

# Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

# Abkürzungsverzeichnis

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

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

ICM	International Confederation of Midwives
IGES	IGES Gruppe: europaweiter Verbund von Forschungs- und Beratungsunternehmen.
i.O.m.H.	im Original mit Hervorhebung
Kap.	Kapitel
KSH	Katholischen Stiftungshochschule in München
LAGEN	Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen für Frauen- und Geschlechterforschung in Niedersachsen
LaKoF	Landeskonzferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an bayerischen Hochschulen
MM	Muttermund
MRL	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 16. September 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 26.11.2021 B4 in Kraft getreten am 1. Januar 2022.
NC	Numerus clausus (Zulassungsbeschränkung an Hochschulen)
OTH Regensburg	Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
PBL	Problem-based Learning
PDA	Periduralanästhesie
PDCA	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
p.p.	post partum (nach der Geburt)
QM	Qualitätsmanagement
QUAG	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
RCT	Randomized Controlled Trial
SBAR	SBAR- Schema: Situation, Background, Assessment, Recommendation response

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

Teil I:  
Thematische Einführung

# 1 Zielsetzung

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

Veränderungen in der Begleitung der Frau und der damit verbundenen Generierung von Hebammenwissen<sup>3</sup> und dessen Vermittlung gab es historisch betrachtet schon immer: War es bis zum Mittelalter eine reine *Frauenkunst*, Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen zu begleiten, führten wesentliche gesellschaftliche Veränderungen im Mittelalter dazu, dass aus dieser Begleitung ein Berufsstand – das Hebammenwesen – wurde (s. Kap. 2).

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

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

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

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

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

Mit Einführung des Hebammengesetzes von 1985<sup>5</sup> fand erneut ein Umbruch statt: Auch Männer konnten nun den Beruf der Hebamme ergreifen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1.1 Stand der Forschung

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

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

Besonders hervorzuheben sind dabei folgende Werke:

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

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

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

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

## 1.2 Vorgehen und Methode

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

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

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