln impliziert nicht nur ein höheres Ausbildungsniveau, sondern auch Arbeitsbedingungen, die das beschriebene Arbeitsbündnis mit den Klientinnen ermöglichen und fördern. Hierbei ist an organisatorische Rahmenbedingungen ebenso zu denken wie an die *multiprofessionelle Zusammenarbeit* mit ÄrztInnen und anderen Gesundheitsfachberufen. Schon Katz bezeichnete es 1969 in Etzions Sammelband zu den *semiprofessions* als eine wesentliche Bedingung für die Professionalisierung von Krankenschwestern (incl. Hebammen), dass ihre untergeordnete Stellung gegenüber den Ärzten von einem *kollegialen Verhältnis* abgelöst werde, vergleichbar dem Verhältnis zwischen den verschiedenen, medizinischen Fachrichtungen (Katz 1969: 75f). Mühlum et al. wiederum leiten ihre Forderung nach Interdisziplinarität und Multiprofessionalität von ihrem holistischen Menschenbild ab:

„Der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen setzt in ganzheitlichem Anspruch zwingend eine integrative Perspektive voraus, eine Perspektive, die erkenntnistheoretische und professionspolitische Voraussetzungen hat. Dazu zählen gewiss Interdisziplinarität in der Theorie und Multiprofessionalität in der Praxis. Eine integrierende Klammer [...] ist der Bezug auf Unterstützungsbedarf von Menschen zur Sicherung der Selbstverfügung über die eigene Lebensgestaltung.“ (Mühlum et al. 1997: 311f)

Beide Ansätze weisen in die gleiche Richtung: Professionelles Handeln setzt eigene Verantwortlichkeiten voraus und kann daher nur im Miteinander der Berufe und nicht unter hierarchischen Bedingungen gelingen. Der Unterstützungsbedarf der Menschen erfordert seinerseits in vielen Fällen ein Zusammenwirken mehrerer Berufsgruppen, im Fall von schwangeren Frauen und Wöchnerinnen mit ihren Kindern können dies neben den Hebammen GynäkologInnen, AllgemeinärztInnen und KinderärztInnen sein, außerdem je nach Problemlage oder Beratungsbedarf auch PhysiotherapeutInnen, Pflegepersonen, Geburtsvorbereiterinnen, Stillberaterinnen, SozialarbeiterInnen usw.; die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsangehörigen muss sich *am Bedarf der Frau* ausrichten und nicht an den abgegrenzten bzw. sich zum Teil auch überschneidenden Kompetenzen der einzelnen Berufe. Bezogen auf die *Ausbildung* würde *Interdisziplinarität und Multiprofessionalität* bedeuten, dass der Hebammenberuf mit seinem definierten Tätigkeitsfeld zwar in ihrem Zentrum steht, gleichzeitig jedoch die professionelle Fallarbeit die Leitlinie des Lernens darstellt und daher Wissensbestände anderer Berufsgruppen und Teamarbeit von Anfang an in das eigene Berufsbild integriert werden. Die Definition des Wissens, das Hebammen für ihre Berufsausübung brauchen, und die curriculare Umsetzung dessen in eine reformierte Hebammenausbildung sind daher zentrale Aufgaben im Zuge der anstehenden Ausbildungsreform.

Abschließend bleibt festzustellen: Die Notwendigkeit einer sowohl inhaltlichen als auch strukturellen Reform der Hebammenausbildung wurde mit der vorliegenden empirischen Untersuchung belegt und vor dem Hintergrund soziologischer Professionalisierungstheorien diskutiert. Das Anforderungsprofil an den Hebammenberuf rechtfertigt eine Überführung der Erstausbildung in den tertiären Bereich unter der Voraussetzung, dass die praktische Ausbildung darunter nicht leidet, sondern im Gegenteil ebenfalls grundlegend reformiert und qualitativ verbessert wird.

<sup>36</sup> Das Einfügen einer solchen Experimentierklausel in das Hebammengesetz könnte wie z.B. auch die neue Regelung bzgl. der Anerkennung von ausländischen Hebammenexamen (Änderung des §2 Abs. 3 HebG vom 4.12.2001, siehe Anhang) über ein *Artikelgesetz* realisiert werden, das parallel auch Experimentierklauseln für die Berufsgesetze anderer Gesundheitsfachberufe (Ergo- und PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen usw.) zum Gegenstand haben könnte. Das Hebammengesetz bliebe bei einem solchen Vorgehen in seiner Grundsubstanz unangetastet.



## Literaturverzeichnis

Bücher und Zeitschriften, „graue Literatur“ und weitere Materialien

- Aachener Hebammen Team (2000):** Handbuch für die Hebamme, Stuttgart.
- Abbott, Andrew (1988):** The System of Profession – An Essay on the Division of Expert Labour, Chicago and London (zitiert nach Rabe-Kleberg 1997).
- Abbott, Pamela, Claire Wallace (Hg.) (1990):** The Sociology of the Caring Professions, London/New York/ Philadelphia.
- Albers, Andrea (1998):** Jodmangelprophylaxe während Schwangerschaft und Stillzeit in theoretischer und empirischer Darstellung (Abschlussarbeit im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Universität Osnabrück).
- Albert, G. (1895):** Die Frauen und das Studium der Medicin, Wien.
- Albert, Martin (1998):** Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung (Dissertation, Universität Freiburg im Breisgau).
- Albrecht-Engel, Ines (1995):** Geburt in der Bundesrepublik Deutschland, in: Schiefenhöfel et al., Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, Curare Sonderband 8, Berlin, 31-42.
- Allert, Tilman (2002):** Netzwerk für eine gute Geburt – Der Kreißsaal als Kommunikationsraum, in: Hebammenforum 1/2002, 12-17.
- Appelhoff, Birgit (2002):** Nils – Leben und Sterben eines Kindes, in: Hebammenforum 3/2002, 165-168.
- Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe (AGMTG), Köln:**
- 2000 a:** Medizinalfachberufe im Gesundheitswesen, Wege zur Professionalisierung, Positionspapier.
  - 2000 b:** Studiengang für Lehrkräfte der Medizinalfachberufe, Konzeptionspapier.
  - 2001 a:** Übersicht über den Stand der Hochschulentwicklung bei den Medizinalfachberufen, Manuskript.
  - 2001 b:** Stellungnahme der AG MTG zum Modell-Studiengang Medizinalfachberufe (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) der Fachhochschule Hildesheim/Holzminen/Göttingen, Manuskript.
- Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), Bundesvorstand (1996):** Das ASG-Reformkonzept der Pflegebildung, Bonn (Manuskript).
- Arbeitsgruppe „Der frühe Tod von Kindern“ (1998):** Wenn das Leben mit dem Tod beginnt, Hannover (2. Auflage).
- Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.) (1998):** Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik, Bern.
- Arnold, Rolf, Antonius Lipsmeier (Hg.) (1995):** Handbuch der Berufsbildung, Opladen.
- Axmacher, Dirk (1991):** Pflegewissenschaft - Heimatverlust der Krankenpflege?, in: Ursula Rabe-Kleberg et al. (Hg.), Pro Person - Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung, Bielefeld, 120-138.
- Azoulay, Isabelle (1998):** Die Gewalt des Gebärens, München.
- Baer, W.C. (1986):** Expertise and Professional Standards, in: Work and Occupation 13, 532-552 (zitiert nach Daheim 1992).
- Bals, Thomas (1991):** Pflegewissenschaft und Lehrerbildung - Rahmung und Einordnung des Forums 'Krankenpflege', in: Ursula Rabe-Kleberg et al. (Hg.), Pro Person - Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung, Bielefeld, 103-119.
- Bals, Thomas (1992a):** Berufsausbildung in den Pflegeberufen - berufspädagogische Diagnose und Therapie, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Heft 10, Beilage Berufspolitik, 9-16.
- Bals, Thomas (1992b):** Das „Lastenheft“ der Lehrerausbildung für berufliche Schulen unter besonderer Berücksichtigung der Situation in den Gesundheitsfachberufen, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 7/92, Beilage Berufspolitik, 7-12.
- Bals, Thomas (1993):** Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe, Alsbach.

- Bals, Thomas (1995a):** Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit, Köln (3., unveränderte Auflage der Erstauflage von 1990).
- Bals, Thomas (1995b):** Raus aus dem Ghetto - Berufsfeldbreite Qualifikation in der Gesundheits- und Sozialpflege, in: Dr. med. Mabuse Nr. 95, April/Mai 1995, 48-50.
- Barber, Bernard (1963):** Is American Business becoming Professionalized? in: Tiryakian, Edward A. (Hg.), Sociological Theory, Values and Sociocultural Change, New York/London, 121-145.
- Barbian, Elke, Inez Werth (1997):** Schwangerschaft als Risiko - Zur Entwicklung der Schwangerenversorgung in Ost- und Westbezirken Berlins, in: Gottschalk-Batschkus et al., Frauen und Gesundheit - Ethnomedizinische Perspektiven, Curare Sonderband 11, Berlin, 287-291.
- Barre, Friederike (1996):** Ausbildung für Lehrerinnen für Hebammenwesen in der Zukunft, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/96, 523-525.
- Barre, Friederike (2000):** Bildungskonzept 2000 – Hebammenausbildung an der Fachhochschule, Deutsche Hebammenzeitschrift 3/2000, 123-126.
- Barre, Friederike (2001a):** Wie wird man Lehrerin für Hebammenwesen?, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 8/2001, 12-13.
- Barre, Friederike (2001b):** Hebammenausbildung – Quo vadis? (Interview geführt von Marianne Wäsche), in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/2001, 55-57.
- Barre, Friederike (2001c):** Neue Anforderungen, neues Profil: die deutschen Medizinalfachberufe auf dem Weg zur Professionalisierung, Grundsatzreferat gehalten auf dem Symposium der AG MTG „Hochschulausbildung der Medizinalfachberufe – hat die Zukunft schon begonnen?“ am 20.11.2001 in Bonn (Vortragsmanuskript).
- Bartholomeyczik, Eike, Sabine Bartholomeyczik (1978):** Hat der Hebammenberuf noch eine Chance?, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 3, Das Argument - Sonderband 27, Berlin, 164-172.
- Bartholomeyczik, Sabine (1991):** Zur Konzeption praxisbezogener Pflegeforschung, in: Pflege, Band 4, Heft 2, 86-96.
- Bartholomeyczik, Sabine (1999):** Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland, in: Pflege, Band 12, Heft 3, 158-162.
- BASYS-Institut (1996):** Befragung von freiberuflichen Hebammen 1995, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Würzburg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Bauer, Waltraud (1990):** Feto-infantile Todesfälle im Erleben der Hebamme und der betroffenen Eltern, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/90, I-IV; 4/90, V-VIII; 5/90, IX-XII. (Jahresarbeit im Rahmen eines Studienlehrgangs der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit e.V., Frankfurt).
- Baumgarten, Katja (2000):** Mein kleines Kind, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/2000, 602-610.
- Baumgarten, Katja, Gisela Tuchtenhagen (2001):** Mein kleines Kind - Dokumentarfilm, BRD, 87 Minuten.
- Bayrisches Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst (1993):** Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen, München.
- Beaufaÿs, Sandra (1997):** Professionalisierung der Geburtshilfe - Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozess, Wiesbaden.
- Becker, Wolfgang, Barbara Meifort (Hg.) (1993):** Zur Qualität der Berufsausbildung bei gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen, in: dies., Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe - Europa als Impuls? Zur Qualifikationsentwicklung in der Humandienstleistung, Berichte zur beruflichen Bildung (hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin/Bonn) Heft 159, Berlin, 65-84.
- Becker, Wolfgang, Barbara Meifort (1994):** Pflegen als Beruf - ein Berufsfeld in der Entwicklung, Berichte zur beruflichen Bildung (hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin/Bonn) Heft 169, Bielefeld.
- Becker-Schmidt, Regina et al. (1983):** Arbeitsleben – Lebensarbeit. Konflikte und Erfahrungen von Fabrikarbeiterinnen, Bonn.
- Becker-Schmidt, Regina, Gudrun-Axeli Knapp, Beate Schmidt (1984):** Eines ist zuwenig – beides ist zuviel. Erfahrungen von Arbeiterfrauen zwischen Familie und Fabrik, Bonn.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1976):** Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt, Frankfurt.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth, Ilona Ostner (1978):** Frauen verändern – Berufe nicht?, in: Soziale Welt, Jg. 29, Heft 3, 257-303.

- Behindertenbeauftragter des Landes Niedersachsen (Hg.) (2001):** Was alle angeht, müssen alle entscheiden – Standpunkte in der medizinisch-ethischen Debatte, Schriftenreihe Band 29, Hannover.
- Behner-Schroer, Karin (1998):** Mutterschaftsvorsorge im internationalen Vergleich: Deutschland, Österreich, Schweiz, Niederlande (Abschlussarbeit im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Universität Osnabrück).
- Beier, Jutta (1991a):** Hochschulstudium für Lehrende in der Gesundheitsfachberufen, in: Krankenpflege 1/91, 16-19.
- Beier, Jutta (1991b):** Der Studiengang Medizinpädagogik an der Humboldt-Universität zu Berlin, in: Ursula Rabe-Kleberg et al. (Hg.), Pro Person - Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung, Bielefeld, 164-174.
- Benninghaus, Hans (1982):** Deskriptive Statistik (Statistik für Soziologen 1), Stuttgart.
- Benoit, Cecilia, Robbie Davis-Floyd, Edwin R. van Teijlingen, Jane Sandall, Janneli F. Miller (2001):** Designing Midwives – A Comparison of Educational Models, in: De Vries et al. (Hg.), Birth by Design – Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe, New York/London, 139-165.
- Berg, Dietrich, J. Süß (1994):** Die erhöhte Mortalität in der Hausgeburtsilfe, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 54, 131-138.
- Berg, Dietrich (1995):** Qualitätssicherung in der Geburtshilfe, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/95, 199-205.
- Berg, Dietrich (2000):** Die Wunschsectio – Eine Alternative?, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/2000, 637-642.
- Beusch-Ackermann, Katinka (2000):** Der „Erschöpfungs-Kaiserschnitt“ aus der Sicht der betroffenen Frauen, in: Die Hebamme 2/2000, 83-86.
- Beyermann, Gisela (1998):** Didaktische Grundprobleme im Ausbildungsbereich Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Ergotherapie (Dissertation, Universität Heidelberg).
- Bischoff, Claudia (1984):** Frauen in der Krankenpflege - Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/New York.
- Bischoff, Claudia (1991):** Lehrer 1. oder 2. Klasse? Konzept und Durchsetzungschancen des Studiengangs Pflegepädagogik an der Freien Universität Berlin, in: Ursula Rabe-Kleberg et al. (Hg.), Pro Person - Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung, Bielefeld, 156-163.
- Bischoff, Claudia (1992):** Qualifizierung der Lehrerinnen und Lehrer an den berufsbildenden Schulen, Zur Situation in Deutschland - Modelle, Probleme und Perspektiven der Lehrerausbildung in der Pflege, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 9/92, Beilage Berufspolitik, 18-23.
- Bischoff, Claudia, Petra Botschafter (1991):** Die wissenschaftliche Lehrerausbildung als Voraussetzung einer professionellen Lehrtätigkeit in der Pflege, in: Krankenpflege 1/91, 20-24.
- Bischoff, Claudia, Petra Botschafter (Hg.) (1993):** Neue Wege in der Lehrerausbildung für Pflegeberufe, Melsungen.
- Bitzer, J. (1991):** Der Kreißaal - ein Spannungsfeld?, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/91, 457-460.
- Böhme, Gernot (1993):** Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, in: ders., Alternativen der Wissenschaft, Frankfurt, 2. Auflage, 27-53.
- Bohnsack, Ralf (2000):** Gruppendiskussion, in: Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Ines Steinke, Qualitative Forschung: ein Handbuch, Reinbek bei Hamburg, 369-384.
- Bologna-Erklärung (1999):** Der Europäische Hochschulraum – Gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister, 19.06.1999, Bologna.  
(englische Version: <http://europa.eu.int/comm/education/socrates/erasmus/bologna.pdf>;  
deutsche Version: <http://www.cis.tugraz.at/awa/Bologna.htm>).
- Bortz, Jürgen, Nicola Döring (1995):** Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler, Berlin/Heidelberg/New York/Tokio (2. Auflage).
- Bortz, Jürgen (1999):** Statistik für Sozialwissenschaftler, Berlin/Heidelberg/New York/Tokio (5., überarbeitete Auflage).
- Brandeis, Louis (1914):** Business: A Profession, Boston.

**Breddemann, Jeanette, Ute Müller-Hesselbach (1998):** Gezielt bewerben für Gesundheitsberufe, Niedernhausen/Taunus.

**Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) (Hg.) (2000):** Schwangerenvorsorge und Reproduktionsmedizin als frauengesundheitspolitische Herausforderung, Dokumentation einer Fachtagung in Rothenburg o.T. im Februar 1999 (Broschüre).

**Brendel, Sabine, Gerd Dielmann (1998):** Reform der Pflegeausbildung – Zur Reformdiskussion aus bildungsstrukturellem und geschlechtsspezifischem Blickwinkel, in: Pflege und Gesellschaft 3. Jg., Nr. 1, 7-19.

**Brenner, Renate (1994):** Krankenpflegeausbildung - Berufsausbildung im Abseits, Frankfurt.

**Brockmann, Meike (1995):** Ängste und Geburtsvorbereitung, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/95, 100-109 (Hausarbeit im Rahmen des Kontaktstudiums Psychologische Gesundheitsförderung).

**Brüggemann, Kathrin (1999):** Illegaler Drogenkonsum in der Schwangerschaft – Thema innerhalb der Hebammenausbildung, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/99, 363-370.

**Bucher, Rue, Anselm Strauss (1972):** Wandlungsprozesse in Professionen, in: Thomas Luckmann, Walter Michael Sprondel (Hg.), Berufssoziologie, Köln 1972, 182-197 (Originaltitel: Professions in Process, in: American Journal of Sociology 66, 1961, 325-334).

**Bund Deutscher Hebammen e.V., Karlsruhe:**

- 1989:** Hebammenappell: Verhindert die Entbindungskatastrophe! Presseerklärung des BDH am 24.2.1989, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 4/89, 127.
- 1990 a:** Lehrplan für die Hebammenausbildung (gebundenes Manuskript).
- 1990 b:** 1990, Protestjahr der Hebammen, in Deutsche Hebammenzeitschrift 2/90, 42.
- 1992:** Grundsätze einer Ethik für Hebammen (beschlossen von der Delegiertenversammlung des BDH; Faltblatt).
- 1994:** Informationsschrift: Bund Deutscher Hebammen (Broschüre).
- 1995:** Hebamme - Aktiv für die Familie, Kongressband zum VII. Hebammenkongress (15.-17. Mai 1995 in Karlsruhe).
- 1996 a:** Hebammen – Wir brauchen sie! Information über die Ausbildung zur Hebamme (Faltblatt).
- 1996 b:** Information über die Arbeit des BDH und der angeschlossenen Landesverbände (Faltblatt).
- 1996 c:** Entwurf für eine neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (unveröffentlichtes Manuskript).
- 1997 a:** Satzung des BDH e.V. (Fassung vom 21.5.1997; Broschüre).
- 1997 b:** Bildungskonzept 1997 für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Hebammen in Deutschland (Broschüre).
- 1997 c:** Schwangerschaftsfibel (Broschüre).
- 1998 a:** Arbeit ohne Grenzen? Kongressband zum VIII. Hebammenkongress (11.-13. Mai 1998 in Bremen).
- 1998 b:** Information über die Arbeit des BDH und der angeschlossenen Landesverbände (Faltblatt).
- 1998 c:** Hebammen-Standpunkte: Schulterdystokie (2. Auflage) (Broschüre).
- 1998 d:** Hebammen-Standpunkte: Stillrichtlinien (Faltblatt).
- 1999 a:** Stillen – Der beste Start ins Leben (5. Auflage) (Broschüre).
- 1999 b:** Hebammen-Standpunkte: Pränatale Diagnostik (Broschüre).
- 1999 c:** Informationsreihe „Informiert entscheiden“,  
pro Thema jeweils eine separate Broschüre für Fachleute und Eltern:  
Nr. 1 Die Wahl des Geburtsortes,  
Nr. 2 Aktive Geburt/Aufrechte Gebärhaltungen,  
Nr. 3 Stillen oder Flasche,  
Nr. 4 Haut und Allergie im Säuglings- und Kleinkindalter,  
Nr. 5 Effektive Rückbildungsgymnastik,  
Nr. 6 Geburtsvorbereitung.
- 1999 d:** Hebammen in der Klinik - Betreuungsinhalte und Tätigkeiten (Broschüre).

- 1999 e:** Die Arbeit der Hebamme (Faltblatt).
- 2000:** Hebammenausbildung 2000 – Internationales Symposium (Broschüre).
- 2001 a:** Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Hebamme und Ärztin/Arzt in der Geburtshilfe (Broschüre).
- 2001 b:** Wir über uns - Bund Deutscher Hebammen e.V. (Broschüre).
- 2001 c:** Einrichtung eines Qualitätshandbuchs im Kreißaal – Ein Leitfaden (Manuskript).
- 2001 d:** Die Hebamme im Belegschaftssystem (Broschüre).
- 2001 e:** Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle - Kongressband zum IX. Hebammenkongress (21.-23. Mai 2001 in Dresden).
- 2001 f:** Hebammen in der Freiberuflichkeit - Betreuungsinhalte und Tätigkeiten (Broschüre).
- 2002:** 4. BDH Weiterbildung „Stillbeauftragte für die Klinik“ 2002/03 (Faltblatt).

**Bund Deutscher Hebammen e.V., Bund freiberuflicher Hebammen e.V. (1995):** Betreuungsinhalte von Hebammenhilfe - Tätigkeitskatalog für den Bereich der Freiberuflichkeit, Stand: 1.3.1995 (unveröffentlichtes Manuskript).

**Bund Deutscher Hebammen e.V., Akupunktur Pro Medico, Deutsche Akupunktur Gesellschaft (1998):** Hebammen Akupunktur Ausbildungsrichtlinie, Karlsruhe (Broschüre).

**Bund Deutscher Hebammen e.V., Bund freiberuflicher Hebammen e.V., Netzwerk zur Förderung der Idee der Geburtshäuser in Europa:**

- 1998:** Leitlinien für Geburtshäuser (Broschüre).
- 2002:** Hebammengeleitete Geburt – Empfehlungen und Auswahlkriterien für die Wahl des Geburtsortes (Broschüre).

**Bundesanstalt für Arbeit:** Blätter zur Berufskunde, Bielefeld.

- Arzt/Ärztin (2000)
- Arzthelfer/Arzthelferin (1994)
- Diplom-Pflegedienstleiter/in, Diplom-Pflegemanager/in (1996)
- Ergotherapeut/Ergotherapeutin (1999)
- Hebamme/Entbindungspfleger (1998)
- Krankenschwester/Krankenpfleger (1999)
- Lehrer/Lehrerin für Fachpraxis im beruflichen Schulwesen (1998)
- Lehrer/Lehrerin an beruflichen Schulen (1993)
- Lehrerinnen/Lehrer für Pflegeberufe (1996)
- Logopäde/Logopädin (1999)
- Orthoptistin/Orthoptist (1993)
- Physiotherapeut/Physiotherapeutin (1995)

**Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA) (Hg.) (1997):** Bildung und Pflege, Stuttgart/New York.

**Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA) (Hg.), Wuppertal:**

- 1994:** Berufsbild Lehrer/Lehrerin an beruflichen Schulen - Fachrichtung Pflege (Broschüre).
- 1997:** 25 Jahre BA - Pflege braucht Lehre(r) (Broschüre).
- 2000:** Bildung und Pflege – Die europäische Dimension (Tagungsband).
- 2000:** (30.08.2000) Gemeinsames Statement des BA, DBfK und ADS zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes (Manuskript).
- 2001:** (17.01.2001) Stellungnahme zum Diskussionspapier des BMG vom 20.11.2000 (Manuskript).

**Bundeshebammenschülerinnenrat (BHSR):**

- 1983 - 1996:** Mängellisten bzgl. der Ausbildung aus den Jahren 1983, 1993, 1994 (aus Protokollen), 1996 (Deutsche Hebammenzeitschrift 8/96:390).
- 1989:** BHSR prangert Ausbildungsdefizite an, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/89, 253f.
- 1992:** Offener Brief „Fortschritte in der Hebammenausbildung nicht in Sicht“, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/92, 26.
- 1993:** Jede Schülerin ist nur so gut wie ihre anleitende Hebamme, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/93, 297-299.

**2001:** Eine Bestandsaufnahme der Ausbildungssituation aus der Sicht von Hebammenschülerinnen (unveröffentlichtes Manuskript), Zusammenfassung in: Hebammenforum 1/2002, 40-42.

**Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) (Hg.) (1998):** Kooperation der Lernorte im Dualen System der Berufsbildung, Berlin/Bonn.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001):** Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Schriftenreihe des BMFSFJ Band 209, Berlin.

**Carr-Saunders, A.M., P.A.Wilson (1933):** The Professions, London/Liverpool.

**Cassebaum, Andrea (1985):** Professionalisierung des Hebammenberufs und Wandel in der Geburtshilfe (Abschlussarbeit im Fach Soziologie, 1. Staatsprüfung Lehramt an Gymnasien, Universität Göttingen).

**Collatz, Jürgen et al. (1981):** Durchführung und Auswertung eines Modellversuchs zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge und der Nachsorge von Säuglingen durch die Aktion Familien-Hebamme, München.

**Collatz, Jürgen et al. (1983):** Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen - Soziale Lage, medizinische Versorgung, Schwangerschaftsverlauf und perinatale Mortalität, München/Wien/ Baltimore.

**Collatz, Jürgen et al. (1986):** Ergebnisse der Aktion Familienhebamme im Überblick, BTP-Bericht 12/86, München.

**Collatz, Jürgen (1991):** Ist die Hebamme in unserer Gesellschaft noch gefragt? in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/91, 98-104.

**Combe, Arno, Andreas Helsper (Hg.) (1997):** Pädagogische Professionalität - Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, Frankfurt, 2. Auflage.

**Costas, Ilse (1992):** Das Verhältnis von Profession, Professionalisierung und Geschlecht in historisch vergleichender Perspektive, in: Angelika Wetterer (Hg.), Profession und Geschlecht - Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen, Frankfurt/New York, 51-82.

**Daheim, Hansjürgen (1967):** Der Beruf in der modernen Gesellschaft, Köln/Berlin.

**Daheim, Hansjürgen (1992):** Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machttheoretischer Modelle der Profession, in: Bernd Dewe et al. (Hg.), Erziehen als Profession - Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern, Opladen, 21-35.

**Dangel-Vogelsang, B., B. Kollek, E. Holthaus, J. Korporal (1997):** Außerklinische Geburtshilfe in Hessen – Wie modern ist die Hebammengeburtshilfe? Hamburg.

**Davis-Floyd, Robbie E., Elizabeth Floyd (1997):** Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Home Birth, in: Robbie E. Davis-Floyd, Carolyn F. Sargent, Childbirth and Authoritative Knowledge, Berkeley/Los Angeles/London, 315-349.

**Dauwe, Monika (1997):** Beckenboden und postpartale Stressinkontinenz (Abschlussarbeit im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Universität Osnabrück).

**Department of Health (1993):** Changing Childbirth, Report of the Expert Maternity Group, London.

**Deutsche Hebammenzeitschrift (1988-2002):** Fachblatt für Hebammen, bis März 2000 Organ des Bundes Deutscher Hebammen, Elwin-Staude-Verlag Hannover, 40.-54. Jahrgang.

**Deutsche Hebammenzeitschrift (1990-92):** Serie „Hebammenschulen stellen sich vor“:

Hebammenschule Aachen	DHZ	8/92,	314 - 315.
Hebammenschule Bensberg	DHZ	11/90,	430 – 435.
Hebammenschule Berlin-Neukölln	DHZ	4/91,	167 – 170.
Hebammenschule Bochum	DHZ	11/91,	470 – 472.
Hebammenschule Gießen	DHZ	8/90,	315 – 322.
Hebammenschule Hamburg	DHZ	7/91,	289 – 291.
Hebammenschule Hameln	DHZ	8/91,	333 – 335.
Hebammenschule Hildesheim	DHZ	12/91,	506 – 509.
Hebammenschule Karlsruhe	DHZ	2/91,	60 – 62.
Hebammenschule Minden	DHZ	7/92,	274 – 277.
Hebammenschule München	DHZ	1/91,	23 – 26.
Hebammenschule Oldenburg	DHZ	10/91,	423 – 425.
Hebammenschule Thuine	DHZ	9/90,	350 – 351.
Hebammenschule Tübingen	DHZ	10/90,	403 – 406.
Hebammenschule Wiesbaden	DHZ	5/91,	209 – 211.



- Hebammenschule Würzburg DHZ 6/91, 246 – 251.  
Anpassungslehrgang in Rotenburg/Wümme DHZ 8/92, 312 – 313.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (1997):** Bildungskonzept Pflege 2000 (3. Auflage), Eschborn (Broschüre).
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (1994):** Bildungskonzept, Bonn/Eschborn (Broschüre).
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (Hg.) (1999):** Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz – Plädoyer für eine Hochschulausbildung, Idstein.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (1995):** Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/95, 212-214 (übernommen aus: Der Frauenarzt, 36. Jg., 1/95).
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (2000):** Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe, in: Der Frauenarzt, 41. Jg., 531-534.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (1992):** Positionspapier zu Einsatz, Qualifikation und Personalbedarfsermittlung von Mentoren für die Ausbildung in Krankenpflegeberufen, Beschluss des Vorstandes der DKG vom 18.09.1992, in: Das Krankenhaus, 84. Jhg., Heft 12/1992, 590f.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hg.) (1997):** Ergotherapie 2005, o.O. (unveröffentlichtes Manuskript).
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hg.) (2001):** Studiengänge für Ergotherapie, Freiburg (unveröffentlichtes Manuskript).
- De Vries, Raymond, Cecila Benoit, Edwin R. van Teijlingen, Sirpa Wrede (Hg.) (2001):** Birth by Design – Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe, New York/London.
- De Vries, Raymond, Helga B. Salvesen, Therese A. Wieggers, A. Susan Williams (2001):** What (and why) do Women want? The Desires of Women and the Design of Maternity Care, in: De Vries et al. (Hg.), Birth by Design – Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe, New York/London, 243-266.
- De Wall, Sabine, Michael Glaubitz (2000):** Schwangerenvorsorge, Stuttgart (2. Auflage).
- Dewe, Bernd, Wilfried Ferchhoff, Frank-Olaf Radtke (Hg.) (1992):** Erziehen als Profession - Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern, Opladen.
- Die Hebamme (1988-2002):** Fortbildungszeitschrift für Hebammen und Entbindungspfleger, seit 2000 Hippokrates-Verlag Stuttgart (vorher Enke-Verlag Stuttgart), 1.-15. Jahrgang.
- Dielmann, Gerd (1991):** Akademisierung der Pflege - Wege und Widersprüche, in: Dr. med. Mabuse Nr. 71, April/Mai 1991, 39-42.
- Dielmann, Gerd (1992):** Die aktuelle Ausbildungs- und Berufssituation der „Lehrer/innen für Pflegeberufe“ in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 7/92, Beilage Berufspolitik, 2-6.
- Dielmann, Gerd (1993a):** Zur Anwendung des Berufsbildungsgesetzes auf die Ausbildung in den Pflegeberufen – Konsequenzen für die Lehrerausbildung, in: Claudia Bischoff, Petra Botschafter (Hg.), Neue Wege in der Lehrerausbildung für Pflegeberufe, Melsungen, 161-176.
- Dielmann, Gerd (1993b):** Praktische Anleitung der Schülerinnen und Schüler im Spannungsfeld zwischen Schule und Spital: Zuständigkeit, Berufsbild der LehrerInnen, Kooperation, in: Pflege Pädagogik 2/93, 15-20.
- Dielmann, Gerd (1997):** Das Konzept der ÖTV zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen, in: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hg.), Ausbildung in den Pflegeberufen - Dokumentation eines Expertengesprächs am 14.3.1997 in Eschborn, Eschborn, 59-70.
- Dielmann, Gerd (2001a):** Pflege neu gedacht?, in: Infodienst Krankenhäuser Nr. 11, April 2001, 26f.
- Dielmann, Gerd: (2001b):** Weiterbildungsregelungen der Länder für Pflegeberufe – eine Übersicht, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 9/2001, 350-356.
- Dielmann, Gerd: (2002):** Pauschale Vergütung der Krankenhäuser und neue Ausbildungsfinanzierung, in: Hebammenforum 4/2002: 236.
- Dörpinghaus, Sabine, Christiane Rohrbach, Beate Schröter (2001):** Praktische Anleitung in Situationen existentieller Bedrohung vor dem Hintergrund ethischer Überlegungen, Analyse und Bewertung des Erlebens von Gebärenden und Eltern bzgl. der Anleitung unter der Geburt und in der Kinderintensivpflege (Diplomarbeit im Fach Pflegewissenschaft, Kath. Fachhochschule NRW,

Abteilung Köln).

(2002 als Buch veröffentlicht unter dem Titel „Ausbildung in Situationen existentieller Bedrohung – Theoretische Analyse und Ergebnisse einer empirischen Studie“ im Mabuse Verlag, Frankfurt)

- Domscheit, Stefan, Klaus Wingefeld, Matthias Grusdat (1994):** Gutachten zur praktischen Krankenpflegeausbildung in Berlin, Bad Oeynhausen (gebundenes Manuskript).
- Donley, Joan (1989):** Professionalism - The Importance of Consumer Control over Childbirth, in: New Zealand College of Midwives Journal 9/89, 6f.
- Dr. med. Mabuse (1976-2002):** Zeitschrift im Gesundheitswesen, Mabuse Verlag, Frankfurt, 1.-27. Jahrgang.
- Dreher, Michael, Eva Dreher (1995):** Gruppendiskussionsverfahren, in: Uwe Flick et al. (Hg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung, Weinheim, 186-188.
- Duden, Barbara (1991):** Der Frauenleib als öffentlicher Ort - Vom Missbrauch des Begriffs Leben, Hamburg/Zürich.
- Duden, Barbara (1996):** Der Frauenleib als öffentlicher Ort (Vortrag, gehalten auf dem 2. Kongress der Internationalen Hebammenvereinigung für das deutschsprachige Europa, Friedrichshafen, 9./10.10.1995), in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/96, 11-19.
- Duden, Barbara (1997):** Hebammentätigkeit als Zeitgeschichte nach 1945, Vortrag gehalten auf dem Hebammen-Forschungsworkshop in Fulda am 5.5.1997 (unveröffentlichtes Manuskript).
- Duden, Barbara (1998):** Die Ungeborenen - Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert, in: Jürgen Schlumbohm, Barbara Duden, Jaques Gélis, Patrice Veit, Rituale der Geburt - Eine Kulturgeschichte, München, 149-168.
- Duden, Barbara (2001):** Begreifendes Wissen im Rahmen von Risikokalkulationen? Fragen zum Hebammenwissen heute, in: Hebammenforum 7/2001, 502-506.
- Dudenhause, Joachim W., Hermann P.G. Schneider (1994):** Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Berlin/New York.
- Dudenhause, Joachim W., Willibald Pschyrembel (1994):** Praktische Geburtshilfe, Berlin/New York (18. Auflage).
- Edelmann, Lilo (1995):** Die Situation der Hebammen jetzt und in Zukunft, in: Bund Deutscher Hebammen, Hebamme - Aktiv für die Familie (Kongressband), Karlsruhe, 38-48.
- Edelmann, Lilo (1996):** Die Situation der Hebamme – Entwicklung der letzten drei Jahre, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/96, 8-10.
- Edelmann, Lilo (2002a):** Wochenbettbetreuung - ein weites Feld. Wochenbettbetreuung – Was ist normal, was ist pathologisch?, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/2002, 6-12.
- Edelmann, Lilo (2002b):** Hürden und Hemmnisse in der Wochenbettbetreuung, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/2002, 17-20.
- Edelmann, Lilo, Shirley Seul (2000):** Aus der Hebammenpraxis - Das Begleitbuch für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, München.
- Ehrenreich, Barbara, Deidre English (1979):** Hexen, Hebammen und Krankenschwestern, München (5. Auflage).
- Eichenberger zur Bornsen, Dorothée (2000):** Hebammenausbildung 2000 in der Schweiz, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 8/2000, 461f.
- Engelke, Ernst (Hg.) (1996):** Soziale Arbeit als Ausbildung - Studienreform und -modelle, Freiburg.
- Enkin, Murray W., Marc J.N.C. Keirse, Mary J. Renfrew, James P. Neilson (1998):** Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt, hrsg. von Mechthild Groß, Joachim W. Dudenhause, Wiesbaden (deutsche Ausgabe von „A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth“, Oxford 1995, 2. Auflage).
- Enkin, Murray W., Marc J.N.C. Keirse, Mary J. Renfrew, James P. Neilson (2000):** A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth“, Oxford, 3. Auflage.
- Ensel, Angelica (1991):** Die geburtshilfliche Situation in der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 4/91, 152-154.
- Ensel, Angelica (1994):** Bedeutung und Wandel des „Geburts-Territoriums“. Zur Veränderung der Einstellung zu Geburt und Schwangerschaft in unserer Kultur - Aspekte aus einer medizinethnologischen Analyse, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/94, 233-241.
- Ensel, Angelica (1996):** Machtstrukturen auf dem Geburtsterritorium, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 2/96, 55-60.

- Ensel, Angelica (1999):** Hebammen in Auseinandersetzung mit Pränataler Diagnostik – eine Entwicklung, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/99, 355-358.
- Ensel, Angelica (2002):** Zwischen Selbstbestimmung und Gefährdung – Rituale in der Schwangerschaftsvorsorge, in: Hebammenforum 3/2002, 149-154.
- Ensel, Angelica, Silke Mittelstädt (1999):** Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit: Ethische Fragen und Konfliktfelder in der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Unterrichtsmaterialien für die Ausbildung von Hebammen und Angehörigen medizinischer Fachberufe, Düsseldorf.
- Entezami, Michael, Lothar Schmitz, Rolf Becker (2000):** Pränatale Diagnostik angeborener Herzfehler, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/2000, 611f.
- Erdle, Helmut:** Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker (bis Mai 1999: Das Recht der Heilhilfsberufe, Hebammen und Heilpraktiker), München, Stand: 37. Ergänzungslieferung, März 2002.
- Ertl-Schmuck, Roswitha (1990):** Die Ausbildung zum Lehrer für Krankenpflege - Eine Analyse der Curricula und der didaktisch-methodischen Konzepte aus Sicht der Erwachsenenbildung, Mellungen.
- Etzioni, Amitai (Hg.) (1969):** The Semi-Professions and their Organization - Teachers, Nurses, Social Workers, New York.
- Fehr, Jörn, Gerd Laga (Hg.) (1997):** Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe, Theorie und Praxis - Eine Schriftenreihe aus dem Fachbereich Erziehungswissenschaften I der Universität Hannover, Band 66, Hannover.
- Fleming, Valerie et al. (1999):** Examination of the Fitness for Purpose of Pre-registration Midwifery Programmes in Scotland, Glasgow (gebundenes Manuskript).
- Fleming, Valerie (2000):** Die Geschichte der Hebammenausbildung in Schottland, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/2000, 142-145.
- Flick, Uwe (1995):** Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, Reinbek bei Hamburg.
- Flick, Uwe (2000):** Triangulation in der qualitativen Forschung, in: Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Ines Steinke, Qualitative Forschung: ein Handbuch, Reinbek bei Hamburg, 309-318.
- Flick, Uwe, Ernst von Kardorff, Heiner Keupp, Lutz von Rosenstiel, Stephan Wolff (Hg.) (1995):** Handbuch Qualitative Sozialforschung, Weinheim (2. Auflage).
- Flick, Uwe, Ernst von Kardorff, Ines Steinke (2000):** Qualitative Forschung: ein Handbuch, Reinbek bei Hamburg.
- Flint, Caroline, Polly Poulengeris, Adrian Grant (1990):** Das „Know Your Midwife“- Programm - ein Versuch kontinuierlicher Betreuung durch ein Hebammenteam, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/90, 170-174.
- Flügge, Sibylla (1998):** Hebammen und heilkundige Frauen - Recht und Rechtswirklichkeit im 15. und 16. Jahrhundert, Frankfurt/Basel.
- Foucault, Michel (1988):** Die Geburt der Klinik - Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt (franz. Originalausgabe 1963).
- Fraas, Anne (2001):** 20 Jahre Familienhebammen – Erfahrungen aus einem Modellprojekt, in: Hebammenforum 11/2001, 798-803.
- Frackmann, Margit (1990):** Schulische Berufsausbildung - Perspektiven für Mädchen, in: dies. (Hg.), Ein Schritt vorwärts... Frauen in Ausbildung und Beruf, Hamburg, 193-202.
- Frank, Elisabeth (1995):** Vergleich der Hebammenausbildung in Europa, in: Bund Deutscher Hebammen, Hebamme - Aktiv für die Familie (Kongressband), Karlsruhe, 71f.
- Franken, Sibylle von (1996):** Zur Frage des Ausbildungsstandes deutscher Hebammenschülerinnen für die freiberufliche Tätigkeit, Miltenberg (Seminararbeit bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V.).
- Frevert, Ute (1982):** Frauen und Ärzte im späten 18. und 19. Jahrhundert – zur Geschichte eines Gewaltverhältnisses, in: A. Kuhn, J. Rüsen (Hg.), Frauen in der Geschichte II, Düsseldorf, 177-210.
- Friauf, Karl Heinrich (1996):** Zur Frage der Zulässigkeit einer auf das Berufsbildungsgesetz gestützten bundesrechtlichen Regelung über die Schaffung von Ausbildungsberufen in der Pflege, Köln (Rechtsgutachten erstattet im Auftrag der BRD, vertreten durch das BMFSFJ).

- Friedrich, Hannes, Brigitte Hantsche, Karl-Heinz Henze, Gudrun Piechotta (Hg.) (1997):** Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen, Band 1: Lehrbuch, Band 2: Unterrichtsmaterialien, Bern.
- Friedrich, Hannes, Karl-Heinz Henze, Susanne Stemann-Acheampong (1998):** Eine unmögliche Entscheidung - Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen, Berlin.
- Friedrichs, Jürgen (1990):** Methoden empirischer Sozialforschung, Opladen (14. Auflage, 2001 unverändert nachgedruckt).
- Friese-Berg, Sabine (1991):** Kooperatives Arbeiten ist das Ziel, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/91, 462-464.
- Friese-Berg, Sabine (1996):** Wochenpflege, Konstanz (4. Auflage).
- Friese-Berg, Sabine, Heike Polleit (1992):** Konzept einer Wochenstation, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 4/92, 134-137.
- Fritz, Dorothea (1999):** Auswertung der Umfrage im Winter 98/99 zum zukünftigen Fortbildungsangebot in Baden-Württemberg, Bildechingen (unveröffentlichtes Manuskript).  
Zusammenfassung eines Teils der Ergebnisse in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/99, 267f.
- Frühau, Johanna (1991):** Zur Problematik der vorgeburtlichen Diagnostik, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 9/91, 368-373.
- Fuhr, Cornelia (2000):** Hebammenforschung in Deutschland – Eine Untersuchung ihrer historischen Grundlagen und Bestandsaufnahme der ersten 10 Jahre (1988-1998), (Magisterarbeit im Fach Soziologie an der Universität Hannover).
- Garz, Detlef, Klaus Kraimer (1991):** Qualitativ-empirische Sozialforschung, Opladen.
- Geist, Christine, Ulrike Harder, Gisela Kriegerowski-Schröteler, Andrea Stiefel (Hg.) (1995):** Hebammenkunde - Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, Berlin/New York. (2., überarbeitete Auflage: 1998)
- GesundheitsAkademie e. V. (Hg.) (2000):** Salutiv – Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000, Frankfurt.
- Gesundheitstag 2000:** Programm, Gesundheit 21 Aktion & Service GmbH i.G., Berlin.
- Gesundheitstag Berlin 1980:** Dokumentation in 7 Bänden, Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH, Berlin.
- Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), Stuttgart:**
- 1996:** Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen, Schriftenreihe Berufsbildung 11 (Broschüre).
  - 1997:** Die Ausbildung von A bis Z in der Krankenpflege und in der Geburtshilfe (Broschüre).
  - 1998:** Das Recht der Ausbildung für die Berufe in der Krankenpflege und der Geburtshilfe (Broschüre).
  - 2001:** Neues Entgeltsystem für Krankenhäuser – DRG's: Was sich ändert und wie es wirkt (Broschüre; 2. Auflage).
- Glen, Sally, Kay Wilkie (2001):** Problemorientiertes Lernen für Pflegendende und Hebammen, deutschsprachige Ausgabe hrsg. von Patrick Muijers, Bern.
- González-Campanini, Irla-Mareen (1997):** Studie zu den Rahmenbedingungen der Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen im Belegschaftssystem in Niedersachsen, IES-Berichte 208.97, Hannover.
- Goode, William J. (1972):** Professionen und die Gesellschaft - Die Struktur ihrer Beziehungen, in: Thomas Luckmann, Walter Michael Sprondel (Hg.), Berufssoziologie, Köln 1972, 157-167 (Originaltitel: Community within the Community: The Professions, in: American Sociological Review 22, 1957, 194-200).
- Göpel, Eberhard, Günter Hölling (Hg.) (1999):** Macht – Geld – PatientInnen – Gesund?, Anregungen für eine Gesundheitsreform, Frankfurt.
- Görres, Stefan (1996):** Welche LehrerInnen braucht die Pflege? Aspekte eines pflegespezifischen Bildungskonzeptes, in: Pflege, Band 9, Heft 1, 48-55.
- Goßmann, Arno (2000):** Studienentwicklung im Gesundheitsbereich in Hessen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/2000, 134-138.
- Gottschalk-Batschkus, Christine E., Judith Schuler, Doris Iding (Hg.) (1997):** Frauen und Gesundheit - Ethnomedizinische Perspektiven, Curare Sonderband 11, Berlin.

- Grabrucker, Marianne (1989):** Vom Abenteuer der Geburt - Die letzten Landhebammen erzählen, Frankfurt.
- Graf, Friedrich Peter (1999):** Homöopathie unter der Geburt, Ascheberg.
- Groß, Mechthild et al. (1991/92):** Individueller und sicherer Geburtsverlauf für Mutter und Kind unter Berücksichtigung der mütterlichen Bewegungen und Positionen (Ergebnisse einer Forschungsarbeit im Rahmen der Hebammenausbildung an der Hebammenschule Tübingen, Kurs 1989/91), in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/91, 466-469; 10/92, 415-418; 11/92, 459-462; 12/92, 501-508.
- Groß, Mechthild (1993):** Zum Wissenschaftsverständnis von Hebammen und Hebammenschülerinnen - Eine Fragebogenuntersuchung, in: Die Hebamme Jg. 6, 138-144.
- Groß, Mechthild (1995a):** Wissenschaftliche Weiterbildung für Hebammen - Erfahrungen und Auswertungen von Ausbildungsprojekten, Konstanz.
- Groß, Mechthild (1995b):** Hebammenforschung im deutschsprachigen Raum, in: Schweizer Hebamme, Heft 11, 2-5.
- Groß, Mechthild (1996):** Schwangerenvorsorge durch die Hebamme, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/96, 98-104.
- Groß, Mechthild (1999):** 10 Jahre Hebammenforschung, 10 Jahre Mauerfall, 10 Jahre Effektive Betreuung, in: Die Hebamme 1999, 148-151.
- Groß, Mechthild (2001):** Gebären als Prozess – Empirische Befunde für eine wissenschaftliche Neuorientierung, Bern.
- Groß, Mechthild, Britta Schlieper (1992):** Anregung zum wissenschaftlichen Arbeiten für Hebammen in Ausbildung und Praxis, HGH-Materialien Nr.1, Hannover.
- Großpietsch, G. (1998):** Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme, in: Amberger Symposium: Risikomanagement (26.-28.6.1998), Tagungsband (Nestle, Wissenschaftlicher Dienst), 45-50.
- Gubalke, Wolfgang (1985):** Die Hebamme im Wandel der Zeiten - ein Beitrag zur Geschichte des Hebammenwesens, Hannover (2. Auflage; bearbeitet von Ruth Kölle).
- Habel-Lepach, Doris (1998):** (Artikel zur Neukonzeption von Wochenstationen), in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/98: 275-277 (Durch ein offensichtliches Versehen steht der Artikel unter dem falschen Titel „Die Zukunft ist weiblich“).
- Hakemeyer, Uta, Günther Keding (1986):** Zum Aufbau der Hebammenschulen in Deutschland im 18. und 19. Jahrhundert, in: Beck (Hg.), Zur Geschichte der Gynäkologie, Berlin/Heidelberg/New York, 63-88.
- Hamburger Sozialforschungsgesellschaft e.V. (HSFG) (1997):** Bestandsaufnahme von Hebamentätigkeiten in den Krankenhäusern, Hamburg (gebundenes Manuskript).
- Hamburger Sozialforschungsgesellschaft e.V. (HSFG) (2001):** Was tut sich in den Kliniken? Umfrage unter angestellten Hebammen, in: Hebammenforum 6/2001, 441-443.
- Handgraaf, Marietta (2000):** Problem-based Learning – ein Lernkonzept zur Umsetzung des Neuen Denkmodells in der Physiotherapie-Ausbildung, in: Krankengymnastik 52. Jg., Nr.1, 1-6.
- Harder, Ulrike (1989):** Fehlgeburt, Totgeburt, sterbende Neugeborene, Probleme für Eltern und Klinikpersonal, in: Die Hebamme, 2. Jg., 115-126.
- Hartmann, Heinz (1972):** Arbeit, Beruf, Profession, in: Thomas Luckmann, Walter Michael Sprondel (Hg.), Berufssoziologie, Köln, 36-52 (Original des gleichnamigen Aufsatzes in: Soziale Welt 19, 1968, 197-212).
- Hasseler, Martina (1996):** Die stationäre Wochenbettbetreuung aus der Sicht der Versorgenden (Abschlussarbeit im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Universität Osnabrück).
- Hasseler, Martina (2000):** Stationäre Wochenpflege: Evaluation „ganzheitlicher“ und „herkömmlicher“ Betreuungsformen in der postpartalen Phase (Dissertation am Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Universität Osnabrück).
- Haug, Karin (1995):** Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung - Eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften, Berlin.
- Health Select Comitee (1992):** Maternity Services Second Report (Winterton Report), London.
- Hebammenforum (2000-2002):** Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen e.V. (seit April 2000), Rigotti-Klarhorst-Verlag Köln, 1. - 3. Jahrgang.

**Hebammengemeinschaftshilfe e.V. (HGH) (Hg.), Hannover, Schriftenreihe:**

- Nr. 1, 1992:** Mechthild Groß, Britta Schlieper, Anregung zum wissenschaftlichen Arbeiten für Hebammen in Ausbildung und Praxis.
- Nr. 2, 1993:** Stefan Jäger, Wie komme ich an wissenschaftliche Literatur?
- Nr. 3, 1993:** Barbara Staschek, Emslandprojekt.
- Nr. 4, 1994:** Praxis im Wandel - 5. Workshop zur Hebammenforschung im deutschsprachigen Raum.
- Nr. 5, 1995:** Erfolgreiches Stillen.
- Nr. 6, 1995:** Praxis im Wandel Teil II, Tabellen aus „A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth“.
- Nr. 7, 1997:** Ans Luyben, Das CTG in der Diskussion – neue Ergebnisse.
- Nr. 8, 1999:** Leitfaden Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.
- Nr. 9, 2000:** Pränatale Diagnostik.

**Hebammen Info (1996-2002):** Fachblatt für Hebammen, Verbandszeitschrift des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands – BfHD, Selbstverlag, Frankfurt, 13. – 19. Jahrgang.

**Hebammenschule am Universitätsspital Bern (Inselspital) (o.J.):** Ausbildungskonzept der Hebammenschule Bern, Bern (unveröffentlichtes Manuskript).

**Hebammenschule Bensberg (1994):** Bensberger Untersuchung im Rahmen der Hebammenausbildung 1992-1994, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/94, 465f.

**Heilberufe – Das Pflegemagazin (2000):** Zeitschrift, 52. Jahrgang, Ausgabe 12/2000: Schwerpunktthema „Neue Ausbildung in Sicht“, 12-21; redaktionelle Beilage „Heilberufe Service“ Fort- und Weiterbildung, Pflege 2001, Studiengänge an Hoch- und Fachhochschulen, Kurse und Seminare, Messen, Tagungen und Kongresse.

**Heller, A. (1998):** Geburtsvorbereitung - Methode Menne-Heller, Stuttgart/New York.

**Hellige, Barbara (2001):** Gratwanderung Multiple Sklerose – Leben und Pflege bei chronischer Krankheit, Stuttgart.

**Hellmers, Claudia (2001):** Praxisanleitung in der Hebammenausbildung – Handlungsempfehlungen für Hebammen (Diplomarbeit im Fach Pflegepädagogik, Fachhochschule Münster).

**Hellmers, Claudia (2002):** Respekt und Kommunikation – Praxisanleitung in der Hebammenausbildung, in: Hebammenforum 4/2002: 231-236.

**Hesse, Hans-Albrecht (1972):** Berufe im Wandel, Stuttgart, 2. Auflage.

**Hesse, Hans-Albrecht, D. Jungk, A. Lipsmeier, W. Manz (1975):** Berufsbild und Studienplan, Hannover.

**Hesterberg, Heike (1992):** Die Hebammenpraxis, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 9/92, 359-365.

**Hilsberg, Regina (2000):** Schwangerschaft, Geburt und erstes Lebensjahr, Reinbek.

**Hirsig, René (1998):** Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften – Eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS in Windows, Band 1, Zürich (2., überarbeitete Auflage).

**Hoffmann, Elke (1999):** Hausgeburtshilfe in Niedersachsen – Ein Modell für die Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe (Abschlussarbeit im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Universität Osnabrück).

**Hopf, Christel (1995):** Qualitative Interviews in der Sozialforschung - Ein Überblick, in: Uwe Flick et al. (Hg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung, Weinheim, 177-182.

**Horkheimer, Max, Theodor W. Adorno (1971):** Dialektik der Aufklärung, Frankfurt (Erstausgabe 1947).

**Horschitz, Harald (1992):** Neue Personalanhaltszahlen ab 1993 für geburtshilfliche Abteilungen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/92, 457.

**Horschitz, Harald (1993):** Personalanhaltszahlen für Hebammen/Entbindungspfleger in Krankenhäusern, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 2/93, 70f.

**Horschitz, Harald (1996):** Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe relativiert ihre Mindestvoraussetzungen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 2/96, 66f.

**Horschitz, Harald (1997):** Das Krankenkassen-Gebührenrecht der Hebamme, Hannover (6. neubearbeitete Auflage).

- Horschitz, Harald (1999a):** Keine Heilkundebehandlung durch Hebammen bei pathologischen Zuständen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/99, 379-382.
- Horschitz, Harald (1999b):** Eine schwierige Entwicklung der Schulter gehört zur Kompetenz der Hebamme, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 9/99, 514-516.
- Horschitz, Harald (1999c):** Mitverantwortung der Hebamme bei ärztlicher Fehlentscheidung, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/99, 383-385.
- Horschitz, Harald, Hermann Kurtenbach (1994):** Hebammengesetz mit den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen mit Erläuterungen, Hannover (2. Auflage).
- Hüter-Becker, Antje (1997):** Ein neues Denkmodell für die Physiotherapie, in: Krankengymnastik, 49. Jg., Nr. 4, 565-569.
- Hüter-Becker, Antje (2000):** Der Paradigmenwechsel in der Physiotherapie und das Bobath-Konzept, in: Krankengymnastik, 52. Jg., Nr. 2, 277-282.
- Huneke, Michael, Eva-Maria Krampe (1999):** Neue Strukturen für die Pflegeausbildung?, in: Pflege Aktuell 4/99, 208-211.
- Hunt, Sheila C. (1991):** Continuing Education for Midwives – A Women's Right, Midwives Chronicle, Jan. 1991, 6-7 (zitiert nach Silverton 1996).
- Igl, Gerhard (1998):** Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsbild Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche (Manuskript, hrsg. von den Pflegeverbänden DBfK, ADS, BKK, BA, BALK).
- Illich, Ivan (1979):** Entmündigende Expertenheerrschaft, in: Ivan Illich et al. (Hg.), Entmündigung durch Experten - Zur Kritik der Dienstleistungsberufe, Reinbek, 7-35.
- Illich, Ivan (1991):** Die Substantivierung des Lebens im 19. und 20. Jahrhundert - eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert, Gesundheit in eigener Verantwortung: Danke, Nein!, in: Klaus Jork et al. (Hg.), Was macht Menschen krank?, Basel, 225-234.
- Illich, Ivan (1995):** Die Nemesis der Medizin - Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, München, 4., überarbeitete Auflage (Erstaufgabe 1975 unter dem Titel „Die Enteignung der Gesundheit“).
- Illich, Ivan (1999):** Pathogenese des Gesundheitswahns, in: Die Tageszeitung, Beilage „Le Monde Diplomatique“, 16. April 1999, 3.
- Illing, Stephan (1998):** Das gesunde und das kranke Neugeborene, Stuttgart (2. Auflage).
- Isensee, Josef (1980):** Kirchenautonomie und sozialstaatliche Säkularisierung in der Krankenpflegeausbildung – Zur Verfassungsmäßigkeit der Erstreckung des Berufsbildungsmodells auf kirchliche Krankenhäuser, Freiburg/Stuttgart (Rechtsgutachten im Auftrag des katholischen und des evangelischen Krankenhausverbands, Manuskript).
- Jahn, Albrecht, Marga Kowalewski (1998):** The Risk Approach in Antenatal Care, in: Curare Sonderband 15/98, Berlin, 195-209.
- Jordan, Brigitte (1997):** Authoritative Knowledge and its Construction, in: Robbie E. Davis-Floyd, Carolyn F. Sargent (Hg.), Childbirth and Authoritative Knowledge, Berkeley/Los Angeles/London, 55-79.
- Käppeli, Silvia (1999):** Was für eine Wissenschaft braucht die Pflege?, in: Pflege, Band 12, Heft 3, 153-157.
- Kassenärztliche Vereinigung (1999):** Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Köln (Stand: 1.7.1999; Ergänzungsblattbeilage vom 1.4.2000).
- Katz, Fred E. (1969):** Nurses, in: Amitai Etzioni (Hg.), The Semi-Professions and their Organization - Teachers, Nurses, Social Workers, New York, 54-81.
- Kehrbach, Antje (1998):** Tabu – und trotzdem Routine – Vorgeburtliche Diagnostik und die Praxis des eingeleiteten Todes, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/98: 343-346.
- Kehrbach, Antje (2000):** Weibliche Selbstbestimmung im Kontext vorgeburtlicher Diagnostik – Positionen einer feministischen Debatte und die Vermittlung von Ethikkompetenz in der Pflege- und Hebammenausbildung (Diplomarbeit im Lehramtsstudiengang Pflegewissenschaft, Universität Bremen).
- Kehrbach, Antje (2001a):** Weibliche Selbstbestimmung und vorgeburtliche Diagnostik – Positionen einer feministischen Debatte, in: Dr. med. Mabuse 130, 45-50.
- Kehrbach, Antje (2001b):** Aktuelles aus dem Bildungsbereich (Zur Thematik: Zentrale Hebammenschulen oder Kooperation von Hebammenschulen mit Pflegeschulen?), in: Hebammenforum 5/2001, 355f.

- Kehrbach, Antje (2002):** Die Beirätin für den Bildungsbereich stellt vor: Zukunftswerkstatt Hebammenausbildung, in: Hebammenforum 1/2002, 37.
- Kelle, Udo, Christian Erzberger (2000):** Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz, in: Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Ines Steinke, Qualitative Forschung: ein Handbuch, Reinbek bei Hamburg, 299-309.
- Kethler, Ute (1992):** Hebamme als Beruf – Soziale Selbst- und Fremdeinschätzung (Diplomarbeit im Fach Erziehungswissenschaften, Universität Hannover).
- Kethler, Ute (1995):** Empirische Studie zum sozialen Ansehen der Hebammen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 2/95, 56-60.
- Kethler, Ute (1997):** Der Weg zur Profession - (k)ein Holzweg für Hebammen?, in: Fehr, Jörn, Gerd Laga (Hg.), Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe, Hannover, 41-65.
- Kethler, Ute (1998):** Professionalisierung - ein relevanter Weg für Hebammen!, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/98, 278-280; 7/98, 336-341; 8/98, 382-383 (überarbeitete Fassung des Aufsatzes von Kethler 1997).
- Kirchner, Simone (1997):** Wer sagt eigentlich, dass die Hebammentätigkeit ein Teilgebiet der Medizin sein muss?, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/97, 13-17.
- Kirchner, Simone (1998):** Entbindung - Eine tiefenhermeneutische Untersuchung zum Erleben der Beziehung von Hebamme und Gebärender im Kreißaal (Diplomarbeit im Fach Psychologie, FU Berlin).
- Kirchner, Simone (2002 a):** Mächtige Beschützerin – Mutter-Tochter-Beziehung in der Hebammenarbeit, in: Hebammenforum 1/2002, 18-22.
- Kirchner, Simone (2002 b):** Das Knäuel entwirren – Aufklärung und Beratung in der Hebammenarbeit, in: Hebammenforum 5/2002, 321-324.
- Kirkham, Mavis (1996):** Professionalization Past and Present: With Woman or with the Powers that be?, in: Debra Kroll (Hg.), Midwifery Care for the Future, London/Philadelphia/Toronto/Sydney/Tokyo, 164-201.
- KMK - Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland, Bonn:**
- 1995:** Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5), Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.05.1995 (Manuskript).
  - 1997a:** Rahmenvereinbarung über die Berufsfachschulen, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 28.2.1997 (Manuskript).
  - 1997b:** Bericht der Gemeinsamen Arbeitsgruppe KMK/GMK/ASMK „Studiengänge im Tätigkeitsfeld Gesundheitswesen“, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 5.12.1997 (Manuskript).
  - 1998:** Einführung eines Akkreditierungsverfahrens für Bachelor-/ Bakkalaureus- und Master-/ Magisterstudiengänge, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 3.12.1998 (Manuskript).
  - 1999:** Vereinbarung über den Erwerb der Fachhochschulreife in den beruflichen Bildungsgängen, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 5.6.1998 i.d.F. vom 22.10.1999 (Manuskript).
  - 2000a:** Synoptische Darstellung der in den Ländern bestehenden Möglichkeiten des Hochschulzugangs für beruflich qualifizierte Bewerber ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung auf der Grundlage der hochschulrechtlichen Regelungen, Stand Okt. 2000 (Manuskript).
  - 2000b:** Realisierung der Ziele der „Bologna-Erklärung“ in Deutschland, Sachstandsdarstellung, Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.11.2000 (Manuskript).
- KMK - Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland – Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen, Bonn:**
- 1998:** Merkblatt zur Richtlinie des Rates 89/48/EWG und 92/51/EWG, Stand 11.2.1998 (Manuskript).
  - 1999a:** Die Anerkennung von Qualifikationen als Krankenschwester/Krankenpfleger in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums, Hinweise zum Verfahren der Anerkennung in Deutschland und anderen Mitgliedsstaaten, Stand Februar 1999 (Manuskript).



- 1999b:** Die Anerkennung von Qualifikationen als Hebamme/Entbindungspfleger in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums, Hinweise zum Verfahren der Anerkennung in Deutschland und anderen Mitgliedsstaaten, Stand Februar 1999 (Manuskript).
- 1999c:** Akademische und berufliche Anerkennung in der EU und im EWR, Stand November 1999 (Manuskript).
- 2000:** EU-Richtlinien für Gesundheitsberufe, Stand 9.6.2000 (Manuskript).
- Knapp, Gudrun-Axeli (1988):** Das Konzept „weibliches Arbeitsvermögens“ – theoriegeleitete Zugänge, Irrwege, Perspektiven, in: Frauenforschung, 6. Jg., Heft 4, 8-19.
- Köck, Christian, Josef Kytir, Rainer Münz (1988):** Risiko „Säuglingstod“, Wien.
- Kollek, Regine (1998):** Jenseits der guten Hoffnung – Vom Schwangerschaftskonflikt zur Embryonenselektion, in: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.), Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik, Bern, 220-235.
- Kostrzewa, Diemut (2001):** Das Arbeitsbündnis als Bestandteil professionellen Handelns in der Physiotherapie (Diplomarbeit im Fach Erziehungswissenschaften an der Universität Hannover).
- Krause, Michael (2000):** Die Sectio caesaria – Indikationen, Morbidität und Mortalität, in: Die Hebamme 2/2000, 76-82.
- Krause, Michael (2002):** Wer wünscht sich was?, in: Hebammenforum 2/2002, 95-97.
- Krebs, Renée (1999):** Eine späte Abtreibung ist manchmal eine frühe Frühgeburt – Zur öffentlichen Debatte über lebendgeborene abgetriebene Kinder, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/99, 123-126.
- Kreft, Doris (2001):** Auf dem Weg in eine neue Zeit – Hebammen und Qualitätssicherung, in: Bund Deutscher Hebammen (Hg.), Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle - Kongressband zum IX. Hebammenkongress (21.-23. Mai 2001 in Dresden), 86-90.
- Kriesel, Petra, Helga Krüger, Gudrun Piechotta, Hartmut Remmers, Johanna Taubert (Hg.) (2001):** Pflege lehren – Pflege managen, Eine Bilanz innovativer Ansätze, Frankfurt.
- Krings, Sigrid (2001):** Studiengänge für Hebammen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 8/2001, 18-21.
- Krohn-Devold, Kristin (1997):** Frauen verändern die Welt, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 4/97, 166-170.
- Kroll, Debra (Hg.) (1996):** Midwifery Care for the Future, London/Philadelphia/ Toronto/Sydney/Tokyo.
- Krüger, Helga (1990):** Gehören technische Fähigkeiten vielleicht auch zum „weiblichen Arbeitsvermögen“?, in: Rabe-Kleberg, Ursula (Hg.), „Besser gebildet und doch nicht gleich!“ Frauen und Bildung in der Arbeitsgesellschaft, Bielefeld, 141-160.
- Krüger, Helga (1992):** Lehramtskonzeptionen - Auf dem Weg aus den Sackgassen der Pflegeberufe, in: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 10/92, Beilage Berufspolitik, 17-22.
- Krüger, Helga (2000):** Ein expandierender Arbeitsmarkt mit sieben Siegeln – In hundert Jahren nichts gelernt? Personenbezogene Dienstleistungen: Warum die Deutschen den Wandel „verschlafen“, in: Frankfurter Rundschau vom 16.02.2000, 11.
- Krüger, Helga (2001):** Pflegeberufe in der Dienstleistungsgesellschaft – Zwang zur bildungspolitischen Gestaltung, in: Kriesel et al. (Hg.), Pflege lehren – Pflege managen, Eine Bilanz innovativer Ansätze, Frankfurt, 21-42.
- Krüger, Helga, Ursula Rabe-Kleberg, Maria Mischo-Kelling (1993):** Pflegewissenschaft als berufliche Bildung - Ein Weg aus der Sackgasse, Entwicklung und Erprobung eines Studiengangs mit berufspädagogischem Fachrichtungsprofil für Lehrkräfte in der Alten- und Kranken-/Kinderkrankenpflege. Berufliche Erstausbildung und Lehramtsstudium als Bausteine, Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts „Arbeit und Bildung“ Band 24, Bremen.
- Krüger, Helga, Ursula Rabe-Kleberg, Maria Mischo-Kelling (1996):** Pflegewissenschaft als universitäre Ausbildung, in: Helga Krüger et al. (Hg.), Innovation der Pflege durch Wissenschaft, Bremen, 11-32.
- Krüger, Helga, Gudrun Piechotta, Hartmut Remmers (Hg.) (1996):** Innovation der Pflege durch Wissenschaft, Bremen.

- Kruse, Anna-Paula (1978):** Die Krankenpflegeausbildung in ihrer unklaren Stellung zwischen dualer Ausbildung und Berufsfachschulbildung und die Bestrebungen um eine Integration in das Bildungssystem (Sekundarstufe II) (Diplomarbeit, Universität Hannover), in: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, Beilagen der Nr. 9-12/1978.
- Kruse, Anna-Paula (1987):** Berufskunde I - Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts, Stuttgart.
- Kruse, Britta-Juliane (1996):** Verborgene Heilkünste - Geschichte der Frauenmedizin im Spätmittelalter, Berlin/New York.
- Künzel-Riebel, Barbara, Initiative Regenbogen „Glücklose Schwangerschaft e.V.“ (Hg.) (1994):** Regenbogen - Broschüre für verwaiste Eltern, Schorndorf (15. Auflage; 1. Auflage 1985).
- Kuhlmann, Ellen (1999):** Profession und Geschlechterdifferenz - Eine Studie über die Zahnmedizin, Opladen.
- Kuhlmey, Adelheid, Maik Winter (1998):** Pflege-Eliten und ihre Berufschancen, Neubrandenburg (Forschungsbericht, gebundenes Manuskript).
- Kuntner, Liselotte (1994):** Die Gebärhaltung der Frau - Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, völkerkundlicher und medizinischer Sicht, München (4. Auflage).
- Labouvie, Eva (2001):** Frauenberuf ohne Vorbildung? Hebammen in den Städten und auf dem Land, in: Christine Loytved (Hg.), Von der Wehemutter zur Hebamme – Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und ihren praktischen Nutzen, Osnabrück, 19-34.
- Lachmund, Jens (1987):** Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 16, Heft 5, 353-366.
- Laga, Gerd (1997):** Pflege als Profession, in: Fehr, Jörn, Gerd Laga (Hg.), Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe, Hannover, 15-40.
- Lamnek, Siegfried (1995a):** Qualitative Sozialforschung, Band 1: Methodologie, München/Weinheim (3. Auflage).
- Lamnek, Siegfried (1995b):** Qualitative Sozialforschung, Band 2: Methoden und Techniken, München/Weinheim (3. Auflage).
- Landig, Margret (1989):** Aufgabe einer Familien-Hebamme am Beispiel Hannover, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/89, 409f.
- Langener, Beate (1985):** Professionalisierungstendenzen im Hebammenberuf - eine empirische Fragebogenuntersuchung bei 154 Hebammen (Dissertation im Fach Medizinsoziologie, Universität Freiburg im Breisgau).
- Landwehr, Birgit, Martina Lehmann (1995):** Ein Konzept für Hebammen als Anregung für den Unterricht an allgemeinbildenden Schulen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/95, 6-10.
- Larson, M.S. (1977):** The Rise of Professionalism, London (Zitiert nach Daheim 1992).
- Laski, Harold J. (1949):** The American Democracy, London (darin: Kap. XII: The Professions in America, 564-614).
- Liebermann, Myron (1958):** Education as a Profession, Englewood Cliffs N.J. (3. Auflage).
- Liebhold, Rolf (1966):** Die neuen Mutterschaftsrichtlinien, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 1/1966, 7-14 und 24ff.
- Linder, Rupert (Hg.) (1994):** Haus- und Praxisgeburten, Frankfurt.
- Lippens, Frauke (1991):** Einstieg in die Geburtsvorbereitung, in Deutsche Hebammenzeitschrift 3/91, 119-122.
- Lippens, Frauke (1993):** Geburtsvorbereitung, Hamburg (2. Auflage).
- Lippens, Frauke (1994):** Hausgeburten, Hamburg.
- Lippens, Frauke (2001):** Schwangerenvorsorge, in: Deutsche Hebammenzeitschrift, Teil I: 3/2001, 47-49; Teil II: 4/2001, 48-51; Teil III: 5/2001, 56-57; Teil IV: 6/2001, 44-46.
- Lippert, Heinrich (1990):** Personalbedarfsermittlung für Hebammen/Entbindungspfleger - Ein neues analytisches Konzept der DKG, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 10/90, 386-393.
- Loewenstein-Ording, Christa (1992):** Stillen aus der Sicht der Hebamme, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 8/92, 302-305.
- Lohmann, Ingrid (1991):** Allergieprophylaxe in der Arbeit der Hebamme, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 8/91, 318-320.

- Lohmann, Ingrid (2001):** Konzentration statt Zerstreuung, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 8/2001, 9-11.
- Lothrop, Hannah (2000a):** Gute Hoffnung - jähes Ende, München (8. Auflage).
- Lothrop, Hannah (2000b):** Das Stillbuch, München (25. Auflage).
- Loytved, Christine (1990):** Hebammen in Ozeanien zwischen traditioneller und westlicher Medizin (Magisterarbeit im Fach Ethnologie, Universität Göttingen; Buchveröffentlichung unter demselben Titel, Bern 1994).
- Loytved, Christine (1995):** Osiander und die „wilden Völker“, Zur Diskussion Natur versus Kultur in der Geburtshilfe um 1800, in: Wulf Schiefenhövel et al. (Hg.), Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, Berlin, 7-17.
- Loytved, Christine (1997a):** Dem Hebammenwissen auf der Spur - Zur Geschichte der Geburtshilfe (Ausstellungskatalog), Osnabrück.
- Loytved, Christine (1997b):** Die Hebamme vor der Gebärenden - Der Arzt hinter der Hebamme, Arbeitsfelder in der Geburtshilfe um 1800 in Lübeck, in: Charlotte Uzarewicz, Gudrun Piechotta (Hg.), Transkulturelle Pflege, Berlin, 209-223.
- Loytved, Christine (2000):** Hebammen und ihre Lehrer – Einfluss männlicher Geburtshelfer auf Ausbildung und Beruf Lübecker Hebammen von 1730 bis 1850 (Dissertation im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Universität Osnabrück).  
(erscheint 2002 als Buch unter dem Titel „Hebammen und ihre Lehrer – Wendepunkte in Ausbildung und Amt Lübecker Hebammen (1730-1850)“ im Rasch Verlag Osnabrück)
- Loytved, Christine (2001a):** Der Schritt von der Hebammenlehre zum Unterricht beim Mediziner, in: dies. (Hg.), Von der Wehemutter zur Hebamme – Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und ihren praktischen Nutzen, Osnabrück, 97-106.
- Loytved, Christine (2001b):** Qualitätsbericht 2000 - Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland, Bonn (hrsg. vom Bund Deutscher Hebammen und vom Bund freiberuflicher Hebammen).
- Loytved, Christine (Hg.) (2001):** Von der Wehemutter zur Hebamme – Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und ihren praktischen Nutzen, Osnabrück.
- Loytved, Christine, Bettina Wahrig-Schmidt (1998):** „Amt und ehrlicher Name“. Hebamme und Arzt in der Geburtshilfe Lübecks am Ende des 18. Jahrhunderts, in: Jürgen Schlumbohm, Barbara Duden, Jaques Gélis, Patrice Veit, Rituale der Geburt - Eine Kulturgeschichte, München, 84-101.
- Luckmann, Thomas, Walter Michael Sprondel (Hg.) (1972):** Berufssoziologie, Köln.
- Mändle, Christine, Sonja Opitz-Kreuter, Andrea Wehling (Hg.) (1995):** Das Hebammenbuch - Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, Stuttgart/New York. (3. Auflage: 2000).
- Mandl, Michael (2001):** Wiederbelebung von Neugeborenen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 10/2001, 11-18.
- Martius, Gerhard (1994):** Regelwidrigkeiten des Geburtsmechanismus, Stuttgart.
- Martius, Gerhard, W. Heidenreich (1999):** Hebammenlehrbuch, Stuttgart (7. Auflage).
- Mason, J. (1996):** Science for Midwives, in: British Journal of Midwifery, Vol. 4, No 12 (zitiert nach Kethler 1998).
- Mayring, Philipp (1995):** Qualitative Inhaltsanalyse, Weinheim (5. Auflage).
- Meifort, Barbara (1991):** Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe, Ergebnisse der Hochschultage Berufliche Bildung 1990, Alsbach/Bergstraße (Hochschule und Berufliche Bildung, Band 20).
- Meifort, Barbara (1997):** Vorstellungen zur Reform der beruflichen Bildung für die Gesundheits- und Sozialpflege, in: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hg.), Ausbildung in den Pflegeberufen - Dokumentation eines Expertengesprächs am 14.3.1997 in Eschborn, Eschborn, 43-58.
- Meifort, Barbara (2001a):** Eliten brauchen Heloten – Heiteres Berufebasteln in der Krankenpflege, in: Dr. med. Mabuse 130, 40-44.
- Meifort, Barbara (2001b):** (Berufs-) Bildungspolitische Aspekte zur Entwicklung eines pflegewissenschaftlichen Profils, in: Kriesel et al. (Hg.), Pflege lehren – Pflege managen, Eine Bilanz innovativer Ansätze, Frankfurt, 81-97.
- Meifort, Barbara, Gisela Mettin (1998):** Gesundheitspflege – Überlegungen zu einem BBiG-Pflegeberuf, Bielefeld (hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung).

- Meifort, Barbara, H. Paulini (1984):** Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, Berichte zur beruflichen Bildung Heft 76, Berlin/Bonn (hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung).
- Meleis, Alaf (1997):** Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA, in: Doris Schaeffer, Martin Moers, Hilde Steppe, Alaf Meleis (Hg.), *Pflegetheorien - Beispiele aus den USA*, Bern, 17-37.
- Meinecke-Noot, Christa (1998):** Darstellung der Positionen des Berufsverbandes der Orthoptistinnen Deutschlands e.V. durch dessen Vorsitzende (Schreiben an Monika Zoege vom 11.12.1998).
- Meinecke-Noot, Christa (2000):** AG MTG – Wege zur Akademisierung der Medizinalfachberufe, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 3/2000, 130-133.
- Melchert, U. (2001):** Schwangerenschwimmen, Rückbildungsschwimmen, Frühes Babyschwimmen, Stuttgart (2. Auflage).
- Metz-Becker, Marita (1998):** Die Hebammen und „die Grenzen ihres Handwerks“ - Von studierten Geburtshelfern und anderen Merkwürdigkeiten in der Geschichte der Medizin, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 1/98, 10-13.
- Metz-Becker, Marita (1999):** Hebammenkunst gestern und heute - Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte (Ausstellungskatalog), Marburg.
- Meuser, Michael, Ulrike Nagel (1991):** ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Detlef Garz, Klaus Kraimer, *Qualitativ-empirische Sozialforschung*, Opladen, 441-471.
- Michael, Berthold (1961):** Die Professionalisierung des Lehrens – Bemerkungen zu Myron Liebermanns Buch „Education as a Profession“, in: *Soziale Welt*, Band 12, 30-37.
- Milde, Jessica (2000):** Schwangerenbetreuung durch Hebammen – Themen, Kategorien und Konzepte als Grundlage eines „Modells der Schwangerenvorsorge durch Hebammen“ (Diplomarbeit im Studiengang Medizinpädagogik/Pflegepädagogik, Humboldt-Universität Berlin).
- Milde, Jessica (2002):** Hebammen-Schwangerenvorsorge – Was ist denn das?, in: *Hebammenforum* 3/2002, 155-158.
- Milde, Jessica, Valerie Fleming (1998):** Hebammenausbildung in Schottland, in: *Die Hebamme*, Jg. 11, 138-142.
- Milenović- Rüdhardt, Ina, Susanna Roth, Susanne Edlinger (1998):** Hausgeburten - eine Alternative zur Klinikgeburtshilfe, Eine Untersuchung bayrischer Hausgeburten aus den Jahren 1989-1995, München (gebundenes Manuskript).
- Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, Ministerium für Gesundheitswesen (1986):** Studienplan für die Fachrichtung Geburtshilfe, zur Ausbildung an den medizinischen Fachschulen der DDR, Berlin (Manuskript).
- Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, Ministerium für Gesundheitswesen (1986):** Spezielle Lehrprogramme für die theoretische und praktische Ausbildung in der Fachrichtung Geburtshilfe (Hebamme), zur Ausbildung an den medizinischen Fachschulen der DDR, Berlin (Manuskript).
- Mischo-Kelling, Maria (1991):** „Die Pflege aus ihrer Sprachlosigkeit herausführen...“ Pflegewissenschaft als Grundlage professioneller personenbezogener Dienstleistungen, in: Ursula Rabe-Kleberg et al. (Hg.), *Pro Person - Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung*, Bielefeld, 139-155.
- Mischo-Kelling, Maria (1993):** Wissenschaftliche Lehrerausbildung für Pflegeberufe – ein notwendiger Schritt in die europäische Berufsausbildung?, in: Wolfgang Becker, Barbara Meifort (Hg.), *Professionalisierung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe - Europa als Impuls? Zur Qualifikationsentwicklung in der Humandienstleistung*, Berichte zur beruflichen Bildung (hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin/Bonn) Heft 159, Berlin, 41-64.
- Moers, Martin (2001):** Professionalisierung der Pflege – Bloße Statusaufwertung oder bessere Betreuung Pflegebedürftiger?, in: *Dr. med. Mabase* 134, Nov./Dez. 2001, 34-37.
- Moers, Martin, Doris Schaeffer, Hilde Steppe (1997):** *Pflegetheorien aus den USA - Relevanz für die deutsche Situation*, in: Doris Schaeffer, Martin Moers, Hilde Steppe, Alaf Meleis (Hg.), *Pflegetheorien - Beispiele aus den USA*, Bern, 281-295.
- Monney Hunkeler, Marie-Claude (1996a):** Das Ausbildungskonzept der Hebammenschule Bern, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 6/96, 265-269.
- Monney Hunkeler, Marie-Claude (1996b):** Die Ausbilderinnen der Hebammen und ihre Situation im Spital, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 7/96, 303-308.

- Morgenroth, Christine (2001):** Chronologie der Dilemmata, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 9/2001, 41-42.
- Mühlum, Albert, Sabine Bartholomeyczik, Eberhard Göpel (1997):** Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Freiburg.
- Müller, Dagmar (2000):** Interdisziplinäre Kooperation in der Gesundheitsversorgung, in: Dr. med. Mabuse 126, 60-64.
- Müller, Dieter (1972):** Neugestaltung der Mutterschaftsvorsorge im Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigung, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 3/1972, 61-68.
- Müller, Elke (1996):** Pflege im Spannungsfeld zwischen amerikanischem Theorie-Import und deutscher Pflege-Tradition, in: Helga Krüger et al. (Hg.), Innovation der Pflege durch Wissenschaft, Bremen, 137-146.
- Mülstegen, Inka (2001):** Gut versorgt in der Schwangerschaft, in: Hebammenforum 3/2001, 162-165.
- Murken, A.H. (1993):** Hebammen gibt es schon seit 2000 Jahren - Zur Geschichte der Geburtshilfe und des Hebammenwesens, in: Die Hebamme, Jg. 6, 31-40.
- Netzwerk zur Förderung und Koordinierung der Geburtshäuser in Europa e.V. (1995):** Standards für Geburtshäuser in der Fassung vom 18.11.1995, Berlin (Broschüre).
- Neumann, Eva-Maria (1996):** Emanzipation der Pflege durch Verwissenschaftlichung der Pflegepraxis, in: Helga Krüger et al. (Hg.), Innovation der Pflege durch Wissenschaft, Bremen, 43-54.
- Neumeyer, Erika (1998):** Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe - Kommentierung der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten 1996-1997, Berlin (hrsg. vom Bund Deutscher Hebammen und vom Bund freiberuflicher Hebammen).
- Neumeyer, Erika (2000):** Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe - Kommentierung der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten 1997-1998, Berlin (hrsg. vom Bund Deutscher Hebammen und vom Bund freiberuflicher Hebammen).
- Neumeyer, Erika et al. (2001):** Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe – Kommentierung der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten 1999, o.O. (hrsg. vom Bund Deutscher Hebammen und vom Bund freiberuflicher Hebammen).
- Neumeyer, Erika, Johannes Korporal (1994):** Stellungnahme zur Kontroverse um die „Mortalität in der Hausgeburtshilfe“ (Manuskript).
- Neuscheler, Veronika (1991):** Beruf und Berufsorganisation der Hebamme: Professionalisierung oder Deprofessionalisierung eines Gesundheitsberufes? Konstanz.
- Newburn, Mary, Eileen Hutton (1996):** Women and Midwives: Turning the Tide, in: Debra Kroll (Hg.), Midwifery Care for the Future, London/Philadelphia/Toronto/Sydney/Tokyo, 202-235.
- Oevermann, Ulrich (1997):** Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns, in: Combe/Helsper (Hg.), Pädagogische Professionalität - Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, Frankfurt, 70-182.
- Orthoptistes de la Communauté Européenne (OCE) (2000):** Enquête Professionnelle, Leuven/Belgique (Manuskript).
- Ostner, Ilona (1978):** Beruf und Hausarbeit – Die Arbeit der Frau in unserer Gesellschaft, Frankfurt.
- Ostner, Ilona (1991):** „Weibliches Arbeitsvermögen“ und soziale Differenzierung, in: Leviathan 2/1991, 192-207.
- Ostner, Ilona, Almut Krutwa-Schott (1981):** Krankenpflege - ein Frauenberuf? Frankfurt/New York.
- Ostner, Ilona, Elisabeth Beck-Gernsheim (1979):** Mitmenschlichkeit als Beruf, Frankfurt.
- Ott-Gmelch, Jutta (2001):** Recht auf „Wunsch“-Kind für alle? Oder: Homo sapiens, Version 2.0, in: Hebammen Info 1/01, 29-33.
- Pairman, Sally (1997):** Der Hebammenberuf - Eine Partnerschaft zwischen Frau und Hebamme, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 4/97, 171-176.
- Petrus, Ute (2001):** Kinder kriegen – Kinder machen. Hebammen sprechen über Schwangerschaft und Geburt – Bericht über die Arbeitsgemeinschaft im BDH „Hebamme für Gesundheitsbildung“, in: Hebammenforum 9/2001, 651f.
- Pettingill, Leigh (1990):** Public Policy – Power – Professionalism, in: Australian College of Midwives Journal, Dec. 1990, 23-28.
- Pfaffenberger, Hans (1996):** Zu Entwicklung und Reformen der Ausbildung für das Berufsfeld „Sozialarbeit/Sozialpädagogik“ von 1945 bis 1995, in: Ernst Engelke (Hg.), Soziale Arbeit als Ausbildung – Studienreform und Modelle, Freiburg, 28-54.

- Piechotta, Gudrun (2000):** Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung, Bern.
- Pieper, Marianne (1998):** Unter „anderen Umständen“ – werdende Elternschaft im Zeichen neuer Verfahren der Pränataldiagnostik, in: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.), Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik, Bern, 236-247.
- Pillen, Angelika (1997):** Theorieentwicklung in der Pflegewissenschaft, in: Pflege, Band 10, Heft 6, 350-354.
- Pommerening, Anne Lisa (1992):** Dialog „Hebamme-Arzt“ - Begegnung und Konfrontation zweier Berufe, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/92, 186-191.
- Pulz, Waltraud (1994):** „Nicht alles nach dem Gelahrten Sinn geschrieben“ - Das Hebammenanleitungsbuch von Justina Siegemund. Zur Rekonstruktion geburtshilflichen Überlieferungswissens frühneuzeitlicher Hebammen und seiner Bedeutung bei der Herausbildung der modernen Geburtshilfe, München.
- Pulz, Waltraud (2001):** Zur Erforschung geburtshilflichen Überlieferungswissens von Frauen in der frühen Neuzeit, in: Christine Loytved (Hg.), Von der Wehemutter zur Hebamme – Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und ihren praktischen Nutzen, Osnabrück, 11-17.
- Rabe-Kleberg, Ursula (1987):** Frauenberufe – Zur Segmentierung der Berufswelt, Bielefeld.
- Rabe-Kleberg, Ursula (1990):** Geschlechterverhältnis und Bildung - Über das Ende einer Illusion, in: dies. (Hg.), „Besser gebildet und doch nicht gleich!“ Frauen und Bildung in der Arbeitsgesellschaft, Bielefeld, 235-250.
- Rabe-Kleberg, Ursula (1997):** Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder: Was ist „semi“ an traditionellen Frauenberufen?, in: Arno Combe, Andreas Helsper (Hg.), Pädagogische Professionalität - Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, Frankfurt 1997, 276-302.
- Rabe-Kleberg, Ursula (Hg.) (1990):** „Besser gebildet und doch nicht gleich!“ Frauen und Bildung in der Arbeitsgesellschaft, Bielefeld.
- Rabe-Kleberg, Ursula, Helga Krüger, Maria Eleonora Karsten, Thomas Bals (Hg.) (1991):** Pro Person - Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung, Bielefeld.
- Rau, Fritz-Stefan (2001):** Die Situation der Krankenpflegeausbildung in der BRD nach 90 Jahren staatlicher Regelung, Bern.
- Raven, Uwe (1995):** Handlungskompetenz in der Pflege und ihre Bedeutung für die Professionalisierung des Berufsfeldes, in: Pflege, Band 8, Heft 4, 347-355.
- Reime, Birgit (1995):** Hebammen und Stress - Ein Berufsstand zwischen Ausbrennen und Aussterben, in: Bund Deutscher Hebammen, Hebamme - Aktiv für die Familie (Kongressband), Karlsruhe, 29-37.
- Reime, Birgit, Sandra Tomaselli (2000):** Wohl und Weh der Schülerin, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/2000, 342-345.
- Reitz, Eta (1989):** Quo vadis, Hebamme? in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/89, 6-9.
- Reitz, Eta (1991):** Episiotomie - im Spannungsfeld der Hebammenausbildung, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/91, 464-466.
- Reitz, Eta (1994):** Hebammenausbildung in der Zukunft - Hebammenschule oder Fachhochschule? Anmerkungen zur Bensberger Untersuchung im Rahmen der Hebammenausbildung 1992-1994, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/94, 467f.
- Remmers, Hartmut (1999):** Pflegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens, in: Pflege, Band 12, Heft 6, 367-376.
- Renfrew, Mary (1997):** The Development of Evidence Based Practice, in: British Journal of Midwifery, Vol. 5, No.2, 100-104.
- Richter, Dirk (1995):** Pflegewissenschaft und Soziologie: Wo kann soziologische Expertise die Pflegeforschung unterstützen?, in: Pflege, Band 8, Heft 4, 339-346.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.), Stuttgart:**
- 1992:** Pflege braucht Eliten - Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege.
  - 1996:** Pflegewissenschaft - Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis.
  - 1998:** Begleitkolleg zum Stipendien- und Hospitationsprogramm, Abstracts (Broschüre).

- 1999:** Neue Wege in der Pflege, Förderung der Robert Bosch Stiftung für Praxis und Theorie (Broschüre).
- 2000a:** Begleitkolleg Pflege, Abstracts (Broschüre).
- 2000b:** Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung.
- Robinson, Sarah (1996):** Progress and Problems in Midwifery Education: Some Conclusions from published Research, in: Sarah Robinson, Ann M. Thomson (Hg.): *Midwives, Research and Childbirth*, Volume 4, London/Glasgow etc., 132-164.
- Rockel-Loenhoff, Anna (2001a):** Weniger ist manchmal mehr, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 4/2001, 14-16.
- Rockel-Loenhoff, Anna (2001b):** Reanimation des Neugeborenen, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 7/2001, 6-13.
- Rockel-Loenhoff, Anna (2002):** So viele Nähte wie nötig..., in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 1/2002, 6-11.
- Römer, Ansgar (1999):** Akupunktur für Hebammen, Geburtshelfer und Gynäkologen, Stuttgart.
- Rüschemeyer, Dietrich (1972):** Ärzte und Anwälte: Bemerkungen zur Theorie der Professionen, in: Thomas Luckmann, Walter Michael Sprondel (Hg.), *Berufssoziologie*, Köln 1972, 168-181 (Originaltitel: *Doctors and Lawyers: A Comment on the Theory of the Professions*, in: *Canadian Review of Sociology and Anthropologie* 1, 1964, 17-39).
- Salis, Bettina (2001):** Ratgeber für den Einstieg in die Freiberuflichkeit, Stuttgart.
- Sandall, Jane, Ivy Lynn Bourgeault, Wouter J. Meijer, Beate Schücking (2001):** Deciding Who Cares – Winners and Losers in the Late Twentieth Century, in: De Vries et al. (Hg.), *Birth by Design – Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*, New York/London, 117-138.
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (2000):** Überlegungen zu einer wissenschaftlichen Vertiefung „Hebammenwesen“ im Studiengang Pflegewissenschaft, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 3/2000: 126-129.
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (2001):** Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle – Festrede zum Hebammenkongress, in: *Hebammen Forum Juli 2001*: 488-496.
- Schachtner, Petra (1994):** Hebammen in der Frühen Neuzeit - Von der Expertin des Lebens zum medizinischen Hilfspersonal (Examensarbeit Lehramt, Universität Regensburg).
- Schaeffer, Doris (1994):** Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege, in: dies. et al. (Hg.), *Public Health und Pflege - zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*, Berlin, 103-126.
- Schaeffer, Doris (1999):** Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft, in: *Pflege*, Band 12, Heft 3, 141-152.
- Schaeffer, Doris, Martin Moers, Hilde Steppe, Alaf Meleis (Hg.) (1997):** *Pflegetheorien - Beispiele aus den USA*, Bern.
- Scheele, Michael (2000):** Berechtigte Bitte? in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 7/2000, 362-365.
- Scherzer, Ricarda (1988):** Hebammen: Weise Frauen oder Technikerinnen? Zum Wandel eines Berufsbildes, Frankfurt.
- Schewior-Popp, Susanne (1994):** Krankengymnastik und Ergotherapie - Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens, Idstein.
- Schewior-Popp, Susanne (1998):** Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege- und Rehabilitationsberufen, Stuttgart/New York.
- Schiefenhövel, Wulf, Dorothea Sich, Christine E. Gottschalk-Batschkus (1995):** Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, *Curare Sonderband* 8, Berlin.
- Schindele, Eva (1990):** Gläserne Gebärmütter, Vorgeburtliche Diagnostik, Fluch oder Segen, Frankfurt.
- Schindele, Eva (1995):** Schwangerschaft – Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko, Hamburg.
- Schlieper, Britta (1997):** Die Rolle der Hebamme in der Schwangerenvorsorge, (Diplomarbeit im Fach Soziologie, Universität Bielefeld).
- Schlumbohm, Jürgen (1998):** Der Blick des Arztes, oder: wie Gebärende zu Patientinnen wurden, in: ders. et al. (Hg.), *Rituale der Geburt - Eine Kulturgeschichte*, München, 170-191.

- Schlumbohm, Jürgen, Barbara Duden, Jaques Gélis, Patrice Veit (Hg.) (1998):** Rituale der Geburt - Eine Kulturgeschichte, München.
- Schmid-Siegert, M., W. Thiele (1986/87):** Familienhebammen an Krankenhäusern zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge und der Nachsorge von Säuglingen, Berlin 1986 (hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Reihe Gesundheitsforschung, Band 145, Bonn 4/87).
- Schmitz, Britta (1994):** Hebammen in Münster, Münster.
- Schmitz, Sabine (1994):** Die Hebamme hat ein garantiertes Primat: Geburtshilfe in Holland, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 4/94, 159-163.
- Schmitz, Sabine (2002):** Schwerpunkt der Ausbildung - Risikoselektion, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/2002: 16f.
- Schneider, Alfred (1994):** Rechts- und Berufskunde für die Fachberufe im Gesundheitswesen, Berlin/Heidelberg/New York (4. Auflage).
- Schnepf, Wilfried (1997):** Perspektiven der Pflegewissenschaft - Theoriebildung in einer Praxisdisziplin, in: Pflege, Band 10, Heft 2, 96-101.
- Schönberner, Petra (2001):** Schwangerenvorsorge durch die Hebamme ... fördert die Selbstbestimmung von Frauen – am Beispiel vorzeitiger Wehen, in: Hebammenforum 3/2001, 150-154.
- Scholz, Herwig (1999):** Kommunikation im Gesundheitssystem, Handbuch zur Konfliktvermeidung, Göttingen.
- Schröck, Ruth (1988):** Forschung in der Krankenpflege – Methodologische Probleme, in: Pflege Band 1, Heft 2: 84-93.
- Schröck, Ruth (1989):** Forschung als Grundlage für das Lernen und Lehren in der Krankenpflege, in: Pflege Band 2, Heft 1, 5-8.
- Schröck, Ruth (1997):** Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflgetheorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland, in: Dr. med. Mabuse 107, Mai/Juni 1997, 39-45.
- Schücking, Beate (1993):** Höher, schneller, weiter - Technisierung der Geburtshilfe, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/93, 185f.
- Schücking, Beate (1995a):** Sind Hebammen die besten Geburtshelferinnen? - Ein europäischer Vergleich, in: Bund Deutscher Hebammen, Hebamme - Aktiv für die Familie (Kongressband), Karlsruhe, 24-28.
- Schücking, Beate (1995b):** Frauen in Europa – unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt, in: Schiefenhöfel et al., Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege, Curare Sonderband 8, Berlin, 381-390.
- Schücking, Beate (1997):** Ein Schlüssel zur Frauengesundheit: Hebammenbetreuung in acht europäischen Ländern, in: Gottschalk-Batschkus et al., Frauen und Gesundheit - Ethnomedizinische Perspektiven, Curare Sonderband 11, Berlin, 193-197.
- Schücking, Beate (1998):** Konkurrenz rund um Schwangerschaft und Geburt, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/98, 274f.
- Schücking, Beate (2000):** Geburtsschmerz aus psychosomatischer Sicht, in: Hebammenforum 11/2000, 436-441.
- Schücking, Beate (2001):** Schwangerenvorsorge durch Hebammen, in: Bund Deutscher Hebammen (Hg.), Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle - Kongressband zum IX. Hebammenkongress (21.-23. Mai 2001 in Dresden), 199-202.
- Schücking, Beate (2002):** Wie gesund ist Kinderkriegen? Zur generativen Gesundheit von Frauen in Deutschland, in: Klaus Hurrelmann, Petra Kolip (Hg.), Geschlecht und Gesundheit, Bern (im Druck).
- Schücking, Beate, P. Rott, S. Siedentopf, H. Kentenich (2001):** Die Wunschsectio – medizinische und psychosomatische Problematik, in: Hebammen Info 3/2001, 32-35.
- Schütze, Fritz (1992):** Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession, in: Bernd Dewe, Wilfried Ferchhoff, Frank Olaf-Radtke (Hg.), Erziehen als Profession - Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern, Opladen, 132-170.
- Schütze, Fritz (1997):** Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen – Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns, in: Combe/Helsper (Hg.), Pädagogische Professionalität - Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, Frankfurt, 183-275.



- Schwarz, Clarissa (1996):** Die freiberufliche Hebamme im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland (Magisterarbeit im Fach Public Health / Gesundheitswissenschaften an der TU Berlin).
- Schwarz, Clarissa, Beate Schücking (2001a):** Die Entwicklung der „normalen“ Geburt 1984-1999 - Erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts, in: NPEXtra 1999, hrsg. vom Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ZQ, Hannover (Manuskriptseiten 1-6).
- Schwarz, Clarissa, Beate Schücking (2001b):** Wie normal ist die Geburt (noch)? in: Bund Deutscher Hebammen (Hg.), Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle - Kongressband zum IX. Hebammenkongress (21.-23. Mai 2001 in Dresden), 203-210.
- Sens-Petershofen, B., O. Rienhoff, K. Mühlhaus, P. Wenzlaff (1992/93):** Einbeziehung der Hausgeburtshilfe in die Perinatalerhebung  
Teil I: Einführung und Auswertung vollendeter Hausgeburten, in: Niedersächsisches Ärzteblatt 24/1992, 22-28; Teil II: Auswertung abgebrochener Hausgeburten und Ausblick, in: Niedersächsisches Ärzteblatt 1/1993, 22-26.
- Silverton, Louise (1996):** Educating for the Future, in: Debra Kroll (Hg.), Midwifery Care for the Future, London/Philadelphia/Toronto/Sydney/Tokyo, 75-97.
- Simm, Joanna (2002):** Konflikte unvermeidbar? Kommunikation und Hierarchie im Krankenhaus, in: Hebammenforum 1/2002, 5-9.
- Sperling, Ute (1994):** Zur Geschichte der ärztlichen Schwangerenvorsorge, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/94, 229-232.
- Spitzer, Beatrix (1999):** Der zweite Rosengarten - Eine Geschichte der Geburt, Hannover.
- Stadelmann, Ingeborg (1999):** Hebammensprechstunde, Ermengerst (10. Auflage).
- Stahl, Katja (2002):** Evidenzbasiertes Arbeiten in der Schwangerenbetreuung durch Hebammen, in: Die Hebamme 1/2002, 11-20.
- Stammer, Gabriele (2002):** Versorgung von Geburtsverletzungen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/2002, 12-17.
- Staschek, Barbara (1988):** Fortbildung des Bundes Deutscher Hebammen für die freiberufliche Hebammentätigkeit, Hannover (Manuskript; Konzeption eines Fortbildungsangebotes).
- Staschek, Barbara (1992):** Hebammenhilfe heute, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/92, 265-270.
- Staschek, Barbara (1993):** Emslandprojekt - Abschlußbericht der Projektleitung zum Modellvorhaben „Verbesserung der Schwangerenvorsorge, der Betreuung von Mutter und Kind im ländlichen Raum während der Wochenbettphase und darüber hinaus bis zum Ende der Stillperiode, etwa bis zum 6. Lebensmonat“, HGH-Schriftenreihe Nr. 3, Hannover.
- Staschek, Barbara (1999):** Familienhebammenprojekt im Kinder- und Sozialhilfe-Zentrum Barmbek-Süd in Hamburg, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/99, 256f.
- Staschek, Barbara (2000):** Bundesweites Familienhebammen-Treffen in Bad Gandersheim, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/2000, 152.
- Staschek, Barbara (2001a):** Fortbildungsquellen für Hebammen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 8/2001, 6-7.
- Staschek, Barbara (2001b):** Kooperation in der Geburtshilfe, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 10/2001, 51-53.
- Staschek, Barbara, Ingrid Lohmann (1995):** Hebammenprojekt Niedersachsen, in: Bund Deutscher Hebammen, Hebamme - Aktiv für die Familie (Kongressband), Karlsruhe, 49-57.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (1991-2000):** Fachserie 12 Gesundheitswesen:  
Reihe 1: Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen,  
Reihe 5: Berufe des Gesundheitswesens,  
Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- Steffen, Gisele (1991):** Ist der routinemäßige Dammschnitt gerechtfertigt? Schöffengrund. (siehe auch Deutsche Hebammenzeitschrift 1/91, 150)
- Stenz, Gabriele, Anneliese Tometten-Iseke (2001):** Fortbildung zur Stillbeauftragten, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 10/2001, 57-58.
- Stenz, Gabriele, Angela Wurr (2002):** TQM-Beauftragte – ein Weg für Hebammen?, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/2002, 50-51.

- Stenzel, Oliver (2001):** Moderne Hebammen, traditionelle Wirklichkeiten: Probleme auf der Mikroebene, in: Christine Loytved (Hg.), Von der Wehemutter zur Hebamme – Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und ihren praktischen Nutzen, Osnabrück, 35-52.
- Steppe, Hilde (1985):** Die historische Entwicklung der Krankenpflege als Beruf, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 5/1985, 2-11.
- Steppe, Hilde (1988):** Dienen ohne Ende – Historische Entwicklung der Arbeitszeit in Deutschland, in: Pflege Band 1, Heft 1, 4-19.
- Stichweh, Rudolf (1992):** Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. Betrachtungen aus systemtheoretischer Sicht, in: Bernd Dewe et al. (Hg.), Erziehen als Profession - Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern, Opladen, 36-48.
- Stichweh, Rudolf (1997):** Professionen in einer sozial differenzierten Gesellschaft, in: Arno Combe, Andreas Helsper (Hg.), Pädagogische Professionalität - Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, Frankfurt 1997, 49-69.
- Sticker, Anna (1960):** Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege, Stuttgart.
- Sticker, Anna (1984):** Agnes Karll, Stuttgart.
- Sticker, Anna (1986):** Friederike Fliedner, Offenbach/Main.
- Stiegler, Barbara (1994):** Berufe brauchen kein Geschlecht - Zur Aufwertung sozialer Kompetenzen in Dienstleistungsberufen, Bonn (hrsg. vom Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, gebundenes Manuskript).
- Student, Ute, Johann-Christoph Student, Arbeitsgruppe an der ev. Fachhochschule Hannover (1989):** Trauer über den Tod eines Kindes - Hilfen für 'verwaiste Eltern', Hannover (Broschüre, 3. Auflage).
- Student, Ute, Johann-Christoph Student (1990):** Wider alle Natur: Der Tod im Kreißaal, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/90, 78-80.
- Stüwe, M. (2001):** Wochenbett- und Rückbildungsgymnastik, Stuttgart.
- Stussi, Elisabeth (1992):** Anforderungen an die Lehrerqualifikation in den Pflegeberufen ...unter dem Gesichtspunkt des Programms „Gesundheit für alle im Jahr 2000“, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 9/92, Beilage Berufspolitik, 10-13.
- Symon, A. (1996):** Midwives and Professional Status, in: British Journal of Midwifery, Vol 4, No 10 (zitiert nach Kethler 1998).
- Symonds, Anthea, Sheila C. Hunt (1996):** The Midwife and Society - Perspectives, Policies and Practice, Houndmills/Basingstock/Hampshire/London.
- Tesak, Jürgen (1999):** Der gegenwärtige Stand der Logopädie-Ausbildung in Deutschland, in: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (Hg.), Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz – Plädoyer für eine Hochschulausbildung, Idstein, 11-16.
- Teschner, Verena (1999):** Schwangerschaft und Geburt für Kinder – Eine kleine Unterrichtseinheit an der Schule durch die Hebamme, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 12/99, 683-686.
- Teubner, Ulrike (1992):** Geschlecht und Hierarchie, in: Angelika Wetterer (Hg.), Profession und Geschlecht - Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen, Frankfurt/New York, 45-50.
- Tew, Marjorie (1992):** Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care, London (2. Auflage).
- Tew, Marjorie (Hg.) (1993):** Der Bericht des Gesundheitsausschusses des britischen Unterhauses über die Geburtshilfe in Großbritannien, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 1/93, 14-18; 2/93, 59-62; 3/93, 102-103.
- Tew, Marjorie, Sonja M.I. Damstra-Wijmenga (1992):** Die sichersten Geburtsbegleiterinnen: neue Belege aus Holland, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 5/92, 173-183.
- Thöni, Albin (2000):** Gebären im Wasser, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 4/2000, 198-201.
- Thompson, J.E., H.E. Thompson (1993):** Ethik und Hebammentätigkeit, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 10/93, 408-414.
- Tiedemann, Kirsten (2001):** Hebammen im Dritten Reich – Über die Standesorganisation für Hebammen und ihre Berufspolitik, Frankfurt.
- Tietze, Konrad W. (1978):** Der Mutterpass - eine Dokumentation mangelnder Schwangerenvorsorge?, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 3, Das Argument - Sonderband 27, Berlin, 172-181.

- Tillmanns-Bitel, Andrea (1990/91):** Nachsorge durch die Hebamme - Anleitung zur Selbständigkeit, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 12/90, 470-473; 1/91, 2-7.
- Ulsenheimer, K. (1999):** Ist ein Eingriff ohne medizinische Indikation eine Körperverletzung? Wunschsectio – aus rechtlicher Sicht, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2000, 60, M 61-65.
- Urbschat, Iris (2001):** Die Medikalisierung schwangerer Frauen – Eine Auswertung der niedersächsischen Perinataldaten von 1992 bis 1996, in: Hebammenforum 3/2001, 155-161.
- Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) (1998):** Perspektive Gesundheit – Thesen und Vorschläge zur aktuellen Gesundheitspolitik, Frankfurt.
- Walton, Irene, Mary Hamilton (1995):** Midwives and Changing Childbirth, Ceshire.
- Wanner, Bernd (1987):** Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften, Frankfurt/Bern/New York/Paris.  
(1993 erschien die erweiterte und von Claudia Bischoff überarbeitete 2. Auflage unter dem Titel „Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern der Pflege“.)
- Webb, S. und B. (1902):** Industrial Democracy, London/New York/Bombay (2. Auflage).
- Weber, Petra, Jörn Fehr, Gerd Laga (1997):** Professionalisierung der Pflegeberufe: Einstellungen und Einschätzungen von Pflegekräften zur Situation und zukünftigen Entwicklungen im Berufsfeld, in: Jörn Fehr, Gerd Laga (Hg.), Beiträge zur Professionalisierung der Pflegeberufe, Hannover, 168-186.
- Weidner, Frank (1995a):** Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung – Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Frankfurt.
- Weidner, Frank (1995b):** Professionelle Pflegepraxis - ausgewählte Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage eines handlungsorientierten Professionalisierungsverständnisses, in: Pflege, Band 8, Heft 1, 49-58.
- Weidner, Frank (1999):** Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe? Annäherungen an einen strapazierten Begriff, in: Dorothea Sauter, Dirk Richter (Hg.), Experten für den Alltag - Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern, Bonn, 18-38.
- Weise, W. (1993):** Von der pränatalen Diagnostik zur pränatalen Medizin. Eine ethische Herausforderung, in: Die Hebamme, Jg. 6, 99-111.
- Weiß, Magdalene (1998):** Eine Standortbestimmung des BDH, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 7/98, 328-333.
- Weiß, Magdalene (2000a):** Gedanken zur Interprofessionellen Zusammenarbeit, in: Hebammen Forum 8/2000, 243.
- Weiß, Magdalene (2000b):** Schwangerenbetreuung durch Hebammen eine gesundheitsfördernde Alternative, in: Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF) (Hg.), Schwangerenvorsorge und Reproduktionsmedizin als frauengesundheitspolitische Herausforderung (Broschüre), 38-40.
- Weiß, Magdalene (2001):** Gebären mit Hebammen in Freiheit, in: Hebammenforum 7/2001, 497-501.
- Wellendorf, Elisabeth (2001):** Nichts ist wie vorher, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 8/2001, 41-43.
- Wetterer, Angelika (Hg.) (1992):** Profession und Geschlecht - Über die Marginalität von Frauen in hochqualifizierten Berufen, Frankfurt/New York.
- Wetterer, Angelika (1993):** Professionalisierung und Geschlechterhierarchie: Vom kollektiven Frauenausschluss zur Integration mit beschränkten Möglichkeiten, Kassel.
- Wetterer, Angelika (Hg.) (1995a):** Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen, Frankfurt/New York (Einleitung: 11-28).
- Wetterer, Angelika (1995b):** Dekonstruktion und Alltagshandeln - Die (möglichen) Grenzen der Vergeschlechtlichung von Berufsarbeit, in: dies. (Hg.), Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Professionalisierungsprozessen, Frankfurt/New York, 223-246.
- White, Jill (1996):** Midwifery: The Balance of Intuition and Research, in: New Zealand College of Midwives Journal 15, 10/96, 20-24.

- WHO (1996):** Care in Normal Birth: A Practical Guide, Genf.  
(auf deutsch 2001 erschienen unter dem Titel "Betreuung der normalen Geburt", hrsg. vom Bund Deutscher Hebammen, vom Österreichischen Hebammengremium und vom Schweizerischen Hebammenverband)
- WHO (1997):** Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert (Health 21), nachgedruckt 2000 in: GesundheitsAkademie e. V. (Hg.): Salutive – Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000, Frankfurt, 11-16.
- WHO (Regionalbüro für Europa), Kopenhagen:**
- 1987 a:** Wenn ein Kind unterwegs ist..., Die perinatale Versorgung im europäischen Vergleich.
  - 1987 b:** Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 - Ziele der „Gesundheit für alle“ - Implikationen für das Pflege-/Hebammenwesen, in: Krankenpflege, Beilage zum Heft 5/87, 181-196.
  - 1999:** Portfolio of Innovative Practice in Primary Health Care Nursing and Midwifery, (Broschüre EUR/00/5019309/16, 20.5.1999).
  - 2000 a:** Nurses and Midwives for Health – A WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education (Broschüre EUR/00/5019309/15, 25.1.2000).
  - 2000 b:** Nursing and Midwifery for Health 21 (Broschüre EUR/00/5019309/14, 1.3.2000).
- WHO und UNICEF(1990):** Stillen - Schutz, Förderung und Unterstützung: Die besondere Rolle des Gesundheitspersonals, deutschsprachige Ausgabe durch Aktionsgruppe Babynahrung e.V., Aachen.
- Wieggers, Therese (2001):** Das Risiko abwägen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 11/2001, 6-9.
- Wiemer, Anke (2000):** Qualitätsverfahren in der außerklinischen Geburtshilfe – QUAG e.V. stellt sich vor, in: Hebammenforum 10/2000, 408f.
- Wiemer, Anke (2001):** Aktuelles zur Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe, in: Bund Deutscher Hebammen (Hg.), Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle - Kongressband zum IX. Hebammenkongress (21.-23. Mai 2001 in Dresden), 238-244.
- Wilensky, Harold L. (1972):** Jeder Beruf eine Profession?, in: Thomas Luckmann, Walter Michael Sprondel (Hg.), Berufssoziologie, Köln, 198-215 (Originaltitel: The Professionalization of Everyone? in: American Journal of Sociology 70, 1964, 137-158).
- Wissenschaftsrat (1991):** Empfehlungen zur Entwicklung der Fachhochschulen in den 90er Jahren, Köln.
- Wissenschaftsrat (1996):** Empfehlungen zur weiteren Differenzierung des Tertiären Bereichs durch duale Fachhochschul-Studiengänge, Köln (Manuskript).
- Wissenschaftsrat (2000):** Empfehlungen zur Einführung neuer Studienstrukturen und -abschlüsse (Bakkalaureus/Bachelor – Magister/Master) in Deutschland, Berlin, Drucksache. 4418/00 vom 21.01.2000 (Manuskript).
- Wittneben, Karin (2000):** Internationale, gestufte Studienabschlüsse – auch in der Pflege!, in: Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA), Bildung und Pflege – Die europäische Dimension, Dokumentation einer Tagung vom 25.-26.05.2000 in Potsdam, Wuppertal, 75-82.
- Witz, Anne (1992):** Professions and Patriarchy, London.
- Witzel, Andreas (1985):** Das problemzentrierte Interview, in: Jüttemann, Gerd (Hg.), Qualitative Forschung in der Psychologie, Weinheim/Basel, 227-255.
- Wolf, Reni, Manfred Wolf (1995):** Zur Komplementarität der Wissenstruktur von Hebamme und Arzt - eine wissenssoziologische Analyse, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 4/95, 154-161.
- Wohlgemuth, Hans Herrmann, Konrad Sarge (1987):** BBiG Berufsbildungsgesetz - Kommentar für die Praxis, Köln.
- Wyborek, Sibylle (1992):** Ein Versuch, eine Forschungsgrundlage für Hebammen zu erarbeiten, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 12/92, 491-493.
- Zenker, Christel (1996):** Zur Verwissenschaftlichung pflegerischer Praxis, in: Helga Krüger et al. (Hg.), Innovation der Pflege durch Wissenschaft, Bremen, 33-42.
- Zimmermann, Eberhard (1993):** Präventive Gesundheitssicherung für Schwangere und Säuglinge mit medizinischen und sozialen Problemen, in: Sonderdruck aus Sozialpädiatrie in der Pädiatrie für Praxis und Klinik 15, Nr.7/1993, 434-439.

- Zoege, Monika (1993):** Hebammenprojekt Emsland: Verbesserung der Schwangerenvorsorge und der Betreuung von Mutter und Kind im ländlichen Raum während der Wochenbettphase und darüber hinaus bis zum Ende der Stillperiode, Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Materialien des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforchung Band 156, Hannover.
- Zoege, Monika (1994):** Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt: Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern, hrsg. vom Niedersächsischen Sozialministerium in der Reihe „Berichte zur Suchtkrankenhilfe“, Hannover.
- Zoege, Monika (1997):** Bestandsaufnahme der qualitativen und äußeren Rahmenbedingungen der Hebammenausbildung in Deutschland, Hannover.
- Zoege, Monika (1998):** Hebammenausbildung - Eine empirische Bestandsaufnahme der heutigen Situation des Lehrens und Lernens an deutschen Hebammenschulen, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 2/98, 54-64.
- Zoege, Monika (2000 a):** Suchthilfe für Schwangere, in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/2000, 318f.
- Zoege, Monika (2000 b):** Der gesetzliche Rahmen von Hebammentätigkeit, in: Hebammen Forum 8/2000, 260-266.
- Zoege, Monika (2002 a):** Strukturreform der Hebammenausbildung: Der Weg an die Hochschule, in: Hebammenforum 4/2002, 225-230.
- Zoege, Monika (2002 b):** Education in Germany: In what Direction should German Midwifery go?, in: International Confederation of Midwives (ICM), Proceedings of the 26<sup>th</sup> Triennial Congress, Wien (CD-ROM).
- Zoege, Monika (2002 c):** Wie muss sich die Hebammenausbildung verändern, um den heutigen Anforderungen an den Beruf gerecht zu werden?, in: Die Hebamme 3/2002, 169-174.

## Verzeichnis der Gesetze, Verordnungen und Richtlinien

**Altenpflegegesetz (AltPflG):** vom 17. November 2000 (BGBl. I, S. 1513).

Das In-Kraft-Treten des AltPflG zum 1.8.2001 wurde durch Eilentscheidung des Bundesverfassungsgerichts vorläufig gestoppt (Az.: 2 BvQ48/00); die Öffnungsklausel für Modellversuche im Bereich der Krankenpflege-Ausbildung (Art. 2 AltPflG) ist jedoch am 18. 11. 2000 in Kraft getreten.

**Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG):** vom 30.6.1993 (BGBl. I S. 1074), in der Fassung der Bekanntmachung vom 5.8.1997 (BGBl. I S. 2023), geändert durch Gesetz vom 25.8.1998 (BGBl. I S. 2505).

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV):** vom 16.10.1985 (BGBl. I 1973), geändert am 23.9.1990 (BGBl.II S. 885, 1079) und 27. 4. 1993 (BGBl.I S. 512).

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (ErgThAPrV):** vom 2.8.1999 (BGBl. I S. 1731).

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebAPrV):** vom 3.9.1981 (BGBl. I 923), in Kraft getreten am 1.1.1983; geändert am 16. 3. 1987 (BGBl.I S. 929) und 27. 4. 1993 (BGBl.I S. 512).

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Logopäden (LogAPrV):** vom 1.10.1980 (BGBl. I 1892), geändert am 6.12.1994 (BGBl.I S. 3770).

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Orthoptistinnen und Orthoptisten (OrthoptAPrV):** vom 21.3.1990 (BGBl. I 593), geändert am 23.9.1990 (BGBl II S. 885,1081) und 6.12.1994 (BGBl I S. 3770).

**Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV):** vom 6.12.1994 (BGBl. I 3786).

**Bayrisches Staatsministerien für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst:** Schulordnung für die Berufsfachschulen für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe und Hebammen (Berufsfachschulordnung Krankenpflege und Hebammen - BFSOKrHeb) vom 19.5.1988 (GVBl. S. 134), KWMBL. I Nr. 14/1988, S. 286-301.

**Bayrisches Staatsministerien für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst:** Verordnung zur Änderung der Berufsfachschulordnung Krankenpflege und Hebammen vom 30.12.1994, Bayrisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 1/1995, S. 27-29.

**Berliner Senat:** Gesetz über die Lehnanstalten für Medizinalhilfspersonen vom 14.7.1964, GVBl. S. 739; geändert durch Gesetz vom 14.12.1972, GVBl. S.2293.

**Berliner Senat:** Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über die Lehnanstalten für Medizinalhilfspersonen vom 19.7.1965, GVBl. S. 913; zuletzt geändert durch Verordnung vom 15.6.1983, GVBl. S. 919.

**Berufsbildungsförderungsgesetz (BerBiFG):** von 1981 in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Januar 1994 (BGBl. I, S.78), geändert durch Gesetz vom 26. April 1994 (BGBl. I, S. 918).

**Berufsbildungsgesetz (BBiG):** vom 14. August 1969 (BGBl. I, S. 1112), zuletzt geändert am 25. März 1998 (BGBl. I, S. 596).

**Berufsfachschulordnung Krankenpflege und Hebammen:** Amtsblatt der Bayrischen Staatsministerien für Unterricht und Kultus und Wissenschaft und Kunst, Jahrgang 1988, Nr. 14, München 30.06.1988: 291ff.

**Bundessozialhilfegesetz (BSHG):** vom 30.6.1961 (BGBl. I S. 815, ber. S. 1815), in der Fassung der Bekanntmachung vom 23.3.1994 ( BGBl. I S. 646, ber. S. 2975), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2671).

**Embryonenschutzgesetz:** Gesetz zum Schutz von Embryonen vom 13.12.1990, (BGBl. I S. 2746).

**Ergotherapeutengesetz (ErgThG) - Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten:** vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert am 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311).

**EU-Richtlinien zur Anerkennung von Hochschuldiplomen und Berufsausbildungen:**

Richtlinie 89/48/EWG des Rates vom 21.12.1988 über eine allgemeine Regelung zur Anerkennung der Hochschuldiplome, die eine mindestens dreijährige Berufsausbildung abschließen; Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 24.1.1989, Nr. L 19/16 – 19/23.

Richtlinie 92/51/EWG des Rates vom 18.6.1992 über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 24.7.1992, Nr. L 209/25 – 209/45; zuletzt geändert durch Richtlinie 2001/19/EG vom 14.5.2001 (Abl. Nr. L 206 S.1).

Richtlinie 95/43/EG der Kommission vom 20.7.1995 zur Änderung der Anhänge C und D der Richtlinie des Rates 92/51/EWG über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 3.8.1995, Nr. L 184/21 – 184/33.

Richtlinie 97/38/EG der Kommission vom 20.6.1997 zur Änderung des Anhangs C der Richtlinie des Rates 92/51/EWG über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 12.7.1997, Nr. L184/31 – 184/32.

Richtlinie 2000/5/EG der Kommission vom 25.2.2000 zur Änderung der Anhänge C und D der Richtlinie des Rates 92/51/EWG über eine zweite allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Ergänzung zur Richtlinie 89/48/EWG, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 26.2.2000, Nr. L 54/42 – 54/43.

**EU-Richtlinien Hebammen:** Richtlinien des Rates 80/154/EWG und 80/155/EWG vom 21.1.1980 (Abl. Nr. L 33 S. 1 und 8), beide zuletzt geändert durch Richtlinie 2001/19/EG vom 14.5.2001 (Abl. Nr. L 206 S. 1); Beschluss des Rates 80/156/EWG vom 21.1.1980 (Abl. Nr. L 33 S. 13).

**EU-Richtlinien Krankenpflege:** Richtlinie des Rates 77/452/EWG vom 27.6.1977 (Abl. Nr. L 176 S. 1), ergänzt durch Richtlinie des Rates 81/1057/EWG vom 14.12.1981; Richtlinie des Rates 77/453/EWG vom 27.6.1977 (Abl. Nr. L 176 S. 8); beide zuletzt geändert durch Richtlinie 2001/19/EG vom 14.5.2001 (Abl. Nr. L 206 S. 1); Beschluss des Rates 77/454/EWG vom 27.6.1977 (Abl. Nr. L 176 S. 11).

**Simplification-Directive 2001:** Richtlinie IP/01/253/EU vom 26.02.2001 zur Änderung der Richtlinien 89/48/EWG und 92/51/EWG des Rates über eine allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise und der Richtlinien 77/452/EWG, 77/453/EWG, 78/686/EWG, 78/687/EWG, 78/1026/EWG, 78/1027/EWG, 80/154/EWG, 80/155/EWG, 85/384/EWG, 85/432/EWG, 85/433/EWG und 93/16/EWG des Rates über die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, des Zahnarztes, des Tierarztes, der Hebamme, des Architekten, des Apothekers und des Arztes.  
([http://europa.eu.int/comm/internal\\_market/qualifications/...](http://europa.eu.int/comm/internal_market/qualifications/))

**Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland:** Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.5.1949 (BGBl I S.1), zuletzt geändert am 16.7.1998 (BGBl. I S. 1822); Textausgabe des Beck-Verlags im dtv, München 1998 (35. Auflage).

**Hebammengesetz vom 21.12.1938:** Reichsgesetzblatt I S. 1893, zuletzt geändert durch Artikel 55 des Gesetzes vom 2.3.1974 (BGBl. I S. 469).

**Hebammengesetz (HebG) - Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers:** vom 4. 6. 1985 (BGBl.I S.902);  
zuletzt geändert durch Art. 4 des G vom 4.12.2001 (BGBl.I S.3320).

**Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV):** vom 27.12.1960 (BGBl. III 2124-2-2),  
11. Änderungsverordnung vom 24.5.1984, BGBl. I S. 729).

**Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV):** vom 28.10.1986 (BGBl. I S. 1662);  
Erste Verordnung zur Änderung der HebGV vom 6.7.1990 (BGBl. I S. 1395);  
Zweite Verordnung zur Änderung der HebGV vom 27.7.1994 (BGBl. I S. 1985);  
Dritte Verordnung zur Änderung der HebGV vom 7.10.1997 (BGBl. I S. 2397).

## Hebammen-Landesgesetze und Berufsordnungen

Bei den folgenden Gesetzen und Berufsordnungen der einzelnen Bundesländer ist jeweils an erster Stelle das entsprechende Gesetzes- und Verordnungsblatt angegeben. Die Angaben in Klammern und Kursiv-Schrift verweisen auf zusätzliche Veröffentlichungen des Gesetzes- oder Verordnungstextes. (Stand dieser Zusammenstellung: März 2002)

### Baden-Württemberg

**Hebammengesetz:** (Art. 24 des 3. Rechtsbereinigungsgesetzes vom 18.12.1995, Gbl. S. 29: kein Hebammengesetz im engeren Sinne, sondern nur die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen für Hebammen im Rahmen eines anderen Gesetzes).

**Berufsordnung:** Verordnung des Sozialministeriums über Berufspflichten der Hebammen und der Entbindungspfleger (Hebammenberufsordnung - HebBO) vom 25.11.1992, GVBl. S.774 (*in: Horschitz/Kurtenbach 1994: 180ff*).

### Bayern

**Hebammengesetz:** Gesetz zur Ausführung des Krankenpflegerechts und des Hebammenrechts vom 16.7.1986, GVBl. S. 133, Bayrische Rechtssammlung 2124-2-I.

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) vom 19.5.1988, zuletzt geändert durch Verordnung vom 12.4.1999, GVBl. S. 148 (*in: Erdle 37. EL, März 2002, Nr. 20.3.2*).

### Berlin

**Hebammengesetz:** Gesetz über die Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspfleger vom 22.9.1988, GVBl. S.1901, geändert durch § 11 des Gesetzes vom 15.10.2001, GVBl. S. 540.

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) vom 26.11.1989, GVBl. für Berlin, S. 2102. (*in: Horschitz/Kurtenbach 1994: 187ff und Erdle 37. EL, März 2002, Nr. 20.3.3*)

### Brandenburg

**Hebammengesetz:** Gesetz über die Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspfleger vom 19.10.1993, GVBl. I S. 460. (*in: Horschitz/Kurtenbach 1994: 190f*)

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger im Land Brandenburg (HebBOBbg) vom 8.11.1995, GVBl. II S. 702 (*in: DHZ 2/96: 75ff*).

### Bremen

**Hebammengesetz:** Gesetz zur Ausführung des Hebammenrechts vom 26.9.1989, Brem.GBl. S. 356.

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger vom 30.1.1990, GBl. der Freien Hansestadt Bremen S. 67 (berichtigt am 6.6.1990, Gbl. S. 142) (*in: Horschitz/Kurtenbach 1994: 192ff*).

### Hamburg

**Hebammengesetz:** Hamburgisches Hebammengesetz vom 13.9.1990, HmbGVBl. S.202, geändert durch Art. 19 des Gesetzes vom 18.7.2001, HmbGVBl. S. 251.

**Berufsordnung:** Berufsordnung für die hamburgischen Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammen-Berufsordnung) vom 7.4.1992, Hamburger GVBl. S.75. (*in: Horschitz/Kurtenbach 1994: 197ff und Erdle 37. EL, März 2002, Nr. 20.3.5*)

### Hessen

**Hebammengesetz:** Gesetz zur Ausführung des Hebammen- und Entbindungspflegerrechts vom 18.12.1990, GVBl. I S. 724.

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) vom 27.3.1991, GVBl. für das Land Hessen, S.146. (*in: Horschitz/Kurtenbach 1994: 202ff*)



Mecklenburg-Vorpommern

**Hebammengesetz:** Gesetz zur Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspflegers (Landeshebammengesetz - LHebG) vom 23.10.1992, GVOBl. M-V S. 658, GS 2124-1.

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) vom 14.12.1992, GVOBl.M-V 1993, S.15 (*in: Horschitz/Kurtenbach 1994: 206ff*); geändert durch Verordnung vom 18.7.2000 (GVBl. M-V S. 362).

Niedersachsen

*(kein Hebammengesetz; Berufsordnung nur Runderlass des Sozialministeriums, keine Rechtsverordnung; Hebammengesetz und neue Berufsordnung sind geplant)*

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, RdErl. des MS vom 16.2.1995, Nds.MBl. Nr. 13/95, S. 467 (*in: DHZ 6/95: 283ff*).

Nordrhein-Westfalen

**Hebammengesetz:** --- (*Gesetzgebungsverfahren läuft*)

**Berufsordnung:** --- (*Gesetzgebungsverfahren läuft*)

Rheinland-Pfalz

**Hebammengesetz:** Landeshebammengesetz vom 12.10.1995, GVBl. S. 419.

**Berufsordnung:** Landesverordnung über die Berufspflichten und die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammenberufsordnung) vom 14.3.1995, GVBl. S. 71 (*in: DHZ 6/95: 296f*).

Saarland

**Hebammengesetz:** Gesetz Nr. 1419 über die Weiterbildung in den Gesundheits- und Altenpflegeberufen und die Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspflegers (WuHG) vom 25.11.1998, Amtsblatt des Saarlandes vom 4.2.1999, S. 142 (*in: DHZ 1/2000: 35ff*).

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBVO) vom 7.11.2000 (Abl. S. 2136) (*in: Hebammenforum 3/2001: 201-203*).

Sachsen

**Hebammengesetz:** Gesetz zur Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspflegers (SächsHebG) vom 9.7.1997, GVBl. S.478 (*in: DHZ 11/97: 574f*).

**Berufsordnung:** ---

Sachsen-Anhalt

**Hebammengesetz:** --- (*ist angestrebt*)

**Berufsordnung:** --- (*ist angestrebt*)

Schleswig-Holstein

**Hebammengesetz:** Gesetz zur Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspflegers (Landeshebammengesetz - LHebG) vom 5.3.1991 (GVOBl. Schl.-H. S. 129, GS Schl.-H. II, 2124-3). (*in: Horschitz/Kurtenbach 1994: 209ff*)

**Berufsordnung:** Hebammenberufsverordnung (HebBVO) vom 24.2.1997, GVOBl. Schl.-H. S.141 (*in: DHZ 8/97: 414f*); geändert durch Verordnung vom 9.12.1997 (GVBl. Schl.-H. S. 507).

Thüringen

**Hebammengesetz:** Hebammengesetz vom 29.09.1998 (GVBl. S. 286).

**Berufsordnung:** Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger vom 24.11.1998, GVBl. S. 417. (*in: DHZ 12/99: 730ff*)

**Hochschulrahmengesetz (HRG):** vom 16.1.1976 (BGBl. I S. 185), in der Fassung der Bekanntmachung vom 9.4.1987 (BGBl. I S. 1170), zuletzt geändert am 20.8.1998 (BGBl. I S. 2190).

**Kinder-Richtlinien:** Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres in der Fassung vom 26.4.1976 (Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214), zuletzt geändert am 26.6.1998 (Bundesanzeiger Nr. 159).

**Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze:** vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626).

**Krankenpflegegesetz (KrPflG) – Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege:** vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893), zuletzt geändert durch Art. 2 des Altenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I S. 1513).

**Logopädengesetz (LogG) – Gesetz über den Beruf des Logopäden:** vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), zuletzt geändert durch Art. 3 des Heilberufsänderungsgesetzes vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 446).

**Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) – Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie:** vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), geändert am 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390).

**Mutterschafts-Richtlinien:** Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung vom 1.1.1966, in der Fassung vom 10.12.1985 (Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27.3.1986), zuletzt geändert am 24.4.1998 (Bundesanzeiger Nr. 136 vom 25.7.1998).

**Niedersächsische Landesregierung (Kultusministerium):** Mindestanforderungen für nichtärztliche Heilberufe, Nds.MBL Nr. 7/1990, S. 186f.

**Niedersächsische Landesregierung (Kultusministerium):** Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Ersten Staatsprüfungen für Lehrämter im Lande Niedersachsen vom 19.5.1995, Nds. GVBl. Nr. 11/1995 vom 9.6.1995, S. 128-130.

**Niedersächsisches Schulgesetz (NSchG):** in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. März 1998 (Nds. GVBl. S. 137).

**Orthoptistengesetz (OrthoptG) – Gesetz über den Beruf der Orthoptistin und des Orthoptisten:** vom 28. November 1989 (BGBl. I S. 2061), zuletzt geändert am 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390).

**Reichsversicherungsordnung (RVO):** vom 19. 7.1911, in der Fassung der Bekanntmachung vom 15.12.1924 (RGBl. I S.779 bzw. BGBl. III/FNA 820-1); zuletzt geändert am 25.8.1998 (BGBl. I S.2489/2500) und am 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626).

**Sozialgesetzbuch V (SGB V), Gesetzliche Krankenversicherung:** Textausgabe des Beck-Verlags im dtv, München 2000 (9. Auflage).

## Anhang

	Seite
Verzeichnis der Hebammenschulen 1996 und 2002 .....	219
EU-Richtlinien für Hebammen .....	223
Hebammengesetz.....	235
Hebammenhilfe-Gebührenverordnung .....	247
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen .....	257
Ausschnitt aus dem Bayrischen Lehrplan für Hebammenschulen .....	268
Beurteilungsbögen für die praktische Prüfung, zwei Beispiele.....	273
Erhebungsinstrumente.....	291
Tabellen: Schulbefragung 1996.....	313
Tabellen: Fortbildungsmarkt für Hebammen (1988-98) .....	327



## Verzeichnis der Hebammenschulen

in der Bundesrepublik Deutschland, Stand Februar 2002

(Quelle: BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen, Februar 1996 und Februar 2002)

Stadt	Adresse	Ausbildungsplätze 1996	Ausbildungsplätze 2002
<b>Aachen</b>	Hebammenschule Luisenhospital, Boxgraben 99, 52064 Aachen, Tel. (0241) 414 23 70	30 in 2 Kursen	30 in 2 Kursen
<b>Ahlen</b>	Hebammenschule am St. Franziskus-Hospital, Robert-Koch-Strasse 41, 59227 Ahlen, Tel. (02382) 85 87 48	32 in 2 Kursen	32 in 2 Kursen
<b>Aschaffenburg</b>	Berufsfachschule für Hebammen, Am Hasenkopf 1, 63739 Aschaffenburg, Tel. (06021) 32-22 30/22 31	16 in je 1 Kurs	16 in je 1 Kurs
<b>Augsburg</b>	Berufsfachschule für Hebammen und Entbindungspfleger des Krankenhauszweckverbandes Augsburg, Stenglinstrasse 2, 86156 Augsburg	(gegründet nach 1996)	48 in 3 Kursen
<b>Bamberg</b>	Berufsfachschule für Hebammen am Klinikum Bamberg, Buger Str.80, 96049 Bamberg, Tel. (0951) 503-1601 oder -1640	18 in 1 Kurs	16 in einem Kurs
<b>Bensberg</b>	Hebammenschule am Vinzenz Pallotti Hospital, 51429 Bergisch Gladbach, Tel. (02204) 41-537/538	30 in 3 Kursen	30 in 2 Kursen
<b>Berlin</b>	Schulzentrum für Medizinalfachberufe, Schule für Hebammenwesen an der Charite (med. Fakultät der Humboldt-Universität), Schumannstrasse 20/21, 10117 Berlin, Tel. (030) 2802 3034/3850	40 in 2 Kursen	20
<b>Berlin</b>	Hebammenschule am Krankenhaus Neukölln, Mariendorfer Weg 28, 12051 Berlin, Tel. (030) 6004-8161/8142	60 in 3 Lehrgängen	60 in 3 Lehrgängen
<b>Bochum</b>	Hebammenschule am St. Elisabeth-Hospital GmbH, Günnigfelder Strasse 176, 44793 Bochum, Tel. (0234) 52 40 80	60 in 3 Kursen	60 in 3 Kursen
<b>Bonn</b>	Hebammenschule an der Universitätsfrauenklinik, Sigmund-Freud-Strasse 25, 53105 Bonn, Tel. (0228) 287-5448	30 in 2 Kursen	30 in 2 Kursen
<b>Braunschweig</b>	Hebammenlehranstalt am Städt. Klinikum, Celler Strasse 38/40, 38114 Braunschweig, Tel. (0531) 595-3336	24 in 2 Kursen	24 in 2 Kursen
<b>Bremerhaven</b>	Staatl. anerkannte Schule für Hebammen und Entbindungspfleger des Zentralkrankenhauses Reinkenheide in Kooperation mit der Angestelltenkammer Bremen, Hafenstrasse 126/128, 27576 Bremerhaven, Tel. (0471) 595 46	keine Angabe	16 in 1 Kurs
<b>Celle</b>	Hebammenschule am Allgemeinen Krankenhaus Celle, Siemensplatz 4, 29223 Celle, Tel. (05141) 72 24 10	keine Angabe	keine Angabe
<b>Chemnitz</b>	Medizinische Berufsfachschule der Klinikum Chemnitz GmbH, Berganger 11, 09116 Chemnitz, Tel. (0371) 339 10 77 oder 33 32 21 53	keine Angabe	keine Angabe

Stadt	Adresse	Ausbildungs- plätze 1996	Ausbildungs- plätze 2002
<b>Dresden</b>	Medizinische Berufsfachschule am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Fetscherstrasse 74, 01307 Dresden, Tel. (0351) 458 24 23 (Sekretariat), Tel. (0351) 458 35 88 (Fachrichtg. Heb.)	keine Angabe	keine Angabe
<b>Duisburg</b>	Hebammenschule der Ev. Krankenhaus Bethesda zu Duisburg GmbH, Heerstrasse 219, 47053 Duisburg, Tel. (0203) 60 08-1806/1807	50 in 3 Kursen	50 in 3 Kursen
<b>Erfurt</b>	Staatl. Berufsbildende Schule 6 für Gesundheit u. Soziales, Leipziger Strasse 15, 99085 Erfurt, Tel. (0361) 67 92-0	20 in 1 Kurs	ca. 25 in 1 Kurs
<b>Erlangen</b>	Staatl. Berufsfachschule für Hebammen an der Universität Erlangen-Nürnberg, Östliche Stadtmauer 10, 91054 Erlangen, Tel. (09131) 853-3529 oder 853-3530	60 in 3 Kursen	60 in 3 Kursen
<b>Freiburg</b>	Hebammenschule an der Universitäts-Frauenklinik, Fehrenbachallee 8, 79106 Freiburg, Tel. (0761) 270-6425	45 in 3 Kursen	36 in 3 Kursen
<b>Gießen</b>	Hebammenschule am Universitätsklinikum, Klinikstrasse 32, 35392 Gießen, Tel. (0641) 99-45187, -45188, -45190	50 in 2 Kursen	50 in 2 Kursen
<b>Göttingen</b>	Hebammenschule der Georg-August-Universität, Humboldtallee 11, 37073 Göttingen, Tel. (0551) 39 61 40	36 in 3 Kursen	26 in 2 Kursen
<b>Halle</b>	Martin-Luther-Universität, Medizinische Fakultät, Medizinische Berufsfachschule, Hebammenschule, Voßstrasse 1, 06097 Halle, Tel. (0345) 557 2016	durchschnittlich 30	durchschnittlich 30
<b>Hamburg</b>	Bildungszentrum für Gesundheitsberufe (BZG), Hebammenschule Hamburg, Eiffestr. 585, 20537 Hamburg, Tel. 040/28 41 40 24	60 in 3 Kursen	60 in 3 Kursen
<b>Hameln</b>	Hebammenschule des Landkreises Hameln-Pyrmont, Wilhelmstraße 3, 31785 Hameln, Tel. (05151) 97-1214/1332/1334	24 in 2 Kursen	24 in 2 Kursen
<b>Hannover</b>	Hebammenschule der Landeshauptstadt Hannover, Herrenhäuser Kirchweg 5, 30167 Hannover, Tel. (0511) 970-3267/3269/3237	45 in 3 Kursen	30 in 2 Kursen
<b>Heidelberg</b>	Hebammenschule der Ruprecht Karls Universität Heidelberg, Voßstrasse 9, 69115 Heidelberg, Tel. (06221) 56-7866 u. -7867	45 in 3 Kursen	45 in 3 Kursen
<b>Hildesheim</b>	Hebammenschule am St. Bernward-Krankenhaus, Treibestrasse 9, 31134 Hildesheim, Tel. (05121) 90-1532 u. -15 29	30 in 2 Kursen	15 in 1 Kurs
<b>Homburg</b>	Universitätskliniken des Saarlandes, Hebammenlehranstalt an der Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik Homburg, Warburgring 78, Gebäude 28, 66421 Homburg, Tel. (06841) 16-3710	41 in 2 Kursen	41 in 2 Kursen
<b>Ingolstadt</b>	Medizinisches Schulzentrum Ingolstadt, Berufsfachschule für Hebammen des Krankenhauszweckverbandes Ingolstadt, Krumenauerstrasse 23, 85049 Ingolstadt, Tel. (0841) 880-1704	keine Angabe	keine Angabe

<b>Stadt</b>	<b>Adresse</b>	<b>Ausbildungs- plätze 1996</b>	<b>Ausbildungs- plätze 2002</b>
<b>Jena</b>	Staatl. berufsbildende Schule für Gesundheit/Soziales, Leo-Sachs-Strasse 13, 07749 Jena, Tel. (03641) 13311-85 u.-88, Internet: www.mefa.uni-jena.de, E-mail: mefa-jena@t-online.de	18 in 2 Kursen	18 in 2 Kursen
<b>Karlsruhe</b>	Hebammenschule Karlsruhe, Moltkestrasse 90, 76185 Karlsruhe, Tel. (0721) 974 75 25	39 in 3 Kursen	39 in 3 Kursen
<b>Kassel</b>	Hebammenschule am Klinikum Kassel, Mönchebergstrasse 41/43, 34125 Kassel, Tel. (0561) 980 -23 87 u. -23 81	18 in 1 Kurs	20 in 1 Kurs
<b>Kiel</b>	Michaelis Hebammenschule und Frauenklinik an der CAU Kiel, Michaelisstrasse 16, 24105 Kiel, Tel. (0431) 597-2026	60 in 3 Kursen	45 in 3 Kursen
<b>Koblenz</b>	Hebammenschule am Städt. Klinikum Kemperhof, Koblenzer Straße 161, 56065 Koblenz, Tel. (0261) 49928-18 u.-19	45, maximal 15 je Kurs	45, maximal 12 je Kurs
<b>Lahr</b>	Hebammenschule, Kaiserstrasse 110, 77933 Lahr, Tel. (07821) 912926	20 in 1 Kurs	20 in 1 Kurs
<b>Leipzig</b>	Medizinische Berufsfachschule am Universitätsklinikum AöR, Richterstrasse 9-11, 04105 Leipzig, Tel. (0341) 972 51 23	51 in 3 Kursen	55 in 3 Kursen
<b>Magdeburg</b>	Berufsfachschule der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität, Leipziger Strasse 44, Haus 38, 39120 Magdeburg, Tel. (0391) 671 42 72; Internet: www.uni-magdeburg.de	keine Angabe	20 in 1 Kurs
<b>Mainz</b>	Hebammenschule des Klinikums der Johannes-Gutenberg-Universität, Langenbeckstrasse 1, 55131 Mainz, Tel. (06131) 1739-02 (Sekr.), -01, -03, -04	45 in 3 Kursen	45 in 3 Kursen
<b>Marburg</b>	Hebammenlehranstalt am Medizinischen Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum der Philipps-Universität, 35033 Marburg, Tel. (06421) 2844-57 u.-09	60 in 3 Kursen	60 in 3 Kursen
<b>Minden</b>	Frauenklinik/Hebammenschule am Klinikum Minden, Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Portastrasse 7-9, 32423 Minden, Tel. (0571) 801-4123 oder -4124	20 in 1 Kurs	20 pro Kurs
<b>München</b>	Staatl. Berufsfachschule für Hebammen an der Universität, Maistrasse 11, 80337 München, Tel. (089) 51 60-4261	60 in 3 Kursen	60 in 3 Kursen
<b>Münster</b>	Staatl. Hebammenschule in der Universitäts-Frauenklinik, Domagkstrasse 11, 48149 Münster, Tel. (0251) 835 61 12	30 in 2 Kursen	30 in 2 Kursen
<b>Oldenburg</b>	Hebammenschule, Städtische Kliniken, Dr.-Eden-Strasse 10, 26133 Oldenburg, Tel. (0441) 403-2290	15 in 1 Kurs	15 in 1 Kurs
<b>Osnabrück</b>	Hebammenschule Klinikum Osnabrück GmbH, Sedanstrasse 115, 49090 Osnabrück, Tel. (0541) 405-3801	30 in 2 Kursen	30 in 2 Kursen
<b>Paderborn</b>	Hebammenschule St. Vincenz-Krankenhaus GmbH, Abt. Frauenklinik, Husener Strasse 81, 33098 Paderborn, Tel. (05251) 86/4441	75 in 3 Kursen	75 in 3 Kursen
<b>Rostock</b>	Berufliche Schule "Alexander Schmorell" am Klinikum Südstadt und der Hansestadt Rostock, Schleswiger Strasse 5, 18109 Rostock, Tel. (0381) 77 85 73	keine Angabe	keine Angabe

<b>Stadt</b>	<b>Adresse</b>	<b>Ausbildungs- plätze 1996</b>	<b>Ausbildungs- plätze 2002</b>
<b>Rotenburg</b>	Schulzentrum Diakonissenhaus, Anpassungslehrgänge für Hebammen aus Osteuropa (einjährig), Elise-Averdieck-Strasse 17, 27356 Rotenburg, Tel. (04261) 77 22 51	20 in 1 Kurs	20 in 1 Kurs
<b>Saarbrücken</b>	Hebammenschule der Caritasklinik St. Theresia, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes, Rheinstrasse 2, 66113 Saarbrücken, Tel. Schulbüro (0681) 406-2954, Sekr.: (0681) 406-1374	18	18
<b>Speyer</b>	Hebammenschule der Ev. Diakonissenanstalt, Hilgardstrasse 26, 67346 Speyer, Tel. (06232) 22-1440	45 in 3 Kursen	45 in 3 Kursen
<b>Stuttgart</b>	Hebammenschule an der Städt. Frauenklinik Berg, Obere Strasse 2, 70190 Stuttgart, Tel. (0711) 2632-0	54 in 3 Kursen	54 in 3 Kursen
<b>Thuine</b>	Hebammenschule St. Walburga im Landkreis Emsland, Klosterstrasse 4, 49832 Thuine, Tel. (05902) 951-508 u.-179	keine Angabe	15 je Kurs
<b>Tübingen</b>	Staatl. Hebammenschule der Universitäts-Frauenklinik, Schleichstrasse 4, 72076 Tübingen, Tel. (07071) 29-8 22 29	75 in 4 Kursen	75 in 4 Kursen
<b>Ulm</b>	Universitätsklinikum Ulm, Akademie für medizinische Berufe, Fachrichtung Hebammen, Frauensteige 14 a, 89075 Ulm, Tel. (0731) 50-27689/27688	36 in 3 Kursen	42 in 3 Kursen
<b>Villingen-Schwenningen</b>	Hebammenschule im Klinikum, Vöhrenbacher-Strasse 23, 78050 Villingen-Schwenningen, Tel. (07721) 93 17-60/61/62/63	45 in 3 Kursen	45 in 3 Kursen
<b>Wiesbaden</b>	Hebammenschule an der Frauenklinik der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Strasse 100, 65199 Wiesbaden, Tel. (0611) 43-2839 oder -2838	30 in 2 Kursen	15 in 1 Kurs
<b>Wilhelmshaven</b>	Hebammenschule des IFBE am Reinhard-Nieter-Krankenhaus, Friedrich-Paffrath-Strasse 100, 26389 Wilhelmshaven, Tel. (04421) 8920 66	30 in 2 Kursen	30 in 2 Kursen
<b>Würzburg</b>	Staatl. Berufsfachschule für Hebammen an der Universität, Josef-Schneider-Strasse 4, 97080 Würzburg, Tel. (0931) 201 36 64	45 in 3 Kursen	48 in 3 Kursen
<b>Wuppertal</b>	Hebammenschule, Kliniken St. Antonius GmbH, Vogelsangstrasse 106, 42109 Wuppertal, Tel. (0202) 299-3750/3760/3761, Sekr. (0202) 299-3751	90 in 3 Kursen	90 in 3 in Kursen



## **EU-Richtlinien für Hebammen:**

**Richtlinie des Rates 80/154/EWG und 80/155/EWG vom 21.1.1980**  
(Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 33/1, S. 1 und S. 8)

in: Horschitz, Harald; Hermann Kurtenbach: Hebammengesetz mit den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen mit Erläuterungen, Hannover 1994 (2. Auflage), S. 84-100.



## C: Richtlinien der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft

### C 1: Richtlinie des Rates vom 21. Januar 1980

Über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise für Hebammen und über Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr (80/154/EWG) (Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 33/1 vom 11.2.1980) zuletzt geändert durch die Richtlinie 89/594/EWG des Rates vom 30.10.1989 (ABL. EG Nr. L 341 S. 19) sowie durch Richtlinie (über die aufgrund der Herstellung der deutschen Einheit vorzunehmenden Anpassungen bestimmter Richtlinien über die Anerkennung der beruflichen Qualifikation), 90/658/EWG vom 4.12.1990 (ABL. EG Nr. 253/73 vom 17.12.1990)

#### DER RAT DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN –

gestützt auf den Vertrag zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, insbesondere auf die Artikel 49, 57 und 66,

auf Vorschlag der Kommission,

nach Stellungnahme des Europäischen Parlaments,

nach Stellungnahme des Wirtschafts- und Sozialausschusses, in Erwägung nachstehender Gründe:

Aufgrund des Vertrages ist seit Ablauf der Übergangszeit jeder auf der Staatsangehörigkeit beruhende unterschiedliche Behandlung bei der Niederlassung und im Dienstleistungsverkehr untersagt. Der Grundsatz der auf diese Weise erzielten Inländergleichbehandlung gilt insbesondere für die Erteilung einer gegebenenfalls erforderlichen Genehmigung für die Aufnahme der Tätigkeiten der Hebamme sowie für die Eintragung oder Mitgliedschaft bei Berufsverbänden oder -körperschaften.

Es erscheint jedoch angebracht, Bestimmungen vorzusehen, um den Hebammen die tatsächliche Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr zu erleichtern.

Aufgrund des Vertrages sind die Mitgliedstaaten gehalten, keine Beihilfe zu gewähren, die die Niederlassungsbedingungen verfälschen könnte.

Artikel 57 Absatz 1 des Vertrages sieht vor, daß Richtlinien für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise erlassen werden.

Es erscheint zweckmäßig, gleichzeitig mit der gegenseitigen Anerkennung der Diplome eine Koordinierung der Ausbildungsbedingungen für Hebammen vorzusehen. Diese Koordinierung ist Gegenstand der Richtlinie 80/155/EWG.

In den Mitgliedstaaten ist für die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten der Hebammen der Besitz eines Hebammendiploms gesetzlich vorgeschrieben.

Da eine Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung der Diplome nicht unbedingt die sachliche Gleichwertigkeit der Ausbildungsgänge, die zu einem solchen Diplom füh-

ren, zur Folge hat, empfiehlt es sich, die Führung der dem jeweiligen Ausbildungsnachweis entsprechenden Ausbildungsbezeichnung nur in der Sprache des Heimat- oder Herkunftsstaates zuzulassen.

Zur Erleichterung der Anwendung dieser Richtlinie durch die nationalen Verwaltungen können die Mitgliedstaaten vorschreiben, daß die Begünstigten, die die Ausbildungsbedingungen der Richtlinie erfüllen, zusammen mit ihrem Ausbildungsnachweis eine Bescheinigung der zuständigen Behörden des Heimat- oder Herkunftsstaates darübert vorliegen, daß es sich bei diesem Nachweis um den in der Richtlinie genannten handelt. Im Falle einer Dienstleistung würde das Erfordernis der Eintragung oder Mitgliedschaft bei Berufsverbänden oder -körperschaften, die an sich mit der festen und dauerhaften Tätigkeit im Aufnahmestaat verbunden ist, zweifelslos eine Behinderung für den Dienstleistungserbringer darstellen, der seine Tätigkeit nur vorübergehend ausübt. Auf dieses Erfordernis ist daher zu verzichten. Allerdings sollte in diesem Fall die Einhaltung der Berufsordnung, über die diese Berufsverbände oder -körperschaften zu wachen haben, sichergestellt werden. Zu diesem Zweck ist vorbehaltlich der Anwendung von Artikel 62 des Vertrages vorzusehen, daß von dem Begünstigten eine Anzeige bei der zuständigen Behörde des Aufnahmestaats über die Dienstleistung verlangt werden kann.

Es ist zu unterscheiden zwischen den Bedingungen der persönlichen Zuverlässigkeit, die für eine erste Aufnahme des Berufs, und denjenigen, die für seine Ausübung zu fordern sind.

Was die Tätigkeiten der Hebamme als Angestellte betrifft, so enthält die Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 des Rates vom 16. Oktober 1968 über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft für die von ihr erfaßten Berufe keine spezifischen Bestimmungen in Bezug auf die persönliche Zuverlässigkeit, die Berufsordnung und das Führen des Titels. Je nach Mitgliedstaat gelten die betreffenden Regelungen für angestellte wie für freiberuflich tätige Berufsangehörige oder können auf sie angewandt werden. Für die Tätigkeiten der Hebamme ist in allen Mitgliedstaaten der Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises für Hebammen erforderlich. Diese Tätigkeiten werden sowohl von freiberuflich tätigen Hebammen als auch von Hebammen im Angestelltenverhältnis oder auch von denselben Personen im Verlauf ihrer beruflichen Laufbahn abwechselnd in der einen oder der anderen dieser beruflichen Stellungen ausgeübt. Um die Freizügigkeit dieser Berufstätigen in der Gemeinschaft zu fördern, erscheint es daher notwendig, die Anwendung dieser Richtlinie auf Hebammen im Angestelltenverhältnis auszudehnen:

HAT FOLGENDE RICHTLINIEN ERLASSEN

## Kapitel I Anwendungsbereich

### Artikel 1<sup>1)</sup>

Diese Richtlinie gilt für die von den einzelnen Mitgliedstaaten – unbeschadet des Artikels 4 der Richtlinie 80/155/EWG – definierten und unter folgenden Berufsbezeichnungen ausgeübten Tätigkeiten der Hebamme:

<sup>1)</sup> Erweitert durch den EWR-Vertrag (vgl. Anlage zum HebG)

- oder nach deren Abschluß eine Berufserfahrung erworben wird, über die die in Artikel 4 dieser Richtlinie genannte Bescheinigung ausgestellt wird;
- eine Ausbildung als Hebamme von mindestens 2 Jahren oder 3600 Stunden auf Vollzeitbasis, die den Besitz eines der in Artikel 3 der Richtlinie 77/452/EWG genannten Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstigen Befähigungsnachweise der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, voraussetzt;
- eine Ausbildung als Hebamme von mindestens 18 Monaten oder 3000 Stunden auf Vollzeitbasis, die den Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises einer Krankenschwester oder eines Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, gemäß Artikel 3 der Richtlinie 77/452/EWG voraussetzt und nach deren Abschluß eine Berufserfahrung erworben wird, über die die in Artikel 4 dieser Richtlinie genannte Bescheinigung ausgestellt wird.

(2) Jeder Mitgliedstaat verleiht in seinem Hoheitsgebiet den Diplomaten, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen, die er anerkennt, in Bezug auf die Aufnahme und Ausübung der selbständigen Tätigkeit der Hebammen die gleiche Wirkung wie den von ihm ausgestellten Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen.

#### Artikel 3<sup>1)</sup>

Als Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise im Sinne von Artikel 2 gelten:

- a) in der Bundesrepublik Deutschland: das Zeugnis über die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger, ausgestellt durch den staatlichen Prüfungsausschuß;
- b) in Belgien: das von staatlichen oder staatlich anerkannten Schulen oder der Jury Central verleihte Diplome „accoucheuse“/„vroedvrouwdiploma“;
- c) in Dänemark: der von der „Danemarks jordemodertskole“ ausgestellte „bevis for bestaet jordemoderksamen“;
- d) in Frankreich: das vom Staat verleihte „diplôme de sage-femme“;
- e) in Irland: das vom „An Bord Altranais“ verleihte „certificate in Midwifery“;
- f) in Italien: das von staatlich anerkannten Schulen ausgestellte „diploma d'ostetrica“;
- g) in Luxemburg: das vom Minister für Gesundheitswesen aufgrund des Beschlusses des Prüfungsausschusses ausgestellte „diplôme de sage-femme“;

<sup>1)</sup> Erweitert und geändert durch den EWR-Vertrag (vgl. Anlage zum HebG)

in der Bundesrepublik Deutschland: „Hebamme“ oder „Entbindungspfleger“;

in Belgien: „accoucheuse“/„vroedvrouw“;

in Dänemark: „jordemoder“;

in Frankreich: „sage-femme“;

in Irland: „midwife“;

in Italien: „ostetrica“;

in Luxemburg: „Sage-femme“;

in den Niederlanden: „verloskundige“;

im Vereinigten Königreich: „Midwife“;

in Griechenland: „Maia“ oder „Ματρυμιά“;

in Spanien<sup>2)</sup>: „Matrona“, oder „asistente obstétrica (matrona)“ oder „enfermera obstétrica-ginecológica“;

in Portugal<sup>2)</sup>: „enfermeiro espeialista enfermagem de saúde materna e obstétrica“;

## Kapitel II Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise für Hebammen

### Artikel 2

(1) Jeder Mitgliedstaat erkennt die in nachstehendem Artikel 3 aufgeführten Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise an, die den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten von den anderen Mitgliedstaaten ausgestellt wurden, mit Artikel 1 Absätze 1, 3 und 4 der Richtlinie 80/155/EWG übereinstimmen und die eine oder andere der folgenden Bedingungen erfüllen:

- eine Ausbildung als Hebamme von mindestens 3 Jahren auf Vollzeitbasis,
- die entweder den Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises voraussetzen, die zum Besuch von Universitäten oder Hochschulen berechtigen oder, in Ermangelung dessen, einen gleichwertigen Kenntnisstand garantieren,

<sup>2)</sup> durch Beitrittsvertrag in Kraft seit 1. 1. 1986

während der dem Ausstellungsdatum der Bescheinigung vorausgehenden fünf Jahre mindestens drei Jahre lang tatsächlich und gesetzmäßig den Beruf einer Hebamme ausgeübt haben.

Gleichwertig den in Satz 1 genannten Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen der Hebamme sind nach dem in Satz 1 oder 2 genannten Zeitpunkt von einem der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellte Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise der Hebamme, die den in der Anlage zu Satz 1 für den betreffenden Mitgliedstaat aufgeführten Bezeichnungen nicht entsprechen, aber mit einer Bescheinigung darüber vorgelegt werden, daß sie eine Ausbildung abschließen, die den Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 80/155/EWG des Rates vom 21. Januar 1980 (ABl. EG Nr. L 33 S. 8) entspricht, und daß sie den für diesen Mitgliedstaat in der Anlage zu Satz 1 aufgeführten Nachweisen gleichstehen.

(2) Bei Staatsangehörigen von Mitgliedstaaten, deren Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise den in Artikel 1 der Richtlinie 80/155/EWG gestellten Mindestanforderungen an die Ausbildung entsprechen, jedoch gemäß Artikel 2 der vorliegenden Richtlinie nur anerkannt werden müssen, wenn gleichzeitig die in Artikel 4 genannte Bescheinigung über die Berufspraxis vorgelegt wird, erkennt jeder Mitgliedstaat die von diesen Mitgliedstaaten vor Beginn der Anwendung dieser Richtlinie ausgestellten Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise einer Hebamme als ausreichenden Nachweis an, wenn gleichzeitig eine Bescheinigung darüber vorgelegt wird, daß die Befähigten während der dem Ausstellungsdatum der Bescheinigung vorausgehenden fünf Jahre mindestens zwei Jahre lang tatsächlich und gesetzmäßig den Beruf einer Hebamme ausgeübt haben.

(3) Unbeschadet des Artikels 4 erkennt jeder Mitgliedstaat bei Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten als ausreichenden Nachweis deren Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Hebamme an, auch wenn sie den für diesen Mitgliedstaat in Artikel 3 aufgeführten Bezeichnungen nicht entsprechen, sofern ihnen eine von den zuständigen Behörden oder Stellen ausgestellte Bescheinigung beigefügt ist. Mit dieser Bescheinigung wird der Nachweis erbracht, daß diese Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Hebamme eine Ausbildung abschließen, die den in Artikel 2 genannten Bestimmungen der Richtlinie 80/155/EWG entspricht, und daß sie von dem Mitgliedstaat, der sie ausgestellt hat, den Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen gleichgestellt werden, deren Bezeichnungen in Artikel 3 der vorliegenden Richtlinie aufgeführt sind.;

#### Artikel 5a

(1) Bei den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten, deren Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise der Hebamme eine Ausbildung abschließen, die im Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik absolviert wurde und die nicht allen Mindestanforderungen der Ausbildung nach Artikel 1 der Richtlinie 80/155/EWG genügt, erkennen die anderen Mitgliedstaaten als Deutschland diese Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise unter folgenden Voraussetzungen als ausreichenden Nachweis an:

- wenn sie eine vor der Herstellung der deutschen Einheit aufgenommene Ausbildung abschließen,
- wenn sie das Recht auf Ausübung der Tätigkeiten der Hebamme im gesamten Gebiet Deutschlands unter den gleichen Voraussetzungen verleihen wie der Befähigungsnachweis, der von den zuständigen deutschen Behörden ausgestellt wird und der in Artikel 3 Buchstabe a) aufgeführt ist, und

h) in den Niederlanden, das von der staatlich eingesetzten Prüfungskommission verliehene „diploma van verloskundige“

i) Portugal<sup>2)</sup>:

das Diplom des „enfermeiro especialista em enfermagem des saude materna e obstétrica“;

j) Griechenland:

Πτυχίο Μαιέας ή Μαιευτήρ bescheinigt durch das Ministerium für Gesundheit, Vorsorge und soziale Sicherheit,

Πτυχίο Ανωτέρας Σχολής Στελεχών Υγείας και Κοινωνική Πρόνοια, Τμήμα Obstetrics, ausgestellt entweder von der Fakultät für Führungskräfte im Bereich Gesundheitswesen und soziale Sicherheit, Abteilung Geburtshilfe, der Zentren für die höhere fachtheoretische und berufspraktische Ausbildung oder von den Anstalten für fachtheoretische Ausbildung des Ministeriums für Bildung und Kultusfragen.“

Spanien<sup>2)</sup>:

das Diplom „matrona“ oder „asistente obstétrico (matrona)“ oder „enfermeria obstétrica-ginecológica“, ausgestellt vom Ministerium für Unterricht und Wissenschaft,

Vereinigtes Königreich:

ein „Statement of registration as a Midwife“ in Teil 10 des Registers des „United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting“.

#### Artikel 4

Die in Artikel 2 vorgesehene Bescheinigung wird von den zuständigen Behörden des Ursprungs- oder Herkunftsmitgliedstaates ausgestellt. In ihr wird bescheinigt, daß der Inhaber nach Erhalt des Hebammen diploms in zufriedenstellender Weise alle mit dem Beruf einer Hebamme verbundenen Tätigkeiten in einem Krankenhaus oder in einer Einrichtung des Gesundheitswesens, die im Hinblick auf diesen Zweck anerkannt worden ist, ausgeübt hat, und zwar während eines wie folgt festgelegten Zeitraums:

- zwei Jahre in dem in Artikel 2 Absatz 1 erster Gedankenstrich, zweiter Untergedankenstrich vorgesehenen Fall,
- ein Jahr in dem in Artikel 2 Absatz 1 dritter Gedankenstrich vorgesehenen Fall.

### Kapitel III Erworbene Rechte

#### Artikel 5

(1) Bei Staatsangehörigen von Mitgliedstaaten, deren Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise den in Artikel 1 der Richtlinie 80/155/EWG gestellten Mindestanforderungen an die Ausbildung nicht entsprechen, erkennt jeder Mitgliedstaat die von diesen Mitgliedstaaten ausgestellten Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise einer Hebamme als ausreichenden Nachweis an, wenn diese spätestens sechs Jahre nach Bekanntgabe dieser Richtlinie ausgestellt wurden und eine Bescheinigung darüber vorgelegt werden kann, daß die Befähigten

<sup>2)</sup> Die Bezeichnungen sind durch den Beitrittsvertrag, in Kraft seit dem 1. 1. 1986, wirksam geworden.

von der zuständigen Behörde des Heimat- oder Herkunftsstaats ausgestellte Bescheinigung an, aus der hervorgeht, daß die in diesem Staat für die Aufnahme der Tätigkeit geforderte Zuverlässigkeit gegeben ist.

(2) Wird im Heimat- oder Herkunftsstaat für die erstmalige Aufnahme der betreffenden Tätigkeit ein Zuverlässigkeitsnachweis nicht verlangt, so kann der Aufnahmezustand von den Staatsangehörigen dieses Heimat- oder Herkunftsstaats einen Strafregisterauszug verlangen, wenn dieser nicht beigebracht werden kann, einen gleichwertigen Nachweis veranlassen, der von der zuständigen Behörde des Heimat- oder Herkunftsstaats ausgestellt ist.

(3) Hat der Aufnahmezustand Kenntnis von schwerwiegenden und genau bestimmten Tatbeständen, die vor der Niederlassung des Betroffenen in diesem Staat außerhalb seines Gebietes eingetreten sind und die sich im Aufnahmezustand auf die Aufnahme der betreffenden Tätigkeit auswirken können, so kann er den Heimat- oder Herkunftsstaat davon unterrichten.

Der Heimat- oder Herkunftsstaat prüft die Richtigkeit der Tatbestände, sofern sie sich in diesem Mitgliedstaat auf die Aufnahme der betreffenden Tätigkeit auswirken könnten. Die Behörden dieses Staates legen Art und Umfang der Prüfung, die durchzuführen ist, selbst fest und unterrichten den Aufnahmezustand über die Folgerungen, die sie hinsichtlich der von ihnen ausgestellten Bescheinigungen und Nachweise daraus ziehen.

(4) Die Mitgliedstaaten sorgen für die Vertraulichkeit der übermittelten Angaben.

#### Artikel 8

(1) Bestehen in einem Aufnahmezustand bezüglich der Ausübung einer Tätigkeit im Sinne des Artikels 1 Rechts- und Verwaltungsvorschriften über den Nachweis der Zuverlässigkeit einschließlicher Vorarbeiten über Disziplinarmaßnahmen wegen schwerwiegenden standeswidrigen Verhaltens oder über die Verurteilung wegen strafbarer Handlungen, so übermittelt der Heimat- oder Herkunftsstaat dem Aufnahmezustand die erforderlichen Auskünfte über die gegen den Betroffenen verhängten beruflichen oder administrativen Maßnahmen oder Sanktionen sowie über die Strafsanktionen, welche die Ausübung des Berufs im Heimat- oder Herkunftsstaat betreffen.

(2) Hat der Aufnahmezustand Kenntnis von schwerwiegenden und genau bestimmten Tatbeständen, die vor der Niederlassung des Betroffenen in diesem Staat außerhalb seines Gebietes eingetreten sind und die sich im Aufnahmezustand auf die Aufnahme der betreffenden Tätigkeit auswirken können, so kann er den Heimat- oder Herkunftsstaat davon unterrichten.

Der Heimat- oder Herkunftsstaat prüft die Richtigkeit der Tatbestände, sofern sie sich in diesem Mitgliedstaat auf die Ausübung der betreffenden Tätigkeit auswirken könnten. Die Behörden dieses Staates legen Art und Umfang der Prüfung, die durchzuführen ist, selbst fest und unterrichten den Aufnahmezustand über die Folgerungen, die sie hinsichtlich der von ihnen gemäß Absatz 1 übermittelten Auskünfte ziehen.

(3) Die Mitgliedstaaten sorgen für die Vertraulichkeit der übermittelten Angaben.

#### Artikel 9

Verlangt ein Aufnahmezustand von seinen eigenen Staatsangehörigen für die Aufnahme oder die Ausübung einer Tätigkeit im Sinne des Artikels 1 ein Zeugnis über den körperlichen und geistigen Gesundheitszustand, so erkennt dieser Staat die Vorlage der im Heimat- oder Herkunftsstaat geforderten Bescheinigung als ausreichend an.

– wenn ihnen eine von den zuständigen deutschen Behörden ausgestellte Bescheinigung darüber beigelegt ist, daß sich diese Staatsangehörigen in den fünf Jahren vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang tatsächlich und rechtmäßig den betreffenden Tätigkeiten in Deutschland gewidmet haben.

(2) Bei den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten, deren Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Hebamme eine Ausbildung abschließen, die im Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik absolviert wurde und die allen Mindestanforderungen der Ausbildung nach Artikel 1 der Richtlinie und die allen Mindestanforderungen der Ausbildung nach Artikel 1 der Richtlinie 80/155/EWG genügt, die aber aufgrund von Artikel 2 nur anzuerkennen ist, wenn sie durch die Berufserfahrung nach Artikel 4 ergänzt wird, erkennen die anderen Mitgliedstaaten als Deutschland diese Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise als ausreichenden Nachweis an.

– wenn sie eine vor der Herstellung der deutschen Einheit aufgenommene Ausbildung abschließen und

– wenn ihnen eine Bescheinigung darüber beigelegt ist, daß sich diese Staatsangehörigen in den fünf Jahren vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig den betreffenden Tätigkeiten in Deutschland gewidmet haben.;

### Kapitel IV

#### Führen der Ausbildungsbezeichnung

##### Artikel 6

(1) Unbeschadet des Artikels 15 tragen die Aufnahmezustände dafür Sorge, daß die Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten, die die Voraussetzungen der Artikel 2 und 5 erfüllen, zum Führen ihrer im Heimat- oder Herkunftsstaat gültigen rechtmäßigen Ausbildungsbezeichnung – sofern diese nicht mit der Berufsbezeichnung identisch ist – und gegebenenfalls der betreffenden Abkürzung in der Sprache dieses Staates berechtigt sind. Sie können vorschreiben, daß neben dieser Bezeichnung Name und Ort der Lehranstalt oder des Prüfungsausschusses, die bzw. der diese Ausbildungsbezeichnung verliehen hat, aufgeführt werden.

(2) Kann die Ausbildungsbezeichnung des Heimat- oder Herkunftsstaats im Aufnahmezustand mit einer Bezeichnung verwechselt werden, die in diesem Staat eine zusätzliche Ausbildung voraussetzt, die von dem Begünstigten nicht erworben wurde, so kann der Aufnahmezustand vorschreiben, daß der Begünstigte seine im Heimat- oder Herkunftsstaat gültige Ausbildungsbezeichnung in einer vom Aufnahmezustand festgelegten Form verwendet.

### Kapitel V

#### Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr der Hebammen

##### A. Besondere Bestimmungen betreffend das Niederlassungsrecht

##### Artikel 7

(1) Der Aufnahmezustand, der von den eigenen Staatsangehörigen für die erstmalige Aufnahme einer Tätigkeit im Sinne des Artikels 1 einen Zuverlässigkeitsnachweis verlangt, erkennt bei Staatsangehörigen anderer Mitgliedstaaten als ausreichenden Beweis eine

Wird im Heimat- oder Herkunftsstaat für die Aufnahme oder die Ausübung der betreffenden Tätigkeit ein derartiges Zeugnis nicht verlangt, so erkennt der Aufnahmestaat bei Staatsangehörigen dieses Heimat- oder Herkunftsstaats eine von dessen zuständigen Behörden ausgestellte Bescheinigung an, die den Bescheinigungen des Aufnahmestaats entspricht.

#### Artikel 10

Die in den Artikeln 7, 8 und 9 genannten Bescheinigungen dürfen bei ihrer Vorlage nicht älter als drei Monate sein.

#### Artikel 11

(1) Das Verfahren für die Zulassung des Begünstigten zur Aufnahme einer Tätigkeit im Sinne des Artikels 1 gemäß den Artikeln 7, 8 und 9 muß innerhalb kürzester Frist, spätestens aber drei Monate nach Einreichung der vollständigen Unterlagen des Betroffenen abgeschlossen werden, und zwar unbeschadet der Fristen, die sich aus der etwaigen Einlegung eines Rechtsmittels im Anschluß an dieses Verfahren ergeben können.

(2) In den in Artikel 7 Absatz 3 und in Artikel 8 Absatz 2 genannten Fällen wird der Ablauf der in Absatz 1 genannten Frist durch den Antrag auf Überprüfung ausgesetzt. Der konsultierte Mitgliedstaat muß seine Antwort binnen drei Monaten erteilen.

Der Aufnahmestaat setzt das in Absatz 1 genannte Verfahren fort, sobald diese Antwort vorliegt oder diese Frist abgelaufen ist.

#### Artikel 12

Wird ein einem Aufnahmestaat von dessen Staatsangehörigen für die Aufnahme und Ausübung einer Tätigkeit im Sinne des Artikels 1 eine Eidesleistung oder eine feierliche Erklärung verlangt, so sorgt dieser Mitgliedstaat dafür, daß den Staatsangehörigen der anderen Mitgliedstaaten, die die Formel dieses Eides oder dieser feierlichen Erklärung nicht benutzen können, eine geeignete gleichwertige Formel zur Verfügung steht.

### B. Besondere Bestimmungen betreffend den Dienstleistungsverkehr

#### Artikel 13

(1) Wird in einem Mitgliedstaat von den eigenen Staatsangehörigen für die Aufnahme oder Ausübung einer Tätigkeit im Sinne des Artikels 1 eine Genehmigung oder die Eintragung oder Mitgliedschaft bei einem Berufsverband oder einer Berufskörperschaft verlangt, so befreit dieser Mitgliedstaat im Falle der Erbringung von Dienstleistungen die Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten von diesem Erfordernis.

Der Begünstigte hat beim Erbringen von Dienstleistungen die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen des Aufnahmestaates; insbesondere unterliegt er den beruflichen und administrativen Disziplinavorschriften dieses Mitgliedstaates.

Trifft der Aufnahmestaat in Anwendung des Unterabsatzes 2 eine Maßnahme oder hat er Kenntnis von Tatbeständen, die diesen Vorschriften zuwiderlaufen, so unterrichtet er davon unverzüglich den Mitgliedstaat, in dem sich der Begünstigte niedergelassen hat.

(2) Der Aufnahmestaat kann vorschreiben, daß der Begünstigte die Erbringung seiner Dienstleistung den zuständigen Behörden vorher anzeigt, falls sie einen vorübergehenden Aufenthalt in diesem Aufnahmestaat erforderlich macht.

In dringenden Fällen kann diese Anzeige unverzüglich nach Erbringung der Dienstleistung erfolgen.

(3) Nach den Absätzen 1 und 2 kann der Aufnahmestaat von dem Begünstigten ein oder mehrere Dokumente mit folgenden Angaben verlangen:

- die in Absatz 2 genannte Anzeige,
  - eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, daß der Begünstigte die betreffenden Tätigkeiten im Mitgliedstaat seiner Niederlassung rechtmäßig ausübt,
  - eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, daß der Begünstigte das/den oder die für die Erbringung der betreffenden Dienstleistung erforderlichen Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstigen Befähigungsnachweise im Sinne dieser Richtlinie besitzt.
- (4) Das oder die in Absatz 3 vorgesehenen Dokumente dürfen bei ihrer Vorlage nicht älter als zwölf Monate sein.

(5) Entzieht ein Mitgliedstaat einem seiner Staatsangehörigen oder einem in seinem Hoheitsgebiet ansässigen Staatsangehörigen eines anderen Mitgliedstaates ganz oder teilweise und vorübergehend oder endgültig das Recht auf Ausübung einer Tätigkeit im Sinne des Artikels 1, so sorgt er je nach Fall für den vorübergehenden oder endgültigen Entzug der in Absatz 3 unter dem zweiten Gedankenstrich genannten Bescheinigung.

#### Artikel 14

Wird in einem Aufnahmestaat zur Abrechnung mit einem Versicherer für Tätigkeiten zugunsten von Sozialversicherern die Mitgliedschaft bei einer Körperschaft des öffentlichen Rechts im Bereich der sozialen Sicherheit verlangt, so befreit dieser Mitgliedstaat im Falle der Erbringung von Dienstleistungen, für die der Begünstigte den Ort wechseln muß, die Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten, die sich in einem anderen Mitgliedstaat niedergelassen haben, von diesem Erfordernis.

Der Begünstigte unterrichtet jedoch zuvor oder in dringenden Fällen nachträglich diese Körperschaft von der Erbringung seiner Dienstleistung.

### C. Gemeinsame Bestimmungen betreffend das Niederlassungsrecht und den Dienstleistungsverkehr

#### Artikel 15

Bestehen in einem Aufnahmestaat Vorschriften über das Führen der Berufsbezeichnung im Zusammenhang mit einer der Tätigkeiten im Sinne des Artikels 1, so führen die Staatsangehörigen der übrigen Mitgliedstaaten, die die in den Artikeln 2 und 5 vorgesehenen Bedingungen erfüllen, die Berufsbezeichnung, die im Aufnahmestaat der betreffenden Berufsausbildung entspricht, und verwenden die entsprechende Abkürzung.

#### Artikel 16

(1) Die Mitgliedstaaten treffen die erforderlichen Maßnahmen, um den Begünstigten die Möglichkeit zu geben, Informationen über die Gesundheits- und Sozialvorschriften sowie gegebenenfalls über die Standsregeln des Aufnahmestaates zu erhalten.

Zu diesem Zweck können sie Informationsstellen einrichten, bei denen sich die Begünstigten die erforderlichen Informationen beschaffen können. Die Aufnahmestaaten können Stellen Verbindung aufzunehmen.

(2) Die Mitgliedstaaten können die in Absatz 1 genannten Stellen bei den zuständigen Behörden und Stellen, die sie innerhalb der in Artikel 20 Absatz 1 vorgesehenen Frist bestimmen, einrichten.

## C 2: Richtlinie des Rates vom 21. Januar 1980

zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Hebammen (80/155/EWG) (Amtsblatt der Europ. Gem. Nr. L 33/8 vom 11.2.1980 zuletzt geändert durch die Richtlinie 89/594/EWG vom 30.10.1989 (ABl. EG Nr. L 341/19))

### DER RAT DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN –

gestützt auf den Vertrag zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, insbesondere auf die Artikel 49, 57 und 66,

auf Vorschlag der Kommission,

nach Stellungnahme des Europäischen Parlaments,

nach Stellungnahme des Wirtschafts- und Sozialausschusses,

in Erwägung nachstehender Gründe:

Nach Artikel 57 des Vertrages ist die Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten der Hebammen zu verwirklichen. Aus Gründen der öffentlichen Gesundheit empfiehlt es sich, innerhalb der Gemeinschaft nach einer gemeinsamen Definition des Tätigkeitsbereichs der Hebammen den Berufsangehörigen und ihrer Ausbildung zu streben; es schien nicht wünschenswert, zu diesem Zweck ein einheitliches Programm für sämtliche Mitgliedstaaten vorzuschreiben. Im Gegenteil soll diesen die größtmögliche Freiheit bei der Gestaltung ihres Unterrichts belassen werden. Die beste Lösung besteht somit darin, lediglich Mindestnormen festzulegen.

Die mit dieser Richtlinie angestrebte Koordinierung schließt eine weitere Koordinierung nicht aus.

Die meisten Mitgliedstaaten unterscheiden bisher nicht zwischen der Ausbildung von Hebammen im Angestelltenverhältnis und der Ausbildung von freiberuflich tätigen Hebammen. Es erscheint daher notwendig, die Anwendung dieser Richtlinie auf Hebammen im Angestelltenverhältnis auszudehnen.

HAT FOLGENDE RICHTLINIE ERLASSEN:

#### Artikel 1

(1) Die Mitgliedstaaten machen die Aufnahme und die Ausübung der Tätigkeiten der Hebammen unter den in Artikel 1 der Richtlinie 80/154/EWG genannten Berufsbezeichnungen davon abhängig, daß die Hebamme Inhaber eines Diploms, eines Prüfungszeugnisses oder eines sonstigen Befähigungsnachweises gemäß Artikel 3 der genannten Richtlinie ist, das bzw. der garantiert, daß die Befähigte während der gesamten Dauer ihrer Ausbildung folgende Fähigkeiten erlangt hat:

- a) angemessene Kenntnisse der wissenschaftlichen Fachgebiete, die den Tätigkeiten der Hebamme zugrunde liegen, insbesondere der Geburtshilfe und der Gynäkologie;
- b) angemessene Kenntnis der Berufsethik und des Berufsrechtes;
- c) vertiefte Kenntnisse der biologischen Funktion, der Anatomie und der Physiologie auf den Gebieten der Geburtshilfe und der perinatalen Medizin, sowie Kenntnisse von der Beziehung zwischen dem Gesundheitszustand und der physischen und sozialen Umgebung des Menschen und von seinem Verhalten;
- d) angemessene klinische Erfahrung, die unter der Aufsicht von qualifiziertem Personal des Gebietes der Geburtshilfe und in anerkannten Einrichtungen erworben wird;

(3) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, daß die Begünstigten gegebenenfalls in ihrem Interesse und im Interesse ihrer Patienten die Sprachkenntnisse erwerben, die sie für die Ausübung ihrer Berufstätigkeit im Aufnahmestaat brauchen.

## Kapitel VI Schlußbestimmungen

### Artikel 17

Bei begründeten Zweifeln kann der Aufnahmestaat von den zuständigen Behörden des Mitgliedsstaats in dem ein Diplom, Prüfungszeugnis oder sonstiger Befähigungsnachweis im Sinne der Kapitel II und III ausgestellt worden ist, die Bestätigung verlangen, daß dieses Diplom, Prüfungszeugnis oder der sonstige Befähigungsnachweis echt ist und der Begünstigte alle Ausbildungsbedingungen der Richtlinie 80/155/EWG erfüllt hat.

### Artikel 18

Die Mitgliedstaaten bezeichnen innerhalb der in Artikel 20 Absatz 1 vorgesehenen Frist die Behörden und Stellen, die für die Erteilung oder Entgegennahme der in dieser Richtlinie genannten Diplome, Prüfungszeugnisse, sonstigen Befähigungsnachweise, Bescheinigungen und Informationen zuständig sind, und unterrichten hierüber unverzüglich die anderen Mitgliedstaaten und die Kommission.

### Artikel 19

Diese Richtlinie gilt auch für Staatsangehörige der Mitgliedstaaten, die nach der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 eine Tätigkeit im Sinne des Artikels 1 als Angestellte ausüben oder ausüben werden.

### Artikel 20

(1) Die Mitgliedstaaten treffen die erforderlichen Maßnahmen, um dieser Richtlinie binnen drei Jahren nach ihrer Bekanntgabe nachzukommen, und setzen die Kommission unverzüglich davon in Kenntnis.

(2) Die Mitgliedstaaten teilen der Kommission den Wortlaut der wichtigsten innerstaatlichen Rechtsvorschriften mit, die sie auf dem unter diese Richtlinie fallenden Gebiet erlassen.

### Artikel 21

Falls sich bei der Anwendung dieser Richtlinie für einen Mitgliedstaat größere Schwierigkeiten auf bestimmten Gebieten ergeben sollten, prüft die Kommission diese Schwierigkeiten in Zusammenarbeit mit diesem Staat und holt die Stellungnahme des Ausschusses Hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen ein, der durch den Beschluß 75/365/EWG, zuletzt geändert durch den Beschluß 80/157/EWG, eingesetzt worden ist.

Die Kommission legt dem Rat gegebenenfalls geeignete Vorschläge vor.

### Artikel 22

Diese Richtlinie ist an die Mitgliedstaaten gerichtet.  
Geschehen zu Brüssel am 21. Januar 1980.

Im Namen des Rates  
Der Präsident  
G. Marcora



- e) das erforderliche Verständnis für die Ausbildung des Personals des Gesundheitswesens und Erfahrung in der Zusammenarbeit mit diesem Personal.
- (2) Die Ausbildung nach Absatz 1 umfaßt:
- entweder eine spezielle Ausbildung als Hebamme auf Vollzeitbasis, die theoretische und praktische Studien von mindestens drei Jahren umfaßt; die Zulassung hierzu setzt zumindest den Abschluß der ersten zehn Jahre der allgemeinen Schulausbildung voraus;
  - oder eine spezielle Ausbildung als Hebamme von mindestens 18 Monaten auf Vollzeitbasis; die Zulassung hierzu setzt den Besitz eines Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises der Krankenschwester und des Krankenpflegers im Sinne des Artikels 3 der Richtlinie 77/452/EWG, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, voraus.
- (3) Die in Absatz 2 erster Gedankenstrich genannte spezielle Ausbildung als Hebamme muß mindestens die Fächer des im Anhang enthaltenen Ausbildungsprogramms umfassen.
- Die in Absatz 2 zweiter Gedankenstrich genannte Ausbildung muß mindestens die Fächer des im Anhang enthaltenen Ausbildungsprogramms, die nicht Gegenstand eines gleichwertigen Unterrichts im Rahmen der Ausbildung als Krankenschwester und Krankenpfleger waren, umfassen.
- (4) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, daß die mit der Ausbildung der Hebammen betraute Einrichtung die Verantwortung dafür übernimmt, daß Theorie und Praxis für das gesamte Ausbildungsprogramm koordiniert werden.
- Der in Teil A des Anhangs genannte theoretische und technische Unterricht muß der in Teil B dieses Anhangs genannten klinisch-praktischen Hebammenausbildung angemessen und mit ihr koordiniert sein, so daß die in Absatz 1 aufgeführten Kenntnisse und Erfahrungen in angemessener Weise erworben werden können.
- Die klinisch-praktische Hebammenausbildung muß im Rahmen von Praktika in Krankenhausbteilungen oder in anderen Gesundheitsdiensten, die von den zuständigen Behörden oder Stellen zugelassen sind, unter Anleitung vermittelt werden. Im Rahmen dieser Ausbildung nehmen die Hebammschülerinnen an den Tätigkeiten in den betreffenden Stellen in dem Maße teil, wie dies zu ihrer Ausbildung beiträgt. Sie werden in die Verantwortlichkeit des Hebammenberufs eingeführt.
- (5) Diese Richtlinie hindert die Mitgliedstaaten in keiner Weise daran, den Inhabern von Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen, die nicht in einem Mitgliedstaat erworben wurden, die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten der Hebamme und des Entbindungspflegers in ihrem Hoheitsgebiet nach ihren innerstaatlichen Vorschriften zu gestatten.
- (6) Als Übergangsmaßnahme und abweichend von den Absätzen 1 und 4 kann Spanien, das die in seinem Rechts- und Verwaltungsvorschriften vorgesehene Ausbildung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie 80/154/EWG und der vorliegenden Richtlinie nicht mit der letztgenannten Richtlinie in Einklang gebracht hatte, diese Vorschriften weiterhin auf die Personen anwenden, die ihre spezifische Ausbildung als Hebamme spätestens am 31. Dezember 1985 begonnen haben.
- Jeder Aufnahmestaat ist berechtigt, von Inhabern von Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen der Hebamme, die von Spanien ausgestellt wurden und Nachweis für Ausbildungen sind, die vor dem 1. Januar 1986 begonnen wurden, zu verlangen, daß ihren Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen eine Bescheinigung darüber beigefügt ist, daß sie sich in den fünf Jahren vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig den Tätigkeiten der Hebamme gewidmet haben, sofern dies dem zuständigen spanischen Behörden ausgestellt Bescheinigung darüber beigefügt ist, daß sie Nachweis für eine diesem Artikel und dem Anhang vollständig entsprechende Ausbildung sind.

higungsnachweisen eine Bescheinigung darüber beigefügt ist, daß sie sich in den fünf Jahren vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig den Tätigkeiten der Hebamme gewidmet haben, sofern dies dem zuständigen spanischen Behörden ausgestellt Bescheinigung darüber beigefügt ist, daß sie Nachweis für eine diesem Artikel und dem Anhang vollständig entsprechende Ausbildung sind.

#### Artikel 2

Nach regelmäßiger Prüfung der Ergebnisse der verschiedenen in Artikel 1 Absatz 23 genannten Ausbildungsmöglichkeiten erstattet die Kommission dem Rat zum ersten Mal sechs Jahre nach Bekanntgabe dieser Richtlinie Bericht. Die genannte Prüfung erfolgt mit Unterstützung des Beratenden Ausschusses für die Ausbildung der Hebammen.

Die Kommission unterbreitet nach Maßgabe der Ergebnisse dieser Prüfung Änderungsvorschläge, die das Ziel haben, die im Rahmen der genannten Ausbildungsmöglichkeiten vorgesehenen Mindestkriterien den Bedingungen nach Artikel 2 Absatz 1 erster Gedankenstrich erster Untergedankenstrich und zweiter Gedankenstrich der Richtlinie 80/154/EWG anzugleichen. Der Rat befindet unverzüglich über diese Vorschläge.

#### Artikel 3

Unbeschadet von Artikel 1 können die Mitgliedstaaten die Form der Teilzeitausbildung unter den von den zuständigen einzelstaatlichen Behörden zugelassenen Bedingungen genehmigen.

Die Gesamtdauer der Teilzeitausbildung darf nicht kürzer sein als die der Vollzeitausbildung. Ihr Niveau darf nicht dadurch, daß sie auf Teilzeittbasis erfolgt, beeinträchtigt werden.

#### Artikel 4<sup>1)</sup>

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, daß Hebammen im Sinne dieser Richtlinie mindestens beruft sind, die folgenden Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung durchzuführen:

1. Angemessene Aufklärung und Beratung in Fragen der Familienplanung;
2. Feststellung der Schwangerschaft und Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen;
3. Verschiebung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind, oder Aufklärung über diese Untersuchungen;
4. Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Niederkunft einschließlich Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung;
5. Betreuung der Gebärenden während der Geburt und Überwachung des Fötus in der Gebärmutter mit Hilfe geeigneter klinischer und technischer Mittel;
6. Durchführung von Normalgeburten bei Kopflage einschließlich – sofern erforderlich – des Scheidendammchnitts sowie im Dringlichkeitsfall von Steißgeburten;

<sup>1)</sup> von den Ländern in ihren Berufsordnungen bzw. Durchführungsgesetzen zum HeBG umgesetzt in deutsches Recht

7. Erkennen der Anzeichen von Anomalien bei der Mutter oder beim Kind, die das Eingreifen eines Arztes erforderlich machen, sowie Hilfeleistung bei etwaigen ärztlichen Maßnahmen; Ergreifen der notwendigen Maßnahmen bei Abwesenheit des Arztes, insbesondere manuelle Ablösung der Plazenta, woran sich gegebenenfalls eine manuelle Nachuntersuchung der Gebärmutter anschließt;
8. Untersuchung und Pflege des Neugeborenen; Einleitung und Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in Notfällen und, wenn erforderlich, Durchführung der sofortigen Wiederbelebung des Neugeborenen;
9. Pflege der Wöchnerin, Überwachung des Zustandes der Mutter nach der Niederkunft und Erteilung zweckdienlicher Ratschläge für die bestmögliche Pflege des Neugeborenen;
10. Durchführung der vom Arzt verordneten Behandlung;
11. Abfassen der erforderlichen schriftlichen Berichte.

#### Artikel 5

Diese Richtlinie gilt auch für diejenigen Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten, die nach der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 des Rates vom 15. Oktober 1968 über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft eine Tätigkeit im Sinne des Artikels 1 der Richtlinie 80/154/EWG im Angestelltenverhältnis ausüben oder ausüben werden.

#### Artikel 6

(1) Die Mitgliedstaaten treffen die erforderlichen Maßnahmen, um dieser Richtlinie binnen drei Jahren nach ihrer Bekanntgabe nachzukommen, und setzen die Kommission unverzüglich davon in Kenntnis.

(2) Die Mitgliedstaaten teilen der Kommission den Wortlaut der wichtigsten innerstaatlichen Rechtsvorschriften mit, die sie auf dem unter diese Richtlinie fallenden Gebiet erlassen.

#### Artikel 7

Falls sich bei der Anwendung dieser Richtlinie für einen Mitgliedstaat größere Schwierigkeiten auf bestimmten Gebieten ergeben sollten, prüft die Kommission diese Schwierigkeiten in Zusammenarbeit mit diesem Staat und holt die Stellungnahme des durch den Beschluß 75/365/EWG, zuletzt geändert durch den Beschluß 80/157/EWG, eingesetzten Ausschusses Hoher Beamter für das öffentliche Gesundheitswesen ein. Die Kommission legt dem Rat gegebenenfalls geeignete Vorschläge vor.

#### Artikel 8

Spätestens sechs Jahre nach Bekanntgabe dieser Richtlinie beschließt der Rat auf Vorschlag der Kommission und nach Stellungnahme des Beratenden Ausschusses, ob die Anwendung der Ausnahme nach Teil B Nummer 3 des Anhangs geändert oder aufgehoben werden soll.

#### Artikel 9

Diese Richtlinie ist an die Mitgliedstaaten gerichtet. Geschehen zu Brüssel am 21. Januar 1980.

*Im Namen des Rates  
Der Präsident  
G. Marcora*

## Anhang

### Studienprogramm für Hebammen

Das Studienprogramm, das zu einem Diplom, Prüfungszeugnis oder sonstigen Befähigungsnachweis für Hebammen führt, umfaßt die folgenden beiden Teile:

#### A. Theoretischer und praktischer Unterricht

- a) Allgemeine Fächer
  1. Grundbegriffe der Anatomie und Physiologie
  2. Grundbegriffe der Pathologie
  3. Grundbegriffe der Bakteriologie, Virologie und Parasitologie
  4. Grundbegriffe der Biophysik, Biochemie und Radiologie
  5. Kinderheilkunde, insbesondere in Bezug auf Neugeborene
  6. Hygiene, Gesundheitserziehung, Gesundheitsvorsorge, Früherkennung von Krankheiten
  7. Ernährung und Diätetik unter besonderer Berücksichtigung der Ernährung der Frau, des Neugeborenen und des Säuglings sozialmedizinische Fragen
  9. Grundbegriffe der Arzneimittellehre
  10. Psychologie
  11. Pädagogik
  12. Gesundheits- und Sozialrecht und Aufbau des Gesundheitswesens
  13. Berufsethik und Berufsrecht
  14. Sexualerziehung und Familienplanung
  15. Gesetzlicher Schutz von Mutter und Kind
- b) Spezifische Lehrfächer für Hebammen
  1. Anatomie und Physiologie
  2. Embryologie und Entwicklung des Fötus
  3. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
  4. Pathologie in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe
  5. Schwangerenberatung, Vorbereitung auf die Elternschaft einschließlich psychologischer Aspekte
  6. Vorbereitung der Entbindung (einschließlich Kenntnisse von Geburtshilfeinstrumenten und ihrer Verwendung)
  7. Analgesie, Anästhesie und Wiederbelebung
  8. Physiologie und Pathologie des Neugeborenen
  9. Betreuung und Pflege des Neugeborenen
  10. Psychologische und soziale Faktoren

#### B. Praktische und klinische Ausbildung

- Folgende Ausbildung wird unter geeigneter Überwachung erteilt:
1. Beratung Schwangerer mit mindestens 100 Untersuchungen vor der Geburt.
  2. Überwachung und Pflege von mindestens 40 Gebärenden.
  3. Eigenhändige Durchführung von mindestens 40 Entbindungen durch die Schülerin; kann diese Zahl nicht erreicht werden, da nicht genug Gebärende zur Verfügung stehen, so kann diese Zahl auf mindestens 30 gesenkt werden, sofern die Schülerin/der Schüler außerdem an 20 Entbindungen aktiv teilnimmt.

- (2) Dazu bedient er sich insbesondere der folgenden Mittel:
- umfassender Informationsaustausch über die Methoden der Ausbildung sowie über den Inhalt, das Niveau und die Struktur des theoretischen und praktischen Unterrichts in den Mitgliedstaaten;
  - Gedankenaustausch und Konsultationen, um zu gemeinsamen Konzeptionen hinsichtlich des in der Ausbildung der Hebammen zu erreichenden Niveaus sowie gegebenenfalls hinsichtlich von Struktur und Inhalt dieser Ausbildung zu gelangen;
  - Berücksichtigung der Anpassungen dieser Ausbildung an die Entwicklung in der Praxis der Geburtshilfe, in der Medizin und der Sozialwissenschaft sowie in den Lehrmethoden.
- (3) Der Ausschuss übermittelt der Kommission und den Mitgliedstaaten seine Stellungnahmen und Empfehlungen, die – wenn er es für erforderlich erachtet – Vorschläge zur Änderung der Ausbildung der Hebammen betreffend Bestimmungen der Richtlinien 80/154/EWG und 80/155/EWG enthalten.
- (4) Der Ausschuss berät die Kommission auch in jeder anderen Frage der Ausbildung der Hebammen, die die Kommission ihm zuweist.

#### Artikel 3

- (1) Der Ausschuss besteht aus drei Sachverständigen je Mitgliedstaat, und zwar:
- einem Sachverständigen aus dem praktizierenden Berufsstand;
  - einem Sachverständigen aus den Einrichtungen, welche die Ausbildung der Hebammen wahrnehmen;
  - einem Sachverständigen aus den zuständigen Behörden des Mitgliedstaats.
- (2) Jedes Mitglied hat einen Stellvertreter. Der Stellvertreter ist berechtigt, an den Sitzungen des Ausschusses teilzunehmen.
- (3) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Mitglieder und Stellvertreter werden von den Mitgliedstaaten benannt. Die in Absatz 1 unter dem ersten und dem zweiten Gedankenstrich aufgeführten Mitglieder und ihre Stellvertreter werden auf Vorschlag des Berufstandes der praktizierenden Hebammen bzw. der Einrichtungen, welche die Ausbildung der Hebammen vermitteln, benannt. Die Mitglieder des Ausschusses und ihre Stellvertreter werden vom Rat ernannt.

#### Artikel 4

- (1) Die Amtszeit der Mitglieder des Ausschusses beträgt drei Jahre. Nach Ablauf dieser drei Jahre bleiben die Mitglieder im Amt, bis ein Nachfolger für sie bestellt oder ihre Amtszeit erneuert wird.
- (2) Vor Ablauf der drei Jahre endet die Amtszeit eines Mitglieds durch seinen Rücktritt, seinen Tod oder seine Ersetzung durch ein anderes Mitglied nach dem in Artikel 3 vorgesehenen Verfahren. Das neue Mitglied wird für die Dauer der noch verbleibenden Amtszeit ernannt.

#### Artikel 5

Der Ausschuss wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und zwei stellvertretende Vorsitzende. Er gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Tagesordnung für die Sitzungen wird vom Vorsitzenden des Ausschusses im Benehmen mit der Kommission festgelegt.

4. Aktive Teilnahme an Beckenendgeburten. Falls mangels Beckenendgeburten dies nicht möglich ist, wird die Ausbildung anhand von Demonstrationsmodellen erteilt.
5. Durchführung der Episiotomie und Einführung in die Vernähung. Die Einführung beinhaltet die theoretische Unterweisung und klinisch-praktische Einweisungen. Die Durchführung der Vernähung beinhaltet die Vernähung der Episiotomien und der einfachen Risse des Perineums; falls es unbedingt erforderlich ist, können Demonstrationsmodelle benutzt werden.
6. Überwachung und Pflege von 40 gefährdeten Schwangeren, Entbindenden oder Wöchnerinnen.
7. Überwachung und Pflege, einschließlich Untersuchung, von mindestens 100 Wöchnerinnen und gesunden Neugeborenen.
8. Beobachtung und Pflege von Neugeborenen, die eine besondere Pflege benötigen, einschließlich von Frühgeborenen, Spätgeborenen sowie von Untergewicht aufweisenden oder kranken Neugeborenen.
9. Pflege von Patientinnen mit Erkrankungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe.
10. Einführung in die Pflegemaßnahmen auf dem Gebiet der Medizin und Chirurgie. Die Einführung beinhaltet die theoretische Unterweisung und klinisch-praktische Einweisungen.

### C 3: Beschluß des Rates vom 21. Januar 1980

zur Einsetzung eines beratenden Ausschusses für die Ausbildung von Hebammen (80/156/EWG)

(Amtsblatt der Europ. Gem. Nr. L 33/13 vom 11.2.1980)

#### DER RAT DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN –

gestützt auf den Vertrag zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, nach Kenntnisnahme von dem Entwurf der Kommission, in Erwägung nachstehender Gründe:

In seiner Entschließung vom 6. Juni 1974 betreffend die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise hat sich der Rat für die Einsetzung beratender Ausschüsse ausgesprochen.

Im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Hebammen ist es wichtig, daß ein vergleichbar anspruchsvolles Niveau der Ausbildung gewährleistet wird.

Es ist wünschenswert, als Beitrag zur Erreichung dieses Zieles einen beratenden Ausschuss zur Beratung der Kommission einzusetzen –

BESCHLIESST:

#### Artikel 1

Es wird ein beratender Ausschuss für die Ausbildung der Hebammen, nachstehend „Ausschuß“ genannt, bei der Kommission eingesetzt.

#### Artikel 2

(1) Aufgabe des Ausschusses ist es, zur Gewährleistung eines vergleichbar anspruchsvollen Niveaus der Ausbildung der Hebammen in der Gemeinschaft beizutragen.

#### Artikel 6

Der Ausschuss kann Arbeitsgruppen einsetzen und in den besonderen Fragen, die sich bei seiner Arbeit ergeben, Beobachter oder Sachverständige zur Unterstützung heranziehen oder zulassen.

#### Artikel 7

Die Kommission nimmt die Sekretariatsgeschäfte des Ausschusses wahr. Geschehen zu Brüssel am 21. Januar 1980.

*in Namen des Rates  
Der Präsident  
G. Marcora*

### C 4: Hebammen

Ausbildung, Zulassung zum Beruf und Berufsausübung der Hebammen in den Mitgliedstaaten der Gemeinschaft\*)

#### Einführung

Zweck folgender Darstellung ist, in kurzer Form die Regelung der Mitgliedstaaten betreffend die Ausbildung der Hebammen sowie den Zugang zum Beruf und die Berufsausübung darzustellen.

Sein Ausgangspunkt ist der folgende Fragebogen:

#### I. Ausbildung

##### a) Grundausbildung

1. Welches sind die Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung und speziell zum Studium?
  - Welches ist sein Stellenwert im Laufe der Ausbildung?
  - Nach welchen Kriterien wird er aufgestellt?
  - Welches sind die Anwendungsmodalitäten, die Auswahlkriterien, die Zahl der Bewerber und der zugelassenen Bewerber?
  - Welche Behörde überwacht den Numerus clausus?
2. Gibt es einen Numerus clausus?
3. Wie ist der Ausbildungsgang aufgebaut?
4. Nach welchen Methoden werden die erworbenen theoretischen und praktischen Kenntnisse im Laufe der Ausbildung überprüft?
5. Mit welchem Prüfungszeugnis/Diplom schließt die Ausbildung ab?

\*) Angaben über die EFTA-Staaten fehlen noch.

#### II. Berufsausübung

1. Wie ist der Berufsstand organisiert? (Berufskammer – Gewerkschaft)
2. Welche Vorschriften regeln den Zugang zum Beruf und die Berufsausübung?
3. Welche disziplinarrechtlichen Vorschriften gibt es? Wer wendet sie an? Welche Sanktion der Strafmaßnahmen gibt es?
4. Welchen Status haben die betreffenden Praktiker in den öffentlichen Krankenhäusern? Sind sie Arbeitnehmer oder nicht, sind sie Angehörige des öffentlichen Dienstes, oder wurden sie aufgrund eines privatrechtlichen Vertrags eingestellt?

6. Wie und wo erfolgt die theoretische Ausbildung? (Zahl und Art der Ausbildungsstätten).
7. Wie und wo erfolgt die praktische Ausbildung? Welche Kriterien gelten für die Zulassung als Stätten der praktischen Ausbildung?
8. Welchen Status haben die Lehrkräfte? (Stehen sie im öffentlichen Dienst oder nicht, sind sie vollzeitig beschäftigt oder nicht?)
9. Wie setzt sich der Lehrkörper im Rahmen der klinischen Ausbildung zusammen?

#### b) Zusätzliche Fachausbildung

1. Gibt es zusätzliche Fachausbildungen? Wenn ja, welches ist ihr zeitlicher Aufbau und Abschluß? Welche Aussichten bestehen gegenwärtig? Zu welcher Art von Berufsausübung führen sie (Berufsordnung – Beziehungen zu den Sozialversicherungsträgern)?
2. Wie sind die verschiedenen Fachrichtungen aufgebaut? (Theoretischer und praktischer Ausbildungsgang, Abschluß – durchschnittliche Ausbildungsdauer)
3. Welche Behörde legt die qualitativen Kriterien für die Ausbildungsplätze fest, und wer überwacht ihre Einhaltung?
4. Wie und wo erfolgt die theoretische Ausbildung? (Zahl und Art der Ausbildungsstätten)
5. Wie und wo erfolgt die praktische Ausbildung? Welche sind die Kriterien für die Zulassung der Ausbildungsstätten, an denen das Praktikum abzuleisten ist?
6. Welchen Status haben die Lehrkräfte? (Stehen sie im öffentlichen Dienst oder nicht, sind sie vollzeitig beschäftigt oder nicht?)
7. Wie setzt sich der Lehrkörper im Rahmen der theoretischen und praktischen Ausbildung zusammen?

#### c) Ständige Weiterbildung

Welche Maßnahmen gibt es im Bereich der ständigen Weiterbildung (Organisation, Strukturen, Ort, Finanzierung)? Wird sie mit einem Diplom abgeschlossen? Verleiht sie irgendeinen (finanziellen, steuerlichen) Vorteil, einen Ehrentitel oder dergleichen?

## **Hebammengesetz (HebG) - Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers**

vom 4. 6. 1985 (BGBl.I S.902); geändert durch Art. 6 der V vom 21.9.1997 (BGBl.I S.2390)

in: Horschitz, Harald; Hermann Kurtenbach: Hebammengesetz mit den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen mit Erläuterungen, Hannover 1994 (2. Auflage), S. 9-22.

Änderung von § 2 Abs. 3 des HebG durch Art. 4 des Gesetzes vom 4.12.2001, (BGBl. I S. 3320)

in: Erdle, Helmut: Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker, München, 37. Ergänzungslieferung, März 2002, Abschnitt 20.1., S. 3.



## B: Hebammengesetz

### B 1: Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG)

Vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

#### I. Abschnitt Erlaubnis

##### § 1

- (1) Wer die Berufsbezeichnung „Hebamme“ oder „Entbindungspfleger“ führen will, bedarf der Erlaubnis.
- (2) Hebammen, die Staatsangehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, dürfen diese Berufsbezeichnung im Geltungsbereich dieses Gesetzes ohne Erlaubnis führen, sofern sie ihre Berufstätigkeit als vorübergehende Dienstleistung im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausüben. Sie unterliegen jedoch der Anzeigepflicht nach diesem Gesetz.
- (3) Absatz 2 gilt für männliche Berufsangehörige entsprechend.

##### § 2

- (1) Eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller
  1. die durch dieses Gesetz vorgeschriebene Ausbildungszeit abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden hat,
  2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt, und
  3. nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs unfähig oder ungeeignet ist.
- (2) Die Voraussetzung des Absatzes 1 Nr. 1 gilt als erfüllt, wenn ein Antragsteller, der Staatsangehöriger eines Mitgliedsstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Ausbildung als Hebamme abgeschlossen hat und dies durch Vorlage eines nach dem 22. Januar 1986 ausgestellten, in der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises eines Mitgliedsstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines nach dem 31. Dezember 1992 ausgestellten, in der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nachweist.

Als 2. berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird.

(2) Geburtshilfe im Sinne des Absatzes 1 umfaßt Überwachung des Geburtsvorganges von Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettsverlaufs.

### III. Abschnitt Ausbildung

#### § 5

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 Wochenbettsverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (Ausbildungsziel).

#### § 6

(1) Die Ausbildung für Hebammen und Entbindungspfleger schließt mit der staatlichen Prüfung ab und dauert unabhängig vom Zeitpunkt der staatlichen Prüfung drei Jahre. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung. Unterricht und praktische Ausbildung werden in staatlich anerkannten Hebammenschulen an Krankenhäusern vermittelt.

(2) Hebammenschulen sind als geeignet für die Ausbildung nach Absatz 1 staatlich anzuerkennen, wenn sie

1. von einer Lehrhebamme oder einem Lehrentbindungspfleger oder gemeinsam von einer Ärztin oder einem Arzt und einer Lehrhebamme oder einem Lehrentbindungspfleger geleitet werden,
2. über eine im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze ausreichende Zahl von Lehrhebammen oder Lehrentbindungspflegern, sowie an der Ausbildung mitwirkende Ärztinnen oder Ärzte und sonstige Fachkräfte verfügen,
3. die erforderlichen Räume und Einrichtungen für den Unterricht besitzen,

4. mit einem Krankenhaus verbunden sind, das die Durchführung der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger durch Hebammen oder Entbindungspfleger im Krankenhaus gewährleistet.

Teile der praktischen Ausbildung können, sofern das Ausbildungsziel es zuläßt oder darüber hinaus erfordert, auch in einer Einrichtung durchgeführt werden, die von der zuständigen Behörde zur Ausbildung ermächtigt ist.

#### § 7

Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung nach § 6 Abs. 1 ist die Vollendung des siebzehnten Lebensjahres und die gesundheitliche Eignung zur Ausbildung des Berufs. Weiter ist Voraussetzung:

1. der Realschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung oder

Bei Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen von nach dem 22. Januar 1986 der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft beigetretenen Mitgliedstaaten gilt das Datum des Beitritts, bei abweichender Vereinbarung das hiernach maßgebende Datum, bei Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, mit dem eine besondere Vereinbarung zum Zeitpunkt der Geltung der Verpflichtungen aus den Richtlinien 80/154/EWG und 80/155/EWG des Rates vom 21. Januar 1980 (ABl. EG Nr. L 33 S. 1 und S. 8) getroffen worden ist, das hiernach maßgebende Datum. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, die Anlage zu diesem Gesetz späteren Änderungen des Artikels 3 der Richtlinie 80/154/EWG vom 21. Januar 1980 (ABl. EG Nr. L 33 S. 1) anzupassen. Gleichwertig den in Satz 1 genannten Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen der Hebammen sind nach dem in Satz 1 oder 2 genannten Zeitpunkt von einem der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ausgestellten Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise der Hebammen, die den in der Anlage zu Satz 1 für den betreffenden Staat aufgeführten Bezeichnungen nicht entsprechen, aber mit einer Bescheinigung der zuständigen Behörde oder Stelle dieses Staates darüber vorgelegt werden, daß Sie eine Ausbildung abschließen, die den Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 80/155/EWG entspricht, und daß sie den für diesen Staat in der Anlage zu Satz 1 aufgeführten Nachweisen gleichstehen.

(3) Die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 ist unbeschadet des Absatzes 2 Satz 1 und 2 unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 auch Deutschen im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes, Staatsangehörigen eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder heimatlosen Ausländern im Sinne des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer im Bundesgebiet zu erteilen, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes eine abgeschlossene Ausbildung erworben haben, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist. Anderen Personen kann die Erlaubnis erteilt werden, wenn diese Voraussetzungen vorliegen.

#### § 3

(1) Die Erlaubnis ist zurückzunehmen, wenn bei ihrer Erteilung die staatliche Prüfung nicht bestanden oder die Ausbildung nach § 2 Abs. 2 oder 3 oder die nach § 28 Abs. 1 oder 2 nachzuweisende Ausbildung nicht abgeschlossen war.

(2) Die Erlaubnis ist zu widerrufen, wenn nachträglich die Voraussetzung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 weggefallen ist.

(3) Die Erlaubnis kann widerrufen werden, wenn nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 weggefallen ist.

### II. Abschnitt Vorbehaltene Tätigkeiten

#### § 4

(1) Zur Leistung von Geburtshilfe sind abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Hebammen“ oder „Entbindungspfleger“, sowie Dienstleistungserbringer im Sinne des § 1



#### IV. Abschnitt Ausbildungsverhältnis

##### § 11

- (1) Der Träger der Ausbildung, der einen anderen zur Ausbildung nach diesem Gesetz einstellt, hat mit diesem einen schriftlichen Ausbildungsvertrag nach Maßgabe der Vorschriften dieses Abschnitts zu schließen.
- (2) Der Ausbildungsvertrag muß mindestens enthalten
1. die Bezeichnung des Berufs, zu dem nach den Vorschriften dieses Gesetzes ausgebildet wird,
  2. den Beginn und die Dauer der Ausbildung,
  3. die Dauer der regelmäßigen täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszeit,
  4. die Dauer der Probezeit,
  5. Angaben über Zahlung und Höhe der Ausbildungsvergütung,
  6. die Dauer des Urlaubs,
  7. die Voraussetzungen, unter denen der Ausbildungsvertrag gekündigt werden kann.
- (3) Der Ausbildungsvertrag ist von einem Vertreter des Trägers der Ausbildung sowie der Schülerin oder dem Schüler und deren gesetzlichem Vertreter zu unterzeichnen. Eine Austerfung des unterzeichneten Ausbildungsvertrages ist der Schülerin oder dem Schüler und deren gesetzlichem Vertreter auszuhändigen.
- (4) Änderungen des Ausbildungsvertrages bedürfen der Schriftform.

##### § 12

(1) Eine Vereinbarung, die die Schülerin oder den Schüler für die Zeit nach Beendigung des Ausbildungsverhältnisses in der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit beschränkt, ist nichtig. Dieses gilt nicht, wenn die Schülerin oder Schüler innerhalb der letzten drei Monate des Ausbildungsverhältnisses für die Zeit nach dessen Beendigung ein Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingeht.

(2) Nichtig ist auch eine Vereinbarung über

1. die Verpflichtung der Schülerin oder des Schülers, für die Ausbildung eine Entschädigung zu zahlen,
2. Vertragsstrafen,
3. den Ausschuß oder die Beschränkung von Schadensersatzansprüchen,
4. die Festsetzung der Höhe eines Schadensersatzes in Pauschbeträgen.

##### § 13

(1) Der Träger der Ausbildung hat

1. die Ausbildung in einer durch ihren Zweck gebotenen Form planmäßig, zeitlich und sachlich gegliedert so durchzuführen, daß das Ausbildungsziel (§ 5) in der vorgesehenen Ausbildungszeit erreicht werden kann,
2. der Schülerin und dem Schüler kostenlos die Ausbildungsmittel, Instrumente und Apparate zur Verfügung zu stellen, die zur Ausbildung und zum Ablegen der staatlichen Prüfung erforderlich sind.

2. der Hauptschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung, sofern der Bewerber
  - a) eine mindestens zweijährige Pflegevorschule erfolgreich besucht hat oder
  - b) eine Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen hat oder
3. die Erlaubnis als Krankenpflegeheilerin oder Krankenpflegehelfer.

##### § 8

Die zuständige Behörde kann auf Antrag eine andere Ausbildung im Umfang ihrer Gleichwertigkeit auf die Dauer der Ausbildung anrechnen, wenn die Durchführung der Ausbildung und die Erreichung des Ausbildungszieles dadurch nicht gefährdet werden. Eine Ausbildung als Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger ist mit zwölf Monaten anzurechnen.

##### § 9

Auf die Dauer der Ausbildung werden angerechnet

1. Unterbrechungen durch Urlaub oder Ferien bis zu sechs Wochen jährlich und
2. Unterbrechungen durch Schwangerschaft, Krankheit oder aus anderen, von der Schülerin oder vom Schüler nicht zu vertretenden Gründen bis zur Gesamtdauer von zwölf Wochen, bei verkürzten Ausbildungen nach § 8 bis zu höchstens vier Wochen je Ausbildungsjahr.

Auf Antrag kann die zuständige Behörde auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigen, soweit eine besondere Härte vorliegt und das Ausbildungsziel durch die Anrechnung nicht gefährdet wird.

##### § 10

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger unter Berücksichtigung der in der Richtlinie 80/155/EWG vom 21. Januar 1980 (ABLEG Nr. L 33 S 8) genannten Ausbildungsverordnungen, Ausbildungsinhalte, Tätigkeiten und Aufgaben die Mindestanforderungen an die Ausbildung sowie das Nähere über die staatliche Prüfung und die Urkunde für die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 zu regeln. In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, daß die Schülerin und der Schüler an theoretischem und praktischem Unterricht und an einer praktischen Ausbildung teilzunehmen haben.

(2) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 ist ferner für Antragsteller, die Staatsangehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, zu regeln:

1. das Verfahren bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3, insbesondere die Vorlage der vom Antragsteller vorzulegenden Nachweise und die Ermittlung durch die zuständigen Behörden entsprechend Artikel 7 bis 10 der Richtlinie 80/154/EWG,
2. die Frist für die Erteilung der Erlaubnis entsprechend Artikel 11 der Richtlinie 80/154/EWG.

(4) Eine Kündigung aus einem wichtigen Grund ist unwirksam, wenn die ihr zugrundeliegenden Tatsachen dem zur Kündigung Berechtigten länger als zwei Wochen bekannt sind. Ist ein vorgesehener Güterverfahren vor einer außergerichtlichen Stelle eingeleitet, so wird bis zu dessen Beendigung der Lauf dieser Frist gehemmt.

#### § 19

Werden die Schülerin und der Schüler im Anschluß an das Ausbildungsverhältnis beschäftigt, ohne daß hierüber ausdrücklich etwas vereinbart worden ist, so gilt ein Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit als begründet.

#### § 20

Eine Vereinbarung, die zuungunsten der Schülerin oder des Schülers von den Vorschriften des IV. Abschnitts dieses Gesetzes abweicht, ist nichtig.

#### § 21

Die §§ 11 bis 20 finden keine Anwendung auf Schülerinnen und Schüler, die Mitglieder geistlicher Gemeinschaften oder Diakonissen oder Diakonieschwestern sind.

### V. Abschnitt

#### Erbringen von Dienstleistungen, zwischenstaatliche Verträge

#### § 22

(1) Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die zur Ausübung des Berufs einer Hebamme in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum auf Grund einer nach deutschen Rechtsvorschriften abgeschlossenen Ausbildung oder auf Grund eines in der Anlage zu § 2 Abs. 2 Satz 1, in § 2 Abs. 2 Satz 4 oder in § 28 Abs. 1 oder 2 genannten Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises berechtigt sind, dürfen als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vorübergehend den Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausüben.

(2) Wer im Sinne des Absatzes 1 Dienstleistungen erbringen will, hat dieses der zuständigen Behörde vorher anzuzeigen. Sofern eine vorherige Anzeige wegen der Dringlichkeit des Tätigwerdens nicht möglich ist, hat die Anzeige unverzüglich nach Erbringen der Dienstleistung zu erfolgen. Bei der Anzeige sind Bescheinigungen des Herkunftsstaates darüber vorzulegen, daß der Dienstleistungserbringer

1. den Beruf einer Hebamme im Herkunftsstaat ausüben darf und
2. ein Diplom, Prüfungszeugnis oder einen sonstigen Befähigungsnachweis im Sinne des Absatzes 1 besitzt.

Die Bescheinigungen dürfen bei ihrer Vorlage nicht älter als zwölf Monate sein.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für männliche Berufsangehörige entsprechend.

(4) Der Dienstleistungserbringer hat beim Erbringen der Dienstleistung im Geltungsbereich dieses Gesetzes die Rechte und Pflichten einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers. Verstößt ein Dienstleistungserbringer gegen diese Pflichten, so hat die zuständige Behörde unverzüglich die zuständige Behörde des Herkunftsstaates dieses Dienstleistungserbringers hierüber zu unterrichten.

(2) Der Schülerin und dem Schüler dürfen nur Einrichtungen übertragen werden, die dem Ausbildungszweck dienen; sie sollen ihren körperlichen Kräften angemessen sein.

#### § 14

Die Schülerin und der Schüler haben sich zu bemühen, die in § 5 genannten Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erwerben, die erforderlich sind, um das Ausbildungsziel zu erreichen. Sie sind insbesondere verpflichtet,

1. an den vorgeschriebenen Ausbildungsveranstaltungen teilzunehmen,
2. die ihnen im Rahmen der Ausbildung aufgetragenen Verrichtungen sorgfältig auszuführen,
3. die für Beschäftigte im Krankenhaus geltenden Bestimmungen über die Schweigepflicht einzuhalten und über Betriebsgeheimnisse Stillschweigen zu wahren.

#### § 15

(1) Der Träger der Ausbildung hat der Schülerin und dem Schüler eine Ausbildungsergütung zu gewähren.

(2) Sachbezüge können in der Höhe der durch Rechtsverordnung nach § 17 Satz 1 Nr. 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch bestimmten Werte angerechnet werden, jedoch nicht über fünfundsiebzig vom Hundert der Bruttovergütung hinaus. Können die Schülerin und der Schüler während der Zeit, für welche die Ausbildungsvergütung fortzuzahlen ist, aus berechtigtem Grund Sachbezüge nicht annehmen, so sind diese nach den Sachbezugswerten abzugelten.

(3) Eine über die vereinbarte regelmäßige tägliche oder wöchentliche Ausbildungszeit hinausgehende Beschäftigung ist nur ausnahmsweise zulässig und besonders zu vergüten.

#### § 16

Das Ausbildungsverhältnis beginnt mit der Probezeit. Die Probezeit beträgt sechs Monate.

#### § 17

(1) Das Ausbildungsverhältnis endet mit dem Ablauf der Ausbildungszeit.

(2) Bestehen die Schülerin oder der Schüler die staatliche Prüfung nicht, so verlängert sich das Ausbildungsverhältnis auf ihren schriftlichen Antrag bis zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung, höchstens jedoch um ein Jahr.

#### § 18

(1) Während der Probezeit kann das Ausbildungsverhältnis jederzeit ohne Einhalten einer Kündigungsfrist gekündigt werden.

(2) Nach der Probezeit kann das Ausbildungsverhältnis nur gekündigt werden

1. ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist,
  - a) wenn die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 nicht mehr vorliegen
  - b) aus einem sonstigen wichtigen Grund,

(3) Die Kündigung muß schriftlich und in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 unter Angabe der Kündigungsgründe erfolgen.

- (5) Einem Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, der im Geltungsbereich dieses Gesetzes über den Beruf einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers auf Grund einer Erlaubnis ausübt, sind auf Antrag für Zwecke der Dienstleistungserbringung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Bescheinigungen darüber auszustellen, daß er
1. den Beruf der Hebamme oder des Entbindungspflegers im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausüben darf und
  2. den erforderlichen Ausbildungsnachweis besitzt.

### § 23

Zwischenstaatliche Verträge über die Tätigkeit der Hebammen in den Grenzgebieten bleiben unberührt.

## VI. Abschnitt Zuständigkeiten

### § 24

- (1) Die Entscheidung nach § 2 Abs. 1 trifft die zuständige Behörde des Landes, in dem der Antragsteller die Prüfung abgelegt hat.
- (2) Die Entscheidung über die Anrechnung einer Ausbildung nach § 8 trifft die zuständige Behörde des Landes, in dem der Antragsteller an einer Ausbildung teilnehmen will.
- (3) Die Länder bestimmen die zur Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden.

## VII. Abschnitt Bußgeldvorschriften

### § 25

Ordnungswidrig handelt, wer

1. ohne Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 die Berufsbezeichnung „Hebamme“ oder „Entbindungspfleger“ führt,
  2. entgegen § 4 Abs. 1 Satz 1 Geburtshilfe leistet.
- Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden.

## VIII. Abschnitt Anwendung des Berufsbildungsgesetzes

### § 26

Für die Ausbildung der Hebamme und des Entbindungspflegers findet das Berufsbildungsgesetz keine Anwendung.

## IX. Abschnitt Übergangsvorschriften

### § 27

- (1) Eine im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes wirksame Anerkennung als Hebamme nach § 6 des Hebammengesetzes in der in § 33 Satz 2 Nr. 1 bezeichneten Fassung und ein durch § 23 des Hebammengesetzes der Anerkennung nach § 6 des Hebammengesetzes gleichgestelltes Prüfungszeugnis nach § 30 Abs. 3 der Gewerbeordnung gelten als Erlaubnis nach § 1 Abs. 1.
- (2) Eine vor Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnene Ausbildung als Hebamme wird nach den bisher geltenden Vorschriften abgeschlossen. Nach Abschluß der Ausbildung erhält der Antragsteller, wenn die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 vorliegen, eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1.

### § 27a

- (1) Eine vor dem Wirksamwerden des Beitritts nach den Vorschriften der Deutschen Demokratischen Republik erteilte Erlaubnis als Hebamme gilt als Erlaubnis nach § 1 Abs. 1.
- (2) Eine vor dem Wirksamwerden des Beitritts nach den Vorschriften der Deutschen Demokratischen Republik begonnene Ausbildung als Hebamme wird nach diesen Vorschriften abgeschlossen. Nach Abschluß der Ausbildung erhält der Antragsteller, wenn die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 vorliegen, eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1.

### § 28

(1) Antragstellern, die Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind und die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 erfüllen und die eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 auf Grund der Vorlage eines vor dem nach § 2 Abs. 2 Satz 1 oder 2 jeweils für die Anerkennung maßgebenden Datum ausgestellten Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises einer Hebamme eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beantragen, ist die Erlaubnis zu erteilen. In den Fällen, in denen die Ausbildung des Antragstellers den Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 80/155/EWG nicht genügt, kann die zuständige Behörde die Vorlage einer Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftsstaates verlangen, aus der sich ergibt, daß der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang tatsächlich und gesetzsmäßig den Beruf einer Hebamme ausgeübt hat.

(2) Antragstellern, die Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind und die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 erfüllen und die eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 auf Grund der Vorlage eines vor dem 23. Januar 1983 von einem Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft ausgestellten Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises einer Hebamme oder eines vor dem 1. Januar 1993 von einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ausgestellten Diploms, Prü-

2. über eine im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze ausreichende Zahl von
  - Fachschullehrern mit pädagogischem Hochschulabschluss oder
  - Fachschullehrern mit Fachschulabschluss, die zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Beitritts an einer Medizinischen Fachschule unterrichten sowie
  - an der Ausbildung mitwirkende Ärztinnen oder Ärzte und sonstige Fachkräfte verfügen.
- (3) Medizinische Fachschulen, die vor dem Wirksamwerden des Beitritts nach den Vorschriften der Deutschen Demokratischen Republik gebildet wurden und zu diesem Zeitpunkt Hebammen ausbilden, gelten als staatlich anerkannt nach Absatz 2, sofern die Anerkennung nicht zurückgenommen wird. Die Anerkennung ist zurückzunehmen, falls nicht innerhalb von drei Jahren nach dem Wirksamwerden des Beitritts nachgewiesen wird, daß die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 erfüllt sind.

#### X. Abschnitt Schlußvorschriften

### § 31

- (1) Die außerhalb dieses Gesetzes für „Hebammen“ bestehenden Rechtsvorschriften finden auch auf „Entbindungspfleger“ Anwendung.
- (2) Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. Mai 1985 (BGBl. I S. 766), wird wie folgt geändert:
  1. § 166 Abs. 1 Nr. 4 erhält folgende Fassung:
    - „4. freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger“
  2. § 475 d wird wie folgt geändert:
    - a) Die Absätze 1 und 2 erhalten folgende Fassung:
      - „(1) Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger (§ 166 Abs. 1 Nr. 4) haben selbst die Pflichten der Arbeitgeber zu erfüllen.
      - (2) Der Grundlohn bemißt sich nach dem durchschnittlichen Arbeitseinkommen aus der Tätigkeit als freiberuflich tätige Hebamme oder Entbindungspfleger, mindestens jedoch nach dem 150. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für freiberuflich tätige Hebammen mit einem gewährleisteten Mindesteinkommen bemißt sich der Grundlohn mindestens nach dem gewährleisteten Betrag, § 180 Abs. 5 bis 8 gilt.“
    - b) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.
- (3) Das Angestelltenversicherungsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 821-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16. Mai 1985 (BGBl. I S. 766), wird wie folgt geändert:
  1. In § 2 Abs. 1 Nr. 5 werden die Worte „Hebammen mit Niederlassungserlaubnis“ durch die Worte „freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger“ ersetzt.
  2. § 127 Abs. 2 wird gestrichen.
  - (4) Nach Artikel 2 § 48 b des Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 821-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 16. Mai 1986 (BGBl. I S. 766), wird folgender § 48 c eingefügt:
    - § 127 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes in der am 30. Juni 1985 geltenden Fassung gilt für die Hebammen mit Niederlassungserlaubnis weiter.“

fungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises einer Hebamme beantragen, die den Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 80/155/EWG genügen, denen jedoch nach Artikel 2 der Richtlinie 80/154/EWG gleichzeitig eine der in Artikel 4 der Richtlinie 80/154/EWG genannten Bescheinigungen der zuständigen Behörde des Heimat- oder Herkunftsstaates beizufügen ist, aus der sich ergibt, daß der Antragsteller nach Erhalt des Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises als Hebamme, während einer berufspraktischen Tätigkeit in zufriedenstellender Weise alle mit dem Beruf einer Hebamme verbundenen Tätigkeiten in einem Krankenhaus oder eine sonstigen zu diesem Zweck anerkannten Einrichtung des Gesundheitswesens ausgeübt hat, kann die Erlaubnis nur erteilt werden, wenn eine Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftsstaates vorgelegt wird, aus der sich ergibt, daß der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens zwei Jahre lang tatsächlich und gesetzmäßig den Beruf einer Hebamme ausgeübt hat.

### § 29

(1) Eine im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes wirksame Niederlassungserlaubnis nach § 10 des Hebammergesetzes in der in § 33 Satz 2 Nr. 1 bezeichneten Fassung gilt weiter. Sie erlischt mit Ablauf des Tages, an dem die Inhaberin der Erlaubnis das 70. Lebensjahr vollendet.

(2) Eine Niederlassungserlaubnis ist zu widerrufen, wenn die Hebamme ihren Beruf aufgrund eines Arbeitsvertrages in Krankenhäusern ausübt; sie kann widerrufen werden, wenn die Hebamme in den letzten drei Jahren weniger als zehn Geburtshilfen geleistet hat und die Geburtshilfe in dem zugewiesenen Bezirk anderweitig ausreichend sichergestellt ist.

(3) Die Niederlassungserlaubnis darf nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes widerrufen werden.

### § 30

(1) Eine Anerkennung als Wochenpflegerin nach § 1 Abs. 2 der Verordnung über Wochenpflegerinnen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 18. April 1975 (BGBl. I S. 967), und eine durch § 8 dieser Verordnung gleichgestellte Anerkennung gelten weiter.

(2) Eine vor Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnene Ausbildung als Wochenpflegerin wird nach den bisher geltenden Vorschriften abgeschlossen. Nach Abschluß der Ausbildung erhält die Antragstellerin eine Anerkennung nach diesen Vorschriften.

#### IX a. Abschnitt

Überleitungsregelungen aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands

### § 30 a

(1) § 6 Abs. 1 Satz 3 gilt in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für Medizinische Fachschulen entsprechend.

(2) Abweichend von § 6 Abs. 2 Nr. 1 und 2 können in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet Medizinische Fachschulen als geeignet für die Ausbildung staatlich anerkannt werden, wenn sie

1. von einem Direktor mit pädagogischer Hochschulqualifikation oder mit einer anderen Hochschulausbildung und einer abgeschlossenen Ausbildung in einem medizinischen Beruf geleitet werden und

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausfertigt und wird im Bundesgesetzblatt verkündet.

Bonn, den 4. Juni 1985  
Der Bundespräsident  
Weizsäcker

Der Bundeskanzler  
Dr. Helmut Kohl

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit  
Heiner Geißler

**Anlage**  
(zu § 2 Abs. 2, Satz 1)

Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

- a) Belgien**  
das von staatlichen oder staatlich anerkannten Schulen oder der Jury Central verleihe ne „diplôme d'accoucheuse/vroedvrouwdiploma“;
- b) Dänemark**  
der von der „Danemarks jordmoderskole“ ausgestellte „bevis for besætt jordmodereksamen“;
- c) Finnland**  
„kätö/bammorska“ oder „erikoissairaanholtaja naistentaudit atityshuolto/speciali-jukskötäre, kvinnosjukdomar och mödravård“ (Hebammendiplom), ausgestellt von einer Krankenpflegeschule;
- d) Frankreich**  
das vom Staat verliehene „diplôme de sage-femme“;
- e) Griechenland**  
– „Πτυχίο Μαιέας ή Μακρυτιχή“ bescheinigt durch das Ministerium für Gesundheit, Vorsorge und soziale Sicherheit.  
– „Πτυχίο Ανοστήρας Σχολής Στελέων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας Τμήματος Μακρυτιχών“, ausgestellt entweder von der Fakultät für Führungskräfte im Bereich Gesundheitswesen und soziale Sicherheit, Abteilung Geburtshilfe, der Zentren für die höhere fachtheoretische und berufspraktische Ausbildung oder von den Anstalten für fachtheoretische Ausbildung des Ministeriums für Bildung und Kultusfragen;
- f) Irland**  
das vom „An Bord Altranais“ verliehene „Certificate in Midwifery“;
- g) Island**  
„próf frá Ljósmeðraskóla Íslands“ (Diplom der isländischen Hebammenschule);
- h) Italien**  
das von staatlich anerkannten Schulen ausgestellte „diploma d'ostetrica“;

(5) In § 2 Abs. 2 Nr. 6 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27. Juli 1984, BGBl. I S. 1029) werden die Worte „Hebammen mit Niederlassungs-erlaubnis“ durch die Worte „freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger“ ersetzt.

### § 32

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die aufgrund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

### § 33

Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 1985 in Kraft. Gleichzeitig treten, soweit sich nicht aus § 27 Abs. 2 und § 30 Abs. 2 etwas anderes ergibt und soweit sie Bundesrecht enthalten, außer Kraft:

- das Hebammengesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 55 des Gesetzes vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469),
- das Gesetz zur Regelung von Fragen des Hebammenwesens in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-2, veröffentlichten bereinigten Fassung,
- die Erste Verordnung zur Durchführung des Hebammengesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-1-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 18. April 1975 (BGBl. I S. 967),
- die Zweite Verordnung zur Durchführung des Hebammengesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-1-2, veröffentlichten bereinigten Fassung,
- die Sechste Verordnung zur Durchführung des Hebammengesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-1-6, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch § 20 der Verordnung vom 3. September 1981 (BGBl. I S. 923),
- die Siebente Verordnung zur Durchführung des Hebammengesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-1-7, veröffentlichten bereinigten Fassung,
- die Verordnung zur Abgrenzung der Berufstätigkeit der Hebammen von der Krankenpflege in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-3, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Artikel 287 Nr. 5 des Gesetzes vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469),
- die Niedersächsische Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Abgrenzung der Berufstätigkeit der Hebammen von der Krankenpflege vom 19. Dezember 1939 (RGBl. I S. 2458) vom 29. August 1948 (Gesetz- und Verordnungsblatt S. 75), Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-3 a,
- die Verordnung über die Altersgrenze bei Hebammen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-1-9, veröffentlichten bereinigten Fassung,
- die Verordnung über Wochenpflegerinnen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 18. April 1975 (BGBl. I S. 967),
- die §§ 1, 16 und 17 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen vom 3. September 1981 (BGBl. I S. 923).

- i) Liechtenstein**  
die in einem der Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder von einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ausgestellten Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Hebammen;
- j) Luxemburg**  
das vom Minister für Gesundheitswesen aufgrund des Beschlusses des Prüfungsausschusses ausgestellte „diplome de sage-femme“;
- k) Niederlande**  
das von der staatlich eingesetzten Prüfungskommission verliehene „diploma van verloskundige“;
- l) Norwegen**  
„bevis for bestått jordmoreksamen“ (Hebammendiplom), ausgestellt von einer Hebammenschule, zusammen mit einer Bescheinigung über eine praktische Ausbildung, ausgestellt von den zuständigen Gesundheitsbehörden;
- m) Österreich**  
„Hebammen-Diplom“, ausgestellt von einer Hebammenschule;
- n) Portugal**  
das Diplom des „enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica“;
- o) Schweden**  
„bammorska“ (Hebammen-/Krankenpflegediplom), ausgestellt von einer Fachschule für Krankenpflege;
- p) Schweiz**  
„diplomierter Hebamme/sage-femme diplômée/levatrice diplomata“, ausgestellt von der zuständigen Behörde;
- q) Spanien**  
das Diplom „matrona“ oder „asistente obstétrico (matrona)“ oder „enfermería obstétrica-ginecológica“, ausgestellt vom Ministerium für Unterricht und Wissenschaft;
- r) Vereinigtes Königreich**  
ein „Statement of registration as a Midwife“ in Teil 10 des Registers des „United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting“;

**Änderung des Hebammengesetzes**

durch Art. 4 des Gesetzes vom 4.12.2001, (BGBl. I S. 3320)

Betrifft: § 2 Abs. 3 und 4 (Anerkennung ausländischer Hebammenexamen)

(3) Die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 ist unbeschadet des Absatzes 2 Satz 1 und 2 unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 auch Deutschen im Sinne des Artikel 166 des Grundgesetzes, Staatsangehörigen eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder heimatlosen Ausländern im Sinne des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer im Bundesgebiet zu erteilen, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes eine abgeschlossene Ausbildung erworben haben, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist. Ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben oder ist sie nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand feststellbar, ist ein gleichwertiger Kenntnisstand nachzuweisen. Der Nachweis wird durch das Ablegen einer Prüfung erbracht, die sich auf den Inhalt des mündlichen und praktischen Teils der staatlichen Prüfung erstreckt.

(4) Anderen Personen kann die Erlaubnis erteilt werden, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungs- und Kenntnisstandes entsprechend Absatz 3 festgestellt wird.

in: Erdle 37. EL; März 2002, Abschnitt 20.1., S. 3.





### **Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)**

vom 28.10.1986 (BGBl. I S. 1662); zuletzt geändert am 7.10.1997 (BGBl. I S. 2397).

in: Horschitz, Harald (1997): Das Krankenkassen-Gebührenrecht der Hebamme, Hannover (6. neubearbeitete Auflage), S. 17-19.

### **Gebührenverzeichnis vom 1.7.1999**

Anlage zu § 2 Abs. 1 der HebGV vom 1.10.1997

in: Horschitz, Harald (1997): Das Krankenkassen-Gebührenrecht der Hebamme, Hannover (6. neubearbeitete Auflage), S. 34-41.

### **Sechste Anpassung der HebGV Neue Bundesländer**

vom 18.10.2001 (BGBl. I S. 2721)

in: Erdle, Helmut: Recht der Gesundheitsfachberufe und Heilpraktiker, München, 37. Ergänzungslieferung, März 2002, Abschnitt 20.1.1., S. 13f.



## Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

vom 28. Oktober 1986 in der Fassung vom 7.10.1997  
(Bundesgesetzblatt 1997 Teil I S. 2397)

Auf Grund des § 134 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) verordnet der Bundesminister für Gesundheit:

### § 1

#### Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich nach dieser Verordnung.
- (2) Als Hebammen im Sinne dieser Verordnung gelten auch Entbindungspfleger.

### § 2

#### Vergütungen

- (1) Als Vergütungen zahlen die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Verordnung Gebühren für die in der für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bestimmten Fassung des Gebührenverzeichnisses (Anlagen) genannten Leistungen, Ersatz von Auslagen und Wegegeld.
- (2) Als Nacht gilt die Zeit von 20 bis 8 Uhr.

### § 3

#### Auslagen

Als Auslagen kann die Hebamme neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nur die ihr entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt und für die Überwachung des Wochenbettsverlaufs notwendigen Materialien berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder die der Wöchnerin zur weiteren Verwendung überlassen werden; dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Zwischen der Krankenkasse und der Hebamme kann eine Pauschalierung des Auslagensatzes vereinbart werden.

#### § 4 Wegegeld

- (1) Die Hebamme erhält für jeden Besuch aus Anlaß einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld; hierdurch sind auch Zeitversäumnisse abgegolten. Wege zwischen Wohnung oder Praxis der Hebamme und einem Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes sind nicht berechnungsfähig.
- (2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrkosten erstattet. In den übrigen Fällen beträgt das Wegegeld
  - a) bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung 2,85 Deutsche Mark, bei Nacht 4.– Deutsche Mark.
  - b) bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung für jeden zurückgelegten Kilometer 1.– Deutsche Mark, bei Nacht 1,35 Deutsche Mark.
- (3) Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 20 Kilometer länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächstwohnenden Hebamme. Dies gilt nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme nach der besonderen Lage des Falles aus anderen Gründen gerechtfertigt war.
- (4) Besucht die Hebamme mehrere Frauen auf einem Weg, ist das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig nach dem Verhältnis der zurückgelegten Gesamtstrecke zu der Zahl der besuchten Frauen zu berechnen.

#### § 5 Abrechnung mit den Krankenkassen

- (1) Die Hebamme soll ihre Rechnung innerhalb eines Monats nach der Entbindung bei der zuständigen Krankenkasse einreichen. Die Rechnung muß alle zur Prüfung des Anspruchs notwendigen Angaben, insbesondere die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, enthalten.
- (2) In der Rechnung sind die berechneten Leistungen mit ihrem jeweiligen Datum und, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist, auch Zeit und Dauer der abgerechneten Leistungen anzugeben. Ist im Gebührenverzeichnis eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, so ist diese der Rechnung beizufügen.

(3) Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam im Benehmen mit den Hebammenverbänden in erstellten Richtlinien. Zur Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens können die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Hebammen die Verwendung einheitlicher Abrechnungformulare vereinbaren.

(4) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu begleichen, soweit eine Leistungspflicht besteht. Wird die Rechnung beanstandet, hat die Krankenkasse der Hebamme innerhalb derselben Frist den Grund der Beanstandung mitzuteilen und, sofern sich die Beanstandung nur auf einen Teil der Rechnung erstreckt, den unstreitigen Rechnungsbetrag zu zahlen.

#### § 6 Übergangsvorschrift

Diese Verordnung in der Fassung der Verordnung vom 7.10.1997 (BGBl. I S. 2397) findet bei Geburten und Fehlgeburten nach dem 30. September 1997 mit der Maßgabe Anwendung, daß

1. bei Geburten und Fehlgeburten vom 1. Oktober 1997 bis zum 30. Juni 1998 für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen die Gebühren nach der für diesen Abrechnungszeitraum bestimmten Fassung des Gebührenverzeichnisses,
2. bei Geburten und Fehlgeburten vom 1. Juli 1998 bis zum 30. Juni 1999 für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen die Gebühren nach der für diesen Abrechnungszeitraum bestimmten Fassung des Gebührenverzeichnisses und
3. bei Geburten und Fehlgeburten nach dem 30. Juni 1999 für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen die Gebühren nach der für die Leistungsabrechnung ab 1. Juli 1999 bestimmten Fassung des Gebührenverzeichnisses

zu berechnen sind.

#### § 7 Inkrafttreten

(Erstmaliges Inkrafttreten zum 1.10.1997).

Anlage (zu § 2 Abs. 1)

# Gebührenverzeichnis

für die Leistungsabrechnung ab 1. Juli 1999

Nr.	Leistung	Gebühr in DM
-----	----------	-----------------

## A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

- ① Beratung der Schwangeren, auch fernmündlich ..... 10,—  
Die Gebühr nach Nummer ① ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölfmal berechnungsfähig. Sie ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern ②, ④, ⑤ und ⑧ nicht berechnungsfähig.
- ② Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren ..... 40,—  
Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen: Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herzrhythmen, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpaß des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung.  
Die Gebühr nach Nummer ② ist berechnungsfähig  
a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,  
b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.  
Die Vorsorgeuntersuchungen sollen im Abstand von vier Wochen stattfinden; in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind je zwei Vorsorgeuntersuchungen angezeigt.
- ③ Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der

- Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpaß nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung ..... 10,—  
Die Leistungen nach den Nummern ② und ③ sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpaß dokumentiert sind.
- ④ Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangene halbe Stunde ..... 25,—
- ⑤ Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde ..... 31,—  
Dauert die Leistung nach den Nummern ④ und ⑤ länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.
- ⑥ Kardiotokographische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich Dokumentation im Mutterpaß nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung ..... 11,—  
Die Gebühr für die Leistung nach Nummer ⑥ ist je Tag höchstens zweimal berechnungsfähig, es sei denn, daß weitere Überwachungen an einem Tag ärztlich angeordnet werden.
- ⑦ Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten) ..... 10,—
- ⑧ Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung, höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten) ..... 25,—  
Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern ⑦ und ⑧ umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.

## B. Geburtshilfe

- ⑨ Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus ..... 350,—
- ⑩ Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung ..... 350,—
- ⑪ Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ..... 625,—
- ⑫ Hilfe bei einer Hausgeburt ..... 750,—
- ⑬ Hilfe bei einer Fehlgeburt ..... 165,—  
*Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern ⑨ bis ⑬ umfassen mit Ausnahme der gegebenenfalls gesondert berechnungsfähigen Leistung nach Nummer ⑭ die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Die jeweilige Gebühr versteht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.*
- ⑭ Versorgung eines Dammschnitts oder eines Dammrisses I. oder II. Grades ..... 44,—
- ⑮ Zuschlag für Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind ..... 100,—
- ⑯ Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung ..... 180,—  
*Die Gebühr für die Leistung nach Nummer ⑯ umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.*
- ⑰ Hilfe bei einer nicht vollendeten Hausgeburt oder einer nicht vollendeten außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ..... 250,—  
*Die Gebühr für die Leistung nach Nummer ⑰ umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe ein-*
- schließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt oder einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt oder außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muß und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet und dort keine weitere Hilfe leistet.*
- ⑱ Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern ⑨ bis ⑬, ⑯ und ⑰ bei Hilfe bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen  
 Der Zuschlag beträgt 25 vom Hundert der jeweiligen Gebühr.  
*Maßgebend für die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags ist bei den Leistungen nach den Nummern ⑨ bis ⑬ der Zeitpunkt der Geburt, bei der Leistung nach Nummer ⑰ der Zeitpunkt der Fehlgeburt und bei den Leistungen nach den Nummern ⑯ und ⑰ der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfe.*
- ⑲ Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde ..... 25,—
- ⑳ Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme bei Nacht, an Samstagen ab 12.00 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde ..... 31,—  
*Gebühren für Leistungen nach den Nummern ⑲ und ⑳ sind für eine Hilfeleistung der zweiten Hebamme von bis zu vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.*
- ㉑ Perinatalerhebung bei einer außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten ..... 10,—  
*Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.*

## C. Leistungen während des Wochenbetts

### Allgemeine Bestimmungen

a) Die Leistungen nach den Nummern 22 bis 35 dienen der Überwachung des Wochenbettsverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 36 und 37. Die Leistungen nach den Nummern 22 bis 33, 35 und 37 sind auch nach einer Fehlgeburt berechnungsfähig.

b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum 10. Tag nach der Geburt vergütet. Bei fernmündlicher Beratung, die in den ersten zehn Tagen nach der Geburt einen Besuch nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 ersetzt, ist eine Gebühr analog Nummer 35 berechnungsfähig.

c) In dem Zeitraum zwischen dem 11. Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach den Nummern 22, 23, 25 bis 33 oder 35 berechnungsfähig, weitere Besuche nach den Nummern 25, 26, 29, 32 oder 33 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Mehr als 16 Leistungen nach den Nummern 22, 23, 25 bis 33 oder 35 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.

d) Ein weiterer Besuch an demselben Tag ist berechnungsfähig  
 aa) nach ambulanter Einbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt nach den Nummern 25 oder 26 sowie  
 bb) unabhängig von der Art der Einbindung nach den Nummern 25, 26, 29, 32 oder 33 während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärmihi oder Dammriss III. Gra-

des, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.

e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung bei pathologischem Wochenbettsverlauf berechnungsfähig.

22	Hausbesuch nach der Geburt	45,—
23	Hausbesuch nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen	50,—
24	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 22 oder 23 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	10,—
25	Weiterer Hausbesuch an demselben Tag	45,—
26	Weiterer Hausbesuch an demselben Sonn- oder Feiertag	50,—
27	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt	17,—
28	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen	21,—
29	Weiterer Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung an demselben Tag	17,—
30	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	35,—
31	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt an einem Sonn- oder Feiertag	44,—
32	Weiterer Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung an demselben Tag	35,—
33	Weiterer Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung an demselben Sonn- oder Feiertag	44,—

- 34 Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 22, 23 und 25 bis 33, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind ..... 15,—
- 35 Fernmündliche Beratung der Wöchnerin ..... 9,—
- 36 Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung ..... 13,—
- 37 Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) oder im Rahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung ..... 10,—
- 38 *Leistungen nach Nummer 37 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpaß oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.*

**D. Sonstige Leistungen**

- 38 Wache auf ärztliche Anordnung, je angefangene Stunde ..... 30,—
  - 39 Wache auf ärztliche Anordnung bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, je angefangene Stunde ..... 38,—
  - 40 Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten) ..... 10,—
- Die Leistung nach Nummer 40 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.*

- 41 Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten ..... 45,—
  - 42 Fernmündliche Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten ..... 9,—
- Die Gebühren nach den Nummern 41 und/oder 42 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase berechnungsfähig. Sie sind jeweils höchstens zweimal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.*

**Vorschriften, die in den neuen Bundesländern gelten**

**Einigungsvertragsgesetz**

- Kapitel VIII Geschäftsbericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung Sachgebiet G Krankenversicherung – Gesundheitliche Versorgung Abschnitt III
- Bundesrecht tritt in dem in Artikel 3 des Vertrages genannten Gebiet mit folgenden Maßgaben in Kraft:
  - 4. Die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1662), geändert durch Verordnung vom 6. Juli 1990 (BGBl. I S. 1395) mit folgenden Maßgaben:
    - Die Vergütung für Leistungen in dem in Artikel 3 des Vertrages genannten Gebiet beträgt 45 v. H. der im Gebührenverzeichnis (Anlage zu § 2 Abs. 1) genannten Beträge.
- 10. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die für das in Artikel 3 des Vertrages genannte Gebiet vorgeschriebene Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in regelmäßigen Abständen an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Dabei ist das Verhältnis der für das in Artikel 3 des Vertrages genannte Gebiet bestimmten Bezugsgröße zu der Bezugsgröße für das Gebiet, in dem das Grundgesetz schon vor dem Beitritt gegolten hat, zu berücksichtigen.
- 11. Nr. 4 tritt am 1.1.1991 in Kraft.



20.1.1.1

Sechste Verordnung  
zur Anpassung der Höhe der Vergütungen  
nach der Gebührenordnung für Ärzte,  
der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie  
nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in dem in  
Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet  
(Sechste Gebührenerpassungsverordnung – 6. GebAV)

vom 18. 10. 2001 (BGBl. I S. 2721)

Auf Grund der Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet G Abschnitt III Nummer 10 in Verbindung mit den Nummern 4, 7 und 8 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990, in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. 1990 II S. 885, 1056), in Verbindung mit dem Organisationserlass des Bundeskanzlers vom 23. Januar 1991 (BGBl. I S. 530) sowie in Verbindung mit Artikel 22 Abs. 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) und auf Grund des § 9 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1  
Gebührenordnung für Ärzte

...

§ 2  
Gebührenordnung für Zahnärzte

...

§ 3  
Hebammenhilfe-Gebührenverordnung

Die Vergütung für Leistungen, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet mit Ausnahme des in § 3 Satz 2 der Dritten Gebührenerpassungsverordnung vom 16. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3888) genannten Gebietes vom 1. Januar 2002 an erbracht werden, beträgt 90 vom Hundert der im Gebührenverzeichnis (Anlage zu § 2 Abs. 1 der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung) für die Leistungsabrechnung ab 1. Juli 1999 genannten Beträge.

§ 4  
Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten  
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

...

20.1.1

6. GebAV (Bundesrecht)

§ 5

In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft. § 3 findet bei Geburten und Fehlgeburten vom Zeitpunkt seines In-Kraft-Tretens an für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen Anwendung. Mit dem In-Kraft-Treten dieser Verordnung treten die §§ 1 und 2 der Fünften Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenerpassungsverordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 18. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3829), Artikel 22 Abs. 1 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) S. 3853), das durch Artikel 50 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) geändert worden ist, und § 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818) außer Kraft.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Nach der 1. GebAV betrug die Vergütung 60 v. H., nach der 2. GebAV 75 v. H., nach der 3. GebAV 81 v. H., nach der 4. GebAV 83 v. H., nach der 5. GebAV 86 v. H. der in den Gebührenordnungen festgelegten Beträge.



### **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebAPrV)**

vom 3.9.1981 (BGBl. I 923), in Kraft getreten am 1.1.1983; geändert am 16. 3. 1987 (BGBl.I S. 929) und 27. 4. 1993 (BGBl.I S. 512).

in: Horschitz, Harald; Hermann Kurtenbach: Hebammengesetz mit den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen mit Erläuterungen, Hannover 1994 (2. Auflage), S. 147-163.



## D: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen

### D 1: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1987 (BGBl. I S. 929); zuletzt geändert durch das Gesetz vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 512)

#### § 1 Inhalt der Ausbildung

(1) Die Ausbildung für Hebammen und Entbindungspfleger umfaßt mindestens den in Anlage 1 aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht von 1600 Stunden und die in Anlage 2 aufgeführte praktische Ausbildung von 3000 Stunden. Von der Zuordnung der in Anlage 1 vorgeschriebenen Fächer und der in Anlage 2 vorgeschriebenen Bereiche auf Ausbildungsjahre kann mit Zustimmung der zuständigen Behörde abgewichen werden, soweit dies aus organisatorischen Gründen der einzelnen Hebammenschule erforderlich ist und die Erreichung des Ausbildungszieles nach § 5 des Gesetzes dadurch nicht gefährdet wird.

(2) Während der praktischen Ausbildung ist in allen nach § 5 des Gesetzes für die Berufsausübung wesentlichen Kenntnissen und Fertigkeiten zu unterweisen. Es ist Gelegenheit zu geben, die im theoretischen und praktischen Unterricht erworbenen Kenntnisse zu vertiefen und zu lernen, sie bei der praktischen Arbeit anzuwenden.

(3) Die Ausbildung hat insbesondere die Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die die Hebamme und den Entbindungspfleger befähigen, mindestens die in Artikel 4 der Richtlinie 80/155/EWG vom 21. Januar 1980 (ABl. EG Nr. L 33 S. 8) aufgeführten Tätigkeiten und Aufgaben in eigener Verantwortung durchzuführen.

(4) Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Ausbildungsveranstaltungen ist durch eine Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 3 nachzuweisen.

#### § 2 Staatliche Prüfung

(1) Die staatliche Prüfung umfaßt einen schriftlichen, einen mündlichen und einen praktischen Teil.

(2) Der Prüfling legt die Prüfung bei der Hebammenschule ab, an der er die Ausbildung abgeschlossen hat. Die zuständige Behörde, in deren Bereich die Prüfung oder ein Teil der Prüfung abgelegt werden soll, kann aus wichtigem Grund Ausnahmen zulassen. Die Vorsitzenden der beteiligten Prüfungsausschüsse sind vorher zu hören.

#### § 3 Prüfungsausschuß

(1) Bei der Hebammenschule wird ein Prüfungsausschuß gebildet, der aus folgenden Mitgliedern besteht:

1. einer Medizinalbeamtin oder einem Medizinalbeamten der zuständigen Behörde oder einer von der zuständigen Behörde mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Ärztin oder einem entsprechend beauftragten Arzt als Vorsitzenden,
2. einem Beauftragten der Schulverwaltung, wenn die Schule nach den Schulgesetzen eines Landes der staatlichen Aufsicht durch die Schulverwaltung untersteht,
3. einem Beauftragten aus der Schulleitung.

#### 4. folgenden Fachprüfern:

- a) mindestens einer Ärztin oder einem Arzt,
- b) mindestens einer **Lehrhebamme** oder einem **Lehrentbindungspfleger**,
- c) einer weiteren Hebamme oder einem weiteren Entbindungspfleger,
- d) weiteren Unterrichtskräften entsprechend den zu prüfenden Fächern;

dem Prüfungsausschuss sollen diejenigen Fachprüfer angehören, die den Prüfling in dem Prüfungsfach überwiegend ausgebildet haben.

(1a) Bei den Medizinischen Fachschulen, die nach § 30 a Abs. 2 des Hebammeengesetzes als Hebammenschulen staatlich anerkannt sind, kann abweichend von Absatz 1 Nr. 4 Buchstabe b der Prüfungsausschuss auch mit mindestens einem Diplom-Medizinpädagogen oder einem Medizinpädagogen mit dem medizinischen Fachschulabschluss als Hebamme besetzt werden.

(2) Die zuständige Behörde kann abweichend von Absatz 1 Nr. 1 einen dem Prüfungsausschuss angehörenden Beauftragten der Schulverwaltung zum Vorsitzenden bestellen.

(3) Jedes Mitglied des Prüfungsausschusses hat einen oder mehrere Stellvertreter. Die zuständige Behörde bestellt den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses und nach Anhörung des Leiters der Hebammenschule die Fachprüfer und deren Stellvertreter. Der Vorsitzende bestimmt auf Vorschlag des Leiters der Hebammenschule die Fachprüfer und deren Stellvertreter für die einzelnen Fächer.

(4) Die zuständige Behörde kann Sachverständige und Beobachter zur Teilnahme an allen Prüfungsvorgängen entsenden.

#### § 4 Zulassung zur Prüfung

(1) Der Vorsitzende entscheidet auf Antrag des Prüflings über die Zulassung zur Prüfung und setzt die Prüfungstermine in Benehmen mit dem Leiter der Ausbildungsstätte fest.

(2) Die Zulassung zur Prüfung wird erteilt, wenn folgende Nachweise vorliegen:

1. die Geburtsurkunde oder ein Auszug aus dem Familienbuch der Eltern, bei Verheirateten auch die Heiratsurkunde oder ein Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch,
2. die Bescheinigung über die Teilnahme an den nach dieser Verordnung vorgeschriebenen Ausbildungsveranstaltungen.
- (3) Die Zulassung sowie die Prüfungstermine sollen dem Prüfling spätestens zwei Wochen vor Prüfungsbeginn schriftlich mitgeteilt werden.

#### § 5 Schriftlicher Teil der Prüfung

(1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Fächer:

1. Geburtshilfe einschließlich der in Anlage 1 im 2. und 3. Ausbildungsjahr unter den Nummern 2 bis 7 aufgeführten Stoffgebiete.
2. Anatomie und Physiologie,
3. Krankheitslehre,
4. Kinderheilkunde,
5. Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde.

Der Prüfling hat aus diesen Fächern in je einer Aufsichtsbearbeitung schriftlich gestellte Fragen zu beantworten. Die Aufsichtsbearbeitung in Fach 1 dauert 120 Minuten, in Fach 2 90 Minuten und in den Fächern 3, 4 und 5 je 60 Minuten. Der schriftliche Teil der Prüfung ist an zwei Tagen zu erledigen. Die Aufsichtsführenden werden vom Leiter der Hebammenschule bestellt.

(2) Die Aufgaben für die Aufsichtsbearbeiten werden von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses im Benehmen mit dem Leiter der Hebammenschule bestimmt. Jede Aufsichtsbearbeitung ist von mindestens zwei Fachprüfern nach § 9 zu benoten. Aus den Noten der Fachprüfer bildet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Einvernehmen mit den Fachprüfern die Prüfungsnote für den schriftlichen Teil der Prüfung. Dabei sind das in Absatz 1 Nr. 1 genannte Fach mit dem Faktor 2 und die übrigen Fächer einfach zu gewichten.

#### § 6 Mündlicher Teil der Prüfung

(1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf folgende Fächer:

1. Geburtshilfe einschließlich der in der Anlage 1 im 2. und 3. Ausbildungsjahr unter den Nummern 2 bis 7 aufgeführten Stoffgebieten,
2. Kinderheilkunde,
3. Krankenpflege,
4. Gesundheitslehre und Hygiene.

Die Prüflinge werden einzeln oder in Gruppen bis zu fünf geprüft. In einem Fach soll der Prüfling nicht länger als 20 Minuten geprüft werden. Der Prüfling soll seine Fähigkeiten am geburtsärztlichen Phantom darstellen.

(2) Der mündliche Teil der Prüfung wird von mindestens drei Fachprüfern abgenommen und nach § 9 benotet. Aus den Noten der Fachprüfer bildet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Einvernehmen mit den Fachprüfern die Prüfungsnote für den mündlichen Teil der Prüfung. Dabei sind das in Absatz 1 Nr. 1 genannte Fach mit dem Faktor 2 und die übrigen Fächer einfach zu gewichten.

(3) Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann auf Antrag die Anwesenheit von Zuhörern beim mündlichen Teil der Prüfung gestatten.

#### § 7 Praktischer Teil der Prüfung

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Aufgaben:

1. Aufnahme einer Schwangeren und Dokumentation der erhobenen Befunde mit Erstellung eines Behandlungsplanes,
2. Durchführung einer Entbindung mit Erstversorgung des Neugeborenen und Dokumentation im Einverständnis mit der Schwangeren,
3. eine praktische Pflegedemonstration an einem Säugling,
4. eine Fallbesprechung/Pflegedemonstration an einer Wöchnerin.

Im Einzelfall kann die Entbindung nach Nummer 2 auf Grund zwingender Umstände durch die Mitwirkung an einer operativen Entbindung ersetzt werden. Der praktische Teil der Prüfung soll für den Prüfling höchstens acht Stunden dauern; er kann auf zwei Tage verteilt werden.

(2) Der praktische Teil der Prüfung wird von mindestens zwei Fachprüfern abgenommen und nach § 9 benotet. Aus den Noten der Fachprüfer bildet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Einvernehmen mit den Fachprüfern die Prüfungsnote für den praktischen Teil der Prüfung.

### § 8 Niederschrift

Über die Prüfung ist eine Niederschrift zu fertigen, aus der Gegenstand, Ablauf und Ergebnis der Prüfung und etwa vorkommende Unregelmäßigkeiten hervorgehen.

### § 9 Benotung

Die schriftlichen Aufsichtsarbeiten sowie die Leistungen in der mündlichen und praktischen Prüfung werden wie folgt benotet:

- „sehr gut“ (1), wenn die Leistungen den Anforderungen in besonderem Maße entsprechen.
- „gut“ (2), wenn die Leistungen den Anforderungen voll entspricht.
- „befriedigend“ (3), wenn die Leistung im allgemeinen den Anforderungen entspricht.
- „ausreichend“ (4), wenn die Leistung zwar Mängel aufweist, aber im ganzen den Anforderungen noch entspricht.
- „mangelhaft“ (5), wenn die Leistung den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen läßt, daß die notwendigen Grundkenntnisse vorhanden sind und die Mängel in absehbarer Zeit behoben werden können.
- „ungenügend“ (6), wenn die Leistung den Anforderungen nicht entspricht und selbst die Grundkenntnisse so lückenhaft sind, daß Mängel in absehbarer Zeit nicht behoben werden können.

### § 10 Bestehen und Wiederholung der Prüfung

(1) Die Prüfung ist bestanden, wenn der schriftliche, der mündliche und der praktische Teil der Prüfung mit mindestens „ausreichend“ benotet werden. Dabei muß innerhalb der schriftlichen und des mündlichen Teiles der Prüfung das Fach „Geburtshilfe“ mit mindestens „ausreichend“ benotet sein.

(2) Über die bestandene staatliche Prüfung wird ein Zeugnis nach dem Muster der Anlage 4 erteilt, auf dem die Prüfungsnoten einzutragen sind. Über das Nichtbestehen erhält der Prüfling vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses eine schriftliche Mitteilung, in der die Prüfungsnoten anzugeben sind.

(3) Jeder Teil der Prüfung kann einmal wiederholt werden, wenn der Prüfling die Note „mangelhaft“ oder „ungenügend“ erhalten hat. Zur Wiederholung eines Teils der Prüfung soll der Prüfling zu einem Termin innerhalb von sechs Wochen nach dem Zeitpunkt der erfolglos abgelegten Prüfung geladen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten für das Fach „Geburtshilfe“ entsprechend, wenn der Prüfling innerhalb des schriftlichen oder des mündlichen Teiles der Prüfung in diesem Fach die Note „mangelhaft“ oder „ungenügend“ erhalten hat.

(4) Hat der Prüfling alle Teile der Prüfung zu wiederholen, so darf er zur Prüfung nur zugelassen werden, wenn er an einer weiteren Ausbildung teilgenommen hat, deren Dauer und Inhalt vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses bestimmt werden. Ein entsprechender Nachweis hierüber ist dem Antrag des Prüflings auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung beizufügen. Die Wiederholungsprüfung muß spätestens zwölf Monate nach der letzten Prüfung abgeschlossen sein. Ausnahmen kann die zuständige Behörde in begründeten Fällen zulassen.

### § 11 Rücktritt von der Prüfung

(1) Tritt ein Prüfling nach seiner Zulassung von der Prüfung zurück, so hat er die Gründe für seinen Rücktritt unverzüglich dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses schriftlich mitzuteilen. Genehmigt der Vorsitzende den Rücktritt, so gilt die Prüfung als nicht unternommen. Die Genehmigung ist nur zu erteilen, wenn wichtige Gründe vorliegen. Im Falle einer Krankheit kann die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung verlangt werden.

150

(2) Wird die Genehmigung für den Rücktritt nicht erteilt oder unterläßt es der Prüfling, die Gründe für seinen Rücktritt unverzüglich mitzuteilen, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

### § 12 Versäumnisfolgen

(1) Versäumt ein Prüfling einen Prüfungstermin oder gibt er eine Aufsichtsarbeit nicht oder nicht rechtzeitig ab oder unterbricht er die Prüfung, so gilt die Prüfung als nicht bestanden, wenn nicht ein wichtiger Grund vorliegt. Liegt ein wichtiger Grund vor, so gilt die Prüfung als nicht unternommen.

(2) Die Entscheidung darüber, ob ein wichtiger Grund vorliegt, trifft der Vorsitzende des Prüfungsausschusses. § 11 Abs. 1 Satz 1 und 4 gilt entsprechend.

### § 13 Ordnungsverstöße und Täuschungsversuche

Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann bei Prüflingen, die die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung in erheblichem Maße gestört oder sich eines Täuschungsversuchs schuldig gemacht haben, den betreffenden Teil der Prüfung für „nicht bestanden“ erklären. Eine solche Erklärung ist nach Ablauf von drei Jahren nach Abschluß der Prüfung nicht mehr zulässig.

### § 14 Prüfungsunterlagen

Auf Antrag ist der Prüfungsteilnehmerin nach Abschluß der Prüfung Einsicht in ihre Prüfungsunterlagen zu gewähren. Schriftliche Aufsichtsarbeiten sind drei, Anträge auf Zulassung zur Prüfung und Prüfungsniederschriften zehn Jahre aufzubewahren.

### § 15 Erlaubnisurkunde

Liegen die Voraussetzungen des Gesetzes für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes vor, so stellt die zuständige Behörde die Erlaubnisurkunde nach dem Muster der Anlage 5 aus.

### § 16 Sonderregelungen für Staatsangehörige anderer Mitgliedstaaten der EWG und für Staatsangehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

(1) Antragsteller, die eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes beantragen und die Staatsangehörigen eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes sind, können zum Nachweis, daß die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes vorliegen, eine von der zuständigen Behörde des Heimat- oder Herkunftsstaates ausgestellte entsprechende Bescheinigung oder einen von einer solchen Behörde ausgestellten Strafregisterauszug oder, wenn ein solcher nicht beigebracht werden kann, einen gleichwertigen Nachweis vorlegen. Hat der Antragsteller den Beruf der Hebammen im Heimat- oder Herkunftsstaat bereits ausgeübt, so kann die für die Erteilung der Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes zuständige Behörde bei der zuständigen Behörde des Heimat- oder Herkunftsstaates Auskünfte über etwa gegen den Antragsteller verhängte Strafen oder sonstige berufs- oder strafrechtliche Maßnahmen wegen schwerwiegenden standeswidrigen Verhaltens oder strafbarer Handlungen, die die Ausübung des Berufs im Heimat- oder Herkunftsstaat betreffen, einholen. Hat die für die Erteilung der Erlaubnis zuständige Behörde in den Fällen des Satzes 1 oder 2 von Tatsachen Kenntnis, die außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes eingetreten sind und im Hinblick auf die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes von Bedeutung sein können, so hat sie die zuständige Stelle des Heimat- oder Herkunftsstaates zu unterrichten und sie zu bitten, diese Tatsachen zu überprüfen und ihr das

151

Ergebnis und die Folgerungen, die sie hinsichtlich der von ihr ausgestellten Bescheinigungen und Nachweise daraus zieht, mitzuteilen. Die in Satz 1 bis 3 genannten Bescheinigungen und Mitteilungen sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen der Beurteilung nur zugrunde gelegt werden, wenn bei der Vorlage die Ausstellung nicht mehr als drei Monate zurückliegt.

(2) Antragsteller, die eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes beantragen und die Staatsangehörige eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes sind, können zum Nachweis, daß die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes vorliegen, eine entsprechende Bescheinigung der zuständigen Behörde ihres Heimat- oder Herkunftsstaates vorlegen. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(3) Über den Antrag eines Staatsangehörigen eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes auf Erteilung der Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes ist kurzfristig, spätestens drei Monate nach Vorlage der Nachweise über das Vorliegen der Voraussetzungen des Gesetzes zu entscheiden. Werden Auskünfte nach Absatz 1 Satz 2 oder 3 von der zuständigen Stelle des Heimat- oder Herkunftsstaates eingeholt, so wird der Ablauf der in Satz 1 genannten Frist bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Auskünfte eingehen oder, wenn eine Antwort des Heimat- oder Herkunftsstaates innerhalb von drei Monaten nicht eingeht, bis zum Ablauf dieser drei Monate.

**§ 17 (Berlin-Klausel)**

**§ 18 (Inkrafttreten)**

**Anlage 1**

(zu § 1 Abs. 1)

**Theoretischer und praktischer Unterricht**

Erstes Jahr der Ausbildung

**1 Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde (70 Stunden)**

- 1.1 Hebmammengesetz, Geschichte des Berufs
- 1.2 Gesetzliche Regelungen für die übrigen Berufe des Gesundheitswesens
- 1.3 Arbeitsschutz und Unfallverhütung
- 1.4 Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland und internationale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen
- 1.5 Strafrechtliche, bürgerlich-rechtliche und öffentlich-rechtliche Vorschriften, die bei der Berufsausübung von Bedeutung sind
- 1.6 Die Grundlagen der staatlichen Ordnung in der Bundesrepublik Deutschland

**2 Gesundheitslehre (60 Stunden)**

- 2.1 Die Gesundheit und ihre Wechselbeziehungen
- 2.2 Gesundheitserziehung, Gesundheitsvorsorge, Früherkennung von Krankheiten
- 2.3 Allgemeine Ernährungslehre

**3 Hygiene und Grundlagen der Mikrobiologie (60 Stunden)**

- 3.1 Allgemeine Hygiene und Umweltschutz
- 3.2 Bakteriologie, Virologie und Parasitologie
- 3.3 Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen

**4 Grundlagen für die Hebammentätigkeiten (160 Stunden)**

- 4.1 Einführung in die Tätigkeiten und Aufgaben der Hebamme in der geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses, in der freien Praxis und in Einrichtungen der Schwangeren-, Mütter- und Säuglingsberatung
- 4.2 Geburtshilfliche Propädeutik, Grundlagen der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen und der Pflegetätigkeiten
- 4.2.1 Umgang mit Patientinnen und deren Betreuung unter Berücksichtigung ihrer physischen und psychosozialen Bedürfnisse
- 4.2.2 Umgang mit Angehörigen und Besuchern von Patientinnen
- 4.2.3 Beobachten der Patientin
- 4.2.4 Grundpflege und Pflegemaßnahmen
- 4.2.5 Einführung in die spezielle Pflege in der Allgemeinen Medizin und in der Allgemeinen Chirurgie
- 4.2.6 Umgang mit medizinischen Geräten und Instrumenten
- 4.3 Einführung in die Tätigkeiten und Aufgaben der Krankenschwester, des Krankenpflegers und der Kinderkrankenschwester im Krankenhaus, im teilstationären Bereich, in sonstigen Pflegeeinrichtungen, in der Gemeindekrankenpflege, im Hause des Kranken und in einer Gemeindepflege- oder Sozialstation, in Einrichtungen der Mütter-, Säuglings- und Kinderberatung sowie in Tagesstätten für behinderte Kinder
- 4.4 Zusammenarbeit im Krankenhaus und sonstigen Pflegeeinrichtungen

**5 Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik (50 Stunden)**

- 5.1 Psychologie
- 5.1.1 Entwicklungspsychologie
- 5.1.2 Persönlichkeitspsychologie
- 5.1.3 Lernpsychologie einschließlich Methodik und Praxis der geistigen Arbeit
- 5.2 Soziologie
- 5.2.1 Soziologie der Gruppen
- 5.2.2 Soziales Lernen
- 5.3 Pädagogik
- 5.3.1 Anthropologische Grundlagen der Erziehung
- 5.3.2 Erziehungsziele

**6 Biologie, Anatomie und Physiologie (120 Stunden)**

- 6.1 Zelle und Gewebe
- 6.2 Fortpflanzung, Wachstum, Reifung
- 6.3 Vererbung und Evolution
- 6.4 Bewegungsapparat
- 6.5 Herz- und Gefäßsystem
- 6.6 Blut und Lymphe
- 6.7 Atmungssystem
- 6.8 Verdauungssystem
- 6.9 Endokrines System
- 6.10 Harnsystem
- 6.11 Genitalsystem
- 6.12 Zentrales und peripheres Nervensystem
- 6.13 Sinnesorgane
- 6.14 Haut- und Hautanhangsorgane
- 6.15 Regulationsvorgänge



- 7 Allgemeine Krankheitslehre (40 Stunden)**  
 7.1 Krankheit und Krankheitsursachen  
 7.2 Reaktionen  
 7.3 Re- und Degeneration, Sklerose  
 7.4 Atrophie, Hypertrophie und Nekrose  
 7.5 Thrombose, Embolie, Infarkt  
 7.6 Wunden, Wundheilung  
 7.7 Blutungen  
 7.8 Neubildungen
- 8 Allgemeine Arzneimittellehre (20 Stunden)**  
 8.1 Herkunft und Bedeutung der Arzneimittel  
 8.2 Kennzeichnung und Aufbewahrung von Arzneimitteln in Arzneimittelschränken  
 8.3 Arzneiformen  
 8.4 Berechnung zur Dosisfindung, Dosierung und Verabreichung von Arzneimitteln  
 8.5 Darreichungsformen  
 8.6 Übersicht über Arzneimittelgruppen
- 9 Erste Hilfe (30 Stunden)**  
 9.1 Ersterversorgung von Notfällen einschließlich Blutstillung und Wiederbelebung  
 9.2 Herstellung der Transportfähigkeit  
 9.3 Aktive Transportbegleitung  
 9.4 Maßnahmen bei Traumatisierungen  
 9.5 Maßnahmen bei Intoxikationen  
 9.6 Maßnahmen bei sonstigen Notfällen wie thermische Einwirkungen einschließlich Verbrennungsverletzungen und Einwirkung von elektrischem Strom, Erstickungen
- 10 Einführung in Planung und Organisation im Krankenhaus (20 Stunden)**  
 10.1 Rechts- und Organisationsformen sowie Trägerschaften von Krankenhäusern  
 10.2 Betrieb von Krankenhäusern  
 10.2.1 Leistungsbereiche  
 10.2.2 Pflegesysteme  
 10.3 Schriftverkehr, Karteführung, Formulare  
 10.4 Umgang mit Wirtschaftsgütern
- 11 Fachbezogene Physik (30 Stunden)**  
 11.1 Mechanik in Medizin und Pflege  
 11.2 Wärmelehre  
 11.3 Akustik  
 11.4 Optik  
 11.5 Elektrizität  
 11.6 Radiologie
- 12 Fachbezogene Chemie (30 Stunden)**  
 12.1 Allgemeine und anorganische Chemie  
 12.2 Organische und physiologische Chemie
- 13 Sprache und Schrifttum (30 Stunden)**  
 13.1 Vortrag und Diskussion  
 13.2 Mündliche und schriftliche Berichterstattung  
 13.3 Benutzung und Auswertung deutscher und fremdsprachlicher Fachliteratur  
 13.4 Einführung in fachbezogene Terminologien
- Zweites und drittes Jahr der Ausbildung**  
**Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde (60 Stunden)**  
 1 Berufskunde und Ethik  
 1.1 Aktuelle Berufsfragen  
 1.2 Strafrechtliche, bürgerlich-rechtliche und öffentlich-rechtliche Vorschriften, die bei der Berufsausübung von Bedeutung sind, Rechtsstellung des Patienten oder seiner Sogeberechtigten  
 1.3 Einführung in das Krankenhaus, Seuchen-, Strahlenschutz-, Arznei- und Be-  
 1.4 täubungsmittelrecht sowie das Lebensmittelrecht  
 1.5 Arbeits- und berufsrechtliche Regelungen, soweit sie für die Berufsausübung von Wichtigkeit sind  
 1.6 Unfallverhütung, Mutterschutz, Arbeitsschutz, Jugendhilfe, Jugendschutz  
 1.7 Sozialpolitik einschließlich Einführung in die Systeme der sozialen Sicherung (Sozialversicherung, Sozialhilfe, Sozialstaatsangebote in der praktischen Realisierung)  
 1.8 Politische Meinungsbildung, politisches Handeln, aktuelle politische Fragen  
 1.9 Wirtschaftsordnungen
- 2 Menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (120 Stunden)**  
 2.1 Grundlagen der menschlichen Fortpflanzung  
 2.1.1 Anatomie und Physiologie der männlichen und der weiblichen Genitalien  
 2.1.2 Psychosexuelle Entwicklung und Sexualverhalten des Menschen  
 2.1.3 Voraussetzungen für die Empfängnis  
 2.1.4 Familienplanung  
 2.2 Die regelrechte Schwangerschaft  
 2.2.1 Konzeption, Nidation und Schwangerschaftsdauer  
 2.2.2 Schwangerschaftszeichen, Schwangerschaftstests  
 2.2.3 Veränderungen des weiblichen Organismus durch die Schwangerschaft  
 2.2.4 Intrauterine Entwicklung des Feten  
 2.2.5 Entwicklung der Plazenta, der Nabelschnur, der Eihäute und des Fruchtwassers  
 2.3 Die regelrechte Geburt  
 2.3.1 Wehenphysiologie  
 2.3.2 Kindslagen  
 2.3.3 Geburtsphasen  
 2.4 Das regelrechte Wochenbett  
 2.5 Das gesunde Neugeborene  
 2.5.1 Lebens- und Reifezeichen  
 2.5.2 Anpassungsvorgänge  
 2.6 Die regelwichtige Schwangerschaft  
 2.6.1 Embryo- und Fetopathien  
 2.6.2 Frühgestosen und EPH-Syndrom  
 2.6.3 Erkrankungen in der Schwangerschaft  
 2.6.4 Blutgruppenunverträglichkeit  
 2.6.4 Diabetes  
 2.6.6 Blutungen in der Frühschwangerschaft  
 2.6.7 Blutungen in der Spätschwangerschaft  
 2.6.8 Regelwichtige Dauer der Schwangerschaft, Frühgeburt, Übertragung  
 2.6.9 Mehrlingsschwangerschaft  
 2.6.10 Risikoschwangerschaft, Plazenta insuffizienz

2.7	Die regelwidrige Geburt		
2.7.1	Regelwidrigkeiten der Wehen und der Muttermundöffnung		
2.7.2	Regelwidrigkeiten des Geburtsmechanismus, insbesondere bei Anomalien der Haltung, der Lage, der Stellung und Einstellung oder der Poleinstellung des Kindes		
2.7.3	Regelwidrigkeiten der Geburtswege		
2.7.4	Weitere unter der Geburt auftretende Regelwidrigkeiten, insbesondere Nabelschnurvorfall, Placenta praevia, vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta, Blutigerinnungsstörungen, Uterusruptur		
2.7.5	Regelwidrigkeiten der Nachgeburtsperiode		
2.8	Das regelwidrige Wochenbett		
2.8.1	Rückbildungsstörungen		
2.8.2	Blutungen		
2.8.3	Infektionen		
2.8.4	Thrombosen und Embolien		
2.8.5	Mastitis		
2.8.6	Wochenbettpsychose		
<b>3</b>	<b>Praktische Geburtshilfe (150 Stunden)</b>		
3.1	Vorbereitung für die Geburt		
3.2	Maßnahmen bei der regelrechten Geburt		
3.2.1	Allgemeine und geburtshilfliche Aufnahmeuntersuchung		
3.2.2	Lagerung und Betreuung der Gebärenden		
3.2.3	Überwachung des Geburtsverlaufs		
3.2.4	Schmerzinderung unter der Geburt, geburtshilfliche Anästhesie-Methoden und ihre Komplikationen		
3.2.5	Überwachung der Risikogeburt, apparative Überwachung, Blutgasanalyse		
3.2.6	Dammenschutz		
3.2.7	Entwickeln des Kindes		
3.2.8	Absaugen der Atemwege, Kennzeichen des Kindes, Abnabeln, Ermittlung der Apgar-Werte		
3.2.9	Leitung der Nachgeburtsperiode, Prüfung der Plazenta auf Vollständigkeit		
3.2.10	Dokumentation des Geburtsvorganges		
3.3	Geburtshilfliche Eingriffe		
3.3.1	Dammschnitte		
3.3.2	Vaginale Entwicklung der Beckenendlage		
3.3.4	Vakuum- und Zangenextraktion		
3.3.5	Manuelle Plazentalösung, manuelle und instrumentelle Austastung des pereralen Uterus		
3.4	Erstversorgung der Wöchnerin		
3.5	Versorgung des Neugeborenen		
<b>4</b>	<b>Pflege, Wartung und Anwendung geburtshilflicher Apparate und Instrumente (30 Stunden)</b>		
4.1	Cardiokographie-Geräte		
4.2	Ultraschall-Geräte		
4.3	Reanimations-Geräte		
4.4	Narkose-Geräte		
4.5	Spezial-Instrumentarium		
5	<b>Schwangerenbetreuung (80 Stunden)</b>		
5.1	Schwangeren-Vorsorge		
5.1.1	Erhebung der Anamnese		
5.1.2	Untersuchungen der Schwangeren		
5.1.3	Beratung der Schwangeren		
5.2	Psychosomatische Geburtsvorbereitung mit Übungsverfahren		
5.3	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden		
5.4	Besondere Überwachung bei Risikoschwangerschaften		
<b>6</b>	<b>Wochenpflege (50 Stunden)</b>		
6.1	Hygienische Beratung und pflegerische Betreuung der Wöchnerinnen im re-geordneten und regelwidrigen Wochenbett		
6.2	Beobachten und Überwachen der Rückbildungs- und Heilungsvorgänge		
6.3	Hilfe beim Erlernen der Stilltechnik und Brustpflege		
6.4	Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen		
6.5	Wochenbettymnastik		
6.6	Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Integration des Neugeborenen in die Familie		
6.7	Häusliche Wochen- und Neugeborenenpflege		
<b>7</b>	<b>Neugeborenen- und Säuglingspflege (50 Stunden)</b>		
7.1	Körper- und Nabelpflege		
7.2	Natürliche und künstliche Ernährung		
7.3	Beobachten des Neugeborenen und des Säuglings und Einleiten der erforderlichen Maßnahmen bei Auftreten von Besonderheiten		
7.4	Neugeborenen-Screening		
7.5	Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchung		
7.6	Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen		
7.7	Umgang mit den Eltern und anderen Betreuern des Neugeborenen und deren Beratung, Elternschulung		
<b>8</b>	<b>Allgemeine Krankenpflege (50 Stunden)</b>		
8.1	Umgang mit Patientinnen unter Berücksichtigung ihrer physischen und psychischen Bedürfnisse		
8.2	Aufnahme, Verlegung und Entlassung von Patientinnen		
8.3	Kontakt mit den Angehörigen der Patientin		
8.4	Beobachtung der Patientin, Befunderhebung und Dokumentation		
8.5	Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens		
8.6	Diätetische Kostformen und künstliche Ernährung		
8.7	Besondere Pflegetechniken, physikalische Maßnahmen, Injektionen, Venepunktionen, Inusionen, Transfusionen, Spülungen einschließlich Einläufe und Katheterisieren		
8.8	Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Mitgliedern des Behandlungsteams		
8.9	Umgang mit Untersuchungsmaterial		
<b>9</b>	<b>Spezielle Krankenpflege (50 Stunden)</b>		
9.1	Pflege und Sofortmaßnahmen bei Bewußtseinsstörungen und Bewußtlosigkeit, bei Ateminsuffizienz oder Atemstillstand, bei Herz- und Kreislaufinsuffizienz oder Herzstillstand, bei Störungen der Ausscheidungsfunktionen, bei Störungen der Temperaturregulation, bei Psychosen und bei Suizidgefährdung		
9.2	Pflege von Patientinnen vor und nach operativen Eingriffen		

- 9.3 Verhalten bei Todesfällen
- 9.4 Tätigkeiten in besonderen Bereichen wie in Frühgeborenenzentren und in der Intensivstation, im Operations- und Ambulanzbereich sowie in Gemeindepflege- oder Sozialstationen
- 10 Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik (40 Stunden)**
- 10.1 Psychologie der Schwangeren, der Gebärenden und der Wöchnerin
- 10.2 Sozialpsychologie
- 10.2.1 Einführung in die Gruppendynamik
- 10.2.2 Abbau von Vorurteilen
- 10.3 Pädagogik, Menschenführung
- 11 Grundlagen der Rehabilitation (20 Stunden)**
- 11.1 Die medizinische Rehabilitation
- 11.2 Die soziale Rehabilitation
- 11.3 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation
- 12 Spezielle Krankheitslehre (120 Stunden)**
- 12.1 Frauenheilkunde
- 12.1.1 Störungen der Menstruation und des Menstruationszyklus
- 12.1.2 Mibildungen des weiblichen Genitale
- 12.1.3 Entzündliche Erkrankung des weiblichen Genitale
- 12.1.4 Tumoren einschließlich Früherkennungsmaßnahmen
- 12.2 Übrige Fachgebiete, insbesondere Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Neurologie, Psychiatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in ihrer besonderen Beziehung zur Geburtshilfe
- 12.3 Kinderheilkunde unter besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen im Neugeborenen- und Säuglingsalter
- 12.4 Vorsorgeuntersuchungen
- 12.5 Mütter-, Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit
- 13 Spezielle Arzneimittellehre (30 Stunden)**
- 13.1 Umgang mit Arzneimitteln
- 13.2 Grundbegriffe der Pharmakologie
- 13.3 Arzneimittelgruppen
- 13.4 Betäubungsmittel
- 13.5 Gesetzliche Vorschriften über den Verkehr mit Arznei- und Betäubungsmitteln sowie Führen des Betäubungsmittelbuches
- 14 Organisation und Dokumentation im Krankenhaus (30 Stunden)**
- 14.1 Planung, Bau und Ausstattung von Krankenhäusern
- 14.2 Wirtschaftliche Betriebsführung
- 14.3 Erfassung und Weitergabe von Leistungsdaten
- 14.4 Statistik im Gesundheitswesen
- 14.5 Elektronische Datenverarbeitung
- Anlage 2**
- Praktische Ausbildung**
- Erstes Jahr der praktischen Ausbildung (160 Stunden)**
- 1.1 Pflegemaßnahmen bei Gebärenden
- 1.2 Beobachtungen der Gebärenden
- 1.3 Hygiene im Kreißsaal
- 1.4 Umgang mit medizinischen Geräten und Instrumenten
- 2 Auf der Wochenstation (160 Stunden)**
- 2.1 Pflegemaßnahmen bei Wöchnerinnen
- 2.2 Spezielle Wochenpflege wie Beobachten der Lochien, Abspülen, Pflege der Dammwunde, Sitzbad
- 2.3 Spezielle Desinfektionsmaßnahmen der Wochenstation
- 2.4 Umgang mit der Wöchnerin und Besuchern
- 3 Auf der Neugeborenenstation (160 Stunden)**
- 3.1 Grundlagen der Betreuung des Neugeborenen und der Pflegefähigkeiten
- 3.1.1 Richten der Wickel- und Badeeinheiten und der Säuglingsbetten
- 3.1.2 Aufnehmen und Tragen, Lagern, Waschen und Baden sowie Wickeln und Ankleiden des Säuglings
- 3.1.3 Bringen und Anlegen, Wiegen und Füttern des Säuglings
- 3.2 Hygiene und Ordnung auf der Neugeborenenstation
- 4 Auf der operativen Station (160 Stunden) (chirurgische Pflege)**
- 4.1 Pflegemaßnahmen auf der operativen Station
- 4.1.1 Körperpflege und Bekleiden der Patientin
- 4.1.2 Betten, Lagern und Transportieren der Patientin
- 4.1.3 Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens
- 4.1.4 Ermitteln und Registrieren von Vitalfunktionen
- 4.2 Hygiene und Ordnung im Pflegebereich
- 4.3 Maßnahmen für die Operationsvorbereitung
- 4.4 Postoperative Überwachung der Patientin
- 4.5 Vorbeugende Pflegemaßnahmen gegen Folgekrankheiten
- 5 Auf der nicht-operativen Station (160 Stunden) (allgemeine Pflegemaßnahmen)**
- 5.1 Pflegemaßnahmen auf der nicht-operativen Station wie 4.1.1
- 5.2 Hygiene und Ordnung im Pflegebereich
- Zweites und drittes Jahr der praktischen Ausbildung**
- Schwangereberatung (1280 Stunden)**
- 1.1 Schwangereberatung mit mindestens 100 Untersuchungen vor der Geburt
- 1.2 Überwachung von Mütter und Kind bei Risikoschwangerschaften (einschließlich Nr. 1.9 und 2.1.3 in mindestens 40 Fällen) und Assistenz bei ärztlichen Maßnahmen
- 1.3 Vorbereitungen für die Geburt
- 1.4 Geburtshilfliche Maßnahmen im Kreißsaal
- 1.5 Überwachung und Pflege von mindestens 40 Gebärenden und selbständige Ausführung von mindestens 30 Entbindungen sowie außerdem Teilnahme an 20 Entbindungen
- 1.6 Überwachung und Pflege von Schwangeren mit Regelwidrigkeiten bei der Aufnahme oder während des Geburtsverlaufes
- 1.7 Vorbereitung von und Assistenz bei geburtshilflichen Eingriffen und Risikofällen sowie aktive Teilnahme an mindestens einer Beckenendlagegeburt
- 1.8 Durchführung der Episiotomie und Einführung in die Versorgung der Wunde
- 1.9 Überwachung und Pflege von gefährdeten Entbindenden (einschließlich Nr. 1.2 und 2.1.3 in mindestens 40 Fällen)
- 1.10 Verhalten bei kindlichem Todesfall
- 1.11 Organisation des Hebammendienstes

- 2 Auf der Wochenstation (320 Stunden)**
  - 2.1 Wochenpflege
  - 2.1.1 Überwachung und Pflege von Wöchnerinnen
  - 2.1.2 Untersuchungen von mindestens 100 Wöchnerinnen und normalen Neugeborenen
  - 2.1.3 Überwachung und Pflege von gefährdeten Wöchnerinnen (einschließlich Nr. 1,2 und 1,9 in mindestens 40 Fällen)
  - 2.1.4 Beobachten und Überwachen der Rückbildungs- und Heilungsvorgänge
  - 2.1.5 Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen
  - 2.2 Rooming-in
  - 2.2.1 Anleitung und Überwachung des Stillens
  - 2.2.2 Anleitung der Mutter zur eigenen Pflege und zur Pflege und Versorgung des Neugeborenen
  - 2.2.3 Förderung der Eltern-Kind-Beziehung
- 3 Auf der Neugeborenen-Station (320 Stunden)**
  - 3.1 Überwachung und Pflege von Neugeborenen und Säuglingen
    - 3.1.1 Körper- und Nabelpflege
    - 3.1.2 Natürliche und künstliche Ernährung
    - 3.1.3 Beobachten des Neugeborenen und des Säuglings und Einleiten der erforderlichen Maßnahmen beim Auftreten von Veränderungen
  - 3.2 Früherkennung von Erkrankungen
    - 3.2.1 Durchführen von Vorsorgeuntersuchungen wie Guthrie-Test, Bilirubinkontrolle oder andere wissenschaftlich anerkannte Verfahren
  - 3.2.2 Hilfeleistung bei ärztlichen Maßnahmen einschließlich Impfungen
  - 3.2.3 Umgang mit den Eltern und deren Beratung
  - 3.3 Teilnahme an Mütterberatungssprechstunden
- 4 In der Kinderklinik (160 Stunden)**
  - 4.1 Überwachung und Pflege von Frühgeborenen, Spätgeborenen sowie von untergewichtigen und kranken Neugeborenen
  - 4.2 Pflegemaßnahmen auf der Intensivstation
  - 4.3 Tätigkeit auf der Aufnahmestation für kranke Neugeborene und Säuglinge

Die praktische Ausbildung in den Bereichen 1 bis 4 hat sich, soweit dort nicht bereits erfaßt, auch auf

  - a) die Pflege Kranker innerhalb der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Pflege kranker Neugeborener und Säuglinge und
  - b) die Einführung in die Pflege innerhalb der Inneren Medizin und Chirurgie zu erstrecken.
- 5 Im Operationsaal (120 Stunden)**
  - 5.1 Maßnahmen der Desinfektion und Sterilisation
  - 5.2 Pflege und Reinigung von Instrumenten und Narkosegeräten und deren Wartung
  - 5.3 Vorbereitung von und Hilfeleistung bei operativen Eingriffen

**Anlage 3  
(zu § 2 Abs. 4)**

.....  
(Bezeichnung der Hebammenschule)

**Beschneidung  
über die Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
hat in der Zeit	vom
	bis

regelmäßig und mit Erfolg an dem theoretischen und praktischen Unterricht und an der praktischen Ausbildung als Hebamme/Entbindungspfleger\*) teilgenommen.  
Die Ausbildung ist – nicht – über die nach dem Hebammen-gesetz zulässigen Fehlzeiten hinaus – um ..... Tage) – unterbrochen worden.

Ort, Datum .....  
.....  
(Unterschrift(en) der Schulleitung) Stempel

\*) Nichtzutreffendes streichen

**Anlage 4  
(zu § 10 Abs. 2)**

Der/Die Vorsitzende  
des Prüfungsausschusses

**Zeugnis  
über die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger**

Name, Vorname	Geburtsort
Geburtsdatum	

hat am .....  
die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger nach § 2 Abs. 1 Nr. 1  
des Hebmammengesetzes vor dem staatlichen Prüfungsausschuß bei der

.....  
in .....

Sie/Er hat folgende Prüfungsnoten erhalten: .....

1. im schriftlichen Teil der Prüfung " .....
2. im mündlichen Teil der Prüfung " .....
3. im praktischen Teil der Prüfung " .....

Ort, Datum .....

.....  
(Unterschrift des/der Vorsitzenden  
des Prüfungsausschusses)

Siegel

**Anlage 5  
(zu § 15)**

**Urkunde  
über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung  
Hebamme/Entbindungspfleger<sup>\*)</sup>**

Herr/Frau/Fräulein<sup>?)</sup> .....

geboren am ..... in .....

erhält auf Grund des Hebmammengesetzes mit Wirkung vom heutigen Tag die Erlaubnis,  
die Berufsbezeichnung

" .....

zu führen.

Ort, Datum .....

.....  
(Unterschrift)

Siegel



**Bayrisches Curriculum:  
Empfehlungen für die praktische Ausbildung**

in: Bayrisches Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst,  
Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen, München 1993, S. 216ff





## Bayrisches Curriculum: Empfehlungen für die praktische Ausbildung

### Ziele der Ausbildung

In der Ausbildung zur Hebamme gibt es drei wesentliche Schwerpunkte: Aneignung theoretischer Kenntnisse, Erwerb von Handlungskompetenz und Persönlichkeitsbildung.

Den Schülerinnen soll das theoretische Wissen vermittelt werden, das sie später als Hebamme brauchen, um Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett beraten und betreuen zu können. Darüber hinaus soll die Hebamme in der Lage sein, allen Frauen die notwendige Fürsorge zu gewähren und auftretende Komplikationen beim Geburtsverlauf frühzeitig zu erkennen.

Die Ausbildung muß aber auch das Einüben praktischer Fertigkeiten gewährleisten, damit die Hebammen eine normale Geburt eigenverantwortlich leiten und sowohl die Wöchnerin als auch das Neugeborene versorgen können.

Der praktischen Ausbildung auf den Stationen und im Kreißaal kommt bei der Vermittlung dieser Qualifikationen eine zentrale Bedeutung zu, was sich auch in dem hohen Stundenanteil (3000 Stunden) an der Gesamtbildung (4600 Stunden) zeigt.

Wissen und Handlungskompetenz allein reichen jedoch nicht aus. Zum Berufsbild einer selbständig, verantwortungsbewußt und hygienisch arbeitenden Hebamme gehören auch Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmale, deren Entwicklung unterstützt werden muß: Sensibilität für andere, soziales Engagement und Selbsterziehung.

Die Schülerinnen sind Lernende. Sie benötigen ausreichend Gelegenheit und auch Anleitung, um sich kooperativ und teamfähig berufsbezogene Kenntnisse anzueignen und sie in der Praxis nach und nach sicher anzuwenden. Sie sollen unterstützt werden in ihrem Bemühen, ihr eigenes Handeln zu reflektieren.

Den Schülerinnen sollen im 1. Ausbildungsjahr ausgewählte Grundkenntnisse vermittelt werden. Im 2. und 3. Ausbildungsjahr sollen sie zunehmend an komplexere Lernsituationen herangeführt werden und dabei - ebenfalls noch unter Anleitung - zunehmend selbständig arbeiten. Es ist sinnvoll, den Lernenden häufig Gelegenheit zu Beobachtungen zu geben (z. B. während des Geburtsverlaufs), damit sie ihre Fähigkeit schulen können, genau zu beobachten und das Geschehene in differenzierter Weise zu verbalisieren.

Häufige Nachbesprechungen helfen den Schülerinnen ihr Handeln zu reflektieren, ggf. zu korrigieren und somit die gewünschte Professionalität zu entwickeln.

### Anforderungen an die praktische Ausbildung und an die Praxisanleiter

Während der praktischen Ausbildung muß trotz aller schulisch-didaktischen Interessen das Wohl und die Würde der Patientin im Vordergrund stehen.

Damit die Ausbildungsziele erreicht werden können, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen der BFS für Hebammen und den praktischen Einsatzstellen notwendig.

Mit der Integration der Schule in den Klinikbereich wurden zwar wesentliche Voraussetzungen für eine qualitativ hochstehende Ausbildung geschaffen, doch kommt dies nur zum Tragen, wenn allen bewußt ist, daß jeder am Krankenbett Tätige (einschließlich des Arztes) in die Anleitungsaufgabe einbezogen ist.

Abprachen und regelmäßiger Informationsaustausch zwischen den Lehrkräften und allen an der praktischen Ausbildung beteiligten Personen sind dabei dringend erforderlich. Vor allem soll versucht werden, den theoretischen Unterricht und die praktische Ausbildung sorgfältig aufeinander abzustimmen. Des weiteren soll gewährleistet sein, daß der Ausbildungsstand jeder Schülerin erkennbar ist, und somit im Bedarfsfall ein gezieltes Intervenieren möglich wird. Dies erfordert jedoch von allen Beteiligten die Bereitschaft, auch das eigene Handeln zu überdenken und ggf. zu ändern.

Schule, Kreißaal und Stationen stellen eine Einheit dar, deren Beschäftigte von der Ausbildungssituation auch profitieren: Kooperationsbereitschaft, Teamfähigkeit, Zeit, Fairness, Bereitschaft und Fähigkeit, andere anzuleiten, sowie Reflexionsfähigkeit des eigenen Handelns und Aufgeschlossenheit für Neuerungen beweisen zu müssen, stellt letztlich auch einen Gewinn für die Ausbilder selbst dar und kommt ihrer Arbeit zugute. Ebenfalls positive Auswirkungen auf Ausbilder und Auszubildende ergeben sich, wenn Klinikpersonal (z. B. Kinderkrankenschwester, Kreißaalhebamme) zur Beteiligung am Unterrichtsgeschehen motiviert werden kann.

Verantwortungsbewußte Praxisanleiter sollen außerdem

- fortbildungswillig sein,
- motivieren und konstruktiv kritisieren können,
- in der Lage sein, die Auswirkungen psychischer und physischer Stresssituationen zu mildern,
- Lernende in der Zusammenarbeit mit den Ärzten anleiten können,
- bereit sein, mit den Lehrkräften zusammenzuarbeiten,
- anleiten können beim Führen von Tätigkeitsnachweisen,
- die Schülerinnen gewissenhaft zu beurteilen und ihnen durch sorgsam geführte Nachbesprechungen die Möglichkeit zum Lernen geben.

Genügend Personal ist jedoch Bedingung dafür, daß solche zusätzlichen Aufgaben nicht als Belastung, sondern als Bereicherung angesehen werden können.

Der Schulträger, der die praktische Ausbildung sicherzustellen hat (vgl. BFSOKrHeb § 2 Abs. 4), soll bereits bei der Einstellung des Personals auf die Bereitschaft, Schülerinnen anzuleiten, achten, darüber hinaus aber auch zur Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen anregen und so dafür sorgen, daß entsprechende Qualifikationen entwickelt werden können.

*Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst, Lehrpläne für die Berufsfachschule für Hebammen, München 1993, S. 216ff*



## **Beurteilungsbögen für die praktische Prüfung: Beispiel 1**



Name der Schülerin:		Datum:		Name der Schwangeren:	
Aufnahme (Seite 1)		nicht ausreichend		ausreichend	
1. Sozialverhalten	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	nicht ausreichend
1. Sozialverhalten Begrüßung der Frau, Selbst-Vorstellung, Umgangsformen, Umsatz, Einbeziehung der Begleitpersonen, Rücksicht auf die Bedürfnisse der Frau, Einblütungsvermögen, sicheres Auftreten	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher höflicher Umgang, erkennt immer die Bedürfnisse der Frau und geht angemessen auf sie ein, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher höflicher Umgang, erkennt fast immer die Bedürfnisse der Frau und geht angemessen auf sie ein, oder: erkennt die Bedürfnisse, kann aber nicht immer darauf eingehen, oder: nicht immer situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen; überwiegend sichere Ausstrahlung 11	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher höflicher Umgang, Bedürfnisse werden meistens erkannt und berücksichtigt, Begleitperson wird Zeigen von Unsicherheit	Begrüßung und Vorstellung mit Mängeln, Umgangsformen mit Mängeln, Bedürfnisse werden überwiegend nicht erkannt und berücksichtigt, Begleitperson wird nicht einbezogen, unsicheres oder polteriges Verhalten	1. Sozialverhalten
2. Anamnese erheben Frau befragen, Mutterpaß, Krankzettel, Fam., Eiger- und Sozialanamnese, voran- fng. Schwangerschaften und Geburten, Zyklus, Befunde dieser Schw., jetziges Befinden, Beschwerden oder akute Eidenenungen	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige und systematische Erhebung aller Daten, gezielte Fragen nach vorliegenden Untersuchungsgegebnissen aus anderen Unterlagen einfühlsames Erfragen 12	überwiegend gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige und meist systematische Erhebung aller Daten, vorliegende Untersuchungsgegebnisse werden einbezogen, fast immer einfühlsames Erfragen 11	unsystematisches aber vollständiges Erfragen aller Daten; vorliegende Untersuchungsergebnisse werden kaum einbezogen; wenig einfühlsames Erfragen 10, 9	unsystematisches, unvollständiges, ungeschicktes Erfragen; wesentliche Daten fehlen; vorliegende Untersuchungsergebnisse werden trotz Hinweis nicht einbezogen; mangelndes Einfühlungsvermögen < 6	2. Anamnese erheben
3. Untersuchungen Vitalzeichen, RR, Laborparameter, äußere Untersuchungen, LU, Leopold, HT, Beckenlaßdiagnostik, Oedeme, Varizen, Größe und Gewicht, innere Untersuchung, Schwangere informieren	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen aller notwendigen Parameter; individuell angepaßte Erklärung 12	Erfassen aller notwendigen Parameter; z.T. unvollständig oder z.T. unsicher oder z.T. unsystematisch oder nicht immer einfühlsam; nicht immer individuell angepaßte Erklärung 11	Erfassen aller notwendigen Parameter, z.T. unvollständig und/oder unsicher, unsystematisch (2 Mängel), nicht immer einfühlsam, gibt nicht immer individuell angepaßte Erklärungen 10, 9	wichtige Parameter fehlen, insgesamt unvollständig, unsicher, unsystematisch, wenig einfühlsam, keine oder falsche Erklärungen < 6	3. Untersuchungen
4. CTG Frau informieren, Frau legen/ setzen, CTG korrekt anlegen, überwachen und ggf. falls gemessen handeln, CTG interpretieren	individuell angepaßte Information, korrektes Anlegen, korrektes Überwachung und Interpretation; notwendige Konsequenzen werden gezogen 12	angemessene Information, angemessenes Anlegen, korrekte Überwachung und Interpretation; notwendige Konsequenzen werden gezogen 11	nach angemessene Information, noch angemessenes Anlegen; Überwachung und Interpretation im Wesentlichen richtig, Ursachen werden nicht immer erkannt, notwendige Konsequenzen werden gezogen 10, 9	keine bzw. unangemessene Information, unkorrektes Anlegen, mangelhafte Überwachung, pathologische Verläufe werden nicht erkannt oder falsch eingeschätzt < 6	4. CTG
5. Diagnose stellen, Arzt informieren Informationen sammeln, korrekte Diagnose stellen und begründen, Übermittlung an den Arzt, Untersuchungen durch den Arzt veranlassen (US, Amniozentese, Spiegelstellung)	vollständige Sammlung aller Informationen, korrekte Diagnosestellung mit Begründung, korrekte Übermittlung an den Arzt, umfassendes Vorschlagen von ärztl. Untersuchungen, individuell angepaßte Information an die Schwangere 12	vollständige Sammlung fast aller Informationen, korrekte Diagnosestellung, leichte Unsicherheit in der Begründung, korrekte Übermittlung an der Arzt, ärzliche Vorschläge von ärztl. Untersuchungen, angemessene Information an die Schwangere 11	Sammlung aller wesentlichen Infos, Diagnosestellung mit Unsicherheit, fast vollständige Übermittlung an den Arzt, ärzliche Untersuchungen werden teilweise vorgeschlagen, angemessene Information an die Schwangere 10, 9	Informationsammlung unvollständig, keine oder falsche Diagnose, keine oder falsche Info an den Arzt, keine oder unangemessene Information an die Frau < 6	5. Diagnose stellen, Arzt informieren

Aufnahme (Seite 2)

	sehr gut	gut	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
6. Dokumentation d. Aufnahmebefunde vollständig, korrekt, systematisch, gut lesentlich, zeitlich angemessen, Verwendung von Fachtermini	12	11	10, 9	8, 7	< 6
7. Behandlungsplan erstellen	12	11	10, 9	8, 7	< 6
8. Hygiene beim Umgang mit der Frau, beim Umgang mit Material, zum Selbstschutz	18	17, 16	15-12	11-9	< 8
9. Organisation, Arbeitsverhalten, Teamverhalten	9	8	7, 6	5	< 4
10. Selbsteinschätzung	9	8	7, 6	5	< 4

Gesamtpunktzahl: Gesamtnote:

Bemerkungen:

1. Fachprüfer(in):

2. Fachprüfer(in):

Note	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Punktzahl	108 - 103	120 - 88	87 - 72	71 - 54	53 - 32	31 - 0
%	100 - 95	94 - 82	81 - 67	66 - 50	49 - 30	29 - 0

Geburt (Seite 1)		Name der Schillerin:	Datum:	Name der Gebärenden:
sehr genau	gut	befriedigend	ausreichend	nicht ausreichend
<p>1. Vorstellung der Gebärenden Name, Alter, Para, Gravida, E.T., ggf. Dalls US-Termin Abgleich, Blutgruppe, Para. anam., Eigenanam., Sozialanam., Besonderheiten dieser Grav.</p>	<p>alle Angaben vollständig, sicher, ohne Nachfragen, in sinnvoller Reihenfolge</p>	<p>genaue, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt</p>	<p>wichtige Besonderheiten werden nicht erkannt, z.B. Terminunklarheit Risiken aus der Anamnese</p>	<p>1. Vorstellung der Gebärenden</p>
<p>2. Geburtsb. Befund, weiteres Vorgehen äußere Untersuchung, Beur. des Bauches, innere Untersuchung, HT, Wehen, Lagerung oder Bewegung, Bad, CTG, Medikamente</p>	<p>alle Angaben vollständig, sicher, ohne Nachfragen, in sinnvoller Reihenfolge, weiteres Vorgehen richtig und begründet</p>	<p>wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt, weiteres Vorgehen richtig</p>	<p>keine klaren Befunde, keine HT- oder Wehen- kontrolle, keine Entscheidung über das weitere Vorgehen</p>	<p>2. Geburtshilflicher Befund, weiteres Vorgehen</p>
<p>3. Vorbereitung warme Lösungspackerei, Abnablingspa- ket, Handschuhe, Blutrührchen und Zentel, Wickeltisch (Wärme, Namensband, Wa- sche, Konvexion, Augentropfen) Syntocinon (nicht zu früh) anziehen</p>	<p>alle Vorbereitungen vollständig, rechtzeitig, systematisch, sicher</p>	<p>im Wesentlichen vollständig, Vorbereitungen teilweise etwas zu spät</p>	<p>wichtiges fehlt (Namensband, Absauger, Bläusche, Handtuch, Nabelbesteck, Epischiere, Kinderwäsche, Wärme)</p>	<p>3. Vorbereitung der Kabine</p>
<p>4. Anleitung in der Eröffnungsperiode Korrekte und bewusste Lagerung der Gebärenden bzw. Mobilisieren, beim Atmen anleiten, durch Lob und Zuspruch motivieren, den Partner einbeziehen, Bedürfnisse der Frau erkennen und darauf eingehen, Regelmäßigkeiten erkennen und angenehm reagieren</p>	<p>Anleitung erfolgt medizinisch richtig und begründet, der Gebärenden zugewandt, auch in schwierigen Situationen werden Ruhe und Sicherheit vermittelt</p>	<p>Anleitung erfolgt richtig, jedoch etwas zögerlich oder zurückhaltend, oder Bedürfnisse der Frau werden nicht von selbst erkannt, oder Schillerin leitet an, könnte aber mehr motivieren</p>	<p>keine Anleitung, falsche Anleitung, Wünsche der Frau werden übergangen, der Partner wird nicht einbezogen, medizinische Besonderheiten werden übersehen oder nicht berücksichtigt</p>	<p>4. Anleitung in der Eröffnungsperiode</p>
<p>5. Beurteilung des Geburtsfortschritts innere Untersuchung nach angemessener Zeit, Wehen und Geburtsfortschritt beurteilen, über das weitere Vorgehen entscheiden</p>	<p>sicher, korrekt, folgerichtig, Vermittlung des Befundes an die Frau</p>	<p>unsicher in der Wahl des Zeitpunktes oder der Beurteilung des Befundes oder im Vorgehen</p>	<p>Schillerin informiert sich nicht über den Geburtsfortschritt nach zwei Stunden oder wenn die Frau mitdrückt</p>	<p>5. Beurteilung des Geburtsfortschritts</p>
<p>6. Anleitung in der Austreibungsperiode vag. Untersuchung vor dem Mitdrücken, richtigen Zeitpunkt zum Mitdrücken erkennen und dazu anleiten, ggf. falls zum Verlassen der Wehen anleiten, Kontrolle des HT, Beurteilung des Damms</p>	<p>korrekte, der Frau und der geburtsähnlichen Situation angemessene Anleitung auch während des Dammschnittes und der Entv. des Kindes</p>	<p>Anleitung zögerlich oder keine Phantasie beim Finden der geeigneten Geburtposition oder der geeigneten Atemtechnik</p>	<p>aktives Mitpressen vor der Zeit; keine Kontrolle der HT; keine od. falsche Anleitung; kein Damm- schnitt; keine Epi trotz schlechter HT</p>	<p>6. Anleitung in der Austreibungsperiode</p>
<p>7. Beurteilung des CTG CTG anlegen, Grundbegriffe kennen, Oszillationsmuster erkennen, pathologische Verläufe erkennen</p>	<p>Grundlagen vorhanden, path. Verläufe werden erkannt und richtig gedeutet</p>	<p>Grundlagen vorhanden, Unsicherheit bei der Interpretation suspekter Verläufe</p>	<p>Grundlagen und Zusammenhänge fehlen; Pathologie wird nicht erkannt</p>	<p>7. Beurteilung des CTG</p>
<p>8. Leitung der Nachgebartsperiode Entwicklung der Plazenta, auf Bluthverlust vor und nach der Geburt der Plazenta ach- ten, Ultras beobachten, Plazenta beurtei- len, äußeres Genitale beurteilen, ggf. für Naht rühen</p>	<p>korrekte Entwicklung der Plazenta, Bluthverlust und Ultras werden jederzeit richtig beurteilt, Plazenta und äußeres Genitale werden korrekt beurteilt, für Naht korrekt ger.</p>	<p>leichte Unsicherheit im Vorgehen oder kleine Infarkte werden übersehen</p>	<p>Blutung wird nicht bemerk; gefährliche Entwicklung der Plazenta; Unvollständig- keit oder Nebenplazenta wird übersehen</p>	<p>8. Leitung der Nachgebartsperiode</p>
<p>9. Versorgung der Frau post partum äußere Genitale reinigen, mit Verlangen versorgen, angemessene Lagerung, ange- messene Körperpflege, Beobachtung der Blutung und des Allgemeinbefindens, Vi- talzeichen</p>	<p>Blutung und Allgemeinbefinden werden sicher beurteilt, Zahne putzen oder "bis zu den Füßen waschen" wird ausgesehen</p>	<p>Bedürfnisse der Frau werden übergangen, "viel des Guten" oder zu wenig; Frau wird gefragt,</p>	<p>Frau wird ungewaschen ins weiche Bett gelegt; Allgemeinzustand wird nicht beobachtet; Wesentliches wird übersehen</p>	<p>9. Versorgung der Frau post partum</p>

**Geburt (Seite 2)**

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	nicht ausreichend	
10. Versorgung des Neugeborenen Abnabelung, Mutter-Vater-Kind-Kontakt, Feststellung: Gewicht, Länge, Kopfumfang auf Vitalität, Refle, Reflexe und Fehlbildungen untersuchen. Bad, Namensbändchen, Komaktion, Augentropfen	Vorbereitung vollständig, rechtzeitig, Versorgung sorgfältig, liebevoll, Grundbedürfnisse des Kindes werden zu jeder Zeit beachtet, Unterstützung des Kindes vollständig und richtig	12	erkennt den richtigen Zeitpunkt und nimmt die Gelegenheit wahr, Anliegen erfolgt korrekt mit Anleitung der Frau	9	vorausschauend, rational, systematisch, korrekt, ruhig und sicher	Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet
11. Anlegen des Kindes günstigen Zeitpunkt zum Anlegen erkennen und wahrnehmen, Saugreflex beachten, sinnvolle Anleitung der Frau	12	erkennt den richtigen Zeitpunkt und nimmt die Gelegenheit wahr, Anliegen erfolgt korrekt mit Anleitung der Frau	9	vorausschauend, rational, systematisch, korrekt, ruhig und sicher	Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet	13. Hygiene
12. Arbeitsverhalten	12	erkennt den richtigen Zeitpunkt und nimmt die Gelegenheit wahr, Anliegen erfolgt korrekt mit Anleitung der Frau	9	vorausschauend, rational, systematisch, korrekt, ruhig und sicher	Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet	14. Dokumentation
13. Hygiene	12	erkennt den richtigen Zeitpunkt und nimmt die Gelegenheit wahr, Anliegen erfolgt korrekt mit Anleitung der Frau	9	vorausschauend, rational, systematisch, korrekt, ruhig und sicher	Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet	15. Selbsteinschätzung
14. Dokumentation	12	erkennt den richtigen Zeitpunkt und nimmt die Gelegenheit wahr, Anliegen erfolgt korrekt mit Anleitung der Frau	9	vorausschauend, rational, systematisch, korrekt, ruhig und sicher	Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet	
15. Selbsteinschätzung	12	erkennt den richtigen Zeitpunkt und nimmt die Gelegenheit wahr, Anliegen erfolgt korrekt mit Anleitung der Frau	9	vorausschauend, rational, systematisch, korrekt, ruhig und sicher	Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet	
10. Versorgung des Neugeborenen	10, 9	Versorgung erfolgt etwas oberflächlich oder unsystematisch	8, 7	medizinisch korrekt, etwas langsam und unständig, kein Kontakt zum Kind	Allgemeinzustand des Kindes wird nicht beobachtet, Auffälligkeiten werden nicht erkannt, Kind wird auf dem Wickeltisch allein liegen gelassen	10. Versorgung des Neugeborenen
11. Anlegen des Kindes	10, 9	ungünstiger Zeitpunkt oder zu wenig Anleitung	8, 7	keine Anleitung beim Anlegen; Zeitpunkt wird ungünstig gewählt	Anlegen wird vergessen; keine Hilfestellung; oder Kind wird gegen den Wunsch der Mutter angelegt	11. Anlegen des Kindes
12. Arbeitsverhalten	7, 6	zwei Merkmale fehlen	5	drei Merkmale fehlen	kein Überblick, hektisch, chaotisch, grob	12. Arbeitsverhalten
13. Hygiene	7, 6	Vorschriften werden im Wesend. beachtet	5	nicht immer korrekt	verschwendend	13. Hygiene
14. Dokumentation	7, 6	etwas unständig aber vollständig	5	verzögert, trägt es aber ohne Aufforderung nach	Dokumentation falsch oder unvollständig	14. Dokumentation
15. Selbsteinschätzung	10, 9	überwiegend realistische Selbsteinschätzung, sieht Fehler ein, wenn man sie darauf hinweist	8, 7	Einschätzung nur zum Teil realistisch	vollige Fehleinschätzung, erkennt gravierende Fehler nicht	15. Selbsteinschätzung

Gesamtpunktzahl: Gesamtnote:

Bemerkungen:

1. Fachprüfer(in):

2. Fachprüfer(in):

Note	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Punktzahl	153 - 145	144 - 125	124 - 102	101 - 76	75 - 46	ab 45
%	100 - 95	94 - 82	81 - 67	66 - 50	49 - 30	ab 29



Wochenbett (Seite 1)		Name der Schülerin:	Datum:	Name der Wöchnerin:	
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	nicht ausreichend
1. Anamnese erheben, Frau vorstellen Name, Alter, Para, Gravida, ET, Blutgr., Fam., Eigen- und Sozialanamnese, vorangegangene Schwangerschaften und Geburten, Verlauf dieser Schw., (aus Mutterpaß und Geburtsbl. K. Krankheitsbl.)	alle Angaben vollständig, sicher, ohne Nachfragen, in sinnvoller Reihenfolge	alle Angaben vorhanden, etwas ungeordnet oder zögerlich	wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt	ausreichend wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt, alles etwas ungeordnet	nicht ausreichend wichtige Besonderheiten werden nicht erkannt, z.B. Risiken aus Anamnese oder Schwangerschaftsverlauf
2. Geburtsverlauf und CTG Bericht über den Geburtsverlauf und Interpretation, Besonderheiten	alle Angaben vollständig, sicher, systematisch, korrekte Interpretation, Besonderheiten werden erkannt	alle Angaben vollständig, korrekte Interpretation, Besonderheiten werden erkannt	alle Angaben vollständig, Mängel in der Interpretation, Besonderheiten werden erkannt	7,6 wesentliche Angaben vorhanden, Mängel in der Interpretation, Besond. werden auf Nachfragen erkannt	< 4 wesentliche Angaben fehlen, Mängel in der Interpretation, Besond. werden auf Nachfragen nicht erkannt
3. Bisheriger Verlauf des Wochenbettes Interpretation der Kurven von Mutter und Kind	vollständige, systema- tische Berichterstattung, klare Aussagen, gut formuliert, Besonderh. werden hervorgehoben, Zusammenhänge werden gesehen	vollständige Berichter- stattung, klare Aussagen, Besonderheiten werden hervorgehoben, Zusammenhänge werden gesehen	Bericht im Allgemeinen verständlich, im Wesentlichen vollständig, Besonderheiten werden auf Nachfragen genannt	7,6 Bericht überwiegend verständlich, im Wesentlichen vollständig, Besonderheiten werden auf Nachfragen genannt	< 4 Bericht unvollständig, unsystematisch, keine klaren Aussagen, Besonderheiten werden nicht erkannt
4. Wertung, Pflegeplan erstellen Pflegeziele und -maßnahmen formulieren entsprechend der Befunde aus 1, 2 und 3	Pflegeziele werden richtig und vollständig gesetzt; alle relevanten Faktoren werden genannt, geordnet und berücksichtigt, richtige Schlussfol- gerungen werden gezogen; geeignete Pflege- maßnahmen und Alternativen werden vorgeschlagen	Pflegeziele werden richtig und vollständig genannt; alle relevanten Faktoren werden berücksichtigt; richtige Schluss- folgerungen werden gezogen; geeignete Behandlungsmaßnahmen werden vorgeschlagen	Pflegeziele werden im Wesentlichen erkannt, Pflegeziele werden richtig abgeleitet, wesentliche Faktoren werden berücksichtigt, geeignete Pflegemaßnahmen werden vorgeschlagen	7,6 Probleme und Ziele im Wesentlichen erkannt, Maßnahmen werden mit Hilfestellung erarbeitet	< 4 Probleme werden falsch oder unvollständig genannt, Ziele können nicht abgeleitet werden, keine oder ungeeignete Maßnahmen
5. Vorbereitung des Wochenbettbesuchs Zimmer: Intimsphäre sichern, Fenster zu; Frau: zur Toilette schicken; Material: Thermometer, RR-Gerat, Handschuhe, Desinfizient, Stillhilfen, Vorlagen, Dokumentationsmaterial	vorschauend, systematisch, korrekt ruhig, sicher, selbständig, angemessener Umgang mit Material	ein Merkmal fehlt	zwei Merkmale fehlen	8,7 drei Merkmale fehlen	< 6 kein Überblick, hektisch chaotisch, grob verschwenkerisch
6. Sozialverhalten Begrüßung der Frau, Selb.-Vorstellung, Umgangsformen, Unsicht, Einbeziehung der Begleitpersonen, Rücksicht auf die Bedürfnisse der Frau, Einfühlungsver- mögen, sicheres Auftreten	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher höflicher Umgang, erkennt immer die Bedürfnisse der Frau und geht angemessen auf sie ein, oder: erkennt die Bedürfnisse mit den Begleit- personen jederzeit sichere Ausstrahlung	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher höflicher Umgang, erkennt fast immer die Bedürfnisse der Frau und geht angemessen auf sie ein, oder: erkennt die Bedürfnisse mit den Begleit- personen; überwiegend sichere Ausstrahlung	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher höflicher Umgang, Bedürfnisse werden meistens erkannt und berücksichtigt, seltener einbezogen, Zeigen von Unsicherheit	7,6 Begrüßung und Vorstellung mit Mängeln, Umgangsformen mit Mängeln, Bedürfnisse werden nur zum Teil erkannt und berücksichtigt, Begleitperson wird kaum einbezogen, unsicheres oder polteriges Verhalten	< 4 Begrüßung und Vorstellung mit Mängeln, Umgangsformen mit Mängeln, Bedürfnisse werden überwiegend nicht erkannt und berücksichtigt, Begleitperson wird nicht einbezogen, unsicheres oder polteriges Verhalten
	12	11	10,9	8,7	< 6

Wochenbett (Seite 2)

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	nicht ausreichend	
7. Wochenbettsbesuch Frage nach der Befindlichkeit der Frau, Beschwerden oder Probleme, Vitalzeichen, Ausschleibung, Brust, Fundus, Lochien, Nabel bzw. Geburtsverletzungen, Oedeme, Varizen, Wochenbettsgymnastik	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfassen aller notwendigen Parameter, individuell angepasste Erklärung	18 sicheres Erkennen des Pflegeproblems, gutes Fachwissen, individuell angepasste Erklärung und Beratung der Wöchnerin	17, 16 sicheres Erfassen aller notwendigen Parameter, z.T. unvollständig oder z.T. unsicher, aber insgesamt unvollständig, gibt wenig individuell angepasste Erklärungen	11-9 wichtige Parameter werden erfasst, aber insgesamt unvollständig, unsicher, unsystematisch, gibt wenig individuell angepasste Erklärungen	< 8 wichtige Parameter fehlen, insgesamt unvollständig, unsicher, unsystematisch, wenig einfühlsam, keine oder falsche Erklärungen	7. Wochenbettsbesuch
8. Spezielle Beratung Anleitung der Wöchnerin, Beratung und diagnostische oder therapeutische Maßnahmen einleiten	sicheres u. vollständiges Erkennen des Pflegeproblems, gutes Fachwissen, individuell angepasste Erklärung und Beratung der Wöchnerin	12 sicheres Erfassen aller Bereiche, z.T. unvollständig oder z.T. unsicher, aber z.T. unsicher, unsystematisch, einfühlsame und individuell angepasste Erklärung	11 sicheres Erfassen aller Bereiche, z.T. unvollständig oder z.T. unsicher, aber z.T. unsicher, unsystematisch, einfühlsame und individuell angepasste Erklärung	8, 7 Pflegeproblem wird im Wesentlichen erkannt, ausreichendes Fachwissen, fachlich richtige Erklärung und Beratung, jedoch der Wöchnerin nicht ganz angemessen	< 6 Pflegeproblem wird nicht erkannt, mangelhaftes Fachwissen, keine oder falsche Erklärung oder Beratung der Wöchnerin	8. Spezielle Beratung
9. Allgemeine Beratung Hygiene, Körperpflege, Ernährung, Geschlechtsverkehr, Verhütung, Stillen, Umgang mit dem Kind, Umgang mit sich selbst, Hebammenhilfe zu Hause, Arztbesuch, Vorsorge für das Kind	sichere, systematische, vollständige Beratung in allen Bereichen, einfühlsame und individuell angepasste Erklärung	12 sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfassen aller Bereiche, z.T. unvollständig oder z.T. unsicher, aber z.T. unsicher, unsystematisch, einfühlsame und individuell angepasste Erklärung	11 sicheres Erfassen aller Bereiche, z.T. unvollständig oder z.T. unsicher, aber z.T. unsicher, unsystematisch, einfühlsame und individuell angepasste Erklärung	8, 7 Erfassen aller Bereiche mit Hilfe, z.T. unsicher, unsystematisch, nicht immer einfühlsame Erklärung	< 6 Beratung unvollständig, grobe Fehler, unsicher, mangelhaftes Einfühlungsvermögen	9. Allgemeine Beratung
10. Hygiene beim Umgang mit der Frau, beim Umgang mit Material, zum Selbstschutz	Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet	9 differenzierte Selbsteinschätzung, erkennen Stärken und Schwächen	8 Vorschriften werden im Wesentlichen beachtet	5 nicht immer korrekt	< 4 grobe Verstöße gegen die Hygiene-Vorschriften	10. Hygiene
11. Selbsteinschätzung						11. Selbsteinschätzung

Gesamtpunktzahl: Gesamtnote:

Bemerkungen:

1. Fachprüfer(in):

2. Fachprüfer(in):

Note	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Punktzahl	111 - 105	104 - 91	90 - 74	73 - 55	54 - 33	ab 32
%	100 - 95	94 - 82	81 - 67	66 - 50	49 - 30	ab 29

Säugling		Name der Schülerin:	Datum:	Name des Kindes:		
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	nicht ausreichend	
1. Anamnese erheben Name, Alter, Schwangerschaftsverlauf, Geburtsverlauf, CTG, Apgar, pH-Wert, Geburtsdauer, Besonderheiten (Blasenprung, ET, US)	12 alle Angaben vollständig, sicher, systematisch, ohne Nachfragen, Besonderheiten werden erkannt	11 alle Angaben vorhanden, etwas ungenügend oder zögerlich, Besonderheiten werden erkannt	10, 9 wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt	8, 7 wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt, alles etwas ungenügend	< 6 wichtige Besonderheiten werden nicht erkannt, z.B. Risiken aus Schwangerschafts- oder Geburtsverlauf	1. Anamnese erheben
2. Kinderkurve Lebenszeit, Gewicht, Trinkverhalten, Ausscheidung, Haut, Billrubin, Auffälligkeiten	12 alle Angaben vollständig, sicher, systematisch, ohne Nachfragen, Besonderheiten werden erkannt	11 alle Angaben vorhanden, etwas ungenügend oder zögerlich, Besonderheiten werden erkannt	10, 9 wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt	8, 7 wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt, alles etwas ungenügend	< 6 wesentliche Angaben fehlen, Besonderheiten werden auf Nachfragen nicht erkannt	2. Kinderkurve
3. Beobachtung des Säuglings Atmung, Tonus, Hautfarbe und -zustand, Ernährungsstatus, Besonderheiten	12 richtig, sicher, umfassend, systematisch, einflussreiche Beobachtung des Kindes, Besonderheiten werden erkannt	11 nicht ganz systematisch oder nicht ganz sicher, Besonderheiten werden erkannt	10, 9 überwiegend richtige Beobachtung, Besonderheiten werden auf Nachfragen ergänzt	8, 7 überwiegend richtige Beobachtung, Besonderheiten werden mit Hilfe erkannt	< 6 wichtige Parameter fehlen, insgesamt unsicher, mangelhaftes Fachwissen	3. Beobachtung des Säuglings
4. Pflegerische Maßnahmen, Umgang mit dem Kind Heben und Tragen, Grundbedürfnisse des Kindes, Sicherheit, liebevoller Umgang, Händewaschung/Kontakt zum Kind, Wickeln, Flaschenfütterung, Nabelpflege u. a., Kontrolle der Körpertemperatur	12 umfassend, richtig, sicher, ruhig, systematisch, liebevoll, Grundbedürfnisse werden jederzeit beachtet, Sicherheit ist immer gewährleistet	11 ein Merkmal fehlt: Grundbedürfnisse werden jederzeit beachtet, Sicherheit ist immer gewährleistet	10, 9 zwei Merkmale fehlen; Grundbedürfnisse werden immer beachtet, Sicherheit ist immer gewährleistet	8, 7 drei Merkmale fehlen, Grundbedürfnisse werden überwiegend beachtet, Sicherheit ist immer gewährleistet	< 6 grobe Mängel und/oder Sicherheit des Kindes ist nicht immer gewährleistet	4. Pflegerische Maßnahmen, Umgang mit dem Kind
5. Hygiene beim Umgang mit dem Kind, beim Umgang mit Material, zum Selbstschutz	9 Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet	8 nur geringe Einschränkungen	7, 6 Vorschriften werden im Wesentlichen beachtet	5 nicht immer korrekt	< 4 grobe Verstöße gegen die Hygiene-Vorschriften	5. Hygiene
6. Arbeitsverhalten, Umgang mit Material	9 voraussehend, rational, systematisch, korrekt, ruhig, sicher, angemessener Umgang mit Material	8 ein Merkmal fehlt	7, 6 zwei Merkmale fehlen	5, 4 drei Merkmale fehlen	< 3 kein Überblick, hektisch, chaotisch, grob verschwendend	6. Arbeitsverhalten, Umgang mit Material
7. Selbsteinschätzung	9 differenzierte Selbsteinschätzung, erkennt Stärken und Schwächen	8 realistische Selbsteinschätzung	7, 6 überwiegend realistische Selbsteinschätzung, sieht Fehler ein, wenn man sie darauf hinweist	5, 4 Einschätzung nur zum Teil realistisch	< 3 völlige Fehleinschätzung, erkennt gravierende Fehler nicht	11. Selbsteinschätzung

Gesamtpunktzahl: Gesamtnote:

Bemerkungen:

1. Fachprüfer(in):

2. Fachprüfer(in):

Note	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	unzureichend
Punktzahl	66 - 82	83 - 92	93 - 100	101 - 110	111 - 120	121 - 130
%	100 - 95	94 - 82	81 - 67	66 - 50	49 - 30	ab 19



## **Beurteilungsbögen für die praktische Prüfung: Beispiel 2**



1. Aufnahme einer Schwangeren und Erstellung eines Behandlungsplans

Name der Schülerin:		Daten der Schwangeren:	
Datum:		Uhrzeit:	
1. Sozialverhalten	2. Anamnese erheben	3. Untersuchungen	4. Dokumentation d. Aufnahmebefunde
korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Unsicht, Einbeziehung der Begleitpersonen, Rücksicht auf die Bedürfnisse der Frau, Einflüßungsvermögen, sicheres Auftreten	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Kenntnis der Frau und Bedürfnisse der Frau und Begleitperson, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen
Frau befragen, Mütterpaß, Krankenblatt, Fam-, Eigen- und Sozialanamnese, vorausz. Schwangerschaften und Geburten, Zyklen, Befunde dieser Schw., jetziges Befinden, Beschwerden oder akute Erkrankungen	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen
1. Sozialverhalten	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Kenntnis der Frau und Bedürfnisse der Frau und Begleitperson, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen
2. Anamnese erheben	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Kenntnis der Frau und Bedürfnisse der Frau und Begleitperson, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen
3. Untersuchungen	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Kenntnis der Frau und Bedürfnisse der Frau und Begleitperson, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen
4. Dokumentation d. Aufnahmebefunde	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Kenntnis der Frau und Bedürfnisse der Frau und Begleitperson, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen
5. Erstellung eines Behandlungsplans, Beratung der Schwangeren	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Kenntnis der Frau und Bedürfnisse der Frau und Begleitperson, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen
6. Organisation, Arbeitsverhalten	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Kenntnis der Frau und Bedürfnisse der Frau und Begleitperson, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen
7. Selbsteinschätzung	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Kenntnis der Frau und Bedürfnisse der Frau und Begleitperson, situationsgerechter Umgang mit den Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	gezieltes und geschicktes Erfragen, vollständige Erhebung aller Daten, gezieltes Fragen nach Untersuchungsergebnissen aus anderen Unterlagen	sicheres, systematisches, vollständiges und einfühlsames Erfragen

Erreichbar	nicht erreichbar
Begründung und Vorstellung mit Mängeln, Umgangsformen mit Mängeln, Bedürfnisse werden nur zum Teil erkannt und berücksichtigt, Begleitperson wird kaum einbezogen, unsicheres oder polteriges Verhalten	Begründung und Vorstellung mit Mängeln, Umgangsformen mit Mängeln, Bedürfnisse werden überwiegend nicht erkannt und berücksichtigt, Begleitperson wird nicht einbezogen, unsicheres oder polteriges Verhalten
1. Sozialverhalten	1. Sozialverhalten
2. Anamnese erheben	2. Anamnese erheben
3. Untersuchungen	3. Untersuchungen
4. Dokumentation der Aufnahmebefunde	4. Dokumentation der Aufnahmebefunde
5. Erstellung eines Behandlungsplans, Beratung der Schwangeren	5. Erstellung eines Behandlungsplans, Beratung der Schwangeren
6. Organisation, Arbeitsverhalten	6. Organisation, Arbeitsverhalten
7. Selbsteinschätzung	7. Selbsteinschätzung

Name der Schülerin:		sehr gut	gut	befriedigend
8. Allgemeine Beratung, Gesprächsführung Hygiene, Körperpflege, Ernährung, Geschlechtsverkehr, Familienplanung, Arztbesuch, Hebammenhilfe, Haushaltshilfe, Mütterberatung, Säulen, Stillgruppe, Umgang mit dem Kind, Vorsorge für das Kind; Auswahl der Themen soll der Frau angemessen sein	sichere, systematische, vollständige Beratung in allen relevanten Bereichen, sachlich richtig, einfühlsame und individuell angepaßte Gesprächsführung	sicheres Erfassen relevanter Bereiche, sachlich richtig, überwiegend einfühlsame und individuell angepaßte Gesprächsführung	Erfassen relevanter Bereiche, etwas unsicher sachlich richtig, überwiegend einfühlsame Gesprächsführung	relevante Bereiche werden nicht erfaßt, grobe Fehler, unsicher, mangelndes Einfühlungsvermögen
9. Spezielle Beratung, therapeutische Maßnahmen Stilltechniken, Brustpflege, spezielle Stillprobleme; Probleme bei den Rückbildungsvorgängen, der Heilung der Geburtsverletzungen, der Ausscheidung; Thrombose, Hämorrhoiden, Anämie; Wochenbettygymnastik; Auswahl der Themen soll der Frau angemessen sein	sicheres u. vollständiges Erkennen aller relevanten Beratungsbereiche, gutes Fachwissen, individuell angepaßte Erklärung und Beratung der Wöchnerin, sicheres therapeutisches Vorgehen	sicheres Erkennen relevanter Beratungsbereiche, gutes Fachwissen, korrekte Erklärung und Beratung der Wöchnerin, sicheres therapeutisches Vorgehen	Beratungsbereich wird im Wesentlichen erkannt, befriedigendes Fachwissen, korrekte Erklärung und Beratung, jedoch der Wöchnerin nicht ganz angemessen, therapeutisches Vorgehen angemessen	Beratungsbereich wird nicht erkannt, mangelhaftes Fachwissen, keine oder falsche Erklärung und/oder Beratung der Wöchnerin
10. Organisation, Arbeitsverhalten Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Wochenbetbesuchs, Erklärung und Begründung des geplanten Vorgehens, Arbeitsübersicht, Arbeitsökonomie	vorausschauend, systematisch, korrekt, ruhig, sicher, selbständig, angemessener Umgang mit Material	ein Merkmal fehlt oder geringe Einschränkung bei versch. Merkmalen	drei Merkmale fehlen oder deutliche Mängel bei versch. Merkmalen	kein Überblick, hektisch, chaotisch, kein angemessener Umgang mit Material
11. Sozialverhalten Begründung der Frau, Selbst-Vorstellung, Umgangsformen, Umsicht, geg. Umgang mit Begleitpersonen, Rücksicht auf die Bedürfnisse der Frau, Einfühlungsvermögen, sicheres Auftreten	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, erkannt immer die Bedürfnisse der Frau und geht angemessen auf sie ein, situationsgerechter Umgang mit Begleitpersonen, jederzeit sichere Ausstrahlung	korrekte Begründung und Vorstellung, freundlicher Umgang, Bedürfnisse der Frau werden überwiegend berücksichtigt; korrekter Umgang mit den Begleitpersonen; Zeigen überwiegend sichere Ausstrahlung	Begrüßung und Vorstellung mit Mängeln, höflicher Umgang, Bedürfnisse werden nur zum Teil erkannt und berücksichtigt, Begleitperson wird kaum einbezogen, unsicheres oder polteriges Verhalten	Begrüßung und Vorstellung mit Mängeln, Umgangsformen mit Mängeln, Bedürfnisse werden überwiegend nicht berücksichtigt, Begleitperson wird nicht einbezogen, unsicheres oder polteriges Verhalten
12. Hygiene beim Umgang mit der Frau, beim Umgang mit Material, zum Selbstschutz	Hygiene-Vorschriften werden immer beachtet	nur geringe Einschränkungen	nicht immer korrekt	grobe Verstöße gegen die Hygiene-Vorschriften
13. Selbst einschätzung Selbst einschätzung, erkennen Stärken und Schwächen	differenzierte, realistische Selbst einschätzung, erkennt Stärken und Schwächen	realistische Selbst einschätzung	Einschätzung nur zum Teil realistisch	vollige Fehleinschätzung, erkennt gravierende Fehler nicht

Gesamtnote: 1. Fachprüfer/in:  
Gesamtnote: 2. Fachprüfer/in:

Bemerkungen:



2. Durchführung einer Entbindung

Name der Schülerin:		Datum:		Daten der Gebärenden:	
		Uhrzeit:			
	schon gut	gut	bedürftig		
1. Vorstellung der Gebärenden, Anamnese Name, Alter, Para, Gravida, ET., Serologie, Fam.anam., Eigenanam., Sozialanam., Gyn.-Geburtschiff., Anamn., Schwangerschaftsverlauf	alle Angaben vollständig, sicher, ohne Nachfragen, in annvoller Reihenfolge	alle Angaben vorhanden, etwas ungeordnet oder zögerlich	wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt	10, 9	
2. Geburtsab. Befund, weiteres Vorgehen andere Untersuchung, HT, Wehen, innere Untersuchung, Einleitung geburtshilflicher Maßnahmen entsprechend der Diagnose unter Einbeziehung der Bedürfnisse und Ressourcen der Frau	alle Angaben vollständig, sicher, ohne Nachfragen, in sinnvoller Reihenfolge, weiteres Vorgehen richtig und begründet, Wünsche der Frau werden, jederzeit berücksichtigt	12	wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt, weiteres Vorgehen richtig, Wünsche werden meistens berücksichtigt	11	10, 9
3. Leitung der Eröffnungsperiode Überwachung und Beurteilung der Geburtssituation/ des Geburtsfortschritts, Erkennen von Regelwidrigkeiten und folgerichtiges Verhalten, Überwachung des Vitalzustands der Frau und des Kindes, Einleitung und Durchführung geburtshilflicher und pflegerischer Maßnahmen, Lagerung bzw. Mobilisation, Anleitung zur Verarbeitung der Wehen, Schmerzbehandlung	Beurteilung der geburtshilf. Situation und weiteres Vorgehen jederzeit sicher und folgerichtig, Anleitung erfolgt richtig und begründet, Bedürfnisse und Ressourcen der Frau werden immer berücksichtigt	11	Beurteilung der geburtshilf. Situation und weiteres Vorgehen richtig, jedoch etwas zögerlich oder zurückhaltend, oder Bedürfnisse der Frau werden nicht immer berücksichtigt, Anleitung mit Mängeln	11	10, 9
4. Leitung der Austreibungsperiode Überwachung und Beurteilung der Geburtssituation/ des Geburtsfortschritts, Erkennen von Regelwidrigkeiten, Einleitung und Durchführung geburtshilflicher und pflegerischer Maßnahmen, Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Austreibung, Anleitung der Frau (und des Partners), ggü. Durchführung der Episiotomie, Dammschutz, Entwicklung des Kindes, Ernährungsversorgung, Beurteilung des Vitalzustands von Mutter und Kind	Beurteilung der Situation und weiteres Vorgehen jederzeit sicher und folgerichtig, Anleitung erfolgt richtig und begründet, medizinisch motivierend, sichere Beurteilung des Dammes, korrekte Entwicklung des Kindes, jederzeit werden Ruhe und Sicherheit vermittelt	12	Beurteilung der Situation und weiteres Vorgehen richtig, jedoch etwas zögerlich oder zurückhaltend in der Anleitung, oder Dammschutz und Entwickl. des Kindes mit Mängeln, es fehlen Ruhe und Sicherheit in dieser Phase der Geburt	11	10, 9
5. Beurteilung des CTCG CTG anlegen, Grundbegriffe kennen, Ozillationsmuster erkennen, pathologische Verläufe erkennen	Grundlagen vorhanden, leichte Unsicherheit bei mögl. Ursachen suspekter Verläufe	12	Grundlagen vorhanden, Unsicherheit bei der Interpretation suspekter Verläufe	11	10, 9
6. Leitung der Nachgeburtsperiode Entwicklung der Plazenta, auf Blutverlust vor und nach Geburt der Plazenta achten, Uterus beobachten, Plazenta beurteilen, äußeres Genitale beurteilen, ggf. für Näht richten	korrekte Entwicklung der Plazenta, Blutverlust und Uterus werden jederzeit richtig beurteilt, Plazenta und äußeres Genitale werden korrekt beurteilt, für Näht korrekt ger.	12	Grundlagen vorhanden, Zusammenhänge fehlen; suspektes CTCG wird nicht erkannt	11	10, 9

ausreichend	nicht ausreichend	
wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt, alles etwas ungeordnet	wesentliche Angaben fehlen, Risiken oder Besonderheiten werden auf Nachfragen nicht erkannt	1. Vorstellung der Gebärenden, Anamnese
keine klaren Befunde, keine Idee zum weiteren Vorgehen, holt Hilfe, wenn sie nicht weiterweiß, Wünsche der Frau werden wenig berücksichtigt	keine klaren Befunde, keine HT- oder Wehenkontrolle; keine oder falsche Entscheidung über weiteres Vorgehen, Wünsche d. Fr. werden nicht berücksichtigt	2. Geburtshilflicher Befund, weiteres Vorgehen
Beurteilung der Situation und weiteres Vorgehen mit Mängeln; Mängel in der Durchführung geburtshilf. Maßnahmen; erkannt Gefahren, holt Hilfe, wenn sie nicht weiterweiß; Bedürfnisse der Frau werden wenig berücksichtigt	mangelhafte Überwachung der geburtshilf. Situation, notwendige Maßnahmen werden nicht ergriffen, Gefahren werden nicht erkannt; Bedürfnisse der Frau werden nicht berücksichtigt, keine Anleitung der Frau	3. Leitung der Eröffnungsperiode
Unsicherheit oder vorübergehende Fehleinschätzung in der Beurteilung der Situation; Anleitung zögerlich oder hektisch, Dammschutz und Entwicklung des Kindes mit Mängeln, Ruhe und Sicherheit fehlen	Fehleinschätzung der Situation; kein Überblick, keine Kontrolle der Wehen/ HT; keine oder mangelhafte Anleitung der Frau; kein Dammschutz oder Fehler beim Dammschutz und/ oder der Entwicklung des Kindes; Gefahr für Mütter und/ oder Kind	4. Leitung der Austreibungsperiode
suspekte Verläufe werden erkannt, aber nicht die Ursachen, Arzt wird beansprucht	Grundlagen und Zusammenhänge fehlen; suspektes CTCG wird nicht erkannt	5. Beurteilung des CTCG
Blutung oder andere Regelmäßigkeit wird verzögert erkannt, bei Gefahr oder Unsicherheit erfolgt Arztbenachrichtigung	Frau wird nicht beobachtet; Blutung wird nicht bemerkt; fehlerhafte Entwicklung der Plazenta; Unvollständigkeit oder Nebenplazenta wird übersehen	6. Leitung der Nachgeburtsperiode

ausreichend	nicht ausreichend	7. Postpartale Überwachung und Versorgung der Frau
ausreichende Überwachung der Frau; Mängel in der Versorgung der Frau; nicht bedürfnisgerecht; Mängel bei der Übergabe	keine oder mangelhafte Überwachung der Frau; Wesentliches wird übersehen; keine oder mangelhafte Versorgung der Frau; keine oder mangelhafte Überg.	7. Postpartale Überwachung und Versorgung der Frau
Untersuchungen im Wesentlichen richtig; etwas langsam; umständlich, ungeschickt; kein Kontakt zum Kind	Allgemeinzustand wird nicht überprüft; Untersuchungen werden nicht oder fehlerhaft durchgeführt; Auffälligkeiten werden nicht erkannt; grob fahrlässiges Verhalten	8. Überwachung und Versorgung des Neugeborenen
keine Anleitung beim Anlegen; Zeitpunkt wird ungünstig gewählt; Fehler beim Anlegen oder in der Anleitung	keine Anleitung beim Anlegen wird vergessen; keine Hilfestellung. Anl. gegen den Wunsch der Mutter; grob fahrlässiges Verhalten	9. Anlegen des Kindes
Begrüßung und Vorstellung mit Mängeln; Gesprächsführung und/oder Verhalten gegenüber dem Kind und wenig einfühlbar; zu dominant oder kaum Kontakt zu der Frau; Mangel an Ruhe und Sicherheit	Begrüßung und Vorstellung mit Mängeln; Umgangsformen mit Mängeln, Gesprächsführung nicht der Frau angemessen; Fehler im Umgang mit dem Kind; Ruhe und Sicherheit fehlen	10. Sozialverhalten
umständlich, ungeordnet; Mängel in der Form, Inhalte im Wesentlichen vollständig	Dokumentation falsch oder unvollständig	11. Dokumentation
drei Merkmale fehlen oder deutliche Mängel bei versch. Merkmalen	kein Überblick, laktisch, chaotisch, kein angemessener Umgang mit Material	12. Organisation, Arbeitsverhalten
nicht immer korrekt	grobe Verstöße gegen die Hygiene-Vorschriften	13. Hygiene
Einschätzung nur zum Teil realistisch	vollige Fehleinschätzung, erkannt gravierende Fehler nicht	14. Selbsteinschätzung

Bemerkungen:

sehr gut	gut	ausreichend	bedürftig	unbefriedigend
Blutung etc. und Allgemeinbefinden werden jederzeit sicher beurteilt.	Blutung und Allgemeinbefinden werden richtig beurteilt, Mängel in der Versorgung der Frau und/oder bei der Übergabe	Blutung und Allgemeinbefinden werden richtig beurteilt, angemessene Versorgung der Frau, leichte Unsicherheit bei der Übergabe	Blutung und Allgemeinbefinden werden richtig beurteilt, nicht ganz systematisch, notwendige Maßnahmen werden eingeleitet bzw. korrekt durchgeführt, Grundbedürfnisse werden überwiegend beachtet	Blutung und Allgemeinbefinden werden richtig beurteilt, Mängel in der Versorgung der Frau und/oder bei der Übergabe
Untersuchung richtig, sicher, systematisch; alle notwendigen Maßnahmen werden eingeleitet bzw. korrekt durchgeführt; Grundbedürfnisse des Kindes werden zu jeder Zeit beachtet	Untersuchung korrekt, nicht ganz systematisch, notwendige Maßnahmen werden eingeleitet bzw. korrekt durchgeführt, Grundbedürfnisse werden überwiegend beachtet	Untersuchung im Wesentlichen richtig; notwendige Maßnahmen werden eingeleitet bzw. durchgeführt, Versorgung erfolgt etwas oberflächlich oder unsystematisch	Untersuchung im Wesentlichen richtig; notwendige Maßnahmen werden eingeleitet bzw. durchgeführt, Versorgung erfolgt etwas oberflächlich oder unsystematisch	Untersuchung im Wesentlichen richtig; notwendige Maßnahmen werden eingeleitet bzw. durchgeführt, Versorgung erfolgt etwas oberflächlich oder unsystematisch
Zeitpunkt und nimmt die Gelegenheit wahr, Anliegen erfolgt korrekt mit Anleiten der Frau	leichte Unsicherheit bei der Wahl des Zeitpunktes oder bei der Anleitung der Frau, korrektes Anlegen	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher, höflicher Umgang, angemessene Gesprächsführung, korrekter Umgang mit dem Kind; überwiegend werden Ruhe und Sicherheit vermittelt	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher, höflicher Umgang, angemessene Gesprächsführung, korrekter Umgang mit dem Kind; überwiegend werden Ruhe und Sicherheit vermittelt	korrekte Begrüßung und Vorstellung, freundlicher, höflicher Umgang, angemessene Gesprächsführung, korrekter Umgang mit dem Kind; überwiegend werden Ruhe und Sicherheit vermittelt
lockeres, vollständiges, genau, mit zeitlicher Verzögerung	lockeres, vollständig, genau, mit zeitlicher Verzögerung	lockeres, vollständig, genau, mit zeitlicher Verzögerung	lockeres, vollständig, genau, mit zeitlicher Verzögerung	lockeres, vollständig, genau, mit zeitlicher Verzögerung
ruhig, sicher, selbständig, systematisch, korrekt; alle Vorbereitungen vollständig und rechtzeitig; angemessener Umgang mit Material	ruhig, sicher, selbständig, systematisch, korrekt; alle Vorbereitungen vollständig und rechtzeitig; angemessener Umgang mit Material	ruhig, sicher, selbständig, systematisch, korrekt; alle Vorbereitungen vollständig und rechtzeitig; angemessener Umgang mit Material	ruhig, sicher, selbständig, systematisch, korrekt; alle Vorbereitungen vollständig und rechtzeitig; angemessener Umgang mit Material	ruhig, sicher, selbständig, systematisch, korrekt; alle Vorbereitungen vollständig und rechtzeitig; angemessener Umgang mit Material
differenzierte Selbsteinschätzung, erkennt Stärken und Schwächen	differenzierte Selbsteinschätzung, erkennt Stärken und Schwächen	differenzierte Selbsteinschätzung	differenzierte Selbsteinschätzung	differenzierte Selbsteinschätzung, steht Fehler ein, wenn man sie darauf hinweist

1. Fachprüfer/in:

2. Fachprüfer/in:

Gesamtpunktzahl:

Gesamtnote:

Note	sehr gut	gut	ausreichend	bedürftig	mangelhaft	unbefriedigend
Punktzahl	144 - 138	137 - 122	121 - 101	100 - 71	70 - 43	unter 43

3./4. Fallbesprechung / Pflegedemonstration an einem Neugeborenen / einer Wöchnerin

Name der Schülerin:		Datum:		Daten der Wöchnerin:	
Uhrzeit:		Sachgebiet:		Befragte/r:	
1. Anamnese, Vorstellung der Frau Name, Alter, Para, Gravida, ET, Serologie, Fam., Eigen- und Sozialanamnese, geburtshilf.-gynäkolog. Anamnese, Verlauf dieser Schwangersch.	alle Angaben vollständig, sicher, ohne Nachfragen, in sinnvoller Reihenfolge	alle Angaben vorhanden, etwas ungeordnet oder zögerlich	wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt	nicht ausreichend	wichtige Daten fehlen, Risiken werden nicht erkannt, kein Überblick
2. Geburtsverlauf und bisheriger Verlauf des Wochenbettes Bericht über den Geburts- und Wochenbettsverlauf; Besonderheiten; Interpretation der Kurve der Mutter	vollständige, systematische Berichterstattung, klare Aussagen, Besonderheiten werden hervorgehoben, Zusammenhänge werden gesehen	vollständige Berichterstattung, klare Aussagen, Besonderheiten werden hervorgehoben, Zusammenhänge werden gesehen	Bericht im Allgemeinen verständlich, im Wesentlichen vollständig, nicht ganz systematisch, Besonderheiten werden hervorgehoben	Bericht unvollständig, unsystematisch, keine klaren Aussagen, Besonderheiten werden nicht erkannt	2. Geburtsverlauf und bisheriger Verlauf des Wochenbettes
3. Kinderkurve Lebensg. Gewicht, Trinkverhalten, Ausscheidung, Haut, Blirubin, Auffälligkeiten; Interpretation der Kurve des Kindes	alle Angaben vollständig, sicher, systematisch, ohne Nachfragen, Besonderheiten werden erkannt, Zusammenhänge werden gesehen	alle Angaben vorhanden, etwas ungeordnet oder zögerlich, Besonderheiten werden erkannt, Zusammenhänge werden gesehen	wesentliche Daten werden genannt, Fehlendes wird auf Nachfragen ergänzt	wesentliche Angaben fehlen, Risiken oder Besonderheiten werden auf Nachfragen nicht erkannt	3. Kinderkurve
4. Wertung, Pflegeplan, Dokumentation Pflegeteile und -maßnahmen formulieren entsprechend der Befunde aus 1, 2 und 3; Dokumentation der Befunde und Maßnahmen aus 5, 6, 7, 8 und 9	Pflegeteile werden richtig und vollständig genannt; alle relevanten Faktoren werden genannt, geordnet und berücksichtigt; richtige Schulfolge; geeignete Pflegemaßnahmen und Alternativen werden vorgeschlagen	Pflegeteile werden richtig und vollständig genannt; alle relevanten Faktoren werden berücksichtigt; richtige Schulfolge; geeignete Pflegemaßnahmen werden vorgeschlagen	Pflegeteile werden im Wesentlichen erkannt, Pflegeziele werden richtig abgeleitet, wesentliche Faktoren werden berücksichtigt; geeignete Pflegemaßnahmen werden vorgeschlagen	Probleme und Ziele werden im Wesentlichen erkannt, Maßnahmen werden mit Hilfestellung erarbeitet	4. Wertung, Pflegeplan, Dokumentation
5. Beobachtung des Säuglings Atmung, Herz, Reflexe, Tonus, Hautfarbe und -zustand, Ernährungsstatus, Verhalten, Besonderheiten	richtig, sicher, umfassend, systematisch; einflussreiche Beobachtung des Kindes; Besonderheiten werden erkannt	nicht ganz systematisch oder nicht ganz sicher; Besonderheiten werden erkannt	überwiegend richtige Beobachtung, Besonderheiten werden auf Nachfragen ergänzt	wichtige Parameter fehlen, insgesamt unsicher, mangelhaftes Fachwissen	5. Beobachtung des Säuglings
6. Pflegerische Maßnahmen, Umgang mit dem Kind Heben, Tragen, Lagern, Waschen/Baden, Hautpflege, Nabelpflege, Wickeln, Kleiden, Grundbedürfnisse des Kindes, Sicherheit, liebevoller Umgang, Hygiene/Kontakt zum Kind, geg. falls Anleitung der Mutter	umfassend, richtig, sicher, ruhig, systematisch, liebevoll, Grundbedürfnisse werden jederzeit beachtet, Sicherheit ist immer gewährleistet, guter Kontakt zum Kind	ein Merkmal fehlt oder geringe Mängel bei versch. Merkmalen, Grundbedürfnisse werden nicht immer beachtet, Sicherheit ist immer gewährleistet	drei Merkmale fehlen oder deutliche Mängel bei versch. Merkmalen, Grundbedürfnisse werden überwiegend beachtet, Sicherheit ist immer gewährleistet	grobe Mängel und/ oder Sicherheit des Kindes ist nicht immer gewährleistet	6. Pflegerische Maßnahmen, Umgang mit dem Kind
7. Wochenbettsbetreuung Systematische Untersuchung der Frau, Befindlichkeit, Vitalzeichen, Ausschüttung, Brust, Fundus, Lochien, Geburtsverletzungen, Beschwerden oder Probleme, Oedeme, Varizen	sicheres, systematisches, vollständiges und einflussreiches Erfassen aller notwendigen Parameter, individuelle angepaßte Erklärung	Erfassen aller notwendigen Parameter; z.T. unvollständig oder z.T. unsicher oder z.T. unsystematisch (2 Mängel), nicht immer einflussreich, nicht immer individuell angepaßte Erklärung	wichtige Parameter werden erfüllt, aber insgesamt unvollständig, unsicher, unsystematisch, wenig einflussreich, keine oder falsche Erklärungen	wichtige Parameter fehlen, insgesamt unvollständig, unsicher, unsystematisch, wenig einflussreich, keine oder falsche Erklärungen	7. Wochenbettsbetreuung



## **Erhebungsinstrumente**

Fragebögen der Schulbefragung 1996

Interviewleitfäden im Rahmen der Schulbefragung 1996:

- Lehrerinnen für Hebammenwesen

- Hebammenschülerinnen

- Kreißaalhebammen, Hebammen oder (Kinder-)Krankenschwestern auf Wochen- und Neugeborenenstationen

- SchulleiterInnen (West und Ost)

Interviewleitfäden im Anschluss an die Schulbefragung (1998-2001):

- Hebammen mit Berufserfahrung

- Verschiedene ExpertInnen (allgemeiner Interviewleitfaden)



## HEBAMMENGEMEINSCHAFTSHILFE: SCHULBEFRAGUNG 1996

### 1. RAHMENBEDINGUNGEN

- 1.1 Name der Schule: \_\_\_\_\_
- 1.2 Schulgründung, Jahr: \_\_\_\_\_
- 1.3 Träger der Schule: \_\_\_\_\_
- 1.4 Zu welchem Krankenhaus gehört die Schule? \_\_\_\_\_
- 1.5 Welche ist die für Ihre Schule zuständige Aufsichtsbehörde? \_\_\_\_\_
- 1.6 Welches ist die für Ihre Schule zuständige Behörde in Bezug auf Prüfungsangelegenheiten?  
\_\_\_\_\_
- 1.7 Existieren in Ihrem Bundesland Mindestanforderungen (-standards) für Hebammenschulen? .....  ja  nein  
wenn ja, welches Ministerium hat diese erlassen? \_\_\_\_\_
- 1.8 Wie viele Stellen für Lehrerinnen für Hebammenwesen hat die Schule? \_\_\_\_\_  
Wie viele davon sind besetzt? \_\_\_\_\_
- 1.9 Wie viele fest angestellte Lehrkräfte mit anderen Qualifikationen unterrichten außerdem noch an Ihrer Schule? \_\_\_\_\_  
Bitte nennen Sie deren berufliche und - falls vorhanden - pädagogische Qualifikationen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 1.10 Wie viele Honorarkräfte unterrichten darüber hinaus an Ihrer Schule? \_\_\_\_\_  
Bitte nennen Sie deren berufliche und -falls vorhanden- pädagogische Qualifikationen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 1.11 Gibt es Schwierigkeiten bei der Dozentensuche?.....  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 1.12 Verfügt die Schule über Verwaltungskräfte und/oder Sekretärinnen? .....  ja  nein  
wenn ja, wie viele Stellen? \_\_\_\_\_  
(bei Med. Fachschulen anteilig)
- 1.13 An welchen Aufgaben ist die ärztliche Schulleitung beteiligt?
- |                                                      |                                                       |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Bewerbungen Schülerinnen .. <input type="checkbox"/> | Bewerbungen Lehrerinnen..... <input type="checkbox"/> |
| Teilnahme am Examen ..... <input type="checkbox"/>   | Unterrichtstätigkeit ..... <input type="checkbox"/>   |
| Budget-Entscheidungen..... <input type="checkbox"/>  | Andere und zwar: _____                                |

1.14 Hat die Schule einen eigenen Etat? .....  ja  nein

wenn ja, wer entscheidet überwiegend über die Ausgaben der Schule?

- Hebammen-Schulleitung .....       Ärztliche Schulleitung .....   
 Kollegium der Schule .....       Verwaltung .....

Andere und zwar: \_\_\_\_\_

1.15 Ist der Schuletat Ihrer Ansicht nach ausreichend für den Lehrbetrieb? .....  ja  nein

**2. AUSSTATTUNG DER SCHULE**

2.1 Ist die räumliche und materielle Ausstattung der Schule bzgl. der folgenden Einzelaspekte ausreichend für den Lehrbetrieb? (Bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

	Ja	Nein	wenn nicht, bitte Begründung
Anzahl Unterrichtsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausstattung Unterrichtsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anzahl Demonstrationsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausstattung Demonstrationsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Büroräume für die Lehrerinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sekretariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufenthaltsräume f. Schülerinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neben- und Abstellräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.2 Werden die Räume auch von Lernenden und Lehrkräften anderer Ausbildungsgänge genutzt? .....  ja  nein

wenn ja, positive/negative Auswirkungen auf den Lehrbetrieb?

\_\_\_\_\_

2.3 Welche Bücher lassen Sie von den Schülerinnen anschaffen?

\_\_\_\_\_

2.4 Besteht in Ihrem Bundesland Lernmittelfreiheit? .....  ja  nein

wenn nein: Bestehen andere Regelungen der finanziellen Entlastung beim Erwerb der Lehrbücher? .....  ja  nein

welche? \_\_\_\_\_



**2.5 Hat die Hebammenschule/Medizinische Fachschule eine eigene Bibliothek?** .....  ja  nein

Es handelt sich um eine

Präsenzbibliothek .....

Leihbibliothek .....

Ist die Bibliothek in einem eigenem Raum untergebracht? .....  ja  nein

Ist die Bibliothek den Schülerinnen uneingeschränkt zugänglich .....  ja  nein

wenn nein, welche Einschränkungen bestehen? \_\_\_\_\_

Halten Sie die Bibliotheksausstattung der Schule für ausreichend? .....  ja  nein

Verfügt die Bibliothek neben der medizinischen Standardliteratur zur Geburtshilfe und den Hebammenlehrbüchern über Literatur zu folgenden Themenbereichen:

- |                                                                          |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Schwangerenbetreuung und Vorsorge..... <input type="checkbox"/>          | Wochenbettbetreuung ..... <input type="checkbox"/>         |
| Geburtsvorbereitung/Gestaltung von Kursen..... <input type="checkbox"/>  | Rückbildungsgymnastik..... <input type="checkbox"/>        |
| Außerklinische Geburtshilfe ..... <input type="checkbox"/>               | Alternative Geburtshilfe ..... <input type="checkbox"/>    |
| Stillen ..... <input type="checkbox"/>                                   | Allergien ..... <input type="checkbox"/>                   |
| Naturheilverfahren, Massagen, Zilgri, etc. .... <input type="checkbox"/> | Homöopathie ..... <input type="checkbox"/>                 |
| Umgang mit Tod und Sterben/VerwaisteEltern .. <input type="checkbox"/>   | Gesprächsführung/Kommunikation... <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung .... <input type="checkbox"/>  | Soziologie/Psychologie ..... <input type="checkbox"/>      |
| Betriebswirtschaft/Buchführung ..... <input type="checkbox"/>            | Berufspolitik/Berufskunde..... <input type="checkbox"/>    |

Sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

Andere Medien: \_\_\_\_\_

**2.6 Wenn die Schule keine eigene Bibliothek hat: welche anderen Fachbibliotheken können von den Schülerinnen genutzt werden?**

\_\_\_\_\_

**2.7 Stehen der Schule (z.B. in Form von Schul-Abos oder in der Bibliothek) Fachzeitschriften zur Verfügung?** .....  ja  nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>3. THEORETISCHE AUSBILDUNG, LEHR- UND LERNBEDINGUNGEN AN DER SCHULE</b>
----------------------------------------------------------------------------

**3.1 Wer unterrichtet regulär welche Fächer? (Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)**

Fach lt. HebAPrV	Lehrerin f. Heb.wesen	Arzt/Ärztin	Krankenpflegekräfte	andere DozentInnen (mit welcher beruflichen Qualifikation ?)
Berufs-, Gesetzes-, und Staatsbürgerkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitslehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiene und Grundlagen der Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen für die Hebammentätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologie, Anatomie und Physiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Krankheitslehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Arzneimittellehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erste Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einführung in Planung und Organisation im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachbezogene Physik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachbezogene Chemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache und Schrifttum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktische Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege, Wartung, und Anwendung geburtshilflicher Apparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerenbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wochenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neugeborenen- und Säuglingspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Krankenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Krankenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Krankheitslehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Arzneimittellehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation und Dokumentation im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.2 Wer legt fest, wer welche Fächer unterrichtet?**

\_\_\_\_\_

**3.3 Das Prüfungsfach Kinderheilkunde taucht in der HebAPrV nicht auf:  
Wie viele Stunden wird Kinderheilkunde an Ihrer Schule unterrichtet? \_\_\_\_\_**

Von wem? \_\_\_\_\_ Aus welchen Fächern werden die Stunden  
zusammengestellt? \_\_\_\_\_

**3.4 Wie ist das Lehrsystem unter den Lehrerinnen für Hebammenwesen organisiert?**  
 Kursleiterinnen-System ....  Aufteilung nach Fächern.....  Mischsystem.....

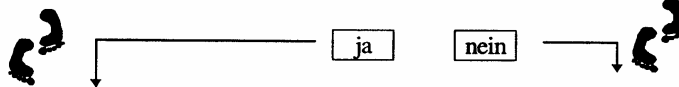
**3.5 Finden zwischen den hauptamtlichen Lehrkräften Abstimmungen bzgl. des Lehrplans statt?**  
 keine Abstimmung nötig, weil die Fächer klar abgegrenzt sind.....   
 eher informell, nach Bedarf .....   
 im Rahmen regelmäßiger Konferenzen .....   
 (wie oft finden diese statt ? \_\_\_\_\_)

**3.6 Wie gestaltet sich die Kommunikation zwischen hauptamtlichen Lehrkräften und nebenamtlichen Dozenten bzgl. des Lehrplans und der Lerninhalte?**  
 Die zuständige Lehrerin für Hebammenwesen trifft Terminabsprachen mit den Dozenten .....   
 Die zuständige Lehrerin für Hebammenwesen trifft inhaltliche Absprachen mit den Dozenten .....   
 Die nebenamtlichen Dozenten sprechen sich untereinander ab .....   
 Alle haupt- und nebenamtl. Lehrkräfte der Schule treffen sich regelmäßig zu Gesamtkonferenzen....   
 (wenn dies der Fall ist, in welchen Abständen? \_\_\_\_\_)

**3.2 Wie oft fällt der Unterricht von ärztlichen Dozenten aus oder muß verschoben werden?**  
 häufig  selten  so gut wie nie

**Sind die ärztlichen Dozenten für den Zeitraum des Unterrichts von anderen Tätigkeiten freigestellt?**  
 ja  nein

**3.8 Haben Sie die Möglichkeit, von der Einzelfächer-Aufteilung der HebAPrV zu Gunsten von Projektunterricht, Forschungsunterricht o.ä. abzuweichen?**



wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Würden Sie gern Projektunterricht / problemorientierten Unterricht abhalten?  ja  nein  
 Wenn dies der Fall ist, wo liegen Ihrer Meinung nach Umsetzungsprobleme?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3.9 Laut HebAPrV beträgt die Mindeststundenzahl in der theoretischen Ausbildung 1600 Stunden. Liegen die Unterrichtsstunden an Ihrer Schule darüber?**  ja  nein  
 wenn ja, um viele Stunden? \_\_\_\_\_ Std.  
 Bei welchen Ausbildungsinhalten hat Ihre Schule Stunden hinzugefügt?

\_\_\_\_\_

**3.10 Arbeitet Ihre Schule nach einem schriftlich niedergelegten Lehrplan?**  ja  nein  
 (wenn es sich um einen anderen Lehrplan handelt als den BDH-Lehrplan von 1990, oder den Bayrischen von 1993, könnten Sie bitte eine Kopie beifügen?)

3.11 Haben Sie schriftlich fixierte Lernziele für die einzelnen Abschnitte der theoretischen Ausbildung entwickelt? .....  ja  nein  
(wenn ja, könnten Sie bitte einzelne Beispiele in Kopie beifügen ?)

3.12 Welche Leistungsnachweise müssen die Schülerinnen im Rahmen der theoretischen Ausbildung erbringen?

\_\_\_\_\_

3.13 Schildern Sie bitte, wie die Fragen für die schriftliche Prüfung zustande kommen. Wer trifft welche Entscheidungen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.14 Wie werden die Leistungsanforderungen für die mündliche und die praktische Prüfung festgelegt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.15 Kommen Ihrer Schule Fortbildungsaufgaben zu? .....  ja  nein

3.16 Ist Ihre Schule mit Anerkennungsverfahren für im Ausland erworbene Examen befaßt? .....  ja  nein

#### 4a. PRAKTISCHE AUSBILDUNG UND RAHMENBEDINGUNGEN

4.1 Laut HebAPrV beträgt die Mindeststundenzahl in der praktischen Ausbildung 3000 Stunden. Liegen die praktischen Einsätze Ihrer Schülerinnen darüber? .....  ja  nein  
wenn ja, um wie viele Stunden? \_\_\_\_\_

Bei welchen Ausbildungsinhalten hat Ihre Schule Stunden hinzugefügt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2 Findet die praktische Ausbildung auch an anderen geburtshilflichen Abteilungen als an der Klinik statt, der die Schule zugeordnet ist? .....  ja  nein

wenn ja, an welchen? (wenn Kliniken nicht am Schulort liegen, bitte die Entfernung in km angeben)

\_\_\_\_\_

4.3 Wie viele Geburten finden pro Jahr am eigenen Krankenhaus statt? \_\_\_\_\_

davon: spontan \_\_\_\_\_% vaginal operativ \_\_\_\_\_% Sectio \_\_\_\_\_%

An den weiteren ausbildenden Kliniken finden jeweils insgesamt \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ Geburten statt.

**4.4 Nach welchem Unterrichtssystem (Block/Studentage) wechseln die Lernorte Schule und Klinik und in welchem zeitlichen Turnus?**

\_\_\_\_\_

**4.5 Werden die Schülerinnen auf den Stellenplan der ausbildenden Krankenhäuser angerechnet?**  ja  nein  
 wenn ja: Kreißsaal: Verh. 1:\_\_\_ Stationen: Verh. 1:\_\_\_

**4.6 Wer macht die Einsatzplanung für die Schülerinnen?**  
 Schule..... Mentorin/Praxisanleiterin .....  
 Pflegedienstleitung .. andere:\_\_\_\_\_

**4.7 Durch wen ist die Praxisanleitung der Schülerinnen in der Klinik / den Kliniken gewährleistet?**

	Lehrerin f. Heb.wesen	Praxisanl. /Mentorin Hebamme	Pflege	Hebamme	Kinderkranken-schwester	Krankenschwester/-pfleger	Ärztin/ Arzt	Sonstige und zwar:
Kreißsaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wochenstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neugeborenen-Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Stationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinderklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwangeren-Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4.8 Wie ist die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den beiden Lernorten Schule und Klinik (Kliniken) geregelt?**

- Es existieren verbindliche Regelungen über die Verzahnung von theoretischer und praktischer Ausbildung .....
- Die Lehrerinnen für Hebammenwesen nehmen regelmäßig an Teambesprechungen im Kreißsaal und auf den Stationen teil .....
- Die Zusammenarbeit ist nicht formal geregelt, sondern richtet sich nach dem Bedarf. ....
- Es findet so gut wie gar keine Kommunikation/Zusammenarbeit statt .....

**4.9 Sind Sie mit der Kooperation hinsichtlich der Schülerinnen-Einsätze zufrieden?**  ja  nein  
 wenn nein, warum nicht? Was sollte Ihrer Meinung nach anders geregelt sein?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4.10 An wie vielen Tagen im Monat ist an Ihrer Schule eine Lehrerin für Hebammenwesen durchschnittlich zur Anleitung in der Klinik? \_\_\_\_\_**  
 • Wie viele Anleitungen pro Jahr sind das für die einzelne Schülerin? \_\_\_\_\_

- 4.11 Stehen in der ausbildenden Klinik (den Kliniken) Praxisanleiterinnen (Mentorinnen, Praxislehrer/innen) für die praktische Ausbildung der Schülerinnen zur Verfügung?**.....  ja  nein  
wenn ja, wie viele auf wie viele Schülerinnen? \_\_\_\_\_  
mit welcher Fortbildung? \_\_\_\_\_  
(bitte ggf. Stundenumfang angeben)
- 4.12 Sind die Praxisanleiter/innen für die Ausbildung der Schülerinnen freigestellt?**.....  ja  nein
- 4.13 Haben Sie schriftlich fixierte Lernziele für die einzelnen Abschnitte der praktischen Ausbildung entwickelt?**.....  ja  nein
- 4.14 Wird an Ihrer Schule mit vorgegebenen**  
Praktikumsaufträgen .....   
Ausbildungsnachweisen .....   
Beurteilungsbögen .....   
gearbeitet?.....  ja  nein
- 4.15 Ist im Lehrplan Ihrer Schule ein Externat vorgesehen?**.....  ja  nein  
wenn ja, in welchem Ausbildungsjahr? \_\_\_\_\_ für wie viele Wochen? \_\_\_\_\_  
in welchen Tätigkeitsfeldern? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- freie Wahl der Schülerin? .....  ja  nein  
Sind Auslandsaufenthalte möglich ? .....  ja  nein

#### 4b. PRAKTISCHE AUSBILDUNG/-INHALTE:

- 4.16 Haben die Schülerinnen im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung die Möglichkeit, Schwangerenbetreuung und Mutterschaftsvorsorge kennenzulernen?**.....  ja  nein  
wenn ja: bei stationär aufgenommenen Schwangeren .....   
in der Schwangeren-Ambulanz der Klinik .....   
in einer Arztpraxis .....   
im Externat bei einer freiberuflichen Hebamme ...   
Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_
- 4.17 Charakterisieren Sie bitte in Stichworten, welche Art der Geburtshilfe/Geburtsmedizin an Ihrer(n) Ausbildungsklinik(en) praktiziert wird:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4.18 In welcher Weise werden die Schülerinnen an die außerklinische Geburtshilfe herangeführt?**

- gar nicht .....
- im theoretischen Unterricht durch die Lehrerinnen der Schule .....
- durch Unterricht von entsprechenden freiberuflichen Hebammen .....
- im Externat (d.h. über mehrere Wochen) .....
- über Hospitationen (d.h. an einzelnen Tagen) .....

**4.19 In welcher Weise erfolgt die praktische Ausbildung zur Wochenbettbetreuung in der Klinik?**

- Die Schülerinnen werden von Krankenpflegepersonen in der Beobachtung von Rückbildung, Lochien, Wundheilung usw. angeleitet. ....
- Die Schülerinnen werden von Kinderkrankenschwestern in der Neugeborenen- und Säuglingspflege und bzgl. des Stillens angeleitet. ....
- Die Schülerinnen werden von Hebammen in den verschiedenen Aspekten der Wochenbettbetreuung angeleitet .....
- Die Schülerinnen haben auf Grund der Arbeitsweise der Wochenstation die Möglichkeit, die Wochenbettbetreuung als ganzheitliche Betreuung von Mutter und Kind kennenzulernen. ....
- Die Schülerinnen dürfen zwar ihre Wochenbettbetreuungen ausbildungsgerecht durchführen, sie stehen damit aber konträr zum Stationsablauf. ....

**4.20 Haben die Schülerinnen im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung die Möglichkeit, die häusliche Wochenbettbetreuung kennenzulernen? .....**  ja  nein

wenn ja:

- Die Lehrerinnen für Hebammenwesen unserer Schule führen zum Zweck der Ausbildung selbst gemeinsam mit Schülerinnen Wochenbett-Besuche durch. ....
- Die Schülerinnen lernen die häusliche Wochenbettbetreuung im Rahmen eines Externats bei einer freiberuflichen Hebamme kennen. ....
- Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

**4.21 In welcher Weise werden die Schülerinnen an die Themenbereiche Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik herangeführt?**

- |                                                                        | GVK                      | RBG                      |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| im theoretischen Unterricht.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilnahme an Kursen in der Klinik .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilnahme an Kursen der Schule.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teilnahme an Kursen von freiberuflichen Hebammen .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konzeption eines Kurses oder eigene Durchführung unter Anleitung ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 5. SCHÜLERINNEN

- 5.1 Einzugsgebiet der Schule:**  
 ... Stadt/Landkreis  
 ... Bundesland  
 ... Gesamtes Bundesgebiet
- 5.2 Wie viele Schülerinnen besuchen derzeit die Schule?** \_\_\_\_\_
- 5.3 Wie viele von diesen Schülerinnen haben**
- |                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hauptschulabschluß _____<br>Realschulabschluß _____<br>Fachabitur _____<br>Abitur _____ |  | eine abgeschlossene Berufsausbildung _____<br>(davon Krankenpflege) _____<br>ein abgeschlossenes FH-Studium _____<br>ein abgeschlossenes Hochschulstudium _____<br>ein abgebrochenes (Hochschul-)Studium _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- 5.4 Entspricht diese Verteilung in etwa der durchschnittlichen Verteilung der letzten Jahre?** .....  ja  nein  
 wenn nicht, was hat sich verändert? \_\_\_\_\_
- 5.5 Wie viele Umschülerinnen (AFG) sind unter den Schülerinnen?** \_\_\_\_\_
- 5.6 Nach welchen Kriterien wählt die Schule die Schülerinnen aus? Wer ist an dieser Entscheidung beteiligt?**
- |                                                   |                                                                    |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <u>Kriterien:</u>                                 | <u>beteiligt:</u>                                                  |
| <input type="checkbox"/> .. Schulabschluß         | <input type="checkbox"/> ... Hebammen-Schulleitung                 |
| <input type="checkbox"/> .. Zensuren              | <input type="checkbox"/> ... ärztliche Schulleitung                |
| <input type="checkbox"/> .. Eignungstest          | <input type="checkbox"/> ... Kreißsaal-Leitung                     |
| <input type="checkbox"/> .. persönliches Gespräch | <input type="checkbox"/> ... weitere Lehrerinnen für Hebammenwesen |
| <input type="checkbox"/> .. Kurszusammensetzung   | <input type="checkbox"/> ... Mitarbeitervertretung/Personalrat     |
| <input type="checkbox"/> .. _____                 | <input type="checkbox"/> ... Verwaltung                            |
| <input type="checkbox"/> .. _____                 | <input type="checkbox"/> ... _____                                 |
- 5.7 Wer entscheidet am Ende der Probezeit über die Eignung der Schülerin?**  
 \_\_\_\_\_  
 Gibt es hierbei festgelegte Kriterien? .....  ja  nein  
 wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 5.8 Haben die Schülerinnen die Möglichkeit, Supervision zu erhalten?** .....  ja  nein  
 wenn ja, in welcher Form? \_\_\_\_\_  
 in welchem zeitlichen Umfang? \_\_\_\_\_  
 durch wen? \_\_\_\_\_  
 Wie wird die Supervision finanziert? \_\_\_\_\_



<b>ZUSATZFRAGEBOGEN FÜR JEDE EINZELNE LEHRERIN FÜR HEBAMMENWESEN</b>
----------------------------------------------------------------------

- Schule: \_\_\_\_\_
- Welche Funktion haben Sie an der Schule inne?  
 ...Schulleitung    ... Fachrichtungsleitung    ... Lehrerin f. Hebammenwesen    ... Schulassistentin
- Ihr Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Hebammenexamen, Jahr: \_\_\_\_\_
- An welcher Schule haben Sie Ihr Examen gemacht? \_\_\_\_\_
- Wie viele Jahre Berufserfahrung als Hebamme hatten Sie, bevor Sie Ihre Tätigkeit als Lehrerin für Hebammenwesen aufnahmen? \_\_\_\_\_ Jahre
- In welchen Tätigkeitsbereichen waren Sie als Hebamme tätig?  
\_\_\_\_\_

- Verfügen Sie außerdem noch über eine weitere Berufsausbildung (oder über ein Hochschulstudium)?

ja       nein

wenn ja, welche(s) \_\_\_\_\_

wenn ja: Haben Sie in diesem anderen Beruf auch gearbeitet? Wie viele Jahre? \_\_\_\_\_ Jahre

- Mit wie vielen Wochenstunden sind Sie an der Schule beschäftigt? \_\_\_\_\_
- Fallen häufig Überstunden an?

ja       nein

wenn ja, in welchem Umfang?

\_\_\_\_\_

aus welchem Grund?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Wie viele Unterrichtsstunden pro Woche erteilen Sie ? \_\_\_\_\_

- Welche Tätigkeitsfelder haben schätzungsweise welchen Anteil an Ihrer persönlichen Arbeitszeit?

Erteilung von Unterricht.....	__%
Unterrichtsvorbereitung.....	__%
Praxisanleitung.....	__%
Einzelberatung von Schülerinnen.....	__%
Schulorganisatorische Aufgaben wie Konferenzen, Absprachen mit Kolleginnen, Kooperation mit Klinik usw.....	__%
Dozentenbeschaffung und -betreuung.....	__%
Schülerinnenverwaltung.....	__%
Sekretariats- und Schreibarbeiten.....	__%
Bewerbungsgespräche.....	__%
Examensvorbereitung und -durchführung....	__%
Literaturauswahl und -beschaffung.....	__%
Ausstattung der Schule.....	__%
Budgetentscheidungen.....	__%
Öffentlichkeitsarbeit/Außenvertretung.....	__%
eigene Fortbildung.....	__%
Sonstiges, und zwar.....	__%
_____	__%

Gesamtarbeitszeit: \_\_\_\_\_ 100 %

- Haben Sie eine Ausbildung zur Diplom-Medizinpädagogin absolviert?

ja     nein

→ wenn ja, an welcher Universität?

\_\_\_\_\_

→ Wie lange dauerte das Studium?

\_\_\_\_\_

Welche Lerninhalte standen im Vordergrund des Studiums?  
Nennen Sie bitte die 5 wichtigsten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ Wurden im Studium auch hebammenspezifische Themen behandelt?

ja     nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Haben Sie eine Weiterbildung zur Lehrerin für Hebammenwesen absolviert?

ja     nein

→ Wenn ja, bei welcher Institution?

\_\_\_\_\_

→ Um welche Weiterbildungsmaßnahme handelte es sich?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ Wie lange dauerte die Weiterbildung?

\_\_\_\_\_

→ Welche Lerninhalte standen im Vordergrund der Weiterbildungsmaßnahme?  
Nennen Sie bitte die 5 wichtigsten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

→ Wurden auch hebammenspezifische Themen in der Weiterbildung behandelt?

ja     nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Fühlen Sie sich durch Ihr Medizinpädagogik-Studium/Ihre Weiterbildung gut auf Ihre Berufstätigkeit als Lehrerin für Hebammenwesen vorbereitet?

ja     nein

Wenn ja, warum/wenn nein, warum nicht?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zum Schluß möchten wir Sie um Ihre persönliche Einschätzung bitten (bitte in Stichpunkten):**

- a) Womit sind Sie in Bezug auf die Hebammenausbildung zufrieden? Was läuft gut? Woran liegt das?

---

---

---

---

---

- b) Haben Sie schon einmal positive Einzelerfahrungen gemacht, von denen Sie sagen würden, so etwas sollte in der Ausbildung strukturell/verbindlich verankert werden?

---

---

---

---

---

- c) Womit sind Sie unzufrieden? Warum? Was müßte sich Ihrer Ansicht nach verändern?

---

---

---

---

---

- d) Haben Sie Ideen, wie die von Ihnen gewünschten Veränderungen bewerkstelligt werden könnten?

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

### HGH: Schulbefragung 1996 - Hinweise zum Ausfüllen

Die Befragung besteht aus 2 Teilen: dem 10seitigen Fragebogen für die Schule und dem 3seitigen Fragebogen für die einzelnen Lehrerinnen für Hebammenwesen.

Bitte füllen Sie den Schul-Fragebogen gemeinsam im Kollegium aus. Den Einzelfragebogen sollten Sie allein und nach einem gewissen zeitlichen Abstand (also z.B. am Abend desselben Tages oder am nächsten Morgen) ausfüllen.

- \* Bei ca. der Hälfte der Fragen haben Sie die Möglichkeit, Text zu schreiben (je nachdem: eine Zahl, einen Begriff oder Stichworte). Hierfür sind die durchgezogenen Linien \_\_\_\_\_ vorgesehen.
- \* Wenn Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, bitte die zutreffenden Antworten ankreuzen.
- \* Wenn "Ja" oder "Nein" zur Alternative stehen, entscheiden Sie sich bitte für die überwiegend / meistens zutreffende Möglichkeit.

Ein Tip: überfliegen Sie den Fragebogen vor dem Ausfüllen einmal, damit Sie wissen, welche Themenbereiche insgesamt angesprochen werden; so kann vermieden werden, daß Sie auf den ersten Seiten des Bogens Dinge ergänzen, die weiter hinten noch ausführlich behandelt werden.

Fakten, die im jüngst aktualisierten "Verzeichnis der Hebammenschulen" (Stand Feb. 1996) veröffentlicht sind, haben wir hier nicht erneut abgefragt.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mühe!!

## Interviewleitfaden Lehrerinnen für Hebammenwesen

### 1. Schulorganisation und Ausstattung

- \* Grund für Schulgründung? Interesse des Trägers?  
Wer definiert Bedarf? Abbau von Ausbildungsplätzen?
- \* Medizinische Berufsfachschulen Ost: Welche Fachrichtungen vertreten?  
Schülerinnenzahlen, Kooperationsmodalitäten, Stundenpläne etc.
- \* Schulen Ost: Rückstufung von Lehrerinnen-Gehalt nach "Kr":  
Stand der konkreten Planung und ihre Position
- \* Schulzentren West: Kooperationsmodelle/-modalitäten? Auswirkungen?
- \* Bayrische Schulen: Nachfragen bzgl. Curriculum, Schulgesetz etc.
- \* Aufgabenverteilung im LfH-Team: Theorie, Praxis, Administration  
→ was sehen sie als ihre Aufgaben? (wo Prioritäten?)
- \* Umgang mit unbesetzten Stellen (+ Gründe)
- \* Krankenschwestern auf Planstellen für LfH: Notlösung oder gewollt?  
Auswirkungen? Fächereinsatz? (große o. kleine Schule etc.)

### 2. Lehrplan / Theoretischer Unterricht

- \* Gesamtkonzeption aller Lehrenden bzgl. der theoretischen Ausbildung?
- \* Projektunterricht: Definition, Erfahrungen, Inhalte, Institutionalisierung?
- \* Nachfragen zu "Spielraumstunden" und zu Lehrbüchern/Literatur

### 3. Praktische Ausbildung - Anleitung

- \* Praxisanleitung durch LfH: Stellenwert innerhalb der praktischen Ausbildung?  
Umfang: pragmatische oder inhaltliche Gründe? Fachdidaktik? Methodik?
- \* Aufgabenprofil von Lehrerinnen für Hebammenwesen?  
(differenzieren nach Schulen in alten und neuen Bundesländern)
- \* Zufriedenheit mit Qualität der praktischen Ausbildung der Schülerinnen durch die  
KlinikpraktikerInnen? (Kreißaal, Wochenstation, Kinderzimmer)  
(Hebammen, Krankenschwestern, ÄrztInnen, Rolle Mentorinnen?)
  - Interesse an praktischer Ausbildung vorhanden? Gesamtkonzeption?
  - pädagogische Qualifikationen der anleitenden Personen?
  - Kommunikation + Zusammenarbeit zwischen Schule und Klinik/Mentorinnen?
  - Unterschiede zur Anleitung durch Lehrerin für Hebammenwesen?
- \* Ausbildung bzgl. psychosozialer Kompetenzen? (Inhalte, Methodik etc.)
- \* Frage/Einschätzung, ob und wie die Schülerinnen für die außerklinische Geburtshilfe  
und alle anderen Aspekte freiberuflicher Hebammentätigkeit ausgebildet werden?
- \* Externat: Stellenwert, Einbezug ins Curriculum, Aufarbeitung, Bewertung?
- \* Zusammenarbeit mit kooperierenden Ausbildungskliniken?  
(Grund für Ausbildung dort? Vorteile/Nachteile? Entfernung↔Kontakt? Umgang mit  
der dort praktizierten Geburtshilfe? Ausbildungskompetenzen dort?)

## Interviewleitfaden Hebammenschülerinnen

### 1. Praktische Ausbildung

- \* Anleitung in der Klinik - durch wen? wie? wie oft? usw.
- \* Praxiseinsätze gemäß Ausbildungsstand?  
(Unter-/Überforderung/Einstieg in die Praxis?)
- \* Status Azubi ↔ Arbeitskraft
- \* Wie wird die Arbeitsweise + Kommunikation im Kreißaal auf der Wochenstation/-Kinderzimmer eingeschätzt / empfunden?
- \* Verhältnis Schule - Klinik? Auswirkung für die Schülerinnen?
- \* Diskrepanzen Theorie - Praxis?
- \* Wechselnde Einsatzorte: Welche Unterschiede? Verwirrend? Bereichernd?
- \* Externat: Erfahrungen, Aufarbeitung, in Ausbildung integriert, Kosten?
- \* Wie werden psychosoziale und kommunikative Kompetenzen vermittelt, Interaktion, Umgang mit Verantwortung, kritischen Situationen? Aufarbeitung von Erlebtem?

### 2. Schule / Theoretische Ausbildung

- \* Lernziele vorhanden und für die Schülerin transparent?
- \* Zufriedenheit mit Ausstattung (räumlich und materiell) der Schule?
- \* Literaturliste/ausstattung/beschaffung: zufrieden?  
Stellenwert von Büchern für Ausbildung?
- \* Zufriedenheit mit LfH? Auswirkungen von unbesetzten Stellen?
- \* Dozentenvielfalt: Vorteile? Probleme?
- \* Qualität des theoretischen Unterrichts? (LfH/ÄrztInnen/andere DozentInnen)
- \* Selbständiges Lernen oder eher verschult? Engagement im Kurs? (z.B. Projektlernen)

### 3. Allgemeines

- \* Für was werden sie ausgebildet? (von Schule/von Klinik); Berufsbild?  
Wofür fühlen Sie sich gut ausgebildet? Wo sehen Sie Defizite?
- \* Zukunftspläne? Erwartungen? Berufswünsche?

## Interviewleitfaden Kreißsaal/Wochenstation/Kinderzimmer

- \* Was bedeutet es für Ihre Abteilung, Hebammen- (und Krankenpflege-)Schülerinnen auszubilden?
  - Arbeitserleichterung / Mehrarbeit?
  - eigenes Interesse an Ausbildung? Motivation?
  - Qualifikationen der anleitenden MitarbeiterInnen?
  
- \* Wie erfolgt die Ausbildung zur Wochenbettbetreuung? bzw.:  
Wie erfolgt die geburtshilfliche Ausbildung?
  - Standards der eigenen Arbeit  
(verbindlich festgelegt? Trennung Kinderzimmer/Wochenstation? usw.)
  - Ausbildung für häusliche Wochenbettbetreuung möglich? bzw.:  
Wird (indirekt) auch für die außerklinische Geburtshilfe ausgebildet?
  - Konzeption für Ausbildung (Ausb.inhalte/Ausb.stand der Schülerin)
  - Absprachen mit der Schule?
  - Anleitung durch LfH: integriert / Reibungen?
  
- \* Methoden der praktischen Ausbildung?
  
- \* Inwieweit erleben Sie die Schülerinnen verändert, wenn sie aus dem Externat wiederkommen? (Bewertung!)
  
- \* Inwieweit macht es sich für Sie bemerkbar, daß die Schülerinnen auch noch an einer weiteren Klinik ausgebildet werden?
  
- \* Arbeitsfeld Kommunikation und Gefühlsarbeit:
  - Wie werden kommunikative Fähigkeiten vermittelt? Teamarbeit?
  - Ausbildung zur Beratungstätigkeit?
  - Umgang mit / Verhalten in kritischen Situationen?
  - Umgang mit Macht
  
- \* Abschlußfrage allgemein zur Hebammenausbildung:  
Wo sehen Sie Probleme / Änderungsbedarf / Positives?

## Interviewleitfaden ärztliche Schulleiter (West)

- \* Interesse des Trägers an der Hebammenausbildung?
- \* Wer definiert Bedarf an Ausbildungsplätzen / an Hebammen?
- \* Gesundheitsstrukturreform:  
Welche Veränderungen werden erwartet oder sind schon eingetreten?
  - Verkürzte Liegezeiten? Zunahme der ambulanten Geburten?
  - Bettenabbau?
  - Einrichtung einer Schwangerenambulanz geplant?
  - Veränderung in der Finanzierung der Hebammenausbildung in Sicht?
- \* Aufgabenverteilung zwischen ärztlicher und Hebammen-Schulleitung?
- \* Unterricht: Begründung für Fächeraufteilung zwischen den Lehrenden?
- \* Ärzte inwieweit eingebunden in die praktische Ausbildung?
- \* Einschätzung der Qualität der Hebammen-Ausbildung (alle Bereiche)
- \* Änderungsbedarf?

## Interviewleitfaden Leiter/innen von Medizinischen Berufsfachschulen (Ost)

### 1. Berufsfachschule allgemein

- \* Medizinische Berufsfachschule: Welche Fachrichtungen? Wieviele SchülerInnen? Wieviele/welche Lehrkräfte (Qualifikationen)?
- \* Konzeption der Berufsfachschule? (inhaltlich und organisatorisch) Veränderungen seit der Wende? (Bewertung)
- \* Politischer Diskussionsstand bzgl. der Medizinischen Berufsfachschulen?

### 2. Hebammenausbildung

- \* Interesse des Landes an Hebammenausbildung?  
Wer definiert Bedarf? Abbau von Ausbildungsplätzen?
- \* Finanzierung der Hebammenausbildung (und der anderen Fachrichtungen)?
- \* Lerninhalte Hebammenausbildung: Verhältnis von Eigenständigkeit der Hebammenausbildung (HebGesetz) und Gesamtkonzeption der Medizinischen Berufsfachschule?
- \* Vergleich der Hebammenausbildung: DDR ↔ BRD
- \* Zukunft der Hebammenausbildung? (Einschätzung, Befürchtungen, Wünsche)



## Interviewleitfaden: Hebammen mit Berufserfahrung

### Ziel des Interviews:

Wie sollte sich die Ausbildung nach Ansicht der Interviewpartnerin verändern, um den beruflichen Veränderungen gerecht zu werden?

a) inhaltlich b) strukturell

In Bezug auf                   - die Tätigkeit im Kreißaal/Krankenhaus  
                                      - die Freiberuflichkeit

Schwerpunkt weniger auf den erfahrenen Ausbildungsalltag legen, als auf das Ergebnis der Ausbildung in Bezug auf die Qualifizierung.

### 1. Einordnung des Interviews:

Ausbildung wo und wann?

Schulträger, Schul- und Kursgröße, Lehrkörper

Berufliche Tätigkeit nach dem Examen

### 2. Jetziger Arbeitsbereich?

### 3. Wie war der Einstieg in den Beruf direkt nach der Ausbildung?

### 4. Positives:

In welchen Aspekten hat die eigene Ausbildung gut auf die berufliche Praxis vorbereitet? Beispiele!

Was machte die gute Vorbereitung aus?

### 5. Kritik/Mängel sind begründet in:

a) konkreten Bedingungen der konkreten Schule?

b) fehlenden/überflüssigen/schlecht vermittelten Inhalten?

c) grundsätzlichen Strukturmängeln der Hebammenausbildung?

#### ggf. nachhaken:

- Praxisanleitung

- Qualität des theoretischen Unterrichts

- Kompetenz von LfH und DozentInnen

- Ausbildung für die Freiberuflichkeit

- psychosoziale Kompetenzen

### 6. Nachqualifizierung? Fortbildungen etc.

### 7. Eigene Ansichten zur Reformierung der Ausbildung

## **Interviewleitfaden zur Hebammenausbildung**

### **(Grobraster, jeweils angepasst für verschiedene ExpertInnen)**

(z.B. Verbandspolitikerinnen von BDH und BfHD, Gewerkschafter, Berufsschullehrerin, Bildungs- und GesundheitspolitikerInnen, Hochschullehrerin, Auszubildende anderer Gesundheitsfachberufe, studierende Hebammen)

#### **Einstieg unterschiedlich:**

konkrete Fragen zum eigenen Arbeitsgebiet, zur eigenen Ausbildung, ggf. eigene Veröffentlichungen oder öffentliche Äußerungen als Gesprächseinstieg, entsprechende Nachfragen

#### **1. Wie und warum sollte sich die Hebammenausbildung verändern?**

inhaltlich? strukturell?

Gründe für Kritik an der Ausbildung?

Was hat sich bewährt? sollte beibehalten werden?

#### **2. Konkrete Vorstellungen zu einer Ausbildungsreform?**

(Modifizierung und/oder Verlängerung der 3jährigen Ausbildung, Schulzentren, FH-Ausbildung, Vorschläge ÖTV und BiBB, Lehrerinnenstudium usw.)

Eigene Position bzw. Position der vertretenen Organisation

#### **3. Finanzierung der Hebammenausbildung in Zukunft?**

#### **4. Berufsbildung im Berufsfeld Gesundheit:**

Aus-, Fort- und Weiterbildung, Studium: Vorstellungen, Ideen, Ziele?

(Einschätzung der jetzigen Situation; Position zu vorhandenen Studiengängen)

#### **5. Entwicklung des Hebammenberufs in Zukunft?**

Einschätzungen, Befürchtungen, Ziele in Bezug auf den Berufsstand

Einschätzungen der Entwicklung des Bedarfs an Hebammenhilfe

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

#### **6. Stichwort „Professionalisierung“:**

Eigene Vorstellungen? Bezug zum Hebammenberuf?

**Tabellen: Schulbefragung 1996**



## Tabellen aus der Schulbefragung 1996

**Tabelle 19: Schulträger**

(n = 46 Schulen)

Träger	Schulen West	Schulen Ost	Gesamt
Kirchen	9	-	9
Kommunen	15	-	15
Kirche und Kommune	1	-	1
Land (Uni-Kliniken)	13	5	18
andere (u.a. privat)	3	-	3
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>46</b>

Quelle: Fragebogen-Frage 1.3

**Tabelle 20: Ausbildungsplätze und Schülerinnenzahlen pro Schule 1996**

(n = 46 Schulen)

Ausbildungsplätze/Schülerinnen pro Schule	Ausbildungsplätze	Schülerinnen
bis 20	8	10
21 – 40	17	17
41 – 60	18	16
61 – 80	2	2
über 80	1	1
<b>Schulen insgesamt</b>	<b>46</b>	<b>46</b>
<b>Ausbildungsplätze/ Schülerinnen insgesamt</b>	<b>1828</b>	<b>1720</b>

Quellen: BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996; Fragebogen-Frage 5.2

Die Gesamtzahl der Ausbildungsplätze an den 46 befragten Hebammenschulen betrug 1996 laut BDH-Verzeichnis 1828<sup>1</sup>, die Anzahl der regulären Schülerinnen im Zeitraum der Erhebung (Mai/Juni 1996) 1708; zu diesen müssen noch 12 Schülerinnen addiert werden, weil 3 Schulen mehr Schülerinnen aufgenommen hatten, als sie Ausbildungsplätze anbieten. Dies hängt in der Regel damit zusammen, dass Frauen, die nach einem Erziehungsurlaub in die Ausbildung zurückkehren, in bestehende Kurse einsteigen und die Schule damit unter Umständen vorübergehend mehr Schülerinnen als ausgewiesene Ausbildungsplätze hat. Die Gesamt-Schülerinnenzahl belief sich also inklusive dieser „Rückkehrerinnen“ auf 1720.

Zwischen der Gesamtzahl der Ausbildungsplätze und der Anzahl der *regulären* Schülerinnen ergibt sich eine Differenz von 120 Ausbildungsplätzen. 62 dieser Ausbildungsplätze waren jedoch nicht wirklich frei, sondern waren an insgesamt 4 Schulen aufgrund von internen Umstellungen (z.B. Verschiebung des Kursbeginns von Frühjahr auf Herbst) im Juni '96 vorübergehend nicht besetzt. Das heißt, die Anzahl der seinerzeit freien Ausbildungsplätze reduziert sich somit von 120 auf 58.

<sup>1</sup> An den 10 Schulen, die sich nicht an der Erhebung beteiligt haben, wurden laut BDH-Verzeichnis 1996 weitere 360 Ausbildungsplätze vorgehalten, d.h. in der gesamten Bundesrepublik gab es seinerzeit 2188 Ausbildungsplätze für Hebammen.

An 21 Schulen waren alle Ausbildungsplätze belegt, an 3 Schulen - wie erwähnt - sogar überbelegt. Die 58 freien Ausbildungsplätze verteilten sich also auf 18 Schulen, das sind bezogen auf diese Schulen 3,2 freie Ausbildungsplätze pro Schule.<sup>2</sup>

Aus der folgenden Tabelle 21 wird deutlich, dass die Hälfte der Schulträger eine Kursgröße von bis zu 15 Schülerinnen, fast alle aber eine Kursgröße von bis zu 20 Schülerinnen vorsehen und nur 3 deutlich darüber liegen (mit bis zu 25 bzw. 30 Schülerinnen pro Kurs). Durch die freien Ausbildungsplätze sind die Kurse de facto noch etwas kleiner: Über die Hälfte der Schulen hat Kursgrößen von bis zu 15 Schülerinnen.<sup>3</sup>

**Tabelle 21: Kursgrößen: Ausbildungsangebot und Ist-Zustand 1996**

(n = 46 Schulen)

Ausbildungsplätze pro Kurs	1 Kurs	2 Kurse	3 Kurse	4 Kurse	Gesamt
bis 15 Ausbildungsplätze	2	9	12	-	23
16-20 Ausbildungsplätze	6	4	9	1	20
21-25 Ausbildungsplätze	-	1	1	-	2
26-30 Ausbildungsplätze	-	-	1	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>46</b>

Schülerinnen pro Kurs	1 Kurs	2 Kurse	3 Kurse	4 Kurse	Gesamt
bis 15 Schülerinnen	3	9	13	-	25
16-20 Schülerinnen	6	4	7	1	18
21-25 Schülerinnen	-	1	1	-	2
26-30 Schülerinnen	-	-	1	-	1
<b>Gesamt</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>46</b>

Quellen: BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996; Fragebogen-Frage 5.2

**Tabelle 22: Lehrerinnen-Schülerinnen-Relation 1996**

(n = 46 Schulen; unbesetzte Planstellen nur an Westschulen, siehe unten, Abbildung 1)

Lehrerinnen-Schülerinnen-Relation	Relation Planstellen / Ausb.plätze	Schulen mit besetzten LfH-Stellen	Schulen mit unbesetzten LfH-Stellen	Gesamt
1: bis 10	2	5	-	5
1: 11-15	27	18	1	19
1: 16-20	16	9	8	17
1: 21-25	1	-	2	2
1: 26-30	-	-	1	1
1: > 30	-	-	2	2
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>46</b>

Quellen: Fragebogen-Frage 1.8, 1.9 und 5.2; BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996

<sup>2</sup> Quellen für diese Berechnungen: BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996, ergänzt um telefonische Nachfragen bei einzelnen Schulen; Fragebogen-Frage 5.2

<sup>3</sup> Obwohl – wie gerade ausgeführt - an 25 Schulen eine Differenz zwischen Ausbildungsplatzangebot und tatsächlichen Schülerinnenzahlen besteht, haben nur 8 Schulen ihre Einordnung innerhalb der beiden Teiltabellen von Tabelle 21 verändert: 4 Schulen sind durch freie Ausbildungsplätze in die Kategorie „bis zu 15 Schülerinnen pro Kurs“ aufgerückt, 2 Schulen sind durch Überbelegung in die Kategorie „16-20 Schülerinnen pro Kurs“ abgestiegen. Außerdem hatte eine dreizügige Schule zum Erhebungszeitpunkt nur 2 Kurse und eine zweizügige Schule nur einen Kurs.

Quellen: BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996; Fragebogen-Frage 5.2

**Abbildung 9: Lehrerinnen-Planstellen an Hebammenschulen 1996**  
(n = 46 Schulen)

117,75	LfH-Planstellen an 46 Schulen
104,4	Planstellen besetzt (Mai/Juni '96)
13,35	unbesetzte LfH-Planstellen an 18 Schulen (West)
4,2	dieser Planstellen an 6 Schulen mit LfPf besetzt
9,15	vakante LfH-Planstellen an 14 Schulen (West)
Streuung:	
0,15 - 0,25	Stelle an 4 Schulen
0,5	Stelle an 4 Schulen
0,75	Stelle an 1 Schule
1	Stelle an 4 Schulen
1,5	Stelle an 1 Schule

Quellen: Fragebogen-Frage 1.8 und 1.9

**Tabelle 23: Aufgaben der ärztlichen Schulleitung (nur West-Schulen)**  
(keine Angaben: 2, n = 39, Mehrfachnennungen)

Aufgaben der ärztlichen Schulleitung	Anzahl Schulen (nur West)
Bewerbungen Schülerinnen	23
Teilnahme am Examen	30
Budget-Entscheidungen	8
Bewerbungen Lehrerinnen	24
Unterrichtstätigkeit	25
Hilfestellung in Problemsituationen	4
Sonstiges	3

Quelle: Frage 1.13

**Tabelle 24: Räumliche und materielle Ausstattung**  
(n = 46 Schulen, Mehrfachnennungen)

Räume	Ausreichend	Nicht ausreichend	Keine Angaben
Anzahl Unterrichtsräume	40	6	-
Ausstattung Unterrichtsräume	42	2	2
Anzahl Demonstrationsräume	35	10	1
Ausstattung Demonstrationsräume	34	11	1
Bürräume für die Lehrerinnen	34	12	-
Sekretariat	27	15	4
Aufenthaltsräume für Schülerinnen	26	19	1
Neben- und Abstellräume	33	11	2
Sonstige Räume	12	2	32

Quelle: Fragebogen-Frage 2.1

## Lehrgeburten an Ausbildungskrankenhäusern

Die folgenden vier Tabellen veranschaulichen das Verhältnis zwischen Geburtenzahlen, operativen Geburtsbeendigungen, Ausbildungsplätzen an den Krankenhäusern der Hebammenschulen und der Ausbildung an weiteren Häusern.

Tabelle 25 vermittelt zunächst einen Überblick über die Schulgrößen im Vergleich zu den Geburtenzahlen der Ausbildungskrankenhäuser sowie über die Frage, ob an weiteren Häusern ausgebildet wird und wie viele Geburten dort jeweils zur Verfügung stehen.

Bei der Betrachtung der Tabelle fällt auf, dass vor allem die kleineren Häuser (mit unter 1500 Geburten pro Jahr) einen Ausbildungsverbund mit anderen Kliniken eingehen. Je größer die eigene geburtshilfliche Abteilung ist, desto seltener werden andere Häuser für die Ausbildung hinzugenommen.

**Tabelle 25: Geburtenzahlen im Verhältnis zu Ausbildungsplätzen 1996**

(n = 46 Schulen)

Anzahl Geburten pro Jahr am eigenen Haus	Ausbildungsplätze pro Schule	Ausbildung auch an anderen Häusern		Geburten pro Jahr an den anderen Häusern: Anzahl (ggf. Summe)
		nein: 20	ja: 26	
unter 500	16-30	-	1	3400
	16-30	1	5	500,800,900,1200,1750
500 - 999	31-45	-	2	850,1700
	46-60	-	2	1200,1800
	16-30	3	2	1000,6500
1000 - 1499	31-45	1	6	1400,1600,2044,2800,3225,5500
	46-60	1	2	1600,2950
	unter 15	2	-	
1500 - 1999	16-30	2	-	
	31-45	-	1	3800
	46-60	1	2	1200,3300
	61-75	-	1	2200
	16-30	2	-	
2000 - 2499	31-45	2	1	1500
	46-60	1	-	
	61-75	-	1	1800
	76-90	1	-	
	16-30	1	-	
Über 2500	31-45	1	-	
	46-60	1	-	
	46-60	1	-	

Quellen: Fragebogen-Frage 4.3 und BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996

Entscheidend für die Ausbildung ist allerdings weniger die absolute Anzahl an Geburten als das relative Verhältnis zwischen Ausbildungsplätzen und Geburten sowie (wie in Abschnitt 4.1.3.1 ausgeführt) die zur Verfügung stehenden *Lehrgeburten*. Als Richtwert kann zunächst die o.g. Empfehlung des Niedersächsischen Kultusministeriums von 40 Geburten/Jahr pro Ausbildungsplatz dienen.

Nimmt man diesen Richtwert als Anhaltspunkt, um die Schulen miteinander vergleichen zu können, so sieht man anhand von Tabelle 26, dass über die Hälfte der befragten Schulen, nämlich 27 (darunter alle Ost-Schulen), unter diesem Wert liegen. Diese 27 Schulen sind weitgehend identisch mit den 26 Schulen aus Tabelle 25, die auch an anderen Kliniken ausbilden. 4 von ihnen (nur West-Schulen) bilden allerdings trotz eines Geburten-Ausbildungsplatz-Quotienten von unter 30 ausschließlich am eigenen Haus aus.



**Tabelle 26: Verhältnis von Geburten zu Ausbildungsplätzen 1996**

(n = 46 Ausbildungskliniken)

Quotient Geburten : Ausbildungsplätze	Kliniken West	Kliniken Ost	Gesamt
bis incl. 20	3	1	4
21 – 30	16	4	20
31 – 40	3	-	3
41 – 50	4	-	4
51 – 60	4	-	4
61 – 70	3	-	3
71 – 80	1	-	1
81 – 90	2	-	2
91 – 100	1	-	1
über 100	4	-	4
<b>Gesamt</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>46</b>

Quellen: Fragebogen-Frage 4.3 und BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996

**Tabelle 27: Verteilung der Geburtsmodi an den Ausbildungskliniken 1995**

(keine Angaben: 7, n = 39 Ausbildungskliniken)

Prozentsatz an allen Geburten	Spontangeburt	Vaginal-operative Geburten	Sectiones
unter 5 %		10	
6-10 %		21	
11-15 %		5	9
16-20 %		2	20
21-25 %		-	3
26-30 %		1	5
31-35 %			-
36-40 %			-
41-45 %			1
46-50 %	2		1
51-55 %	2		
56-60 %	1		
61-65 %	2		
66-70 %	7		
71-75 %	13		
76-80 %	10		
81-85 %	2		
<b>Gesamt</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>39</b>

Quelle: Fragebogen-Frage 4.3, Geburtsmodi des Vorjahres (also 1995)

Tabelle 27 schlüsselt auf, wie hoch der Prozentsatz an Spontangeburt, Sectiones und Vaginal-operativen Entbindungen an den Ausbildungskliniken ist. Hier antworteten 39 von 46 Schulen. Die durchschnittliche Sectio-Rate an diesen Ausbildungskliniken liegt bei 20,2% und damit um 2 Prozentpunkte höher als der Bundesdurchschnitt<sup>4</sup>, was mit Sicherheit darauf zurückzuführen ist, dass die Ausbildung von Gesundheitsfachberufen, so auch von Hebammen

<sup>4</sup> Durchschnittliche Sectio-Rate Gesamt BRD (15 der 17 Bundesländer-PAG's) von 1995: 18,2% (Minimale - maximale Sectio-Rate der Bundesländer/PAG's: 13,5% - 22,5%)

Quelle: PAG-Daten von 1995, zur Verfügung gestellt durch das „Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ der Ärztekammer Niedersachsen

men, mehrheitlich an Universitätskliniken und anderen Häusern der Maximalversorgung angesiedelt ist.

Für die Ausbildung von Hebammenschülerinnen ist jedoch ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen physiologischen Geburten, die sie im späteren Berufsleben selbständig betreuen werden, und pathologischen Verläufen, bei denen die Zusammenarbeit mit Ärzten erforderlich ist, notwendig. Deshalb werden in Tabelle 28 die 14 Ausbildungskrankenhäuser mit einem sehr hohen Anteil an operativen Geburtsbeendigungen (Spontangeburt unter 70%) noch einmal gesondert dargestellt, um zu prüfen, wie hier jeweils das Verhältnis von Geburten zu Ausbildungsplätzen aussieht und ob diese Schulen auch an anderen Kliniken einsetzen.

**Tabelle 28: Geburtsmodi im Verhältnis zu Geburtenzahlen am eigenen Haus und Ausbildungsverbund mit anderen Häusern**

(n = 14 Schulen/Ausbildungskliniken: 13 West, 1 Ost)

Geburtsmodus			Verh. Geburten zu Ausb.plätzen	Ausbildung auch an and. Häusern
Spontan	vag.op.	Sectio		
46%	7%	47%	1 : 26	ja
50%	20%	30%	1 : 20	ja
51%	7%	42%	1 : 30	ja
54%	30%	16%	1 : 50	nein
60%	15%	25%	1 : 87	nein
62%	10%	28%	1 : 27	ja
65%	5%	30%	1 : 28	nein
66%	11%	23%	1 : 101	nein
67%	8%	25%	1 : 92	nein
68%	4%	28%	1 : 24	ja
69%	17%	14%	1 : 43	nein
70%	10%	20%	1 : 54	nein
70%	10%	20%	1 : 40	ja
70%	2%	28%	1 : 54	nein

Quellen: Fragebogen-Frage 4.2 und 4.3 und BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996

Das Ergebnis zeigt, dass knapp die Hälfte der betroffenen Schulen zusätzlich an anderen Häusern ausbilden lassen. Bei den meisten der übrigen Schulen liegt der Quotient Geburten zu Ausbildungsplätzen am eigenen Haus weit über 40, was darauf verweist, dass hier so hohe Geburtenzahlen vorliegen, dass trotz hoher Pathologierate genügend Lehrgeburt für die Schülerinnen übrigbleiben. Eine einzige der Schulen aus Tabelle 28, deren Verhältnis Geburten zu Ausbildungsplätzen weit unter 1 : 40 (nämlich bei 1 : 28) liegt, bildet trotzdem nur am eigenen Haus aus.

## Tätigkeitsprofile der Lehrerinnen für Hebammenwesen

Im Zusatzfragebogen wurden die Lehrerinnen für Hebammenwesen gebeten, den prozentualen Anteil verschiedener aufgeführter Tätigkeitsfelder an ihrer persönlichen Arbeitszeit einzuschätzen. Es haben jedoch nicht alle Lehrerinnen für Hebammenwesen, die den Zusatzfragebogen ausgefüllt haben, ihre Tätigkeiten prozentuiert. Das der folgenden Tabelle 29 zugrundeliegende n beträgt 86 Lehrerinnen, d.h. 81 % der Gesamtgruppe von 105 Lehrerinnen. Die Prozentuierung der Tätigkeitsfelder basiert auf den *Schätzungen* durch die Lehrerinnen und gibt die Durchschnittswerte der Tätigkeitsfelder der Lehrerinnen für Hebammenwesen wieder.

**Tabelle 29: Tätigkeiten der Lehrerinnen für Hebammenwesen**  
(n = 86 Lehrerinnen für Hebammenwesen; 75 West und 11 Ost)

Tätigkeitsfelder	West-Schulen Durchschnittlich	Ost-Schulen Durchschnittlich
Erteilung von Unterricht	21%	46%
Unterrichtsvorbereitung	13%	14%
Praxisanleitung	14%	15%
Einzelberatung von Schülerinnen	4%	3%
Schulorganisation (Kooperation, Konferenzen etc.)	10%	5%
Dozentenbeschaffung und -betreuung	3%	1%
Schülerinnenverwaltung	4%	2%
Sekretariats- und Schreibearbeiten	5%	2%
Bewerbungsgespräche	8%	2%
Examensvorbereitung und -durchführung	8%	3%
Literaturauswahl und -beschaffung	2%	2%
Ausstattung der Schule	1%	1%
Budgetentscheidungen	1%	1%
Öffentlichkeitsarbeit/Außenvertretung	2%	1%
Eigene Fortbildung	3%	2%
Sonstiges	1%	0%
<b>Gesamt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Quelle: LfH- Zusatzfragebogen S.1

Um zu veranschaulichen, welche *Tätigkeitsprofile von Schulteams* hinter diesen *Durchschnittswerten* stehen, wurden alle Tätigkeiten zu 4 Gruppen zusammengefasst und schulweise ausgewertet. Hierbei wurden nur die 26 Schulen berücksichtigt, an denen sämtliche Lehrerinnen für Hebammenwesen die Frage nach der prozentualen Gewichtung ihrer Arbeitszeit beantwortet hatten. Dadurch reduzieren sich die auswertbaren Fragebögen zwar von 86 auf 64 und die Anzahl der Schulen von 46 auf 26; dennoch kann davon ausgegangen werden, dass sich die Aussagekraft der Auswertung erhöht, weil es bei der Betrachtung ganzer Schulteams möglich ist, die Gewichtung der Lehrerinnen-Tätigkeiten an der jeweiligen Schule als Ganzes zu betrachten und die Schulen untereinander zu vergleichen, unabhängig von der Prioritätensetzung einzelner Lehrerinnen für Hebammenwesen.<sup>5</sup>

Tabelle 30 stellt die vier Gruppen von Tätigkeiten zunächst (wie in Tabelle 29) mit ihren jeweiligen Durchschnittswerten dar.

Ganz deutlich zeigen sich Unterschiede zwischen den Ost- und den West-Schulen hinsichtlich der zeitlichen Gewichtung ihrer Tätigkeiten. An den Ost-Schulen wird sehr viel mehr Zeit für den Unterricht aufgewendet, während für die Komplexe „Organisation“ und „Schülerinnenbetreuung“ nur halb soviel Arbeitszeit wie an den West-Schulen gebraucht wird. An Praxisanleitung leisten die Ost-Schulen im Durchschnitt mehr als die West-Schulen. An den Medizinischen Berufsfachschulen ist das Arbeitspensum für Organisation gleich groß wie das für die Praxisanleitung, während hier an den West-Schulen ein Verhältnis von 3 zu 1 vorliegt. Dieses auffällige Ergebnis ist zumindest teilweise mit den strukturellen Unterschieden zwischen den Hebammenschulen in den alten Bundesländern und den Medizinischen Berufsfachschulen zu erklären:

- Die Diplom-Medizinpädagoginnen sind in erster Linie Theorielehrerinnen. Um ihre Gehaltseinstufung als Lehrerinnen aufrechtzuerhalten, müssen sie mindestens 50% ihrer Arbeitszeit für Unterricht aufwenden.

<sup>5</sup> So gibt es Schulteams, wo z.B. eine Lehrerin für Hebammenwesen alle Organisationsaufgaben erledigt, während eine andere über die Hälfte ihrer Arbeitszeit auf die Praxisanleitung verwendet. Betrachtet man jetzt, wie in Tabelle 30 a-d geschehen, die Schulteams als Ganzes, so gleichen sich die individuellen Unterschiede aus, und es werden die Unterschiede zwischen den Schulen deutlich.

**Tabelle 30: Gruppen von Tätigkeiten der Lehrerinnen für Hebammenwesen**

Gruppen von Tätigkeiten	West-Schulen n = 23 Teams = 57 LfH	Ost-Schulen n = 3 Teams = 7 LfH
Unterricht, Unterrichtsvorbereitung	34%	57%
Praxisanleitung	11%	18%
Schülerinnenbetreuung: Einzelberatung, Bewerbungsgespräche, Examen	17%	8%
Organisation (alle restlichen Tätigkeiten)	38%	17%
<b>Gesamt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Quelle: LfH- Zusatzfragebogen S.1

- Die Praxisanleitung hatte in der DDR einen höheren Stellenwert. Es wurden Praxislehrerinnen beschäftigt, die zum LehrerInnenkollektiv gehörten, aber in erster Linie für die praktische Ausbildung in der Klinik zuständig waren. Diese Stellen wurden nach der Wende an fast allen Schulen gestrichen. Die Lehrerinnen für Hebammenwesen an den Berufsfachschulen im Osten versuchen nach eigenen Angaben trotzdem, diesen bewährten Aspekt der Ausbildung fortzusetzen, soweit es ihnen noch möglich ist. Häufig wird ein Teil dieser Praxisanleitung in Form von unbezahlten Überstunden geleistet. In Interviews wurde erhebliche Kritik an der fehlenden Institutionalisierung von Praxisanleitung geübt.
- Eine Erklärung für den auffallend geringeren Anteil an Schülerinnenbetreuung konnte nicht gefunden werden. In der Einzelberatung von Schülerinnen liegen die Ost- und die West-Schulen in etwa gleich (siehe Tabelle 29), der Unterschied rührt also von dem geringeren Aufwand für Bewerbungsgespräche und Examenbetreuung her. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass ein Großteil der Verwaltungsaufgaben, die mit diesen beiden Posten verbunden sind, an den Medizinischen Berufsfachschulen vom Schulsekretariat übernommen wird.
- Für den geringeren Aufwand für organisatorische Tätigkeiten an den Ost-Schulen gibt es einige Anhaltspunkte. In den Interviews wurde z.B. als entlastend genannt, dass die Schuldirektion für den Stundenplan verantwortlich ist, da die LehrerInnen fachrichtungsübergreifend unterrichten. Weiterhin wird durch die regelmäßige Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen die Beschaffung von Anschauungsmaterialien, Medien und neuer Literatur erleichtert. Auch die deutlich geringere Beschäftigung von nebenamtlichen DozentInnen verringert den Zeitaufwand für DozentInnenbeschaffung und Absprachen hinsichtlich des Unterrichtsstoffs.

In der folgenden Analyse der einzelnen Tätigkeitsgruppen der Lehrerinnen für Hebammenwesen wird deutlich, wie groß die Unterschiede zwischen den Schulteams hinsichtlich des zeitlichen Umfangs, den sie für die verschiedenen Tätigkeiten aufwenden, sind.

**Tabelle 31: Tätigkeitsgruppe „Unterricht und Vorbereitung“**

(n = 26 Schulen mit 64 Lehrerinnen für Hebammenwesen)

Arbeitszeitanteil des Schulteams in %	Schulteams West	Schulteams Ost
18,5-30 %	11	-
31-40 %	7	-
41-50 %	3	-
51-60 %	2	1
61-75 %	-	2
<b>Gesamt</b>	<b>23</b>	<b>3</b>

Quelle: LfH- Zusatzfragebogen S.1

Der Anteil an Arbeitszeit, der von den Schulteams für den Unterricht (incl. Vorbereitung) aufgewendet wird, reicht von 18,5% bis zu 75%, wobei knapp die Hälfte der West-Schulteams in der Gruppe bis 30% zu finden ist, die andere Hälfte liegt darüber. Mehr als 50% der Arbeitszeit wird an 2 West-Schulen sowie an den 3 Ost-Schulteams für diese Tätigkeiten eingesetzt, wobei die Lehrerinnen an den Medizinischen Berufsfachschulen – wie bereits erwähnt – nicht nur Hebammenschülerinnen, sondern auch Auszubildende anderer Fachrichtungen unterrichten.

**Tabelle 32: Tätigkeitsgruppe „Praxisanleitung“**

(n = 26 Schulen mit 64 Lehrerinnen für Hebammenwesen)

Arbeitszeitanteil des Schulteams in %	Schulteams West	Schulteams Ost
0 %	3	-
1-5 %	4	-
6-10 %	5	-
11-15 %	3	1
16-20 %	4	1
21-25 %	3	1
26-30 %	1	-
<b>Gesamt</b>	<b>23</b>	<b>3</b>

Quelle: LfH- Zusatzfragebogen S.1

Der Anteil an Arbeitszeit, der von den Schulteams für die Praxisanleitung aufgewendet wird, reicht von 0% bis zu 30%. Mehr als ein Drittel der Schulen wendet über 16% der Arbeitszeit für die Praxisanleitung auf, aber knapp die Hälfte bleibt unter 10%. Die Ost-Schulen liegen hier im oberen Bereich.

**Tabelle 33: Tätigkeitsgruppe „Schülerinnenbetreuung“**

(n = 26 Schulen mit 64 Lehrerinnen für Hebammenwesen)

Arbeitszeitanteil des Schulteams in %	Schulteams West	Schulteams Ost
0-5 %	1	-
6-10 %	1	3
11-15 %	9	-
16-20 %	4	-
21-25 %	6	-
26-30 %	2	-
<b>Gesamt</b>	<b>23</b>	<b>3</b>

Quelle: LfH- Zusatzfragebogen S.1

Der Anteil an Arbeitszeit, der von den Schulteams für Einzelberatung, Bewerbungsgespräche und Examensdurchführung (auch -vorbereitung) aufgewendet wird, reicht von 0% bis zu 30%. Fast ein Drittel der Teams liegt bei über 20% . Die 3 Ost-Schulen und 2 West-Schulen wenden für diese Tätigkeiten weniger als 10% auf.

In der Tätigkeitsgruppe Organisation wurden neben Kooperation, Dozentenbeschaffung, Verwaltungsarbeiten auch weniger aufwendige Arbeiten wie Literatursauswahl, Ausstattung, Öffentlichkeitsarbeit, Budgetentscheidungen und eigene Fortbildung zusammengefasst.

**Tabelle 34: Tätigkeitsgruppe „Organisation“**

(n = 26 Schulen mit 64 Lehrerinnen für Hebammenwesen)

Arbeitszeitanteil des Schulteams in %	Schulteams West	Schulteams Ost
1-10 %	-	2
11-20 %	2	-
21-30 %	3	-
31-40 %	8	1
41-50 %	5	-
51-61,5 %	3	-
<b>Gesamt</b>	<b>23</b>	<b>3</b>

Quelle: LfH-Zusatzfragebogen S.1

Der Anteil an Arbeitszeit, der von den Schulteams für diese Tätigkeiten aufgewendet wird, reicht von 1% bis zu 61,5%. Ein Drittel der Schulteams braucht 41-61,5% ihrer Arbeitszeit für Organisationstätigkeiten, ebenfalls fast ein Drittel braucht weniger als 30%. An den Ost-Schulen wird deutlich weniger Zeit für organisatorische Tätigkeiten aufgewendet.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem geringeren Aufwand für Organisation und dem Vorhandensein einer Sekretärinnenstelle konnte überraschender Weise nicht gefunden werden.

**Tabelle 35: Sekretärinnen / Verwaltungskräfte 1996**

(n = 46 Schulen)

Sekretärinnen-Stellen	Schulen West	Ausbildungsplätze West	Schulen Ost	Ausbildungsplätze Ost
1 Stelle	5	16,32,45,60,75	-	-
0,5 Stelle	14	18,20,24,3x30,36,39 41,3x45,60,75	1	30
0,3-0,33 Stelle	4	30,45,48,50	1	51
0,2-0,25 Stelle	4	18,32,60,90	2	40, 50
0,1-0,15 Stelle	2	12,18	1	30
keine Sekretärin	12	15,20,24,28,2x30,2x 45,3x60	-	-
<b>Schulen Gesamt</b>	<b>41</b>		<b>5</b>	

Quellen: Fragebogen-Frage 1.12; BDH-Verzeichnis der Hebammenschulen 1996

Dreiviertel der 46 befragten Hebammenschulen (34) haben eine Sekretärin oder Verwaltungskraft, weit über die Hälfte dieser Sekretärinnen (20) arbeiten mit einer halben Stelle und mehr. 13 Sekretärinnen stehen der jeweiligen Hebammenschule mit einer 1/3 Stelle und weniger zur Verfügung. Hierbei handelt es sich in der Regel um Schreib- bzw. Verwaltungskräfte, die an einem Schulzentrum (West) oder einer Medizinischen Berufsfachschule (Ost) angestellt sind und der Hebammenschule nur anteilig zur Verfügung stehen.

Die Schulgröße scheint keinen Einfluss darauf zu haben, ob der Träger der Schule eine Entlastung von Verwaltungs- und Büroarbeiten zubilligt: sowohl in der Gruppe *mit* Sekretärinnenstelle als auch in der Gruppe *ohne* sind große wie kleine Schulen vertreten, auch der Stundenumfang der Sekretärinnenstelle ist nicht abhängig von der Anzahl der Ausbildungsplätze.

**Abbildung 10: Kritikpunkte und Wünsche von Hebammenschülerinnen**

<b>Theoretische Ausbildung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unnötige Fächer (vor allem im 1. Jahr), wenig Praxisbezug</li> <li>• Allgemeinfächer gut, wenn Hebammen-bezogen</li> <li>• Mangelnde Abstimmung im Lehrplan und unter den DozentInnen, dadurch oft unlogische Reihenfolge der Fächer, Doppelungen von Unterrichtsstoff, fehlende Gesamtkonzeption</li> <li>• Qualität der nebenamtlichen DozentInnen sehr unterschiedlich; Kritik an DozentInnenauswahl</li> <li>• Ganzheitliche Lernmethoden gewünscht, Projektunterricht</li> <li>• Hebammenunterricht als Lückenbüßer für ausgefallenen DozentInnenunterricht problematisch</li> <li>• Mehr Hebammenunterricht gewünscht</li> <li>• Mehr Unterricht zu Themenbereichen der Freiberuflichkeit gewünscht</li> <li>• Mehr Unterricht von freiberuflichen Hebammen gewünscht</li> <li>• Zu viel/zu wenig Arztunterricht</li> <li>• Forschung sollte Unterrichtsfach sein</li> </ul>
<b>Praktische Ausbildung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Praxisanleitung gewünscht/mehr Praxisanleitung durch Lehrerin für Hebammenwesen gewünscht (zum Teil nur Anleitung durch „Oberkursschülerinnen“; keine Anleitung durch LfH)</li> <li>• Ungleichzeitigkeiten von Theorie und Praxis problematisch</li> <li>• Gegensätze zwischen theoretischem Schulwissen und Klinikrealitäten für die Schülerinnen verwirrend, oft auch belastend</li> <li>• Allgemeinverbindliche Pläne gewünscht (Tätigkeits-/Lernzielkataloge), mit den Vorteilen: Klarheit über den Ausbildungsstand der Schülerin, der Anspruch der Schülerin auf Anleitung ist dokumentiert, mehr Sachlichkeit statt Personenabhängigkeit in der Anleitung, Arbeitsleistung der Schülerin wird deutlich</li> <li>• Mehr Ausbildung in Schwangerenvorsorge/-betreuung gewünscht</li> <li>• Überflüssige Einsätze streichen (zuviel Pflege), mehr Kreißsaal</li> <li>• Klinik-Externate gewünscht (Schülerinnen-Austausch)</li> <li>• Externat (oder längeres Externat) in der Freiberuflichkeit gewünscht, gesetzliche Verankerung</li> <li>• Wochenbettbesuche mit freiberuflichen Hebammen gewünscht, als Teil der Ausbildung in Wochenbettbetreuung</li> <li>• Praktikerinnen-Fortbildung, außerdem PraktikerInnen stärker in Ausbildung einbeziehen</li> </ul>
<b>Kritik/Vorschläge bzgl. der Ausbildungsstruktur</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision gewünscht</li> <li>• Persönlichkeitsbildung als Ausbildungsinhalt</li> <li>• Problematisch, dass Ausbildung in der Regel nur an einem Kreißsaal: Ausbildung dadurch a) fachlich einseitig, b) Schülerin einem Team ausgeliefert (Problem der gegenseitigen negativen oder positiven Vorurteile); das Kennenlernen von mehreren geburtshilflichen Abteilungen wäre positiv, organisierbar z.B. über einen Schülerinnenaustausch und Ausbildungsverbünde</li> <li>• Verlängerung der Ausbildung, u.a. zu Gunsten von mehr Ausbildung für die Freiberuflichkeit</li> <li>• Verlängerung der Ausbildung, mehr Theorie und Kreißsaal</li> <li>• Verlängerung der Ausbildung, jedoch nicht mehr Theorie</li> <li>• Keine Verlängerung der Ausbildung</li> <li>• Fachhochschul-Ausbildung problematisch wg. mangelnder Praxis-Anbindung</li> <li>• Aufspaltung der Ausbildung im 3. Jahr: Spezialisierung für Klinikfähigkeit, außerklinische Geburtshilfe, andere Bereiche der Freiberuflichkeit usw.</li> <li>• Ausbildung der Lehrerinnen für Hebammenwesen unzureichend</li> <li>• Mehr Einigkeit im Berufsstand statt: Klinikhebammen gegen freiberufliche Hebammen, Schule gegen Klinik usw.</li> <li>• Stärkere Vereinheitlichung der Ausbildung</li> <li>• Garantierung von Lerninhalten (je nach Klinik dürfen bestimmte Hebammentätigkeiten von Schülerinnen nicht ausgeführt werden, z.B. Dammschnitt und/oder -naht, vaginale Untersuchung usw.)</li> </ul>

Quelle: Schulbefragung 1996, 19 Einzelinterviews mit Hebammenschülerinnen und Gruppendiskussion mit knapp 40 Delegierten aus 20 Schulen beim BHSR im Oktober 1996.





**Tabellen: Fortbildungsmarkt für Hebammen (1988-98)**



## Tabellen: Fortbildungsmarkt für Hebammen

### Auszählung der Fortbildungsanzeigen in der DHZ 1988-98

Zur Auszählungsmethode und ihren Einschränkungen:

Die statistische Auswertung des Anzeigenteils der DHZ muss mit einer Reihe von Einschränkungen versehen werden. Diese liegen darin begründet, dass es sich um eine einmalige Handauszählung handelt und wir<sup>6</sup> somit nur bestimmte Aspekte beachten konnten. Wir haben uns hierbei auf die Trendaussagen 'Anzahl der Angebote' und 'Themenschwerpunkte' konzentriert. Folgende Forschungsprobleme machen deutlich, dass wir mit unserer Auswertung auch nicht mehr als nur Trendaussagen machen können:

- Die 11 Jahrgänge der DHZ 1988-1998 wurden nur *einmal* durchgesehen, allerdings von zwei Personen, die alle Zweifelsfälle bzgl. der Einordnung von Inseraten miteinander besprachen.
- Natürlich wurde jede Veranstaltung nur einmal gezählt, auch bei mehrmaliger Ankündigung. Hier *könnten* sich allerdings vereinzelt Fehler eingeschlichen haben, d.h. in wenigen Fällen könnte es sein, dass Veranstaltungen aus Versehen doppelt gezählt wurden. Insgesamt haben wir jedoch sorgfältig darauf geachtet, Anzeigen auch über mehrere Monate hinweg zu vergleichen, auch Jahres- und Halbjahresankündigungen mit Einzelanzeigen derselben Anbieter abzugleichen, um die Gefahr der Doppelzählung zu umgehen.
- Viele Fortbildungsangebote deckten *verschiedene* Themen ab. Wenn sie nicht mit eindeutigem Schwerpunkt zuzuordnen waren, wurden sie als „Kompaktangebot“ verbucht. Damit ging die inhaltliche Gewichtung dieser Seminare verloren, ebenso wie bei ganz vereinzelt auftauchenden Themen, die wir unter „Sonstiges“ einordneten. Insgesamt handelt es sich allerdings bei den „Kompaktangeboten“ und den „sonstigen“ Themen nur um 168 (3,5 %) bzw. 57 (1,2 %) von insgesamt 4829 Veranstaltungen.
- Wenn Fortbildungsangebote einen eindeutigen Schwerpunkt hatten, wurden sie diesem zugeordnet, auch wenn im Seminarangebot weitere Themen berührt wurden. Somit wurden die „Unterthemen“ dieser Seminare nicht erfasst, ebenso wenig die im Angebot nicht explizit erwähnten Themen.  
Beispiel: „Stillen bei Kindern mit Kiefer-Gaumen-Spalte“ wurde der Thematik „Stillen“ zugeordnet, Die ebenfalls in dem Seminar enthaltenen Kategorien „Ernährung“, „Behindertes Kind“ oder „Elternberatung“ fielen dabei unter den Tisch.
- Die angebotenen Veranstaltungen waren von sehr unterschiedlicher Länge (zwischen einem halben Tag und mehreren Tagen).
- Als AnbieterInnen traten verschiedene Organisationen und Personen auf: BDH und HGH, die einzelnen Hebammen-Landesverbände, einzelne Hebammen oder Hebammenpraxen, Kliniken, Ärzte, Physiotherapeutinnen, Fortbildungsinstitute. Bei vielen Inseraten war der Beruf bzw. die Qualifikation der Anbieterseite jedoch auch unklar.

Die Analyse der Fortbildungsinserte in der DHZ stellt außerdem deshalb in Bezug auf das Fortbildungsverhalten von Hebammen nicht mehr als nur eine Trendaussage dar, weil wir wesentliche Aspekte der *Nachfrageseite* nicht kennen. So wissen wir z.B. nicht

- ob die Veranstaltungen tatsächlich stattfanden und mit wie vielen Teilnehmerinnen;
- auf welchen Gebieten Hebammen sich gern fortbilden würden, jedoch keine Angebote vorfinden;
- welche Fortbildungsangebote anderer Anbieter, die seinerzeit nicht in der DHZ inseriert haben, von Hebammen wahrgenommen werden;
- wie viele Hebammen insgesamt sich überhaupt in Seminaren, Workshops usw. fortbilden;
- wie häufig Hebammen Fortbildungsveranstaltungen besuchen.

Die aufgezeigten Einschränkungen unserer Auszählung der Fortbildungsanzeigen in der DHZ machen deutlich, dass eine Analyse des Fortbildungsverhaltens von Hebammen sowie

<sup>6</sup> Cornelia Fuhr und Monika Zoege: Wie in Abschnitt 4.2.2 bereits erwähnt, wurde die Zählung der DHZ-Fortbildungsanzeigen in Teamarbeit mit Cornelia Fuhr durchgeführt.

eine Analyse des Fortbildungsmarktes eine reizvolle Forschungsaufgabe wäre, die jedoch wesentlich aufwendiger angegangen werden müsste. Folgende Aspekte wären hierbei unter anderem zu berücksichtigen:

- Alle (mittlerweile vier) Hebammenzeitschriften müssten in die Fortbildungsanalyse einbezogen werden.
- Neben den Inseraten in den Hebammen-Fachzeitschriften müssten auch andere Fortbildungsangebote, die von Hebammen genutzt werden oder für Hebammen in Frage kommen, berücksichtigt werden (z.B. betriebsinterne Fortbildungen, interdisziplinäre Fortbildungsangebote verschiedener AnbieterInnen usw.).
- Angebote des Berufsverbandes BDH, seiner Schwesterorganisation HGH, der einzelnen Landesverbände und der freien AnbieterInnen müssten getrennt ausgewiesen werden.
- Die Dauer der Veranstaltungen müsste berücksichtigt werden.
- Die Unterthemen der Veranstaltungen müssten (über Mehrfachnennungen) miterfasst werden.
- Die Qualifikation/der Beruf der AnbieterInnen müsste berücksichtigt werden.
- Der Aspekt der Fortbildungspflicht (siehe Berufsordnungen) müsste Berücksichtigung finden.
- Die Teilnehmerinnenzahlen müssten erfasst werden.
- Der Prozentsatz von Hebammen, die überhaupt Fortbildungsveranstaltungen besuchen, müsste ebenso ermittelt werden wie die Fortbildungsfrequenz der einzelnen Hebamme.
- Die Motivation von Hebammen sich fortzubilden müsste ebenso wenig erforscht werden wie die Gründe von Hebammen, keine Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen.

Es folgen nun zur Ergänzung der Übersichtstabelle 18 (in Abschnitt 4.2.2) die Einzeltabellen zu den verschiedenen Themengruppen der Fortbildungsinserte in der DHZ, jeweils ergänzt um einige Erläuterungen.

**Tabelle 36: Fortbildungsinserte in der DHZ – Schwangerschaft**

(n = 779 = 16,1 % aller Fortbildungsinserte, vgl. Zeile 3 in Tabelle 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
	n											n	%
Geburtsvorbereitung	28	41	38	41	40	50	39	44	46	37	41	445	57,1
Risiko-Schwangerschaft, Pathologie in der SS	7	7	7	13	12	16	11	14	14	15	21	137	17,6
Mutterschaftsvorsorge					2	2	4	18	11	18	35	90	11,6
Schwangerenbetreuung	1	1	2	3	7	1		10	21	8	17	71	9,1
Pränatal-Diagnostik		1					1	1	1	4	11	19	2,4
Familienplanung		4		2	3	1			2	1	4	17	2,2
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>36</b>	<b>54</b>	<b>47</b>	<b>59</b>	<b>64</b>	<b>70</b>	<b>55</b>	<b>87</b>	<b>95</b>	<b>83</b>	<b>129</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>

Das Thema „Geburtsvorbereitungskurse“ war kontinuierlich über den gesamten Erhebungszeitraum vertreten und macht über die Hälfte aller Fortbildungsangebote zur Gesamthematik Schwangerschaft aus. Inwieweit sich die *Inhalte* der Kurse in den vergangenen Jahren verändert haben, konnte den Fortbildungsinserten nicht entnommen werden. In Interviews mit Hebammenschülerinnen und examinierten Hebammen wurde nur immer wieder der grundsätzliche Fortbildungsbedarf in Bezug auf die Geburtsvorbereitungskurse thematisiert, der sich ja auch in der hohen Anzahl der entsprechenden Fortbildungsangebote widerspiegelt. In der Ausbildung werden zwar mittlerweile alle Schülerinnen im Unterricht und über die Teilnahme an Kursen an diese Thematik herangeführt (siehe Abschnitt 4.1.3.1); eine Hospitation oder die Durchführung eines Kurses unter Schulbedingungen vermittelt jedoch noch nicht die Sicherheit, eigenständig Kurse zu konzipieren und diese fachlich und pädagogisch kompetent abzuhalten. Hier gleichen Fortbildungen zum einen Ausbildungsdefizite aus, zum ande-

ren können sie die Aufgabe erfüllen, auch erfahrenen Kolleginnen neue Erkenntnisse im Bereich der Geburtsvorbereitung und der Schwangerenaufklärung und -beratung zu vermitteln.<sup>7</sup>

Der Anstieg der Fortbildungsangebote zu den Themen Risikoschwangerschaft bzw. Pathologie in der Schwangerschaft, Mutterschaftsvorsorge sowie Schwangerenbetreuung allgemein spiegelt die seit Mitte der 90er Jahre geführte Diskussion um eine Intensivierung der Schwangerenbetreuung durch Hebammen wider.

**Tabelle 37: Fortbildungsinserate in der DHZ – Geburtshilfe**

(n = 334 = 6,9 % aller Fortbildungsinserate, vgl. Zeile 7 in Tabelle 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
												n	%
Geburthilfe: allgemein, „alternative“ Geburtshilfe, Wendung, Wassergeb. etc.	4	14	10	4	12	8	15	27	24	23	30	171	51,2
Epi u. Epi-/DR-Versorgung				2	4	3	11	9	17	10	15	71	21,3
CTG	1		5	2	6	3	5	5		6	9	42	12,6
Hausgeburtshilfe						3	2	7	3	7	7	29	8,7
Gebärhaltungen	3	1	2	2	2		2	3	2		1	18	5,4
Repro-Medizin, Technisierung d. Geb.hilfe		1					1		1			3	0,9
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>36</b>	<b>51</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>62</b>	<b>334</b>	<b>100,1</b>

Innerhalb der Gruppe „Geburtshilfe“ sind am häufigsten Seminare vertreten, die entweder nur ganz allgemein den Begriff Geburtshilfe im Titel trugen oder bei denen bestimmte Methoden der Geburtshilfe im Mittelpunkt standen, z.B. Methoden der Wendung des Kindes oder die Geburt im Wasser. Darüber hinaus wurden auch Seminare und Vorträge zu geburtsmedizinischen Problemen angeboten. Insgesamt jedoch war es im Einzelfall häufig schwierig, aus dem Titel der Veranstaltung eindeutig auf deren speziellen Inhalt zu schließen, weshalb wir uns entschlossen haben, die allgemein geburtshilflichen und die „alternativ“-geburtshilflichen Fortbildungsangebote *nicht* zu trennen. Innerhalb der Tabelle gesondert aufgeführt werden nur die eindeutig abgegrenzten Veranstaltungen zu den Themen Episiotomie, CTG, Hausgeburtshilfe und Gebärhaltungen.

Das Thema Episiotomie und Durchführung einer Damrnaht ist einerseits im Zusammenhang mit der selbständigen Arbeitsweise von Hebammen im Geburtshaus und in der Hausgeburtshilfe zu sehen. Es spiegelt aber andererseits ein allgemeines Ausbildungsdefizit auf diesem Gebiet wider, das auch den Tätigkeitsbereich von Hebammen tangiert, die in der Klinik Geburtshilfe leisten. Denn Episiotomie und Damrnaht zählen zwar - unabhängig vom Geburtsort - zu den Hebammen-Tätigkeiten, viele Hebammen wurden und werden jedoch während ihrer Grundausbildung nicht oder zu wenig an diese geburtshilflichen Eingriffe herangeführt (vgl. Abschnitt 4.1.3.2).

Die Veranstaltungen zur Thematik Wochenbettbetreuung teilen sich in etwa je zur Hälfte in allgemeine Wochenbett-Seminare und spezielle Rückbildungs- und Beckenbodenfortbildungen auf. Bei letzteren fällt der Anstieg der Fortbildungsangebote ab 1993 auf, der im Zusammenhang mit der neuen Abrechnungsmöglichkeit für Rückbildungskurse ab Juli 1994 stehen dürfte (vgl. HebGV vom 27.7.1994).

<sup>7</sup> In Großbritannien ist es selbstverständlich, dass Hebammen erst Geburtsvorbereitungskurse geben, wenn sie einen entsprechenden Aufbaulehrgang absolviert haben (Newburn/Hutton 1996: 212).

**Tabelle 38: Fortbildungsinserate in der DHZ – Wochenbett**

(n = 487 = 10,1% aller Fortbildungsinserate,  
Bestandteil von Zeile 1 in Tabelle 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
												n	%
Wochenbettbetreuung	16	11	21	15	24	23	16	30	38	32	29	255	52,4
Rückbildung/Beckenboden	4	7	3	5	8	22	24	38	47	42	32	232	47,6
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>68</b>	<b>85</b>	<b>74</b>	<b>61</b>	<b>487</b>	<b>100,0</b>

**Tabelle 39: Fortbildungsinserate in der DHZ - Ernährung, Stillen, Allergien**

(n = 279 = 5,8 % aller Fortbildungsinserate, Bestandteil von Zeile 1 in Tabelle 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
												n	%
Stillen	2	3	7	2	3	2	22	30	51	40	58	220	78,6
Ernährung (Mutter und Kind)			1	1	1	1	2		1	8	16	31	11,1
Allergien	5	3						1	3	5	11	28	10,0
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>55</b>	<b>53</b>	<b>85</b>	<b>279</b>	<b>99,7</b>

Die Stillfortbildungen wurden getrennt von den Wochenbettfortbildungen erfasst, weil die Stillzeit zwar im Wochenbett beginnt, jedoch zeitlich weit darüber hinausreicht. Außerdem setzt die Stillthematik bereits in der Schwangerschaft an und tangiert zudem die Bereiche Ernährung und Allergieprophylaxe. Hier waren bei den Fortbildungsangeboten häufig Überschneidungen festzustellen, nur selten war in den Fortbildungsankündigungen allein von Ernährung oder Allergien die Rede. Bei den als solchen gezählten Ernährungsseminaren handelte es sich dann auch meist um gerade *nicht* auf die Stillzeit begrenzte Themen, z.B. 'Aufbau der Beikost' oder 'Ernährung in der Schwangerschaft'. Das gleiche gilt für die Fortbildungen, die wir als Allergie-Seminare eingestuft haben: Hier wurde schon in der Ankündigung der Bogen weit über das Stillen hinaus gespannt. Kombinierte Themen mit dem Schwerpunkt auf dem Stillen, z.B. 'Stillen und Allergieprophylaxe', 'Stillen von Kindern mit Kiefer-Gaumen-Spalte' oder 'Stillen von Frühgeborenen' wurden als Stillseminare gezählt.

**Tabelle 40: Fortbildungsinserate in der DHZ - Das Neugeborene**

(n = 418 = 8,7 % aller Fortbildungsinserate, Bestandteil von Zeile 1 in Tabelle 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
												n	%
Babymassage		1	4	6	10	16	16	18	28	41	22	162	38,6
Kinderheilkunde (auch Screening, Früherk., Impf.)	5	3	6	5	5	4	15	19	20	17	10	109	26,1
Körperarbeit Kind (Handling, Basale Stimulation, Schwimmen etc.)	3		2	3	2	2	4	3	11	25	9	64	15,3
Reanimation		1	4		4	2	6	10	8	7	19	61	14,6
Säuglingspflege		1			2	5	3	2		4	4	21	5,0
Behindertes Kind							1					1	0,2
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>45</b>	<b>52</b>	<b>67</b>	<b>94</b>	<b>64</b>	<b>418</b>	<b>99,8</b>

Innerhalb der Neugeborenen-Fortbildungen machten Seminare zum körperlichen Umgang mit dem Kind (Babymassage, Handling, Schwimmen, Basale Stimulation) über die Hälfte

aus, die Angebote nahmen jedoch Ende der 1990er Jahre wieder ab. Nur ein Viertel der Veranstaltungen ist dem Bereich der Kinderheilkunde zuzuordnen; hier handelt es sich um Seminare mit Titeln wie Neonatologie, pathologische Entwicklung des Neugeborenen, Früh-erkennung von Krankheiten oder Impfungen.

Auffällig ist die Zunahme an Reanimations-Fortbildungen, die wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass Frauen zunehmend (wenn auch im bundesrepublikanischen Durchschnitt insgesamt im geringen Umfang von ca. 2%) wieder zu Hause oder im Geburtshaus gebären. Um dort wie in der Klinik eine sichere Geburtshilfe anbieten zu können, müssen Hebammen die Reanimation von Neugeborenen beherrschen. Parallel dazu tauchen ab Mitte der 90er Jahre Fortbildungsangebote zum Thema Hausgeburtshilfe auf; insgesamt sind dies aber nur sehr wenige (siehe Tabelle 37).

**Tabelle 41: Fortbildungsinserate in der DHZ – Körperarbeit**

(n = 451 = 9,3 % aller Fortbildungsinserate, vgl. Zeile 5 in Tabelle 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
												n	%
Körperarbeit/ /Tanz etc. (incl. Selbsterfahrung)	4	2	7	10	12	12	7	28	38	35	11	166	36,8
Atmung und Singen	3	1	5	11	21	8	4	3	15	11	5	87	19,3
Yoga und Feldenkrais			3	1	4	7	1	12	12	8	8	56	12,4
Zilgri	7	1	3	4	3	6	2	3	2	2	1	34	7,5
Bauchtanz			1	1	9	2	3	2		11	3	32	7,1
Entspannung		1	2		1	1	1		9	7	2	24	5,3
Kreativ-Fortbildg.-Urlaub		2	3	3	4	1	1		2	4	2	22	4,9
Massage		1	2		3	2	3	2	1	1	3	18	4,0
Eutonie		1	1		1	2	1		2			8	1,8
Bioenergetik		1		1	1	1						4	0,9
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>23</b>	<b>50</b>	<b>81</b>	<b>79</b>	<b>35</b>	<b>451</b>	<b>100,0</b>

Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil des Wissens und der Techniken, die in Tanzseminaren, in Workshops zum Thema 'Atmung und Singen', in Yoga-Kursen oder in Veranstaltungen unter dem Sammelbegriff 'Körperarbeit' vermittelt werden, für den Einsatz in der Geburtshilfe bestimmt ist. Methoden der Körperarbeit sind allerdings auch in der Schwangerschaft und im Wochenbett hilfreich, und sie helfen nicht zuletzt den Hebammen selbst, ihren Arbeitsalltag zu bewältigen. Dies wurde in einigen Veranstaltungsankündigungen sehr deutlich, in denen z.B. Tanz kombiniert mit Selbsterfahrung angeboten wurde.

Insgesamt war die Anzahl der Fortbildungsangebote im Bereich Körperarbeit jedoch Ende der 1990er Jahre schon wieder rückläufig.

**Tabelle 42: Fortbildungsinserate in der DHZ - Alternative Heilverfahren**

(n = 855 = 17,7% aller Fortbildungsinserate, vgl. Zeile 2 in Tabelle 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
												n	%
Homöopathie	15	25	19	40	56	41	45	58	43	42	50	434	50,8
Akupunktur/-pressur	3	11	4	4	4	10	5	18	22	30	68	179	20,9
Aromatherapie	1	1	1	2	9	7	6	11	16	18	17	89	10,4
(Fuß-)Reflexzonen	1	3	2	2	10	6	8	6	7	10	8	63	7,4
Bachblüten		1	1		3	4	7	11	19	9	5	60	7,0
Naturheilkunde, allg.	1	5		1	5	2	1	3	2	4	2	26	3,0
Kinesiologie			1	1	1		1					4	3,5
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>21</b>	<b>46</b>	<b>28</b>	<b>50</b>	<b>88</b>	<b>70</b>	<b>73</b>	<b>107</b>	<b>109</b>	<b>113</b>	<b>150</b>	<b>855</b>	<b>100,0</b>

Gut die Hälfte der in 11 Jahren angekündigten 855 Fortbildungen im Bereich der alternativen Heilverfahren entfielen auf die Homöopathie. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Akupunktur, zu der seit Mitte der 90er Jahre vermehrt Fortbildungen angeboten wurden; auffällig ist hier der steile Anstieg an Angeboten im Jahr 1998, der im direkten Zusammenhang mit der „Hebammen Akupunktur Ausbildungsrichtlinie“ stehen dürfte, die im April 1998 vom BDH, der Fortbildungsgesellschaft „Akupunktur Pro Medico“ und der Deutschen Akupunktur Gesellschaft (DAG) verabschiedet wurde. Durch diese Richtlinie soll eine fundierte Akupunkturausbildung für die Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gewährleistet werden (HAA-Richtlinie vom April 1998; DHZ 6/98: 310ff; siehe auch Erdle 37. EL, März 2002, Abschnitt 20.1, Kommentar zu § 4 des HebG).

Insgesamt ist das große Interesse an alternativen Heilverfahren wahrscheinlich auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Die Rückbesinnung in Hebammenkreisen, dass beispielsweise der natürliche Geburtsvorgang auch sehr gut mit natürlichen bzw. behutsamen Methoden unterstützt werden kann, fand ihre Entsprechung in der zunehmenden Beliebtheit alternativer Heilverfahren in Teilen der Bevölkerung. Das gleiche gilt im Übrigen für die große Zahl an Fortbildungsangeboten zum Themenkreis der Körperarbeit, denn auch hier werden Methoden zur Unterstützung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vermittelt, die insofern als „natürlich“ bezeichnet werden können, als sie die Kräfte und Möglichkeiten des eigenen Körpers in den Mittelpunkt stellen.

Die große Anzahl von Fortbildungsangeboten zu den beiden Themenkreisen „Alternative Heilverfahren“ und „Körperarbeit“ ist sicherlich *auch* darauf zurückzuführen, dass diese Verfahren in der klassischen, schulmedizinisch ausgerichteten Hebammenausbildung wenig oder gar nicht gelehrt werden. Außerdem scheinen sie ein Stück Autonomie vom üblichen Medizinbetrieb zu garantieren. In diesem Zusammenhang warnt die engagierte Hausgeburtshebamme Anna Rockel-Loenhoff jedoch davor, über die sog. alternativen Heilverfahren erneut in ein Streben nach Einfluss und Wirksamkeit, nach aktiver Therapie also, zu verfallen und fordert ihre Kolleginnen dazu auf, stets selbstkritisch zu reflektieren, *warum* sie einer Frau überhaupt z.B. ein homöopathisches Mittel oder eine Akupunktur anbieten wollen (Rockel-Loenhoff 2001a).

**Tabelle 43: Fortbildungsinserate in der DHZ - Psychologie und Kommunikation, Soziale Fragen**

(n = 383 = 8 % aller Fortbildungsinserate, vgl. Zeile 6 in 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
	n											n	%
Psychologie, Supervision, Psychische Betreuung	4	6	3	9	8	4	12	19	7	11	23	106	27,7
Tod (und Geburt)	6	8	5	5	19	13	10	13	9	7	6	101	26,4
Kommunikation, Gesprächsführung	1		6	11	6	6	5	7	12	25	12	91	23,8
Erfahr.austausch, fachlich		1	4	2	2	10	2	3	8	6	8	46	12,0
(Psycho)soziale Probleme, auch Sucht, HIV; soz./rechtliche Beratung			1		8		1	1	1	1	6	19	5,0
Ausländische Klientinnen, andere Kulturen		2					1	4			1	8	2,1
Rhetorik		1	1	2			2			1		7	1,8
Balint		3	2									5	1,3
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>47</b>	<b>37</b>	<b>51</b>	<b>56</b>	<b>383</b>	<b>100,1</b>



Die Anzahl der Fortbildungsveranstaltungen im Bereich „Psychologie und Kommunikation“ hat insgesamt im Laufe der 90er Jahre erheblich zugenommen, wobei die einzelnen Themenbereiche auch Jahresschwankungen unterworfen sind. Die psychische Betreuung von Frauen und Paaren ist ein relativ häufiges Seminar-Thema, und auch bei den Kommunikations- und Gesprächsführungs-Seminaren war in den letzten Jahren ein Zuwachs zu verzeichnen.

Prozentual machten die Veranstaltungsangebote zum Themenkomplex „Psychologie und Kommunikation“ im Erhebungszeitraum allerdings nur 8 % aller Fortbildungen aus, bei Neuscheler, die ähnliche Seminare unter der Kategorie „Psychosoziale Betreuung“ zusammengefasst hatte, waren dies im Zeitraum 1983-90 auch nur 7,5% aller Angebote (vgl. Tabelle 45). Das heißt, der Anteil am Gesamtvolumen der Fortbildungsangebote ist nahezu gleich geblieben, die Anzahl jedoch hat erheblich zugenommen.

Auffällig ist, dass die Fortbildungsangebote zum Thema Tod und Sterben, Geburt und Tod usw. seit einigen Jahren wieder zurückgehen. Hier könnte ein direkter Zusammenhang zu einem veränderten Bewusstsein der Ausbildungsstätten vermutet werden: Ende der 1980er Jahre war es in vielen Kliniken noch üblich, über das Ereignis 'Tod im Kreißsaal' insofern hinwegzugehen, als man meinte, es sei für die betroffene Frau am leichtesten, bei der Geburt eine Durchtrittsnarkose zu bekommen und das tote Kind nicht mehr zu sehen. Initiativen wie die Regenbogen-Initiative (gegründet 1985) und Veröffentlichungen wie die von Student et al. (1990) oder von Lothrop (1. Aufl.: 1991) über Abschied und Trauerarbeit auch bei tot geborenen Kindern und früh verstorbenen Neugeborenen fielen jedoch bei vielen der am Geburtsgeschehen Beteiligten auf sehr fruchtbaren Boden, und viele Entbindungsabteilungen stellten ihre diesbezügliche Routine um und schufen Raum zum Abschiednehmen. Mittlerweile bieten, wie Lehrerinnen und Schülerinnen in Interviews bestätigten, auch fast alle Hebammenschulen das Thema 'Geburt und Tod' im Psychologie-Unterricht an, einige widmen Projekttag oder eine ganze Projektwoche diesem Problem, in einer Reihe von Kliniken waren es sogar Hebammenschülerinnen, die den Anstoß gaben, dem Tod im Kreißsaal eine eigene Feierlichkeit und den Eltern die Möglichkeit zu geben, das Geschehene zu realisieren. Die rückläufige Anzahl von Fortbildungsangeboten zur Thematik 'Geburt und Tod' könnte also damit zusammenhängen, dass sich Hebammen mittlerweile auf diese Problematik durch ihre Ausbildung besser vorbereitet fühlen; es könnten aber auch andere, an dieser Stelle nicht zu erforschende Gründe eine Rolle spielen.

**Tabelle 44: Fortbildungsinserate in der DHZ - Hebammenarbeit, Arbeitsorganisation und Rechtsfragen**

(n = 497 = 10,3 % aller Fortbildungsinserate, vgl. Zeile 4 in Tabelle 18)

Fortbildungsthemen	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	Gesamt	
												n	%
Steuer	4	3	6	19	10	16	8	15	18	16	17	132	26,6
Arbeitsorga/Heb.arbeit/PC	3	1			5	3	4	16	26	18	26	102	20,5
Existenzgründung freiber.		2	2	2	3	2	4	8	15	20	6	64	12,9
Dokumentation					2	2	10	21	15	4	8	62	12,5
Tutorinnenkurs/Anleitung				3	7	5	3	9	8	11	3	49	9,9
Arbeitsrecht, Rechtsinfo, Rente		4	5	3	5	3	2	2	5	1	2	32	6,4
Abrechnung /Gebühren		1	1		2	1	1		1	3	14	24	4,8
Einf.in wissensch. Arbeiten							2	7	2	3		14	2,8
Qualitätssicherung								4	4	2	3	13	2,6
Management/Stat.leitg.				4								4	0,8
Fachenglisch											1	1	0,2
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>82</b>	<b>94</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>497</b>	<b>100,0</b>

Die Themengruppe „Hebammenarbeit, Arbeitsorganisation und Rechtsfragen“ bündelt alle Veranstaltungen, die im Erhebungszeitraum zu den Rahmenbedingungen von Hebammenarbeit angeboten wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass viele dieser Veranstaltungen direkt oder indirekt mit der Freiberuflichkeit zusammenhängen, da sich eine freiberufliche Hebamme in ganz anderer Weise um die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit kümmern muss (sie aber auch gestalten kann), als die festangestellte Kollegin ohne Nebentätigkeit. So dürften Steuerseminare, Fortbildungen zur Arbeitsorganisation, zu Existenzgründung und zur Gebührenverordnung vor allem freiberufliche Hebammen interessieren, während sich beispielsweise Tutorinnenkurse ausdrücklich an Klinikhebammen richten. Themen wie Dokumentation und Qualitätssicherung wiederum sind unabhängig vom Arbeitsort zu sehen. Insgesamt gab es Ende der 90er Jahre 11-mal so viele Veranstaltungsangebote in der Themengruppe Hebammenarbeit wie 1988.

Bei Neuscheler, die Veranstaltungen zu den Themen Arbeits- und Tarifrecht, Abrechnung und Steuer unter der Kategorie „Recht“ zusammengefasst hat, zeigt sich, dass diese Themen in der ersten Hälfte der 80er Jahre noch so gut wie gar nicht vertreten waren, gegen Ende jedoch zunahm (vgl. Tabelle 45).<sup>8</sup> Dies ist mit Sicherheit auf die ab Mitte des Jahrzehnts einsetzende „neue“ Freiberuflichkeit von Hebammen zurückzuführen.

**Tabelle 45: Fortbildungsangebote der Hebammen-Landesverbände in der DHZ in den Jahren 1983-1990 (nach Neuscheler 1991)**

Themenbereiche	83	84	85	86	87	88	89	90	Gesamt	
									N	%
Ganzheitliche Geburtshilfe			5	9	17	23	53	47	154	21,8
Geburtsvorbereitung	2	5	6	10	25	26	26	24	124	17,5
Tagung	16	12	12	17	11	14	9	10	101	14,3
Nachsorge/Wochenbett	3	3	2	4	8	15	13	18	66	9,3
Fortbildungsveranstaltung	1	1	1	7	11	11	17	7	56	7,9
Sonstiges	1	9	6	3	11	6	6	13	55	7,8
Psychosoziale Betreuung			2	4	15	10	13	9	53	7,5
Medizinische Vorträge	3	1	2	6	11	7	6	5	41	5,8
Recht	1		1		8	4	8	10	32	4,5
Technische Diagnostik	1	2	1	3	3	1	1	5	17	2,4
Gesundheitliche Aufklärung		1	1			2	2	3	9	1,3
<b>Gesamt pro Jahr</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>39</b>	<b>63</b>	<b>120</b>	<b>119</b>	<b>154</b>	<b>151</b>	<b>708</b>	<b>100</b>

Quelle: Neuscheler 1991: 84 (Tabelle 1) und 124 (Tabelle 3 des Anhangs)

<sup>8</sup> Die Tabelle 44 und Tabelle 45 sind nicht *direkt* miteinander vergleichbar, weil zum einen keine hundertprozentige Übereinstimmung in der Kategorienbildung besteht und Neuscheler außerdem im Gegensatz zu uns die kommerziellen Fortbildungsangebote nicht mitgezählt hat.

## Wissenschaftlicher Lebenslauf

**Monika Zoege von Manteuffel, geboren am 1. Februar 1955 in Nürnberg**

Abitur 1973, Krankenpflege-Examen 1977

### Hochschulstudium:

WS 1981/82 bis WS 1984/85: Magister-Studium an der Universität Heidelberg:  
Politische Wissenschaften, Soziologie, Psychologie

SoSe 1985 bis WS 1988/89: Sozialwissenschaften an der Universität Hannover:  
Soziologie, Politische Wissenschaften, Psychologie,  
Nebenfach: Volkswirtschaftslehre,  
ein Auslandssemester in Peru,  
Diplomarbeit zum Gesundheitswesen in Peru

Parallel zum Studium: Berufstätigkeit als Krankenschwester und als  
Lehrkraft in der innerbetrieblichen Fortbildung

### Berufstätigkeit als Diplom-Sozialwissenschaftlerin:

1989 bis 1994: Wissenschaftliche Mitarbeit am Institut für Entwicklungsplanung  
und Strukturforchung an der Universität Hannover (IES);  
Projektleitung in folgenden Forschungsprojekten:

„Hebammenprojekt Emsland: Verbesserung der Schwangerenvorsorge  
und der Betreuung von Mutter und Kind im ländlichen Raum während  
der Wochenbettphase und darüber hinaus bis zum Ende der Stillperiode“

„Konzeption einer Beratungsarbeit bei sexuell übertragbaren Krankheiten  
einschließlich AIDS an Gesundheitsämtern im Niedersachsen“

„Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt: Schwangere und Mütter  
mit kleinen Kindern“

1996 bis 2002: Promotion; darin integriert: Projektleitung im Forschungsprojekt:

„Bestandsaufnahme der qualitativen und äußeren Rahmenbedingungen  
der Hebammenausbildung in Deutschland“

WS 2000/01: Lehrauftrag am Soziologischen Institut der Universität Hannover

„Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe: Theoretische Grundlagen  
und berufspolitische Verwertung eines vieldeutigen und strapazierten Begriffs“

WS 2002/03 Lehrauftrag an der Fachhochschule Hildesheim/Holzminde/Göttingen

„Professionalisierung der Gesundheitsfachberufe: Was hat das mit mir  
zu tun?“

seit 1.2.2003 Wissenschaftliche Mitarbeit an der Medizinischen Hochschule Hannover  
in der Abteilung Medizinische Soziologie

Projektleitung im Forschungsprojekt: „Lebenschancen nach der Operation  
angeborener Herzfehler“