Handlungsleitende Orientierungen von Hebammen in verschiedenen Gebärräumen – eine qualitative Studie

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Karolina Maria Luegmair, geb. Brem

Betreuerin:	Prof. Dr. Anke Steckelberg
Gutachter*innen:	Prof. Dr. Michaela Schunk, Rosenheim
	Prof. Dr. Stefanie Schnebel, Weingarten
Datum der Verteidigung:	16.05.2024

Referat

Zielsetzung: Die vorliegende Dissertation leistet einen Beitrag zum vertieften Verständnis der Handlungspraxis von Hebammen bei der Begleitung von Geburten im Kontext der räumlichen Gestaltung von Gebärräumen. Eine differenzierte Untersuchung der Handlungspraxis von Hebammen liefert relevante Hinweise für die Förderung einer gebärendenorientierten Betreuung von Geburten. Eingebettet in die randomisiert-kontrollierte Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ untersucht die vorliegende Arbeit handlungsleitende Orientierungen von Hebammen in unterschiedlichen Gebärräumen, mit einem speziellen Fokus auf das klinische Gebärsetting.

Methoden: Für die vorliegende Arbeit wurde zunächst ein Scoping Review durchgeführt, um bereits bekannte Erkenntnisse zur Handlungspraxis von Hebammen in klinischen Gebärräumen darzustellen. Dann erfolgte die Rekonstruktion handlungsleitender Orientierungen von Hebammen im Sinne der Handlungspraxis mit Hilfe der Dokumentarischen Methode. Zur Identifikation grundsätzlicher Orientierungen von Hebammen bei der Begleitung von Geburten in vergleichbaren Gesundheitssettings wurden Einzel-Interviews mit Hebammen aus üblich gestalteten Gebärräumen geführt, um die Elemente der Handlungspraxis zu rekonstruieren. Diese Erkenntnisse wurden anschließend mit handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen aus alternativ-gestalteten Gebärräumen verglichen.

Ergebnisse: Die Literaturarbeit mittels Scoping Review ergibt eine Zusammenschau von zentralen Elementen der Handlungspraxis klinisch tätiger Hebammen auf drei Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene). Die qualitative Studie zeigt, dass die Handlungspraxis von Hebammen in verschiedenen Gebärräumen Deutschlands sich aus fünf Dimensionen konstituiert. Daraus lassen sich drei Typen der handlungsleitenden Orientierungen im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung rekonstruieren. Zur Erklärung der Verbindung zwischen Dimensionen der Handlungspraxis und Typen tragen zudem Orientierungsmuster der Hebammen bei, die sich auf die Betreuungsmöglichkeiten, professionsbezogene Sozialisierung und Haltung zum Raum beziehen.

Schlussfolgerungen: Handlungspraxis und räumliche Gestaltung können nicht entkoppelt voneinander betrachtet werden. Um nachhaltige Veränderungen hin zu einer stärkeren Möglichkeit der Orientierung an Gebärenden zu ermöglichen, müssen zudem Spannungsfelder zwischen Anspruch und Umsetzung bei Hebammen betrachtet und existierende Probleme behoben werden.

Bibliographische Angaben: Luegmair, Karolina Maria: Handlungsleitende Orientierungen von Hebammen in verschiedenen Gebärräumen – eine qualitative Studie, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 72 Seiten, 2023

Inhaltsverzeichnis

Referat ... II

Abkürzungsverzeichnis ... V

Abbildungsverzeichnis ... VI

Tabellenverzeichnis ... VII

Hinweise zum Sprachgebrauch ... VIII

1. Einleitung ... 1

1.1 Geburtshilfe in Deutschland ... 1

1.1.1 Hebammenarbeit und deren Rahmenbedingungen in Deutschland ... 1

1.1.2 Der Gebärraum und dessen Gestaltung ... 2

1.2 Handlungsleitendes Wissen ... 4

1.2.1 Räumliche Gestaltung im Bezug zu menschlichem Handeln ... 4

1.2.2 Handlungsleitende Orientierungen im Kontext der Handlungspraxis ... 5

2. Zielstellung ... 6

3. Material und Methoden ... 7

3.1 Scoping Review ... 7

3.1.1 Systematische Recherche ... 7

3.1.2 Studienauswahl und Datenextraktion ... 7

3.1.3 Datenanalyse ... 8

3.2 Qualitative Studie ... 9

3.2.1 Design ... 9

3.2.2 Dokumentarische Methode und ihre Methodologie ... 9

3.2.3 Sampling und Rekrutierung ... 12

3.2.4 Forschungsethische Überlegungen ... 13

3.2.5 Datenerhebung und -aufbereitung ... 14

3.2.6 Datenauswertung ... 16

4. Ergebnisse ... 18

4.1 Scoping-Review ... 18

4.2 Qualitative Studie ... 20

4.3 Handlungsleitende Orientierungen im üblichen Gebärraum ... 21

4.3.1 Rekonstruktion der Basis-Dimensionen ... 21

4.3.2 Sinngenetische Typen-Bildung mit Rekonstruktion einer Basis-Typik ... 29

4.4 Handlungsleitende Orientierungen im alternativen Gebärraum ... 34

4.4.1 Erweiterung der Basis-Dimensionen ... 35

4.4.2 Validierung der Basis-Typik und Rekonstruktion vermittelnder Orientierungsmuster ... 36

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse – Rekonstruktion eines „Hybridakteurs aus Raum und Hebamme“ ... 46
4.6 Soziogenetischer Ausblick ... 48
5. Diskussion ... 51
5.1 Scoping Review – methodische Stärken und Schwächen ... 51
5.2 Scoping Review – inhaltliche Diskussion ... 51
5.3 Qualitative Studie – methodische Stärken und Schwächen ... 52
5.3.1 Typenbildung und Identifizierung von Orientierungsmustern ... 52
5.3.2 Identifikation weiterer die Handlungspraxis berührender Themen ... 53
5.3.3 Selbstreflexion als Hebamme im qualitativen Forschungsdesign ... 56
5.4 Qualitative Studie – inhaltliche Diskussion ... 57
5.4.1 Rekonstruktion der Handlungspraxis von Hebammen ohne gleichzeitige Erhebung der Perspektive von Gebärenden ... 57
5.4.2 Settingspezifika in Deutschland als determinierend für die Handlungspraxis von Hebammen ... 59
5.4.3 Entfaltungsmöglichkeiten des Potenzials des Raumes ... 61
5.5 Bedeutung der Dissertation: Implikationen und Handlungsfelder ... 63
5.6 Schlussfolgerung ... 64
6. Literatur ... 65
7. Thesen der Dissertation ... 72
Anhang ... IX
Anhang 1: Kurzfragebogen ... IX
Anhang 2: Ethikvotum ... X
Anhang 3: Einverständnis und Aufklärungsmaterialien ... XI
Anhang 4: Leitfaden ... XVII
Anhang 5: Transkriptionsregeln ... XIX
Erklärungen ... XX
Danksagung ... XXI

Abkürzungsverzeichnis

Akteur-Netzwerk-Theorie	(A-N-T)
Coronavirus Disease	(Covid)
Cardiotokographie	(CTG)
Datenschutzgrundverordnung	(DSGVO)
Europäische Union	(EU)
Organisation for Economic Co-operation and Development	(OECD)
Periduralanästhesie	(PDA)
Talk in Qualitative Research	(TiQ)
Universal Serial Bus	(USB)
World Health Organisation	(WHO)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 „Die Konzeption des Orientierungsrahmens in der Dokumentarischen Methode“ mit den sich ergänzenden Bereichen des kommunikativen und konjunktiven Wissens und dem Überschneidungsbereich, der ein Spannungsverhältnis offenbart (eigene Abbildung in Anlehnung an [45] S. 37) 11

Abbildung 2: Ebenen der Handlungspraxis und Orientierungen von Hebammen bei der Begleitung klinischer Geburten – aufgeteilt in drei Bereiche der Makro-, Meso- und Mikroebene (eigene Abbildung in Anlehnung an [39] S. 7) 19

Abbildung 3: Basis-Typik der Handlungspraxis von Hebammen bei der Begleitung von klinischen Geburten im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung 34

Abbildung 4: Orientierungsmuster von Hebammen bei der Begleitung in unterschiedlichen Gebärräumen 40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe mit vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienauswahl [39] S. 2 8

Tabelle 2 : Berufsbiographische Eckdaten gesamtes Sample [61] o.S. 21

Tabelle 3: Übersicht aller Interviews mit den Orientierungsrahmen bei der Begleitung der Geburt (Modus Operandi) und der erfolgten Typen-Zuordnung 50

Hinweise zum Sprachgebrauch

In dieser Arbeit wird zur Umsetzung einer gendergerechten Sprache der Doppelpunkt verwendet, wenn keine geschlechtsneutrale Variante gewählt werden kann. Da nicht in allen Studien, die Geschlechtsidentität der Teilnehmenden genau definiert ist, und nicht alle Personen die schwanger werden und gebären cis-Frauen sind, wird Frauen* verwendet. Gebärende und Schwangere wird ohne Sternchen als geschlechtsneutrales Nomen für eine schwangere oder gebärende Person, ebenso wie Hebamme als geschlechtsneutraler Begriff verwendet.

1. Einleitung

In diesem Kapitel erfolgt die Einordnung in den theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit. Zugrunde liegende Konzepte wie die Akteur-Netzwerk-Theorie und das Handlungswissen werden vorgestellt und die forschungsleitenden Fragen hergeleitet.

1.1 Geburtshilfe in Deutschland

1.1.1 Hebammenarbeit und deren Rahmenbedingungen in Deutschland

Hebammenarbeit in Deutschland unterliegt gesetzlichen Regelungen, die die Rahmenbedingungen der Handlungspraxis und vorbehaltene Tätigkeiten von Hebammen regulieren. So besteht in Deutschland die sogenannte Hinzuziehungspflicht, welche gesetzlich fixiert, dass zu jeder Geburt eine Hebamme hinzugezogen werden muss [1]. Diese Hinzuziehungspflicht wurde im Rahmen der gesetzlichen Neuerung des Hebammengesetzes im Jahr 2020 bestätigt. Dabei ist aber festzustellen, dass klinische Geburtshilfe in Deutschland in den meisten Fällen ärztlich geleitet ist [2]. Dies bedeutet, dass die finale Entscheidungshoheit und Verantwortung über die Geburt bei den ärztlichen Geburtshelfer:innen liegt, wenn auch Hebammen die physiologische Geburt grundsätzlich eigenverantwortlich betreuen können und dürfen [1]. Um dieser Physiologie-Orientierung mehr Möglichkeiten auch im klinischen Setting zu geben, wurden ab 2007 hebammengeleitete Kreißsäle in wachsender Zahl in Kliniken Deutschlands eingerichtet [3]. Hebammengeleitete Geburtshilfe für Gebärende ohne oder nur mit geringen Risiken am Geburtstermin ist schon lange bekannt als sichere Form der Geburtshilfe, der keine besonderen Risiken im Vergleich zur ärztlich geleiteten Geburtshilfe in diesem Niedrig-Risiko-Klientel innewohnen. Besonders die Rate an Interventionen ist in hebammengeleiteter Geburtshilfe geringer, zudem berichten Gebärende selbst von einem größeren Ausmaß an erlebter Autonomie und Kontinuität in der Betreuung [4, 5]. Dennoch bleibt das Modell der ärztlich geleiteten Geburt das häufigste in deutschen Kliniken. Parallel zur klinischen Geburtshilfe besteht in Deutschland auch die kassenfinanzierte Möglichkeit der außerklinischen Geburt. Die außerklinische Geburtshilfe ist hebammengeleitet und Frauen* mit physiologischen Verläufen während Schwangerschaft und Geburt vorbehalten [6].

Hebammenhilfe entwickelte sich im 20. Jahrhundert von ausschließlich außerklinischer Arbeit hin zu einer Dominanz klinischer Geburtshilfe auch in Deutschland aus medizinhistorischen Prozessen des 18. und 19. Jahrhunderts heraus und in Folge der Entwicklungen der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts [7]. Heute unterscheiden sich Gesundheits-Settings in verschiedenen Ländern deutlich, vor allem auch in der jeweils praktizierten Hebammenarbeit. Diese reicht von

Assistenztätigkeiten (z.B. in Ländern der ehemaligen Sowjetunion) über die für Deutschland vorgestellte grundsätzliche Hebammenleitung einer Geburt bis hin zu Tätigkeiten von Hebammen, die keine spezifische Ausbildung absolviert haben und im Sinne einer Weitergabe tradierten Wissens [8] individuell unterschiedlich und häufig unreguliert Gebärenden beistehen .

Im klinischen, aber auch außerklinischen Setting Deutschlands sind Hebammen neben den Anforderungen des Berufes diversen strukturellen Bedingungen ausgesetzt, welche die Berufsausübung stark berühren. So sind neben der Unterbesetzung im klinischen Setting, die regional große Unterschiede zeigt, auch der Mangel an Räumlichkeiten und die als ungenügend wahrgenommene Vergütung zu nennen, ebenso die Belastung mit fachfremden Aufgaben [9]. Im außerklinischen Setting sind die fortbestehenden Schwierigkeiten mit der Abrechnung und komplexe Bedingungen der Versicherungspflicht ebenso relevant, wie auch ein dort festzustellender Hebammen-Mangel [10]. Insgesamt ist zu vermerken, dass der durchschnittliche klinische Betreuungsschlüssel bei über 1 zu 3 betreuten Frauen* pro Hebamme liegt, und die Zahl der betreuten abgeschlossenen Geburten pro Dienst bei fast zwei [9]. Damit ist der Betreuungsschlüssel in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland deutlich entfernt von einem angestrebten Eins-zu-Eins-Betreuungsverhältnis [2].

Die Rate an Sectiones in der klinischen Geburtshilfe ist deutschlandweit relativ hoch im Vergleich zu anderen Ländern der Europäischen Union (EU), wenn auch hier regionale Unterschiede bestehen. So ist die Rate in Polen mit 38,9% die EU-weit höchste, in den Niederlanden mit 16,7% die niedrigste, welche damit ungefähr der Empfehlung der World Health Organisation (WHO) entspricht. Deutschland liegt mit 29,6% Kaiserschnittgeburten im oberen Drittel [9, 11]. Eine Korrelation zwischen hoher Sectio-Rate und Unterbesetzung mit Hebammen, bzw. Unterversorgung gebärender Frauen* mit Betreuung wurde hierbei festgestellt [9]. Grundsätzlich ist eine Sectio aber als lebensrettende Intervention und nicht als Routine-Eingriff zu sehen, wobei WHO-Empfehlungen darauf hinweisen, dass im Bedarfsfall allen Gebärenden eine Sectio ermöglicht werden muss [12]. Auch die Leitlinien zur Geburtshilfe in Deutschland weisen auf eine notwendige Zurückhaltung bei der Durchführung von Sectiones aus medizinischer Indikation hin [2, 13].

1.1.2 Der Gebärraum und dessen Gestaltung

Bestrebungen hin zu einer Reduktion an Interventionen in der klinischen Geburtshilfe, welche in einer reduzierten Anzahl an operativen Geburten münden sollen, beziehen seit mehreren Jahrzehnten auch die räumliche Gestaltung des klinischen Gebärraums mit ein [14]. Grundsätzlich sind klinische Gebärräume in Ländern der OECD (Organisation for Economic Co-operation and

Development) häufig vergleichbar ausgestattet. Sie weisen ein (oft zentral positioniertes) Gebärbett auf, das ästhetische Design passt sich üblicherweise den medizinischen Notwendigkeiten an, teilweise bei gleichzeitigem Bemühen um ansprechende Gestaltung [15].

Bei den Überlegungen zur Umgestaltung des Gebärraumes hin zu mehr Orientierung an Gebärenden und deren Autonomie sind Überlegungen zur Territorialität (im Sinne einer Hoheit über den Raum) in Bezug auf den Raum genauso leitend, wie die Verwebung der räumlichen Ausstattung mit den Handlungen der im Raum befindlichen Personen [16]. Eine alternative Gestaltung des Raumes unterliegt dabei unterschiedlichen Änderungs-Vorstellungen. Diese gehen von der Nachahmung einer häuslichen Atmosphäre über die Verfügbarkeit von die Bewegung gebärender Frauen* unterstützenden Elementen [17, 18] bis hin zu Elementen, welche versuchen eine Integration von entspannenden Szenen und Klangelementen zu etablieren [18, 19]. Auch eine fördernde Licht-Gestaltung steht mehr und mehr im Fokus [20]. Als Leitbild der genannten Überlegungen zur räumlichen Umgestaltung ist dabei die Orientierung an einer Geburt und deren zugrundeliegender Physiologie als ein von Gebärenden selbst gesteuerter Prozess im Sinne der Autonomie erkennbar [14].

Auch in Deutschland wurde im Jahr 2018 eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie entwickelt, die sich der Fragestellung widmete, ob ein alternativ gestalteter Gebärraum, aus dessen Zentrum das klinische Gebärbett entfernt wurde, Einfluss auf die generelle Rate an Interventionen, incl. Sectiones und damit vaginale Geburten hat. Außerdem wurden im Rahmen dieser Studie („Be-Up: Geburt aktiv“) Schaumstoff-Elemente im Raum zur Verfügung gestellt, welche zu aufrechten Gebärhaltungen animieren sollen, ebenso Poster mit beispielhaften Gebärpositionen. Um dem klinischen Gebärraum zudem eine wohnlichere Atmosphäre zu verleihen wurden eine Snackbar mit Tisch und Stühlen auch für die Begleitperson, sowie ein Bildschirm, der Naturszenen und -geräusche abspielen konnte, im Raum installiert auch das Licht war individuell durch die Gebärende einstellbar [21]. Um die Effekte dieser alternativen Ausstattung zu untersuchen wurden im Rahmen des primären Outcomes die Rate an vaginalen, vaginal-operativen und operativen Geburten erhoben, außerdem die Schmerz-Medikation und Gabe von Oxytocin registriert. Als sekundäre Outcomes dienten mütterliche und kindliche Parameter, welche den Gesundheitszustand anzeigten. Dabei ließ sich in der Auswertung der (trotz der pandemischen Situation) 2021 abgeschlossenen Studie feststellen, dass sowohl im Interventionssetting als auch im Kontroll-Setting die Anzahl vaginaler Geburten um durchschnittlich 11% stieg, ohne nennenswerte Unterschiede zwischen den Settings. Mütterliche und kindliche Outcome-Parameter ließen über eine kontinuierliche Überwachung von Sicherheits-Parametern eine Gefährdung von Mutter oder Kind ausschließen, die Intervention ist

als sicher anzusehen. Darüber hinaus ließ sich im Falle von erhöhter Mobilität und aufrechten Gebärpositionen eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit in der nachgestellten Befragung der Gebärenden feststellen [22, 23].

1.2 Handlungsleitendes Wissen

1.2.1 Räumliche Gestaltung im Bezug zu menschlichem Handeln

Überlegungen zu Wechselwirkungen zwischen räumlicher Gestaltung und menschlichem Handeln gestalten sich seit dem letzten Jahrhundert vielseitig. So werden beispielsweise im Rahmen des Symbolischen Interaktionismus Gegenständen implizierte Bedeutungen zugeschrieben, aus welchen sich die Nutzung dieser Gegenstände ableitet. Gleichzeitig folgt die Gestaltung von Menschen genutzter Gegenstände deren Ziel, die Wechselwirkung erscheint damit in Gestalt und Nutzung gleichzeitig [24]. Dabei geht der Symbolische Interaktionismus deutlich über physische Gegenstände hinaus, schreibt auch Interaktionen eine Gegenständlichkeit zu und damit eine Notwendigkeit der Untersuchung dieser. Im Zuge der immer noch weiteren Entwicklung und Nutzung technischer Gegenstände im menschlichen Alltag entwickelte sich im vergangenen Jahrhundert außerdem generell zunehmend das Bewusstsein für eine Notwendigkeit der theoretischen Fundierung dieser Verknüpfung um der bis dato konstatierten „Blindheit“ dafür entgegenzuwirken [25]. Diesem Anspruch widmeten sich diverse Diskurse und theoretische Konzepte, als bekannteste und dabei teilweise als radikalste bezeichnete ist die Akteur-Netzwerk-Theorie (A-N-T), deren Ursprünge auf Bruno Latour, Michel Callon und John Law zurückgehen [26]. Allerdings wurden Überlegungen zur Verstrickung von menschlichen und technischen Agierenden auch von anderen angestellt, führend zur immer sich gleichenden Überlegung, dass dieser Verstrickung zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt und diese durch diesen Mangel an Aufmerksamkeit nicht verstanden werden kann [25]. Auch wenn sich Joerges und die Vertreter:innen der A-N-T dabei zur Handlungsmacht technischer Artefakte nicht einig sind – Joerges spricht diesen eine eigene Handlungsmacht ab [25], während Latour et al. technische als ebenbürtige Aktanten neben den menschlichen sehen [26] – so ist die Relevanz dieser technischen Elemente in der menschlichen Lebenswelt doch eine einende Position. In einer die Postulate der Handlungsmacht technischer Agenten weiterentwickelnden Überlegung resultiert aus der genannten Verstrickung menschlicher und technischer Elemente einer Handlung ein Hybridakteur: erst in der Vereinigung aus menschlichem Handeln und technischem Artefakt kann dieser Hybridakteur zu dem werden, was er ist, zu was er gedacht war und damit seiner Zweckintentionalität folgen. Zudem erklärt sich menschliches Handeln im Sinne der A-N-T erst gänzlich aus dem Netzwerkgedanken zwischen menschlichen und technischen Agenten.

Diesem auf die Spur zu kommen ist das eigentliche Ansinnen der A-N-T, erst so lässt sich der Zugang zur Handlungspraxis menschlicher Aktanten gewinnen und ein Verständnis dieser Handlungspraxis kann auch nicht ohne diesen Zugang gelingen [26]. So wird unter anderem eine „hybride Sphäre der Interferenz“ [27] S. 21 postuliert, die sich zwischen dem Raum und den darin agierenden Menschen entwickelt. Damit wird der Gegenseitigkeit Rechnung getragen und von einer einseitigen Betrachtung des Einflusses jeweils durch den räumlichen oder den menschlichen Agenten Abstand genommen. Raum und Mensch sind in gleichem Maße den Einflüssen des jeweils anderen Agenten einerseits unterworfen und andererseits mit Macht über diesen ausgestattet [27]. Im Rahmen der atmosphärischen Potenziale des Raumes auf den dort agierenden Menschen kann der unmittelbare Zusammenhang zum Gebärraum und den dort handelnden Menschen hergestellt werden.

1.2.2 Handlungsleitende Orientierungen im Kontext der Handlungspraxis

Die Handlungspraxis selbst ist als Konsequenz des Handlungswissens in spezifischen Situationen zu betrachten. Handlungswissen, auch bekannt unter dem Begriff Implizites Wissen [28], bezieht sich hierbei auf die Bereiche des Wissens, welche dem Verstand nicht unmittelbar zugänglich sind und dennoch für eine Form des reibungslosen Ablaufs von Handlungen sorgen. Dies gilt besonders in Situationen, in welchen die kognitiven Kapazitäten für andere Herausforderungen genutzt werden [29]. Neben dem grundsätzlichen Alltag von Menschen hat sich die Erhebung dieses Handlungswissens besonders in der Untersuchung professionsbezogener Praktiken und deren Grundlagen bewährt [30–32]. Handlungswissen ist damit als ein professionsbezogenes Praxis-Wissen zu sehen, welches dabei hilft, auch großen Anforderungen (unter anderem beruflicher Genese) gerecht zu werden und dabei nur schwer in Worten fassbar wird, vielmehr neben der verbal ausdrückbaren Expertise steht, dieser möglicherweise sogar widerspricht [29]. In anderen Worten stehen das „Was“ einer Handlung im Sinne der professionsbezogenen Expertise und das „Wie“ dieser Handlung in der Form des professionsbezogenen Habitus einander gegenüber [29, 33]. Erschwerend kommen dabei Elemente der professionsbezogenen normativen Erwartungen hinzu, welche von den Professionsangehörigen an sich selbst gestellt, aber auch als von außen an die eigene Profession gestellt wahrgenommen werden [29]. Erwartungen, Normen und Schemata werden damit im Rahmen der Handlungspraxis ebenso evident, wie die tatsächlich praktisch möglichen und damit gezeigten Elemente dieser. Diese Elemente werden im Zuge der Routine und Habitualisierung zu denjenigen, welche die Handlungspraxis bestimmen, aber nicht unbedingt im Einklang mit den normativen Vorstellungen sind [29, 34].

Handlungsleitende Orientierungen sind diejenigen Orientierungen, welche sich aus dem eigenen Erfahrungsschatz ableiten, damit das Handeln leiten und die gezeigte Handlungspraxis damit verstehbar machen [34, 35]. Erkennbar werden diese handlungsleitenden Orientierungen durch die Identifikation, resp. Rekonstruktion von Homologien und Differenzen in der Handlungspraxis. So erklärt sich die Handlungspraxis aus ihrer Performanz, ohne dass den Handelnden diese Handlungspraxis dabei unmittelbar zugänglich oder gar verbalisierbar wird [35]. Vielmehr werden über Erzählungen der Handlungspraxis die handlungsleitenden Orientierungen sichtbar, Argumentationen in Gesprächen weisen auf normative Vorstellungen und Handlungsschemata hin, welche einer Form der professionsbezogenen theoretischen Expertise entsprechen [29].

2. Zielstellung

Forschungsarbeiten aus diversen Kontexten zur Handlungspraxis von Hebammen sind bereits in großer Zahl vorhanden, nicht jedoch für den deutschsprachigen Raum. Für eine Ermittlung grundsätzlicher Orientierungen von Hebammen bei der Begleitung klinischer Geburten erscheint eine grundlegende Rekonstruktion dieser durch mit dem deutschen Gesundheitssystem vergleichbaren Kontexten sinnvoll.

Das professionsbezogene Handlungswissen kann darüber hinaus erst verstanden werden, wenn die Parameter der Handlungspraxis erhoben und in Beziehung zu normativen Vorstellungen gesetzt werden. Als einer der Parameter der Handlungspraxis von Hebammen ist im Sinne der Techniksoziologie und hier besonders der A-N-T die räumliche Gestaltung bei der Begleitung der Geburt zu sehen. Durch die komplexen Verbindungen zwischen räumlicher Umgebung und Handeln in dieser ergibt sich die Vermutung, dass sich auch die Handlungspraxis von Hebammen im Gebärraum im Zusammenspiel mit dessen Gestaltung befindet. Um nun die Verbindung zwischen der Gestaltung klinischer Gebärräume und der Wirkung der alternativen Gebärräume der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ im Zusammenspiel mit der Handlungspraxis dort agierender Hebammen zu untersuchen wurden folgende Forschungsfragen gestellt:

1) Welche Orientierungen zeigen Hebammen bei der Betreuung klinischer Geburten in dem deutschen Gesundheitssystem vergleichbaren Settings?
2) Welche handlungsleitenden Orientierungen zeigen Hebammen bei der Begleitung einer Geburt im üblichen klinischen Gebärraum?
3) Welche handlungsleitenden Orientierungen zeigen Hebammen im alternativ gestalteten Gebärraum der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“?

3. Material und Methoden

Um die Handlungspraxis von Hebammen in vergleichbaren Gesundheitssystemen zu erfassen und einen Überblick über diese zu erhalten wurde eine Literaturarbeit konzipiert. Außerdem werden im vorliegenden Kapitel der methodische Ansatz und das Studien-Design, sowie die zugrunde liegende Methodologie der qualitativen Studie in ihrer Anwendung vorgestellt.

3.1 Scoping Review

Um der bestehenden Bandbreite an Forschungsarbeiten gerecht zu werden und gleichzeitig das nicht scharf umrissene Konstrukt der „Orientierungen" von Hebammen in Bezug auf die Handlungspraxis erfassen zu können, kristallisierte sich das Vorgehen mittels eines Scoping Reviews [36] als zielführend heraus. Ein Scoping Review ist eingebettet in den Kontext systematischer Literaturarbeiten [37], zielt dabei auf eine Systematisierung der Literatursuche und -auswertung bei gleichzeitiger zu definierender Offenheit für die Quellenauswahl. Im Gegensatz zum systematischen Review selbst beschränkt sich ein Scoping Review nicht auf eine zuvor definierte Form von Primärquellen, sondern diverse Quellen können unter Einhaltung von Regeln zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit integriert werden [36].

3.1.1 Systematische Recherche

In der vorliegenden Arbeit wurde eine systematische, spezifische [38] Literatursuche in vier Datenbanken durchgeführt. Diese fand im Juni und Juli 2020 statt, mit einem Update im Februar 2022. Durchsucht wurden die Datenbanken CINAHL, PubMed, MEDLINE und PSYNDEX mittels vorab definierter Suchbegriffe. Diese Begriffe wurden aufgegliedert in die Kriterien Population, Intervention, Outcome und Study Design. Unter Einbeziehung von MeSH-Begriffen und weiteren Synonymen wurde die Suchstrategie ausdifferenziert. Die verwendeten Suchbegriffe sind in der abgebildeten Tabelle 1 dargestellt.

3.1.2 Studienauswahl und Datenextraktion

Die Auswahl der Studien erfolgte anhand vier vorab festgelegter Rahmenbedingungen, die hier kurz vorgestellt werden: (a) wissenschaftliche Arbeiten, veröffentlicht in Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren; (b) Veröffentlichungen ab dem Jahr 2000; (c) Artikel in englischer oder deutscher Sprache; (d) Veröffentlichungen von Studien in Industrieländern, definiert über die Zugehörigkeit zu den OECD-Staaten.

Tabelle 1: Suchbegriffe mit vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienauswahl [39] S. 2

	PI(C)O(S)	Inclusion	Exclusion
Population	midwife (midwi*, health personnel, nurse midwi*)	midwives	women's or partners' perspectives on birth, traditional midwives or student midwives
Intervention	birth (labor/labour, childbirth, intrapartum, obstetric)	hospital context	community birth
Outcome	orientation, persuasion, attitude, philosophy, behavior/ behaviour, practice, experience, performance, routine, habit	perspectives on *orientation* of midwifery care or their usual manner of professional behavior during birth	focus on pathological topics, socioeconomic status in relation to birth, special needs of women special topics during labor and birth, general perspectives on clinical labor and birth organizational topics, evaluation of programs
Study design		scientific design study published in / after 2000	historical perspective

Zudem wurden die in Tabelle 1 vorgestellten Ein- und Ausschlusskriterien angewendet. Um die Auswahl zu systematisieren wurde im Online-Tool Covidence© [40] eine Umgebung angelegt, in der die Autorin der vorliegenden Arbeit und eine Betreuerin unabhängig voneinander die Auswahl vornahmen. Nur wenn eine Einigung vorlag konnte eine Studie in die folgenden Auswahl- und Auswertungs-Prozesse aufgenommen werden. Diese folgten der Systematik für Scoping Reviews, wie sie von Arksey und O'Malley vorgestellt wurden [36].

3.1.3 Datenanalyse

Nach Auswahl der Studien wurde eine narrative Synthese durchgeführt, die sich für die Zusammenführung zentraler Erkenntnisse der unterschiedlichen Studiendesigns als geeignet erwies. In dieser narrativen Synthese wurden bei der Lektüre der einbezogenen Studien systematisch und induktiv die Begrifflichkeiten, die sich in den einbezogenen Artikeln fanden, Themenfeldern zugeordnet, dieser Prozess iterativ angepasst und die Ergebnisse unter den übergeordneten Themenfeldern gesammelt.

Um eine Form der Validität zu erreichen wurde der gesamte Lektüre- und Zuordnungsprozess zweimal im Abstand von einigen Wochen durchgeführt. In Fällen von Unklarheit der Zuordnung wurde mit einer Betreuerin der Arbeit das Ergebnis diskutiert, bis eine Einigung und eindeutige Zuordnung erzielt werden konnte.

3.2 Qualitative Studie

3.2.1 Design

Um den handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen im klinischen Setting nachzugehen, wurde ein rekonstruktiver Ansatz im Rahmen einer Interviewstudie gewählt. Als Methode für die Interviews wurde das themenzentrierte Interview nach Witzel [41] genutzt, welches eine narrativ orientierte Fokussierung auf ein spezielles Thema ermöglicht, ohne sich auf kognitive Wissensbestände zu begrenzen. Befragt wurden Hebammen aus dem üblichen klinischen Setting, aus dem klinischen Setting mit Erfahrung in Räumen der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ und zur Kontrastierung aus dem außerklinischen Setting. Die Rekonstruktion der Handlungspraxis und der handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten ließ sich mit Hilfe der Dokumentarischen Methode [35] erreichen. Das rekonstruktive Forschungsparadigma zeichnet sich durch ein abduktives und sequenzielles Vorgehen ohne zuvor erfolgte Hypothesengenerierung aus, um so dem Anspruch qualitativer Forschung nach Generierung und Identifikation dem Material inhärenter Erkenntnisse aus der Lebens- und Erfahrungswelt der befragten Menschen gerecht zu werden [42]. Daher wurden die aus der Literaturarbeit identifizierten Orientierungen von Hebammen in anderen Gesundheitssystemen zur Rekonstruktion derer in Deutschland nicht herangezogen, dienten aber im Gesamtprojekt dem Abgleich und der Diskussion für Praxis-Implikationen und Empfehlungen für weitere Forschung und Lehre.

Die Interview-Studie wurde in zwei Phasen aufgeteilt: um grundsätzliche handlungsleitende Orientierungen in der klinischen Geburtshilfe tätiger Hebammen rekonstruieren zu können, wurden zuerst Interviews mit Hebammen aus üblichen klinischen Gebärräumen geführt. Nach der Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierungen an dieser Teil-Stichprobe fanden im Folgenden Gespräche mit Hebammen aus dem alternativ gestalteten Gebärraum und dem außerklinischen Setting statt.

3.2.2 Dokumentarische Methode und ihre Methodologie

Die Dokumentarische Methode wurde von Ralf Bohnsack entwickelt und präsentiert sich, entgegen der Bezeichnung, als mehr als eine schiere Methode zur Auswertung. Vielmehr steht dahinter eine komplette theoretische, wissenssoziologische Fundierung und die Dokumentarische Methode dient der Rekonstruktion von Typen, bzw. deren in-Beziehung-Setzung, um die handlungsleitenden Orientierungen von Menschen in diversen, besonders auch professionellen Kontexten zu identifizieren und damit verstehbar zu machen [34]. Forschungsleitend ist hier ein strukturierter, geregelter Ablauf, der über einen kontinuierlichen

Intra- und Interfallvergleich Homologien und Differenzen rekonstruiert, um so Handlungsmuster und deren normative Fundierung zu erkennen. Dies wird möglich über die Schritte der formulierenden und reflektierenden Interpretation, sowie im Falle von Interviews besonders der semantischen Feinanalyse und komparativen Analyse [33]. Dabei werden narrative Passagen, welche die habituellen Handlungsmuster anzeigen mit argumentativen Passagen, die zur Rekonstruktion der normativen Grundlagen dienen, in Beziehung gesetzt. Dies ermöglicht die Rekonstruktion von potenziellen Spannungsfeldern, welche die Handlungspraxis erklären können [29].

Leitend bei der Interpretation ist dabei die Frage nach dem „vom *was* zum *wie*“: „In welchem (Orientierungs-) Rahmen wird das Thema behandelt?“ [33], S. 41. Als besonders aufschlussreich gelten dabei Stegreiferzählungen oder Beschreibungen, in denen durch die Zugzwänge des Erzählens die persönliche Relevanz für die Erzählenden kondensiert aufscheint, das dokumentarische Handlungswissen. Die Erzählenden bleiben hier in ihrem persönlichen Relevanzsystem, erzählt wird nicht die faktische, sondern die erlebte Wahrheit, die eigene Erfahrung [33]. So lässt sich aus diesen Passagen die Handlungspraxis selbst rekonstruieren, das konjunktive Wissen erschließen. Dem kommunikativen Anspruch des Interviews werden die Befragten in argumentativen und bewertenden Passagen gerecht, hier erschließen sich Um-zu-Motive, oder auch Common-Sense-Theorien, welche die eigentlichen Ziele der Handlungspraxis, die normativen Vorstellungen, erkennen lassen [43]. Sobald also das immanente Handlungswissen nicht mehr aus dem Gesagten oder Gezeigten verstanden werden kann, hilft die Erforschung des konjunktiven Erfahrungsraumes und darin enthaltenen Dokumentsinns beim Verständnis der Handlungspraxis [44].

Die Verwobenheit des konjunktiven mit dem kommunikativen Wissen, welche sich in der alltäglichen Handlungspraxis findet, spiegelt sich damit in der Erzählstruktur von Interviews wieder: Um-zu-Motive und tatsächliche Handlungspraxis ergeben sich auseinander, stehen sich manchmal entgegen oder begründen einander. Der Umgang mit möglicherweise aufscheinenden Dilemmata oder Spannungen zwischen Orientierungsrahmen im engeren Sinne und Orientierungsschemata konstituiert den Orientierungsrahmen im weiteren Sinne [34](Abb. 1).

Der Orientierungsrahmen im engeren Sinne zeigt die tatsächliche Handlungspraxis, welche sich im Modus Operandi, dem Umgang mit den täglichen Herausforderungen rekonstruieren lässt und über die erzählenden Passagen erschlossen werden kann. Bei den Orientierungsschemata handelt es sich um den Bereich der Ziele, Normen und persönlichen Erwartungen, an denen die Handlungen ausgerichtet sind.

Abbildung 1: „Die Konzeption des Orientierungsrahmens in der Dokumentarischen Methode“ mit den sich ergänzenden Bereichen des kommunikativen und konjunktiven Wissens und dem Überschneidungsbereich, der ein Spannungsverhältnis offenbart (eigene Abbildung in Anlehnung an [45] S. 37)

Der Zugang zu den Orientierungsschemata gelingt über die argumentativen Passagen. Damit erklärt sich die Notwendigkeit, die im konjunktiven Erfahrungsraum des Orientierungsrahmens im engeren Sinne aufgespannten Erfahrungen aus der Handlungspraxis zu explizieren und mit den Orientierungsschemata in Beziehung zu setzen. Diese Verwobenheit wird rekonstruiert über das Aufdecken „implizite(r) Regelhaftigkeiten von Erfahrungen“ [33] S. 45, welche sich im Rahmen der komparativen Sequenzanalyse mehrerer Interviews ergeben. Dabei wird der Modus Operandi der Befragten untersucht, also die Sinnmuster welche den gezeigten Handlungen innewohnen [46]. Es werden die zu vergleichenden Themen – Tertia Comparationis – in Orientierung am Relevanzsystem der Befragten induktiv aus dem Interview-Material erschlossen und zur Rekonstruktion des Handlungswissens herangezogen, wenn sie sich nach Überprüfung als fallübergreifend relevant bestätigen [33].

Der konjunktive Erfahrungsraum

Als eine Besonderheit der Interpretation im Rahmen der Dokumentarischen Methode muss dabei der konjunktive Erfahrungsraum gesehen werden: sich in diesem befindende Personen verstehen einander ohne auf vertiefende Erklärungen auf kommunikativer Ebene angewiesen zu sein. Denn erst durch den gemeinsam erlebten Umgang mit Situationen der jeweiligen Lebenswelt kann ein geteiltes Wissen über diese Lebenswelt angenommen werden, erübrigen sich Erklärungen auf kommunikativer Ebene und lassen den Blick auf die Elemente des Handlungswissens zu [34].

Begründend kann hierbei die Tatsache gesehen werden, dass es sich beim konjunktiven Erfahrungsraum um ein Element der Lebenswelt und nicht um eines des Denkens handelt und damit die gemeinsam erlebte Handlungspraxis diesen konjunktiven Erfahrungsraum erst ermöglicht [34]. Somit treten auf narrativer, erzählender Ebene deutlicher das tatsächliche Handlungswissen und dessen determinierende Faktoren hervor, während auf der kommunikativen Ebene die Common-Sense-Theorien als möglicherweise gemeinsamer Ausgangspunkt für das Handlungswissen kommuniziert und ausgehandelt werden. Nichtsdestotrotz gilt auch die metatheoretische Kommunikation über den konjunktiven Erfahrungsraum als Element der geteilten Erfahrungen, daraus resultierend bedürfen auch diese metatheoretischen Inhalte der Betrachtung einer Analyse. Denn eine Reflexion der eigenen Handlungspraxis entfaltet sich besonders im konjunktiven Erfahrungsraum und kann somit den sogenannten `blinden Fleck´der Handlungspraxis beleuchten, der sonst im Dunkeln bliebe [34]. Damit lässt sich durch eine Rekonstruktion des Handlungswissens auf den zugrunde liegenden Praxis-Kontext schließen, das Verhältnis der in der jeweiligen Lebenswelt agierenden Personen als Element und gleichzeitig Begründung des Handlungswissens verstehen und die rekonstruierten handlungsleitenden Orientierungen können in einen sinnhaften Zusammenhang gebracht werden. Das Kontextwissen wird von den Befragten selbst generiert und bezieht sich auf die sozialen Zusammenhänge innerhalb derer sie zu Handelnden werden. Zudem ermöglicht erst die Erforschung dieser Kontextabhängigkeit eine Rekonstruktion der Orientierungsrahmen im weiteren Sinne, welche sich aus dem Zusammenspiel von Orientierungsschemata und Orientierungsrahmen im engeren Sinne ergeben und mögliche Orientierungsdilemmata offenbaren (Abb. 1) [34].

3.2.3 Sampling und Rekrutierung

In der vorliegenden Arbeit wurden Hebammen aus dem klinischen und außerklinischen Setting befragt, welche zuvor mittels persönlicher Ansprache im Sinne einer Gelegenheits-Stichprobe und einem folgenden Schneeball-System rekrutiert worden waren [47]. Die Art der Rekrutierung erfolgte mit der Absicht, ein vielseitiges Bild klinisch und zur Kontrastierung außerklinisch arbeitender Hebammen zu erreichen, ohne sich von Vorannahmen bezüglich als potenziell relevant erachteter Rahmenbedingungen leiten zu lassen [48]. Vielmehr wurden Hebammen vermittelt über breit gestreute disziplin-bezogene Kontakte der Autorin und der Leiterin der Be-Up-Studie aus fünf verschiedenen Kliniken und aus dem außerklinischen Setting zuerst angesprochen und im Anschluss an das Gespräch nach weiteren Kolleg:innen gefragt, die möglicherweise zur Studie beitragen könnten. So bestand die Möglichkeit für ein vielseitiges Bild in der Geburtshilfe arbeitender Hebammen in Deutschland. Als Rahmenbedingungen für eine

möglichst vielseitige Stichproben-Zusammensetzung wurden dabei folgende Themen definiert, um den Bedingungen der aktuellen professionellen Tätigkeit im Kontext eines Systems, in welchem dem Beruf nachgegangen wird, gerecht zu werden [49]: Ausbildung zur Hebamme, Berufserfahrung als Hebamme, aktueller Tätigkeitsbereich und Anzahl an jährlich betreuten Geburten, sowie (wo zutreffend) Form der klinischen Tätigkeit und weitere Qualifikationen (siehe Kurzfragebogen im Anhang 1). Ergänzend wurde in den Interviews mit klinisch tätigen Hebammen noch jeweils das Level der geburtshilflichen Klinik erfragt, in der die Interviewpartner:innen aktuell tätig waren.

3.2.4 Forschungsethische Überlegungen

Die vorliegende Arbeit erhielt im Oktober 2019 ein positives Ethik-Votum der zuständigen Universität, welches sich auf die im Folgenden dargestellten Überlegungen gründete (siehe Ethik-Votum im Anhang 2).

Da es sich bei der geplanten Datenerhebung um sensible personenbezogene Daten handelte, welche in einem geschützten Raum des Vier-Augen-Gespräches von der interviewten Person geteilt wurden, war eine Nutzen-Risiko-Abwägung zum Schutz dieser Daten vor Rückverfolgung, bzw. Identifizierung unbedingt durchzuführen. Um der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), sowie dem Schutzbedürfnis im Sinne einer Schweigepflicht der Interviewpartner:innen gerecht zu werden, wurde daher das im Folgenden dargestellte Vorgehen durchgeführt, welches die genannten Risiken beherrschen sollte und damit als geeignet erachtet wurde:

Jede:r Teilnehmenden wurde von der Forscherin aus der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Vorfeld eine ausführliche schriftliche Beschreibung des wissenschaftlichen Vorhabens zugesandt (Anhang 3), diese konnte zu Hause oder vor Beginn des Gespräches unterzeichnet werden, erst danach war eine Teilnahme an der Studie möglich. Außerdem wurde zur Terminabsprache mündlich über das Vorhaben aufgeklärt, bevor die eigentliche Datenerhebung und -verarbeitung begann. Des Weiteren wurde unmittelbar zu Beginn des Gesprächs auch noch einmal auf die persönliche Schweigepflicht zum Schutz von Patient:innendaten hingewiesen. Zum Schutz der Teilnehmenden selbst enthielten handschriftliche Unterlagen, sowie Passagen, die der Veröffentlichung zugeführt werden, ausschließlich pseudonymisierte Kodes, die keinen Rückschluss auf die Identität der Person zuließen. Des Weiteren wurde streng darauf geachtet, Details aus den Interviews, welche Rückschlüsse auf die Klinik oder Personen zulassen nicht in den zu veröffentlichenden Texten aufzunehmen, und darüber hinaus im Transkript nur allgemeine Variablen (Klinik der Be-Up-

Studie oder mit üblichem Gebärraum) zu verwenden. Um eine Nachverfolgung auszuschließen, wurden auch zitierte Passagen nur nach dem Bezug auf alternative oder übliche Gebärräume kodiert. Die Pseudonymisierung erfolgte mittels eines von den Teilnehmenden selbst zu wählenden „Aliasnamens“, welcher nur den Teilnehmenden selbst und der Forscherin bekannt war. Dieser Aliasname wurde im weiteren Verlauf von der Forscherin durch einen weiteren Aliasnamen ersetzt, da sich die gewählten Namen glichen und unwissentlich auch reelle Teilnehmer:innen-Namen gewählt wurden. Eine Schlüsselliste mit den Korrelationen der reellen und Aliasnamen diente dem Schutz der Teilnehmenden, um auch nachträglich die Daten löschen zu können, und wird nach Abschluss der Promotionsarbeit vernichtet. Die erhobenen Daten wurden auf einem vom Institut zur Verfügung gestellten passwortgeschützten USB (Universal Serial Bus)-Stick hinterlegt. Die im Interview getätigten Aussagen wurden digital mit einem Audiorecorder aufgezeichnet, parallel dazu wurden stichpunktartige Notizen von der Forscherin gemacht. Handschriftliche Aufzeichnungen (welche während des Interviews helfen sollen, sinnvolle Nachfragen zu gestalten) wurden in einem abschließbaren Schrank getrennt von der digitalen Schlüsselliste der Teilnehmer:innen aufbewahrt. Die Originaldokumente (Audiodateien) werden unmittelbar nach der Verteidigung der Promotionsarbeit unwiederbringlich vernichtet. Zur Nachvollziehbarkeit der Analyseprozesse werden die Transkripte zehn Jahre nach Abschluss der Promotionsarbeit in einem geschützten Bereich der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg digital aufbewahrt und anschließend unwiederbringlich vernichtet.

3.2.5 Datenerhebung und -aufbereitung

Alle Gespräche wurden durch die Verfasserin der vorliegenden Arbeit entweder online über Webex© oder in Präsenz geführt. Entscheidend für die Form war dabei die Präferenz der jeweiligen befragten Hebamme. Als Methode für das Interview wurde das themenzentrierte Interview nach Witzel gewählt, welches durch die narrative Orientierung trotz konkretem Themenbezug die Möglichkeit gewährt, den Gesprächspartner:innen Zeit für Erzählungen zu lassen [41]. Dazu wurde ein Leitfaden entwickelt (siehe Anhang 4), der sich auf Erkenntnisse zum Hebammenhandeln und den Gebärraum bezog, welche im Team mit den Betreuerinnen fixiert wurden und auf Basis der Literatur fußte [39], in einem Pretest überprüft wurde und durch Erkenntnisse aus dem Pretest eine Adaptation erfuhr. Vor dem Gespräch wurde den Befragten noch einmal eine kurze Einführung in das Forschungsinteresse gegeben und sichergestellt, dass die Informationen zu Erhebung, Auswertung und Publikation verstanden und akzeptiert worden waren.

Im Gespräch dominierte Offenheit, auch wenn der Leitfaden eine Struktur mit als relevant identifizierten Themen seitens der Interviewerin vorgab. Ebenso wurde die Struktur des

Gesprächsverlaufs selbst nach dem einleitenden Erzählimpuls durch die Interviewte bestimmt. Nachfragen erfolgten dabei sowohl immanent, als auch nach Signalen durch die von der Interviewten als abgeschlossen betrachteten Themenblöcken exmanent. Zudem ergaben sich Anpassungen des Gesprächs-Verlaufes und auch des Einstiegsimpulses im Zuge der rekonstruierenden Interpretation. Besonders als veränderungsbedürftig wurde dabei die Änderung des Impulses gesehen, der in den ersten beiden Gesprächen nach einer typischen Geburt fragte und damit bereits implizit zu einer Bewertung auffordern konnte. Als Einstiegsfrage wurde ab dem dritten Gespräch folgende explizite Erzählaufforderung formuliert:

„*Das Ziel meiner Studie ist es zu verstehen, wie Hebammen bei der Begleitung einer klinischen Geburt handeln. Wie ist es für Sie, dort als Hebamme zu arbeiten? Vielleicht hilft Ihnen dabei, von der letzten Geburt, die Sie dort betreut haben zu erzählen*."

Im zweiten Abschnitt der vorliegenden Arbeit, der sich mit Erfahrungen in alternativen Settings auseinandersetzte, wurde der Einstiegsimpuls folgendermaßen adaptiert:

„*Das Ziel meiner Studie ist es zu verstehen, wie Hebammen bei der Begleitung einer außerklinischen Geburt handeln. Wie ist es für Sie, dort zu Hause als Hebamme zu arbeiten? Vielleicht hilft Ihnen dabei, von der letzten Geburt, die Sie zu Hause betreut haben zu erzählen.*" (außerklinische Hebammen)

„*Das Ziel meiner Studie ist es zu verstehen, wie Hebammen bei der Begleitung einer klinischen Geburt im Gebärraum der Be-Up-Studie handeln. Wie ist es für Sie, dort als Hebamme zu arbeiten? Vielleicht hilft Ihnen dabei, von der letzten Geburt, die Sie im Be-Up-Gebärraum betreut haben zu erzählen.*" (Hebammen mit Erfahrungen im Gebärraum der Studie „Be-Up: Geburt aktiv")

Während des Gesprächs lief ein Digital-Rekorder zur Aufnahme. Aus forschungsethischen Überlegungen wurde die Aufnahme-Funktion des Webex©-Tools auch bei digitalen Gesprächen nicht genutzt. Zudem wurden entsprechend der Empfehlungen Notizen durch die Verfasserin parallel zum Gespräch und im Anschluss ein Postskriptum verfasst [41].

Im Nachgang zum Gespräch wurde der Audio-Inhalt durch die Verfasserin im Volltext transkribiert und dabei ein zweiter Kontroll-Durchgang der Transkription zur Sicherstellung der Korrektheit durchgeführt. Transkribiert wurde direkt im Auswertungsprogramm MAXQDA© [50] angelehnt an die Transkriptionsregeln des Talk in Qualitative Research (TiQ) nach einem festen Schema, welches im Anhang 5 dargestellt ist [51].

3.2.6 Datenauswertung

Die Rekonstruktion der Handlungspraxis von Hebammen erfolgte nach den Schritten der formulierenden und reflektierenden Interpretation sowie der semantischen und komparativen Analyse [33]. Es wurden in einem zirkulären Vorgehen Interviews, Transkription und Auswertung parallel durchgeführt, auch die Schritte der Auswertung nach der Dokumentarischen Methode erfolgten mit Hilfe der Software MAXQDA© [50]. Den Schritten der Identifikation von Ober- und Unterthemen sowie der formulierenden Interpretation folgte die reflektierende Interpretation. Hierbei wurden Dimensionen rekonstruiert, welche in allen Interviews von Relevanz waren und über die Schritte der Abstraktion und Spezifikation Gemeinsamkeiten und Besonderheiten identifiziert. Im Folgenden wurden die Schritte einer sinngenetischen Typenbildung in Anlehnung an Bohnsack [16] durchgeführt, nachdem festgestellt worden war, dass durch die Rekonstruktion verschiedener Orientierungsrahmen die Bedingungen für die sinngenetische Typenbildung erfüllt waren. Hier wurde konsequent ein interner und externer Fallvergleich angestrebt und umgesetzt. Über die im späteren Verlauf der Studie zusätzlich vorgenommene Schwerpunktsetzung zur räumlichen Umgebung wurden – zu den Einstiegs- und Abschlusspassagen und denen mit hoher erzählerischer und/oder performativer Dichte – Passagen zur Gestaltung des Raumes in den Fokus der Rekonstruktion genommen. Dies galt ebenso für die Interviews mit Hebammen aus dem Hausgeburtssetting.

Thematischer Verlauf und Formulierende Interpretation

Um die oben beschriebenen immanenten Inhalte zu rekonstruieren, dient die formulierende Interpretation der als relevant identifizierten Passagen. Der Volltexttranskription folgte in der vorliegenden Arbeit die Erstellung eines kompletten thematischen Verlaufs zur Identifikation relevanter Textabschnitte für die Interpretation [33]. Dazu wurde der Text gelesen, in Sinnabschnitte gegliedert und diese jeweils mit einem treffenden Begriff übertitelt. So wurde eine Vergleichbarkeit der Interview-Verläufe im weiteren Prozess ermöglicht [31]. Die für die folgenden Interpretations-Schritte als interessant und notwendig erachteten Passagen wurden im Sinne der formulierenden Interpretation in eigenen Worten, aber nah am Text neu verfasst, um den immanenten Gehalt zu erfassen (*was* wird gesagt) und gleichzeitig die eigene Standortgebundenheit zu kontrollieren [33]. Zudem wurden Ober- und Unterthemen identifiziert und diese im Auswertungsverfahren farblich kodiert und hinterlegt – ebenfalls ein Schritt, der dem späteren Vergleich der Themen und deren Bearbeitung diente [31].

Reflektierende Interpretation mit semantischer Feinanalyse

Zur Rekonstruktion der dokumentarischen Gehalte wird die reflektierende Interpretation mit Textsortenanalyse und komparativer Analyse durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit erfolgten hierbei die Schritte der formalen Interpretation und Textsortentrennung – wie von Nohl [33] vorgestellt und durch Hinzke [31] weiter vertieft. Dabei wurden die Textsorten in narrative (Beschreibungen und Erzählungen), sowie argumentative (Begründung und Bewertung) Anteile aufgegliedert, dies geschah ebenfalls über Codierungen im Auswertungsprogramm. Über diese Codierungen wurden die Zusammenhänge zwischen Themen und deren Bearbeitung der einzelnen Befragten nachvollziehbar, ermöglichten damit einen Intra-, aber auch einen Interfallvergleich [16]. Im Zuge der Textsortentrennung erfolgte dann auch die reflektierende Interpretation mit semantischer Feinanalyse, welche die komparative Analyse vorbereitete [33]. Dabei lag der Fokus auf dem dokumentarischen Gehalt (*wie* wird etwas gesagt) des jeweiligen Textabschnittes. Narrative Absätze offenbarten dabei die Handlungspraxis, welche in Bezug gesetzt wurde zu den Common-Sense-Theorien der argumentativen Absätze [33] und damit einen ersten Einblick in die Orientierungsrahmen (aus den narrativen Passagen) und -schemata (aus den argumentativen Passagen) der Befragten ermöglichte [45]. Der konjunktive Erfahrungsraum offenbarte sich dabei auch und besonders in den narrativen Textabschnitten, wo der Zugang zur Handlungspraxis unmittelbar gelang und damit die Rekonstruktion dieser Handlungspraxis und deren zugrunde liegenden Orientierungen möglich war [33].

Komparative Analyse und sinngenetische Typenbildung

Die komparative Analyse schließlich diente der Rekonstruktion der fallimmanenten Orientierungsstrukturen und im Folgenden dem Vergleich zwischen den Fällen [46]. Dieser Vergleich wurde anhand der rekonstruierten Orientierungsrahmen gezogen, welche sich aus der reflektierenden Interpretation ergeben hatten. Diese Orientierungsrahmen wurden anhand der zu Beginn identifizierten Ober- und Unterthemen in den verschiedenen Interviews miteinander in Beziehung gesetzt und so konnten minimale und maximale Kontraste im Umgang mit Themen festgestellt werden [33].

Gütekriterien der qualitativen Forschung

Gütekriterien, die im Falle qualitativer Forschung in anderer Art als bei quantitativer Forschung an den Forschungsprozess angelegt werden, beinhalten bei der Arbeit mit der Dokumentarischen Methode sowohl methodenimmanente [35] als auch darüber hinaus gehende Vorgehensweisen der externen Validierung [44].

So hat der stetig fortzuführende und zur Überprüfung der eigenen Standortgebundenheit beitragende Fallvergleich eine große Bedeutung bei der Wahrung der Qualität der methodologischen Umsetzung [33]. Grundsätzliche Verfahren zur Sicherung der Gütekriterien im qualitativ-rekonstruktiven Forschungsparadigma beziehen sich neben konkreten methodenimmanenten und projektbezogenen unter anderem auf das Peer-Debriefing und die Sicherung der Angemessenheit der interpretativen Vorgänge [44]. In der vorliegenden Arbeit wurden die genannten Verfahren und Prozessschritte zur Prüfung der forschungspraktischen Ergebnisse konsequent angewendet. Dabei wurde sowohl methodengeneriert, als auch in diversen externen projekt- und methodenbezogenen Gelegenheiten, wie der Teilnahme an Forschungs-Workshops und dem regelmäßigen Austausch in einer Forschungswerkstatt, durchgehend an einer Validierung der Erkenntnisse gearbeitet. So konnte die Standortgebundenheit der Forschungspraxis, welche zudem durch den gemeinsamen professionellen Hintergrund von Befragten und Forscherin streng zu kontrollieren war, auch als erkenntnisförderliches Element integriert werden [35].

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des vorbereitenden Scoping Reviews sowie der Interviews und der sich daran anschließenden Interpretation und Rekonstruktion der Typen vorgestellt.

4.1 Scoping-Review

Die Recherche ergab 1540 Treffer aus den vier Datenbanken CINAHL, PubMed, MEDLINE und PSYNDEX. Weitere 32 Treffer resultierten aus einer Vorwärts- und Rückwärtssuche der als relevant betrachteten Studien und wurden ebenfalls dem kompletten Screening-Prozedere unterzogen. Die in Kapitel 3.1.2 beschriebene Auswahl im Online-Tool Covidence© resultierte nach dem Titel-und-Abstract-Screening und dem Ausschluss von Duplikaten in 110 Artikeln, die im Volltext einer Untersuchung und Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien unterzogen wurden.

Final in die narrative Zusammenführung der Ergebnisse einbezogen wurden 26 Artikel – davon 23 qualitative Studien, eine theoretische Arbeit, eine Literaturarbeit und eine quantitative Studie.

Bei dieser Synthese zeigte sich ein Thema als dominierend: in nahezu allen der integrierten Forschungsarbeiten wurde die Medikalisierung und Pathologisierung der Geburtshilfe im Zusammenhang *mit* oder als Kontrapunkt *zur* Frauen*zentrierten Begleitung der klinischen

Geburt thematisiert. Dabei unterschieden sich die Ansichten im Sinne einer als dominierend erlebten Risikoorientierung und Medikalisierung der Geburtshilfe, welche auch von den befragten Hebammen als handlungsleitend erlebt wurde [52–56] von den Chancen, welche sich aus einer Stärkung der Autonomie von Hebammen bei der Begleitung von Gebärenden entwickeln konnten [57, 58]. Es stand besonders im Vordergrund, dass Hebammen sich auch unter klinischen Umständen durchaus von den Wünschen und Bedürfnissen der Gebärenden leiten ließen, wenn die Umstände dies zuließen und so ein enges Arbeitsbündnis in der Beziehung zwischen Hebamme und Gebärenden entstehen konnte [59, 60].

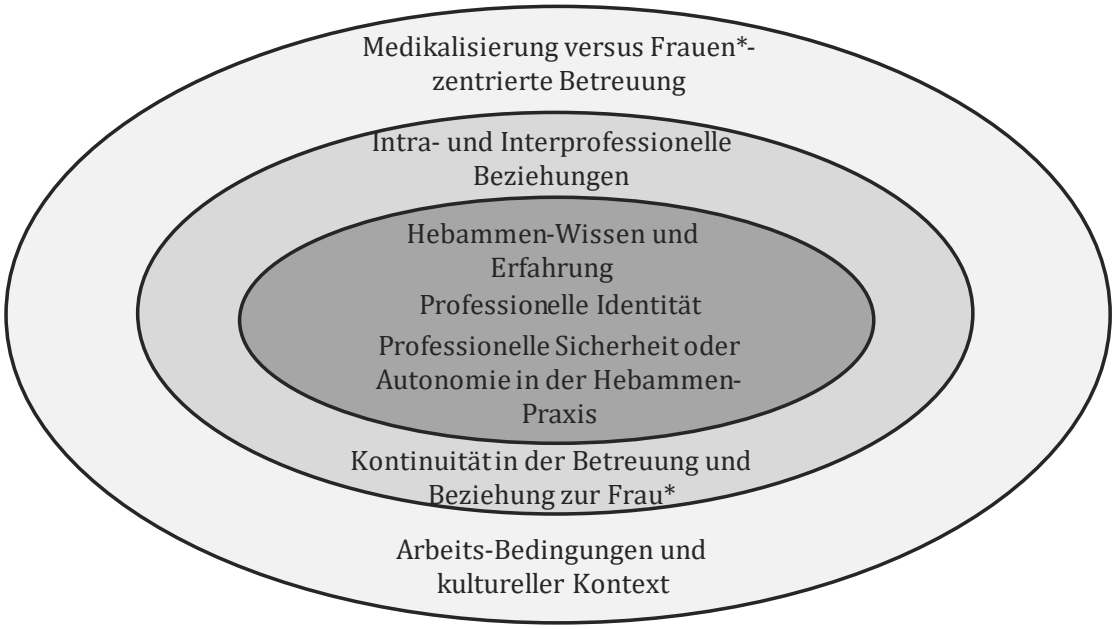

Abbildung 2: Ebenen der Handlungspraxis und Orientierungen von Hebammen bei der Begleitung klinischer Geburten – aufgeteilt in drei Bereiche der Makro-, Meso- und Mikroebene (eigene Abbildung in Anlehnung an [39] S. 7)

Diese, die eigene Handlungspraxis als dominierend erlebte, Medikalisierung und Pathologisierung der Geburtshilfe wurde gemeinsam mit einer grundsätzlich im jeweiligen Kontext vorherrschenden Form der geburtshilflichen Kultur und gesellschaftlichen Perspektiven als ein Element von der die Handlungspraxis von Hebammen berührenden Makroebene identifiziert. Zu dieser Makroebene ließen sich die weitere Meso- und Mikroebene ebenso identifizieren und Studienergebnisse zuordnen (Abb. 2). Dabei wurden der Mesoebene die klinischen Umstände der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit sowie organisatorisch-strukturelle Arbeits-Bedingungen des jeweiligen Settings zugeschrieben. Auf der Mikroebene der individuellen Hebamme ließen sich Elemente der professionsbezogenen Identität der Hebamme, ihres Wissens und ihrer Erfahrung und der Wahrnehmung von Autonomie im beruflichen Handeln bei der Begleitung von Geburten erkennen und differenzieren.

Damit war es möglich, das Bild der Handlungspraxis und Orientierungen von Hebammen in vergleichbaren Gesundheitssystemen bei der Betreuung von Geburten im klinischen Setting zu erfassen.

4.2 Qualitative Studie

Es wurden zwischen Juli 2020 und März 2022 16 Interviews mit Hebammen aus Deutschland geführt. Davon waren drei Hebammen ausschließlich dem außerklinischen Setting und vier Hebammen Kliniken mit Be-Up-Gebärräumen zuzuordnen, die übrigen waren Hebammen, die im (in Bezug auf die Raumgestaltung) „klassischen" klinischen Setting arbeiteten (Tab. 2).

Interviews von zwei Hebammen wurden nicht in die Rekonstruktion der Basis-Dimensionen, Orientierungsrahmen und sinngenetische Typen-Bildung aufgenommen. Bei einem Interview ließ sich der konjunktive Erfahrungsraum, welcher bei der Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen als Basis genutzt wurde, nicht nachvollziehen. In einem zweiten Interview war durch schlechte Internet-Verbindung die Aufnahme-Qualität besonders schlecht, die Transkription des Textes konnte daher nur in Ausschnitten realisiert werden und eine Rekonstruktion der Orientierungen war daher nicht möglich.

Aus dem üblichen Gebärraum ergaben sich eine Gesamtdauer der Gespräche von 819 Minuten (67 bis 151, im Durchschnitt 91 Minuten) mit 170 Transkriptseiten zur Auswertung. Aus dem alternativen Gebärraum ergaben sich Gespräche mit insgesamt 602 Minuten (im Mittel 86 und einer Spanne von 52 - 157 Minuten) und 120 Transkriptseiten zur Auswertung.

Keine:r der Teilnehmenden zog im Nachgang die Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen zurück. Störungen der Interviews gab es nicht, bei einem Gespräch war – auf Wunsch der Befragten – eine weitere Person anwesend, die sich jedoch nicht am Gespräch beteiligte. Insgesamt sechs der Gespräche fanden in Präsenz in der eigenen Wohnung der Befragten (auf deren Initiative) statt, die restlichen zehn online.

Tabelle 2 : Berufsbiographische Eckdaten gesamtes Sample [61] o.S.

	n
Primäre Berufsausbildung als Hebamme	16
Schulisch	12
Hochschulisch	4
Berufserfahrung als Hebamme	16
< 5 Jahre	3
5-9 Jahre	3
10-19 Jahre	6
20-29 Jahre	1
> 30 Jahre	3
Betreute Geburten pro Jahr	16
< 24	5
25-49	3
50-99	3
> 100	5
Aktuelles geburtshilfliches Setting (Mehrfachnennungen möglich)	19
Level 1 (Regionales Perinatal Zentrum)	11
Level 2 (Perinatales Zentrum)	2
Level 3 (Perinatalklinik)	1
Hausgeburten	5
Weitere Qualifikationen (Mehrfachnennungen möglich)	11 (6 ohne Nennung)
Praxisanleiterin	2
Führungsposition	2
Weiterbildungs-Studium	5
Weitere	2
Aktuelle geburtshilfliche Tätigkeit	16
Angestellt	10
Freiberuflich	6

4.3 Handlungsleitende Orientierungen im üblichen Gebärraum

4.3.1 Rekonstruktion der Basis-Dimensionen

Den Schritten der Dokumentarischen Methode folgend wurde nach einer Volltext-Transkription aller Interviews ein thematischer Verlauf erstellt, dem sich die formulierende und reflektierende Interpretation mit semantischer Feinanalyse und Textsortentrennung ausgewählter Passagen anschlossen. Passagen wurden dabei unter folgenden Gesichtspunkten der Interpretation unterzogen:

- Eingangs- und Schlusspassage, und damit Passagen zur letzten erlebten Geburt, sowie zu Wünschen und Vorstellungen für den Hebammenberuf
- Passagen zu als schön und weniger schön erlebten Geburten
- Passagen, die eigene Sicherheit/Unsicherheit im Handeln thematisierten
- Passagen mit hoher narrativer und/oder performativer Dichte

Im Anschluss erfolgte der Intrafall-Vergleich, welcher in einem ersten Schritt der Rekonstruktion der Orientierungsrahmen und Orientierungsschemata diente. Hierbei wurden Elemente des Orientierungsrahmens im engeren Sinne miteinander in Beziehung gesetzt und es erfolgte eine Form des Abgleichs mit Elementen der Orientierungsschemata. So konnten potenzielle Diskrepanzen und Spannungen rekonstruiert werden. Der Prozess dieses Intrafall-Vergleichs wurde im Verlauf der Arbeit um den Interfall-Vergleich ergänzt, welcher ähnliche Orientierungen bei unterschiedlichen Hebammen miteinander in Beziehung setzt und Homologien sowie Differenzen dieser Orientierungen rekonstruiert.

Diese Schritte des Vergleichs wurden möglich anhand der sukzessive rekonstruierten vier Basis-Dimensionen, welche sich induktiv aus dem Material entwickelten. Diese Basis-Dimensionen stellten sich als in allen Gesprächen relevant heraus, wurden (auch ohne durch die Interviewerin direkt angesprochen worden zu sein) von allen Befragten in individueller Weise thematisiert.

Im Folgenden wird anhand der Eingangspassage des Interviews mit Greta der Prozess der formulierenden und reflektierenden Interpretation vorgestellt. Die vorliegende Gestaltung des Transkripts erklärt sich aus der stringenten Anwendung der Transkriptionsregeln, wie sie im Anhang 5 erläutert werden.

„des heißt ich weiß oft theoretisch wie ich vielleicht besser arbeiten könnte aber kann es einfach praktisch noch nich weil ich einfach noch nich die Erfahrung hab, ähm. aber ich denk (2) des sag ich dann einfach an den entsprechenden Passagen dass des (3) //genau// m-gn mein Wunsch wäre schon anders zu arbeiten und mehr noch abzuwarten aber dass ichs einfach noch nich vo-verantworten kann“ (Greta Z 8-12, Zeilenangaben im Originaltranskript)

„mhmh, also meine letzte Geburt in der Klinik war eine sehr sehr schnelle Geburt, ähm aber es war in dem Dienst sehr stressig deshalb hab ich auch noch ne zweite Geburt ähm vielleicht die ich da mit rein nehmen kann //sehr gerne// ähm also die allerletzte Geburt ähm, war des war inem Spätdienst und ähm es war relativ spät abends, 20 Uhr ungefähr //mhm// und (1) die Frau war ne Zweitgebärende, äh war adipös, des is mir noch so in Erinnerung und die Frau is in den Kreißsaal

gekommen und hatte recht unregelmäßige Wehen //mhm// wurde erst von ner Kollegin von mir betreut und denn war aber so viel los dass diese Kollegin eben zu ner andern Frau musste, (1) ähm weil auch (1) viele, also wir hatten in diesem Dienst auffällig viele Bradycardien //oh// und es war einfach son (2) ä-stressiger Dienst und ähm dann hab ich die Frau m-übernommen und ich muss sagen dass es dass die Frau mit zwei bis drei Zentimetern kam und (1) sie hatte so unregelmäßige Wehen dass ich mir dachte naja gut, (1) eh-eins zu eins Betreuung würd ich mir wünschen //mhm// aber es ging in dem Fall einfach nich also war se im Kreißsaal und hat sich selbst son bisschen bewegt //mhm// ihr Partner war nich dabei der war beim großen Kind //mhm// und dann hat sie irgendwann äh-nach der PDA fast geschrien (1) ähm (2) und äh die PDA konnten wir ihr einfach noch nich geben weil zwei Zentimeter //mhm// un auch also des ham auch die Ärzte gesagt. wir hams dann doch soweit gekriegt dass wir gesagt ham ok jetz könn wer doch ne PDA doch verantworten //mhm// ähm und dann hatte die Anästhesie keine Zeit und dann musste ich wieder n bisschen vertrösten und dann ham wer des Ganze mit Buscopan und äh Paracetamol probiert und (1) Meptid. also wir ham kein ähm wir haben kein-(1) wie heißt des was man sich äh- //Lachgas// Lachgas gibts bei uns leider nich ähm deshalb ises so Meptid und denn halt eben PDA. //mhm// ähm die Frau wollte auch nich in die Wanne und ähm ja zehn Minuten später @war des Kind denn auch schon da@" (Greta Z 31-52, Zeilenangaben im Originaltranskript)

Formulierende Interpretation

Der Hebamme Greta fehlt nach eigener Aussage noch Berufserfahrung, damit ergibt sich ein Einfluss auf die praktische Arbeit, sie kann oft noch nicht so handeln, wie sie gern würde. Im Gespräch wird sie an entsprechenden Stellen darauf hinweisen, dass sie nicht verantworten kann, anders zu handeln.

Die letzte Geburt war sehr schnell, es war ein stressiger Dienst. Sie kann aber eine zweite Geburt auch noch erzählen. Als die Frau* kam, war erst eine andere Hebamme bei ihr, diese löste Greta dann bei der Betreuung ab. Im Dienst waren insgesamt sehr viele Geburten und Herzton-Abfälle.

Da die Frau* noch eine geringe Öffnung des Muttermundes hatte und im Dienst so viel los war, ließ die Hebamme die Frau* alleine, auch der Mann war nicht bei ihr. Die Frau* verlangte dann eindringlich nach einer PDA (Periduralanästhesie), die noch nicht gegeben werden konnte, da waren sich Ärzte und Hebamme einig. Als man dann eine PDA hätte geben können, hatte das Personal der Anästhesie keine Zeit, die Frau* musste vertröstet werden mit anderen Schmerzmitteln. Die Betreuung der Frau* war nur sehr kurz, weil es erst nicht so ernst war und dann sehr schnell ging, zehn Minuten später war das Kind dann da.

Oberthema: letzte betreute Geburt

Unterthemen: viel los im Dienst, Mehrgebärende, Kolleginnen, Braydcardie (Notfall), Eins-zu-Eins-Betreuung, Begleitperson, PDA, Anästhesie, Badewanne, Frau*

Reflektierende Interpretation

Bewertung mit Hintergrundkonstruktion der Argumentation (Z 2-6)

Im Praxisalltag argumentiert die Befragte, dass sie selbst hinter den eigenen Normen, wie sie als Hebamme arbeiten wolle, zurückbleiben muss und diesen Anspruch noch nicht umsetzen könne. Dabei verwendet sie den Begriff „verantworten", in welchem sich das Dilemma zwischen dem Anspruch, abzuwarten und der Realität, diesen nicht umsetzen zu können, andeutet. Es deutet sich ein Orientierungsdilemma bezüglich der eigenen Anspruchshaltung an die Arbeit als Hebamme und dem tatsächlich möglichen beruflichen Habitus als Berufsanfängerin an, sie wagt es noch nicht, eigene Entscheidungen zu treffen. Hier findet sich ein erster Anhalt für die Perspektive auf den Beruf der Hebamme, in dem sie sich bemüht, reflektiert zu handeln. Gleichzeitig deutet sich das Bemühen an, im Gespräch die eigene Handlungspraxis zu begründen, möglicherweise der Interviewerin in ihrem Forschungs-Vorhaben gerecht zu werden. Die grundsätzlich reflektierende Haltung gegenüber dem bei sich selbst wahrgenommenen Dilemma verweist auf Entwicklungspotenzial bezüglich des künftigen Verhältnisses zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Erzählung mit Hintergrundkonstruktion der Argumentation und Beschreibung (Z 7-15)

Auf den Erzählimpuls, die letzte Geburt und die eigene Arbeit als Hebamme bei dieser vorzustellen, schränkt die Befragte gleich ein, dass die letzte Geburt eine sehr schnelle gewesen sei. Zudem erwähnt sie in den folgenden Sätzen dreimal in unterschiedlichen Worten die Tatsache, dass der Dienst sehr „stressig" gewesen sei und „viel los" war. In dieser Rahmenhandlung deutet sich erneut das Bemühen an, einerseits dem Interesse der Interviewerin gerecht zu werden und außerdem die nun folgenden Handlungen zu begründen. Damit entspricht die Interviewte der eigenen Ankündigung, die eigene Praxis erklären zu wollen. In dieser unmittelbaren Umsetzung deutet sich zudem eine Form der steigenden Sicherheit im Gespräch an, welche konträr zu der zu Beginn erwähnten Unsicherheit ob des eigenen Mangels an Berufserfahrung steht. Es dokumentiert sich außerdem eine Belastung der Befragten bezüglich der Anstrengung dieses Dienstes im Setting der Klinik auch durch die Tatsache, dass sie diese Belastung bereits unmittelbar zu Beginn ihrer Ausführungen darstellt. Durch die Erwähnung des Spätdienstes und die zeitliche Positionierung der Geburt im Spätdienst wird der konjunktive Erfahrungsraum angesprochen, ebenso in der Erwähnung der „Bradycardien" im Dienst, wobei

dieser Begriff nicht erklärt wird. Die Befragte verlässt sich damit vielmehr auf die Tatsache, dass die Interviewerin diese Tatsache als Notfallsituation einschätzen kann.

Erzählung mit Hintergrund der Argumentation (Z 15-28)

Nach der rahmenden Einführung bezüglich des stressigen Dienstes kommt die Befragte auch auf die Auswirkungen dieses Rahmens zurück: sie musste in der Betreuung der Frau* zu ihrem kommunikativ dargelegten Wunsch, diese kontinuierlich zu betreuen, Abstriche machen. Die knappe Darstellung der Frau*, die alleine war und gleichzeitige Abwesenheit der Hebamme durch den stressigen Dienst, wird im Anschluss noch problematisiert. Im Moment der Erzählung wird diese Situation aber nicht als belastend empfunden "aber es ging halt einfach nich", in dieser Formulierung deutet sich eine Form des Selbstschutzes an. Die angestrebte Praxis kann nicht umgesetzt werden: eine Gebärende alleine zu lassen entspricht nicht dem Plan, dennoch konnte sie in diesem Moment nicht anders handeln und begründet daher die Entscheidung mit den Rahmenbedingungen der Situation. Die folgende Darstellung der Entscheidungsprozesse bewegt sich erneut durchgehend im konjunktiven Erfahrungsraum, ergänzende Erläuterungen werden besonders sparsam eingesetzt, die Befragte verlässt sich auf das Fachwissen der Interviewerin. In der Darstellung des Verlaufes mehrheitlich aus Perspektive der Hebamme wird das Erleben der Gebärenden selbst wenig thematisiert. Es deutet sich aber ein Bewusstsein für unterschiedliche Perspektiven auf die Situation durch Frau* und Hebamme an, denn zuerst interpretierte sie als Hebamme die Situation als nicht besonders "ernst" und priorisierte damit vermutlich andere Aufgaben, das Relevanzsystem der Gebärenden stand dabei nicht im Vordergrund. In der Folge distanziert sie sich dennoch von einer expliziten Schuldzuschreibung der Fehleinschätzung der Situation, indem sie die Situation "es" als "erst nich so ernst" darstellt, statt sich selbst zuzuschreiben, sie hätte die Frau* oder die Situation falsch eingeschätzt. In dieser Attribuierung der Verantwortung auf externe Umstände dokumentiert sich in Bezug auf die eigene Person erneut ein gewisser Selbstschutz vor Verantwortung für diese mögliche Fehleinschätzung – die Situation war schuld. Die tatsächliche Geburt wird in einem einzigen Satz erzählt; die inhaltliche Gewichtung wird damit durch die geringe Gewichtung des tatsächlichen Textanteils betont. Inhaltlich deutet sich damit an, dass die Befragte auch hier bei ihrer eigenen Perspektive verbleibt, den Rahmenbedingungen, die sie selbst stark beschäftigen geschuldet keine Möglichkeit hat, auf das Erleben der Gebärenden einzugehen.

Damit endet an dieser Stelle die Darstellung der Interpretationsschritte am Beispiel Gretas und es folgt eine Vorstellung der rekonstruierten Basis-Dimensionen.

Zusammenfassung der vier Basis-Dimensionen

Auf Grundlage der durchgeführten Interpretations-Schritte ergaben sich die folgenden die Handlungspraxis aller Befragten begründenden Basis-Dimensionen (Abb. 3), dargestellt an Beispielen aus weiteren Interviews:

Orientierung der Hebamme in Bezug auf die betreute Frau* und deren Relevanzsystem

„und denn ((schnalzt)) (1) sag ich den Frauen immer ((schnalzt)) ihr müsst den Kreißsaal zu euerm Wohnzimmer machen //mhm// bringt euch was mit. und in- abgesehn ma von Musik oder oder eben auch sowas wie bringt euer Stillkissen mit oder //ja// was wo ihr gerne drauf (…) es geht eben darum sone Atmosphäre zu schaffen wo ich mich wie zu Hause fühle. (1) und wenn des so is dann können die Frauen auch anders (1) sich bewegen im Kreißsaal //mhm// und vielleicht auch anders gebären." (Olga Z 28-36)

Die betreute Frau* und deren Relevanzsystem waren im Rahmen der meist einleitenden Erzählung/Beschreibung der zuletzt betreuten Geburt bei den Befragten durchgehend Thema. Dabei ließen sich Variationen der Begleitung oder Leitung der Gebärenden/Betreuten aus den Gesprächen rekonstruieren. Das Thema einer Begleitung oder Leitung bei der Geburt erstreckte sich damit auf eine Form der Orientierung an den Wünschen, Bedürfnissen und Ressourcen sowie Schwierigkeiten der Betreuten und deren Begleitpersonen (Relevanzsystem) oder einer Art der Distanzierung von dieser. In dieser Orientierung versus Distanzierung ließen sich auch Lücken respektive Passungen zwischen dem Relevanzsystem der Gebärenden und dem der Hebamme rekonstruieren (auf Lücken und Passungen wird in der Typenbeschreibung näher eingegangen). Im Zusammenhang mit diesen Lücken/Passungen standen auch Situationen, in denen eine Form der Priorisierung zwischen den Relevanzsystemen von Hebamme und Betreuten entstand. Diese implizierte dann auch eine Notwendigkeit der Trennung der beiden Relevanzsysteme, was sich auch auf die Wahrnehmung eines Bedürfnisses nach Selbstschutz auswirken konnte. Als auffällig erschienen dabei Orientierungen, welche eine Vermischung der beiden Relevanzsysteme zeigten und bei denen eine deutliche Orientierung am gesteigerten Schutz für Betreute rekonstruiert werden konnte. Je getrennter sich die beiden Systeme präsentierten, desto weniger Schutzbedarf im klinischen System ließ sich rekonstruieren.

Orientierung der Hebamme gegenüber der eigenen Person

„also ich wurde auch schon teilweise von Bekannten gefragt was denn grade in der Geburtshilfe so los is //mhm// ähm dass man irgendwie ja nur noch von der Gewalt in der Geburtshilfe hört (2) ähm wo ich dann auch denke, naja so schlimm sind wir jetz auch nich (2) wir sind ja jetz auch nich nur gewaltvoll in der Geburtshilfe (2) und eigentlich (1) @sind wir ganz nett@ (2) wenn man mal mit uns redet @@@" (Greta Z 1276-1281)

Schutzbedarf einerseits und professionelles Selbstbewusstsein andererseits markierten das Feld der Orientierung gegenüber der eigenen Person. Schutzbedarf erstreckte sich dabei auf die eigene Person, wenn einerseits eine Vermischung der Relevanzsysteme stattfand oder andererseits die Befragte im klinischen System Missstände ausmachte, die der eigenen Person in der professionellen Tätigkeit Schwierigkeiten bereiteten. Zudem ließ sich bei Hebammen, die eine gewisse Form der Distanzierung von der Frau* zeigten, immer wieder eine Form des Schutzbedarfes gegenüber den Ansprüchen der Betreuten rekonstruieren. Dabei war die Distanzierung von der Betreuten nicht gleichzusetzen mit einer Trennung der Relevanzsysteme im Sinne der professionellen Distanz. Diese Trennung der Relevanzsysteme zeigte sich eher als Faktor, der den aktuellen Schutzbedarf der Befragten nicht so aktiv werden ließ und damit protektiv wirkte.

Das professionelle Selbstbewusstsein zeigte sich einerseits bei fortgeschrittener Berufserfahrung deutlicher, wirkte zudem aber auch als eine Form des aktiven Eigenschutzes gegenüber Dritten. Umgekehrt trug dieses noch mangelnde professionelle Selbstbewusstsein bei Befragten mit wenig Berufserfahrung teilweise zu einer verstärkten Aktivierung des Eigenschutzes bei. Auch eine Form des Bedürfnisses nach Wertschätzung der eigenen professionellen Expertise durch Dritte stand in Zusammenhang mit dem professionellen Selbstbewusstsein. Diese Schätzung der eigenen Expertise wurde nicht durchgehend erlebt, vor allem durch Dritte aus dem ärztlichen Sektor im klinischen Setting.

Orientierung der Hebamme bezüglich des geburtshilflichen Settings

„alsoo, ich würde mir auf jeden Fall ein Geburtshaus wünschen in ((Name der Stadt)) @@ wie gesagt mit Schichtdienstsystem //mhm// mit geregelter Rufbereitschaft ähm oder einen hebammengeleiteten Kreißsaal find ich auch sehr sehr toll //mhm// also ich wünsche mir einfach ähm ein gutes Zusammenarbeiten zwischen Hebammen im Hebammen Team also dass des n richtig gutes Team is des gut zusammenhält mit ähnlicher Art zu betreun und ähm (1) ähnlichen Zielen und vielleicht auch am allerbesten Geburten immer zu zweit machen“ (Martha Z 685-690)

Gegenüber dem aktuellen geburtshilflichen Setting, in dem die jeweilige Befragte vornehmlich arbeitete, zeigte sich eine Form des Bekenntnisses (Commitment) oder einer Ablehnung. Besonders bei Befragten, die noch am Anfang ihrer Berufslaufbahn standen und auch bei Hebammen, bei denen ein hoher Schutzbedarf für die eigene Person rekonstruiert wurde, zeigten sich Elemente der Ablehnung des aktuellen geburtshilflichen Settings. Auch bei den Befragten, bei denen sich ein grundsätzliches Bekenntnis zum eigenen Setting rekonstruieren ließ, zeigten sich Formen der Ablehnung einzelner Elemente des Settings, die dann in Verbindung zum erwähnten Schutzbedarf standen. Besonders abgelehnt wurden in diesem Falle dann Routinen,

die dem Setting innewohnend eingeschätzt wurden, aber auch Verhaltensweisen, die von ärztlichen Vertreter:innen, v.a. im klinischen Setting gezeigt wurden. Besonders bei der Ablehnung klinischer Strukturen (häufig dennoch bei einem grundsätzlichen Bekenntnis zum klinischen Setting) ließ sich immer wieder ein Zusammenhalt der Hebammen im Team untereinander rekonstruieren. Eine grundsätzliche Zusammenarbeit mit den ärztlichen Vertreter:innen auf Augenhöhe zeigte sich in diesem Zusammenhang besonders und nahezu ausschließlich bei Befragten, bei denen wenig bis kein Schutzbedarf und gleichzeitig eine große Orientierung an der Begleitung der Betreuten nachvollziehbar wurde.

Bei Befragten, die ein hohes Commitment zum eigenen aktuellen Setting zeigten, ließen sich unterschiedliche Formen der Haltung zu alternativen Settings rekonstruieren. Hier zeigte sich, dass eine verstärkte Toleranz anderer Settings vorherrschte, wenn die Befragte eine grundsätzliche Orientierung an der Begleitung der Betreuten zeigte. Diese Toleranz offenbarte sich besonders in Überlegungen, das eigene aktuelle Setting auch verlassen zu können, und in alternativen Settings ebenfalls der Arbeit als Hebamme nachgehen zu können, oder parallel in beiden Settings zu arbeiten. In anderen Fällen aber ließ sich eine deutliche und explizierte Ablehnung alternativer Settings rekonstruieren. Einzig bei Befragten, die sich von den Betreuten als distanziert zeigten, wurden alternative Settings nicht thematisiert und es konnte damit keine Orientierung gegenüber diesem Aspekt der Orientierung zum klinischen Setting rekonstruiert werden.

Orientierung der Hebamme gegenüber dem Beruf

„also wenn man sich auch nochmal Zahlen auch nochmal vergleicht, wie Kinder geboren werden //mhm// wie des neonatale Outcome is, damals //mhm// vor 100 Jahren und heute //ja// ähm da muss es ja doch schon irgendwas gegeben haben, dass damals net ((unverständlich,)) Frauen und Kinder verstorben sind und ned alle Frauen Atonien hatten. und die ham ned drei Einheiten Oxy gekriegt danach“ (Dalia Z 331-335)

Die Orientierung gegenüber dem eigenen Beruf zeigte sich in rekonstruierten Elementen der reflektierten Praxis (auf Basis von Evidenzen) und/oder Mystifizierung (als Unerklärlichkeit) der Hebammenpraxis. Die reflektierte Praxis wurde dabei teilweise auch als einschränkend erlebt, wenn die Vorgaben aus den Evidenzen dem eigenen Hebammen-Handeln einen als eng erlebten Korridor der Handlungsfreiheit auferlegten. Parallel dazu war die Form der Mystifizierung besonders in der Darstellung der Unerklärlichkeit des eigenen Handelns (bei gleichzeitigem Erfolg) zu rekonstruieren, bei parallel vorliegender Ablehnung von Neuerungen der Berufspraxis, auch wenn diese evidenzbasiert waren. Somit ergab sich in der Wahrnehmung der Befragten aus der Mystifizierung immer wieder eine größere Handlungsfreiheit als aus der reflektierten Praxis.

Besonders evident wurde dies in den Fällen, in denen entweder eine Distanzierung von den Betreuten oder noch eine Form der Unerfahrenheit der Befragten im Sinne der Berufspraxis vorlag. Eine Vermittlung zwischen der beschriebenen Mystifizierung und der reflektierten Praxis ließ sich in den Momenten rekonstruieren, in denen die Befragten versuchten, Geschehen zu verstehen und für die weitere Berufspraxis dieses Verstehen anwenden zu können. Dies wiederum ließ sich ausschließlich für Befragte mit einer grundsätzlichen Form der Orientierung an den Gebärenden nachvollziehen.

Im Zuge der Orientierung gegenüber dem eigenen Beruf ließen sich auch Überlegungen zur Wahrnehmung des Hebammenberufes in der Gesellschaft rekonstruieren. Es zeigten sich dabei besonders (aber nicht ausschließlich) Bedarfe an vermehrter gesellschaftlicher Anerkennung des Hebammenberufes, wenn entweder der Schutzbedarf hoch war oder eine besonders deutliche Form der Mystifizierung der Hebammenpraxis rekonstruiert wurden.

4.3.2 Sinngenetische Typen-Bildung mit Rekonstruktion einer Basis-Typik

Im Folgenden wird nun auf die Weiterentwicklung im Sinne der Typenbildung eingegangen und die Basis-Typik in ihrer Entstehung vorgestellt.

Die Untersuchung der Orientierungsrahmen im engeren Sinne und Orientierungsschemata ließ für jeden einzelnen Fall interne Schlüsse auf den individuellen Orientierungsrahmen im weiteren Sinne zu. Durch die Erforschung minimaler und maximaler Kontraste in Bezug auf ein Tertium Comparationis ergab sich in einem zweiten Schritt eine Abstrahierung dieser Orientierungen. Diese Abstrahierung wurde über den sukzessiven Interfallvergleich des Tertium Comparationis ermöglicht [46]. Bei diesem handelte es sich bei der vorliegenden Arbeit um den Modus der Begleitung der Geburt, welcher sich über die individuellen Orientierungen auf den rekonstruierten Dimensionen zeigte.

<u>Komparativer Intra- und Interfallvergleich</u>

Hier werden nun die Schritte der fallinternen und fallübergreifenden komparativen Analyse am Beispiel von Greta weiter vorgestellt. Bezug genommen wird dabei auf das ausgewählte Unterthema „viel los im Dienst“ des vorangegangenen Kapitels.

„und es war einfach son (2) ä-stressiger Dienst und ähm dann hab ich die Frau m-übernommen und ich muss sagen dass es dass die Frau mit zwei bis drei Zentimetern kam und (1) sie hatte so unregelmäßige Wehen dass ich mir dachte naja gut, (1) eh-eins zu eins Betreuung würd ich mir wünschen //mhm// aber es ging in dem Fall einfach nich also war se im Kreißsaal und hat sich selbst son bisschen bewegt //mhm// ihr Partner war nich dabei der war beim großen Kind“ (Greta Z 40-44)

Wie oben bereits festgehalten beschreibt Greta eine Form des erlebten Dilemmas in dem Moment, in dem sie der Gebärenden nicht die angedachte Betreuung zukommen lassen kann, da im Dienst zu viel los ist. Sie findet sich ab mit der Situation, die Gebärende alleine lassen zu müssen und begründet diese Entscheidung mit der Unveränderlichkeit der Situation. Später im Gespräch thematisiert Greta darüber hinaus die Rahmenbedingungen, welche ihr Sicherheit (Oberthema) verschaffen. Dabei kommt sie mit folgenden Worten argumentierend noch einmal auf die Umstände zu sprechen, wie zu handeln ist, wenn im Dienst viel los ist:

„irgendwie man-also ich hab so immer des Gefühl (2) wenn der Bär steppt dann kann ich immer noch den Rufdienst rufen //ja// dann dauert des zwar ne Stunde bis die kommt //ja// aber (1) also im schlimmsten Fall wenn sie jetz halt weit weg wohnt dann dauerts ne Stunde. (1) aber (1) es is jemand da //mhm// den ich noch rufen kann." (Greta Z 390-393)

In der in diesem Fall angedeuteten vorgegebenen Klinik-Struktur, die ihr grundsätzlich eine Form der Sicherheit im Handeln geben soll, deutet sich ein Orientierungsdilemma und ein hin- und hergerissen sein zwischen Anspruch und Umsetzung an. War im ersten interpretierten Textabschnitt noch die Rede von einer Unveränderlichkeit und Hinnahme der als nicht optimal erlebten Rahmenbedingungen, so dokumentiert sich hier eine Möglichkeit, dieser zu Beginn als unangenehm verargumentierten Situation zu entkommen. Vorgetragene Ansprüche könnten damit umgesetzt werden. Die Tatsache, dass diese Möglichkeit im Rahmen der zu Beginn beschriebenen Geburt nicht wahrgenommen wurde, zeigt, dass die Handlungspraxis und damit der Orientierungsrahmen im engeren Sinne von den Orientierungsschemata abweicht, die Befragte noch hin- und hergerissen ist zwischen ihren Ansprüchen und deren Realisierbarkeit.

Um nun die vorgenommene Rekonstruktion des Orientierungsdilemmas weiter zu untersuchen, werden zum Vergleich Textabschnitte mit möglichst minimalem und möglichst maximalem Kontrast vorgestellt. Zuerst wird eine Passage aus dem Gespräch mit Birte im Sinne der minimalen Kontrastierung vorgestellt, Unterthema der Passage ist ebenfalls „viel los im Dienst".

„nich unbedingt dass ich da die ganze Zeit unbedingt daneben sitzen muss //aha// ich kommunizier das eigentlich immer so, und im Kreißsaal is es halt oft so, dass man mehr wie eine Frau hat; es sei denn vielleicht n Zugang mit Blasensprung oder was auch immer, ähm und ich kommunizier des schon dass ich sag, ok, wir ham heut n bisschen was zu tun, sie solln auf alle Fä- also ich werd immer mal woanders sein, aber sie sollen auf alle Fälle sich melden //aha// wenn irgendwas is" (Birte Z 154-159)

Die Tatsache, dass die Befragte Paare immer wieder verlassen muss, da die Zeit im Kreißsaal für die Hebamme begrenzt ist, wird ebenfalls den Rahmenbedingungen zugeschrieben. Eine Form eines erlebten Dilemmas wird an dieser Stelle nicht expliziert, gleichzeitig beschreibt die Befragte aber ihr Vorgehen, um ihre eigene Abwesenheit den Gebärenden zu erklären. Ihre eigene

Präferenz verargumentiert sie mit den Worten, sie müsse nicht „die ganze Zeit unbedingt daneben sitzen“. In dieser Passage spricht sie implizit den gemeinsamen Erfahrungsraum an, indem sie beispielhaft für wenig zeitraubende Aufgaben den „Zugang mit Blasensprung“ erwähnt, aber nicht weiter expliziert. Außerdem deutet die Tatsache, dass sie das verniedlichende „n bisschen was zu tun“ in der Kommunikation mit der Frau* verwendet darauf hin, dass sie die Gebärende in diesen Konflikt nicht mit hineinziehen möchte. Normativ scheint ein Funktionieren der Befragten bei gleichzeitiger Etablierung eines Schutzes der Gebärenden angestrebt. Im späteren Verlauf des Gesprächs beschreibt die Befragte dann, was sie machen würde, wenn sie mehr Zeit hätte bei der Begleitung einer Geburt:

„tatsächlich einfach ((Geräusche draußen)) mehr neben den Frauen sitzen //mhm// wenn sie das wollen. also ähm das wirklich mich wieder einfach auch mal ne halbe Stunde daneben zu //mhm// setzen und wirklich nichts machen“ (Birte Z 608-610)

In diesem Wunsch deutet sich ein Dilemma zwischen den Rahmenbedingungen, denen sie normativ versucht zu entsprechen und den Wünschen für die eigene Umsetzung des Berufs an. Die Konzentration der Befragten darauf, die eigene Handlungspraxis für sich und die Betreuten zu verbessern, lässt sie vom eigentlichen Habitus abweichen. Die Orientierungsschemata gehen über in solche, die sie handlungsfähig bleiben lassen und sie ist wie Greta hin- und hergerissen zwischen Anspruch und Umsetzung.

Im Sinne der maximalen Kontrastierung wird nun eine Textpassage mit dem gleichen Unterthema aus dem Gespräch mit Dalia eingeführt.

„und dann kam auch nach (3) ja 35 Minuten, was sehr ungewöhnlich is für des Haus //mhm// auch die Plazenta (2) es war einfach auch en Dienst wo super viel Zeit war, ich hatte keine fünf anderen Frauen parallel, //mhm// wo n CTG lief und nachdem ((unverständlich, 1)) konnte ich auch bei der Frau bleiben mit der ähm Schülerin“ (Dalia Z 41-45)

Die Zeitdauer der Nachgeburtsperiode wird mit 35 Minuten im konjunktiven Erfahrungsraum als lang für ein ärztlich geleitetes Haus bewertet. Dass die Befragte viel Zeit hatte an diesem Tag (sie musste nicht mehrere Frauen* gleichzeitig betreuen und CTG’s (Cardiotokographie) schreiben), wird als Begründung angeführt, warum diese lange Zeitdauer der Plazentageburt überhaupt möglich war. Damit deutet sich eine Ablehnung der üblichen vollen Dienste an, welche die Befragte dazu bringen würde, mehrere Frauen* nebeneinander zu betreuen. Die Befragte nutzte die Gelegenheit, die Zeit bei der Betreuten zu verbringen, gemeinsam mit einer Schülerin, so dass sich dadurch eine Zwei-zu-Eins-Betreuung realisieren ließ. In der Umsetzung ihrer Handlungspraxis bleibt sie damit im angestrebten Rahmen, denn auch hier wird im weiteren Verlauf die eigene Sicherheit thematisiert:

„Sicherheit (2) ähm (1) meine Ausbildung, auch meine Weiterbildung, (…) in der Hausgeburtshilfe auch (1) meine Kollegin, die als zweite Hebamme dazu kommt, //ja// öhm (6) in der Klinik, ähm (4) die anderen Kolleginnen, tatsächlich (2) nicht des ärztliche Team //mhm// (2) auch nicht des CTG , auch nicht die Kinderklinik im Backup //aha// (1) ja (2) ähm (1) ja, aber wenn ich weiß dass ne Kollegin da is“ (Dalia Z 185-190)

Diese Sicherheit erfährt sie, wenn eine Kollegin bei der Geburt dabei ist. Nimmt man die Schülerin, die als zweite Fachperson bei der zuvor beschriebenen Plazentageburt dabei war hinzu, so lässt sich nachvollziehen, dass die Befragte Anspruch und Umsetzung in Einklang bringen kann, beide in einem System der Balance sind.

Einen weiteren maximalen Kontrast bietet ein Einblick in das Gespräch mit Ida. Im Sinne der Arbeitslast in arbeitsreichen Diensten geht es explizit um Situationen, in denen die Last nicht hoch ist, da die Befragte Unterstützung durch andere Berufsgruppen erfährt:

„wir ham da sehr wirklich sehr ähm wirklich sehr motivierte Anästhesisten die auch gute Narkosn machen //mhm// also würd ich mich vor jedm auch @hinlegn@ //@// die ähm sin auch immer sehr motiviert die Fraun dann gut zu betreun. und auch die Pfleger und Schwestern. also dass ich als Hebamme in dem Moment sogar en bisschen, gut natürlich ich steh danebn und rede en bisschn //mhm// aber muss mir nich viel Arbeit machn //mhm// ne, die machn dat super.“ (Ida Z 89-91)

Die Befragte fokussiert sich bei der Frage nach der letzten betreuten Geburt auf ihre eigenen Aufgaben, bei dieser Geburt wird ihr "Arbeit abgenommen" durch das Personal der Anästhesie. Dabei deutet sich eine Distanzierung von ihren eigentlichen Aufgaben als Hebamme an, indem die eigentlich ihr übertragenen Aufgaben komplett durch die andere Berufsgruppe übernommen werden. Darin sieht sie keinen Konflikt, vielmehr dominiert die erlebte Entlastung durch die Situation. Die Betreute selbst wird allerdings nicht thematisiert, deren Anspruch und Erleben nicht in Bezug zur Hebamme gesetzt. Das Handeln der Befragten beschränkt sich auf "danebenstehen“. Im weiteren Verlauf wird die Befragte auch nach ihren Wünschen für den Beruf gefragt:

„pff-ähm dat ma ne ne Besetzung durchgehnd zu zweit hätte. //mhm// also in der Nacht vor alln Dingn. //mhm// am Wochnende pff ja am Wochnende ok würde vielleicht auch en Zwischndienst reichn oder Tag oder so. also dat is jetz net so dramatisch aber dat fänd ich halt toll.“ (Ida Z 925-927)

In der Darstellung und gleichzeitigen Relativierung des Wunsches nach besserer Besetzung dokumentiert sich eine Form des ungelösten Dilemmas zwischen Anspruch und Umsetzung. Denn vorher wurde die Arbeitslast als hoch beschrieben, die Textpassage zur Entlastung im Rahmen einer Geburt durch das Anästhesiepersonal festigte prinzipiell den Wunsch der Befragten nach Entlastung. Dennoch relativiert sie den eigenen Wunsch nach besserer Dienstbesetzung als „net

so dramatisch“, die eigenen Ansprüche haben sich damit den problematischen Rahmenbedingungen vollkommen angepasst. Zudem zeigt sich, dass eine Entlastung der Hebamme nicht der Betreuung der Gebärenden zugutekommt, vielmehr ist der Bedarf der Hebamme selbst nach Entlastung so groß, dass die Perspektive der Betreuten nicht mit in die Überlegungen aufgenommen wird.

Zusammenfassung der Typen und Vorstellung der Basis-Typik

Bei der Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierungen zeigte sich eine inhaltliche Sättigung in einer Typenbildung, die sich in der Darstellung von drei Typen von Hebammen bei der Begleitung klinischer Geburten abschließen ließ. Dabei ließ sich bei den Hebammen in ihrer Handlungspraxis ein Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung unterschiedlicher Grade rekonstruieren. Das Spannungsfeld im Sinne der Dokumentarischen Methode anzeigend war der jeweilige Modus Operandi im Umgang mit der betreuten Frau*. Dieses Spannungsfeld reichte von der Balance zwischen Anspruch und Umsetzung über die Zerrissenheit zwischen diesen bis hin zum ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung (Abb. 3). Hier ließen sich Phasen der Distanzierung von der betreuten Frau* in Abgrenzung von Phasen der Orientierung an dieser rekonstruieren, welche in einem Modus der Begleitung oder Leitung mündeten. Dabei war vor allem beim Typ, der sich als zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung zeigte ein Wechsel zwischen den Phasen möglich. Dieser Wechsel ließ sich vor allem dann rekonstruieren, wenn auf den drei rekonstruierten weiteren Dimensionen (neben der Frau* und deren Relevanzsystem) der Handlungspraxis Spannungen dominierten, welche von der befragten Hebamme Engagement verlangten oder sich bereits eine Form der Frustration zeigte. Der Typ „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ präsentierte sich dabei als eine Form des Übergangs im professionsbezogenen Handeln der Hebammen, bei dem einzelne Elemente der Typen „In Balance“ oder auch „Im ungelösten Dilemma“ rekonstruiert wurden. Die Spannungsfelder der Handlungspraxis erwiesen sich damit als besonders handlungsleitend in Bezug auf die Betreuung der Gebärenden, welche unter den sich aus den Spannungsfeldern ergebenden Problemen bei der handelnden Hebamme litt und eine grundsätzliche Orientierung an Autonomie der Gebärenden und Physiologie der Geburt nur im Fall der Hebamme „In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung“ möglich war. Da diesem Typ nur zwei der neun Hebammen des klinischen Settings zugeordnet wurden, muss für die vorgestellte Arbeit konstatiert werden, dass nur ein Bruchteil der befragten Hebammen ohne deutliche Behinderung durch Spannungsfelder zwischen Anspruch und Umsetzung Gebärende orientiert an deren Bedürfnissen und Autonomie begleiten kann.

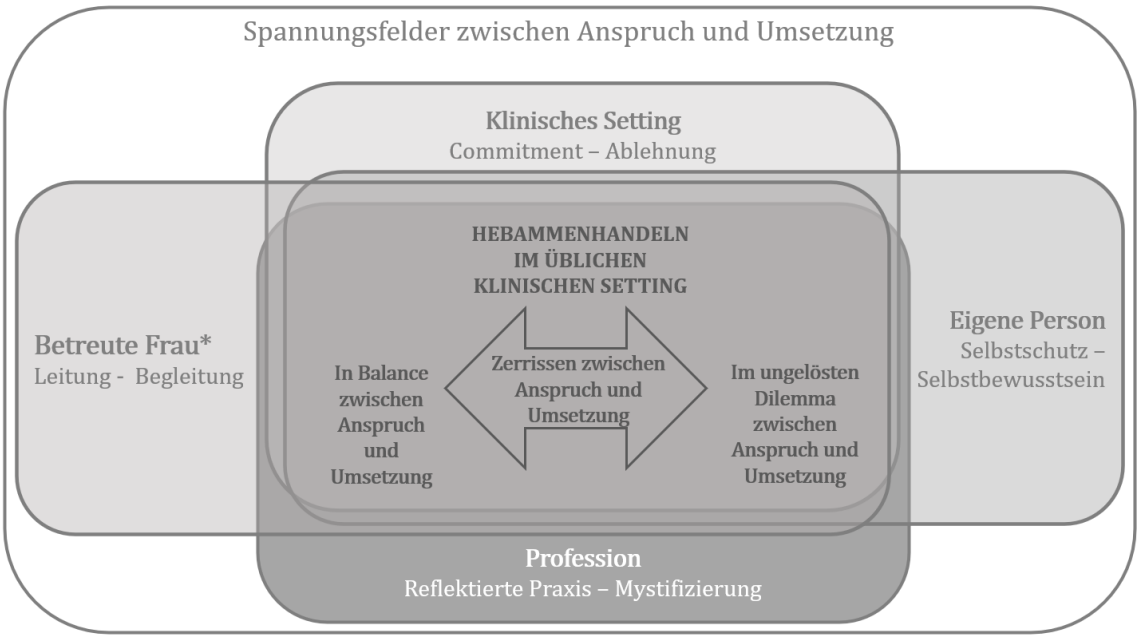

Abbildung 3: Basis-Typik der Handlungspraxis von Hebammen bei der Begleitung von klinischen Geburten im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung

4.4 Handlungsleitende Orientierungen im alternativen Gebärraum

Im anschließenden Schritt der vorliegenden Arbeit wurde die Rekonstruktion der Handlungspraxis von Hebammen im alternativ gestalteten Gebärraum der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ durchgeführt. Um die Erkenntnisse aus üblichem und alternativ gestaltetem klinischem Gebärraum zu kontrastieren [49], wurden in diesem Schritt neben vier themenzentrierten narrativ-orientierten Interviews mit Hebammen aus dem alternativ gestalteten Raum auch drei Interviews mit im Hausgeburts-Setting arbeitenden Hebammen geführt.

Das interpretative Vorgehen war dabei analog zu den unter 3.3.1 beschriebenen Schritten. Zusätzlich wurden Passagen zur Gestaltung des Gebärraumes diesen Auswertungs-Schritten unterzogen (und dieser Prozess auch bei den Interviews aus dem üblichen Setting ergänzt).

Forschungsleitend waren dabei Überlegungen zur Verbindung zwischen der Dokumentarischen Methode und der A-N-T. Als Anhaltspunkt kann hier die „Selbstverständlichkeit“ im Zusammenhang mit dem im Raum befindlichen Inventar und den Ausrüstungs-Gegenständen der Hebamme selbst sein. Wer sich noch kognitiv mit der Ausstattung des Raumes auseinandersetzt oder auseinandersetzen muss, kann diese nicht voll intuitiv handhaben, ist noch nicht im impliziten Wissen angekommen. Die Annäherung an eine neue räumliche Ausstattung und an Setting- immanente Bedingungen geschieht im Abgleich mit den vorhandenen Wissensbeständen und der daraus folgenden Handlungspraxis.

Daher wurde der Zugang zur Handlungspraxis von Hebammen im alternativ gestalteten Gebärraum über die Methode des Interviews und der Auswertung und Rekonstruktion mit der Dokumentarischen Methode auch für diesen Teil der vorliegenden Arbeit gewählt.

4.4.1 Erweiterung der Basis-Dimensionen

Im Zuge der Rekonstruktion ergaben sich sowohl neue Erkenntnisse als auch eine Schärfung der im ersten Schritt entwickelten Typen und Dimensionen. Die neuen Erkenntnisse bezogen sich auf eine zusätzlich rekonstruierbare Dimension zur „Hoheit über den Raum“. Diese Hoheit lag aus Perspektive der Hebamme entweder bei ihr selbst, indem sie wie ein:e Gastgeber:in im Raum agierte. Der Bezug zum Modus Operandi der Betreuung der Gebärenden zeigte sich hier deutlich in einer Form der gastgebenden Leitung der Gebärenden durch die Hebamme. Als Alternative ließ sich erkennen, dass unter bestimmten Umständen diese Hoheit über den Raum der Gebärenden oblag und die Hebamme selbst als Gast agierte. Dabei war dann auch der Modus Operandi der Begleitung der Gebärenden zu konstatieren. Neben dem Bezug zum eigentlichen Tertium Comparationis (Betreuung der Gebärenden) ließen sich auch Verbindungen zu den vier anderen ursprünglich rekonstruierten Dimensionen entwickeln. Diese Verbindungen kristallisierten sich auf drei Ebenen heraus: Einerseits die Möglichkeiten der Betreuung, welche im Setting durch die Hebamme erlebt wurden, und welche sie individuell umsetzen konnte. Diese Umsetzung bezog sich besonders auf das Konzept der Eins-zu-Eins-Betreuung und dessen Umsetzbarkeit in der Handlungspraxis, bzw. auch der empfundenen Notwendigkeit einer solchen individuellen Betreuung der Gebärenden. Daneben war des Weiteren die individuelle Haltung jeder Hebamme zum Gebärraum und dessen Gestaltung relevant, welche sich in Ablehnung oder positiver Haltung zum Raum offenbarten. Außerdem war es die professionsbezogene Sozialisierung, die die einzelne Hebamme mitbrachte und die ihre aktuelle Handlungspraxis stark berührte. Diese Orientierungsmuster können als Form von Moderatoren zwischen den Dimensionen und den drei rekonstruierten Typen zwischen Anspruch und Umsetzung betrachtet werden, da sie als vermittelnde Instanzen zwischen den Dimensionen und dem Status im Spannungsfeld dienten.

Im abschließenden Schritt der vorliegenden Arbeit wurde die Rekonstruktion der Handlungspraxis von Hebammen im alternativ gestalteten Gebärraum der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ durchgeführt. Um die Erkenntnisse aus üblichem und alternativ gestaltetem klinischem Gebärraum zu kontrastieren, wurden in diesem Schritt neben vier themenzentrierten narrativ-orientierten Interviews mit Hebammen aus dem alternativ gestalteten Raum auch drei Interviews mit im Hausgeburts-Setting arbeitenden Hebammen geführt [47].

4.4.2 Validierung der Basis-Typik und Rekonstruktion vermittelnder Orientierungsmuster

Im zweiten Teil der vorliegenden empirischen Studie war das Ziel, handlungsleitende Orientierungen im alternativen Gebärraum zu rekonstruieren. Es ließen sich alle befragten Hebammen aus Räumen der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ und dem Hausgeburts-Setting den zuvor beschriebenen Typen zuordnen und damit eine Validierung der Basis-Typik ermöglichen. Zwei der Hebammen wurden dabei dem Typ „In Balance“ zugeordnet, drei dem Typ „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ und eine dem Typ „Im ungelösten Dilemma“. Das Interview mit der siebten befragten Person konnte aufgrund technischer Schwierigkeiten der Aufzeichnung nicht einer Volltexttranskription und damit einer vollständigen Auswertung und Typenbildung zugeführt werden.

Im Zuge der Rekonstruktion ergab sich bei der formulierenden und reflektierenden Interpretation die neue (fünfte) Dimension der Handlungspraxis. Im Folgenden werden auszugsweise die Interpretations-Schritte an einer Eingangs-Passage am Beispiel Lena (Hebamme mit Erfahrung in Begleitungen im Be-Up-Raum) dargestellt.

„also s war der einzige Raum den ich noch hatte sowieso. //ja// und das war so eingerichtet wie für Be-Up. //mhm// also s war nach der Be-Up Zeit also s war schon vorbei im Prinzip. ähm und trotzdem so eingerichtet ohne Bett. //ja// und ich wusste das wird schnell gehn. also ich musste auf sie aufpassen. ich hatt ein paar anderen Sachen zu tun auch noch. ein paar anderen Kinder und ähm (2) und sie hat sich einfach hingesetzt. //mhm// auf dem-auf diesen auf dem schmalen Bett. //ja// (…) so ein bisschen in etwas so im halben Schneidersitz //mhm// drauf hingesetzt. dann C-ich hab dann CTG geschrieben und alles sehr schnell eingerichtet zur Geburt //ja// weil ich wusste ich muss nochmal woanders //mhm// und dann nochmal so hin zu ihr. und ich wusste nich hundertprozentig ähm ob sie alles versteht was ich sage mit melden falls irgendwas neues passiert. //mhm// und ich war son bisschen uhuhuhu was passiert jetzt. und (1) s war ne extremst dünne Frau, die war auch noch Post Covid also die hatte schon Covid //ach, jaja// in der Schwangerschaft gehabt. und (1) sie hat sehr schnell geboren tatsächlich //mhm// und ähm im-im kniend auf dieser Matte und hat sich gestützt auf den Bett. //mhm// in der Position hab ich sie hingekriegt //@ja@// und sie fand das ok @@. und der Mann kam so ungefähr fünf Minuten vor der Geburt. also so richtig knapp, da hatte sie eigentlich schon Pressdrang und alles und dann kam das Kind so. //mhm// genau. (2) des war die letzte Geburt. (1) @@@ //@@// ja. genau.“ (Lena Z 23-40, Zeilenangaben im Originaltranskript)

Formulierende Interpretation

Der Be Up Raum ist als einziger frei, hier setzt sich die Frau* auf das schmale Bett im halben Schneidersitz hin. Die Hebamme beginnt dann mit den üblichen Untersuchungen, sie weiß die Geburt wird schnell gehen und will aufpassen auf die Gebärende. Dabei beeilt sie sich sehr.

Die Rahmenbedingungen verunsichern die Hebamme, es fehlt die gemeinsame Sprache, die Frau* ist post Covid (Coronavirus Disease), die Hebamme selbst muss den Raum noch einmal verlassen. Aber die Frau* gebärt sehr schnell das Kind in Anwesenheit von Hebamme und Vater, der besonders knapp und erst spät zur Geburt kommt. Dabei bemüht sich die Hebamme, die Gebärende bei der Positionswahl zu unterstützen.

Reflektierende Interpretation mit Textsortentrennung

Beschreibung mit Hintergrund der Argumentation und Erzählung (Z 2-9)

Ein Bemühen, die Interviewerin mit in die Situation zu nehmen, dokumentiert sich in der einleitenden Beschreibung des Raumes. Dieser wird kurz vorgestellt, die Rahmenbedingungen der Geburt erklärt. Im direkten Anschluss wird eine erste Selbstbestimmung der Frau* bei der Orientierung im Raum deutlich, indem sie selbst den Ort und die Position wählen kann. Eine Form der Überraschung der Hebamme deutet sich an in der Wahl des Begriffs „einfach“, welcher im Kontrast steht zu weiteren Beschreibungen, die eine Form der als notwendig empfundenen Anleitung Gebärender durch die Hebamme implizieren. Auch wenn im weiteren Verlauf kein Wert auf die Darstellung des Empowerments der Frau* gelegt wird, es bleibt ein Schutzauftrag gegenüber der Gebärenden dominierend, so zeigt sich doch in dieser ersten Annahme der Gegenstände des Raumes durch die Frau* eine gewisse Autonomie. Damit übernimmt die Gebärende für den Moment die Hoheit über den Raum, und über die Geburt und bedarf keiner Anleitung durch die Hebamme. Dennoch steht das Bemühen der Hebamme im Vordergrund, auf die Frau* "auf(zu)passen", welches sie im konjunktiven Erfahrungsraum mit der vorangegangenen Erwähnung als Drittgebärend und mit starken Wehen als Indikatoren für eine schnelle Geburt einschätzt. Der gewählte Begriff des „Aufpassens“ deutet einen Auftrag an, die Gebärende vor nicht explizit erwähnten Gefahren zu schützen. Das kurze Aufscheinen von Selbstbestimmung über die Inanspruchnahme des Raumes durch die Frau* wird durch die folgenden Handlungen der Hebamme im Fortschreiten der Erzählung wieder in den Hintergrund geschoben – da im Kreißsaal viel los ist, bemüht sich die Hebamme, rasch die Dinge zur Geburt vorzubereiten, ihre professionell angebrachten Handlungen durchzuführen und bleibt damit handlungsfähig, allerdings ohne sich am Relevanzsystem der Frau* zu orientieren. Vielmehr wird

argumentativ die Übernahme der Leitung der Geburt erklärt, der Habitus als leitende Hebamme zeigt sich deutlich.

Erzählung mit Hintergrund der Argumentation (Z 10-18)

Das zuvor kommunizierte sichere Wissen über den folgenden raschen Fortgang der Geburt wird nun in einem Gegenhorizont aufgelöst: die Hebamme erlebt Unsicherheit, ob dessen was tatsächlich folgen wird. Zu viele Faktoren beeinflussen auf unbekannte Weise das zuvor postulierte Wissen, gefährden ihre Handlungsfähigkeit und erfordern eine Anpassung der Maßnahmen. Denn die Bedingungen, welche die Frau* mitbringt machen der Hebamme eine Prognose bei diesem schnellen Verlauf (und ohne die Frau* zu kennen) möglicherweise schwierig. In Konsequenz scheint sich eine stark leitende Begleitung durch die Hebamme zu manifestieren, in welcher sie die zuvor selbst die Position bestimmende Frau* dazu bringt, die von der Hebamme bevorzugte Position einzunehmen. Damit ist die Hoheit über den Raum und damit möglicherweise auch über die Geburt, welche die Frau* zuvor erlangt hatte, aufgelöst. Die Frau* hat sich an der Hebamme zu orientieren, damit diese ihrem professionellen Auftrag nachgehen kann. Die Handlungsfähigkeit der Hebamme scheint auch in dieser physiologischen Geburt erst wieder möglich, indem sie die Orientierung an der Selbstbestimmung der Frau* aufgibt und die Leitung der Geburt übernimmt.

Rekonstruktion der fünften Dimension „Hoheit über den Raum“

Im Gebärraum der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ gelang es den Gebärenden, eine Form der Hoheit über den Raum einzunehmen, welche sich in intuitiver Positionswahl und ausführlicher, unangeleiteter Nutzung der Gegenstände (auch durch die Begleitpersonen) äußerte. Dies zeigte sich auch in der Interpretation der weiteren Interviews, so ließen sich die ausführliche und unbedarfte Nutzung der Gegenstände bei Pauline (Hebamme mit Erfahrung im Be-Up-Gebärraum) aus folgender Passage rekonstruieren:

„und ähm es gab eben die Paare oder die Männer vielmehr die des eben sehr ausgenutzt haben, wo man denn schon dachte °is schon fast en bisschen unverschämt° //ok// wie viel jetz hier genutzt wird, auch wenns nich in unsern Kostenrahmen fiel, aber so allein äh die Frage ob man wirklich sechs sieben Kaffee braucht wenn man eben hier nur @fünf Stunden da is@ ja //oh// also des wurde schon en bisschen ausgenutzt //ja// von dem einen oder andern.“ (Pauline Z 253-258)

Vergleichbar schien diese Hoheit über den Raum und damit die Rolle der Gebärenden einer „Gastgeberin“ mit dem Verhalten von Gebärenden und Hebamme im außerklinischen Setting, wie es beispielhaft an einer Passage aus dem Interview mit Nicole (Hausgeburts-Hebamme) vorgestellt wird. Hier dokumentierte sich, dass die Hebamme von außen in den Raum kommt und

sich den Bedingungen, die sie vorfindet, anpassen muss, damit keine Hoheit über den Raum hat, sich dort erst sortieren muss, um handlungsfähig zu bleiben:

„@ also da gehts dann wirklich drum des is der Raum wo Platz is //mhm// wo dieser Pool auch noch ehm aufgestellt werden kann. genau, und wenn öhm ich dann komm muss ich mir irgendwie en Plätzchen suchen für meine vier Taschen wo ich mein ganzes Zeug auch noch unterbring. //mhm// aber s geht schon @s findet man dann schon@ ((hustet)) und erstmal überlass ich eigentlich den Geburtsplatz oder den Raum den die Frau so für sich als Geburtsort auserkoren hat (1) ihr //mhm// und zieh mich eher in ne andre Ecke vom Raum zurück" (Nicole Z 400-405)

Auch im üblichen klinischen Setting ließen sich Optionen zur Übernahme der Hoheit über den Raum durch die Gebärende rekonstruieren. Dies schien aber im Zusammenhang mit der jeweiligen Typ-Zuordnung der Hebamme zu stehen. So ließen sich besonders bei den dem Typ „In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung" zugeordneten Hebammen aus dem üblichen klinischen Setting Beispiele finden für die Handlungs-Hoheit der Gebärenden über Raum und auch Geburt. Dies wird am Fall Dalia dargestellt:

„und denn sind wir raus aus der Wanne ((atmet ein)) und sie is eigentlich fast ganz intuitiv in n Vierfüßlerstand //mhm// aufs Kreißbett gegangen, hatte dann auch schon Pressdrang, ging in die aktive Austreibung (2) und dann joa is des Köpfchen eingeschnitten und irgendwie hatses dann nich mehr, hat ses dann nich mehr gepackt. aber so ohne unser Zutun hat sie schon gesagt sie will raus aus der Position und war dann in der (2) rechten //ja// Seitenlage und da kam des Baby auch dann." (Dalia Z 30-35).

<u>Vermittelnde Orientierungsmuster zwischen Basis-Dimensionen und Typen-Zuordnung</u>

Es ließen sich drei Orientierungsmuster rekonstruieren, welche die Handlungspraxis der befragten Hebammen leiten und eine Vermittlungs-Funktion zwischen den Basis-Dimensionen und den rekonstruierten Typen einnehmen. Bei diesen Orientierungsmustern handelt es sich um die 1) Möglichkeit der Eins-zu-Eins-Betreuung, 2) Individuelle Haltung zum Raum und 3) Professionsbezogene Sozialisierung (Abb. 4).

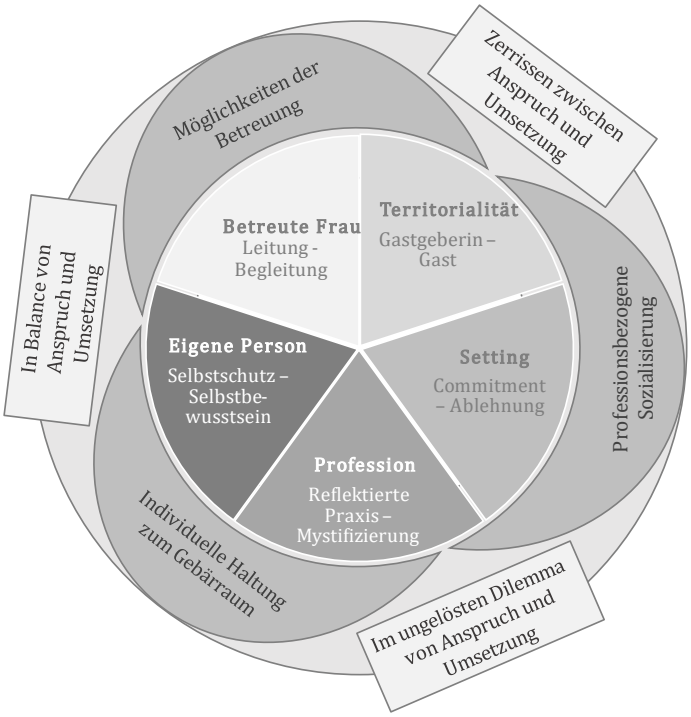

Abbildung 4: Orientierungsmuster von Hebammen bei der Begleitung in unterschiedlichen Gebärräumen

Möglichkeit der Eins-zu-Eins-Betreuung

Hier soll nun die fehlende Möglichkeit der Eins-zu-Eins-Betreuung, welche im klinischen Setting bis auf Ausnahmen nahezu kontinuierlich festgestellt wurde, als ursächlich für handlungspraktische Konsequenzen rekonstruiert werden. Ein Dilemma zwischen Anspruch an Eins-zu-Eins-Betreuung und fehlender Umsetzungsmöglichkeit ließ sich besonders feststellen für die Mehrheit der Hebammen, welche sich in einem Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung befinden.

Die Hebammen dagegen, die sich in Balance zwischen Anspruch und Umsetzung befinden, konnten auch in Situationen beruflicher Anspannung und Belastung eine Orientierung an der Gebärenden und damit Begleitung dieser realisieren. Auch wenn es sich hier nicht immer um eine explizite Eins-zu-Eins-Betreuung handelte, war doch ein Erleben der Passung zwischen Anspruch und Umsetzung bei den Hebammen dominant, resultierend aus den individuellen Möglichkeiten, Aufgaben zu priorisieren und damit der Betreuung der Gebärenden den Vorrang zu geben. Damit konnten sie der Gebärenden auch in Situationen hoher Arbeitsbelastung oder externer Störfaktoren selbst die Hoheit über den Raum und ihre Geburt lassen. Dies begann bereits mit

der als positiv bewerteten Möglichkeit, die Schwangeren intensiv kennenzulernen, welche als Form einer Norm auch in der habituellen Umsetzung realisiert werden kann:

„aber was echt klasse is es gibt ma für alle Fraun mehrere Gespräche. //mhm, ja// wir ham ja drei Vorgespräche //drei super// also-das ich mache mit zwei Kollegen zusamm machen wir diese Info Gespräche //mhm// (1) die sind ne knappe Stunde für jede Frau. erstma nur Info wies läuft warum //mhm// und erst dann kucken wir in Mutterpass und schaun passt die Frau überhaupt rein //ok// also jede die Intresse hat kriegt ne Info. //ja// man könnte des jetz manchma abkürzen und sagn ach Sie hattn schon ne Sectio als erstes //@// brauchst de gar nich kommen. machen wir aber bewusst nich." (Olga Z 93-99)

Bei den Hebammen zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung ließ sich allerdings bei Realisierung einer Eins-zu-Eins-Betreuung in Ausnahmefällen feststellen, dass sie in diesen Situationen eine deutlich stärkere Orientierung an der Autonomie der Gebärenden, sowohl handlungspraktisch als auch in Bezug auf den Raum realisieren konnten. Allerdings ließen sich Elemente einer Orientierung an von der eigenen Norm abweichenden Handlungs-Routinen erkennen, welche sich auch beim Typ im ungelösten Dilemma in noch stärkerer Form wiederfanden. Diese Elemente bezogen sich auch beim Typ „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung" beispielsweise auf eine Hinnahme der Situation, welche vom Wunsch nach der Eins-zu-Eins-Betreuung abwich, als gegeben und wenig durch die eigene Person beeinflussbar. In diesem Fall wich die Hebamme von der eigenen Norm der hebammengeleiteten Geburt ab, überließ die Gebärende ärztlicher Obhut, auch wenn sie davon in der Konsequenz ein stärker medikalisiertes Vorgehen erwartete.

„und dann kommen halt noch so Vitalparameter und wenn richtig viel los is dann unterl-dann überlass ich die vaginale Untersuchung unserer Ärztin die dann den //mhm// Aufnahmeultraschall macht und //mhm// aiso es is sehr medizinisch geprägt //mhm//, müsste es nicht immer aber isses halt und da werd jetz auch koa Unterschied gmacht zwischen der Risikopatientin oder der physiologischen Gebärenden //mhm, ok// der Ablauf is halt immer irgendwie gleich, ja" (Amelie Z 254-259).

Dennoch zeigte sich bei deutlich mehr Hebammen zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung eine Form der Belastung durch das wahrgenommene Dilemma der fehlenden Möglichkeit der Eins-zu-Eins-Betreuung durch den klinischen Alltag. In diesen angespannten Situationen, welche sowohl für die Gebärende (durch einen Mangel an Betreuung), als auch für die Hebamme (durch eine Überbelastung) als negativ wahrgenommen wurden, entwickelte sich in der Betreuungssituation zudem ein Handeln der Hebamme, welches häufig in einem Modus Operandi der Leitung der Gebärenden und Übernahme der Hoheit über den Raum mündete und zu Handlungen führte, welche aktiv auf Basis der Entscheidungen der Hebamme und nicht auf dem Wunsch der Gebärenden geschehen.

„ähm, gleichzeitig nutz ich auch des Stationsbett wenn ich zum Beispiel weiß dass jemand kommt der zum Beispiel total gern ne Epi schneidet oder total gern kristellert //mhm// ähm dann spar ich mir scho paar Diskussionen weil des kann ma im Stationsbett nicht" (Amelie Z 293-296)

Auch wenn der normative Anspruch der Hebamme diese Übernahme prinzipiell ablehnte, konnte sie in genannten Situationen dem Anspruch nicht folgen. In Einzelfällen war es vielmehr so, dass aus einer empfundenen Notwendigkeit, die Gebärende vor Einflüssen des Klinik-Settings zu schützen, von der Hebamme selbst die Leitung der Geburt aktiv übernommen wurde und sie damit dem eigenen Schutzauftrag gerecht zu werden suchte.

„ja und auch Druck durch die Ärzte des isch für mich auch schwierig, und ha auch am Anfang noch schwierig da dagegen zu halten (2) ähm wobei ich glaub ich, glaub ich jemand bin, der sehr gut die Frau verteidigen kann und auch meine Interessen verteidigen kann //mhm// und trotzdem äh des gerne auch noch mehr tun würde" (Elisabeth Z 263-266)

Hebammen im ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung formulierten im Gegensatz dazu kaum noch oder gar nicht mehr einen Wunsch und damit eine normative Orientierung an individueller und engmaschiger Betreuung im Sinne des Eins-zu-Eins- Konzeptes. Vielmehr war die Hinnahme der aktuellen Situation dominant, Lösungsmöglichkeiten wurden nicht mehr aktiv gesucht, die Anpassung der eigenen normativen Vorstellungen von der Handlungspraxis war an die erlebte Realität angepasst:

„und in dem Fall is dann so (2) grad ebn dat Thema klinische (1) äh-Hebamme die ebn viel zu tun hat @ //mhm// immer zu wenig Zeit hat. kann ma halt net Stundn lang wartn mit messn und wiegn weil ma braucht die Datn um wieder die äh PC Verarbeitung zumachn et cetera //mhm// und die Dokumentation (…) zu führn" (Ida Z 116-119)

Haltung zum Raum

Im Falle der Distanzierung von der Gebärenden und deren lebensweltlichem Relevanzsystem schien auch die Betreuung im Raum und die Haltung zu diesem von der Orientierung an der Gebärenden abgewendet. Vielmehr dominierten dann die eigenen Vorstellungen zum Raum, die Nutzungsfreundlichkeit des Raumes für die eigene Hebammen-Tätigkeit und die Orientierung an einer Rolle als Gastgeberin im klinischen Gebärraum:

„ähm ja eh-äh-echt gut is die Einteilung dass ich alles da habe was ich im Notfall brauche. //mhm// ähm CTG vo-Equipment, ich hab ne Toilette dran ich hab mein Schrank da mach ich auf wenn ich irgendwas brauche hab ich alles da öhm für Notfälle oder eben auch nich, des sind Sachen die funktionieren gut. ich hab in jedem Raum en Computer stehen ich hab in jedem Raum ein Telefon //mhm// ja ich bin öhm ich hab in jedem Raum ne Klingel. es is alles da was ich brauche. //ja// das is von der Einrichtung her en gutes Konzept. es is vieles im Schrank, es liegt aus hygienischen Gründen //@// wenig rum, ähm das das is gut." (Fabia Z 708-714)

War das Verhältnis zwischen Anspruch und Umsetzung zerrissen in einem Spannungszustand, der noch nach Lösung strebt, konnte die Haltung zum Raum als abhängig von den Rahmenbedingungen betrachtet werden. Wurden diese als unterstützend erlebt, so wurde auch der Raum in seiner Gestaltung und seinem Potenzial für die Gebärende genutzt:

„und dann hab ich sie halt rüber genommen in den Be Up Raum u:nd für sie war der Raum halt echt super cool weil die sich viel bewegen wollte //mhm// auch. (2) und (3) ich find halt ähm. ich weiß nich sie kam halt dann so rein und hat sich dann halt so direkt, da gibts ja diese große graue Matte //mhm// und hat sich dann direkt dann so hingekniet und war dann so direkt bumm in ihrem Element halt." (Konstanze Z 23-27)

Wurden Rahmenbedingungen aber als hinderlich wahrgenommen, so wurde der Raum derart umgestaltet, dass er der Handlungsfähigkeit der Hebamme dienlich war; das heißt auch, dass der Raum in einem Sinne aktiv umgestaltet wurde, dass er den Vorstellungen der Hebamme entsprach, die durchaus aktiv versuchten, die Geburt in eine spezielle Richtung zu lenken. Auch damit war eine Orientierung an der eigenen Handlungsfähigkeit in der Haltung zum Raum rekonstruierbar:

„ja des is halt echt für mich so, der Unterschied wenn ich ne Frau hab die auch schon so in der aktiven Phase der Geburt is (1) und ich die in normalen-normalen Kreißsaal bringe. (2) sieht die des Bett. //mhm// und dann muss ich als Hebamme den Raum aktiv vorbereitet haben dass sie nich in des Bett geht. //mhm// des heißt ich muss ne Matte vor des Bett gelegt habn ihr sagn hey knie dich hin. //ja// oder (1) also da muss ich meistens (2) aktiv was machen //mhm// damit die Frau nich in dieses Bett klettert." (Konstanze Z 705-710)

Im Falle der Balance zwischen Anspruch und Umsetzung zeigte sich die Haltung zum Raum als eine flexibel pragmatische, mehrheitlich den Bedürfnissen der Gebärenden angepasst, bei gleichzeitig nahezu durchgängiger Handlungsfähigkeit:

„und meine Kollegin rief mich rein und sagt hey du musst kommen und ich laufe rein wie ich bin in meinen Alltagsklamotten und ähm höre einfach eine Frau tönen und gehe rein in den-ins Zimmer und m-mach sofort sowie ich bin, zieh mir noch die Handschuh an und betreu die Geburt. weil einfach des Kind sofort kam; //@@// des hab ich auch so noch nie vorher erlebt //@@// @genau, also des da hab ich auch so gedacht, ok wenn ich jetz nich in der Sekunde gekommen wär dann hätt wär sie alleine gewesen" (Charlotte Z 839-844)

Professionsbezogene Sozialisierung

Das Orientierungsmuster der professionsbezogenen Sozialisierung entfaltete sich besonders an der Perspektive, die die Hebamme für die eigene berufliche Tätigkeit einnahm. Sich entwickelnd aus den bisherigen Praxis-Erfahrungen der Hebammen-Tätigkeit war diese Form der individuellen professionellen Entwicklung in engem Bezug zu den erlebten Rahmenbedingungen. Diese unterschieden sich zwischen klinischem und außerklinischem Setting, wurden unterschiedlich als

belastend oder förderlich erlebt. Besonders ließen sich hier auch Unterschiede im Umgang mit Schwierigkeiten nachvollziehen – erneut zeigte sich beim Typ „In Balance“ eine nahezu konstante Handlungsfähigkeit, relativ unabhängig auch von widrigen Rahmenbedingungen.

„die jungen Assistenzärzte, öhm (5) also rein vom Grund auf erhalten die Ärzte da auch nochmal ne andere Ausbildung als wir, ne. //mhm// Pathologie, Pathologie, Pathologie //mhm// ähm (4) aber (2) in der Praxis gekonnt (2), eigentlich alte Manöver //mhm// alte Handgriffe (2) durchzuführen (1) können die auch nich. natürlich geben ses ab an den Oberarzt //mhm// is ganz klar ähm aber bis der dann da is geht einfach wertvolle Zeit auch verloren //mhm// bis der dann da is ähm hab ich vielleicht die Schulterdystokie auch selber schon gelöst“ (Dalia Z 201-206)

Im Gegensatz dazu war im außerklinischen Setting die Dominanz der Medikalisierung und Technisierung der Geburtshilfe nicht zu rekonstruieren, vielmehr wurden aber Rahmenbedingungen mitunter auch als schwierig für die Vereinbarkeit Beruf und Privatleben wahrgenommen.

„weil ich eben Lust darauf hatte auf dieses ganzheitliche Betreuen //mhm// mit Vorsorge Geburt und Wochenbett und (1) Hausgeburtshilfe auch einfach @toll finde@ //mhm// genau. und äh dann hab ich den Fehler gemacht dass ich wirklich (1) komplett ein Jahr lang Frauen durchgehend angenommen habe. //mhm// also für jeden Monat hatt ich vier bis sechs Frauen //mhm// angemeldet zur Geburt. //mhm// ich hab den Fehler gemacht kein einzigen Monat keine Frau //aha// zunehmen. //oh. (1) ooh// genau. also ich war quasi im ersten Jahr der Hausgeburtshilfe in Dauerrufbereitschaft //mhm// (1) und das is schon irgendwann an die Substanz einfach gegangen.“ (Martha Z 261-268)

Komplex erschien das Feld der professionsbezogenen Sozialisierung erneut im Falle des Typs „Im ungelösten Dilemma“. Hier stellte sich die Sozialisierung als deutlich problembeladen dar, die Perspektive auf den eigenen Beruf erschien frustriert und wurde in der Außenwahrnehmung als wenig wertgeschätzt erlebt.

„also des heißt ma hat sich auf der ein Seite wirklich acht Stunden ((atmet ein)) vielleicht intensiv und sehr aufwändig um die Frau gekümmert und im dümmstn Fall hat dann nach acht Stundn er das alles kaputt gemacht indem er er so quasi so so son Bild zaubert von som klein Dummchen oder so ne @ //mhm, mhm// so leider hat man da ja auch also da s wird vieln so gehn da schlechte Erfahrung gemacht zu habn wat die Chefs oder Ärzte anging geht ähm die ((schnalzt)) sehr überheblich und sehr rechthaberisch //ja// zum Teil agiern können.“ (Ida Z 483-489)

Dies bezog sich auf die Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal, aber auch mit Gebärenden und deren Bezugspersonen.

„also was ich mir wünsche. definitiv dass die Frauen (2) weniger Skepsis dem Krankenhaus gegenüber haben. des nimmt irgendwie oder nahm zu im letzten (1) joa ich würd schon sagen im letzten Jahr //mhm// ja vielleicht schon in Richtung zwei Jahre. ich weiß nich was da ich sag jetz

mal @draußen@ außerhalb unsres Kliniksgebäudes //mhm// außerhalb des Kreißsaals was da so gestreut wird" (Pauline Z 772-776)

Zudem erschien eine Abgrenzung und Distanzierung mindestens vom jeweils anderen Setting (klinisch oder außerklinisch) ebenfalls vermittelt über den Typ. Dem Typ „In Balance" zugeordnete Hebammen schienen nicht bemüht oder bestrebt, sich vom anderen Setting abzugrenzen. Vielmehr dokumentierte sich deren Handlungssicherheit auch in ihrer Offenheit gegenüber unterschiedlichen Wirkungskreisen für Hebammen.

„weil ich bin auch bestimmt ne Hebamme ich würde auch sehr gerne @in der Hausgeburtshilfe arbeiten@. ich bin totaler Hausgeburtsfan aber ich würd es nicht organisiert bekommen. //mhm// ich schaff es nicht. deswegen versuch ich mir des natürlich ein Stück weit @in die Klinik zu holen@" (Charlotte Z 98-101).

Hebammen des Typs „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung" bemühten sich teilweise um Abgrenzung, konnten aber auch Offenheit zeigen. Gemeinsam war ihnen eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem Thema und möglicherweise sogar Überlegungen zu einem Wechsel des eigenen Wirkungsfeldes in das andere Setting.

„also ich hatte jetzt mehrere Diskussionen mit Ärzten grade zum Beispiel zum Thema Hausgeburtshilfe. //mhm// weil ich, nur weil ich jetzt im klinischen Setting arbeite nicht äh des andre verteufeln muss. und ich find im Gegenteil, des hat beides seine Daseinsberechtigung und ähm ich zum Beispiel würde unglaublich gerne ähm (3) bei ner Hausgeburt mein Kind auf die Welt bekommen." (Elisabeth Z 821-825)

Beim Typ „Im ungelösten Dilemma" schien das andere Setting nicht auf, ebenso wie an anderen Themen arbeiteten sich die Befragten nicht mehr an der Frage ab. Vielmehr wurde zwar das eigene Setting als unzufriedenstellend erlebt, Änderungs-Perspektiven oder auch ein Versuch, sich aus anderen Rahmenbedingungen Inspirationen zu holen, fand nicht statt.

Die Handlungspraxis der Hebammen bleibt also in der vorliegenden Studie in vielen Fällen orientiert an der Förderung der Umstände im eigenen Sinne und die Gestaltung des Raumes wird damit handlungspraktisch nahezu ausschließlich auf die eigene Person in ihrer professionellen Rolle bezogen. Die Perspektive der Gebärenden rückt immer wieder in den Hintergrund, da die erlebten Rahmenbedingungen und Orientierungsmuster der befragten Hebammen eine starke Dominanz entwickeln. Im Falle des Typs „In Balance" scheint eine durchgehende Orientierung an der Gebärenden und auch deren Relevanzsystem möglich, sogar wenn Rahmenbedingungen nicht durchweg als optimal erlebt werden. Vielmehr zeigt sich, dass die Handlungsfähigkeit dieser Hebammen erhalten bleibt, ohne dabei Abstriche an den eigenen normativen Vorstellungen vornehmen zu müssen.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse – Rekonstruktion eines „Hybridakteurs aus Raum und Hebamme“

„Wenn eine Äußerung ihre Signifikanz oder Bedeutung im Kontext der Anschlussäußerungen erhält, so konstituiert sich in der Relation von empirisch beobachtbarer erster Äußerung und empirisch beobachtbarer zweiter Äußerung die (implizite) Regelhaftigkeit, die es zu erschließen bzw. zu explizieren gilt“ [46] S.20.

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Suche nach der durch die Gestaltung des Raumes entstehenden Sinnhaftigkeit im Hebammen-Handeln. Dabei wurden Homologien und Abgrenzungen in verschiedenen Interviews gesucht, die sich auf die Gestaltung des Raumes und deren Beziehung zum Hebammen-Handeln beziehen und in der komparativen Sequenzanalyse miteinander verglichen wurden. Die Idee des Hybridakteurs, der sich aus Raum und Hebamme entwickelt bezieht sich dabei auf die Erkenntnisse aus den Interviews und deren Rahmung durch die A-N-T. Das Handeln und Wirken des einen Teils eines hybriden Modells kann nicht singulär stehen, eine Form der wechselseitigen Beeinflussung und Abhängigkeit ist rekonstruierbar. Eine derartig gestaltete Verbindung zwischen Typ und Raum wird im Folgenden vorgestellt als „Hybridakteur aus Raum und Hebamme“:

Wenn beim Typ der Hebamme „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ übergeordnete Bedürfnisse existierten, welche die Hebamme in ihrer Handlungspraxis unmittelbar beeinflussten, so war die Befriedigung dieser Bedürfnisse zuerst handlungsleitend und entsprechende Ansprüche wurden auch an den Gebärraum gestellt. Beispielhaft kann die Dominanz eines Bedürfnisses nach Sicherheit und Schutz angeführt werden, welche in einer Übertragung der daraus resultierenden Ansprüche an den Raum endete, dabei wurde auch in diesem Verhältnis stets an Verbesserungsmodalitäten gearbeitet, um das grundlegende Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz zu stillen. Wenn diese aber nicht zur Zufriedenheit gestillt werden (konnten), herrschte noch eine Zerrissenheit zwischen Anspruch und Umsetzung, die sich auf die Betreuung der Gebärenden auswirkte. Auch bei einer noch zu entwickelnden professionellen Sicherheit und Routine im Handeln als Hebamme wurde die Gestaltung des Raumes stark an der eigenen Person orientiert und der Raum für die eigene Arbeit im Sinne der Entwicklung der professionellen Sicherheit optimiert. Wenn wiederum Ideen für eine Weiterentwicklung für die Geburtshilfe vorherrschten, eine strenge Orientierung an dieser Weiterentwicklung dominierte, so wurden diese Bestrebungen auch auf die Gestaltung des Raumes ausgeweitet und dieser dem Anspruch unterworfen und neu gedacht. Problematisch waren in diesen Fällen der Zerrissenheit zwischen Anspruch und Umsetzung besonders frustrane

Initiativen, welche an den Arbeits-Bedingungen zu scheitern drohten oder bereits gescheitert waren, und damit einen Weg in das ungelöste Dilemma vorbereiteten.

Waren „Anspruch und Umsetzung in Balance“, so wurden dem Gebärraum wie er aktuell ist und seiner Gestaltung, sowie Funktion wenig Änderungswünsche entgegengebracht. Kleinere Maßnahmen wurden selbst ergriffen, ohne dabei in der Handlungsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Gleichzeitig konnte der Raum in seiner intendierten Ausstattung aber auch komplett genutzt werden, die Nutzung blieb dabei an den Bedürfnissen der Gebärenden orientiert und es ergaben sich auch aus der Gestaltung des Raumes keine unlösbaren Hürden für die Hebamme.

Wenn sich die Hebamme im „ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung“ befand so wurde der Raum und dessen Wahrnehmung, ebenso wie die grundsätzliche Praxis streng daran ausgerichtet, dass die Bedingungen für die Hebamme selbst optimiert werden, die Bedürfnisse der Gebärenden rückten in den Hintergrund. So waren eventuell ästhetische Ansprüche an den Raum wichtiger als die Frauen*orientierte Gestaltung oder es wurden Elemente des „Be-Up: Geburt aktiv“ Designs gezielt so verwendet, dass sie für die Hebamme selbst nützlich waren. Die Orientierung blieb damit konstant distanziert von der Frau*, der Raum konnte unabhängig von der Art seiner Gestaltung seine Wirkmacht für die Gebärende nicht entfalten, da bei der Betreuung durch die Hebamme deren Handlungspraxis an der eigenen Person orientiert war. Damit konnte der Modus Operandi der Betreuung der Gebärenden auch nicht an deren Bedürfnisse angepasst werden, grundsätzlich zeigte sich eine Distanzierung von Wünschen und Bedürfnissen der Gebärenden. In diesem Zusammenhang schien diese Distanzierung auf eine Frustration eigener normativer Orientierungen früher im Berufsalltag zurückzuführen. Zu unterscheiden war dabei die Quelle des Frustes, bei einer der Hebammen schien diese Quelle primär der Alltag des klinischen Settings zu sein, bei einer weiteren eine Mischung aus diesem Alltag und zwischenmenschlichen Enttäuschungen und bei der dritten die Enttäuschung der eigenen Erwartungen an das Verhalten der Gebärenden. Eine einfache Lösung für die Frustrationserlebnisse erschien ob der Komplexität der Frustrationen nicht greifbar.

Zusammenfassend lässt sich damit feststellen, dass der Gebärraum als solches nicht entkoppelt von der Handlungspraxis der Hebamme wirken kann, völlig unabhängig von seiner tatsächlichen Gestaltung. Gleichzeitig wirkt er auf die Handlungspraxis der Hebammen lediglich in einem Rahmen, den der Typ der Handlungspraxis der Hebamme jeweils zulässt. Hebamme und Raum agieren im Sinne der A-N-T als Hybridakteure [26]. Dadurch zeigt sich das Potenzial des Raumes am deutlichsten beim Typ der Hebamme „In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung“ und am geringsten beim Typ „Im ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung“. Dies

resultiert aus den die Hebamme grundsätzlich in ihrer Handlungspraxis bewegenden Rahmenbedingungen (intern und extern), welche durch ein bestehendes, noch in Lösung befindliches oder gar ungelöstes Dilemma die Handlungspraxis dominieren. So kann der Raum sein grundsätzlich intendiertes Potenzial beim Typ der Hebamme „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ dann entfalten, wenn (in Ausnahmesituationen) die Umgebungsbedingungen von der Hebamme als optimal wahrgenommen werden und sie damit eine gewisse Freiheit in der eigenen Handlungspraxis wahrnimmt. Auch hier zeigt sich also die Wechselwirkung zwischen Raum und Hebamme, den beiden Elementen des Hybridakteurs deutlich.

4.6 Soziogenetischer Ausblick

Die Ausarbeitung und Typen-Rekonstruktion der vorliegenden Arbeit beschränkte sich auf die sinngenetische Typenbildung [16], deren zusammenfassende Darstellung für alle ausgewerteten Interviews noch einmal dargestellt ist (Tab. 3). Dennoch kann ein kurzer soziogenetischer Ausblick vorgestellt werden, der sich aus den Ergebnissen der Studie ableiten lässt.

Die Entwicklung in der individuellen Handlungspraxis schien in Zusammenhang zu stehen mit der Berufserfahrung. Es ließen sich Zusammenhänge feststellen zwischen der Dauer der Berufserfahrung und der Ausprägung eines Typs der Orientierung an der Gebärenden oder Distanzierung von dieser. So zeigten sich die sieben Hebammen, welche den beiden Typen „In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung“ und „Im ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung“ zugeordnet wurden alle mit ausführlicher Berufserfahrung (viermal 10-19 Jahre und dreimal über 30 Jahre Berufserfahrung). Bei den Hebammen die dem Typen „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ zugeordnet wurden zeigte sich allerdings eine große Bandbreite der Berufserfahrung. Waren zwar auch hier drei Hebammen mit langjähriger Berufserfahrung (10-19 und 20-29 Jahre) vertreten, so ließ sich auch bei allen Hebammen mit unter zehnjähriger Berufserfahrung rekonstruieren, dass diese sich in einem unentschiedenen Status der Umsetzung von Ansprüchen befanden. Eine Form der „Reifung“ der professionellen Umsetzung und der Handlungspraxis mit der Berufserfahrung kann damit geahnt werden.

Weitere Zusammenhänge zwischen den erhobenen Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit und den Typenzuordnungen ließen sich nicht rekonstruieren. Allerdings ergab sich im Verlauf der Interpretation und Rekonstruktion der Hinweis, dass innerhalb des klinischen Settings vor allem zwischen der Leitung der geburtshilflichen Abteilung und deren Erleben als unterstützend oder abwertend durch die Hebamme und der Typenzuordnung möglicherweise Zusammenhänge bestehen. Befragte Hebammen des klinischen Settings, die die ärztliche aber auch hebammenspezifische Leitung als die eigene Handlungspraxis wertschätzend, unterstützend und

fördernd erlebten und dies auch von sich aus explizierten, wurden dem Typ „In Balance“ zugeordnet. Zwei Hebammen des Typs „Im ungelösten Dilemma“ äußerten sich ausführlich und von sich aus deutlich zur Tatsache, dass die ärztliche Leitung der Geburtshilfe die eigene Hebammen-Arbeit nicht unterstützte, diese abwertete und die Geburtshilfe aus ärztlicher Perspektive stark dominierte. Bei den Hebammen des Typs „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ wurden ärztliche und Hebammen-Leitungspersonen unterschiedlich thematisiert und nur in einem Fall als besonders hinderlich erlebt. In anderen Fällen entwickelte sich auch eine Form des individuellen „Wachstums“ der befragten Hebamme über die als dominierend erlebte ärztliche Leitung hinaus. Dieses zeigte sich besonders in einer individuellen Weiterentwicklung, die vorrangig auf Weiterbildung beruhte.

Da der Team-Aspekt aber nicht strukturiert erhoben wurde, können keine umfassenden Aussagen zu diesem soziogenetischen Anhaltspunkt gemacht werden.

Tabelle 3: Übersicht aller Interviews mit den Orientierungsrahmen bei der Begleitung der Geburt (Modus Operandi) und der erfolgten Typen-Zuordnung

	Amelie	**Birte**	**Charlotte**	**Dalia**	**Elisabeth**	**Fabia**	**Greta**
Orientierungs-rahmen im Modus der Begleitung einer Geburt	Orientierung an Verbindung von altem und neuem Hebammen-Wissen	Orientierung an Wahrung des Schutz-bedürfnisses von Frauen* und Hebammen	Orientierung an der Gebärenden als Hauptperson	Orientierung an einem erfolgreichen Pendeln zwischen zwei Welten zur Erfüllung der Bedürfnisse der Gebärenden	Orientierung an individueller Weiter-Entwicklung im Beruf	Orientierung am Zwischen-menschlichen im Beruflichen und Privaten	Orientierung an individueller Weiter-Entwicklung im Beruf
Typ	Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung	Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung	In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung	In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung	Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung	Im ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung	Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung
	Ida	**Konstanze**	**Lena**	**Martha**	**Nicole**	**Olga**	**Pauline**
Orientierungs-rahmen im Modus der Begleitung einer Geburt	Orientierung an einem Funktionieren in der aktuellen Situation unter Aktivierung des Selbstschutzes	Orientierung an Initiativen durch Hebammen zur Lösung Setting-immanenter Probleme	Orientierung an Verantwortung der Hebamme, Umsetzung dieser Verantwortung über professionelle Weiter-Entwicklung	Orientierung an der Wahrung des Selbstschutzes – privat und professionell	Orientierung an der Gebärenden als Hauptperson	Orientierung an praktischer Lösung existierender Probleme zur als optimal erlebten Begleitung der Gebärenden	Orientierung an der Erfüllung der Hebammen Bedürfnisse
Typ	Im ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung	Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung	Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung	Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung	In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung	In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung	Im ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung

5. Diskussion

An dieser Stelle erfolgt die inhaltliche Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit und deren Zusammenführung. Des Weiteren werden methodische Aspekte diskutiert und es wird ein zusammenfassendes Fazit der Implikationen der Arbeit für Forschung, Lehre und Praxis gezogen.

5.1 Scoping Review – methodische Stärken und Schwächen

Die systematische Suche, Auswahl und Aufbereitung der Studien erfolgte nach Vorgaben für Scoping Reviews [36] und wurde zur Erhöhung der inhaltlichen Validität einer Prüfung durch eine zweite Person unterzogen. Zudem wurde der gesamte Prozess nachvollziehbar dargestellt, so dass eine Rekonstruktion durch Dritte möglich wird.

Geschuldet dem Konstrukt der „Handlungsleitenden Orientierungen“, sowie dem diese abbildenden Praxiswissen war eine systematische Literaturarbeit, welche sich auf quantitative Studien bezog und daher eine Form der Generalisierung ermöglicht hätte, nicht durchführbar. Vielmehr zeigt sich aber in der Bandbreite der gefundenen Studien die Komplexität des Themenfeldes und dessen vielseitige Bearbeitung im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen und ein vertiefter Einblick in die Handlungspraxis und diesbezüglicher Orientierungen klinisch tätiger Hebammen in OECD-Ländern wurde möglich.

5.2 Scoping Review – inhaltliche Diskussion

Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie decken sich grundsätzlich überwiegend mit den übergeordneten Erkenntnissen des Scoping Reviews zur Handlungspraxis und Orientierungen klinisch tätiger Hebammen in vergleichbaren Gesundheitssystemen [39].

Besonders festgestellte Verbindungen zwischen dem System der jeweiligen klinischen Institution und der wahrgenommenen Handlungsfreiheit von Hebammen, ebenso wie die grundsätzliche Orientierung in Bezug auf Geburtshilfe ähneln sich auf einer übergeordneten Ebene in den unterschiedlichen Settings und Deutschland [62]. In Bezug auf die rekonstruierten Orientierungen und zugrunde liegende Muster lassen sich Konzepte wie das die Dimension der Orientierung von Hebammen auf den eigenen Beruf betreffende auch in anderen Kontexten finden – dort zum Beispiel benannt als inkorporiertes Wissen [57, 63]. Auch die besondere Beziehung zur Gebärenden und deren Relevanzsystem findet sich in den identifizierten Elementen der Meso-Ebene wieder, dort besonders in Bezug auf die Umsetzungsmöglichkeiten einer kontinuierlichen und individualisierten Betreuung. Als beachtenswert ist dabei eine festgestellte Verbindung zwischen dem Auftreten medizinischer Interventionen und einer Limitierung der Orientierung an der Gebärenden festzustellen [55, 62]. Dieser Hinweis kann möglicherweise zur Erklärung der in

der vorliegenden Studie rekonstruierten Abwendung von der Gebärenden beitragen und bedarf weiterer Untersuchung. Ebenso relevant für handlungsleitende Orientierungen von Hebammen in anderen, wie auch deutschen geburtshilflichen Settings scheinen die intra- und interprofessionellen Beziehungen zu sein, welche sich in der vorliegenden Studie im Sinne eines Commitments zu oder Ablehnung vom eigenen (klinischen) Setting darstellten.

Die auf der Makroebene benannten Elemente der Arbeitsbedingungen und geburtshilflichen Kultur erscheinen ebenfalls in den Dimensionen der Orientierung am geburtshilflichen Setting auf. Die Medikalisierung der Geburtshilfe, welche möglicherweise einer Gebärenden-Orientierung von Hebammen im Wege steht, scheint einerseits als rahmendes Element die Handlungspraxis von Hebammen stark zu berühren. Andererseits ist eine Kausalität oder Begründbarkeit aus den Erkenntnissen nicht abzuleiten. Vielmehr bedarf es mit gezielten Untersuchungen zur Balance zwischen Medikalisierung und physiologieorientierter Handlungspraxis von Hebammen [58, 62] dringend weiterer Untersuchung der komplexen Verbindungen zwischen Handlungspraxis und Arbeitsbedingungen.

Als Mehrwert der vorliegenden Arbeit in Ergänzung zum Scoping Review darf die Rekonstruktion möglicher Orientierungsmuster gesehen werden. Diese Orientierungsmuster tragen über den Hinweis auf professionsbezogene Sozialisierung und individuelle Haltung zum Raum dazu bei, die Handlungspraxis von Hebammen aus mehr Perspektiven betrachten zu können, um zu einer weiteren Untersuchung und einem tieferen Verständnis beizutragen.

5.3 Qualitative Studie – methodische Stärken und Schwächen

5.3.1 Typenbildung und Identifizierung von Orientierungsmustern

Die geburtshilfliche Landschaft in Deutschland ist trotz der dominierenden klinischen Geburtshilfe vielseitig. Diese Vielseitigkeit bezieht sich auch auf die professionsbezogenen Arbeitsfelder in Deutschland tätiger Hebammen. So ist es nicht ungewöhnlich, dass Hebammen sowohl klinisch als auch außerklinisch tätig sind, das heißt einer Anstellung nachgehen, und gleichzeitig auch freiberufliche Tätigkeiten ausüben [9]. Das führt dazu, dass auch in der vorliegenden Studie eine Form der Trennschärfe zwischen den einzelnen Arbeitsfeldern nicht erfolgen konnte und eine arbeitssettingbezogene soziogenetische Typenbildung daher nicht möglich war [29, 46]. Auch wenn handlungsleitende Orientierungen, sowie Orientierungsrahmen im weiteren Sinne bei allen Hebammen rekonstruiert werden konnten, könnte eine stärkere Differenzierung von Arbeitsfeldern, sowie weiteren Umgebungsbedingungen zu einem tieferen Verständnis der Entstehung der in der vorliegenden Arbeit rekonstruierten Dilemmata beitragen und diesen dadurch möglicherweise vorbeugen. Als erste Ideen zur Untersuchung förderlicher

Bedingungen ergaben sich aus den Erkenntnissen dieser Arbeit Hinweise auf das geburtshilfliche Team. Dieses scheint als Ganzes zur Entstehung einer Balance zwischen Anspruch und Umsetzung beizutragen, wie auch eine besondere Rolle zu haben, inwiefern vor allem ärztliche Leitungen geburtshilflicher Abteilungen zur Etablierung der genannten Balance zwischen Anspruch und Umsetzung bei Hebammen im Rahmen der Geburtshilfe beitragen können. Diese positiven Elemente in weitergehenden Untersuchungen genauer zu identifizieren und daraus Handlungsempfehlungen für strukturelle Optimierungen zu entwickeln, könnte einen deutlichen Schritt hin zu mehr Passung zwischen Anspruch und Umsetzung und damit möglicher Orientierung an der Gebärenden als zentraler Person der Handlungspraxis von Hebammen fördern.

Damit kann die vorliegende Arbeit als Beispiel für die von Bohnsack im letzten Jahrzehnt postulierte Definition des Habitus als Diskrepanz zwischen Implizitem und Explizitem betrachtet werden [29, 34, 45]. Denn das rekonstruierte Problem zwischen Anspruch und Umsetzung, welches sich als handlungsleitend zeigte, bedingt einen Habitus in der Geburtshilfe tätiger Hebammen im Spannungsfeld zwischen Orientierungsrahmen im engeren Sinne und Orientierungsschemata. Auch wenn sich bei einzelnen Hebammen eine weitgehende Passung oder Balance des Spannungsfeldes rekonstruieren ließ, dominierten doch die Schwierigkeiten im Kontrast von Anspruch und Umsetzung. Die Anwendung der Dokumentarischen Methode und die Typenbildung im Rahmen der Praxeologischen Wissenssoziologie [34] bewährten sich daher in der vorliegenden Arbeit grundsätzlich.

5.3.2 Identifikation weiterer die Handlungspraxis berührender Themen

Aus dem Material und den durch die Befragten individuell gelegten Schwerpunkten zu ihrer Handlungspraxis bei der Begleitung von Geburten im (klinischen) Gebärraum ergaben sich durch die Auswertung mit der Dokumentarischen Methode Hinweise auf diverse tiefer zu betrachtende Themen, welche die Handlungspraxis von Hebammen deutlich berühren, von denen drei hier näher vorgestellt werden.

Zuerst ist das Konzept des Coolout [64] zu nennen, zu welchem sich Hinweise beim Typ der Hebamme „Im ungelösten Dilemma“ ergaben. Schnittpunkte zeigen sich hier besonders im erlebten Widerspruch zwischen Anspruch und Umsetzung, sowie in der Tatsache, dass erlebten Problemen des beruflichen Alltags kein Widerstand oder Versuch der Lösung mehr entgegengesetzt wird, sondern eine Form der Hinnahme und Fügung in diesen, eigentlich als unerträglich erlebten, Alltag entsteht. Um daran individuell nicht zu scheitern und gleichzeitig handlungsfähig zu bleiben, entstehen unterschiedliche Strategien verschiedener

Eskalationsstufen. Bei den interviewten Hebammen zeigten sich die Opferrolle oder eine Form der Idealisierung falscher Praxis [64]. Um die Handlungsfähigkeit von Hebammen im beruflichen Alltag zu erhalten, ohne dabei die erwähnten Auswirkungen einer individuellen „Abkühlung“ gegenüber erlebten Widersprüchen zwischen Anspruch und Umsetzung zu erleben sind weitergehende Untersuchungen zur Validierung des Konzepts Coolout im Hebammenberuf notwendig, um Handlungsmöglichkeiten zur Prävention zu entwickeln.

Als die Handlungspraxis der Hebammen besonders im Falle des Typs „Zerrissen zwischen Anspruch und Umsetzung“ stark beeinflussendes und häufig auch erschwerendes Element ist das CTG-Gerät und dessen Rolle in der klinischen Geburtshilfe zu nennen. Im Rahmen der für die klinische Geburtshilfe immer noch alltäglichen, wenn auch nicht für alle Geburten empfohlenen [2] routinemäßigen Anwendung der kontinuierlichen Überwachung der kindlichen Herztöne mittels CTG-Gerät kristallisierten sich diverse Themenkomplexe der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit, sowie grundlegender normativer Annahmen zur Geburt und deren Physiologie heraus. Einer dieser Themenkomplexe zeigte sich im Konfliktpotenzial, welches sich aus der Interpretation der CTG-Befunde und dem daran anschließenden hierarchisch, sowie pathologieorientiert gesteuerten Wechsel in der Leitung der Geburt von Hebamme zu Ärzt:in ergab. Hier offenbarte sich der Widerspruch zwischen Anspruch und Umsetzung besonders deutlich, wenn sowohl eine gemeinsame Betreuung der Geburt zwischen den Berufsgruppen auf Augenhöhe sowie vor allem eine gemeinsame Orientierung an den Bedürfnissen der Gebärenden nicht mehr realisierbar war. An dieser Stelle zeigte sich zudem ebenfalls ein Befund, welcher aus den Ergebnissen des Scoping Reviews, sowie weiterer Forschung schon als dominant zu identifizieren war – Geburtshilfe als stark pathologieorientiertes Geschehen im klinischen Alltag, welches eine Betreuung ausgerichtet an der Autonomie der Gebärenden erschwert [39, 65]. Dringend geboten sind damit Untersuchungen zur Rolle des technischen Aktanten CTG im Sinne der A-N-T und dessen Verwebung mit der Betreuung von Gebärenden in physiologischen, aber auch Risiko-Situationen, sowie der daraus entstehenden Dynamik im geburtshilflichen Team. Bestehende Untersuchungen verweisen aktuell noch auf widersprüchliche Erkenntnisse, welche sich auf die erlebte Unterstützung, aber auch Schwierigkeiten durch die routinemäßige Anwendung beziehen [66]. Als besonders erwähnenswert im Zusammenhang mit den festgestellten Schwierigkeiten der klinischen Geburtshilfe erscheint hier das Element des „Stellvertreters“ der Hebamme, wenn diese aufgrund Unterbesetzung/Arbeitsüberlastung nicht für eine Eins-zu-Eins-Betreuung der Gebärenden zur Verfügung steht. Das Dilemma der nicht realisierbaren Eins-zu-Eins-Betreuung bei klinischen

Geburten in Deutschland stellte sich auch als eine der handlungsleitenden Orientierungen der hier vorgestellten Arbeit heraus [47].

Das Thema der als „schön“ empfundenen Geburt war Element des Leitfadens, ebenso wie die Frage nach als „nicht schön“ erlebten Geburten, und ermöglichte einen Einblick in die individuelle Erfahrungswelt und normative Einschätzungen der jeweiligen Befragten. Die Beziehung zwischen Hebamme und Gebärender, sowie deren (familiärem) Relevanzsystem ist in Deutschland historisch gewachsen häufig eng und das Vergütungssystem ermöglicht grundsätzlich eine kontinuierliche Begleitung über den gesamten Betreuungsbogen [67], welche von den Betreuten auch gewünscht und geschätzt wird [68]. Durch diese Etablierung einer Kontinuität in der Betreuung ergibt sich ein für den Hebammenberuf stehendes besonderes Vertrauensverhältnis, welches eine enge Beziehung, auch als Arbeitsbündnis definiert, zwischen Hebamme und Betreuten entstehen lässt. Dieses Arbeitsbündnis wird in Momenten, die als „schön“, oder „nicht schön“ erlebt werden in besonderem Maße tragkräftig, wie sich in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zeigte. Grundsätzlich kann ein etabliertes Arbeitsbündnis zu einer (erneuten) Stärkung der Autonomie von Betreuten beitragen, wenn auch das Arbeitsbündnis im Kontext der Hebammenarbeit von dem ursprünglich von Oevermann vorgestellten zu unterscheiden ist, da in der Hebammenpraxis nicht immer Krisenerleben als Grundlage für dieses vorhanden ist [69]. Erkenntnisse zum Erleben von Gebärenden selbst beziehen sich auf „schöne“ Geburten, wenn diese autonom und selbstbestimmt erlebt werden [70], vom Personal werden Professionalität und eine Haltung zur physiologischen Geburt gewünscht [71], sowie Verfügbarkeit [72]. Darin zeigt sich, dass die Ansprüche der Gebärenden an die Betreuung verständlicherweise hoch sind; die in der vorliegenden Arbeit rekonstruierten Elemente „schöner“ Geburten aus der Perspektive der befragten Hebammen bezogen sich auf eine Passung zwischen Anspruch und Umsetzung in den jeweiligen Betreuungssituationen. Bei den als „nicht schön“ erlebten Geburten ließen sich neben einer fehlenden Passung zwischen Anspruch und Umsetzung auch Elemente der hierarchisch erlebten Geburtshilfe, sowie besonders Sorgen um das Wohlergehen von Gebärender und Kind rekonstruieren. Den individuellen Einschätzungen von Hebammen gezielt nachzugehen, welche Geburten sie als „schön“ oder „nicht schön“ im professionellen Sinne empfinden könnte helfen, normative Vorstellungen und deren Passung mit dem beruflichen Alltag noch gezielter zu identifizieren und diesen dann bereits während Studium und Ausbildung, sowie in der täglichen Berufspraxis Aufmerksamkeit zu widmen, bzw. eine stetige Selbstreflexion anzustoßen. Ebenso wäre eine explizite theoretische und wissenssoziologische Annäherung an das Konzept des Arbeitsbündnisses im Kontext der Hebammenbetreuung von großem Mehrwert,

um dieses besondere Verhältnis und dessen Determinanten zu verstehen, bzw. darauf bezogene praxisrelevante Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

5.3.3 Selbstreflexion als Hebamme im qualitativen Forschungsdesign

Ganz im Sinne der Gütekriterien qualitativer Forschung war eine Form der Selbstreflexion der unterschiedlichen und einander berührenden Rollen als Hebamme und Forschende in der vorliegenden Arbeit von Beginn an in die methodischen und interpretativen Überlegungen zu involvieren [73]. Im Ziel der Rekonstruktion handlungsleitender Orientierungen von Hebammen bei der Begleitung von Geburten in unterschiedlich gestalteten Gebärräumen war das Konzept des Konjunktiven Erfahrungsraumes der Dokumentarischen Methode ein zentrales Element [33]. So entwickelte sich aus dem gemeinsamen professionellen Hintergrund die Chance in den Einzel-Interviews auf das genannte Konzept des Konjunktiven Erfahrungsraumes zurückzugreifen, welches üblicherweise eher im Kontext von Gruppendiskussionen greift [74]. Die Reflexion über die eigene Standortgebundenheit als Hebamme durchzog den Forschungsprozess ab Beginn durch das Führen eines Forschungstagebuchs, Diskussion von methodischen Überlegungen und interpretativen Schlussfolgerungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Berufsgruppe und in der Verschriftlichung dieser Standortgebundenheit [35]. Es wurde dabei neben der steten Einschätzung des Risikos eines Bias durch den gemeinsamen professionellen Hintergrund auf die Chance, die sich aus diesem ergab, Bezug genommen. Denn der von den Befragten in fast allen Fällen vorgenommene Verweis auf Elemente des Konjunktiven Erfahrungsraumes ermöglichte eine häufig tiefe und rasch stattfindende Etablierung von Narrationen im geschützten Raum des Gesprächs. Diese Narrationen trugen zur Rekonstruktion der Typen in besonderem Maße bei, wie es der Dokumentarischen Methode und ihrer Realisierung, auch bei der Erhebung von Interviews grundsätzlich entspricht [33, 34]. Ebenso entwickelte sich die zuvor bereits thematisierte Frage nach der „Schönen Geburt“ aus dem gemeinsamen Erfahrungshintergrund und ermöglichte damit den Verweis auf diesen. Um sich nicht im Gesagten zu verlieren und die eigene Perspektive auf den Beruf nicht als interpretationsleitend zu erleben, wurden besonders Elemente des Konjunktiven Erfahrungsraumes aber auch weitergehende Interpretationen und schließlich die Rekonstruktion der Dimensionen und Typen stets in zwei Forschungswerkstätten und Workshops, sowie in bilateralen Gesprächen diskutiert und dahingehend überdacht.

Zusammenfassend wird diese Realisierung eines Konjunktiven Erfahrungsraumes als deutlicher Mehrwert der vorliegenden Arbeit eingeschätzt, wenn auch an manchen Stellen persönliche Betroffenheit durch das Gesagte und Erlebte bei der Forscherin entstand, welche ebenfalls

selbstreflektierend in den Interpretationsprozess einbezogen und diskutiert wurde. Weiter- und tiefergehende Forschung zur Standortgebundenheit und zum Konjunktiven Erfahrungsraum bei Forschung innerhalb kleiner Berufsgruppen, welche zudem in derart sensiblen Handlungsfeldern arbeiten wie Hebammen, ist dabei sicher dringend erforderlich.

5.4 Qualitative Studie – inhaltliche Diskussion

5.4.1 Rekonstruktion der Handlungspraxis von Hebammen ohne gleichzeitige Erhebung der Perspektive von Gebärenden

In der vorliegenden Arbeit wurden die handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen bei der Begleitung klinischer Geburten im üblichen und alternativ gestalteten Gebärraum rekonstruiert und vorgestellt. Es zeigte sich dabei, dass sich die Handlungspraxis der Hebammen in einem Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung bewegte und diesem Spannungsfeld, welches die räumlichen Bedingungen miteinschließt, unterworfen war.

Die Konzentration der Studie auf die Handlungspraxis der Hebammen beinhaltet dabei aber ein Manko – die Perspektive der Gebärenden selbst und auch deren Begleitpersonen rückt in den Hintergrund. In der vorliegenden Arbeit konnte die Perspektive der Gebärenden in der Dimension „Orientierung der Hebamme in Bezug auf die betreute Frau* und deren Relevanzsystem“ als die Handlungspraxis der Hebammen intensiv bestimmendes Element rekonstruiert werden. Darüber hinaus ließ sich der Modus Operandi der Hebamme bei der Betreuung von Gebärenden als differenzierendes Merkmal rekonstruieren, welches primär zur Typenbildung beitrug. Aus Sicht der Hebammen wurden hier die Gebärenden als zentral in der professionellen Praxis erlebt, auch wenn sich typenabhängig deutliche Unterschiede in der Orientierung an Gebärenden zeigten. Wie Gebärende selbst die Handlungspraxis von Hebammen erleben, ist prinzipiell gut erforscht. Dabei zeigen sich diverse Erkenntnisse auf die von Gebärenden wahrgenommene Rolle der betreuenden Hebamme. Diese wird über die medizinische Betreuung hinaus einerseits als Anwältin für die gute Geburt empfunden [75], grundsätzlich wird die Betreuung durch die Hebamme als Unterstützung während der gesamten Geburtsphase erhofft [76]. Die Autonomie von Gebärenden wird vor allem in ärztlich dominierten Settings als höher empfunden, wenn eine kontinuierliche Hebammen-Betreuung stattfindet [77]. Abzuleiten aus diesen Geburtserlebnissen Gebärender in Bezug zur Hebamme ist eine große Verantwortlichkeit der Hebamme vor allem dann, wenn das Geburtssetting als medikalisiert oder technologieorientiert wahrgenommen wird. Damit zeigen sich auch ohne explizite Erhebung der Wahrnehmung von Gebärenden selbst Parallelen zu den Erkenntnissen aus der vorliegenden Arbeit, in der diese Verantwortlichkeit gegenüber Gebärenden von den Hebammen durchaus wahrgenommen wurde. Allerdings leitete

sich daraus häufig ein besonderer Spannungszustand ab, wenn die Hebamme erkannte, dass sie im aktuellen Setting einem eigenen Anspruch an die Professions-Ausübung nicht gerecht werden konnte. Als weniger spannungsgenerierend wurde dabei allerdings der Umstand empfunden, dass Gebärende in ihrer Autonomie häufig stark durch die einzelne Hebamme geleitet wurden, bzw. Gebärenden die Hoheit über die Geburt abgenommen wurde. Aus den Interviews kristallisierte sich vielmehr heraus, dass ein sich selbst auferlegter Schutzauftrag von Hebammen für die Gebärenden eine Rolle spielte und so eine Hebamme dadurch nicht unbedingt in ein normatives Dilemma geriet, wenn sie von der einen Norm (Autonomie der Gebärenden) abwich, um die andere (Schutz der Gebärenden) zu befriedigen. Erkenntnisse zur direktiven Leitung von Gebärenden, um diese zu unterstützen, bzw. Gefahren von ihnen abzuwenden liegen dazu bereits vor [78]. Als eine Form der Entmündigung Gebärender zu betrachten ist, wenn die Autonomie der Gebärenden weniger stark priorisiert wird, und ihnen ihre Kompetenz, auch in anstrengenden und möglicherweise von der Physiologie abweichenden Situationen den eigenen Körper und die daraus entstehenden Vorgänge zu beherrschen, abgesprochen wird. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn diese den Gebärenden abgesprochene Autonomie dazu beiträgt, medizinisch nicht dringend notwendige Interventionen zu rechtfertigen, wie teilweise aus den Interviews zu rekonstruieren war. Eine genaue Abwägung von als notwendig erachteten Interventionen, welche bei der direktiven Leitung von Gebärenden beginnen und bei hochgradig medizinischen Interventionen wie der Sectio enden, gegen die Autonomie und körperliche wie emotionale Unversehrtheit der Gebärenden ist damit durch die betreuende Hebamme in der Praxis zu jeder Zeit notwendig. Kürzlich publizierte Erkenntnisse deuten dabei, ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit, Zusammenhänge zwischen der im Team vorherrschenden geburtshilflichen Einstellung und vor allem einem grundsätzlichen Habitus der betreuenden Hebamme im Sinne einer „abwartenden“ versus „kontrollierenden“ Haltung an [79]. Wird ein Grundsatz der Abwägung geachtet zwischen als tatsächlich im geburtshilflichen Team notwendig eingeschätzten Interventionen und solchen, die als optional betrachtet werden, können aus den vorliegenden Erkenntnissen auch Konsequenzen für handlungspraktische Empfehlungen gezogen werden, ohne dass in der hier vorgestellten Arbeit die Perspektive der Gebärenden erhoben wurde. Diese Empfehlungen beziehen sich vor allem auf die vorherrschende Notwendigkeit, auch in anstrengenden Phasen im klinischen Arbeitsalltag die Perspektive und das Erleben von Gebärenden zu erheben und zu achten, auch wenn eine Eins-zu-Eins-Betreuung aktuell nicht möglich ist. Bereits existierende Erkenntnisse zur Wahrnehmung einer guten Betreuung beziehen sich dabei auf eine grundsätzliche Verfügbarkeit der Hebamme, die bei Bedarf rasch da ist, ohne dass diese jederzeit anwesend sein muss [72].

Auch die Perspektive des anderen Elternteils wurde nicht erfasst; Erkenntnisse zum Erleben des anderen Elternteils beziehen sich grundsätzlich zusammengefasst auf vier Kriterien: intensive Gefühle, Unterstützung für die Gebärende, Unterstützung durch das Personal und der Übergang in die Vaterschaft (sic) [80]. In der vorliegenden Arbeit wurde die Perspektive des anderen Elternteils oder der Begleitpersonen bei der Geburt nicht spezifisch erfragt, in Relation zur Handlungspraxis der Hebammen ließ sich dieses Element als Teil des Relevanzsystems der Gebärenden selbst rekonstruieren. Dabei muss aber bedacht werden, dass für Gebärende sowohl die Unterstützung durch die Hebamme, als auch die durch den anderen Elternteil oder weitere Begleitpersonen durchaus als gleichwertig erlebt wird, bzw. diese beiden Formen der Unterstützung gut nebeneinander stehen können [76]. Um dabei die erlebte Unterstützung zu optimieren wären tiefergehende Untersuchungen zu verbesserter Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Begleitpersonen von Bedeutung für das Geburtserlebnis der Gebärenden und des anderen Elternteils, oder der Begleitpersonen.

5.4.2 Settingspezifika in Deutschland als determinierend für die Handlungspraxis von Hebammen

Die aktuellen Bedingungen in klinischer, aber auch außerklinischer Geburtshilfe in Deutschland wurden bereits eingangs als prekär beschrieben und tragen auch zur Erklärung der Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit bei. Die Arbeitslast und Komplexität sind sowohl statistisch als hoch zu bezeichnen [9], als auch in den Ergebnissen der Rekonstruktion nachvollziehbar und tragen elementar zur Handlungspraxis der Hebammen bei. Konzepte wie die Erstellung von Eskalationsplänen um bei Unterbesetzung im aktuellen Geschehen unmittelbar reagieren zu können, könnten auch in Deutschland helfen, die Arbeitslast gleichmäßiger zu verteilen [81].

Die rekonstruierten Elemente einer Form von Abkühlung bei Hebammen des Typs „Im ungelösten Dilemma zwischen Anspruch und Umsetzung“ bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. In der vorliegenden Arbeit stellten sich diese Elemente als Konsequenz aus widrigen Arbeitsbedingungen (Überlastung, Mangel an Wertschätzung, Verantwortlichkeitsdiffusion) dar. Diese als Coolout oder als Ellipse der Kälte bezeichnete professionsbezogene Reaktion auf Dilemmata zwischen Anspruch und Umsetzung zeigt verschiedene Abstufung von Symptomen, unter anderem eine praktische Negation der existierenden Dilemmata bei gleichzeitiger Hinnahme dieser, um eine Handlungsfähigkeit im praktischen Alltag zu erhalten [82]. Es wird vermutet, dass Coolout zu professionellen Handlungen beiträgt, welche dem eigenen normativen Anspruch nicht mehr genügen, auch wenn sie diesem Anspruch argumentativ gerecht werden möchten. Dabei werden dann individuelle Prioritäten gesetzt, welche die Handlungsfähigkeit zwar einerseits erhalten, eine Orientierung an den Betreuten damit aber gleichzeitig nicht mehr

fokussieren [64]. Nicht nur im Sinne des Coolout, sondern auch im Sinne einer Form der Normenfalle [83], wie sie ebenfalls aus der Pflege bereits bekannt ist, scheinen die befragten Hebammen der vorliegenden Studie durchaus verstrickt in einer bisweilen unlösbar scheinenden Situation aus von extern an sie herangetragenen, aber auch intern entwickelten Ansprüchen und deren nicht erreichbarer Umsetzung. Die Frage, ob Hebammen dabei als Opfer oder als Täter:innen zu sehen sind, kann in der vorliegenden Arbeit nicht gestellt und auch nicht beantwortet werden, bedarf aber weiterer Untersuchung.

Abzugrenzen ist das Konzept des Coolouts zudem vom bereits etablierten und forschungsmethodisch standardisiert erhebbaren Bild des Burnouts. Gezielt erhoben wurden die Burnout-Raten bereits bei Hebammen in skandinavischen Settings und es ergaben sich dabei Zahlen zwischen 15 und 40%, welche auf eine besonders hohe Inzidenz hinweisen [84, 85]. Dabei ist vor allem der Zusammenhang zwischen der Tatsache, dass Hebammen, welche kürzer als zehn Jahre im Beruf und/oder jünger als 40 Jahre waren, die höchste Wahrscheinlichkeit für eine Symptombelastung durch Burnout aufwiesen [85], alarmierend. Dieser Zusammenhang deckt sich mit den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit, dass vor allem noch berufsunerfahrene Hebammen das Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung als belastend und den professionellen Alltag stark beeinflussend erlebten und bedarf eindeutig weiterer Untersuchung. Eine Entwicklung nachhaltiger Unterstützungskonzepte für neu ausgebildete und junge Hebammen ist dringend notwendig. Denn die Integration junger Kolleg:innen in etablierte Teams und deren geburtshilflichen Alltag ist keineswegs reibungsfrei oder en passant möglich [86], bzw. kann jederzeit unkompliziert umgesetzt werden. Auch im deutschsprachigen Kontext deuten sich hohe Raten psychischer Erschöpfung im Hebammenberuf (als Wegbereiter für Burnout oder möglicherweise Coolout) an [87]. Zur Verbindung zwischen den Phänomenen des Burnouts und Coolouts sind ebenfalls dringend weitere Untersuchungen nötig, welche sich besonders auf eine Validierung des Konzepts Coolout fokussieren müssen, um daran anschließend weitere Erkenntnisse zu generieren und eine vertiefte Untersuchung beider Konzepte im Berufsalltag zu schaffen. Gleichzeitig ist eine Förderung der Bewusstheit für die genannten Verbindungen zwischen Arbeitsalltag und Konsequenzen für eigene physische und psychische Gesundheit bei klinisch (und außerklinisch) arbeitenden Hebammen elementar, um frühzeitig Warnsymptome zu erkennen und Gegen-Maßnahmen zu ergreifen.

Tatsächlich ist schon bekannt, dass die aktuellen Rahmenbedingungen Einfluss auf die Handlungspraxis von Hebammen nehmen, wobei dennoch immer wieder eine Orientierung am Outcome der Gebärenden realisiert wird [88]. In der vorliegenden Arbeit ließen sich Spuren von Zusammenhängen zwischen Team- und Hierarchie-Strukturen und der Handlungspraxis von

Hebammen rekonstruieren, die weiterer Untersuchung bedürfen. Auch diese Spannungen sind nicht neu und ließen sich unter anderem in Bezug auf die unterschiedlichen Geburtskulturen früher schon feststellen. Bemerkenswert und für die praktische Tätigkeit besonders relevant ist dabei die Tatsache, dass sich Gebärende dieser Spannungen bewusst sind und diese als den Geburtsablauf berührend einschätzen [89]. Falls sich aus als förderlich erlebten Team- und Hierarchie-Strukturen tatsächlich eine Form des Schutzfaktors, wie im Falle des Typs „In Balance zwischen Anspruch und Umsetzung“ gegen die Entwicklung einer deutlichen Distanzierung von der Gebärenden und einer Form des Ausbrennens oder Abkühlens von Hebammen ableiten lassen könnte, wären diese Strukturen durch Maßnahmen des klinischen Settings ebenso zu beleuchten und zu fördern, wie auch in die hochschulische Ausbildung aller beteiligten Berufsgruppen zu integrieren.

Für den Hybridakteur und den Einfluss, den der Raum auf die Handlungspraxis von Hebammen nach sich zieht, sind neben den Rahmenbedingungen damit auch die räumlichen Gegebenheiten in ihrer Wechselwirkung mit zu bedenken. Sowohl die tatsächliche Ausstattung eines Gebärraumes auch sein atmosphärisches Potenzial sind als Einflussfaktor für die Handlungen vorstellbar [27] und konnten genauso in der aktuellen Studie nachvollzogen werden. Allerdings sind die Gestaltungsmöglichkeiten des Raumes durch die Handelnden einerseits zwar vor allem in Rahmen der Geburtshilfe durchaus als eingeschränkt zu betrachten (klinische Vorgaben, sowie außerklinische private Bedingungen), in der vorgestellten Arbeit zeigten die befragten Hebammen andererseits deutliche Bestrebungen, den jeweiligen Raum selbst zu gestalten und folgten damit theoretischen Vorstellungen zu diesem Vorgang [27]. Als interessantes neues Forschungsobjekt deutet sich dabei besonders die erlebte eingeschränkte Handlungsfreiheit im Raum an, welche grundsätzlich durch den Charakter eines Hybridakteurs vermutet wird [90, 91]. Diese Einschränkung kann als erklärend für erlebte Mängel in der Handlungsfähigkeit der befragten Hebammen vermutet werden und bedarf weiterer Forschung.

5.4.3 Entfaltungsmöglichkeiten des Potenzials des Raumes

Grundsätzlich deutet sich an, dass eine Neu-Gestaltung von Gebärräumen deutliche Vorteile ohne Risiken für die Geburt ermöglicht. Durch Vermischung von Einflussvariablen (veränderte Betreuungspersonen, erhöhter Betreuungsschlüssel) ist eine eindeutige Zuordnung zur räumlichen Neugestaltung allerdings häufig nicht möglich [14]. Was allerdings auch in früheren Studien schon festgestellt wurde ist eine Form des Zusammenhangs zwischen Handlungspraxis von Hebammen und räumlicher Gestaltung, bzw. deren geburtshilflicher Ausrichtung in Form einer Philosophie [92].

Der alternativ gestaltete Gebärraum der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“ wurde entwickelt, um die Rate an vaginalen Geburten zu erhöhen und Interventionen zu reduzieren, vermittelt über den Gedanken, dass die alternative Gestaltung des Raumes zu mehr Autonomie und Beweglichkeit der Gebärenden und damit mehr aufrechten Gebärhaltungen führen könnte [21]. Diese Ziele wurden für den alternativen Gebärraum deutlich erreicht, entgegen der Erwartungen aber auch für den üblichen Gebärraum in den teilnehmenden Kliniken [22]. Mit diesen Ergebnissen in Verbindung stehen könnten unter anderem die für eine mögliche Randomisierung im Rahmen der kontrollierten Interventionsstudie notwendigen Bedingungen, welche zwei gleichzeitig frei zur Verfügung stehende Gebärräume als zwingend gegeben verlangten. Bei zwei freistehenden Räumen war notwendigerweise auch die Arbeitslast der jeweiligen Hebammen nicht so hoch, eine Eins-zu-Eins-Betreuung damit eher möglich und die Interventionsraten insgesamt niedriger. Mit den vorliegenden Ergebnissen der Interviewstudie ist das Potenzial des Gebärraumes selbst nicht abschließend geklärt, vielmehr zeigte sich deutlich ein Hinweis auf eine Verbindung zu weiteren Umständen des jeweiligen Settings [22]. Die Handlungspraxis der befragten Hebammen in der vorliegenden Arbeit zeigte sich in einer engen und komplexen Verbindung zu den vorherrschenden Bedingungen des aktuellen beruflichen Settings. Es ließen sich dabei Verknüpfungen zwischen der Nutzung des Raumes in seinen Möglichkeiten und dem Typ der jeweiligen Handlungspraxis der Hebamme rekonstruieren, welche in einer Vorstellung des Hybridakteurs aus Raum und Hebamme mündeten. Damit ist die Verzahnung zwischen räumlicher Ausstattung und Handlungspraxis ganz im Sinne der A-N-T auch für den Bereich der Hebammenpraxis erkennbar [26, 35, 93]. Eine aktive Rolle im klinischen Setting kann beispielsweise das Bett erhalten, wenn es als nützlich oder hinderlich erlebt wird, um die eigenen Handlungsziele zu erreichen. Als möglicherweise ursächlich können hier Bedingungen diskutiert werden, welche sich unter der Prämisse „Wechsel zwischen vorläufiger menschlicher Sinngebung und Zielsetzung auf der einen und materieller Widerständigkeit und leichter Zielverschiebung auf der anderen Seite“ [94] S. 31 treffend zusammenfassen lassen. Ebenso wie die dort formulierte Überlegung, dass sich bei der spielerischen und experimentierenden Nutzung von Objekten neue Sinngebungen entwickeln können, ist die Feststellung, dass „Objekte und Absichten wie die zwei Walzen einer Mangel den Stoff pressen, prägen und aneinander anpassen“ [94] S. 31 als Erklärungsmöglichkeit für Abweichungen zwischen Intention und Nutzung, aber auch die Angleichung der Zahlen im alternativ und üblich gestalteten Gebärraum eine Option. Eine stringente, differenzierende und weiterhin auf techniksoziologische Bedingungen ausgerichtete Untersuchung der technischen und weiteren nicht-menschlichen Aktanten im Gebärraum ist damit zwingend notwendig, um die Handlungspraxis von Hebammen noch verstehbarer zu

machen. Erst dann kann das tatsächliche Potenzial einer alternativen Gestaltung des Gebärraumes trennscharf erhoben werden, um es nachfolgend auszuschöpfen.

Zudem sind die derzeit in der deutschen Geburtshilfe vorherrschenden Bedingungen [9] in der vorliegenden Arbeit so aktuell und damit im Vordergrund der handlungsleitenden Orientierungen der befragten Hebammen, dass die erforderliche Differenzierung zwischen räumlich-technischen und professionsbezogenen organisatorischen Bedingungen, welche eine trennscharfe Rekonstruktion einer möglicherweise veränderten Handlungspraxis durch eine veränderte Raumgestaltung ermöglicht hätte, nicht vorgenommen werden konnte. So können die Erkenntnisse lediglich als Inspiration für weitere Überlegungen zur Umsetzung in die Praxis, sowie künftige Forschungsprojekte dienen. Gleichzeitig ergibt sich aus dieser Erkenntnis aber der Auftrag, diese prekären Bedingungen im Sinne der autonomieorientierten Betreuung von Gebärenden dringend anzugehen [95] und nach Evidenzen zu suchen, welche „Best-Practice-Modelle“ zur Folge haben können. So kann ein Übergang geschaffen werden, bis politische Maßnahmen greifen, eine gebärendenorientiertere Hebammenpraxis zu ermöglichen, ohne die dabei tätigen Hebammen (und ärztlichen Geburtshelfer:innen) über ihre Belastungsgrenze hinauszuführen.

5.5 Bedeutung der Dissertation: Implikationen und Handlungsfelder

Die sich in der vorliegenden Arbeit zeigenden Spannungsfelder zwischen Anspruch und Umsetzung der Handlungspraxis sind nicht neu [96] und wurden doch in dieser Form so noch nicht rekonstruiert. Damit wurde ein Beitrag zu professionstheoretischen Überlegungen des Hebammenberufes geleistet, welcher die Mitbetrachtung der settingimmanenten und räumlichen, sowie der technischen Bedingungen des jeweiligen Gebärraumes fordert. Erst so kann mit der Technikvergessenheit [25] auch in der Professionstheorie des Hebammenberufes aufgeräumt werden und es wird vielmehr eine ganzheitliche Betrachtung möglich.

Diese ganzheitliche Betrachtung und professionstheoretische Überlegungen in diesem Sinne können dazu beitragen, den Hebammenberuf und dessen Implikationen im Rahmen der aktuellen geburtshilflichen Bedingungen in Deutschland neu zu denken. Gemessen an den derzeitigen Anforderungen an die geburtshilfliche Begleitung Gebärender im gesamten Betreuungskontinuum ist eine Form des „Weiter so“ für den Hebammenberuf nicht möglich. Auch wenn die notwendige Gesetzesreform es seit 2020 festlegt, dass der Beruf voll akademisiert wird, ist damit die Professionsentwicklung selbstverständlich nicht abgeschlossen. Vielmehr kann die vorliegende Arbeit dazu beitragen, auf Spannungsfelder und Dilemmata zwischen Anspruch und Umsetzung bereits während Studium und Beginn der Praxis hinzuweisen und nach Wegen zu

suchen, diese nicht handlungsleitend werden zu lassen. Dazu beitragen könnten sowohl intra-, als auch interprofessionelle Reflexionssitzungen im Rahmen klinischer Teams ebenso wie der Verweis auf diese Dilemmata an Entscheidungsträger:innen in klinischen Organisationseinheiten. Durch das Bewusstsein aller Beteiligten dafür könnte ebenso ein erster Schritt zu Änderungen und Verbesserungen geschaffen werden wie durch die Weitergabe dieser Erkenntnisse an politische Entscheidungsträger:innen, welche sich im Rahmen ihrer Vorgaben als die Hebammenpraxis beeinflussend zeigen.

Denn das Kernstück und Ziel von Hebammenarbeit soll die evidenzbasierte, vertrauensvolle und als unterstützend erlebte Betreuung von Frauen* und Familien im gesamten Betreuungsbogen sein [95].

5.6 Schlussfolgerung

Mit der vorliegenden Arbeit zu handlungsleitenden Orientierungen von Hebammen bei Begleitung der Geburt in verschiedenen Gebärräumen wurde ein Bild der aktuellen Handlungspraxis von Hebammen in Deutschland geschaffen.

Die vorliegende Arbeit schloss einen Teil der Forschungslücke indem die Handlungspraxis von Hebammen in üblichen und alternativ gestalteten Gebärräumen untersucht und handlungsleitende Orientierungen rekonstruiert wurden. Dies wurde ermöglicht über eine theoretische Fundierung aus der A-N-T und der entsprechenden Rahmung der Ergebnisse aus der Interviewstudie. So konnten die Ergebnisse erklärbar gemacht werden und es wurde ermöglicht, eine Nachvollziehbarkeit für die Erkenntnisse im Sinne der „Trägheit“ des Handelns zu entwickeln. Denn einmal entwickelte Handlungsformen, Routinen und Abläufe sind tief verankert als Handlungspraxis und einer Änderung schwer zugänglich. Intendierte Änderungen erfordern dabei mehr als von außen gesteuerte normative und willentlich angestrebte Entwicklungen [93].

Mit den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit können nun weitere Schritte in der Entwicklung der klinischen Geburtshilfe überlegt werden. Dem Raum, bzw. geburtshilflichen Komplex und auch der der jeweiligen Geburtshilfe zugrunde liegenden Philosophie sollten dabei genauso Beachtung geschenkt werden wie Teamaspekten, Überlegungen zur Finanzierbarkeit und weiteren strukturellen Bedingungen.

6. Literatur

1. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen: Hebammengesetz - HebG; 2019 [Stand: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html.
2. Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. S3 Leitlinie die vaginale Geburt am Termin; 2020 [Stand: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083.
3. Deutscher Hebammenverband. Hebammenkreißsäle in Deutschland [Stand: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://www.hebammenverband.de/familie/hebammen-kreisssaele/.
4. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2008; (4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
5. Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. Journal of Advanced Nursing 2012; 68(11):2376–86. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x.
6. QUAG Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. Geburtenzahlen in Deutschland; 2023. Verfügbar unter: https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm.
7. Metz-Becker M. Hebammen und medizinische Geburtshilfe im 18./19. Jahrhundert. Die Hochschule : Journal für Wissenschaft und Bildung 2013; 22(1):33–42.
8. Michel-Schuldt M, McFadden A, Renfrew M, Homer C. The provision of midwife-led care in low-and middle-income countries: An integrative review. Midwifery 2020; 84:102659. doi: 10.1016/j.midw.2020.102659.
9. Albrecht M, Loos S, der Heiden I an, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M et al. Stationäre Hebammenversorgung: Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit; 2019. Verfügbar unter: https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html [Stand: 23.10.2023].
10. Deutscher Hebammenverband. Landkarte der Unterversorgung: Unterversorgung melden [Stand: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://www.unsere-hebammen.de/aktionen/unterversorgung-melden/.
11. OECD. Caesarean sections [Stand: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm.
12. World Health Organization Human Reproduction Programme. WHO Statement on caesarean section rates. Reproductive Health Matters 2015; 23(45):149–50. doi: 10.1016/j.rhm.2015.07.007.
13. Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Österreichische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. S3 Leitlinie Die Sectio Caesraea; 2020 [Stand: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-084.
14. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev 2012; 2012(8):CD000012. doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4.

15. Bowden C, Sheehan A, Foureur M. Birth room images: what they tell us about childbirth. A discourse analysis of birth rooms in developed countries. Midwifery 2016; 35:71–7. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.003.

16. Ecarius J, Schäffer B, Hrsg. Typenbildung und Theoriegenerierung: Methoden und Methodologien qualitativer Bildungs- und Biographieforschung. 2. überarbeitete Auflage. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2020.

17. Lorentzen IP, Andersen CS, Jensen HS, Fogsgaard A, Foureur M, Lauszus FF et al. Does giving birth in a "birth environment room" versus a standard birth room lower augmentation of labor? - Results from a randomized controlled trial. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X 2021; 10:100125. doi: 10.1016/j.eurox.2021.100125.

18. Berg M, Goldkuhl L, Nilsson C, Wijk H, Gyllensten H, Lindahl G et al. Room4Birth - the effect of an adaptable birthing room on labour and birth outcomes for nulliparous women at term with spontaneous labour start: study protocol for a randomised controlled superiority trial in Sweden. Trials 2019; 20(1):629. doi: 10.1186/s13063-019-3765-x.

19. Jamshidi Manesh M, Kalati M, Hosseini F. Snoezelen Room and Childbirth Outcome: A Randomized Clinical Trial. Iranian Red Crescent Medical Journal 2015; 17(5):e18373. doi: 10.5812/ircmj.17(5)2015.18373.

20. Balabanoff D. Color, light, and birth space design: An integrative review. Color Research & Application 2023. doi: 10.1002/col.22842.

21. Ayerle GM, Schäfers R, Seliger G. Effekt der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus und das Wohlbefinden von Frauen am Geburtstermin: Studienprotokoll; 2020.

22. Striebich S, Ayerle GM. Effect of the birth environment on term singleton births in hospitals results of the randomized controlled trial Be Up; 2022. (Normal Labour and Birth Research Conference 2022).

23. Ayerle GM, Mattern E, Striebich S, Oganowski T, Ocker R, Haastert B et al. Effect of alternatively designed hospital birthing rooms on the rate of vaginal births: Multicentre randomised controlled trial Be-Up. Women and Birth 2023. doi: 10.1016/j.wombi.2023.02.009.

24. Blumer H. Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, Hrsg. Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1973.

25. Joerges B. Technik - Körper der Gesellschaft: Arbeiten zur Techniksoziologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1996.

26. Belliger A, Krieger DJ, Hrsg. ANThology: Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: Transcript-Verl.; 2006. (ScienceStudies).

27. Busch K. Hybride. Der Raum als Aktant. In: Kulturelle Umbau. Räume, Identitäten und Re-/Präsentationen. S. 13–28.

28. Polanyi M. Implizites Wissen. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2016. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft; Bd. 543).

29. Bohnsack R. Professionalisierung in praxeologischer Perspektive: Zur Eigenlogik der Praxis in Lehramt, Sozialer Arbeit und Frühpädagogik. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2020.

30. Welser S. Fraktale Vielfalt zwischen Pädagogik und Politik: Eine rekonstruktive Studie zu handlungsleitenden Orientierungen in der Mädchenarbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016.

31. Hinzke J-H. Lehrerkrisen im Berufsalltag: Zum Umgang mit Spannungen zwischen Normen und Orientierungsrahmen. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH; 2017. (Rekonstruktive BildungsforschungBand 19).

32. Bütow B, Chassé KA, Maurer S, Hrsg. Soziale Arbeit zwischen Aufbau und Abbau: Transformationsprozesse im Osten Deutschlands und die Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: VS Verlag; 2006.

33. Nohl A-M. Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis. 4., überarb. Aufl. Wiesbaden: Springer VS; 2012. (Qualitative Sozialforschung).

34. Bohnsack R. Praxeologische Wissenssoziologie. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich; 2017. (UTB Erziehungswissenschaft, Sozialwissenschaft).

35. Bohnsack R, Hrsg. Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007.

36. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 2005; 8(1):19–32. doi: 10.1080/1364557032000119616.

37. Sutton A, Clowes M, Preston L, Booth A. Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. Health Info Libr J 2019; 36(3):202–22. doi: 10.1111/hir.12276.

38. Nordhausen T, Hirt J. One size does not fit all - systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken [Klinische Pflegeforschung] 2019; (5):2–39.

39. Luegmair K, Ayerle GM, Steckelberg A. Midwives' action-guiding orientation while attending hospital births - A scoping review. Sex Reprod Healthc 2022; 34:100778. doi: 10.1016/j.srhc.2022.100778.

40. Covidence: Better systematic review management; 2021 [Stand: 13.05.2022]. Verfügbar unter: https://www.covidence.org/.

41. Witzel A. The Problem-Centered Interview. FQS 2000; 1(1). doi: 10.17169/fqs-1.1.1132.

42. Rosenthal G. Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung. 5., aktualisierte und ergänzte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2015. (Grundlagentexte Soziologie).

43. Amling S, Geimer A, Rundel S, Thomsen S. Jahrbuch Dokumentarische Methode. Heft 2-3/2020: SSOAR - GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences; 2020. JDM - Jahrbuch Dokumentarische Methode.

44. Mey G, Mruck K, Hrsg. Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag; 2010.

45. Bohnsack R. Habitus, Norm und Identität. In: Schülerhabitus: Springer VS, Wiesbaden; 2014. S. 33–55.

46. Nohl A-M. Relationale Typenbildung und Mehrebenenvergleich: Neue Wege der dokumentarischen Methode. Wiesbaden: Springer VS; 2013. (Qualitative Sozialforschung).

47. Luegmair K, Ayerle GM, Steckelberg A. Midwives' practice-guiding orientations when attending births in the clinical setting in Germany – a qualitative study: Manuscript submitted; 2023.

48. Akremi L. Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung: Springer VS, Wiesbaden; 2022. S. 405–24.

49. Völter B. Biographie und Professionen. In: Handbuch Biographieforschung: Springer VS, Wiesbaden; 2018. S. 473–84.

50. MAXQDA. Die Software für Qualitative Datenanalyse und Mixed Methods [Stand: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://www.maxqda.de/.

51. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. München: Oldenbourg Verlag; 2014.

52. Seibold C., Licqurish S., Rolls C., Hopkins F. 'Lending the space': Midwives perceptions of birth space and clinical risk management. Midwifery 2010; 26(5):526–31. Verfügbar unter: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104925853&lang=de&site=ehost-live.

53. Carolan-Olah M, Kruger G, Garvey-Graham A. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. Midwifery 2015; 31(1):112–21. Verfügbar unter: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=103925797&lang=de&site=ehost-live.

54. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives 2017; 30(5):367–75. doi: 10.1016/j.wombi.2017.02.005.

55. Hyde A, Roche-Reid B. Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife. Social Science & Medicine 2004; 58(12):2613–23. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.09.014.

56. Keating A, Fleming VEM. Midwives' experiences of facilitating normal birth in an obstetric-led unit: a feminist perspective. Midwifery 2009; 25(5):518–27. Verfügbar unter: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105334905&lang=de&site=ehost-live.

57. Berg M, Asta Ólafsdóttir O, Lundgren I. A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. Sex Reprod Healthc 2012; 3(2):79–87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001.

58. Blaaka G, Schauer Eri T. Doing midwifery between different belief systems. Midwifery 2008; 24(3):344–52. doi: 10.1016/j.midw.2006.10.005.

59. van Kelst L, Spitz B, Sermeus W, Thomson AM. A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care. Midwifery 2013; 29(1):e9-17. doi: 10.1016/j.midw.2011.10.002.

60. Styles C, Kearney L, George K. Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: The experience of midwives and obstetricians. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives 2020; 33(4):343–51. Verfügbar unter: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=143700695&lang=de&site=ehost-live.

61. Luegmair K, Ayerle G, Steckelberg A. Midwives' orientation patterns during birth in different birthing spaces - a reconstructive study: Manuscript under review. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft; 2023.

62. Deliktas Demirci A, Kabukcuoglu K, Haugan G, Aune I. Turkish midwives' experiences and opinions in promoting normal births: A grounded theory study. Midwifery 2021; 99:103006. doi: 10.1016/j.midw.2021.103006.

63. Thelin IL, Lundgren I, Hermansson E. Midwives' lived experience of caring during childbirth – a phenomenological study. Sex Reprod Healthc 2014; 5(3):113–8. doi: 10.1016/j.srhc.2014.06.008.

64. Kersting K. Coolout im Pflegealltag. PfleGe 1999; 4(3):53–60.

65. Healy S, Humphreys E, Kennedy C. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review; 2016. (Bd. 29). Verfügbar unter: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1871519215002917?token=35D448A2C031B0C6D884E36CCBD83388DDBE2D3491B5F9291B9698710F2FCBA63D66A4791225B54934DA261FEB04C499&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230216110051.

66. Smith V, Begley CM, Clarke M, Devane D. Professionals' views of fetal monitoring during labour: a systematic review and thematic analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12(1):166. Verfügbar unter: https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2393-12-166.

67. GKV-Spitzenverband. Hebammen-Vergütungsvereinbarung: zum Vertrag nach § 134a SGB V; 2018. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Lesefassung_Hebammen-Verguetungsvereinbarung_ab_2018-07-15.pdf.

68. Makarova N, Klein TM, Schmittinger J, Agricola CJ, Blome C, Zyriax B-C. MiCa – Midwifery Care: Erforschung von Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen von Frauen an die Hebammenbetreuung. In: Soziale Gesundheit neu denken: Herausforderungen für Sozialmedizin und medizinische Soziologie in der digitalen Spätmoderne – Gemeinsame Jahrestagung der DGSMP und der DGMS: Georg Thieme Verlag; 2022 [Das Gesundheitswesen].

69. Garz D, Raven U. Theorie der Lebenspraxis: Einführung in das Werk Ulrich Oevermanns. Wiesbaden: Springer VS; 2015.

70. Smythe E, Hunter M, Gunn J, Crowther S, McAra Couper J, Wilson S et al. Midwifing the notion of a 'good' birth: a philosophical analysis. Midwifery 2016; 37:25–31. doi: 10.1016/j.midw.2016.03.012.

71. Melender H-L. What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. Journal of midwifery & women's health 2006; 51(5):331–9. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.02.009.

72. Luegmair K, Zenzmaier C, Oblasser C, König-Bachmann M. Women's satisfaction with care at the birthplace in Austria: Evaluation of the Babies Born Better survey national dataset. Midwifery 2018; 59:130–40. doi: 10.1016/j.midw.2018.01.003.

73. Dausien B. Reflexivität, Vertrauen, Professionalität. Was Studierende in einer gemeinsamen Praxis qualitativer Forschung lernen können. FQS 2007; 8(1).

74. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg; 2021. (Lehr- und Handbücher der Soziologie).

75. Malacrida C, Boulton T. The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. Health (London, England : 1997) 2014; 18(1):41–59. doi: 10.1177/1363459313476964.

76. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. Nursing Research and Practice 2013; 2013:349124. doi: 10.1155/2013/349124.

77. Vedam S, Stoll K, McRae DN, Korchinski M, Velasquez R, Wang J et al. Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. Patient Education & Counseling 2019; 102(3):586–94. doi: 10.1016/j.pec.2018.10.023.

78. Osborne K, Hanson L. Directive versus supportive approaches used by midwives when providing care during the second stage of labor. Journal of midwifery & women's health 2012; 57(1):3–11. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00074.x.

79. Zondag LDC, Maas VYF, Beuckens A, Nieuwenhuijze MJ. Experiences, Beliefs, and Values Influencing Midwives' Attitudes Toward the Use of Childbirth Interventions. Journal of midwifery & women's health 2022; 67(5):618–25. doi: 10.1111/jmwh.13392.

80. Schmitt N, Striebich S, Meyer G, Berg A, Ayerle GM. The partner's experiences of childbirth in countries with a highly developed clinical setting: a scoping review. BMC Pregnancy Childbirth 2022; 22(1):742. doi: 10.1186/s12884-022-05014-1.

81. RCM - The Royal College of Midwives. Position Statement: Safe Staffing; 2022.

82. Kersting K. Das Phänomen „Coolout“ in der Pflege – bedeutsam auch für Hebammen? Hebamme 2015; 28(03):154–6. doi: 10.1055/s-0034-1384312.

83. Kemser J, Kerres A. Lehrkompetenz lehren: Beiträge zur Profilbildung Lehrender. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg; 2018. (De Gruyter eBook-Paket SozialwissenschaftenBand 17).

84. Henriksen L, Lukasse M. Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. Sex Reprod Healthc 2016; 9:42–7. doi: 10.1016/j.srhc.2016.08.001.

85. Hildingsson I, Westlund K, Wiklund I. Burnout in Swedish midwives. Sex Reprod Healthc 2013; 4(3):87–91. doi: 10.1016/j.srhc.2013.07.001.

86. Fenwick J, Hammond A, Raymond J, Smith R, Gray J, Foureur M et al. Surviving, not thriving: a qualitative study of newly qualified midwives' experience of their transition to practice. J Clin Nurs 2012; 21(13-14):2054–63. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04090.x.

87. Bauknecht J, Wesselborg B. Psychische Erschöpfung in sozialen Interaktionsberufen von 2006 bis 2018. Präv Gesundheitsf 2022; 17(3):328–35. doi: 10.1007/s11553-021-00879-0.

88. Freeman LM, Adair V, Timperley H, West SH. The influence of the birthplace and models of care on midwifery practice for the management of women in labour. Women and Birth 2006; 19(4):97–105. doi: 10.1016/j.wombi.2006.10.001.

89. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. Qualitative Health Research 2012; 22(7):897–910. doi: 10.1177/1049732312440330.

90. Rammert W, Schulz-Schaeffer I. Technik und Handeln: wenn soziales Handeln sich auf menschliches Verhalten und technische Artefakte verteilt 2002:11–64.

91. Weyer J. Die Kooperation menschlicher Akteure und nicht-menschlicher Agenten: Ansatzpunkte einer Soziologie hybrider Systeme: DEU; Dortmund; 2006. (Bd. 16).

92. Dahlen HG, Downe S, Jackson M, Priddis H, Jonge A de, Schmied V. An ethnographic study of the interaction between philosophy of childbirth and place of birth. Women and Birth 2021; 34(6):e557-e566. doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.008.

93. Reckwitz A. Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken: Eine sozialtheoretische Perspektive. Zeitschrift für Soziologie 2003; 32(4):97–130. doi: 10.1515/9783839409176-004.

94. Rammert W. Technik – Handeln – Wissen: Zu einer pragmatistischen Technik- und Sozialtheorie. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS; 2016.

95. DHV - Deutscher Hebammenverband. Leitbild des Deutschen Hebammenverbandes [Stand: 23.10.2023]. Verfügbar unter: https://hebammenverband.de/?s=leitbild.

96. Hoffmann E. Hebammen im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Das Phänomen Coolout bei Hebammen [Masterthesis]. Innsbruck: fhg Tirol; 2016.

7. Thesen der Dissertation

1. Die Handlungspraxis von Hebammen unterliegt vielseitigen Einflüssen, besonders bei der Begleitung klinischer Geburten

2. Elemente der Handlungspraxis (Handlungsformen, Routinen und Abläufe) sind tief verankert und einer Änderung schwer zugänglich

3. Grundsätzlich können zentrale Elemente der Handlungspraxis klinisch tätiger Hebammen auf drei Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) festgestellt werden

4. Die räumliche Gestaltung klinischer Gebärräume kann als ein Element der Einflussnahme vermutet werden – vermittelt über Wirkmechanismen, die der Techniksoziologie entspringen

5. Eine alternative Gestaltung des Gebärraumes kann somit möglicherweise auch zur Änderung der Handlungspraxis von dort agierenden Hebammen beitragen

6. Die Handlungspraxis von Hebammen in verschiedenen Gebärräumen Deutschlands konstituiert sich aus fünf Dimensionen, die sich aus der Orientierung gegenüber zentralen Elementen im Moment der geburtshilflichen Begleitung ergeben

7. Unterschiedliche Typen der handlungsleitenden Orientierungen im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Umsetzung der Hebammenpraxis zeigen eine Vielfalt von Handlungspraxis

8. Zur Erklärung der Verbindung zwischen Dimensionen der Handlungspraxis und Typen tragen Orientierungsmuster der Hebammen bei, die sich aus individuellen und institutionellen Rahmenbedingungen ergeben

9. Eine trennscharfe Erhebung des Potenzials einer alternativen Gestaltung des Gebärraumes kann derzeit aufgrund gesellschaftlicher und geburtshilflicher Rahmenbedingungen nicht erfolgen

10. Eine stringente, differenzierende und weiterhin auf techniksoziologische Bedingungen ausgerichtete Untersuchung des Gebärraumes und der dort Handelnden ist zwingend notwendig, um die Handlungspraxis von Hebammen noch verstehbarer zu machen

Anhang

Anhang 1: Kurzfragebogen

Berufserfahrung als Hebamme	< 5 Jahre	5-9 Jahre	> 10-19 Jahre	> 20 Jahre	Sonstiges:
Ausbildung zur Hebamme	Ausbildung	Studium			Sonstiges:
Tätigkeitsbereich	nur klinisch	nur außerklinisch	klinisch & außerklinisch		Sonstiges:
Aktuelle Zahl an betreuten Geburten im Jahr	0-24	25-49	50-99	>100	Sonstiges:
Aktueller Rahmen der klinischen Arbeit	nur angestellt	nur freiberuflich	angestellt & freiberuflich		Sonstiges:
Weitere Qualifikationen	Studium	Weiterbildungen	Fortbildungen zur aufrechten Geburt		Sonstiges:
Aliasname (Vorname eigener Wahl)					

Anhang 2: Ethikvotum

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät
Ethik-Kommission

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

[redacted]

Institut für Gesundheits- und
Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8
06112 Halle

Eingegangen
Institut f. Gesundheits- u. Pflegewissenschaft
am: -5. Nov. 2019

[redacted]

Ihre Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unsere Zeichen	Datum
		st-bü	30.10.2019

Postanschrift:
06097 Halle (Saale)

Hausanschrift:
Magdeburger Straße 16
06112 Halle (Saale)

Geschäftsstelle:
Tel 0345 557-4476
Fax 0345 557-4477
E-Mail ethik-kommission@uk-halle.de
Internet: www.medizin.uni-halle.de/

Bankverbindung:
Deutsche Bundesbank,
Filiale Magdeburg
IBAN:
DE37810000000080001530
BIC:
MARKDEF1810

Steuernummer: 111/144/02550
(Finanzamt Halle-Nord)

Bearbeitungs-Nummer: 2019-116
Titel der Studie: Handlungsorientierung von Hebammen bei der Begleitung von Geburten im Gebärräumen von geburtshilflichen Kliniken - eine Teiluntersuchung der Studie "Be-Up: Geburt aktiv"

Sehr geehrte [redacted]

mit Schreiben vom 18.10.2019 zur oben genannten Studie haben Sie ausführlich zum Votum der Ethik-Kommission vom 10.09.2019 Stellung genommen sowie folgende Unterlagen übersandt:

- Studienprotokoll vom 09.10.2019 (mit Markierung der Änderungen),
- Probandinneninformation Version 2 (ohne Datum, mit Markierung der Änderungen).

Per E-Mail vom 21.10.2019 wurde nachgereicht:

- Einwilligungserklärung Version 2 vom 09.10.2019 (mit Markierung der Änderungen).

Die Auflagen des Votums der Ethik-Kommission vom 10.09.2019 sind erfüllt. Ich kann Ihnen bestätigen, dass seitens der Kommission keine ethischen Bedenken gegen die Durchführung der Studie bestehen.

Gemäß Abschnitt 23 der revidierten Deklaration von Helsinki (2013) bittet die Ethik-Kommission um die Vorlage eines Abschlussberichts oder einer Publikation nach Beendigung des Forschungsvorhabens.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Anhang 3: Einverständnis und Aufklärungsmaterialien

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
[redacted]

Einwilligungserklärung

Studie zum Thema: Handlungsorientierung von Hebammen bei der Begleitung von Geburten in Gebärräumen von geburtshilflichen Kliniken (Teiluntersuchung der Studie „Be-Up: Geburt aktiv“

Ich bin über die Inhalte der Studie und deren Ablauf ausreichend aufgeklärt worden. Ich habe die Probandinnen-Information gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe zufriedenstellende Antworten erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an einem Interview/Gespräch zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich während des Gesprächs und bis 2 Wochen danach und ohne Angabe von Gründen diese Einwilligung widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Falls ich meine Teilnahme widerrufe, werden alle Daten, die sich auf meine Person beziehen lassen, gelöscht.

Mir ist bekannt, dass die Gespräche digital aufgezeichnet werden und meine Daten in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form gespeichert, sicher verwahrt und ohne personenidentifizierende Angaben ausgewertet werden. Alle Daten werden entsprechend der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt; die Forscherin und die beteiligten Mitarbeiterinnen des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (MLU) sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Die Audiodateien, die „Schlüsselliste“ (Liste mit Namen und Decknamen der Studien-Teilnehmerinnen) und handschriftliche Aufzeichnungen der Forscherin werden nach Abschluss der Promotion (Sommer 2022) unwiederbringlich vernichtet. Die Verschriftlichung des Interviews/Gesprächs und der Kurzfragebogen werden spätestens 3 Jahre nach Abschluss der Promotion entsprechend gesetzlicher Vorgaben gelöscht.

Bei einer Veröffentlichung werden möglicherweise kurze anonymisierte Passagen der Gespräche als Ankerbeispiele zur Erläuterung der Ergebnisse herangezogen. Ein Rückschluss auf meine Person ist hierbei nicht möglich.

Durch die Teilnahme an dem Forschungsprojekt entstehen mir keine Kosten oder sonstigen Verpflichtungen.

Ich habe eine Kopie des Informationsbogens und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

lch willige ein, dass das Gespräch/lnterview, das für den Zweck der oben genannten Studie durchgeführt wird, digital aufgezeichnet wird. Diese Aufnahme darf in pseudonymisierter (d.h. verschlüsselter) Form verschriftlicht und wissenschaftlich ausgewertet werden.

Name, Vorname (Blockschrift)	Ort, Datum	Unterschrift

Aufklärende Person: [redacted]

Name, Vorname (Blockschrift)	Ort, Datum	Unterschrift

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
[redacted]

Datenschutzinformation gemäß Europäischer Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Information zu den in der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) festgelegten Rechten (Art. 12 ff. DS-GVO):

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten (im Interview/Gespräch und Kurzfragebogen) bildet Ihre freiwillige schriftliche Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a. DS-GVO.

Erhobene Daten

Im Interview/Gespräch bzw. dem vorgeschalteten Kurzfragebogen folgende personenbezogene Daten bzw. Arten von personenbezogenen Daten erhoben:

- im Fragebogen: Ihr Alter, Ihre Berufserfahrung, Ihre Arbeitsumgebung
- im Gespräch: Angaben, die Sie selbst machen.

Zweck der Datenverarbeitung

Ihre Daten werden zur Durchführung und Auswertung der Studie „Handlungsorientierung von Hebammen bei der Begleitung von Geburten in Gebärräumen von geburtshilflichen Kliniken“ und daher für Zwecke der Hebammen-Forschung verwendet.

Dauer der Datenverarbeitung bzw. -speicherung

Ihre Daten werden für einen Zeitraum von 2019 bis 2022 verarbeitet und gespeichert. Sofern nicht längere Aufbewahrungsfristen gem. Art. 6 DS-GVO bestehen, werden sie 3 Jahre später (ca. 2025) gelöscht.

Übermittlung an Dritte / ins Ausland

Eine Übermittlung der Daten an Dritte oder ins Ausland erfolgt nicht.

Recht auf Auskunft bzw. Datenübertragung

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Studie erhoben und verarbeitet werden, einschließlich der Aushändigung einer kostenfreien Kopie dieser Daten (Art. 15 DS-GVO, § 34 BDSG-neu). Sie können auch beantragen, dass diese Daten Ihnen übermittelt werden (Art. 20 DSGVO).

Recht auf Berichtigung

Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Art. 16 und 19 DS-GVO).

Recht auf Löschung

Sie haben das Recht auf Löschung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Art. 17 und 19 DS-GVO, § 35 BDSG-neu).

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. dass die Daten nur gespeichert, aber nicht verarbeitet werden dürfen (Art. 18 und 19 DS-GVO).

Einschränkung dieser Rechte im Forschungskontext

Gemäß Art. 89 DS-GVO iVm § 27 BDSG (neu) sind die vorgenannten Rechte insofern eingeschränkt, als diese Rechte voraussichtlich die Verwirklichung der Forschungszwecke unmöglich machen oder ernsthaft beinträchtigen und die Beschränkung für die Erfüllung der Forschungszwecke notwendig ist. Allerdings werden die Daten anonymisiert, sobald der Forschungszweck dies zulässt und Ihre berechtigten Interessen dem nicht widersprechen.

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und Recht auf Widerruf dieser Einwilligung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Art. 6 DS-GVO). Die Einwilligung ist freiwillig. Sie haben das Recht, Ihre

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten bis zwei Wochen nach dem Interview/Gespräch ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Danach können Ihre Angaben nicht mehr aus der Analyse der Daten extrahiert werden.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird jedoch die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Durch einen Widerruf Ihrer Einwilligung werden Sie keine Nachteile mit Ihrer beruflichen Tätigkeit erleiden. Im Falle des Widerrufs wird Ihr Name und Deckname in der Schlüsselliste sowie das Transkript Ihres Gesprächs grundsätzlich gelöscht (Art. 7 Absatz 3 DS-GVO).

Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen oder haben Sie darüber hinaus Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung, können Sie sich an die Studienleitung oder die Datenschutzbeauftragte der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wenden.

Für die Datenverarbeitung verantwortliche Studienleitung

Name: [redacted]

Adresse: Magdeburger Str. 8 06112 Halle (Saale)

Telefon: [redacted]

E-Mail:

Datenschutzbeauftragte der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Adresse: Universitätsring 19/20 06108 Halle (Saale)

Telefon: 0345 552 1018

E-Mail: datenschutzbeauftragte@uni-halle.de

Beschwerderecht

Sie haben unbeschadet der genannten Rechte und der Möglichkeit der Geltendmachung anderer Rechtsbehelfe jederzeit die Möglichkeit, Ihr Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat Ihres Aufenthaltsorts, Ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend zu machen, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen datenschutzrechtliche Vorschriften verstößt (Art. 77 DS-GVO).

Datenschutz-Aufsichtsbehörde

Adresse:	Landesbeauftragter für den Datenschutz Sachsen-Anhalt
	Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg
Telefon:	0391 818 030
E-Mail:	poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de

Alle bundesweit zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörden sind zu finden unter: www.datenschutz-wiki.de

oder

www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbehörden_und_Landesdatenschutzbeauftragte

Anhang 4: Leitfaden

Einstieg

1. Das Ziel meiner Studie ist es zu verstehen, wie Hebammen bei der Begleitung einer klinischen Geburt handeln. Wie ist es für Sie, dort als Hebamme zu arbeiten? Vielleicht hilft Ihnen dabei, von der letzten Geburt, die Sie dort betreut haben zu erzählen.

Hebammenarbeit allgemein

2. Was ist Ihnen in Ihrer Arbeit als Hebamme besonders wichtig
3. Wie sieht eine „gute Geburt“ in dem Raum aus
    a. Was trägt der Raum dazu bei
4. Wie sieht die „nicht gute Geburt“ dort aus
    a. Was trägt der Raum dazu bei
5. Was verleiht Ihnen Sicherheit bei der Geburt?
6. In welchen Situationen spüren Sie Unsicherheit, Respekt vor der Situation?
7. Wie hat sich Ihre Arbeit als Hebamme über die Zeit verändert
8. Wie würden Sie Ihren Umgang mit den Ärzt:innen beschreiben?
    a. Welches sind konflikthafte Situationen
    b. In welchen Situationen sind Sie sich einig?

Räumliche Umgebung und deren Einfluss

9. Es ist außerdem hilfreich, wenn ich die räumlichen Bedingungen der Klinik kenne. Erzählen Sie mir bitte von einem typischen Gebärraum in Ihrem Kreissaal/dem häuslichen Setting.
10. Wie sieht Ihr Handeln in diesem Raum aus?
11. Was gefällt Ihnen an diesem Raum, wo sehen Sie Ressourcen für Ihre Hebammenarbeit im Raum (
12. Wo sehen Sie Schwierigkeiten für Ihre Hebammenarbeit im Raum, was gefällt Ihnen nicht an diesem Raum
13. Welche äußeren Bedingungen würden Ihnen die Arbeit in diesem Raum erleichtern
14. Wie gestaltet sich der Alltag in dem Raum (, wie sehen praktische Tätigkeiten dort aus

Meinungen über den Raum und die Arbeit dort

15. Was sagen Berufskolleginnen über die Hebammenarbeit in diesem Raum
16. Was sagen Angehörige anderer Berufsgruppen, die in der Geburtshilfe arbeiten, über die Arbeit in diesem Raum
17. Wie würde der Raum aussehen, wenn Sie ihn gestalten würden, um Ihr eigenes Hebammenhandeln zu erleichtern, was wünschen Sie sich für diesen Raum, um dort als Hebamme noch besser arbeiten zu können

Abschluss

18. Was wünschen Sie sich für Ihre Arbeit als Hebamme im Gebärraum für die Zukunft?
19. An welche Aspekte habe ich noch nicht gedacht, möchten Sie mir dazu noch etwas erzählen?

Anhang 5: Transkriptionsregeln

Literarische Transkription, d. h. es bleiben besondere Sprachkennzeichen (wie z. B. Dialektfärbung) bestehen und werden verschriftlicht

Textkennzeichnung

- Codierung der Gesprächsteilnehmenden: I = Interviewerin, B = Befragte

- Keine Anführungsstriche für Fragen und Antworten, generell Punktation nicht nach den Regeln der deutschen Sprache sondern entsprechend des Redeflusses

- Jeweils eine neue Zeile, wenn ein Sprecherinnenwechsel stattfindet

Transkription Bedeutung

Auffällige Betonung

Gedeh::ntes Spre:chen

((Kennzeichnung von nichtsprachlichen Vorgängen))

Wortabbru-

Wort-Aussagenverschleifung

Lautes Sprechen

°Leises Sprechen°

((x, 3)) Unverständliche Äußerung mit Zeitangabe in Sekunden, wenn länger als 1 Sekunde

(3) Pausen innerhalb des Redeflusses mit Zeitangabe in Sekunden

@ Auflachen @@@ längeres Lachen (@ entsprechend 1 Sekunde)

@lachend gesprochen@

, leicht steigende Betonung

? stark steigende Betonung

; leicht sinkende Betonung

. stark sinkende Betonung

//Zwischen-Äußerung des Gegenübers//

Anonymisierung und Maskierung

Alle in den Transkripten verwendeten Namen und eine Identifikation der Personen ermöglichenden Inhalte wurden entweder ersetzt durch Alias-Namen oder aus den Passagen entfernt und mit Beschreibungen, zB ((Name einer Stadt)) hinterlegt.

Bei der Benennung der Interview-Partner:innen wurden weibliche Vornamen in alphabetischer Reihenfolge verwendet.

Erklärungen

(1) Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

(2) Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

(3) Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Fahrenzhausen, den 16.11.2023

Karolina Luegmair

Danksagung

Ich danke meinen Betreuerinnen Prof. Dr. Anke Steckelberg und Dr. Gertrud Ayerle herzlich für die Betreuung dieser Arbeit. Zudem danke ich auch sehr für die Vergabe dieses anspruchsvollen und interessanten Themas an mich, die Begleitung während der Ausarbeitung und Veröffentlichung der Ergebnisse und die stets freundliche und konstruktive Unterstützung.

Dem IGPW und dem Promotions-Programm InGrA verdanke ich eine Struktur, die mir bei der Bearbeitung und beim Durchhalten sehr geholfen hat. Dazu gehörten vor allem auch die Rückmeldungen und der Austausch im Rahmen des Programms, welches durch Prof. Dr. Gabriele Meyer so konstruktiv verantwortet wird. Besonders hervorheben möchte ich dabei die Chance, als externe Doktorandin ein explizit hebammenwissenschaftliches Thema bearbeiten zu können.

Allerdings möchte ich mich auch für die kollegiale und freundschaftliche Unterstützung durch Joana Streffing, sowie ganz besonders Sonja Wangler und Daniela Kahlke bedanken. Außerdem war mir die Forschungswerkstatt zur Dokumentarischen Methode an der PH in Weingarten unter der Leitung von Dr. Ralf Schieferdecker eine besonders große Unterstützung. Zudem habe ich durch meine Kolleg:innen im Arbeitsumfeld konstant Wertschätzung und Ermunterung erfahren und danke auch dafür herzlich.

Allen Interview-Teilnehmer:innen danke ich besonders für ihren Beitrag zu der vorliegenden Arbeit, welche nur gelingen konnte, weil sie mir vertrauensvoll Einblicke in ihre Arbeits-Welt als Hebamme gaben.

Mein größter Dank aber gilt drei Generationen meiner Familie: meinen Eltern Monika und Gottfried Brem für die frühzeitige Heranführung an die Wissenschaft und die vorgelebte Begeisterung für den Diskurs. Meinen Kindern Afra, Anian und Beat Luegmair für das mit steigendem Alter wachsende Interesse an meiner Tätigkeit und die konstante Nachsicht mit mir. Und meinem Mann Marinus Luegmair für seine unermüdliche Unterstützung, Geduld und Aufmunterung, sowie das Interesse und die Begeisterung für meine Arbeit.